

Análisis espacial y factores socioambientales asociados al riesgo de la transmisión de la fiebre tifoidea en Colombia 2019-2025

La fiebre tifoidea es una enfermedad prevenible ligada a condiciones ambientales deficientes, transmitida por agua y alimentos contaminados, que afecta la salud pública, pero puede controlarse con saneamiento, higiene y tratamiento oportuno.

Semana
epidemiológica

22

31 de mayo al 06 de junio de 2026

Imagen generada con IA.

El Boletín Epidemiológico Semanal (BES) es una publicación de tipo informativo que presenta el comportamiento de los principales eventos de interés en salud pública, que son vigilados por el Instituto Nacional de Salud (INS), presentando los casos notificados por las instituciones de salud, entidades territoriales y distritos. Tiene en cuenta los acumulados semanales y los promedios históricos.

Las cifras que publica el BES de casos y de muertes están siempre sujetas a verificación o estudio.

El BES es un insumo útil para la comprensión de los eventos en salud pública, brotes, tablas de mando por departamento, pero debe complementarse con otras fuentes. El INS dispone para consulta abierta del BES, los [informes de evento](#) y el Portal [Sivigila](#).

*Los datos de Sivigila tienen procesos de ajuste por rezagos en la notificación



Pág.

	Tema central	3
	Análisis espacial y factores socioambientales asociados al riesgo de la transmisión de la fiebre tifoidea en Colombia 2019-2025	
	Situación nacional	9
	Mortalidad	11
	Eventos trazadores	19
	Brotes y alertas	38
	Tablas de mando por departamento	43

Introducción

La fiebre tifoidea es una infección bacteriana invasiva generada por el bacilo gramnegativo *Salmonella enterica* serovar *Typhi* (1). La infección por *Salmonella* en humanos se puede clasificar en dos tipos generales: la causada por serotipos de baja virulencia de *Salmonella enterica*, que causa intoxicación alimentaria, y la causada por serotipos de alta virulencia como *Salmonella enterica Typhi*, que causa la fiebre tifoidea, y un grupo de serovares, conocidos como *S. Paratyphi* A, B y C, que causan la fiebre paratifoidea (2).

El riesgo de transmisión suele asociarse con sistemas de agua y alimentos contaminados, lo que genera una alta carga de enfermedad. Tras la ingestión, las bacterias atraviesan el epitelio intestinal y alcanzan las placas de Peyer, ingresando así al sistema linfático mesentérico y a través de los vasos linfáticos llegan al torrente sanguíneo. Durante esta primera fase de bacteriemia los pacientes permanecen asintomáticos; posteriormente, se diseminan por vía hematológica, instalándose y multiplicándose en los macrófagos del sistema reticuloendotelial, una vez que completan su replicación, regresan al torrente sanguíneo provocando una bacteriemia secundaria que se asocia con la aparición de los signos y síntomas clínicos. La inflamación y ulceración de las placas de Peyer en el intestino delgado puede generar complicaciones graves como hemorragia, perforación intestinal y riesgo de muerte. De la misma forma, la *Salmonella* puede colonizar la vesícula biliar (vía biliar), dando lugar al estado de portador crónico (3).

El ser humano actúa como reservorio principal de *S. typhi*, entendido como el entorno biológico en el cual el patógeno se mantiene, crece y se replica de forma habitual. Aunque *S. typhi* tiene escasa capacidad de proliferación fuera de su huésped humano, posee la capacidad de persistir en el ambiente durante períodos prolongados, facilitando su transmisión fecal-oral (4). En los países de bajos ingresos, la fiebre tifoidea se mantiene endémica, vinculada a condiciones de pobreza, hacinamiento y deficiencias en saneamiento e higiene, así mismo, factores como el uso de aguas residuales para riego, las malas prácticas de manipulación de alimentos y las inundaciones estacionales que en Asia y América Latina contaminan las fuentes de agua potable y pueden favorecer los picos de incidencia. En regiones áridas, la escasez de agua durante las sequías concentra la contaminación microbiológica, provocando aumentos de casos. En viajeros, la presentación suele ser esporádica y refleja la estacionalidad local de la enfermedad (1,5,6).



TEMA CENTRAL

Análisis espacial y factores socioambientales
asociados al riesgo de la transmisión de la fiebre
tifoidea en Colombia 2019–2025

Jorge Gamarra, jgamarra@ins.gov.co
Andrés Campo, Acampo@ins.gov.co
Diana Forero, dforero@ins.gov.co
Luis Carlos Gómez, lcmomez@ins.gov.co

A comienzos del siglo XX, en Europa y Norteamérica, la implementación de medidas para mejorar la calidad microbiológica del agua potable se asoció ecológicamente con descensos sostenidos de casos y muertes por fiebre tifoidea. Dado que la transmisión de *S. typhi* es principalmente fecal-oral, se espera que intervenciones capaces de eliminar de manera confiable las heces humanas de las fuentes de agua y de los alimentos reduzcan de forma similar la carga de esta enfermedad en áreas endémicas. En 1990 la cobertura de agua y saneamiento mejorados era especialmente baja en África subsahariana, Asia meridional, sudoriental y Oceanía. Para 2015, si bien Asia meridional y sudoriental registraron avances significativos en estas infraestructuras, África subsahariana mostró progresos modestos y Oceanía prácticamente no mejoró, situándose actualmente como la región con la incidencia más alta de fiebre tifoidea a nivel global (4). Causa preocupación las cepas de *S. typhi* con resistencia a los antimicrobianos (RAM) de primera línea asociados con el haplotipo H58 (genotipo 4.3.1), la circulación de esta cepa plantea un riesgo para la salud pública debido a la reducción de antimicrobianos disponibles (7).

4

Entre 2012 y 2015, en Colombia, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) confirmó 836 casos de fiebre tifoidea por cultivo, distribuidos en 27 de los 32 departamentos de Colombia. Sin embargo, el 80,0 % de los casos se concentró en siete departamentos, con Norte de Santander y Antioquia reportando la incidencia más alta (233 casos cada uno). La incidencia mínima media anual varió de 0,02 por 100 000 habitantes en Tolima a 4,34 por 100 000 en Norte de Santander, mientras que la incidencia combinada para todo el país fue de 0,44 por 100 000 habitantes al año (8). Para 2024, el 44,7 % de las entidades territoriales departamentales y distritales generaron reportes al Sivigila para el evento fiebre tifoidea y paratifoidea. La incidencia nacional registrada fue de 0,16 casos por cada 100 000 habitantes, se destaca Santa Marta como la entidad con mayor incidencia, con 4,32 casos por cada 100 000 habitantes. Durante 2023, la enfermedad se presentó con mayor frecuencia en hombres, quienes representaron el 60,2 % de los casos, y afectó principalmente a adultos jóvenes (22,8 %). No obstante, en este grupo no se reportaron complicaciones graves ni fallecimientos asociados a la enfermedad (6). El propósito del estudio es analizar los patrones espaciales y los factores socioambientales relacionados con la fiebre tifoidea en Colombia entre 2019 y 2025, con el fin de identificar desigualdades territoriales, estimar y estratificar el riesgo epidemiológico y generar insumos para fortalecer la vigilancia en salud pública y la toma de decisiones.

Mediante un estudio ecológico analítico de tipo transversal (9), con enfoque geoespacial multivariado (10,11), se analizó la distribución de la fiebre tifoidea en Colombia durante el periodo 2019-2025. La unidad de análisis fueron los municipios y departamentos, se utilizaron como fuentes de información los casos confirmados para *Salmonella typhi* por laboratorio notificados al Instituto Nacional de Salud (INS) y las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para los años de estudio.

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se utilizaron como indicador socioeconómico estructural asociado a condiciones de vulnerabilidad territorial. Esta variable refleja privaciones en vivienda, hacinamiento, acceso a servicios básicos y dependencia económica, permitiendo aproximar desigualdades sociales potencialmente relacionadas con la distribución de enfermedades infecciosas en el territorio (12). La cobertura municipal de acueducto y alcantarillado se utilizó como indicador de condiciones de saneamiento básico y acceso a infraestructura de agua potable. Estos servicios se relacionan directamente con la prevención de enfermedades transmitidas por agua y alimentos contaminados (13). La precipitación promedio anual se incluyó como variable ambiental debido a su influencia sobre la disponibilidad hídrica, los procesos de escorrentía y la posible contaminación de fuentes de agua, factores que pueden favorecer la transmisión de patógenos entéricos en contextos con limitaciones en saneamiento básico (14).

La incidencia acumulada municipal se calculó dividiendo la suma de los casos confirmados durante el periodo de estudio, entre la población promedio proyectada para 2019-2025, multiplicando por 100 000 habitantes. Este indicador se empleó como variable dependiente principal para analizar patrones espaciales y caracterizar la distribución geográfica de la enfermedad.

La heterogeneidad espacial del riesgo se evaluó mediante el modelo GeoDetector, metodología técnica diseñada para identificar la consistencia entre la distribución espacial de un evento y sus posibles factores explicativos, que se fundamenta en el principio de la estratificación espacial del fenómeno. Este modelo permite evaluar tanto efectos individuales como combinados sin asumir linealidad ni normalidad, y ha sido ampliamente documentado en estudios previos de heterogeneidad espacial y riesgo en salud pública (10).

Las variables continuas se categorizaron en estratos para permitir la detección de heterogeneidad espacial, debido a que GeoDetector requiere que los factores explicativos estén discretizados en clases homogéneas dentro de sí y

heterogéneas entre sí. Este enfoque garantiza una adecuada identificación de patrones de variabilidad espacial y mejora la capacidad explicativa del modelo (11).

Se categorizaron las variables independientes (NBI, cobertura de acueducto (A), cobertura de alcantarillado (AL) y precipitación promedio anual (P) en seis estratos, utilizando clasificaciones naturales tipo Jenks, considerando valores de 1 a 6 donde 1 representa las condiciones más bajas y 6 las más altas, permitiendo así el análisis de consistencia espacial entre los factores y la incidencia. La metodología es coherente con el principio según el cual la varianza dentro de cada estrato debe ser menor a la varianza entre estratos para presentar estratificación espacial significativa (10,11).

El modelo GeoDetector permitió calcular el índice q , que representa el porcentaje de variación espacial de la incidencia de fiebre tifoidea explicada por una variable o combinación de variables. Valores q superiores a 0,70 fueron considerados altamente relevantes, indicando fuerte asociación espacial entre el factor explicativo y el patrón de enfermedad, de acuerdo con el criterio utilizado en estudios previos de modelamiento espacial en salud. Asimismo, se evaluaron interacciones entre variables (NBI + AL + P), reconociendo que los efectos conjuntos pueden superar los efectos individuales, como ha sido demostrado previamente por Yue & Hu en 2021 (10). Todos los procedimientos se realizaron en el programa R 4.2.0¹.

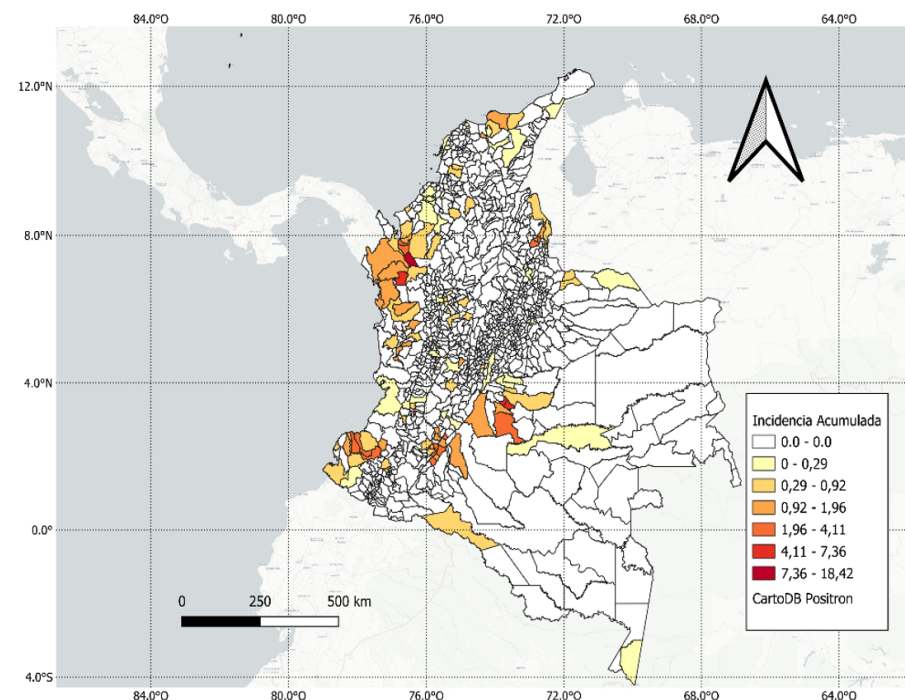
Finalmente, los municipios se clasificaron en niveles de prioridad (alta, media y baja) para la vigilancia epidemiológica y la intervención en salud pública, integrando los resultados de incidencia acumulada, significancia espacial y valores q obtenidos mediante el GeoDetector, siguiendo el enfoque conceptual de análisis geoespacial de estratificación de riesgo descrito por Wu *et al* (2021).

Los resultados del análisis espacial de la fiebre tifoidea en Colombia para el periodo comprendido entre 2019 y 2025 permitieron identificar patrones geográficos relevantes en la distribución de la enfermedad, así como la influencia de variables estructurales asociadas.

Durante el periodo 2019–2025, los municipios con mayor incidencia acumulada fueron Mutatá (Antioquia) con 18,4 casos por 100.000 habitantes, seguido de Granada (Meta) con 7,35 y Fuente de Oro (Meta) con 5,51. En contraste, los

municipios con menor incidencia fueron Valledupar (Cesar) con 0,026, Bello (Antioquia) con 0,0257 y Bucaramanga (Santander) con 0,0234, territorios urbanos con buena cobertura en servicios básicos (mapa 1).

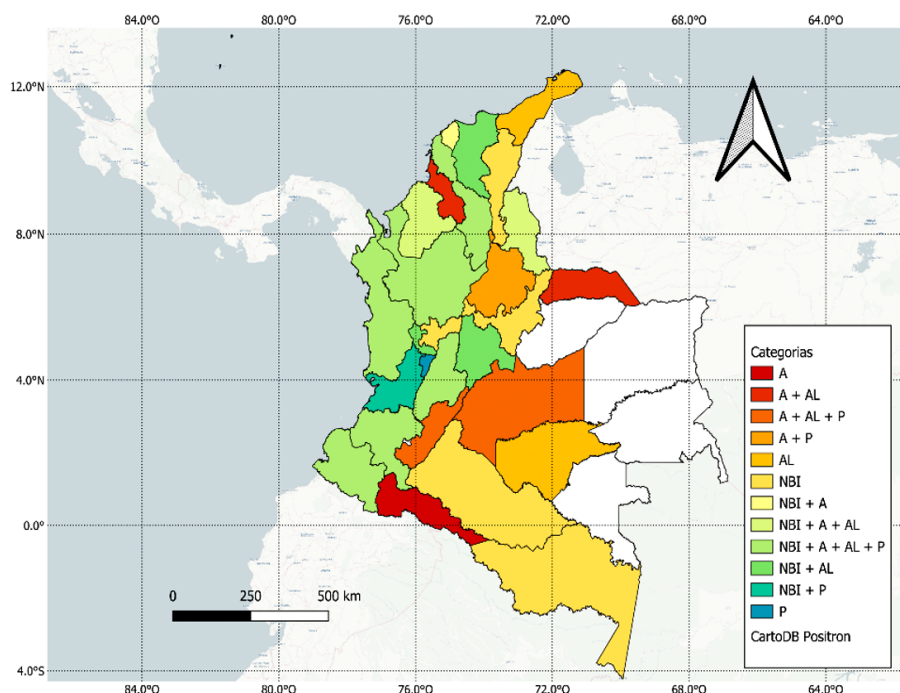
Mapa 1. Distribución municipal de la incidencia acumulada por 100 000 habitantes de fiebre tifoidea en Colombia (2019–2025)



El análisis espacial de las combinaciones de variables que explican la incidencia de fiebre tifoidea 2019–2025 muestra contrastes territoriales claros. Los tonos verdes, concentrados en el Chocó, Valle del Cauca y centro de Antioquia, representan combinaciones como NBI + A + AL + P y NBI + AL, donde la interacción entre pobreza, deficiencias de saneamiento y alta precipitación explica gran parte del riesgo. En contraste, los tonos anaranjados y rojos del Meta, Casanare, Caquetá y Nariño reflejan combinaciones A + AL + P y A + AL, indicando una mayor influencia de los factores climáticos y de infraestructura hídrica (mapa 2).

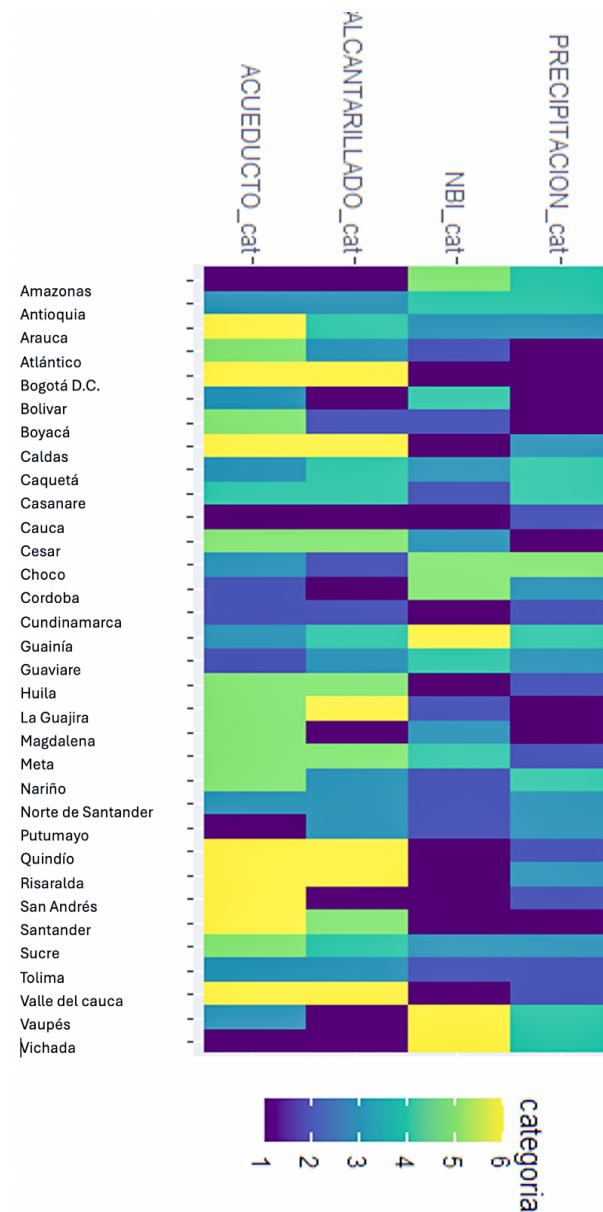
¹ Team, "Changes in R", R News, 2002. <https://journal.r-project.org/news/RN-2002-3-core/#citation>

Mapa 2. Distribución espacial del poder explicativo (índice q) de factores sociales y ambientales de la fiebre tifoidea, Colombia, 2019-2025

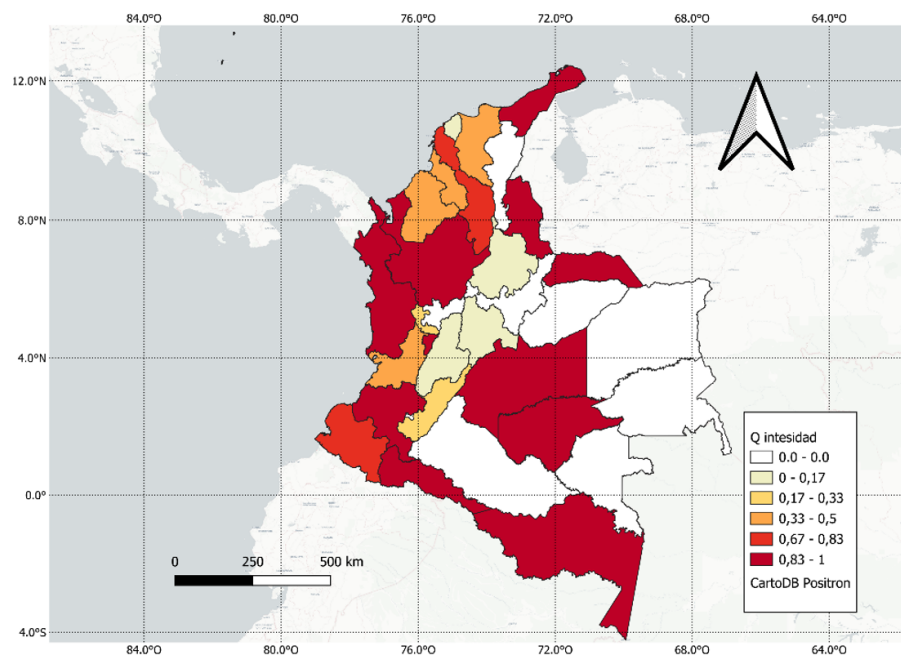


Se evidenció una marcada heterogeneidad territorial en el poder explicativo (q) de los factores socioambientales sobre la incidencia acumulada de fiebre tifoidea en el periodo 2019-2025. Los valores más altos ($q > 0,83$) se concentraron en Chocó, Antioquia, Cauca, Nariño, Meta, Putumayo, Bolívar y La Guajira, Amazonas y Guaviare, reflejando una fuerte dependencia espacial entre la incidencia y las variables estructurales analizadas (NBI, cobertura de acueducto, alcantarillado y precipitación). En contraste, las regiones del centro-orient del país presentaron valores bajos q, posiblemente asociados a subregistro de casos o a menor variabilidad en los determinantes estructurales (figura 1) (mapa 3).

Figura 1. Índice de heterogeneidad por variables independientes



Mapa 3. Distribución espacial de las combinaciones de factores sociales y ambientales asociados a la fiebre tifoidea en Colombia, 2019–2025



Conclusiones

Es importante tener en cuenta que, cuando se identifica que las variables independientes que prevalecen a nivel departamental son el acueducto y alcantarillado, las acciones se deben enfocar en la continuidad del servicio de agua, calidad de esta y el manejo de excretas; las combinaciones con NBI y saneamiento sugieren que las desigualdades estructurales son parte central de la distribución del riesgo, las combinaciones con precipitación resaltan la necesidad de integrar vigilancia epidemiológica con vigilancia ambiental y climática. La utilidad de los mapas permite focalizar intervenciones según el perfil territorial.

Se destacan los siguientes resultados: combinaciones de Acueducto + alcantarillado en Cundinamarca, Boyacá, Arauca, Quindío y Cesar. Combinaciones NBI + saneamiento (acueducto-alcantarillado) en Cauca, La Guajira, Bolívar, Sucre, Córdoba, Santander, Antioquia, Chocó, Valle del Cauca, Nariño, Huila, Norte de Santander, Magdalena, Tolima, Meta. Finalmente, precipitación en: Atlántico, Caldas – Caquetá.

El índice q se interpreta de 0 a 1: valores cercanos a 1 indican mayor poder explicativo espacial de las variables analizadas. El índice q va de 0 a 1, pero podemos entenderlo como un porcentaje. Por ejemplo, un q de 0,80 indica que cerca del 80,0 % de la variación espacial de la incidencia podría explicarse por las variables incluidas en el modelo, como pobreza, cobertura de acueducto, alcantarillado y precipitación.

Los departamentos en rojo no necesariamente son solo los que tienen más casos, sino aquellos donde la enfermedad parece estar más relacionada con esos determinantes estructurales. En cambio, los colores claros indican que esas variables explican menos el patrón observado, lo cual puede sugerir otros factores no incluidos, menor variabilidad territorial o incluso posibles problemas de subregistro.

Índice q de 0,8-1: Magdalena, Bolívar, sucre, Córdoba, Norte de Santander, Arauca, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío, Meta, Caquetá, Cauca. Índice q de 0.8 -0.6: Atlántico, Boyacá, Santander, índice q de 0.6- 0.4: La Guajira, Antioquia, Valle del Cauca, Huila, Nariño.

Recomendaciones dirigidas a entidades territoriales y referentes tanto del componente ambiental como de eventos relacionados con el agua

- Articular los sistemas de vigilancia en salud pública con los sistemas de monitoreo de calidad del agua potable, aguas superficiales y saneamiento básico, para generar alertas tempranas basadas en riesgos combinados.
- Focalizar acciones en vigilancia en salud pública, en municipios con baja cobertura de acueducto y alcantarillado, deficiencias en tratamiento de agua y condiciones de inequidad social.
- Intensificar el monitoreo de parámetros microbiológicos (especialmente coliformes) en zonas de riesgo, asegurando la frecuencia y cobertura establecidas en la normatividad vigente.
- Consolidar la coordinación entre salud, ambiente, empresas de servicios públicos y autoridades de agua potable para la toma de decisiones conjuntas basadas en evidencia.
- Incorporar herramientas de análisis geoespacial y espacio-temporal en los equipos territoriales para identificar patrones, conglomerados y posibles focos de transmisión local.

- Integrar la vigilancia de fiebre tifoidea con otros eventos de transmisión hídrica (EDA, hepatitis A, cólera), permitiendo identificar tendencias y riesgos comunes.
- Incluir de manera sistemática la evaluación de fuentes de agua, condiciones de saneamiento y prácticas de higiene en las investigaciones de campo.

Referencias

1. Meiring JE, Khanam F, Basnyat B, Charles RC, Crump JA, Debellut F, et al. Typhoid fever. Nat Rev Dis Primers. 2023;9(1). doi:10.1038/s41572-023-00480-z.
2. Kanungo S, Dutta S, Sur D. Epidemiology of typhoid and paratyphoid fever in India. 2008.
3. Manesh A, Meltzer E, Jin C, Britto C, Deodhar D, Radha S, et al. Typhoid and paratyphoid fever: a clinical seminar. J Travel Med. 2021; doi:10.1093/jtm/taab012.
4. Crump JA. Progress in typhoid fever epidemiology. Clin Infect Dis. 2019;68(Suppl 2):S4–9. doi:10.1093/cid/ciy846.
5. Instituto Nacional de Salud. Informe evento 2024 fiebre tifoidea y paratifoidea. Bogotá; 2024.
6. Forero Ombita DM. Informe evento 2024 fiebre tifoidea y paratifoidea. Bogotá; 2024.
7. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica: Salmonella enterica serovar Typhi haplotipo H58 [Internet]. 2018 [citado 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org>
8. Díaz-Guevara P, Montaña LA, Duarte C, Zabaleta G, Maes M, Angarita JCM, et al. Surveillance of Salmonella enterica serovar Typhi in Colombia, 2012–2015. PLoS Negl Trop Dis. 2020;14(3). doi:10.1371/journal.pntd.0008040.
9. Hernández V. Estudios epidemiológicos: tipos, diseño e interpretación. Enferm Inflam Intest al Día. 2017;16(3):98–105. doi:10.1016/j.eii.2017.03.001.
10. Yue H, Hu T. Geographical detector-based spatial modeling of COVID-19 mortality rate in the continental United States. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13). doi:10.3390/ijerph18136832.

11. Song Y, Wang J, Ge Y, Xu C. An optimal parameters-based geographical detector model enhances spatial heterogeneity analysis. GISci Remote Sens. 2020;57(5):593–610. doi:10.1080/15481603.2020.1760434.
12. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Necesidades básicas insatisfechas (NBI) [Internet]. 2026 [citado 2026]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co>
13. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Colombia en mapas: cobertura de alcantarillado [Internet]. 2026 [citado 2026]. Disponible en: <https://www.colombiainmapas.gov.co>
14. Copernicus Climate Change Service. ERA5 monthly averaged data on single levels from 1940 to present [Internet]. 2026 [citado 2026]. Disponible en: <https://cds.climate.copernicus.eu>



SITUACIÓN NACIONAL

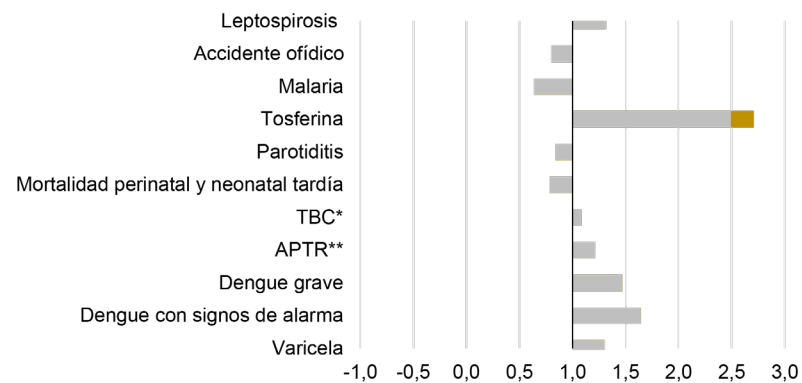
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un periodo epidémico que podría sesgar los resultados.

Los datos son ajustados semanalmente por rezago en la notificación de los eventos de interés en salud pública.

Para la semana epidemiológica 22 de 2026, el evento de tos ferina se encontró por encima de lo esperado. Los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 2).

Figura 2. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

*TBC: Tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

Para el evento de violencia de género e intrafamiliar de mayor notificación, se realiza el análisis utilizando la metodología de la prueba Z, en la que se comparó el valor observado en la semana epidemiológica evaluada con una línea de base conformada por los datos de los tres años anteriores (2023 a 2025), lo cual permite identificar variaciones significativas en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	82 098	80 611	0,72	0,47

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros, en los cuales se asume ocurrencia aleatoria en el tiempo, se calculó la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2021 a 2025. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determinó si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

Los casos esperados se construyen con casos históricos que han sido confirmados, mientras que los casos observados corresponden a la notificación de la semana analizada exceptuando los casos descartados.

En la semana epidemiológica 22 del 2026 el evento de mortalidad por dengue se encontró por encima de lo esperado; mientras que, los eventos de leishmaniasis mucosa y cutánea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Mortalidad por dengue	6	3	0,04
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	15	98	0,00
Lepra	3	7	0,05
Zika	3	2	0,15
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	1	0,37
Chikunguña	0	1	1,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Cumplimiento en la notificación

Corresponde al porcentaje semanal de la entrega del reporte de notificación en los días y horas establecidos para cada nivel del flujo de información en el Sivigila, sin exceptuar los festivos. Los objetivos de este indicador son:

- Identificar departamentos, municipios y Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en silencio epidemiológico.
- Hacer seguimiento al cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto 780 de 2016.

- Identificar entidades con bajo cumplimiento e implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento.

A partir de la semana 17 de 2023 la medición del cumplimiento en la notificación para las entidades territoriales se realiza con la verificación de la red de operadores que se encuentra en Sivigila 4.0.

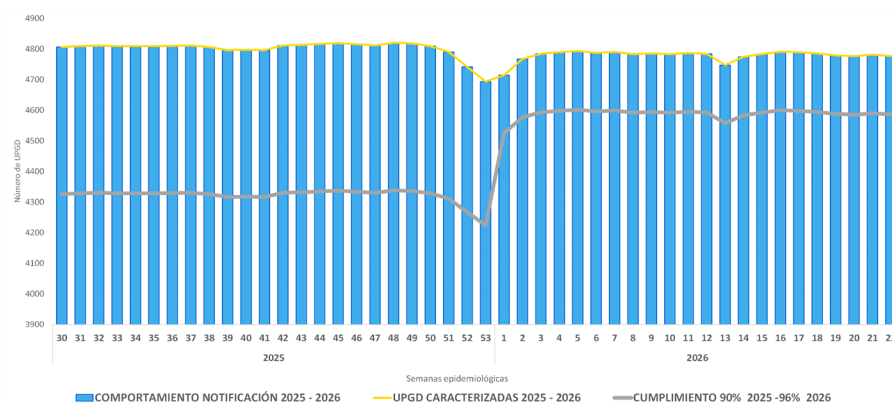
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 22 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 22 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 777 / 4 777); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 22 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para las UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 586 UPGD en la semana analizada (figura 3).

Figura 3. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.
UPGD: Unidades Primarias Generadoras de Datos



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis¹.

Para el análisis de los datos se establecieron los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica analizada. Para esto, se comparó el número de casos observados acumulados en cada clase de mortalidad (infección respiratoria aguda, por desnutrición aguda y enfermedad diarreica aguda) con la mediana del periodo histórico correspondiente a la misma semana epidemiológica entre 2019 y 2025; se excluyeron los años 2020 y 2021 por pandemia COVID-19. Con la prueba de Poisson se comprobó la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y lo esperado con un valor de $p < 0,05$, que identifica las entidades territoriales que presentaron aumentos o disminuciones estadísticamente significativas.

El cálculo de la tasa de mortalidad se realizó con casos confirmados, sin tener en cuenta los casos residentes del exterior. Como denominador se utilizó la proyección de la población del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas Vitales – DANE. Para el 2026 y 2025 la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión, análisis y clasificación de los casos probables.

El acumulado de muertes notificadas para los tres (3) eventos puede variar por la notificación tardía y la clasificación final del caso en la unidad de análisis.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Versión 03. 05 de mayo de 2024. <http://url.ins.gov.co/9130q>

A semana epidemiológica 22 del 2026, se han notificado 269 muertes probables en menores de cinco años, seis (6) casos de infección respiratoria aguda (IRA) y uno (1) de desnutrición aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 262 casos notificados de residentes en Colombia, 162 fueron por IRA, 47 por desnutrición (DNT) aguda y 53 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 97 fueron confirmados, 44 descartados y 121 se encuentran en estudio (tabla 3).

Tabla 3. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 22 2026			Casos en estudio a SE 22 2026			Tasa a SE 22 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	18	55	24	25	74	22	0,49	1,51	0,66
Antioquia	2	5	0	2	14	1	0,48	1,20	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	0	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	0	3	0	0	0	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	2	0	0	8	0	0,00	0,47	0,00
Bolívar	2	3	0	1	1	0	1,83	2,74	0,00
Boyacá	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	0	1	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	3	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	1	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	0	1	2	1	0,00	0,82	0,00
Cesar	1	4	1	1	1	2	0,75	2,98	0,75
Chocó	6	10	7	5	5	4	9,27	15,46	10,82
Córdoba	1	1	0	0	3	0	0,59	0,59	0,00
Cundinamarca	0	0	0	0	6	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	1	1	0	1	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	4	2	5	7	7	2	3,58	1,79	4,48
Magdalena	0	2	1	0	0	1	0,00	2,23	1,11
Meta	0	3	0	1	2	3	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	2	1	0	3	1	0,00	1,60	0,80
Norte de Santander	0	3	0	1	1	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	0	0	1	1	0	1	0,00	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	3	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	1	0	0	1	0,00	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	0	0	0	1	0,00	1,15	0,00
Tolima	0	0	0	0	3	0	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	0	3	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	2	0	0	4	1	0	11,77	0,00	0,00

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026 preliminares. SE: semana epidemiológica

Tasa de mortalidad: se realiza con casos confirmados y la información es preliminar teniendo en cuenta la revisión de las unidades de análisis y la clasificación de los casos probables y no concluyentes; denominador: por 100 000 menores de cinco años.

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 22 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 22 del 2026 se han notificado 162 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 23 confirmadas por laboratorio, 32 confirmadas por clínica, 33 descartadas, y 74 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,51 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fueron 121, para una tasa de mortalidad de 3,28 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá, D.C, Cartagena de Indias, La Guajira, Norte de Santander y, a nivel municipal, en Dabeiba y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 22 de 2026 son *Bordetella pertussis*, Rhinovirus y Enterovirus entre otros (tabla 4).

Tabla 4. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2025-2026

Agente etiológico	2025						2026					
	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
<i>Bordetella pertussis</i>	5	0	0	0	0	5	9	0	0	0	0	9
Rhinovirus	8	1	3	1	0	13	4	0	1	1	1	7
Enterovirus	7	0	2	1	0	10	3	0	0	0	1	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	1	0	1	0	4	2	1	0	0	1	4
<i>Haemophilus influenzae B</i>	5	2	0	1	0	8	2	0	0	1	0	3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	2	0	0	0	4	2	0	0	0	1	3
Virus Sincitial Respiratorio	1	0	1	0	0	2	3	0	0	0	0	3
Adenovirus	3	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	2
Metapneumovirus	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
Parainfluenza tipo 1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	2
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	3	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	49	8	8	6	0	71	32	1	2	4	4	43

Fuente: Unidades de análisis, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 (Datos preliminares).

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 22 de 2026 se han notificado 47 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 18 confirmadas, cuatro (4) descartadas y 25 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,49 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fue de 70, para una tasa de mortalidad de 1,95 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Cesar, Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Uribe, Ciénaga y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 22 de 2026 se han notificado 53 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 22 confirmadas por clínica, dos (2) confirmada por laboratorio, siete (7) descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,66 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 22 fue de 36 para una tasa de mortalidad de 0,98 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 22 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales departamentales, y a nivel municipal, se observaron diferencias en Bagadó. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones¹:

- **Muerte materna:** es la muerte de una mujer que ocurre estando embarazada o dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independientemente de la duración y la localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Muerte materna tardía:** es la muerte de una mujer por causas directas o indirectas más de 42 días después pero antes de un año de haber terminado el embarazo.
- **Muerte materna por causas coincidentes:** corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

En el país se realiza la vigilancia de la muerte materna que incluye la muerte durante el embarazo y hasta 42 días, muerte materna tardía y muerte materna por causas coincidentes. La muerte materna ocurrida durante el embarazo y hasta los 42 días de su terminación es denominada muerte materna temprana².

Para el análisis del comportamiento inusual, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2022 y 2025 con corte al periodo de tiempo por analizar.

La clasificación final de los casos puede variar de acuerdo con la dinámica propia de la vigilancia y la conclusión de las unidades de análisis.

¹ Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM <https://www.binasss.sa.cr/guiaops.pdf>

² Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad materna. Versión 09; 2024. <https://doi.org/10.33610/UFOZ8779>

En la semana epidemiológica 22 de 2026 se notificaron al Sivigila seis (6) casos: tres (3) muertes maternas tempranas y tres (3) muertes maternas tardías. El país acumula 62 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 58 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	110	60	31	201
2024	86	61	26	173
2025p	76	64	18	158
2026p	58	41	22	121

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023-2024, datos preliminares 2025-2026, p: datos preliminares

Durante el 2026, con corte a semana epidemiológica 22, se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 21 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, La Guajira, Cartagena de Indias, Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 6).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yondó (Antioquia), El Banco (Magdalena) y Cumbal (Nariño); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 7).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 22 de 2026, el 60,3 % corresponde a causas directas y el 25,9 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 24,1 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 22	Acumulado de casos a SE 22	
		2025	2026
Colombia	98	76	58
Bogotá, D.C.	9	7	9
Antioquia	9	8	6
La Guajira	8	8	6
Cartagena de Indias	3	1	4
Cesar	5	6	4
Chocó	6	4	4
Caquetá	2	1	3
Cundinamarca	5	5	3
Nariño	5	3	3
Cauca	4	1	2
Magdalena	2	0	2
Risaralda	2	2	2
Sucre	2	1	2
Boyacá	1	1	1
Casanare	1	3	1
Huila	3	1	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Tolima	3	2	1
Valle del Cauca	2	2	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	3	2	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	3	1	0
Buenaventura	1	0	0
Caldas	0	0	0
Santiago de Cali	2	3	0
Córdoba	4	4	0
Guainía	0	1	0
Norte de Santander	4	2	0
Putumayo	1	0	0
Santander	2	2	0
Vichada	1	1	0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 - 2026 (datos preliminares). SE: semana epidemiológica

Tabla 7. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 – 2025 a SE 22	Valor observado SE 22
Colombia	98	58
Yondó (Antioquia)	0	1*
El Banco (Magdalena)	0	1*
Cumbal (Nariño)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 2026. SE: Semana Epidemiológica.

* Municipios que en el promedio histórico 2022 – 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 8. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 22	Número de casos y proporción a SE 22 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	81	86	100	76	100	58	100
DIRECTA	53	54	62,8	52	68,4	35	60,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	16	18	20,9	13	17,1	14	24,1
Hemorragia obstétrica	18	18	20,9	18	23,7	6	10,3
Sepsis obstétrica	5	5	5,8	5	6,6	5	8,6
Evento tromboembólico como causa básica	6	5	5,8	6	7,9	4	6,9
Embarazo ectópico	4	3	3,5	5	6,6	3	5,2
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	2	2,3	2	2,6	1	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	2	2,3	3	3,9	1	1,7
Otras causas directas	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	26	30	34,9	22	28,9	15	25,9
Otras causas indirectas	9	12	14,0	5	6,6	8	13,8
Otras causas indirectas: neumonía	5	4	4,7	6	7,9	3	5,2
Sepsis no obstétrica	5	4	4,7	5	6,6	2	3,4
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,5	2	2,6	2	3,4
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,6	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,3	2	2,6	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,7	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,3	0	0,0
En estudio	2	2	2,3	1	1,3	8	13,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024, datos preliminares 2025-2026.
SE: Semana Epidemiológica.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la mortalidad perinatal y neonatal tardía como: muerte perinatal, correspondiente a la ocurrida en el periodo comprendido a partir de las 22 semanas completas de gestación o con 500 gramos o más de peso fetal, hasta los siete días después del nacimiento; muerte neonatal tardía que corresponde a la ocurrida después de los siete días hasta el día 28 de vida¹. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ($n \leq 30$ acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ($n > 30$ acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal².

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal tardía. Versión 07. 25 de junio de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470cccf_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

A semana epidemiológica 22 del 2026 se han notificado 2 601 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 576 corresponden a residentes en Colombia y 25 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Córdoba y La Guajira. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 22 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Caquetá, Casanare, Putumayo y Guaviare (tabla 9).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Itagüí (Antioquia), Dosquebradas (Risaralda), Tunja (Boyacá), Girón (Santander), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Arauquita (Arauca), Saravena (Arauca), Alto Baudó (Chocó), Caldas (Antioquia), Isnos (Huila), Peñol (Antioquia), Zambrano (Bolívar), Paipa (Boyacá), Jambaló (Cauca), Becerril (Cesar), Bahía Solano (Chocó), El Rosal (Cundinamarca) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,8 %, seguido de neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 18,3 %, y las fetales intraparto con 11,7 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,7 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,3 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 11). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 22 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 9. Número de casos, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 22	Acumulado de casos a SE 22	
		2025	2026
Colombia	3 163	2 316	2 576
Bogotá, D.C.	335	261	323
Antioquia	361	278	315
Cundinamarca	174	158	168
Córdoba	158	99	114
La Guajira	167	110	110
Santiago de Cali	122	99	103
Barranquilla	111	58	86
Santander	97	65	84
Bolívar	94	70	83
Huila	77	51	83
Cesar	111	84	80
Cauca	104	63	78
Norte de Santander	90	62	77
Nariño	90	85	74
Valle del Cauca	93	74	73
Chocó	77	41	61
Cartagena de Indias	102	65	59
Meta	75	73	59
Sucre	78	46	56
Atlántico	97	57	53
Tolima	64	46	47
Boyacá	60	50	46
Magdalena	77	59	46
Risaralda	48	32	42
Caldas	42	41	41
Santa Marta	36	20	37
Arauca	28	13	29
Quindío	24	15	28
Buenaventura	36	32	24
Caquetá	28	20	21
Vichada	15	12	18
Casanare	33	26	17
Putumayo	24	17	17
Guainía	9	8	12
Amazonas	7	8	5
Vaupés	6	3	3
Guaviare	7	7	2
San Andrés y Providencia	5	8	2

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 - 2024, datos preliminares 2025 y 2026.
SE: Semana Epidemiológica.

Tabla 10. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 22 2021 - 2025	Valor observado a SE 22 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 163	2 576	-
Manaure (La Guajira)	14	21	5
Cumaribo (Vichada)	9	16	4
Itagüí (Antioquia)	9	15	3
Dosquebradas (Risaralda)	10	15	13
Tunja (Boyacá)	7	13	18
Girón (Santander)	8	13	7
Granada (Meta)	5	11	17
La Estrella (Antioquia)	3	10	7
Araucuita (Arauca)	5	10	2
Saravena (Arauca)	4	8	5
Alto Baudó (Chocó)	2	8	9
Caldas (Antioquia)	2	6	7
Isnos (Huila)	2	5	2
Peñol (Antioquia)	1	4	5
Zambrano (Bolívar)	1	4	1
Paipa (Boyacá)	1	4	5
Jambaló (Cauca)	1	4	8
Becerril (Cesar)	1	4	5
Bahía Solano (Chocó)	0	4	10
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	15
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	16

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021-2026, datos preliminares 2025-2026

Tabla 11. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 22, 2024 -2026					
	2024 a SE 22	(%)	2025 a SE 22	(%)	2026 a SE 22	(%)
Colombia	2 592	100,0	2 316	100,0	2 576	100,0
Asfisia y causas relacionadas	672	25,9	644	27,8	637	24,7
Prematuridad-inmadurez	437	16,9	387	16,7	445	17,3
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	395	15,2	365	15,8	348	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	300	11,6	252	10,9	252	9,8
Malformación congénita	221	8,5	197	8,5	199	7,7
Infecciones	233	9,0	198	8,5	191	7,4
Sin información	0	0,0	0	0,0	144	5,6
Otras causas de muerte	172	6,6	146	6,3	153	5,9
Causas no específicas	65	2,5	39	1,7	124	4,8
Trastornos cardiovasculares	71	2,7	62	2,7	54	2,1
Lesión de causa externa	13	0,5	10	0,4	17	0,7
Convulsiones y trastornos neurológicos	13	0,5	16	0,7	12	0,5

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024-2026, datos preliminares 2025 y 2026. SE: Semana Epidemiológica.



EVENTOS TRAZADORES

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: Corresponde a todas las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización general, UCI/UCIM y defunciones, según los códigos CIE-10 de J00 a J22.

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda a partir del cálculo de la media geométrica, el umbral estacional y el intervalo de confianza, utilizando datos históricos del periodo 2019 a 2025.

El análisis para la identificación de comportamientos inusuales en las entidades territoriales se realizó mediante la metodología *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR), que consiste en la comparación del valor observado (número de atenciones por infección respiratoria aguda en los servicios de consultas externas, urgencias, hospitalizaciones en sala general y unidades de cuidados intensivos) de la semana actual y las tres anteriores entre los años 2017 a 2025 (valor esperado). Adicionalmente, se calculó el valor de p para establecer si la variación entre lo observado y esperado es estadísticamente significativa.

El análisis del comportamiento de la circulación viral se realizó mediante la metodología Poisson, comparando los datos del periodo anterior y el actual para cada uno de los agentes virales y así mismo por grupo de edad más relevantes para el evento vigilancia centinela código 345.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA). Versión 09. 18 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf

En el último periodo (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026), a nivel nacional, se observó un incremento porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general, y una disminución en UCI/UCIM, frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30,0 % o inferior al -30,0 %, respectivamente) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026 y 19 a 22 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 15 a 18 de 2026	SE 19 a 22 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	510 950	545 543	● 6,77%	
Hospitalización en sala general	24 071	25 016	● 3,93%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 909	2 842	● -2,30%	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2026
SE: semana epidemiológica
UCI/UCIM: unidades de cuidado intensivo/unidad de cuidado intermedio

Consulta externa y urgencias por IRA

En la semana epidemiológica 22 del 2026 se notificaron 129 213 atenciones en consulta externa y urgencias por IRA. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años (excluyendo 2020 y 2021), se observó incremento en La Guajira. Se registró disminución en Amazonas, Santiago de Cali, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño y Vichada. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales. De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 11 municipios (tabla 13).

Tabla 13. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 del 2026

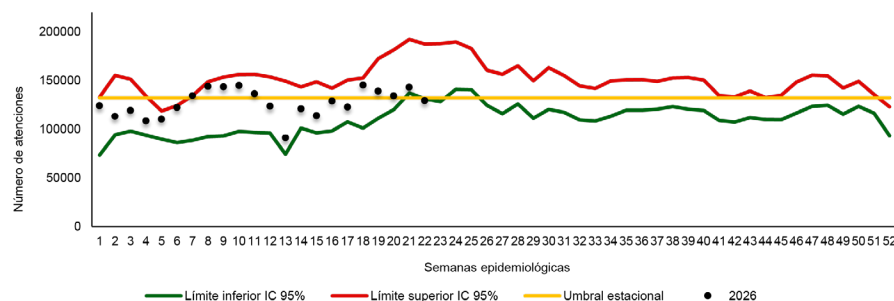
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	36 958	38 343	7 239	7 176
Antioquia	Itagüí	39 278	34 409	5 689	6 345
Cundinamarca	Soacha	36 326	29 378	6 482	6 184
Guajira	Maicao	26 748	31 101	3 516	6 118
Antioquia	Bello	27 990	32 835	5 083	5 301
Guajira	Uribia	21 539	22 723	2 777	4 520
Cundinamarca	Chía	25 397	20 397	5 190	4 252
Antioquia	Rionegro	17 060	21 793	2 184	3 201
Santander	Floridablanca	11 656	12 391	2 097	2 259
Córdoba	Cereté	7 689	9 219	695	2 135
Valle del Cauca	Palмира	13 019	10 412	2 246	2 049
Cundinamarca	Zipaquirá	9 942	9 197	2 039	1 986
Santander	Barrancabermeja	14 166	13 908	1 504	1 935
Risaralda	Dosquebradas	13 175	11 343	1 873	1 846
Córdoba	Lorica	6 514	7 172	1 150	1 835
Antioquia	Envigado	11 778	13 409	1 997	1 791
Boyacá	Duitama	9 502	7 921	2 004	1 775
Cundinamarca	Madrid	5 999	7 220	1 256	1 754
Bolívar	Magangué	8 879	8 488	1 374	1 732
Boyacá	Sogamoso	8 340	6 828	1 627	1 593
Magdalena	Ciénaga	9 542	9 004	1 400	1 587
Antioquia	Apartadó	7 658	9 014	1 412	1 554
Cundinamarca	Facatativá	8 356	6 316	1 892	1 434
Cundinamarca	Girardot	9 895	6 942	1 930	1 424
Norte Santander	Ocaña	7 072	6 578	1 172	1 342
Cundinamarca	Funza	7 439	7 714	1 177	1 333
Antioquia	Turbo	6 292	6 300	958	1 325
Casanare	Yopal	5 933	4 860	1 253	1 279
Valle del Cauca	Yumbo	6 819	5 746	1 238	1 206
Cesar	Aguachica	5 298	5 382	1 055	1 166
Valle del Cauca	Tuluá	6 096	5 195	933	1 023
Valle del Cauca	Buenaventura	2 916	4 331	707	923
Valle del Cauca	Cartago	7 365	6 063	1 311	863
Huila	Pitalito	6 072	3 693	1 191	822
Cauca	Santander De Quilichao	5 596	3 803	1 065	769
Santander	Piedecuesta	4 206	4 499	513	765
Atlántico	Malambo	2 812	3 412	627	753
Santander	Girón	3 610	3 797	352	750
Córdoba	Sahagún	10 848	4 061	1 985	680
Cundinamarca	Mosquera	2 979	2 608	654	563
Norte Santander	Villa Del Rosario	3 325	3 195	606	472
Cauca	Guapi	2 221	1 795	231	354
Nariño	La Florida	336	329	47	51

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,2 % (132 059) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,9 % (108 621). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 1 año con el 13,5 % y los menores de 2 a 4 años con el 13,0 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 de 2026, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana epidemiológica 22 situándose sobre el límite inferior (figura 4).

Figura 4. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, histórico entre 2018 y 2025

Hospitalizaciones por IRA en sala general

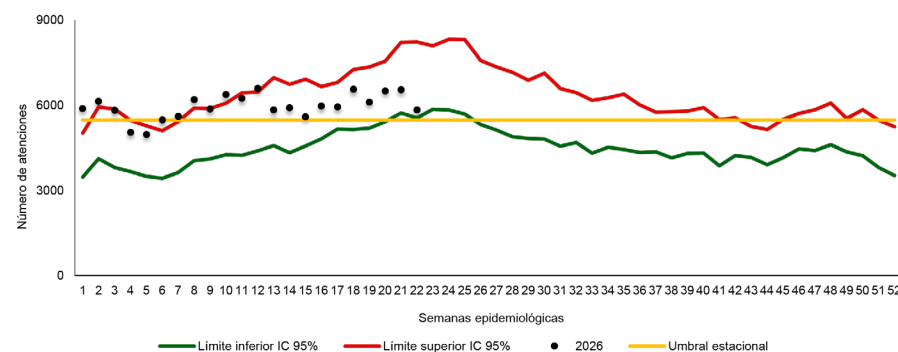
En la semana epidemiológica 22 del 2026 se notificaron 5 845 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Santiago de Cali, Cesar, Guainía, La Guajira, Putumayo, Risaralda y Vaupés y aumento en Amazonas, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Magdalena, Meta y Santa Marta. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 815) representaron el 23,2 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 18,1 % (4 541). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se

presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 32,5 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 28,1 %.

En el canal endémico de hospitalización por IRA en sala general, las atenciones presentaron una tendencia de incremento sostenido, ubicándose cerca o por encima del límite superior en las semanas epidemiológicas 01 a 12 de 2026; sin embargo, en las semanas epidemiológicas 13 a 22 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional, pero por debajo del límite superior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2026

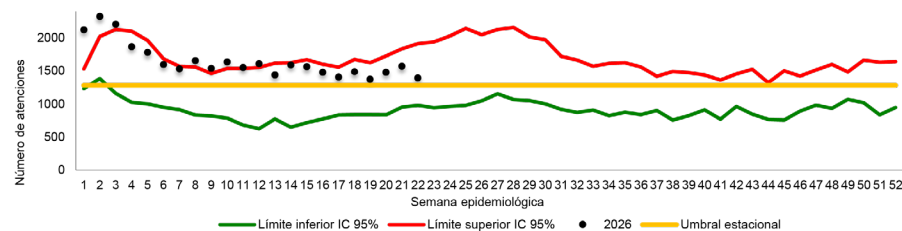


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

Comportamiento en mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en sala general

En la semana epidemiológica 22 del 2026, se notificaron 1 394 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en semanas epidemiológicas 13 a 22 de 2026 (figura 6).

Figura 6. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

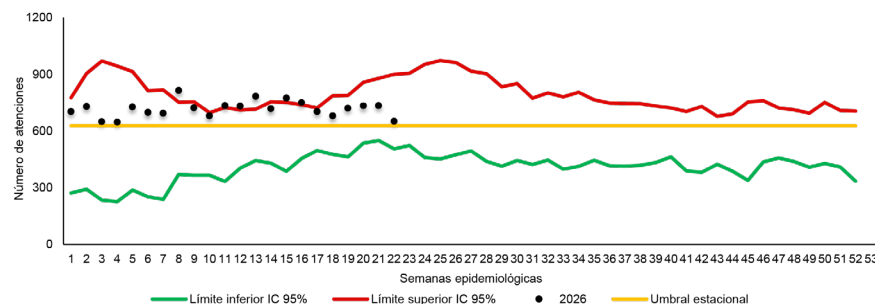
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 22 del 2026 se notificaron 652 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Córdoba, Guaviare, La Guajira, Nariño, Quindío y Valle del Cauca. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 32,9 % (936), seguido de los menores de 1 año con el 21,1 % (601) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 29,3 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 25,7 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 y 22 (figura 7).

Figura 7. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2026

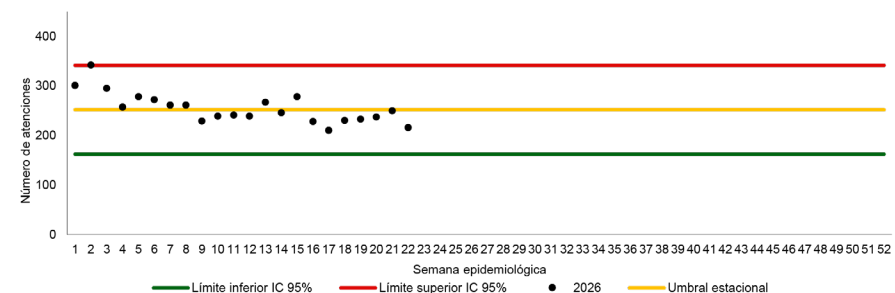


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

Comportamiento en los mayores de 60 años por hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM

En la semana epidemiológica 22 del 2026, se notificaron 216 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 22 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 22 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en hospitalización en UCI/UCIM y positiva en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 22 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM se ubicaron dentro de los límites esperados.

Según lo reportado por el IDEAM, los modelos climáticos internacionales proyectan una probabilidad del 61,0 % de configuración del fenómeno de El Niño entre mayo y julio de 2026, con incremento progresivo hasta superar el 90,0 % a partir de septiembre¹. Este escenario es epidemiológicamente relevante para la vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), dado que las condiciones de calor extremo, baja humedad relativa e incremento de material particulado derivado de incendios forestales y quemas asociadas al fenómeno favorecen la irritación de la mucosa respiratoria y aumentan la susceptibilidad a infecciones de vías respiratorias altas y bajas, con mayor impacto esperado en menores de cinco años, adultos mayores y personas con enfermedades respiratorias crónicas. Adicionalmente, las oscilaciones térmicas entre el día y la noche constituyen un desencadenante reconocido de eventos respiratorios agudos y favorecen la circulación sostenida de agentes virales y bacterianos, lo que configura un riesgo epidemiológico moderado a alto para IRA durante el segundo semestre de 2026. En este contexto, se recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica, la detección temprana y las medidas de prevención y control, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y considerando la estacionalidad del evento, así como el desarrollo del primer pico epidémico respiratorio, se recomienda a las entidades territoriales:

- Fortalecer la comunicación de riesgo orientada a la adopción de medidas de prevención no farmacológicas (lavado frecuente de manos, etiqueta de la tos, distanciamiento social, uso de tapabocas, adecuada ventilación y aislamiento), con énfasis en comunidades en riesgo de inundación y poblaciones alojadas en refugios temporales.
- Fortalecer el proceso de vigilancia de la infección respiratoria a través de las estrategias establecidas, realizando un monitoreo continuo con el fin de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación;

activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.

- Desarrollar estrategias de educación para la identificación temprana de signos y síntomas de alarma que permitan la atención oportuna y la implementación de medidas de cuidado en el hogar, con énfasis en poblaciones vulnerables (menores de 5 años, adultos mayores de 60 años y personas con enfermedades preexistentes), incluyendo a las poblaciones desplazadas por inundaciones.
- Fomentar la vacunación contra COVID-19 e influenza estacional como medida clave para la prevención y reducción de complicaciones asociadas, aprovechando el contacto con los servicios de salud durante la atención en emergencias y el paso por albergues.
- Garantizar condiciones mínimas de ventilación natural en alojamientos temporales, evitando el hacinamiento y promoviendo la separación de personas con síntomas respiratorios como medida de control de fuente.
- Establecer rutas claras de atención y referencia para casos de IRA grave en poblaciones afectadas por inundaciones, priorizando niños menores de 5 años, adultos mayores, gestantes y personas con comorbilidades.
- Notificar oportunamente posibles brotes respiratorios en alojamientos temporales al INS y a las direcciones territoriales de salud, activando los protocolos de investigación y respuesta ante brotes en entornos de emergencia.
- Realizar una evaluación integral de la capacidad instalada de los servicios de salud, con el objetivo de garantizar la preparación y respuesta adecuada ante un eventual aumento en la demanda de atención por infecciones respiratorias agudas, considerando el incremento de la demanda asociado a posibles eventos de inundación.
- Coordinar con las autoridades de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, consejos territoriales de gestión del riesgo) la inclusión de la vigilancia y control de IRA en los planes de respuesta sanitaria ante inundaciones.

23

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó disminuyendo y las detecciones se encuentran asociadas a influenza B en el norte del continente e influenza A al sur del continente. Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles descendentes de circulación en la región. Con relación a SARS-CoV-2 la tendencia continua a la baja, sin evidencia de resurgimiento en la región. La circulación de otros virus respiratorios ha aumentado en la región con predominio de rinovirus, situación que debe ser monitoreada por los países. Para más información consulte Flunet Home Page ([datos regionales](#)).

En el último periodo analizado, correspondiente a la semana epidemiológica 21, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad y rinovirus y al incremento para VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 14). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

Tabla 14. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 15 a 22 de 2026

Agente viral identificado	SE 15 a 18 de 2026			SE 19 a 22 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,5	63,0	23,8	56,2	62,9	38,7	
Rinovirus	17,3	14,4	40,0	8,8	8,9	4,2	
Virus sincitial respiratorio	35,1	41,2	13,3	43,6	8,9	20,8	
Enterovirus	6,1	6,0	-	4,2	4,2	8,3	
Adenovirus	8,8	10,2	-	7,8	8,4	4,2	
Influenza B	0,8	0,4	6,7	1,0	1,7	4,2	
Influenza A	5,3	2,5	-	5,9	1,7	25,0	
Parainfluenza	12,8	13,0	20,0	15,0	15,2	4,2	
Metapneumovirus	6,6	7,0	-	6,2	5,1	20,8	
A(H1N1)pdm09	1,9	1,1	13,3	0,3	-	-	
SARS-CoV2	0,3	0,0	-	1,3	8,9	-	
A(H3N2)	3,7	2,5	13,3	2,9	2,5	4,2	
Coronavirus	1,1	1,1	6,7	2,3	1,3	4,2	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026.
Porcentajes calculados del total de muestras analizadas con resultado positivo para algún agente viral.
*Se muestra la variación con significancia estadística

Referencia

1. Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. Ideam y Minambiente alertan de 90% de probabilidad de llegada del fenómeno de El Niño para septiembre de 2026 [Internet]. Bogotá D.C.: IDEAM; 2026 abr 11 [citado 2026 jun 11]. Disponible en: <https://www.ideam.gov.co/sala-de-prensa/noticia/ideam-y-minambiente-alertan-de-90-de-probabilidad-de-llegada-del-fenomeno-de-el-nino-para-septiembre>

COVID-19

Metodología

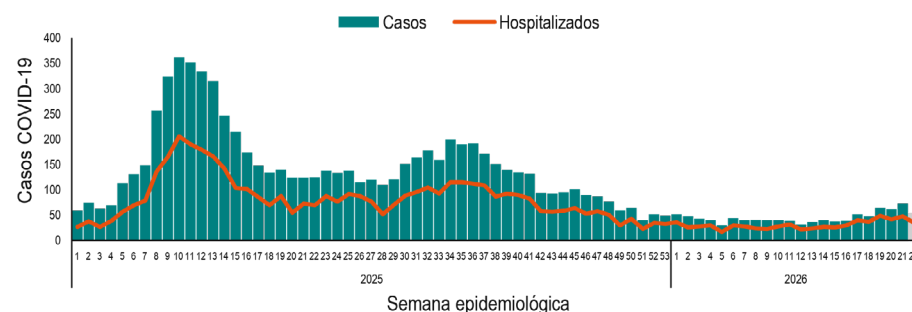
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 22 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

Definición operativa del evento: persona con resultado positivo para SARS-CoV-2, independientemente de criterios clínicos o epidemiológicos, con o sin requerimiento de hospitalización.

El análisis del comportamiento se realizó mediante la comparación de los casos confirmados de COVID-19. Los comportamientos inusuales por departamentos y municipios se evaluaron comparando las cuatro semanas previas con las actuales. La interpretación se definió así: incremento (razón > 1 con significancia estadística, $p < 0,05$), decremento (razón < 1 con significancia estadística, $p < 0,05$) y sin cambio (razón cercana a 1 sin significancia estadística, $p > 0,05$).

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 22), con corte al 06 de junio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron a Sivigila 997 casos de COVID-19, de los cuales 996 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (19 a 22) se registraron 254 casos, un aumento del 43,5 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18), en el que se reportaron 177 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 174 casos, un incremento del 30,8 % frente a las 133 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 22), los casos de 2026 muestran una tendencia menor, como se evidenció en la figura 9.

Figura 9. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 22 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 22 de 2026
*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) se registró una incidencia de 0,5 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 63 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Antioquia, Boyacá, Cundinamarca y Santander, así como en los distritos de Bogotá, D.C y Barranquilla.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Rionegro (Antioquia), Facatativá y Soacha (Cundinamarca) y Floridablanca (Santander).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026), se observó un incremento en los grupos de 40 a 49 años (350,0 %), 60 a 69 años (200,0 %), 80 a 89 años (275,0 %), 20 a 29 años (128,6 %), 50 a 59 años (80,0 %), 70 a 79 años (75,0 %), menores de un año (48,3 %) y de 1 año (40,9 %). En contraste, se evidenció una disminución en los grupos de 30 a 39 años (-50,0 %), 5 a 9 años (-27,8 %), 2 a 4 años (-9,5 %) y de 10 a 19 años (-6,7 %). Finalmente, los grupos de 90 a 99 años y mayor de 100 años no registraron casos en ninguno de los dos periodos analizados.

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 15 a 22 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 15 a 18 2026	SE 19 a 22 2026		
Menor de un año	58	86	48,3	
1 año	22	31	40,9	
2 a 4 años	21	19	-9,5	
5 a 9 años	18	13	-27,8	
10 a 19 años	15	14	-6,7	
20 a 29 años	7	16	128,6	
30 a 39 años	10	5	-50,0	
40 a 49 años	2	9	350,0	
50 a 59 años	5	9	80,0	
60 a 69 años	7	21	200,0	
70 a 79 años	8	14	75,0	
80 a 89 años	4	15	275,0	
90 a 99 años	0	2	NC	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	177	254	43,5	

Nota: las variaciones porcentuales elevadas en algunos grupos de edad deben interpretarse con cautela, dado el bajo número de casos absolutos en el periodo anterior. Un cambio de pocos casos puede traducirse en porcentajes altos sin reflejar necesariamente una tendencia sostenida.

• NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 15 a 22 de 2026

PE: periodo epidemiológico

SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia ocho (8) fallecimientos asociados a COVID-19: dos (2) en Antioquia (Medellín y El Peñol) y uno (1) en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería), Cundinamarca (La Calera) y Magdalena (Pivijay).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu7la>, donde podrá ampliar los detalles sobre los casos de COVID-19 en Colombia entre 2020 y 2026.

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 22 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las siguientes definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública del evento¹:

Caso probable de dengue: Paciente procedente de área endémica que cumple con la definición de dengue con o sin signos de alarma.

- **Dengue sin signos de alarma:** enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución en la que se observan dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea, rash o leucopenia.
- **Dengue con signos de alarma:** paciente que cumple con la anterior definición y además presenta cualquiera de los siguientes signos de alarma: dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación, vómitos persistentes, diarrea, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), sangrado en mucosas, letargo o irritabilidad (principalmente en niños), hipotensión postural, hepatomegalia dolorosa >2 cm, caída de la temperatura, caída abrupta de plaquetas (<100 000) asociada a hemoconcentración.
- **Dengue grave:** todo caso de dengue que cumple con cualquiera de las manifestaciones graves de dengue que se mencionan a continuación: • Extravasación severa de plasma: Que conduce a síndrome de choque por dengue o acúmulo de líquidos con dificultad respiratoria. • Hemorragias severas: Paciente con enfermedad febril aguda, que presenta hemorragias severas con compromiso hemodinámico. • Daño grave de órganos: Paciente con enfermedad febril aguda y que presente signos clínicos o paraclínicos de daño severo de órganos como: daño hepático, daño del sistema nervioso central, corazón o afección de otros órganos.
- **Muerte por dengue:** todo caso que fallece con diagnóstico de dengue grave.

Caso confirmado de dengue: caso probable de dengue, dengue grave, o mortalidad por dengue confirmado por alguno de los criterios de laboratorio para el diagnóstico de dengue: ELISA NS1, RT-PCR o aislamiento viral en pacientes con 5 días o menos de inicio de síntomas o prueba de IgM Dengue ELISA en pacientes con 6 o más días de inicio de síntomas.

El canal endémico nacional y el análisis del comportamiento epidemiológico por entidad territorial se construyó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), con los siguientes límites de control: por debajo de lo esperado, número de casos menor al límite inferior IC95 %; dentro de lo esperado, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95 %; en alerta, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, y por encima de lo esperado, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de dengue. Versión 4. 20 de marzo de 2022. Disponible en https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf

Definición de periodo de transmisión: corresponde al comportamiento esperado mensualmente según el comportamiento histórico (2019-2025 sin 2021)

Alta transmisión	Moderada transmisión	Baja transmisión
Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en al menos 5 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 3 o 4 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).	Entidades territoriales que presentan durante el mes analizado una frecuencia de casos superior al promedio anual en 0 o 2 años de su histórico (2019-2025 sin 2021).

El porcentaje de municipios **por encima de lo esperado** para dengue se calculó teniendo en cuenta como denominador el número de municipios en riesgo para el evento por departamento, según lo indicado en el *Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023* del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la semana epidemiológica 22 del 2026 se notificaron 2 816 casos de dengue: 2 101 casos de esta semana y 689 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 48 343 casos, 29 142 (60,3 %) sin signos de alarma, 18 692 (38,7 %) con signos de alarma y 509 (1,1 %) de dengue grave.

El 65,0 % (31 443) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira, Cartagena de Indias, y Santa Marta (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) se observa que, las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Cesar, Norte de Santander, Santander, Magdalena, Casanare, La Guajira, Tolima y Antioquia concentran el 71,0 % (7 596) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Meta, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

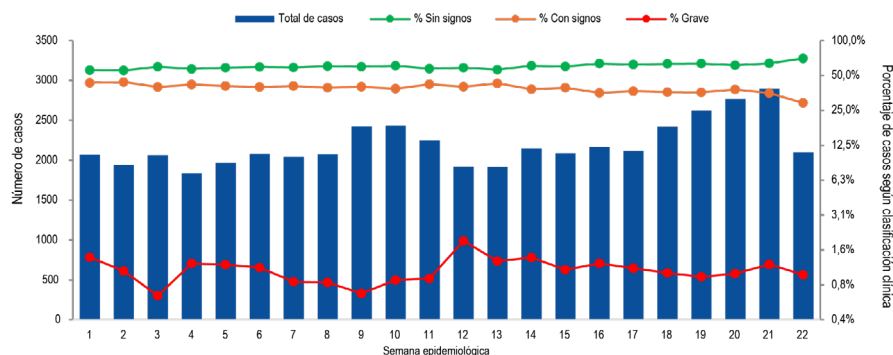
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 14 - 17 2026)	Observado (SE 18-21 2026)
Meta	7 818	30,4	1,0	1755	2297
Cesar	4 188	57,4	0,6	605	713
Bolívar	3 541	38,9	1,6	685	924
Santander	3 210	36,1	0,6	596	632
Norte de Santander	3 091	38,6	1,6	494	643
Magdalena	2 884	50,1	0,8	571	598
La Guajira	2 579	53,4	2,0	446	451
Cartagena de Indias	2 308	19,0	1,0	298	243
Santa Marta	1 824	44,1	0,5	263	197
Córdoba	1 688	41,1	0,5	261	210
Antioquia	1 652	36,1	1,1	279	401
Tolima	1 634	29,6	1,2	268	404
Barranquilla	1 625	42,3	1,0	180	176
Atlántico	1 487	44,3	1,0	212	215
Casanare	1 249	31,9	0,3	240	533
Arauca	1 057	32,3	0,9	175	324
Cundinamarca	753	34,4	0,8	136	205
Sucre	752	49,9	1,2	140	195
Valle del Cauca	741	32,5	0,5	135	193
Huila	685	37,4	4,7	113	188
Santiago de Cali	682	36,8	0,3	133	154
Chocó	419	22,4	1,2	85	100
Amazonas	403	15,1	0,0	60	54
Guaviare	343	19,8	0,6	48	167
Putumayo	320	20,3	1,3	57	107
Caquetá	317	52,7	2,2	74	82
Nariño	310	44,8	1,6	49	69
Quindío	149	23,5	0,7	41	42
Cauca	107	38,3	0,0	23	24
Boyacá	98	51,0	0,0	13	40
Exterior	95	45,3	4,2	16	17
Risaralda	90	34,4	1,1	22	19
Caldas	90	48,9	0,0	20	32
Buenaventura	59	35,6	0,0	10	18
Vichada	43	27,9	0,0	4	5
Vaupés	37	13,5	0,0	6	24
Archipiélago de San Andrés	8	25,0	0,0	1	4
Guainía	7	28,6	0,0	3	1
Total	48 343	38,7	1,1	8 517	10 701

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica.

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 10); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar, La Guajira y Exterior.

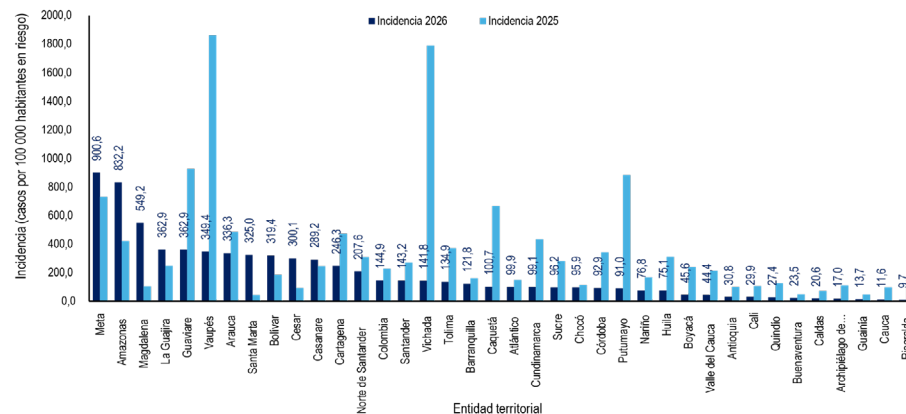
Figura 10. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

A semana epidemiológica 22 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 144,9 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 229,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, La Guajira, Guaviare, Vaupés, Arauca y Santa Marta, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 22 del 2026 registrando tasas superiores a 320 casos por 100 000 habitantes (figura 11). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 297,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2025 y 2026

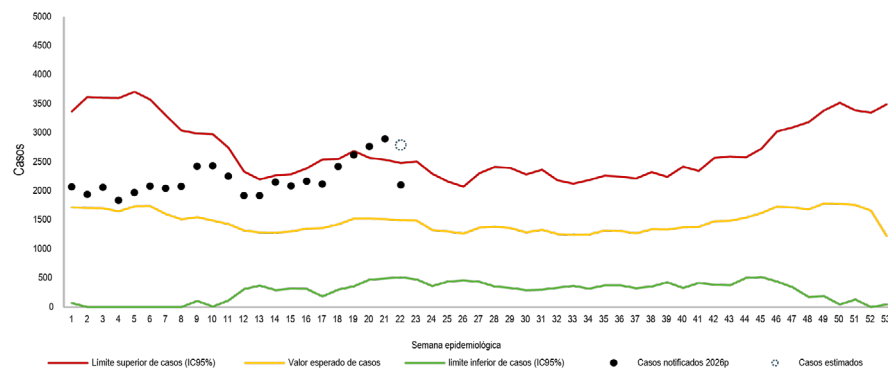


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 22 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 25,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026) (figura 12). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 22), se observa una reducción del 37,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 76 398 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 24,3 % (9) está dentro de lo esperado, el 40,5 % (15) se encuentra en situación de alerta y el 35,2 % (13) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Figura 12. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Tabla 17. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 22, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias., Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta,
Alerta	Amazonas, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Antioquia, Boyacá Córdoba, Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Quindío Santander, Sucre, Tolima, Vaupés, Vichada
Dentro de lo esperado	Santiago de Cali, Caquetá, Putumayo, Guainía, Buenaventura., Cauca, Huila, Risaralda, Valle del Cauca

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 22 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 18,5 % (153) se encuentra por encima de lo esperado, según el canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 31,6 % (18/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 18).

Tabla 18. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 22 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 14-17 2026)	(SE 18-21 2026)
Antioquia	Bello	4.9	27	10	8
Atlántico	Barranquilla	123.9	1625	180	176
	Sabanalarga	115.5	119	15	8
	Soledad	58.8	402	51	46
Bolívar	Cartagena	218.8	2308	298	243
	Magangué	192.7	277	58	54
	Turbaco	300.0	349	71	62
Cesar	Valledupar	285.7	1577	184	227
	Aguachica	260.4	320	69	92
La Guajira	Riohacha	406.7	852	139	110
	Maicao	186.9	359	37	22
Santa Marta	Santa Marta	330.2	1824	263	197
Magdalena	Ciénaga	395.3	504	79	72
Meta	Villavicencio	1132.7	5776	1313	1556
Norte de Santander	Ocaña	124.7	148	13	35
Santander	Bucaramanga	177.4	1098	219	267
Tolima	Ibagué	107.9	587	90	182
Arauca	Arauca	127.5	128	24	29

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica.

A semana epidemiológica 22 del 2026, se han notificado 138 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 26 casos, se han descartado 61 casos y se encuentran en estudio 51 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 63 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 19).

Tabla 19. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 22, 2026	Letalidad por dengue a SE 22, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	2	0	0.29	0.21
La Guajira	7	6	0.27	0.06
Magdalena	5	0	0.17	0.18
Atlántico	2	2	0.13	0.09
Antioquia	1	4	0.06	0.15
Bolívar	2	3	0.06	0.10
Santa Marta	1	1	0.05	0.00
Meta	3	8	0.04	0.13
Norte de Santander	1	1	0.03	0.04
Santander	1	3	0.03	0.07
Cesar	1	3	0.02	0.00
Barranquilla	0	4	0.00	0.09
Tolima	0	4	0.00	0.02
Nariño	0	3	0.00	0.00
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.13
Casanare	0	1	0.00	0.00
Chocó	0	1	0.00	0.00
Cundinamarca	0	1	0.00	0.03
Putumayo	0	1	0.00	0.10
Quindío	0	1	0.00	0.00
Sucre	0	1	0.00	0.09
Colombia	26	51	0,05	0,08

VPP (valor predictivo positivo) muertes por dengue: 30 %. SE: semana epidemiológica.

*No se incluyen en esta tabla los casos procedentes del exterior

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026.

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace:

<http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 22 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ}$ C) actual o reciente (hasta de dos semanas o 15 días previos a la consulta), procedente de área o región endémica de malaria en los últimos 15 días, cuya enfermedad se confirme por la identificación de especies de *Plasmodium spp*, mediante algún examen parasitológico como: (gota gruesa), pruebas rápidas de detección de antígeno parasitario (PDR), o en situaciones especiales, técnica molecular (PCR)¹.

Estratificación de riesgo: para Colombia han sido definidos cinco estratos de riesgo, determinados según los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, es decir que el territorio tenga una altura por debajo de 1 600 msnm y que se encuentre el vector), la intensidad de la transmisión (nivel de endemidad o número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y el riesgo de importación del parásito (concepto asociado a la movilización de personas, movimientos migratorios internos o externos entre municipios).

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

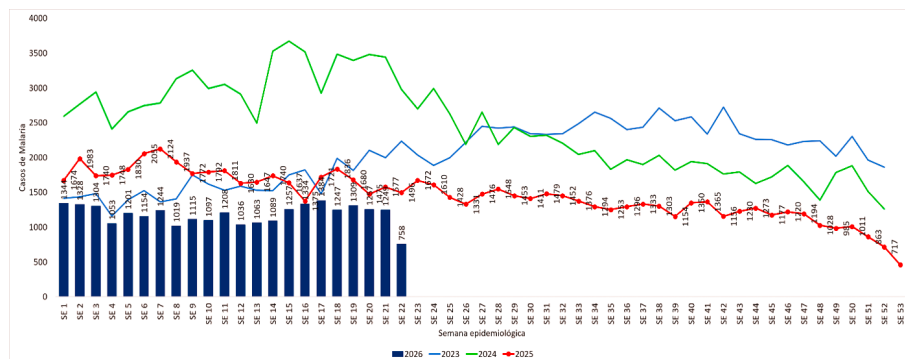
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros reflejan un menor riesgo.

¹ Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de malaria. Versión 5. 17 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Malaria%202022.pdf

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución para la malaria, como lo muestra la figura 13.

Figura 13. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 22 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 22 del 2026 se notificaron 1 435 casos de malaria, para un acumulado de 26 050 casos, de los cuales 25 744 son de malaria no complicada y 306 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 73,6 % (18 119), seguido de *Plasmodium falciparum* con 25,3 % (6 238) e infección mixta con 1,0 % (258). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,5 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (31,9 %), Antioquia (14,3 %), Córdoba (8,4%), Guainía (6,9 %), Nariño (6,7 %), Risaralda (4,2 %), Amazonas (3,9 %), Bolívar (3,2 %), Cauca (3,2 %), Vichada (3,1 %), Meta (3,0 %), Vaupés (2,4 %) y Buenaventura (2,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,2 % de los casos son los que se muestran en la tabla 20.

Tabla 20. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 15 y 18 2026	Casos SE 19 a 22 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1 573	283	111	39,74
Córdoba	Tierralta	1 450	323	201	14,31
Chocó	Quibdó	1 320	345	350	8,86
Risaralda	Pueblo Rico	993	206	84	59,06
Chocó	Lloró	825	147	163	75,94
Antioquia	El Bagre	787	143	111	13,80
Chocó	Istmina	665	154	118	19,02
Chocó	Bagadó	637	133	189	52,75
Meta	Puerto Gaitán	613	84	119	12,98
Buenaventura	Buenaventura	612	113	180	1,88
Chocó	Medio San Juan	528	134	152	43,62
Vaupés	Mitú	507	83	61	13,85
Vichada	Cumaribo	486	99	48	5,42
Bolívar	Montecristo	442	101	72	23,75
Nariño	Olaya Herrera	421	82	39	15,74
Chocó	Alto Baudó	408	62	44	12,68
Chocó	Juradó	408	92	114	52,72
Cauca	Timbiquí	399	133	109	13,93
Chocó	Río Quito	389	64	125	41,23
Amazonas	Tarapacá (CD)	375	63	34	83,44
Cauca	Guapi	366	113	60	12,15
Antioquia	Nechí	342	68	96	12,10
Córdoba	Puerto Libertador	336	54	48	7,29
Chocó	Carmen del Darién	325	56	63	14,29
Antioquia	Cáceres	323	68	58	10,23
Chocó	El Cantón del San Pablo	323	43	122	45,28
Amazonas	La Pedrera (CD)	322	28	9	73,95
Norte de Santander	Tibú	314	56	68	9,95
Vichada	Puerto Carreño	302	15	22	12,97
Nariño	El Charco	280	37	65	11,91
Chocó	Tadó	264	59	48	12,72
Guaviare	San José del Guaviare	255	53	29	3,83
Nariño	Roberto Payán	252	50	23	18,70
Nariño	Magüí	247	50	23	9,38
Antioquia	Turbo	246	54	28	1,80

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: semana epidemiológica

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 71,2 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Mitú, Montecristo, Cumaribo y Puerto Libertador y en incremento el municipio de Quibdó, Puerto Gaitán, Bagadó, Juradó y Nechí (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,3 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Guapi, Istmina, Olaya Herrera, Inírida, Magüi, Tierralta y Alto Baudo y en incremento los municipios de Buenaventura, Rio quito, El Charco, Lloró y Bagadó como se muestra en la tabla 22.

Tabla 21. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 22 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 15 a 18 de 2026	Casos SE 19 a 22 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	237	101	-57%	7,1%
Córdoba	Tierralta	270	175	-35%	6,7%
Risaralda	Pueblo Rico	170	76	-55%	4,7%
Antioquia	El Bagre	139	108	-22%	3,9%
Chocó	Lloró	104	102	-2%	3,0%
Chocó	Quibdó	136	161	18%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	72	99	38%	2,7%
Vaupés	Mitú	79	58	-27%	2,5%
Chocó	Bagadó	92	122	33%	2,4%
Bolívar	Montecristo	101	74	-27%	2,3%
Chocó	Juradó	92	114	24%	2,1%
Vichada	Cumaribo	79	30	-62%	2,1%
Antioquia	Nechí	67	98	46%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	53	48	-9%	1,7%
Chocó	Istmina	67	68	1%	1,7%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026
SE: semana epidemiológica

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 22 del 2026

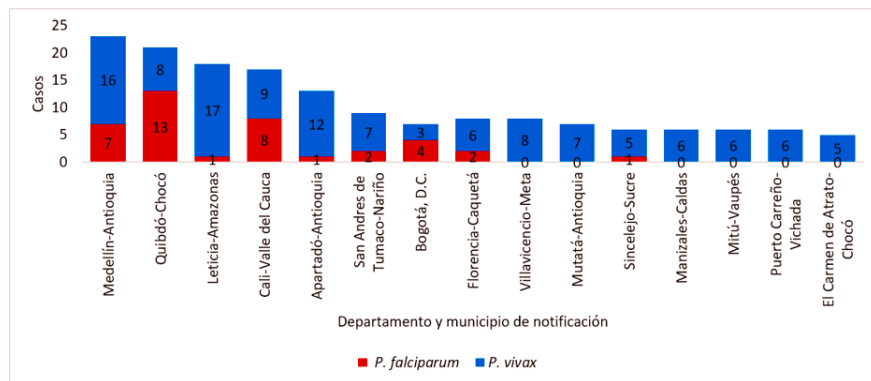
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 13 a 16 de 2026	Casos SE 17 a 20 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	210	195	-7%	11,7%
Buenaventura	Buenaventura	61	131	115%	6,0%
Cauca	Timbiquí	129	107	-17%	5,9%
Cauca	Guapi	103	60	-42%	5,1%
Chocó	Istmina	86	51	-41%	5,0%
Chocó	Rioquito	44	94	114%	4,3%
Nariño	El Charco	32	56	75%	3,7%
Chocó	Medio San Juan	72	71	-1%	3,5%
Chocó	Lloró	34	59	74%	3,2%
Nariño	Olaya Herrera	38	22	-42%	3,1%
Guainía	Inírida	45	10	-78%	3,1%
Nariño	Magüi	45	19	-58%	2,7%
Córdoba	Tierralta	51	26	-49%	2,6%
Chocó	Bagadó	40	59	48%	2,4%
Chocó	Alto Baudo	27	23	-15%	2,0%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025. SE: semana epidemiológica

Malaria complicada

A semana epidemiológica 22 de 2026 se han notificado 306 casos de malaria complicada, que son notificados por 31 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 88,6 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 53,6 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 14).

Figura 14. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 22 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026. SE: Semana Epidemiológica

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 22 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran 6 departamentos en situación de incremento y 9 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 35 municipios en incremento y 64 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 22 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 22 2025	Acumulado 2026	SE 22 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	3	55	25	0	1	3
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	50	720	384	8	22	34
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	0	11	23	0	0	2
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	124	0	0	6
Antioquia	Frontino	4	4	96	172	12	30	59
Antioquia	Anorí	4	2	24	111	4	10	31
Antioquia	Cáceres	5	19	268	326	6	56	58
Antioquia	Nechí	5	17	589	346	15	31	98
Antioquia	Yondó	4	3	26	51	1	1	5
Arauca	Saravena	4	14	299	72	2	3	13
Arauca	Arauquita	4	0	23	17	1	1	3
Bolívar	Tiquisio	4	1	55	77	6	12	20
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	0	10	55	2	1	5
Caquetá	Florencia	4	3	202	92	1	3	18
Cauca	Timbiquí	5	19	688	401	10	103	109
Chocó	El Carmen de Atrato	4	0	102	179	1	7	25
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	15	538	323	24	65	122
Chocó	Medio San Juan	5	21	518	530	13	109	152
Chocó	Belén de Bajirá	5	2	81	252	20	7	58
Chocó	Lloró	5	36	852	829	20	164	164
Chocó	Istmina	5	49	504	672	14	75	120
Chocó	Unión Panamericana	5	7	105	102	9	26	41
Chocó	Juradó	4	16	139	408	7	27	114
Chocó	Río Quito	5	15	303	393	32	120	125
Chocó	Sipi	4	12	129	77	0	13	19
Chocó	Cértégui	4	6	106	120	7	20	27
Córdoba	Tuchín	4	3	25	53	1	6	10
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	0	11	24	3	4	11
Córdoba	Cereté	4	0	0	5	1	0	3
Meta	Puerto Gaitán	4	23	124	622	36	13	121
Norte de Santander	El Carmen	4	0	2	3	0	0	2
Risaralda	Pereira	4	1	14	11	0	0	4
Risaralda	La Virginia	4	1	56	24	0	0	2
Vichada	Puerto Carreño	4	8	118	309	4	7	22

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025-2026.

SE: semana epidemiológica

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas¹.

- **Desnutrición aguda moderada:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está entre -2 y -3 DE, puede acompañarse de algún grado de emaciación o delgadez. Este tipo de desnutrición debe detectarse y tratarse con oportunidad, dado que en poco tiempo se puede pasar a desnutrición aguda severa y/o complicarse con enfermedades infecciosas.
- **Desnutrición aguda severa:** se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla o longitud está por debajo de -3 DE, o cuando se presenta edema bilateral que puede llegar a anasarca. La desnutrición aguda severa puede presentar fenotipos clínicos que son el kwashiorkor, marasmo y marasmo-kwashiorkor.

La prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco años se calcula utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se toma la población menor de 5 años de las proyecciones de población DANE 2025. Se incluyen en el análisis los casos residentes en el país.

Para el análisis de comportamientos inusuales, se usó la distribución de probabilidades de Poisson por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de tiempo por analizar, para aquellas entidades con un valor observado inferior a 30 casos; para aquellas entidades con un valor observado superior a 30, se utilizó la metodología de MMWR donde se establece una distribución de probabilidad a partir de la mediana del evento, teniendo en cuenta la variabilidad de las entidades territoriales con mayor incremento y decremento.

Los datos pueden variar semanalmente por la notificación tardía y ajuste de casos al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

¹ Instituto Nacional de Salud, Colombia. Protocolo de vigilancia de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Versión 8. 24 de abril de 2024. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscar-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (23 de 2025 a 22 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada y Guaviare (tabla 24)

El 82,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,1 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,3 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,5 %) y en los de 1 año de edad (26,6 %). Así mismo, el 66,7 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 22 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Caquetá, Guainía, Norte de Santander, San Andrés, y Vaupés; el nivel nacional se encuentra en un comportamiento estable. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Así mismo, se identificó un comportamiento inusual de incremento en 216 municipios a nivel nacional (19,2 %) y de disminución en 61 municipios (5,4 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 23 municipios (tabla 25).

A semana epidemiológica 22 del 2026, se han notificado 9 335 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 9 292 corresponden a residentes en Colombia y 43 casos de residentes en el exterior.

Tabla 24. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 22, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 22 de 2025	Casos a SE 22 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	9244	9292	0,53	19,2	5,4
La Guajira	636	720	1,59	26,7	6,7
Chocó	411	409	1,20	32,3	12,9
Vichada	78	74	1,10	0,0	25,0
Guaviare	39	35	0,75	25,0	25,0
Magdalena	330	258	0,73	13,8	13,8
Risaralda	213	206	0,72	21,4	7,1
Cartagena de Indias	203	247	0,70	0,0	0,0
Arauca	86	90	0,69	28,6	42,9
Casanare	114	116	0,59	10,5	15,8
Cesar	423	379	0,59	24,0	20,0
Vaupés	16	13	0,58	0,0	16,7
Boyacá	225	235	0,58	16,3	0,0
Amazonas	34	28	0,58	18,2	0,0
Bolívar	248	278	0,56	24,4	13,3
Antioquia	1353	1239	0,55	21,6	0,8
Bogotá, D.C	1256	1219	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	298	253	0,54	10,0	7,5
Nariño	317	345	0,53	28,1	1,6
Cundinamarca	500	565	0,52	15,5	2,6
Putumayo	97	99	0,51	15,4	7,7
Santiago de Cali	238	261	0,47	0,0	0,0
Sucre	159	193	0,46	30,8	0,0
Meta	188	201	0,44	27,6	3,4
Valle de Cauca	295	275	0,43	27,5	5,0
Buenaventura	84	60	0,41	0,0	0,0
Huila	202	189	0,41	13,5	2,7
Tolima	130	168	0,39	12,8	4,3
Guainía	26	13	0,36	0,0	11,1
Santa Marta	75	56	0,35	0,0	0,0
Caldas	71	88	0,34	25,9	3,7
Caquetá	66	69	0,34	6,3	12,5
Barranquilla	113	84	0,33	0,0	0,0
Córdoba	211	256	0,32	16,7	6,7
Atlántico	122	155	0,30	18,2	18,2
Quindío	32	46	0,30	16,7	0,0
Santander	239	221	0,29	16,1	3,4
Cauca	114	141	0,27	23,8	7,1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	8	0,25	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 23 de 2025 a SE 22 de 2026.

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2025 y 2026 (Información preliminar); DANE, Proyecciones de población 2025.

Tabla 25. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 22 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Tolima	Ibagué	26	55
Sucre	Sincelejo	24	51
Risaralda	Dosquebradas	22	37
Antioquia	Rionegro	18	32
Valle del Cauca	Tuluá	14	29
Arauca	Arauca	41	27
Cauca	Popayán	16	23
Cesar	Aguachica	14	23
Caldas	Manizales	28	21
Huila	Pitalito	14	21
Santander	Floridablanca	15	21
Valle del Cauca	Cartago	12	20
Boyacá	Duitama	13	19
Santander	Girón	27	19
Magdalena	Ciénaga	25	17
Cauca	Santander de Quilichao	9	16
Norte de Santander	Ocaña	20	15
Antioquia	Apartadó	32	14
Valle del Cauca	Yumbo	20	12
Norte de Santander	Villa del Rosario	26	8
Atlántico	Malambo	14	7
Cundinamarca	Girardot	26	6
Bolívar	Turbaco	9	4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2025 (Información preliminar).

Para mayor información, consulte el tablero de control del evento de desnutrición aguda en menores de 5 años disponible en: <http://url.ins.gov.co/489r9>

Tos ferina

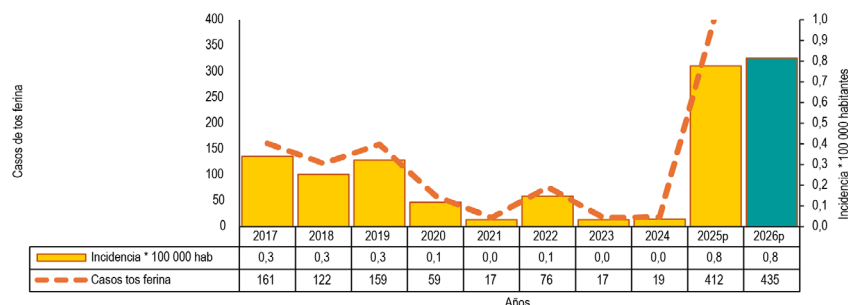
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 21 de 2026

Nota: el presente informe descriptivo se refiere exclusivamente al análisis de los casos confirmados de tos ferina, ya sea por laboratorio, nexa epidemiológico o criterio clínico. Las incidencias se calcularon únicamente con base en los casos procedentes de Colombia.

Hasta la semana epidemiológica 21 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 601 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,9 % (439) correspondió a casos confirmados. De los 439 casos confirmados, 435 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 73,0 % (1 900) correspondió a casos descartados y el 10,1 % (262) permanece en estudio.

36 La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 21 fue de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es ligeramente superior al registrado en 2025 cuando se reportaron 412 casos confirmados para el mismo periodo (figura 15).

Figura 15. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 21, 2017 a 2026p

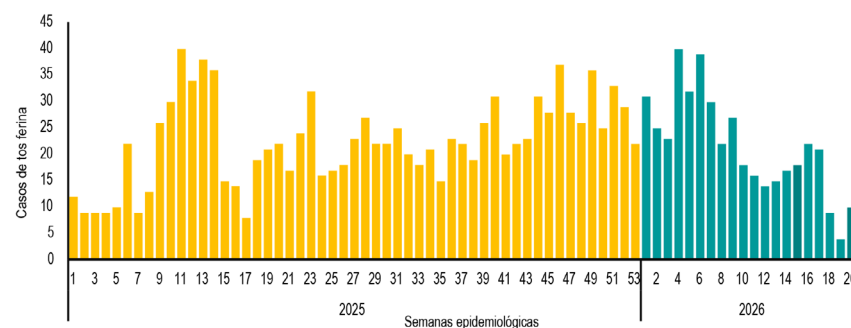


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 16 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (37 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una reducción del 62,8 %, al pasar de 78 casos (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026) a 29 casos (semanas epidemiológicas 18 a 21 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 16. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 21 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026

p: dato preliminar sujeto a validación.

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 21, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 100 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 49 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 33 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 26 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 26. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 21, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,8		435
Antioquia	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	1,3	1,4		100
Bogotá, D.C.	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,6		49
Santander	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	1,4		33
Cartagena de Indias	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,0		30
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4		21
Cesar	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,3		20
Boyacá	0,2	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	1,3		17
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,9		16
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2		15
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,7		15
Chocó	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	1,9	2,2		13
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,4		13
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,0		10
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6		8
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5		8
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4		8
Huila	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	1,9	0,5		6
Vaupés	70,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,2		5
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5		5
Caldas	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5		5
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,5		5
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,4		5
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		5
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2		5
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,4		4
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5		3
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,3		2
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Sucre	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		2
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	0,2		1
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Vigila 2019 a 2026p

p: datos preliminares sujetos a verificación

*La incidencia de Vaupés en 2019 corresponde a un brote registrado en población indígena de ese año.

Seguimiento de brotes activos en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2026p

En la semana epidemiológica 21 de 2026 se identificaron 110 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en: Cerrito (Santander) con 15 casos, seguido de Paz de Ariporo (Casanare) con 13, Dabeiba (Antioquia) con 12 y Cubará (Boyacá) con 8 casos.

La tabla 27 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 27. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		110		
Antioquia	Betulía	2	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	4	08/05/2026	19/06/2026
Cesar	Agustín Codazzi	3	05/05/2026	16/06/2026
Boyacá	Guicán	1	01/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	8	01/05/2026	12/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Santander	Cerrito	15	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urreá	1	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	5	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	09/05/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/03/2026	07/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Norte de Santander	Toledo	1	09/03/2026	20/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Cauca	Toribio	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Valledupar	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Santander	Concepción	5	20/04/2025	01/06/2025

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026 (datos preliminares)

FIS: fecha de inicio de síntomas

Celdas en gris: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 08 de junio de 2026

En 2024, se confirmaron 23 casos de fiebre amarilla, con 13 fallecimientos (letalidad 56,5 %). En 2025 se confirmaron 125 casos procedentes de Colombia y tres (3) procedentes del exterior¹ con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)².

Para el 2026, a corte del 08 de junio (datos preliminares), se han notificado 854 casos probables, 50 confirmados (49 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 08 de junio de 2026, el 98,0 % procedente del Tolima y el 2,0 % del Meta. Se han notificado 23 muertes probables, 18 confirmadas por fiebre amarilla, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (4) casos se encuentran en estudio, para una letalidad del 36,0 % (18/50)³. Entre el 02 y 08 de junio de 2026 no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se han confirmado 198 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 77 casos y cuatro (4) casos se encuentran en estudio (letalidad acumulada del 38,8 %).

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 20 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos dos casos se confirmaron el 07 de junio 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del municipio de Suárez (Tolima).

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Alerta de Temprana

[1] El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

[2] Se excluyen 6 casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

[3] Se excluye 1 caso de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla y cuatro (4) casos en estudio.

Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 09 de junio de 2026

En 2026, se han confirmado en el país ocho (8) casos de sarampión mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, de estos, seis (6) importados con antecedente de viaje a México (4), Estados Unidos (1) y un (1) caso con antecedente de viaje a Perú, Brasil y Panamá. Asimismo, dos (2) casos relacionados a la importación.

Los casos han sido notificados por Bogotá, D.C. (5), Bucaramanga (Santander) (1) y Cartagena de Indias y Antioquia (1) cada uno. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) de los casos corresponden al genotipo D8, mientras que uno (1) se encuentra en estudio y uno (1) sin genotipificación. Cabe destacar que, a la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o defunciones asociadas.

Con corte al 09 de junio de 2026, se han notificado 1 184 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 980 han sido descartados y 196 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (76) y Antioquia (59). El resto de los casos en investigación se reportan en Huila, Meta y Tolima (7 casos), Risaralda y Santander (6 casos), Nariño (5 casos), Cundinamarca, Norte de Santander y Santa Marta (4 casos), Santiago de Cali y Cesar (2 casos), y finalmente Atlántico, Bolívar, Caldas, Caquetá, Córdoba, Magdalena y Sucre con un caso cada uno.

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) se mantienen activos para el seguimiento continuo de las acciones de control, la intensificación de la vigilancia epidemiológica, ejecución de búsquedas activas comunitarias (BAC) e institucionales (BAI) en áreas priorizadas. Complementariamente, se adelantan monitoreos rápidos de vacunación (MRV), jornadas de bloqueo y la verificación de esquemas de vacunación en el talento humano en salud. Finalmente, para garantizar una respuesta articulada, se implementan estrategias de fortalecimiento técnico mediante simulaciones y capacitaciones dirigidas a las entidades territoriales, optimizando así la capacidad operativa frente al evento.

En el ámbito administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 ha permitido estandarizar las capacidades de respuesta con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y el fortalecimiento de las estrategias de comunicación del riesgo dirigidas a la población y a los actores del sistema de salud. En cuanto al seguimiento diario de contactos de los casos confirmados, a la fecha se ha logrado cerrar el cerco

epidemiológico de siete casos y un caso permanece bajo seguimiento activo.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 09 de junio de 2026.

Vigilancia en salud pública ante la probable instauración de fenómeno de El Niño, junio 9 de 2026

Actualmente, Colombia presenta condiciones climáticas dentro de rangos normales. Al 15 de mayo de 2026, el Ministerio de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) y la (UNGRD), reportaron condiciones iniciales de variabilidad climática asociadas a incremento de temperaturas y disminución de precipitaciones, con probabilidad de desarrollo del fenómeno El Niño. Se prevén efectos como déficit hídrico, sequías, incendios forestales y reducción de caudales, con impacto en la salud pública y en otros sectores.

A 01 de junio de 2026, persisten condiciones El Niño Oscilación del Sur (ENSO) neutrales, sin embargo, el Centro de Predicción Climática (CPC) estima una probabilidad del 82,0 % de transición a El Niño en el periodo mayo-julio de 2026 y del 96,0 % de permanencia hasta inicios del 2027. El IDEAM reporta calentamiento del Pacífico ecuatorial, con posible consolidación del fenómeno a mitad de año.

Se prioriza el seguimiento a entidades territoriales de la región Caribe, Norte de Santander, y Tolima, donde se registran temperaturas entre 34 °C y 40 °C con déficit de precipitaciones.

El 26 de mayo de 2026, se realizó una Sala de Análisis de Riesgo Ambiental (SARA) con referentes nacionales de los eventos de interés en salud pública (EISP) priorizados, socializó la situación, contexto y antecedentes, definió recomendaciones para la preparación, vigilancia y respuesta ante posibles impactos en salud pública. El 03 de junio 2026, en el Comité de Gestión del Cambio Climático del Sector Salud liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se fortaleció la coordinación interinstitucional y la capacidad de respuesta. El Grupo Factores de Riesgo del Ambiente (GFRA) del Instituto Nacional de Salud (INS) presentó, para las entidades territoriales que en las semanas epidemiológicas 19 a 21 tuvieron aumento de temperatura, el análisis de comportamientos inusuales de los EISP potencialmente asociados a altas temperaturas o déficit hídrico (tabla 28), con escenarios de incremento de riesgos en salud. Información preliminar en seguimiento y sujeta a cambios.

Tabla 28. Eventos de interés en salud pública con comportamiento inusuales, por entidad territorial*, a semana epidemiológica 21 de 2026

Evento de interés en salud pública	Entidades territoriales con incremento
Dengue	Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, San Andrés y Providencia, Santa Marta, Santander
Malaria	Bolívar, Magdalena
Enfermedad diarreica aguda (EDA)	Atlántico, Santa Marta, Santander
Infección respiratoria aguda (IRA) – consulta externa y urgencias	Córdoba, La Guajira
IRA-hospitalización	Barranquilla., Cartagena de Indias, Córdoba, Magdalena, Santa Marta
IRA-unidad de cuidados intensivos (UCI)	Atlántico, Córdoba, La Guajira
Infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitado	Cesar
Accidente ofídico	Cartagena de Indias
Desnutrición (DNT)	San Andrés y Providencia, Sucre

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, semana epidemiológica 21, fecha de corte: 09/06/2026. Rueda de prensa emitida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el IDEAM y la UNGRD. Fecha de consulta: 19 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.youtube.com/live/YDbE6vKWIns?si=XWf0LhNW80DeLQSN>

*Se hace el análisis de comportamientos inusuales para las entidades territoriales con aumento de temperatura en las semanas epidemiológicas 19 a 21 de 2026

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 22 del 2026 no se notificaron casos o alertas de Mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera, ni carbunco, tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

ALERTAS INTERNACIONALES

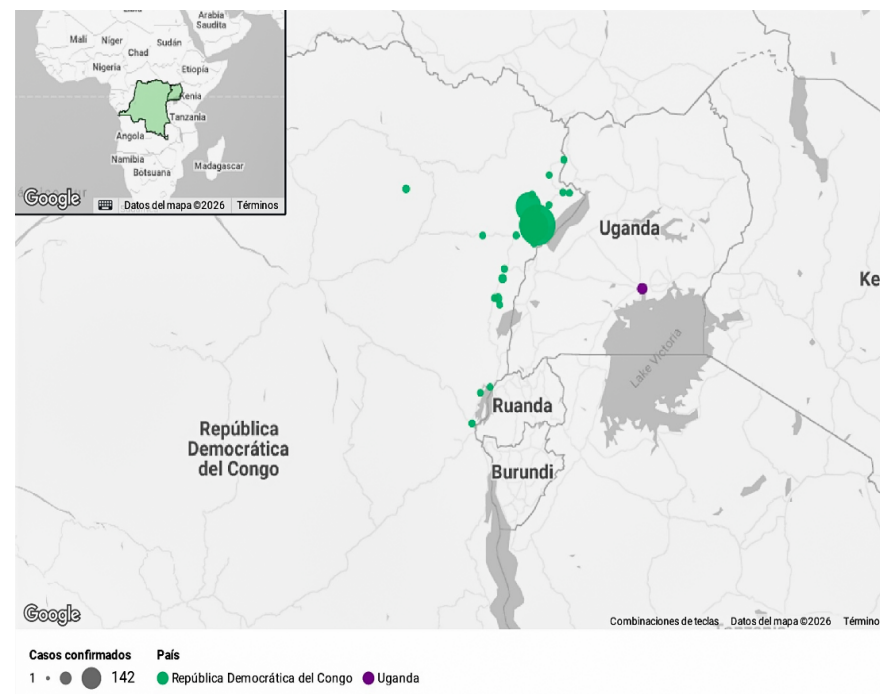
Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo (EVB) en República Democrática del Congo y Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 08 de junio de 2026

El 15 de mayo de 2026, se notificó el brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD) en la República Democrática del Congo –(RDC) y Uganda. El 17 de mayo de 2026, se declaró Enfermedad de Salud Pública de Importancia Internacional ESPII.

Con corte a 06 de junio de 2026, se han confirmado 534 casos, 93 muertes, letalidad 17,4 % en ambos países, 17 personas se han recuperado de la enfermedad. En RDC se han confirmado 515 casos en tres provincias, 91 muertes, letalidad 17,6 %; Uganda ha confirmado 19 casos (en Kampala y Wakiso), incluyendo dos (2) muertes, letalidad 10,52 %, además se reporta un (1) caso probable que ha fallecido. En Uganda, el brote sigue vinculado epidemiológicamente a la transmisión originada en la RDC, con evidencia de infecciones importadas y de transmisión secundaria entre contactos y trabajadores sanitarios; 12 pacientes se han recuperado en RDC y cinco (5) en Uganda.

El brote sigue concentrado en la provincia de Ituri (RDC), que representa el 94,0 % (487) de los casos confirmados. La letalidad en Ituri es del 15,2 % (74/487), significativamente inferior a la de Kivu del Norte, que es del 64,0 % (16/25). Los números más altos de casos confirmados en la provincia de Ituri se reportan en las zonas de salud de Bunia (142 casos), Rwampara (98 casos), Mongbwalu (92 casos) y Nyankunde (24 casos).

Mapa 4. Distribución de casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo y Uganda a 06 de junio de 2026



Elaboración propia con datos de OMS

El 06 de junio de 2026, la OMS reevaluó el riesgo del brote de EVB. El riesgo en la República Democrática del Congo sigue evaluándose como muy alto debido a la transmisión y expansión continua del brote hacia nuevas zonas sanitarias, aumentando el potencial de una mayor propagación nacional y regional. El riesgo para Uganda y los países con fronteras terrestres con RDC se evalúa como alto debido a la movilidad sostenida de la población vinculada al comercio transfronterizo y a las actividades mineras, la variación en las capacidades y experiencia de la respuesta a EVB y los niveles variables de preparación. El riesgo para el resto de la región africana y a nivel global se evalúa como bajo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda. Fecha de publicación: 08 de junio de 2026. Fecha de consulta: 09 de junio de 2026.

Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON606>

Situación epidemiológica de sarampión en México, Secretaría de Salud de México, 08 de junio de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 08 de junio de 2026 se han confirmado 18 157 casos de sarampión en el país (6 610 en 2025 y 11 547 en 2026). El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (2 377 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (2 110 casos) y el de 25 a 29 años (2 085 casos). Durante el mismo periodo se han confirmado 41 defunciones acumuladas (27 en 2025 y 14 en 2026). Los estados con el mayor número de casos en 2026 son Jalisco (6 409), Ciudad de México (981) y Chiapas (833).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 08 de junio de 2026. Fecha de consulta: 08 de junio de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1083065/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260608.pdf

Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), fecha de publicación: 04 de junio de 2026

A 04 de junio de 2026, se han notificado 2 030 casos confirmados de sarampión en el país. De éstos, 10 fueron notificados entre visitantes internacionales y 2 020 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 51,0 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 28,0 % para el grupo de mayores de 20 años y 21,0 % para el grupo de menores de 5 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 92,0 % no estaban vacunados o su estado era desconocido, el 4,0 % contaban con dos dosis de vacunación y el 4,0 % contaba con una dosis de vacunación. El 6,2 % (127/2 030) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 05 de junio de 2026. Fecha de consulta: 10 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>

Situación epidemiológica de sarampión en Canadá, Gobierno de Canadá, fecha de publicación: 08 de junio de 2026

En 2026, con corte a 30 de mayo, se han reportado 1 063 casos de sarampión (982 confirmados, 81 probables) en Canadá, por siete jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec, Saskatchewan). Las jurisdicciones que más casos han reportado son Manitoba (664 casos) y Alberta (309 casos).

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 41,0 % corresponden al grupo de 5 a 17 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 87,0 % no estaban vacunados, en el 4,0 % su estado de vacunación era desconocido, el 5,0 % contaban con dos o más dosis de vacunación y el 4,0 % contaba con una dosis de vacunación. El 6,5 % (69/1 063) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Gobierno de Canadá. Informe semanal de monitorización de sarampión y rubéola. Fecha de publicación: 08 de junio de 2026. Fecha de consulta: 10 de junio de 2026. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 22 de 2026

Los comportamientos inusuales permiten determinar el estado de un evento de interés en salud pública en las Entidades Territoriales, para esto, se utilizan varias metodologías estadísticas las cuales generan tres tipos de resultados que son presentados en las tablas anexas; el primero corresponde a las entidades con un aumento significativo en el número de casos y se representan en color amarillo, el segundo disminución significativa en el número de casos y se representan en color gris, y el tercero valores dentro de lo esperado en el número de casos y se representa en color blanco.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables y los criterios del evento		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	26	2	1	236	30	35	403	33	54	61	12	10	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Antioquia	258	12	12	9363	1353	1598	1652	306	401	597	123	126	18	5	4	142	67	22	43	7	3
Arauca	55	3	3	478	59	69	1057	119	324	341	35	85	9	1	4	0	1	0	16	3	4
Atlántico	29	4	1	1948	282	324	1487	68	215	658	39	87	15	3	2	4	1	2	8	1	3
Barranquilla D.E.	4	0	0	2176	257	345	1625	53	176	687	22	70	17	1	3	0	1	0	16	2	2
Bogotá D.C.	1	0	0	10801	1684	1794	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	16	8	2	0	0
Bolívar	108	7	6	1330	213	225	3541	236	924	1379	113	343	57	4	13	3	0	0	3	1	0
Boyacá	35	1	1	3185	472	527	98	41	40	50	15	20	0	0	0	4	1	1	2	1	0
Buenaventura D.E.	10	0	0	70	11	7	59	22	18	21	8	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	35	0	1	1884	276	326	90	23	32	44	15	16	0	0	0	3	2	0	16	3	3
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	2420	387	394	682	463	154	251	191	58	2	5	0	0	22	0	84	20	4
Caquetá	77	4	3	559	90	86	317	164	82	167	75	42	7	2	1	0	0	0	4	1	1
Cartagena de Indias D.T.	10	0	1	1122	132	184	2308	86	243	438	20	35	22	1	4	0	0	0	0	3	0
Casanare	68	4	5	1007	114	167	1249	247	533	399	95	168	4	3	2	1	2	0	3	0	1
Cauca	57	5	1	2836	425	497	107	94	24	41	32	10	0	1	0	2	17	0	14	2	5
Cesar	95	8	5	1369	201	255	4188	174	713	2402	110	409	27	4	8	1	1	1	19	3	7
Chocó	102	3	5	165	17	31	419	86	100	94	17	23	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	152	11	3	2429	385	403	1688	203	210	693	102	93	9	2	0	1	1	0	2	1	0
Cundinamarca	35	3	0	7230	1010	1193	753	223	205	259	97	65	6	1	1	7	4	0	5	1	1
Guainía	5	0	0	128	11	22	7	6	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	37	3	2	169	56	34	343	36	167	68	8	31	2	0	1	0	0	0	0	0	0
Huila	59	3	3	3214	351	524	685	234	188	256	95	64	32	6	7	6	1	0	24	1	22
La Guajira	55	5	2	1114	241	180	2579	82	451	1378	58	227	52	2	11	2	1	0	4	1	1
Magdalena	71	6	3	1139	192	173	2884	70	598	1444	45	296	22	1	2	1	0	0	2	0	1
Meta	124	4	4	2100	286	348	7818	603	2297	2373	213	653	77	6	21	7	6	0	10	0	5
Nariño	51	2	1	3588	530	630	310	68	69	139	20	29	5	1	2	2	1	0	6	1	1
Norte de Santander	154	10	9	3356	449	596	3091	279	643	1194	139	232	51	5	4	14	13	3	4	1	0
Putumayo	69	2	0	875	125	145	320	146	107	65	45	21	4	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	8	0	0	1574	211	281	149	27	42	35	9	12	1	0	0	0	1	0	3	0	1
Risaralda	36	1	1	2042	312	373	90	34	19	31	15	7	1	0	0	3	3	0	10	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	158	26	28	8	4	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	17	0	0	910	127	163	1824	20	197	804	11	84	9	1	1	0	0	0	6	1	1
Santander	90	5	7	3872	514	611	3210	473	632	1160	196	250	18	4	6	46	3	2	6	1	1
Sucre	42	1	4	1316	196	219	752	210	195	375	128	89	9	5	5	0	0	0	1	0	0
Tolima	77	3	1	3491	493	642	1634	429	404	483	168	133	20	4	5	2	3	0	12	3	1
Valle del Cauca	36	2	1	4331	594	679	741	470	193	241	194	63	4	3	0	3	1	0	30	6	5
Vaupés	17	1	0	107	12	12	37	7	24	5	1	0	0	0	0	1	0	0	7	2	1
Vichada	21	1	3	107	19	21	43	12	5	12	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.132	116	89	84.199	12.145	14.141	48.248	5.851	10.684	18.649	2.473	3.863	505	73	108	272	172	39	367	68	76

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1022	129	98	1	4	0	2750	646	466	165	14	37	0	0	0	1286	429	231	5	7	5
Antioquia	3741	1143	687	120	84	37	451891	83319	74049	18394	3197	2677	1791	876	593	169180	32256	29996	315	361	315
Arauca	113	4	18	4	4	0	8890	2361	2173	821	160	199	26	5	7	3545	783	784	29	28	29
Atlántico	2	0	1	3	10	2	66260	12309	12832	1842	234	240	1215	176	387	24423	4917	5000	53	97	53
Barranquilla D.E.	0	0	0	10	16	3	95059	19844	18389	5334	524	1031	595	280	250	33813	6866	6433	86	111	86
Bogotá D.C.	0	0	0	74	91	27	667861	167330	145691	32941	8367	6884	4078	1834	1542	325049	57302	58739	323	335	323
Bolívar	827	149	140	15	9	6	59982	12119	11335	1470	229	255	187	103	62	14456	3249	2444	83	94	83
Boyacá	127	0	24	20	11	2	51221	14574	11695	2837	652	653	167	81	62	20816	4396	3884	46	60	46
Buenaventura D.E.	615	196	181	7	5	2	4331	758	923	23	12	1	7	3	2	1453	550	260	24	36	24
Caldas	8	2	1	13	5	5	37742	8328	7558	1626	335	300	625	167	271	14086	2945	2969	41	42	41
Santiago de Cali D.E.	2	1	0	58	36	27	104714	26502	18131	2655	728	418	321	78	84	69224	12054	14525	103	122	103
Caquetá	208	13	25	8	7	5	14953	3847	4556	1111	183	321	9	12	3	7184	1559	1154	21	28	21
Cartagena de Indias D.T.	2	0	0	9	11	3	76666	17707	13618	5035	358	905	753	262	306	22956	4458	4326	59	102	59
Casanare	19	3	2	5	2	3	9868	2887	2326	179	69	36	72	14	18	4806	1170	1081	17	33	17
Cauca	822	300	191	21	10	7	45674	11093	8198	2079	320	458	108	110	36	17048	5007	2986	78	104	78
Cesar	6	2	1	21	8	7	49373	12234	9921	2190	610	405	172	92	61	10929	4246	2032	80	111	80
Chocó	8307	2558	1980	14	7	3	11787	2299	1714	586	161	119	16	6	5	7533	1032	1397	61	77	61
Córdoba	2179	847	323	7	11	1	91420	16135	20510	4889	481	1135	813	196	308	21004	4901	3784	114	158	114
Cundinamarca	0	0	0	36	24	9	153299	35992	33142	6754	1321	1651	462	367	180	72199	12472	13043	168	174	168
Guainía	1776	241	120	0	0	0	724	235	92	47	21	9	0	0	0	726	146	121	12	9	12
Guaviare	544	100	68	0	2	0	2328	698	449	434	40	83	29	6	7	1857	297	406	2	7	2
Huila	1	0	1	14	10	4	34111	12071	7963	2081	501	524	263	112	91	17391	3857	2758	83	77	83
La Guajira	17	2	1	5	8	2	114815	15465	23267	1812	578	317	354	42	139	18488	4088	3815	110	167	110
Magdalena	5	1	2	7	6	5	56447	8043	9651	1608	265	348	12	12	7	15958	3672	2908	46	77	46
Meta	773	59	144	6	6	1	34717	8963	8475	1422	260	364	100	54	34	20845	4640	4691	59	75	59
Nariño	1751	989	217	35	22	11	53580	14871	9468	3623	597	709	83	19	30	20796	5932	3565	74	90	74
Norte de Santander	334	119	75	38	19	11	79204	14303	12845	5372	958	852	454	159	147	24102	5360	4628	77	90	77
Putumayo	41	7	3	4	4	1	17606	3152	3257	561	159	107	23	8	9	6614	1047	892	17	24	17
Quindío	2	2	0	9	2	2	24127	6234	4398	1256	302	246	251	69	91	14164	2614	2664	28	24	28
Risaralda	1092	341	99	30	11	12	47561	9673	7458	1581	334	217	159	65	47	18062	3748	3172	42	48	42
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	2670	740	712	373	67	82	7	0	3	1011	263	205	2	5	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	6	3	3	26616	5408	5784	2075	188	359	381	141	136	8923	1255	1639	37	36	37
Santander	11	1	7	55	21	25	118456	18792	20534	7779	1229	1409	1127	367	457	42945	7274	7608	84	97	84
Sucre	24	6	1	12	7	6	45223	7668	8495	3614	525	512	445	211	145	10758	2946	2209	56	78	56
Tolima	10	0	2	11	11	4	63660	15065	12996	4743	692	780	186	68	69	26367	4880	4801	47	64	47
Valle del Cauca	14	5	1	22	21	7	63006	14454	11936	1724	318	364	497	112	162	32012	6542	5789	73	93	73
Vaupés	614	222	344	3	2	0	2825	339	333	58	12	8	0	6	0	1228	109	205	3	6	3
Vichada	817	123	71	2	2	1	980	443	203	2	3	1	0	0	0	647	249	154	18	15	18
Total nacional	25.827	7.723	4.553	706	531	244	2.792.397	606.901	545.543	131.096	25.004	25.016	15.788	6.113	5.751	1.123.884	219.507	207.298	2.576	3.163	2.576

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	56	4	5	1	0	0
Antioquia	7	6	3	261	56	29	10	3	0	744	67	64	1222	207	240	121	15	26
Arauca	2	0	0	16	2	0	0	0	0	17	1	2	55	10	3	5	1	1
Atlántico	1	2	0	36	4	8	0	0	0	13	1	2	374	66	71	11	5	1
Barranquilla D.E.	0	1	0	71	6	10	0	0	0	29	4	2	497	55	101	23	5	10
Bogotá D.C.	11	6	0	648	116	111	357	3	21	653	139	82	2171	379	454	403	73	126
Bolívar	6	2	0	17	2	2	1	0	0	20	2	3	216	25	35	13	6	3
Boyacá	0	1	0	66	15	12	9	1	0	59	4	10	337	66	47	40	4	9
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	17	2	5	0	0	0
Caldas	2	1	0	16	5	1	1	0	1	18	1	1	195	29	49	7	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	67	17	11	1	0	0	21	4	1	443	86	87	40	3	5
Caquetá	0	1	0	13	2	1	0	0	0	2	1	0	115	13	10	1	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	29	5	3	0	0	0	41	1	2	204	31	33	25	13	11
Casanare	0	1	0	26	3	4	0	0	0	42	1	0	113	14	19	2	1	1
Cauca	0	2	0	24	6	4	2	0	0	18	3	2	126	32	28	34	0	0
Cesar	1	2	1	40	5	2	0	0	0	42	2	0	349	28	76	7	2	1
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	87	7	6	14	3	1	6	1	0
Córdoba	2	3	1	72	13	14	0	0	0	14	2	1	535	78	97	25	7	2
Cundinamarca	2	3	0	164	29	31	124	1	5	124	31	28	977	191	175	76	15	22
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	12	2	2	0	0	0
Guaviare	1	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	26	2	3	1	0	0
Huila	6	2	0	69	13	5	2	1	0	25	9	7	180	37	32	5	1	1
La Guajira	0	2	0	14	3	2	0	0	0	24	0	1	171	26	34	7	1	1
Magdalena	1	1	0	14	2	0	0	1	0	10	2	0	162	16	31	3	0	3
Meta	5	1	0	26	6	5	5	1	0	73	6	18	169	47	35	11	1	3
Nariño	7	2	0	57	13	8	1	1	0	37	12	9	344	50	60	13	0	0
Norte de Santander	1	2	0	84	14	7	0	0	0	77	3	3	862	65	120	6	1	2
Putumayo	1	0	0	26	4	3	0	0	0	13	1	1	79	14	14	5	1	0
Quindío	0	0	0	24	3	2	1	0	0	15	1	1	147	27	39	18	4	2
Risaralda	0	1	0	27	5	5	0	0	0	75	2	1	239	39	52	10	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	1	0	0	0	3	0	0	43	2	7	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	9	1	1	0	0	0	12	1	0	117	7	13	1	0	1
Santander	3	2	0	41	9	10	1	0	1	138	9	8	512	63	75	29	5	12
Sucre	2	1	0	22	7	7	2	1	0	25	7	2	204	31	38	21	5	5
Tolima	3	1	0	17	5	1	6	1	2	19	4	0	288	56	43	15	3	3
Valle del Cauca	2	2	0	62	13	5	1	0	0	7	2	1	470	82	99	8	1	1
Vaupés	0	0	0	3	0	0	0	0	0	85	0	5	12	1	2	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	0	1	13	0	1	62	1	2	0	0	0
Total nacional	67	50	5	2.070	409	305	527	17	31	2.605	330	264	12.115	1.995	2.237	996	177	254

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutánea	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	0	0	28	28	0	0	31	40	7	3
Antioquia	1	1	0	0	972	1239	0	0	2301	2360	564	292
Arauca	1	0	0	0	135	90	0	0	73	116	10	7
Atlántico	0	0	0	0	159	155	0	1	408	387	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	101	84	0	0	393	370	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1550	1219	0	1	2290	2609	0	0
Bolívar	0	2	0	0	213	278	0	0	253	218	198	192
Boyacá	1	0	0	0	232	235	0	0	458	400	90	48
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	73	60	0	0	43	36	7	12
Caldas	0	0	0	0	83	88	0	0	519	516	95	47
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	225	261	0	0	764	883	1	0
Caquetá	0	0	0	0	89	69	0	0	106	101	120	75
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	138	247	0	0	250	251	1	0
Casanare	6	0	0	0	158	116	0	0	128	113	3	2
Cauca	0	0	0	0	132	141	0	0	370	389	26	11
Cesar	3	0	0	0	335	379	0	0	262	257	92	170
Chocó	0	0	0	0	372	409	0	0	54	81	122	83
Córdoba	0	2	0	0	262	256	0	0	454	496	87	59
Cundinamarca	0	0	0	0	603	565	0	0	986	1215	97	48
Guainía	0	0	0	0	27	13	0	0	12	11	8	5
Guaviare	0	0	0	0	49	35	0	0	26	33	141	61
Huila	0	0	0	0	201	189	0	0	355	340	4	6
La Guajira	0	0	0	0	749	720	0	0	121	144	14	15
Magdalena	0	0	0	0	274	258	0	0	163	165	4	6
Meta	1	0	0	0	199	201	0	0	303	254	92	50
Nariño	0	0	0	0	319	345	0	1	635	631	119	51
Norte de Santander	0	1	0	0	319	253	0	0	477	519	111	58
Putumayo	0	0	0	0	96	99	0	0	136	103	133	23
Quindío	0	0	0	0	48	46	0	0	228	219	0	1
Risaralda	0	0	0	0	198	206	0	0	522	526	53	35
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	5	8	0	0	11	14	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	49	56	0	0	134	139	7	7
Santander	2	0	0	0	221	221	0	0	711	715	350	434
Sucre	0	0	0	0	123	193	0	0	217	191	54	50
Tolima	1	0	0	0	159	168	0	0	508	493	114	43
Valle del Cauca	0	0	0	0	225	275	0	0	570	609	8	2
Vaupés	0	0	0	0	29	13	0	0	32	31	19	3
Vichada	0	0	0	0	127	74	0	0	11	15	15	14
Total nacional	20	6	0	0	9.278	9.292	1	3	15.316	15.990	2.645	1.914

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

Decremento
Incremento

	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	14	4	9	6	4	1	13	19	6	4	59	185
Arauca	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	1
Atlántico	1	0	3	0	1	0	1	2	2	0	14	13
Barranquilla D.E.	2	1	2	0	0	1	1	3	1	0	11	16
Bogotá D.C.	0	4	9	9	0	0	17	10	0	0	67	499
Bolívar	3	0	3	0	1	0	3	4	1	3	10	4
Boyacá	0	0	1	1	0	0	2	2	1	0	11	13
Buenaventura D.E.	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	3	3
Caldas	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	6
Santiago de Cali D.E.	2	0	2	0	1	0	5	2	0	0	19	29
Caquetá	9	0	2	3	0	0	3	1	1	0	4	3
Cartagena de Indias D.T.	1	0	3	4	0	0	2	5	1	0	9	27
Casanare	0	0	1	1	1	0	0	2	1	1	4	3
Cauca	2	3	4	2	1	1	3	3	0	1	14	1
Cesar	1	0	5	4	3	3	3	5	7	2	13	15
Chocó	2	1	6	4	12	11	19	15	20	11	5	9
Córdoba	1	5	4	0	1	0	4	4	4	1	17	18
Cundinamarca	2	4	5	3	0	0	7	6	0	0	30	70
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Huila	2	1	3	1	0	1	3	2	2	0	10	26
La Guajira	0	0	8	6	10	7	18	9	19	11	9	0
Magdalena	0	0	2	2	1	2	3	2	7	0	8	5
Meta	0	0	2	1	1	3	3	5	3	1	10	18
Nariño	1	0	5	3	0	2	5	5	2	0	15	13
Norte de Santander	2	0	4	0	1	0	1	4	2	1	15	33
Putumayo	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	3	5
Quindío	2	1	1	1	0	0	2	1	0	0	5	3
Risaralda	3	3	2	2	4	2	4	5	4	0	9	9
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	2	2	1	0	2	1	0	0	0	5	10
Santander	3	0	2	0	0	1	2	3	0	0	20	29
Sucre	1	0	2	2	0	1	3	1	0	0	9	10
Tolima	8	7	3	1	1	0	5	3	0	0	12	13
Valle del Cauca	2	1	2	1	1	1	5	4	2	0	18	40
Vaupés	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	1	0	1	0	2	1	3	6	1	0
Total nacional	348	453	98	58	59	46	141	129	105	43	455	1.132

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 22

 Decremento
 Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos probables y Casos confirmados por clínica	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	Casos sospechosos	Casos sospechosos
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	0	8	8	0	0	25	33	1	0	270	245
Antioquia	63	55	529	666	0	1	1612	2094	53	57	9656	7401
Arauca	13	9	79	68	0	0	63	62	1	1	514	613
Atlántico	16	8	156	155	0	0	213	267	8	12	1097	1033
Barranquilla D.E.	20	9	181	174	0	2	370	410	9	15	1063	1311
Bogotá D.C.	60	44	374	460	0	0	571	645	17	17	12980	12911
Bolívar	18	6	130	148	1	2	94	98	2	1	1005	1023
Boyacá	14	3	45	36	0	0	74	88	1	1	1865	1804
Buenaventura D.E.	10	7	65	68	0	0	81	99	2	2	159	130
Caldas	10	8	61	68	0	0	143	141	2	4	1270	1433
Santiago de Cali D.E.	12	12	211	309	0	0	653	671	23	17	3228	2723
Caquetá	5	3	38	39	0	0	116	138	2	5	481	449
Cartagena de Indias D.T.	33	20	149	193	0	0	199	239	2	5	615	822
Casanare	15	8	61	63	0	0	67	95	1	2	370	449
Cauca	8	6	79	103	0	0	131	122	1	1	1409	1417
Cesar	20	14	151	108	0	0	200	228	1	5	892	863
Chocó	25	13	114	92	0	0	104	125	1	0	192	211
Córdoba	13	8	141	129	1	0	125	145	3	2	1472	1396
Cundinamarca	30	14	165	205	0	0	225	294	5	11	5864	6538
Guainía	3	4	8	8	0	0	10	9	0	0	86	95
Guaviare	2	2	12	9	0	0	17	24	1	0	137	205
Huila	4	9	66	79	0	1	203	203	4	4	2620	2623
La Guajira	30	14	173	145	0	0	242	340	3	5	574	610
Magdalena	15	5	105	111	1	0	83	93	1	3	605	592
Meta	23	27	109	138	0	0	288	313	9	8	1034	1134
Nariño	7	10	101	115	0	1	81	108	2	4	1889	2239
Norte de Santander	41	9	220	208	0	0	317	396	7	8	1595	1815
Putumayo	3	4	45	41	0	0	46	49	1	0	593	719
Quindío	5	6	42	50	0	0	120	144	2	5	1111	1030
Risaralda	12	6	77	79	0	1	284	318	11	4	1576	1605
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	3	0	0	5	6	0	1	101	88
Santa Marta D.T.	9	3	55	97	0	0	122	153	3	0	296	246
Santander	27	12	193	211	0	0	463	615	13	9	2709	3034
Sucre	7	6	94	96	0	1	47	42	0	0	795	790
Tolima	12	13	68	90	0	0	262	333	7	8	1306	1445
Valle del Cauca	12	15	135	209	0	0	320	466	9	10	3011	3188
Vaupés	1	1	3	4	0	0	9	14	0	0	115	164
Vichada	4	3	15	16	0	0	15	12	0	0	105	101
Total nacional	624	396	4.399	4.801	3	9	7.999	9.632	210	227	64.660	64.495



Semana epidemiológica 22

31 de mayo al 06 de junio de 2026

TEMA CENTRAL

Análisis espacial y factores socioambientales asociados al riesgo de la transmisión de la fiebre tifoidea en Colombia 2019-2025

Directora General INS
Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos
Dr. Hernán Quijada Bonilla
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo
Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes
Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Una publicación del:
Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co



Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Jorge Gamarra, Andrés Campo, Diana Forero, Luis Carlos Gómez. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Sandra Milena Rivera, Helen del Carmen Peña, Dora Callejas. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Sandra Aparicio, Yenny Marcela Elizalde, Mónica Carolina Carreño, Claudia Marcela Montaña Fúertes, Eliana Mendoza, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Eliana Mendoza, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

Bogotá, D.C., Colombia, Instituto Nacional de Salud-INS, Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; publicación en línea/2026.

50 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.22>