

Unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados y tablero de problemas

Las unidades de análisis de casos especiales fortalecen la comprensión de los eventos de interés en salud pública y orientan la toma de decisiones para la gestión del riesgo en los territorios.

Semana
epidemiológica

03 al 09 de mayo de 2026

18

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**

	Situación nacional	7
	Mortalidad	10
	Eventos trazadores	17
	Brotes y alertas	35
	Tablas de mando por departamento	41



TEMA CENTRAL

Unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados y tablero de problemas

Martha Cristina Santana León, msantana@ins.gov.co

Las unidades de análisis de casos especiales (UACE) de eventos de interés en salud pública priorizados se desarrollan por medio de un proceso metodológico estructurado en tres fases: planeación, desarrollo y divulgación, en el cual, a partir del análisis crítico y reflexivo de las fuentes de información de cada uno de los casos, realizado por un grupo de expertos en las entidades territoriales, se establece su clasificación final y se identifican los factores asociados con su ocurrencia (1).

Estos factores se estructuran en un tablero de problemas, conformado por dos categorías (individuo y servicios de salud) que están integradas por 10 factores y 63 características del individuo y situaciones problema de los servicios de salud.

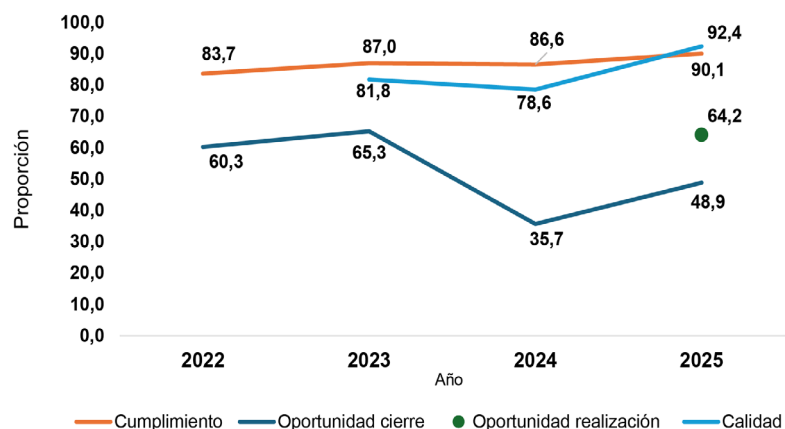
El tablero de problemas constituye un insumo estratégico para orientar la acción sobre los factores que influyen en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública. Resulta fundamental la divulgación de los tableros de problemas a diferentes niveles e instituciones con el fin de priorizar intervenciones focalizadas en las características individuales y problemas de los servicios de salud particulares de cada entidad territorial para la gestión del riesgo en salud pública.

La razón problemas/caso relaciona cuántas características del individuo y problemas de los servicios de salud son identificados por cada caso confirmado mediante unidad de análisis. Esta medida facilita evaluar cuántos problemas se identifican por caso y orienta a las entidades territoriales en la priorización de aquellos problemas que requieren mayor énfasis según las particularidades del territorio, así como en la identificación de posibles vacíos en el reconocimiento de otros problemas.

Resultados de los indicadores de cumplimiento, oportunidad en la realización y cierre y calidad de las unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados

El indicador de calidad de las unidades de análisis se implementó en 2023 y la medición de la oportunidad en su realización en 2025, año en el que se estableció una línea de base nacional de 64,2 %. Durante 2024 se observó una disminución en los indicadores de cumplimiento, oportunidad en el cierre y calidad respecto a 2023, posiblemente relacionada con procesos de contratación del talento humano en las entidades territoriales y con la transición al aplicativo web UACE. No obstante, este aplicativo ha favorecido la estandarización de la medición de los indicadores (figura 1).

Figura 1. Indicadores de cumplimiento, oportunidad y calidad de unidades de análisis, Colombia, 2022 a 2025p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Grupo Unidad de Análisis de Casos Especiales p: datos preliminares

4

El indicador de cumplimiento, comparando el I trimestre del 2025 y 2026, para la región Amazonía, identificó que Caquetá y Vaupés presentaron variación al aumento, pasando de 15,0 % a 63,0 % y de 50, % a 67,0 %, respectivamente. No obstante, al desagregar el análisis por evento para el I trimestre de 2026 se observó que el indicador se afecta negativamente en Amazonas, Caquetá y Guaviare por los análisis de malaria y en Vaupés por los de tuberculosis.

En la región Andina se observó variación a la disminución en el indicador de cumplimiento en ocho de las 11 entidades territoriales para el I trimestre del 2026 respecto al I trimestre del 2025. En Quindío, Tolima y Bogotá, D.C. se observó variación al aumento. En seis entidades territoriales el indicador se afectó negativamente por los análisis de malaria; en Cundinamarca y Quindío por leptospirosis, en Huila por tuberculosis y en Bogotá, D.C. por la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por IRA, EDA y DNT aguda.

Respecto a la región Caribe, se observó variación a la disminución en el indicador de cumplimiento en siete de las 11 entidades territoriales para el I trimestre del 2026 respecto al I trimestre de 2025. En Cesar, Córdoba y La Guajira se observó variación al aumento y Barranquilla mantuvo en 100,0 % el indicador. En esta región se identificó que las unidades de análisis de tuberculosis afectan negativamente el indicador en la mayoría de las entidades territoriales (7/11), seguido de malaria (4/11) y sífilis congénita (2/11).

En la región Orinoquía se evidenció variación a la disminución en el indicador de cumplimiento en todas las entidades territoriales para el I trimestre del 2026 respecto al I trimestre de 2025. Particularmente en Casanare y Vichada la disminución fue del 90,0 %, que puede explicarse por cambios en el talento humano a principio del 2026. En Meta y Arauca el indicador se afectó negativamente de manera importante por las unidades de análisis de malaria.

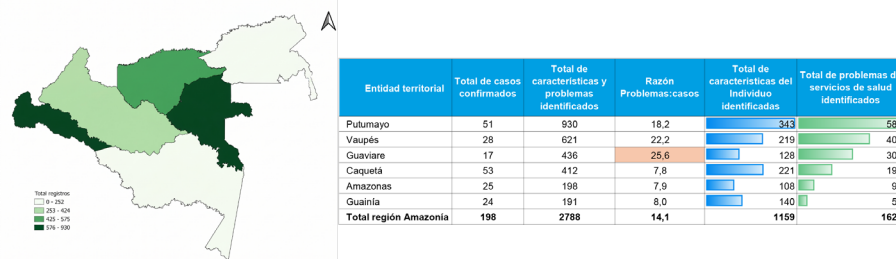
Por último, para la región Pacífica, en Santiago de Cali se observó aumento del indicador de cumplimiento para el I trimestre del 2026 pasando del 84,0 al 100,0 %, en las demás entidades territoriales el indicador se encuentra por debajo del 50,0 % y es inferior en comparación al I trimestre de 2025, excepto en Valle del Cauca. Se identificó que los análisis de malaria y tuberculosis son los que afectan negativamente el indicador en Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca.

Resultados de los tableros de problemas de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados

En 2025, a nivel nacional se identificaron 22 474 características y situaciones problema en 2 334 casos analizados y confirmados, la mayor proporción corresponde a la categoría de los servicios de salud con el 54,0 % de los registros (12 305).

Para la región Amazonía, se identificaron 2 788 características y situaciones problema, que representan el 12,4 % del total nacional. Putumayo fue la entidad territorial con más características y problemas identificados con el 33,0 % (930) del total para la región, mientras que, la entidad territorial con más casos confirmados con tablero de problemas fue Caquetá con el 26,8 % (53 casos). Al realizar el análisis de la razón problemas/caso, se identificó que Guaviare presentó la razón más alta con 25,6 problemas/caso, en 17 casos confirmados. Aunque Putumayo tuvo dos veces más casos confirmados, la razón allí fue de 18 problemas/caso (figura 2).

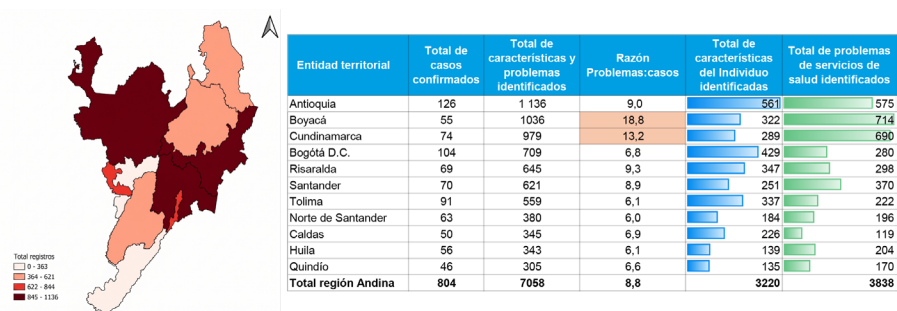
Figura 2. Análisis del tablero de problemas, región Amazonía, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, aplicativo web unidades de análisis de casos especiales, 2025

En la región Andina se identificaron 7 058 características y situaciones problema, que representan el 31,4 % del total nacional. Antioquia fue la entidad territorial con más características y problemas identificados con el 16,1 % (1 136) del total para la región y con más casos confirmados con tablero de problemas con el 15,7 % (126 casos). Al realizar el análisis de la razón problemas/caso, se evidenció que Boyacá y Cundinamarca fueron las entidades territoriales que presentaron las razones más altas con 18 y 13 problemas/caso respectivamente. Específicamente Boyacá identificó el doble de problemas por caso respecto a Antioquia con cerca del 50,0 % de los casos confirmados en relación con la misma entidad territorial (figura 3).

Figura 3. Análisis del tablero de problemas, región Andina, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Aplicativo web unidades de análisis de casos especiales, 2025

En la región Caribe, se identificaron 5 855 características y situaciones problema, correspondientes al 26,0 % del total para Colombia. La Guajira fue la entidad territorial con más características y problemas identificados con el 20,0 % (1 176) del total para la región y es la entidad territorial con más casos confirmados con tablero de problemas con el 16,1 % (102 casos), y una razón problemas/caso de 11,5. No obstante, Magdalena y Bolívar son las entidades territoriales que presentan las razones más altas con 15,4 y 13,7 problemas/caso, respectivamente (figura 4).

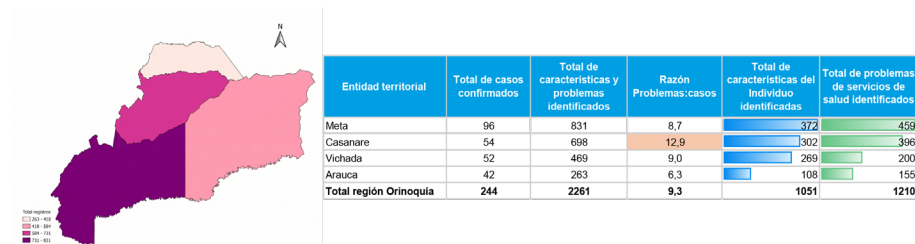
Figura 4. Análisis del tablero de problemas, región Caribe, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Aplicativo web unidades de análisis de casos especiales, 2025

En la región Orinoquía se identificaron 2 261 características y situaciones problema, que representan el 10,1 % del total nacional. Meta es la entidad territorial con más características y problemas identificados con el 36,8 % (831) del total para la región y es la entidad territorial con más casos confirmados correspondiente al 39,3 % (96 casos), sin embargo, Casanare presentó la mayor razón problemas/caso de 12,9 (figura 5).

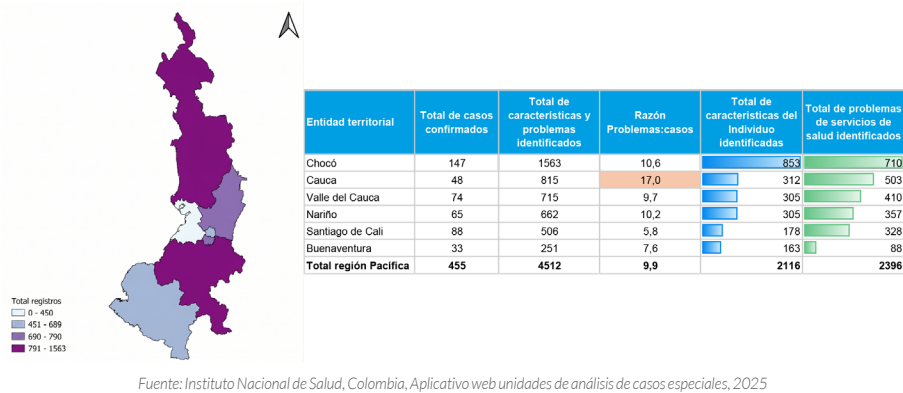
Figura 5. Análisis del tablero de problemas, región Orinoquía, Colombia, 2025



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Aplicativo web unidades de análisis de casos especiales, 2025

En cuanto a la región Pacífica, se identificaron 4 512 características y situaciones problema, que representan el 20,1 % del total para Colombia. Chocó es la entidad territorial con más características y problemas identificados con el 34,6 % (1 563) del total para la región y a su vez con más casos confirmados con tablero de problemas con 147 casos que representan el 32,3 % del total regional. Cauca tiene dos veces menos casos confirmados respecto a Chocó y es la entidad territorial con la razón más alta de problemas/caso de 17,0 (figura 6).

Figura 6. Análisis del tablero de problemas, región Pacífica, Colombia, 2025



Al realizar el análisis por factores, se identificó que, las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prestación de servicios individuales son los factores con el mayor número de registros en todas las regiones, representando el 22,0 % (4 946/22 474) y el 21,3 % (4 799/ 22 474), respectivamente, del total de características y situaciones problema a nivel nacional.

Las características del individuo predominantes a nivel nacional fueron la baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud con 12,6 % (1 282/10 169) seguido de menor de edad con el 9,4 % (960/10 169). Por su parte, el problema de salud más frecuente fue incumplimiento en las acciones de demanda inducida con el 13,8 % (1 701/12 305) seguido de incumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica con el 10,5 % (1 290/12 305).

El total de problemas identificados por grupo de evento evidenció que la mortalidad perinatal y neonatal tardía y la vigilancia integrada de muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición aguda son los eventos en los que se identificaron más características y situaciones problema en todas las regiones, aportando el 44,2 % (9 940/22 474) y 31,6 % (7 093/22 474) al total nacional.

Conclusiones

- Los indicadores de unidades de análisis durante 2024 fueron los más bajos en los últimos cuatro años, relacionándose con la contratación del talento humano en las entidades territoriales y la implementación del aplicativo web UACE garantizando el dato desde el sistema.
- Para la región Amazonía, Andina y Orinoquía, en la mayoría de las entidades territoriales se reportan los indicadores más altos en el primer trimestre 2026 en comparación con el primer trimestre 2025. Algunas situaciones que afectan el cumplimiento de los indicadores están relacionadas con la inclusión de eventos o cambios en los criterios para realizar unidades de análisis en el 2026.
- El número de problemas identificados es independiente del número de casos. La razón número de problemas/caso puede variar de acuerdo con particularidades territoriales, experticia de los participantes en las unidades de análisis y la completitud de las fuentes de información.
- En 2025, las regiones Andina y Caribe son las que aportan el mayor número de características y situaciones problema identificados en el tablero de problemas con el 31,0 % y 26,0 % de los registros respectivamente.
- El 54,0% del total de registros del tablero de problemas en el 2025 corresponden a problemas de los servicios de salud, donde predominan el incumplimiento en las acciones de demanda inducida y el incumplimiento a las acciones establecidas en las guías de atención clínica.
- En todas las regiones el problema más frecuente fue el incumplimiento en las acciones de demanda inducida.
- La baja percepción del riesgo en salud para acudir a los servicios de salud fue la característica del individuo más frecuente a nivel nacional con el 12,6 % (1 282/10 169).
- Los documentos de análisis cualitativo del 2025 permitieron sintetizar la información y evidenciar la percepción de la salud y la enfermedad en los eventos priorizados, reflejando la realidad de los territorios. De igual manera, fomentó la escritura científica en los territorios.
- El tablero de control permitirá identificar brechas en el proceso de unidades de análisis y orientar acciones de mejora oportunas en las entidades territoriales.

Recomendaciones para las entidades territoriales

- Realizar de manera oportuna, completa, y con calidad las unidades de análisis y tableros de problemas, evitando el registro mecánico de información, dado que constituyen la fuente principal para el seguimiento, análisis y actualización del tablero de control.
- Fortalecer las capacidades en redacción científica y uso de la metodología IMRD (introducción, metodología, resultados y discusión), asimismo, dar cumplimiento a los tiempos y fechas de entrega establecidos para cada uno de los apartados del documento de análisis cualitativo.
- Realizar el proceso de divulgación de los tableros de problemas a nivel territorial e institucional de forma continua, con el fin de orientar acciones de gestión del riesgo en salud pública pertinentes que contribuyan a reducir la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados. [Manual.] [Internet]. Bogotá D.C; 2026. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-unidad-de-analisis-2026.pdf>



SITUACIÓN NACIONAL

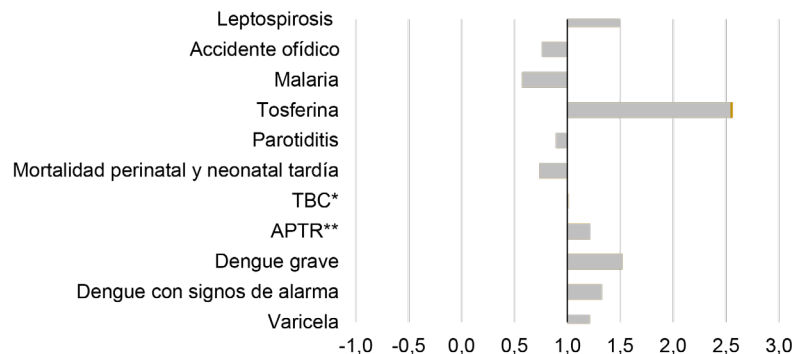
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 período 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 18 de 2026, los eventos de tos ferina y dengue grave se encontraron por encima de lo esperado, mientras que los demás eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 7).

Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 18 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 18 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	65 587	64 863	0,41	0,69

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 18 del 2026, los eventos de zika y fiebre tifoidea y paratifoidea se encuentran por encima de lo esperado mientras que los eventos de leishmaniasis mucosa y leishmaniasis 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 18 del 2026.

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	7	1	0.01
Fiebre tifoidea y paratifoidea	17	0	0.00
Leishmaniasis mucosa	0	2	0.00
Leishmaniasis cutánea	13	110	0.00
Mortalidad por dengue	2	4	0.09
Lepra	3	4	0.22
Chikunguña	0	0	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 Sívigila 4.0.

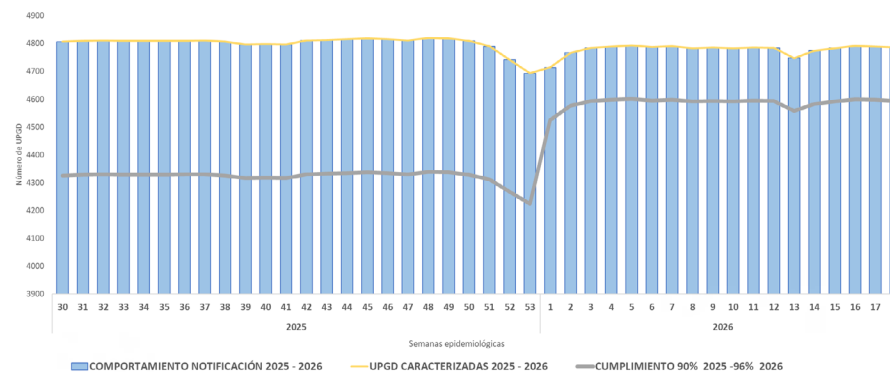
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la 18 del año 2025. Para esta semana el país 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 epidemiológica anterior y a la 18 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 % (4 785 / 4 785); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana 18 del año 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para 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 4597 UPGD en la semana analizada (figura 8).

Figura 8. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 18 del 2026



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

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>



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 18 del 2026, se han notificado 205 muertes probables en menores de cinco años, cinco (5) casos de infección respiratoria aguda (IRA) residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 200 casos notificados de residentes en Colombia, 121 fueron por IRA, 34 por desnutrición (DNT) aguda y 45 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 64 fueron confirmados, 34 descartados y 102 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 18 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 18 2026			Casos en estudio a SE 18 2026			Tasa a SE 18 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	11	34	19	19	61	22	0,30	0,93	0,52
Antioquia	0	0	0	2	16	1	0,00	0,00	0,00
Arauca	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Atlántico	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Barranquilla	0	3	0	0	0	0	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	0	0	0	6	0	0,00	0,00	0,00
Bolívar	2	3	0	1	0	0	1,83	2,74	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Caldas	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	2	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	1	0	0	1	0	0,00	2,60	0,00
Cauca	0	0	0	1	1	2	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	2	0	2	2	2	0,75	1,49	0,00
Chocó	4	6	7	4	7	4	6,18	9,27	10,82
Córdoba	1	1	0	0	1	0	0,59	0,59	0,00
Cundinamarca	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	1	1	0	1	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	3	2	4	5	4	3	2,69	1,79	3,58
Magdalena	0	2	0	0	0	1	0,00	2,23	0,00
Meta	0	3	0	0	0	1	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	2	1	0	2	0	0,00	1,60	0,80
Norte de Santander	0	1	0	0	2	0	0,00	0,87	0,00
Putumayo	0	0	1	1	1	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	2	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	0	0	0	2	0,00	0,00	0,00
Santander	0	1	1	0	1	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	0	0	0	2	1	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	0	1	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	0	0	0	3	0	1	0,00	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 18 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 18 del 2026 se han notificado 121 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 19 confirmadas por laboratorio, 15 confirmadas por clínica, 26 descartadas, y 61 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,93 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fueron 98, para una tasa de mortalidad de 2,66 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de La Guajira y Tolima y, a nivel municipal, en Dabeiba. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 18 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 18, 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>	2	0	0	0	0	2	7	0	0	0	0	7
<i>Rhinovirus</i>	4	1	2	1	0	8	3	0	1	1	1	6
Enterovirus	3	0	1	1	0	5	3	0	0	0	1	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	1	0	1	0	4	1	1	0	0	1	3
Adenovirus	2	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	2
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0	1	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
SARS-CoV2	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	1
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	1	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0
Influenza A	1	0	0	0	0	1	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	30	6	5	6	0	47	21	1	2	2	4	30

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 18 de 2026 se han notificado 34 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 11 confirmadas, cuatro (4) descartadas y 19 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,30 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fue de 56, para una tasa de mortalidad de 1,52 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Uribe y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 18 de 2026 se han notificado 45 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 18 confirmadas por clínica, una (1) confirmada por laboratorio, cuatro (4) descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,52 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 18 fue de 33 para una tasa de mortalidad de 0,89 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 18 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, 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 18 de 2026 se notificaron al Sivigila cuatro (4) casos: una (1) muerte materna temprana, una (1) muerte materna tardía y dos (2) muertes maternas coincidentes. El país acumula 51 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 48 residen en territorio colombiano y tres (3) 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 18, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	96	46	22	164
2024	74	54	24	152
2025p	57	53	17	127
2026p	48	29	21	98

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 20 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., Antioquia, La Guajira, Cesar, Caquetá, Cartagena de Indias y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022–2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional, en 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 Tuta (Boyacá), Pueblo Bello (Cesar), El cantón de San Pablo (Chocó) y San Juan del Cesar (La Guajira); 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 18 de 2026, el 56,3 % corresponde a causas directas y el 31,3 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 25,0 % (tabla 8).

Tabla 6. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 18	Acumulado de casos a SE 18	
		2025	2026
Colombia	81	57	48
Bogotá, D.C.	7	4	8
Antioquia	8	6	5
La Guajira	7	5	5
Cesar	4	6	4
Caquetá	2	1	3
Cartagena	2	0	3
Chocó	5	3	3
Cundinamarca	4	4	2
Nariño	4	2	2
Risaralda	2	2	2
Sucre	2	1	2
Boyacá	1	1	1
Casanare	1	1	1
Cauca	4	1	1
Huila	3	1	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	1	0	1
Tolima	3	2	1
Valle del Cauca	2	2	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	2	1	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	3	1	0
Buenaventura	1	0	0
Santiago de Cali	2	2	0
Córdoba	3	2	0
Guainía	0	1	0
Magdalena	2	0	0
Norte de Santander	3	1	0
Santander	1	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 18 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 18	Valor observado SE 18
Colombia	81	48
Tuta (Boyacá)	0	1*
Pueblo Bello (Cesar)	0	1*
El Canton de San Pablo (Chocó)	0	1*
San Juan del Cesar (La Guajira)	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 18 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 18	Número de casos y proporción a SE 18 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	66	74	100	57	100	48	100
DIRECTA	44	48	64,9	39	68,4	27	56,3
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	14	17	23,0	11	19,3	12	25,0
Hemorragia obstétrica	15	17	23,0	13	22,8	6	12,5
Embarazo ectópico	3	2	2,7	4	7,0	3	6,3
Sepsis obstétrica	5	5	6,8	5	8,8	3	6,3
Evento tromboembólico como causa básica	4	4	5,4	4	7,0	1	2,1
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	2,1
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	1	1,4	0	0,0	1	2,1
Otras causas directas	1	1	1,4	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	1	1,4	2	3,5	0	0,0
INDIRECTA	21	25	33,8	17	29,8	15	31,3
Otras causas indirectas	6	9	12,2	3	5,3	7	14,6
Otras causas indirectas: neumonía	4	3	4,1	5	8,8	4	8,3
Sepsis no obstétrica	4	4	5,4	4	7,0	2	4,2
Otras causas indirectas: cáncer	2	3	4,1	1	1,8	2	4,2
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	3,5	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,7	2	3,5	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	3	4,1	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,4	0	0,0	0	0,0
En estudio	1	1	1,4	1	1,8	6	12,5

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 <=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/buscador-eventos/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 18 del 2026 se han notificado 2 109 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 088 corresponden a residentes en Colombia y 21 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 18 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Caquetá, Casanare, Guaviare y Quindío (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), Dosquebradas (Risaralda), Girón (Santander), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Girardot (Cundinamarca), Duitama (Boyacá), Saravena (Arauca), Piedecuesta (Santander), Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Riosucio (Caldas), Caldas (Antioquia), Simití (Bolívar), Jambaló (Cauca), El Rosal (Cundinamarca), Roberto Payán (Nariño) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 10).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,0 %, seguido de neonatales tempranas con 28,5 %, neonatales tardías con 18,1 %, y las fetales intraparto con 12,3 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con el 25,0 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 12,8 % (tabla 11). Se observó un incremento, con corte a la semana epidemiológica 18 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 18 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 18	Acumulado de casos a SE 18	
		2025	2026
Colombia	2 571	1 882	2 088
Bogotá, D.C.	267	221	271
Antioquia	291	224	234
Cundinamarca	141	133	127
La Guajira	136	87	93
Córdoba	129	78	91
Santiago de Cali	102	88	85
Barranquilla	94	52	75
Cauca	87	49	69
Bolívar	76	58	68
Cesar	89	70	68
Huila	65	42	68
Santander	80	56	68
Valle del Cauca	72	49	60
Meta	59	56	58
Nariño	73	72	58
Norte de Santander	72	50	58
Cartagena de Indias	85	53	47
Sucre	65	35	47
Atlántico	80	47	44
Chocó	65	36	44
Tolima	50	36	41
Risaralda	39	26	37
Boyacá	46	35	35
Caldas	34	30	32
Magdalena	59	46	32
Santa Marta	30	12	28
Quindío	20	11	26
Buenaventura	30	30	21
Arauca	24	11	20
Caquetá	24	17	18
Putumayo	20	15	16
Casanare	28	21	15
Vichada	13	10	14
Guainía	7	6	10
Amazonas	6	6	5
Guaviare	6	6	2
Vaupés	5	2	2
San Andrés y Providencia	4	6	1

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 18 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 18 2021 - 2025	Valor observado a SE 18 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	2 571	2 088	-
Manauere (La Guajira)	12	20	1
Dosquebradas (Risaralda)	8	13	9
Girón (Santander)	7	12	3
Tunja (Boyacá)	5	10	15
Granada (Meta)	4	10	13
Girardot (Cundinamarca)	5	9	7
Duitama (Boyacá)	4	8	5
Saravena (Arauca)	3	7	1
Piedecuesta (Santander)	4	7	6
Alto Baudó (Chocó)	2	6	5
La Estrella (Antioquia)	2	5	3
Riosucio (Caldas)	2	5	1
Caldas (Antioquia)	1	4	3
Simití (Bolívar)	1	4	2
Jambaló (Cauca)	1	4	4
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	11
Roberto Payán (Nariño)	1	4	11
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	12

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 18, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 18, 2024-2026					
	2024 a SE 18	(%)	2025 a SE 18	(%)	2026 a SE 18	(%)
Colombia	2 104	100,0	1 882	100,0	2 088	100,0
Asfisia y causas relacionadas	539	25,6	543	28,9	522	25,0
Prematuridad-inmadurez	335	15,9	307	16,3	368	17,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	331	15,7	289	15,4	267	12,8
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	250	11,9	203	10,8	196	9,4
Infecciones	175	8,3	162	8,6	158	7,6
Malformación congénita	197	9,4	159	8,4	156	7,5
Sin información	0	0,0	0	0,0	130	6,2
Otras causas de muerte	137	6,5	123	6,5	128	6,1
Causas no específicas	57	2,7	30	1,6	99	4,7
Trastornos cardiovasculares	61	2,9	44	2,3	45	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	11	0,5	8	0,4	11	0,5
Lesión de causa externa	11	0,5	14	0,7	8	0,4

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

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 18 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (código INS 995 y código INS 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: todas las atenciones de hospitalizados en UCI, hospitalización general, consulta externa, urgencias y muerte por IRA de acuerdo con los códigos CIE10 de J00 a J22¹.

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 mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2019 a 2025 y el intervalo de confianza.

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 por la metodología poisson comparando los datos del periodo anterior y 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



EVENTOS TRAZADORES

En el último periodo (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026), a nivel nacional, se registró variación porcentual positiva en la notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa y urgencias, negativa en hospitalización en sala general y en UCI/UCIM, respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30 % o inferior al -30 %, respectivamente) (tabla 12).

Tabla 12. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026 y 15 a 18 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 11 a 14 de 2026	SE 15 a 18 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	470 432	507 541	7,89%	
Hospitalización en sala general	24 490	23 720	-3,14%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 896	2 857	-2,72%	

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 18 del 2026 se notificaron 121 456 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 Córdoba, La Guajira, Santander y Vaupés. Se presentó disminución en Amazonas, Arauca, Santiago de Cali, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Quindío y Vichada. Las 24 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 12 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 18 del 2026

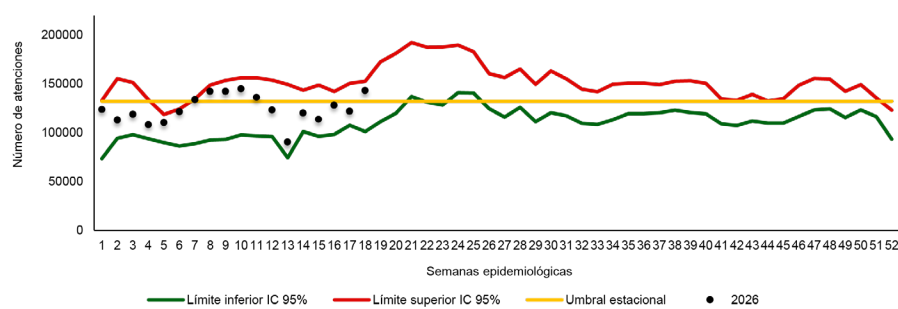
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	28 767	31 144	6 173	7 371
Cundinamarca	Soacha	27 841	23 194	5 588	5 783
Antioquia	Itagüí	31 489	28 064	5 328	5 701
Antioquia	Bello	22 169	27 534	4 644	5 361
La Guajira	Maicao	21 803	24 724	3 723	5 274
Antioquia	Rionegro	13 117	18 592	2 184	4 537
La Guajira	Uribia	16 870	18 203	2 732	4 219
Cundinamarca	Chía	20 207	16 145	4 626	3 841
Santander	Floridablanca	9 072	10 132	1 776	2 831
Risaralda	Dosquebradas	10 769	9 497	1 784	2 080
Antioquia	Envigado	9 377	11 618	1 860	2 005
Cundinamarca	Zipacquirá	7 773	7 211	1 873	1 978
Córdoba	Cereté	6 178	7 084	663	1 952
Santander	Barrancabermeja	11 298	11 973	1 377	1 947
Valle del Cauca	Palмира	10 688	8 363	1 914	1 703
Cundinamarca	Funza	5 880	6 381	1 177	1 677
Magdalena	Ciénaga	8 034	7 417	1 444	1 621
Boyacá	Duitama	7 538	6 146	1 964	1 618
Bolívar	Magangué	7 266	6 756	1 212	1 611
Cundinamarca	Madrid	4 787	5 466	1 256	1 442
Cundinamarca	Facatativá	6 667	4 800	1 752	1 437
Córdoba	Lorica	5 220	5 337	1 018	1 375
Cundinamarca	Girardot	8 065	5 518	1 866	1 304
Boyacá	Sogamoso	6 222	5 229	1 429	1 254
Antioquia	Apartadó	5 842	7 460	1 410	1 222
Norte de Santander	Ocaña	5 633	5 181	1 090	1 139
Antioquia	Turbo	4 904	4 975	806	1 131
Valle del Cauca	Yumbo	5 409	4 540	1 202	1 088
Casanare	Yopal	4 234	3 581	1 025	1 025
Cesar	Aguachica	4 243	4 216	1 055	1 002
Valle del Cauca	Tuluá	5 081	4 056	897	919
Santander	Girón	2 825	3 047	344	910
Valle del Cauca	Cartago	5 936	5 186	1 051	867
Huila	Pitalito	4 906	2 900	1 189	846
Santander	Piedecuesta	3 094	3 678	457	833
Valle del Cauca	Buenaventura	2 324	3 408	683	790
Córdoba	Sahagún	8 711	3 381	1 985	784
Cauca	Santander De Quilichao	4 324	2 984	939	706
Atlántico	Malambo	2 077	2 659	487	620
Norte de Santander	Villa Del Rosario	2 714	2 723	628	529
Cundinamarca	Mosquera	2 155	2 045	654	438
Cauca	Guapi	1 841	1 441	231	284
Nariño	La Florida	272	278	36	36

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,1 % (122 676) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,9 % (101 368). 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 12,8 % y los menores de 2 a 4 años con el 12,6 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 08 de 2026, con valores que superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 09 a 17 se registró una disminución, situándose por debajo de dicho límite, seguido de un incremento en semana 18 ubicándose por encima del umbral estacional (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

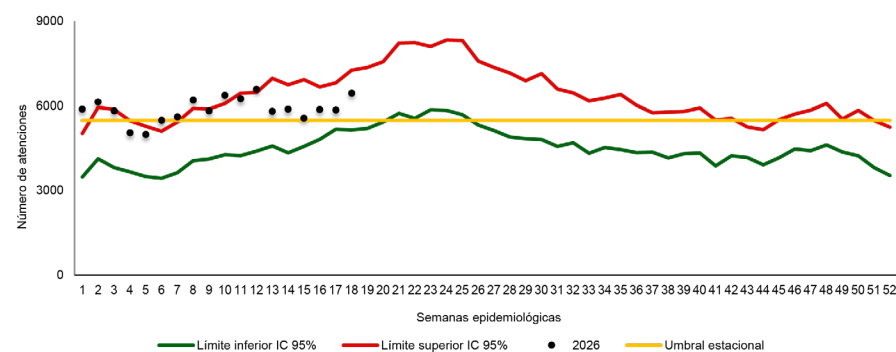
En la semana epidemiológica 18 del 2026 se notificaron 6 441 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali, Cesar, Guainía, La Guajira, Putumayo y Vaupés e incremento en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Magdalena, Santander y Tolima. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 861) representaron el 51,2 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 37,9 % (4 333). 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 31,4 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 27,7 %.

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 18 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional, pero por debajo del límite superior (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2026

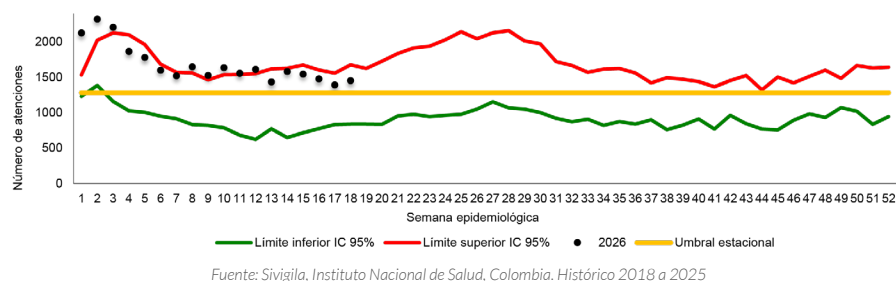


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 18 del 2026, se notificaron 1 451 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 18 de 2026 (figura 11).

Figura 11. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 18 de 2026



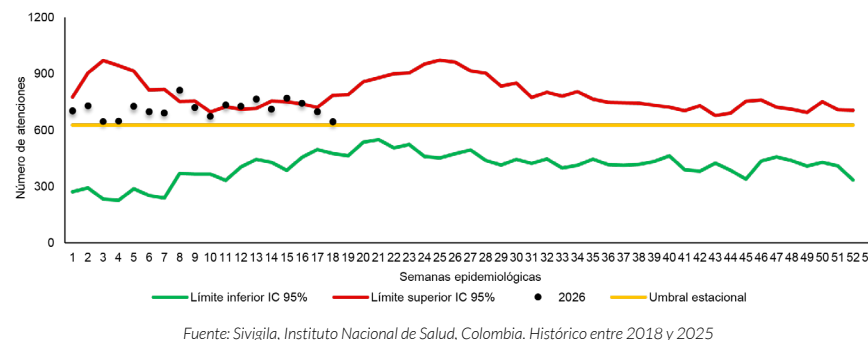
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 18 del 2026 se notificaron 685 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Casanare, Córdoba, Guaviare, Huila, La Guajira, Norte de Santander y Quindío. Se presentó disminución en Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Risaralda, Santa Marta y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (15 a 18 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 32,6 % (932), seguido de los menores de 1 año con el 23,4 % (669) de las hospitalizaciones en este servicio. 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 28,9 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 25,9 %.

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, seguido de un descenso en semana 17 y 18 (figura 12).

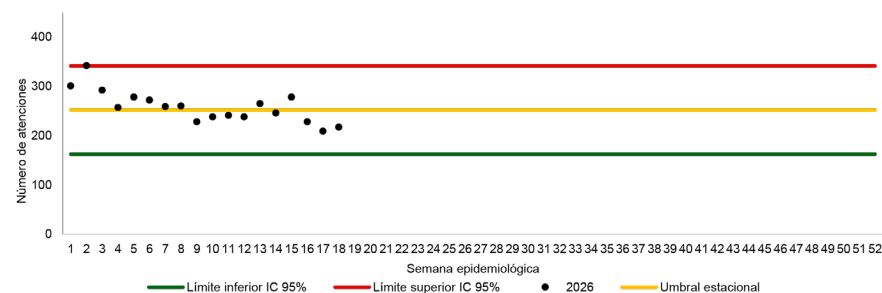
Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2026



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

En la semana epidemiológica 18 del 2026, se notificaron 217 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, 16, 17 y 18 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 18 de 2026



Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en hospitalización en sala general, en UCI/UCIM y positiva en consulta externa, urgencias 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 18 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.

El comportamiento de las atenciones por IRA guarda estrecha relación con los factores climáticos que condicionan la estacionalidad y la transmisión de los agentes respiratorios. Las actuales condiciones de humedad y variabilidad térmica favorecen la circulación de dichos agentes, lo que mantiene un riesgo epidemiológico moderado para IRA. 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:

- Promover una adecuada comunicación de riesgo encaminada a la educación sobre las 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.

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. 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 18, 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 incremento general de la positividad y rinovirus y decremento para adenovirus. 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 3). 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 11 a 18 de 2026

Agente viral identificado	SE 11 a 14 de 2026			SE 15 a 18 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,1	65,6	27,4	57,1	61,2	27,6	
Rinovirus	14,8	13,4	10,0	24,2	21,4	37,5	
VSR	31,6	38,7	-	28,9	34,5	12,5	
Enterovirus	5,5	4,2	15,0	8,8	9,7	-	
Adenovirus	8,2	7,7	15,0	3,1	9,7	-	
Influenza B	1,1	0,4	-	0,5	-	12,5	
Influenza A	5,2	3,9	15,0	5,2	2,8	-	
Parainfluenza	12,9	14,1	15,0	12,4	12,4	25,0	
Metapneumovirus	9,9	11,3	-	9,8	9,7	-	
A(H1N1)pdm09	2,5	1,1	10,0	1,5	0,7	-	
SARS-CoV2	1,1	0,7	5,0	-	-	-	
A(H3N2)	4,4	2,1	10,0	4,1	2,8	12,5	
Coronavirus	2,7	2,5	5,0	1,5	2,1	-	

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

COVID-19

Metodología

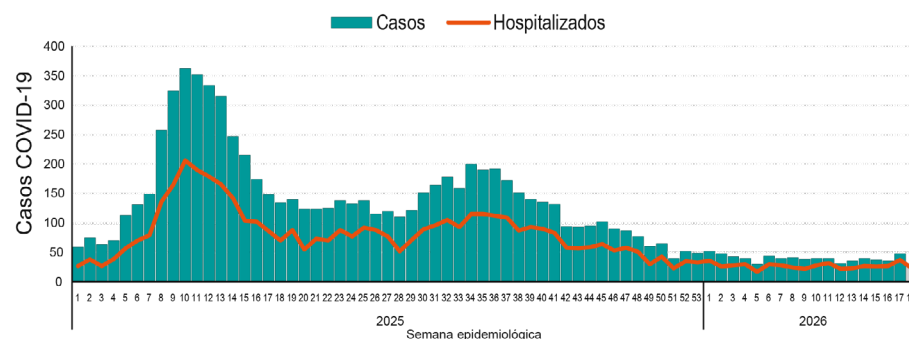
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 18 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 18), con corte al 9 de mayo y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 715 casos de COVID-19, todos procedentes de Colombia. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 15 a 18) se registraron 152 casos, un aumento del 3,4 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14), en el que se reportaron 147 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 113 casos, un incremento del 8,7 % frente a las 104 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 18), los casos de 2026 muestran una tendencia a la disminución, como se evidencia en la figura 14.

Figura 14. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 18 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 18 de 2026
*SE: semana epidemiológica

En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026), se registró una incidencia de 0,2 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 24 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 54 municipios.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026) se evidencia un comportamiento inusual de incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en el nivel departamental en Atlántico, Santander y Sucre, así como en el Distrito de Cartagena de Indias.

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) se observa una disminución de casos de COVID-19 en los grupos de 40 a 49 años (-87,5 %), 20 a 29 años (-50,0 %), 50 a 59 años (-42,9 %), 80 a 89 años (-33,3 %) y 2 a 4 años (-31,8 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 30 a 39 años (80,0 %), 10 a 19 años (75,0 %), 5 a 9 años (70,0 %), menores de 1 año (23,1 %), 60 a 69 años (20,0 %), 70 a 79 años (14,3 %) y 1 año (10,5 %) (tabla 15).

Tabla 15. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 11 a 18 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 11 a 14 2026	SE 15 a 18 2026		
Menor de un año	39	48	23,1	↗
1 año	19	21	10,5	↗
2 a 4 años	22	15	-31,8	↘
5 a 9 años	10	17	70,0	↗
10 a 19 años	8	14	75,0	↗
20 a 29 años	10	5	-50,0	↘
30 a 39 años	5	9	80,0	↗
40 a 49 años	8	1	-87,5	↘
50 a 59 años	7	4	-42,9	↘
60 a 69 años	5	6	20,0	↗
70 a 79 años	7	8	14,3	↗
80 a 89 años	6	4	-33,3	↘
90 a 99 años	1	0	-100,0	↘
Mayor de 100 años	0	0	NC	↔
Total	147	152	3,4	↗

• NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 11 a 18 de 2026
PE: periodo epidemiológico
SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia cinco fallecimientos asociados a COVID-19: dos (2) en Antioquia (Medellín y El Peñol) y uno en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto) y Quindío (Montenegro).

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 18 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/buscador-eventos/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 18 del 2026 se notificaron 2 790 casos de dengue: 2 221 casos de esta semana y 669 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 39 395 casos, 23 687 (60,1 %) sin signos de alarma, 15 283 (38,8 %) con signos de alarma y 425 (1,1 %) de dengue grave.

El 65,0 % (25 596) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Santander, Norte de Santander, Bolívar, Magdalena, Cartagena de Indias, La Guajira y Santa Marta (tabla 16). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Norte de Santander, Magdalena, Tolima y La Guajira concentran el 61,9 % (5 932 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 10 a 13, 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Arauca, Boyacá, Caldas, Santiago de Cali, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Amazonas, Barranquilla y Córdoba; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 16).

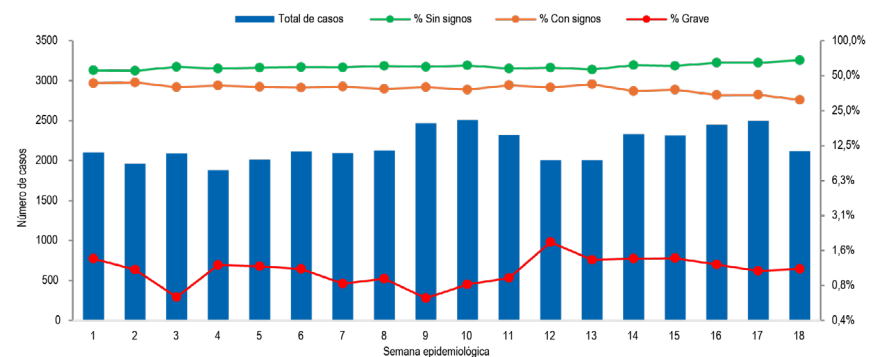
Tabla 16. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 18 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 10 - 13 2026)	Observado (SE 14-17 2026)
Meta	5 704	30,8	1,0	1 421	1 841
Cesar	3 514	57,3	0,6	804	615
Santander	2 732	35,1	0,5	614	656
Norte de Santander	2 666	37,1	1,9	555	602
Bolívar	2 662	39,3	1,6	651	716
Magdalena	2 297	49,8	0,9	598	569
Cartagena	2 178	19,5	0,9	353	354
La Guajira	2 174	53,7	1,9	501	449
Santa Marta	1 669	43,9	0,5	336	282
Tolima	1 532	30,7	1,7	346	484
Barranquilla	1 474	42,3	0,9	279	187
Córdoba	1 466	40,7	0,6	376	258
Antioquia	1 345	36,2	1,1	258	332
Atlántico	1 295	44,8	1,1	303	234
Arauca	695	35,8	0,6	136	177
Casanare	649	35,1	0,2	163	260
Cundinamarca	643	35,0	0,8	167	182
Huila	640	33,6	4,2	136	230
Valle del Cauca	616	31,7	0,6	136	192
Cali	577	37,1	0,3	118	161
Sucre	569	51,0	0,7	118	146
Amazonas	367	14,2	0,0	85	58
Chocó	318	22,0	1,6	68	86
Putumayo	268	20,9	1,1	47	101
Nariño	245	44,9	0,8	62	55
Guaviare	241	19,9	0,8	25	85
Caquetá	236	52,5	3,0	63	76
Quindío	125	20,0	0,8	15	47
Risaralda	87	34,5	1,1	19	30
Exterior	82	40,2	4,9	21	17
Cauca	81	35,8	0,0	12	25
Boyacá	67	52,2	0,0	15	22
Caldas	65	52,3	0,0	13	21
Buenaventura	45	31,1	0,0	10	10
Vichada	35	25,7	0,0	6	4
Vaupés	25	16,0	0,0	3	19
Guainía	6	33,3	0,0	2	3
Archipiélago de San Andrés	5	20,0	0,0	1	2
Total	39 395	38,8	1,1	8 836	9 588

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 15); sin embargo, las entidades territoriales que tuvieron 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 14 a 17 de 2026) fueron: Boyacá, Caquetá, Cesar, Nariño y La Guajira.

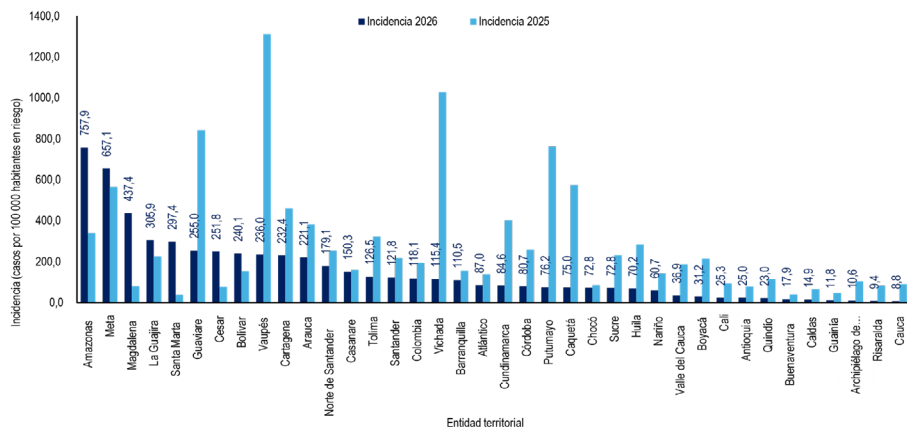
Figura 15. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 18, 2026



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

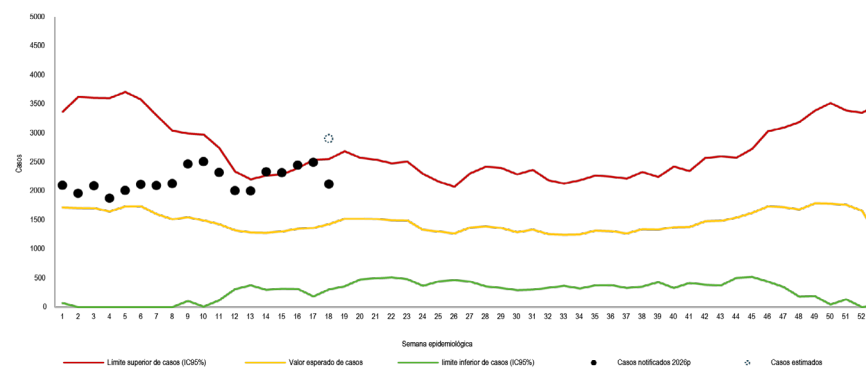
A semana epidemiológica 18 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 118,1 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 194,2 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Amazonas, Meta, Magdalena, La Guajira, Santa Marta, Guaviare, Cesar y Bolívar, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 18 del 2026 registrando tasas superiores a 240 casos por 100 000 habitantes (figura 16). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 242,9 casos por 100 000 habitantes.

Figura 16. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 18 del 2025 y 2026



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

Figura 17. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 18 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 18 del 2026

Situación epidemiológica a SE 18, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de mayo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	Amazonas	Meta, Guaviare, Quindío,	Atlántico, Bolívar, Barranquilla,, Cartagena de Indias., Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta
Alerta	-	Caldas, Casanare, Chocó, Huila, Nariño, Risaralda,	Arauca, Antioquia, Cundinamarca, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Putumayo, Guainía	Buenaventura, Cauca, Valle del Cauca	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Vichada

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

En la semana epidemiológica 18 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 8,5 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2026) (figura 17). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 18), se observa una reducción del 39 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 64 784 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 27,0 % (10) está dentro de lo esperado, el 35,2 % (13) se encuentra en situación de alerta y el 37,8 % (14) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 17).

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 18 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 18,7 % (154) se encuentra por encima de lo esperado, según 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 18 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 10-13 2026)	(SE 14-17 2026)
Atlántico	Barranquilla	112.4	1474	279	187
	Sabanalarga	109.7	113	22	15
	Soledad	53.3	365	71	56
Bolívar	Cartagena	206.4	2 178	353	354
	Magangué	169.1	243	81	62
	Turbaco	253.6	295	81	75
Cesar	Valledupar	246.9	1 363	313	187
	Aguachica	187.1	230	49	73
Córdoba	Montería	116.2	596	139	113
	Cereté	102.7	113	38	15
La Guajira	Riohacha	356.6	747	191	138
	Maicao	178.0	342	75	37
Santa Marta	Santa Marta	302.1	1 669	336	282
Magdalena	Ciénaga	352.2	449	131	79
Meta	Villavicencio	853.7	4 353	1095	1359
Santander	Barrancabermeja	153.7	330	70	64
Tolima	Ibagué	94.5	514	108	216
Arauca	Arauca	94.7	95	17	24

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

A semana epidemiológica 18 del 2026, se han notificado 110 muertes probables por dengue las cuales se ha confirmado 22 casos, se han descartado 51 casos y se encuentran en estudio 37 casos, de los cuales 2 casos proceden del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 53 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 18, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 17, 2026	Letalidad por dengue a SE 17, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	7	2	0.32	0.00
Huila	2	0	0.31	0.23
Atlántico	2	2	0.15	0.10
Magdalena	3	2	0.13	0.00
Bolívar	2	1	0.08	0.12
Santa Marta	1	0	0.06	0.00
Norte de Santander	1	4	0.04	0.05
Santander	1	2	0.04	0.04
Meta	2	1	0.04	0.10
Cesar	1	3	0.03	0.00
Antioquia	0	5	0.00	0.16
Tolima	0	2	0.00	0.03
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.08
Barranquilla	0	1	0.00	0.10
Caquetá	0	1	0.00	0.00
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	0.11
Quindío	0	1	0.00	0.00
Sucre	0	1	0.00	0.11
Colombia	22	35	0,06	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 18 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° 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 endemicidad 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

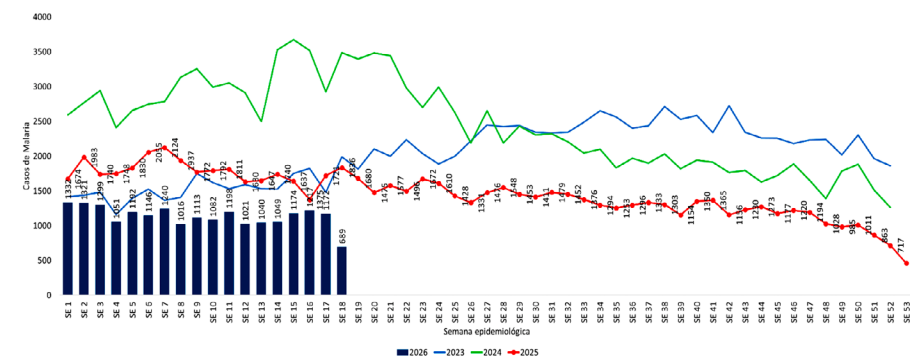
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 malaria (figura 18).

Figura 18. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 18 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 18 del 2026 se notificaron 1 559 casos de malaria, para un acumulado de 20 352 casos, de los cuales 20 085 son de malaria no complicada y 267 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 74,8 % (15 225), seguido de *Plasmodium falciparum* con 24,1 % (4 909) e infección mixta con 1,1 % (218). 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 (29,3 %), Antioquia (14,3 %), Córdoba (8,6 %), Guainía (8,0 %), Nariño (7,1 %), Risaralda (4,6 %), Amazonas (4,3 %), Vichada (3,6 %), Bolívar (3,3 %), Meta (3,0), Cauca (2,7 %), Vaupés (2,6 %) y Guaviare (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,1 % 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 18 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 11 y 14 2026	Casos SE 15 a 18 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1419	311	240	35,85
Córdoba	Tierralta	1142	238	218	11,27
Chocó	Quibdó	896	233	286	6,02
Risaralda	Pueblo Rico	845	190	144	50,26
Antioquia	El Bagre	648	119	120	11,36
Chocó	Lloró	595	138	95	54,77
Chocó	Istmina	506	145	114	14,47
Meta	Puerto Gaitán	481	69	71	10,18
Chocó	Bagadó	441	88	127	36,52
Vaupés	Mitú	433	84	73	11,83
Vichada	Cumaribo	421	83	82	4,69
Buenaventura	Buenaventura	415	107	98	1,28
Chocó	Medio San Juan	370	69	128	30,57
Bolívar	Montecristo	357	70	88	19,18
Chocó	Alto Baudó	347	97	49	10,79
Nariño	Olaya Herrera	325	111	53	12,15
Amazonas	Tarapacá (CD)	324	74	51	72,10
Amazonas	La Pedrera (CD)	300	42	23	68,90
Córdoba	Puerto Libertador	281	55	50	6,10
Vichada	Puerto Carreño	279	30	14	11,98
Chocó	Juradó	279	51	78	36,05
Cauca	Guapi	278	54	86	9,23
Chocó	Carmen del Darién	255	40	50	11,21
Chocó	Río Quito	255	65	65	27,02
Antioquia	Cáceres	244	45	47	7,73
Antioquia	Nechí	241	53	64	8,53
Cauca	Timbiquí	230	54	80	8,03
Norte de Santander	Tibú	228	49	48	7,22
Nariño	Roberto Payán	224	73	46	16,62
Nariño	El Charco	210	40	32	8,93
Nariño	Magüí	209	67	44	7,93
Antioquia	Turbo	205	35	44	1,50
Guaviare	San José del Guaviare	203	50	31	3,05
Chocó	El Cantón del San Pablo	199	50	31	27,90
Chocó	Bajo Baudó	192	49	41	5,50

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 71,1 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria no complicada por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 48,7 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Puerto Gaitán, Mitú, La Pedrera, Puerto Carreño, Cumaribo y Puerto Libertador y en incremento el municipio de El Bagre, Quibdó, Montecristo, Bagadó y Juradó (tabla 21). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 61,6 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Buenaventura, Istmina, El Charco, Inírida, Río Quito, Olaya Herrera, Lloró, Magüí y Roberto Payán y en incremento los municipios de Quibdó, Guapi, Timbiquí, Medio San Juan, Tierralta, Alto Baudó 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 18 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 11 a 14 de 2026	Casos SE 15 a 18 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	249	201	-19%	8,1%
Córdoba	Tierralta	208	183	-12%	6,7%
Risaralda	Pueblo Rico	165	115	-30%	5,0%
Antioquia	El Bagre	113	117	4%	4,0%
Chocó	Lloró	108	65	-40%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	65	63	-3%	2,7%
Vaupés	Mitú	75	69	-8%	2,7%
Chocó	Quibdó	89	120	35%	2,4%
Bolívar	Montecristo	63	88	40%	2,3%
Chocó	Bagadó	73	87	19%	2,2%
Amazonas	La Pedrera	42	19	-55%	1,9%
Vichada	Puerto Carreño	28	12	-57%	1,8%
Vichada	Cumaribo	70	65	-7%	2,2%
Córdoba	Puerto Libertador	55	49	-11%	1,9%
Chocó	Juradó	51	78	53%	1,9%

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 18 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 11 a 14 de 2026	Casos SE 15 a 18 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	142	164	15%	10,7%
Buenaventura	Buenaventura	72	58	-19%	5,5%
Cauca	Guapi	49	78	59%	5,2%
Chocó	Istmina	75	60	-20%	5,3%
Cauca	Timbiquí	53	76	43%	4,6%
Nariño	El Charco	37	27	-27%	3,8%
Guainía	Inírida	60	37	-38%	3,8%
Chocó	Río Quito	53	44	-17%	3,8%
Nariño	Olaya Herrera	70	22	-69%	3,2%
Chocó	Lloró	25	24	-4%	2,9%
Chocó	Medio San Juan	22	67	205%	3,3%
Córdoba	Tierralta	29	33	14%	2,6%
Nariño	Magüi	49	36	-27%	3,1%
Nariño	Roberto Payán	30	28	-7%	2,2%
Chocó	Alto Baudo	22	23	5%	2,2%

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

Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 18 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Ocho departamentos están en situación de incremento y siete en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 30 municipios en incremento y 75 municipios en decremento (tabla 23).

Tabla 23. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 18 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 18 2025	Acumulado 2026	SE 18 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	603	33	333	13	15	53
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	117	6	0	15
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	43	2	302	3	10	23
Antioquia	Anorí	4	13	0	78	7	14	19
Antioquia	Nechí	5	491	34	243	9	30	65
Arauca	Saravena	4	261	25	57	1	0	6
Arauca	Araucuita	4	20	1	14	1	0	4
Bolívar	Norosí	5	96	3	67	2	10	16
Bolívar	Río Viejo	4	5	0	48	4	6	11
Bolívar	Achí	4	18	3	36	0	4	7
Bolívar	Montecristo	5	376	26	360	7	76	88
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	10	1	49	0	1	11
Caquetá	Solano	4	15	0	24	1	1	4
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	3	0	21	0	2	4
Caquetá	Florencia	4	171	8	70	2	1	23
Caquetá	Milán	3	6	0	5	0	0	3
Chocó	El Carmen de Atrato	4	91	5	139	0	12	54
Chocó	Nóvita	5	109	0	114	8	32	44
Chocó	Belén de Bajirá	5	57	3	187	9	5	61
Chocó	Istmina	5	401	22	509	16	73	114
Chocó	Juradó	4	80	13	279	15	35	78
Chocó	Unguía	4	30	1	12	2	2	6
Chocó	Sipí	4	104	17	53	0	9	21
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	6	0	16	0	1	4
Guainía	Barrancominas	4	25	0	146	0	14	21
Guaviare	El Retorno	5	92	6	142	4	28	35
La Guajira	Riohacha	4	4	0	9	0	0	2
Meta	Puerto Rico	4	41	2	23	1	3	8
Meta	Puerto Gaitán	4	99	10	489	15	14	72
Vichada	Puerto Carreño	4	102	1	286	0	7	14

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

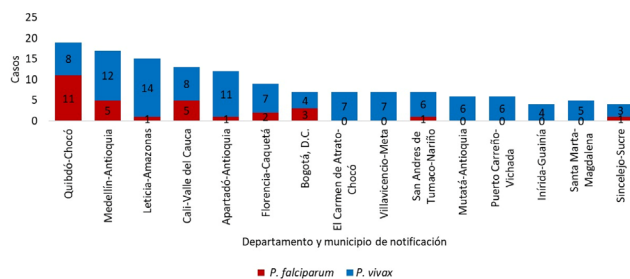
SE: semana epidemiológica

30

Malaria complicada

A semana epidemiológica 18 de 2026 se han notificado 267 casos de malaria complicada, que proceden de 31 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Caquetá, Risaralda, Bogotá, D.C., Meta, Vichada, Caldas, Bolívar, Guainía, Santander, Vaupés, Sucre y Córdoba notificaron el 85,4 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 53,8 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 19).

Figura 19. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 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/buscadoreventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 18 del 2026, se han notificado 7 502 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 7 464 corresponden a residentes en Colombia y 38 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (19 de 2025 a 18 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, Vichada, Chocó y Magdalena (tabla 24).

El 82,8 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,2 % 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 (27,1 %) y en los de 1 año de edad (26,7 %). Así mismo, el 66,7 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 18 del 2026, se observó diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Caquetá, Guainía, Guaviare, Norte de Santander, 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 comportamiento inusual de incremento en 224 municipios a nivel nacional (19,9 %) y de disminución en 57 municipios (5,1 %). 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 21 municipios (tabla 25).

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 18, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 18 de 2025	Casos a SE 18 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	7883	7464	0,53	19,9	5,1
La Guajira	570	582	1,57	20,0	0,0
Vichada	63	60	1,20	0,0	25,0
Chocó	366	322	1,16	35,5	9,7
Magdalena	281	206	0,75	13,8	13,8
Risaralda	180	170	0,73	28,6	0,0
Guaviare	38	28	0,68	25,0	25,0
Cartagena de Indias	174	189	0,67	0,0	0,0
Arauca	78	75	0,67	42,9	42,9
Casanare	88	94	0,62	10,5	10,5
Vaupés	13	12	0,62	0,0	16,7
Boyacá	191	183	0,58	16,3	0,8
Amazonas	28	21	0,58	18,2	9,1
Bolívar	197	228	0,57	33,3	6,7
Cesar	368	265	0,56	28,0	24,0
Antioquia	1183	1038	0,56	28,8	0,8
Bogotá, D.C	1068	995	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	250	201	0,54	7,5	7,5
Nariño	260	275	0,53	21,9	1,6
Putumayo	78	82	0,52	15,4	15,4
Cundinamarca	426	461	0,51	15,5	4,3
Santiago de Cali	200	214	0,47	0,0	0,0
Sucre	135	155	0,46	46,2	0,0
Meta	156	165	0,45	31,0	6,9
Valle	247	221	0,44	30,0	2,5
Buenaventura	75	49	0,42	0,0	0,0
Huila	173	162	0,41	13,5	2,7
Tolima	115	141	0,39	12,8	4,3
Guainía	20	9	0,39	0,0	11,1
Santa Marta	65	43	0,36	0,0	0,0
Barranquilla	85	58	0,35	0,0	0,0
Caquetá	57	58	0,34	6,3	12,5
Caldas	58	69	0,34	14,8	0,0
Córdoba	176	192	0,30	13,3	6,7
Atlántico	95	119	0,30	22,7	18,2
Quindío	28	39	0,29	8,3	0,0
Santander	200	164	0,28	13,8	2,3
Cauca	96	113	0,27	19,0	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	6	0,21	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 19 de 2025 a SE 18 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 18 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Norte de Santander	San José de Cúcuta	105	82
Tolima	Ibagué	21	48
Sucre	Sincelejo	18	40
Antioquia	Rionegro	14	28
Risaralda	Dosquebradas	18	28
Cundinamarca	Madrid	19	25
Valle del Cauca	Tuluá	11	25
Antioquia	Itagüí	18	24
Boyacá	Tunja	31	23
Cesar	Aguachica	12	21
Arauca	Arauca	34	20
Valle del Cauca	Cartago	9	16
Cauca	Santander de Quilichao	7	14
Antioquia	Apartadó	27	12
Magdalena	Ciénaga	20	11
Santander	Girón	21	11
Santander	Piedecuesta	18	11
Atlántico	Malambo	10	5
Cundinamarca	Girardot	21	4
Norte de Santander	Villa del Rosario	21	3
Bolívar	Turbaco	7	1

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

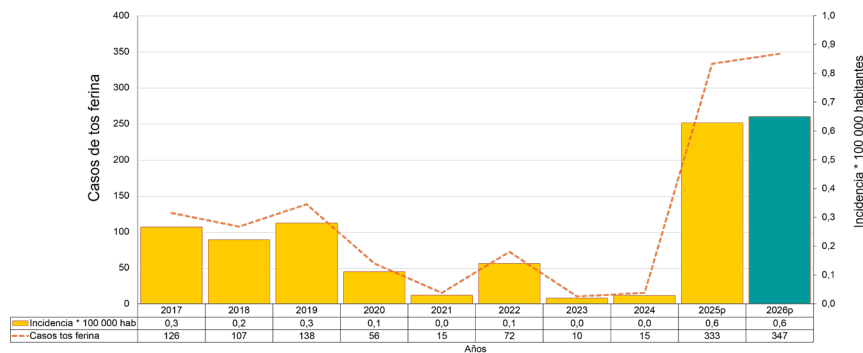
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 17 de 2026

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

Durante la semana epidemiológica 17 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 182 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,7 % (364) corresponde a casos confirmados, de los cuales 360 son casos con procedencia de Colombia, el 62,0 % (1 352) fue descartado y el 21,4 % (466) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 17 fue de 0,6 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se evidencia un incremento sostenido en el número de casos notificados: entre 2017 y 2024, la incidencia no superó 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es similar al de 2025 con 333 casos confirmados para el mismo periodo (figura 20).

Figura 20. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 17, 2017 a 2026p

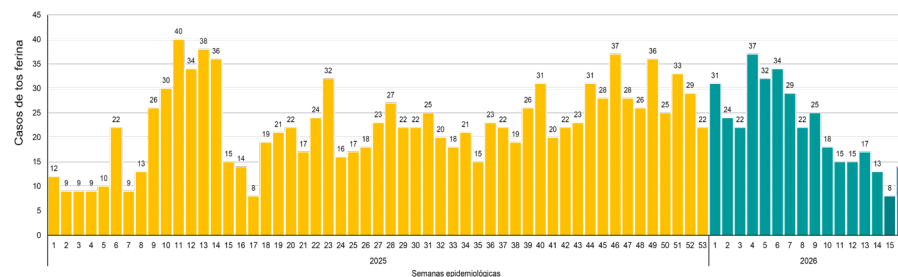


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 21 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, aunque con repuntes en las semanas epidemiológica 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 (34 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se registra una reducción del 33,8 %, al pasar de 65 casos (semanas epidemiológicas 10 a 13 de 2026) a 43 casos (semanas epidemiológicas 14 a 17 de 2026). Se debe tener en cuenta que estos datos están sujetos a modificaciones debido al rezago inherente al proceso de confirmación de casos.

Figura 21. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 17 de 2026p



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 17, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 77 casos y una incidencia de 1,1 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C. con 41 casos y una incidencia de 0,5 por cada 100 000 habitantes y Cartagena de Indias, con 26 casos y una incidencia de 2,6 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 1 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 17, 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	0,6	0,6			347
Antioquia	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0	1,1			77
Bogotá, D.C.	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,5			41
Cartagena de Indias	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,6			26
Santander	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9			21
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0			19
Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	1,1			16
Norte de Santander	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,9			15
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,3			12
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5			11
Chocó	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	1,3	1,7			10
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,8			10
Risaralda	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,9			9
Boyacá	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,6			8
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5			7
Vaupés	70,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,5			6
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4			6
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4			6
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3			6
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,5			5
Huila	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,4			5
Arauca	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,4			4
Caldas	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4			4
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,8	0,0	0,0	0,7	0,4			4
Valle del Cauca	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2			4
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	0,5			3
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,3	0,3			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
Quindío	0,2	0	0	0	0	0	0,4	0,2			1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-	-			4

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 17 de 2026 se identificaron 84 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en: Casanare con 15 casos distribuidos en los municipios de Paz de Ariporo (13) y Hato de Corozal (2). Le siguen Antioquia con 14 casos, concentrados en Dabeiba (10), Murindó (3) y Frontino (1), y Santander con 12 casos en los municipios de Cerrito (9) y Concepción (3).

La tabla 27 presenta los brotes actualmente en seguimiento, 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		84		
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	8/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026
Cesar	Agustín Codazzi	2	19/04/2026	31/05/2026
Santander	Cerrito	9	6/04/2026	18/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	5	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	10	28/03/2026	9/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026
Boyacá	Cubara	2	15/03/2026	26/04/2026
Cauca	Caldono	3	12/03/2026	23/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Norte de Santander	Toledo	1	9/03/2026	20/04/2026
Chocó	Lloró	1	8/03/2026	19/04/2026
Santander	Concepción	3	23/02/2026	6/04/2026
Caldas	Aránzazu	3	19/02/2026	2/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	9/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	9/03/2026
Cesar	Valledupar	1	26/01/2026	9/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	7/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual fiebre amarilla nacional, mayo 12 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 exterior con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)¹.

Para el 2026, a corte del 12 de mayo (datos preliminares), se han notificado 710 casos probables, 44 confirmados (43 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 30 de abril de 2026, el 97,7 % procedente del Tolima y el 2,2 % del Meta. Se han notificado 21 muertes probables, 16 confirmados, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (4) en estudio, para una letalidad de 36,3% (16/44)².

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 192 casos de fiebre amarilla, concentrados 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 74 casos y cuatro casos (4) se encuentran en estudio (letalidad del 38,5 %). Entre el 06 de mayo de 2026 al 12 de mayo de 2026 se confirmaron dos (2) casos de fiebre amarilla, de procedencia Tolima, en los municipios de Chaparral (1) y Ortega (1).

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 16 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 01 de mayo de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural del municipio de Icononzo (Tolima).

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 3 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (4 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 y cuatro (4) casos en estudio.

Frente frío Córdoba, 8 de mayo 2026

Con corte al 08 de mayo 2026, según el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM), Córdoba presenta alta probabilidad de deslizamientos, crecientes y niveles elevados en la cuenca del río Sinú.

En el departamento se registraron 133 Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE), de los cuales 16 se encuentran activos, albergando una población total aproximada de 1 733 personas. Estos alojamientos están localizados en los municipios de Montería, San Pelayo y Tierralta, donde se continúa realizando seguimiento a las condiciones de habitabilidad y atención a la población afectada.

De acuerdo con la caracterización higiénico-sanitaria, en varios municipios, el agua disponible no es apta para el consumo directo, debido a que los sistemas de tratamiento resultan insuficientes o inexistentes y dependen de fuentes naturales como ríos, quebradas y aguas lluvias, esta situación incrementa la necesidad de tratar el agua antes de su consumo. Adicionalmente, se identifican dificultades relacionadas con la intermitencia del servicio de energía eléctrica, el manejo inadecuado de excretas y residuos sólidos, evidenciándose prácticas como la incineración o la disposición a cielo abierto en algunos municipios.

La presencia constante de animales domésticos y vectores, como roedores y mosquitos, es común en los municipios evaluados, lo que puede favorecer la aparición de enfermedades transmisibles. Durante la semana epidemiológica 17 de 2026, se observó un aumento sostenido de morbilidad por enfermedad diarreica aguda a nivel departamental, por el contrario, decremento en los eventos de dengue, malaria, morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) con hospitalización en sala general, agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR), intento de suicidio y violencia de género e intrafamiliar en comparación con semanas anteriores (tabla 28).

Tabla 28. Municipios con comportamiento inusual en eventos priorizados de salud pública asociados a la emergencia climática por frente frío en Córdoba, SE 17

Evento	Municipios	Número de municipios afectados
Dengue	Ayapel, Montería, Los Córdoba, Cotorra, Montelíbano, Cereté, Moñitos, San Antero, San Pelayo	9
Desnutrición (DNT)	Tuchín, Puerto Escondido, Buenavista	3
Accidente ofídico	Ayapel, Montería, Los Córdoba, Lorica, Canalete, Puerto Escondido, Cereté, Buenavista, Pueblo Nuevo, San Antero	11
APTR	Chimá	1
Leptospirosis	Cereté	1
Morbilidad materna extrema	Montelíbano, Puerto Escondido, San José de Uré, San Bernardo del Viento, San Antero	5
IRA Hospitalización	Montería, Montelíbano, Cereté	3
IRA consulta externa y urgencias	Valencia, Ayapel, Tierralta, La Apartada, Cotorra, Canalete, Puerto Escondido, San José de Uré, Cereté, Ciénaga de Oro, Moñitos, Pueblo Nuevo, San Carlos	13
IRA UCI	Montería	1
Tuberculosis	Montería, Tierralta, Lorica, Ciénaga de Oro, Puerto Libertador	5
Varicela	Lorica, Cereté, Buenavista	3
Violencia de género	San José de Uré, Moñitos	2
Morbilidad por EDA	Canalete, Montelíbano, Cereté, San Bernardo del Viento, Ciénaga de Oro, San Antero, San Carlos	7

Fuente: elaboración propia basada en datos de la sala de análisis, semana epidemiológica 17 de 2026

APTR: agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia

Se reitera la recomendación de fortalecer la vigilancia epidemiológica, la confirmación diagnóstica y la notificación inmediata. La información presentada es preliminar y continúa bajo seguimiento por parte del Grupo de Factores de Riesgo Ambiental.

Fuente: Sala de análisis del riesgo ambiental - INS

Caso confirmado de rabia en animal silvestre (zorro), Nueva Granada (Magdalena), 12 de mayo de 2026

El 06 de mayo de 2026, se notificó un caso probable de rabia animal (evento 650) en un zorro hembra, el cual ingresó el 04 de mayo de 2026 a un predio ubicado a 14 km de la cabecera municipal. El animal agredió a un menor de 11 años en el miembro inferior derecho y presentó confrontación con los caninos de la vivienda. Posteriormente, el zorro falleció a causa de las lesiones. Se identificaron como expuestos a una persona y dos caninos.

La muestra fue remitida al LNR el 08 de mayo de 2026, emitiéndose resultado positivo el 09 de mayo. El menor fue valorado el 05 de mayo, clasificándose la exposición como grave, por lo cual se inició tratamiento el 06 de mayo con inmunoglobulina y vacuna antirrábica. Recibió la segunda dosis el 10 de mayo y actualmente, se encuentra en seguimiento diario.

Desde enero hasta la fecha, se ha realizado búsqueda activa institucional. Asimismo, el 05 de mayo se llevó a cabo la investigación epidemiológica de campo, evidenciando que los dos caninos tienen antecedente de vacunación antirrábica con fecha del 21 de agosto de 2025 y permanecen en observación.

El 08 de mayo se realizó Sala de Análisis de Riesgo (SAR) departamental y el 11 de mayo SAR nacional, determinando un nivel de riesgo II (respuesta departamental). El Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) departamental se desplazó hacia la zona del foco el 12 de mayo, con el fin de realizar actividades de búsqueda activa comunitaria y fortalecer la articulación interinstitucional, incluyendo la continuidad de la vacunación de caninos y felinos en el municipio. La situación se encuentra en seguimiento por el referente nacional y está sujeta a cambios.

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

Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 12 de mayo de 2026

En 2026, se han confirmado en el país seis (6) casos de sarampión, de estos, cinco (5) corresponden a casos importados con antecedente de viaje a México (4 casos) y Estados Unidos (1 caso), mientras que uno (1) se encuentra con fuente de infección en estudio. Los casos han sido notificados por las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (4 casos), Bucaramanga - Santander (1 caso) y Cartagena (1 caso). En relación con la caracterización genética, cuatro (4) de los casos corresponden al genotipo D8, uno (1) no cuenta con genotipificación

y uno (1) permanece en estudio. A la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o defunciones asociadas.

Con corte al 12 de mayo de 2026, se han notificado 919 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 724 han sido descartados y seis (6) confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, 189 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (77) y Antioquia (38). El resto de los casos en investigación se reportan en Santiago de Cali, Meta y Valle del Cauca (7 casos cada uno), Cartagena de Indias, Cundinamarca, Santa Marta y Risaralda (5 cada uno); Córdoba, Huila y Tolima (4 cada uno); Sucre (3 casos); Boyacá, Buenaventura, Cesar, Chocó, Magdalena y Santander (2 casos cada uno) y finalmente Atlántico, Bolívar, Casanare, Nariño, Putumayo y Norte de Santander con un (1) 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) mantienen activos sus niveles nacional y territorial para el seguimiento continuo del evento. Las acciones de control se han centrado en la intensificación de la vigilancia epidemiológica mediante la notificación inmediata y la alerta temprana ante casos con criterios de riesgo. Asimismo, se han ejecutado búsquedas activas comunitarias (BAC) e institucionales (BAI) en áreas priorizadas. De igual manera, 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 dirigidos 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 cuatro (4), mientras que dos (2) permanecen bajo seguimiento activo.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 12 de mayo de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación epidemiológica del sarampión en el mundo, 2026

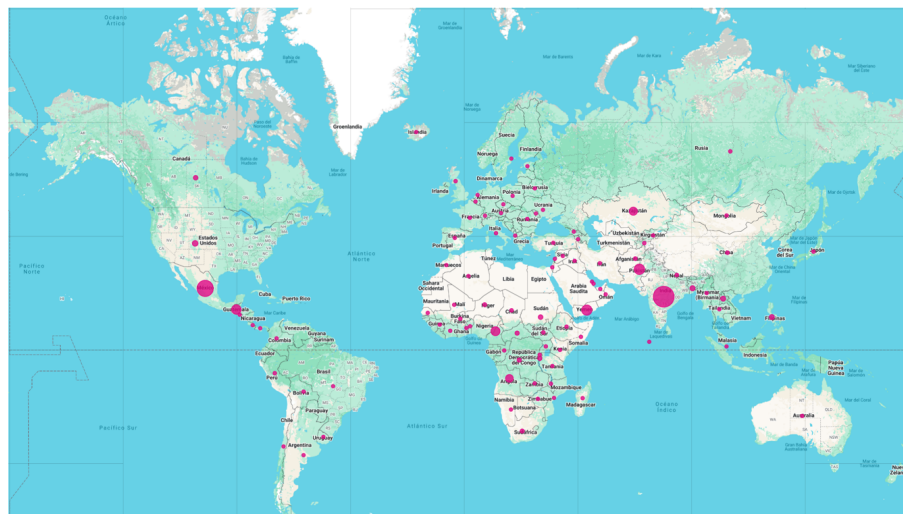
En 2026, con información reportada al 15 de abril, 108 países o Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han notificado 68 502 casos confirmados de sarampión (1). Los 10 países con mayor número de casos son: India (14 552), México (10 730), Pakistán (5 843), Yemen (5 711), Camerún (4 670), Kazajistán (3 928), Guatemala (5 112), Angola (3 590), Estados Unidos de América (1 811) y Bangladés (1 481). De estos países, Angola, Bangladesh, Camerún, India, Kazajistán, Pakistán y Yemen son endémicos para sarampión (1,2,3).

En 2026, hasta la semana epidemiológica 16, la región de las Américas ha reportado 28 178 casos sospechosos de sarampión. De estos, se han confirmado 18 088 casos (2).

El comportamiento en la región muestra una concentración marcada en Norteamérica y Centroamérica, representado por México, Guatemala, Estados Unidos y Canadá. En Latinoamérica países como Perú y Bolivia reportan el número más elevado de casos para la subregión Andina (2).

México presenta la mayor notificación de casos en la región con 10 730 casos confirmados (3), seguido por Guatemala con 5 112 casos. Estos dos países concentran la gran mayoría del total regional. Estados Unidos reportó 1 811 casos confirmados, Canadá 944 casos, El Salvador 13 casos, Costa Rica 5 casos, Perú 86 casos, Bolivia 56 casos, Colombia 6 casos (3), Brasil 3 casos, Uruguay 2 casos, Panamá 2 casos, Argentina y Chile 1 caso cada uno.

Mapa 1. Distribución de casos confirmados de sarampión a nivel mundial, 2026p



Elaboración propia, con datos de la OMS, OPS, Secretaría de salud de México, Ministerio de Salud de Panamá y Sistema de Alerta Temprana del Instituto Nacional de Salud de Colombia.

Fuentes:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reported measles and rubella cases and incidence rates by WHO Member States, as of 15 Apr 2026. Fecha de publicación: 15 de abril de 2026. Fecha de consulta: 01 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Bi-Weekly Bulletin, April Measles-Rubella-Congenital Rubella Syndrome. Fecha de publicación: 01 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 11 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/05/sme3215-16.pdf>
3. Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 12 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1078155/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260512.pdf
4. SAR nacional de sarampión - Sistema de alerta temprana - Instituto Nacional de Salud de Colombia.
5. Ministerio de Salud de Panamá. Minsa continua con la trazabilidad para ubicar a los contactos de las dos personas detectadas con sarampión. Fecha de publicación: 11 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2026. Disponible en: <https://minsa.gob.pa/noticia/minsa-continua-con-la-trazabilidad-para-ubicar-los-contactos-de-las-dos-personas-detectadas>

Actualización brote de hantavirus vinculado a viaje en crucero, multinacional. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 13 de mayo de 2026

El 02 de mayo de 2026, la OMS recibió una notificación sobre un grupo de enfermedades respiratorias agudas graves, incluyendo dos muertes y un pasajero gravemente enfermo, a bordo del crucero MV Hondius con bandera holandesa. Posteriormente se confirmó infección por hantavirus.

Con corte al 13 de mayo, se han notificado 11 casos (ocho confirmados, uno inconcluso y dos probables), incluyendo tres muertes (dos confirmadas y una probable). Todos los casos confirmados en laboratorio corresponden a infección por el virus Andes (ANDV) y todos los casos eran viajeros del crucero.

Según la información disponible, la hipótesis es que el primer caso adquirió la infección antes de embarcar en el crucero, por exposición en tierra. La evidencia actual sugiere una transmisión posterior de persona a persona a bordo del barco. Esto también se ve respaldado por un análisis preliminar de las secuencias, que muestran una secuencia cercana y casi idéntica procedente de diferentes casos.

El seguimiento y el rastreo de contactos de todos los casos de hantavirus vinculados al crucero están en curso. Esto incluye a los pasajeros que desembarcaron en Santa Elena (Reino Unido) el 24 de abril; Praia (Cabo Verde) el 06 de mayo y Tenerife (España) los días 10 y 11 de mayo. Se han identificado y contactado a los pasajeros que viajaron en vuelos y que pudieron haber estado expuestos a casos confirmados posteriormente. Los contactos están siendo monitorizados por las autoridades sanitarias locales en sus respectivos países.

El 10 de mayo, el buque llegó a las Islas Canarias (España), donde comenzó el desembarco. Los pasajeros y la mayoría de la tripulación fueron repatriados desde las Islas Canarias a sus respectivos países de residencia o puntos de tránsito mediante vuelos no comerciales especialmente organizados, con el apoyo de la OMS y socios en el proceso de desembarco. El barco zarpó de las Islas Canarias el 11 de mayo y navega hacia los Países Bajos, con 25 tripulantes a bordo, junto con dos trabajadores sanitarios y de atención holandeses para realizar su monitorización de salud y proporcionar cualquier atención sanitaria que sea necesaria.

Basándose en la información actual disponible sobre este evento, la OMS desaconseja la aplicación de cualquier restricción de viaje o comercio más allá de la restricción de movimiento de contactos identificados de alto riesgo.

La OMS ha evaluado el riesgo que este evento representa para la población mundial como bajo y continuará monitorizando la situación epidemiológica y actualizando la evaluación de riesgos según sea necesario.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Hantavirus cluster linked to cruise ship travel, Multi-country. Fecha de publicación: 13 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON601>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 18 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 18

Decremento
Incremento

Departamento	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		
	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	20	1	0	200	30	44	367	42	58	52	14	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Antioquia	212	13	14	7675	1361	1641	1345	286	332	487	117	109	15	4	5	109	77	18	37	10	3
Arauca	40	2	4	408	62	91	695	80	177	249	23	58	4	1	2	0	1	0	12	2	3
Atlántico	20	3	4	1613	286	347	1295	67	234	580	38	97	14	2	2	0	1	0	5	1	1
Barranquilla D.E.	4	0	1	1798	265	365	1474	66	187	624	30	72	14	1	0	1	1	0	14	4	1
Bogotá D.C.	1	0	0	8960	1707	1945	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	15	2	2	1	0
Bolívar	90	6	6	1075	227	219	2662	181	716	1046	88	279	43	4	9	2	0	0	3	1	1
Boyacá	26	2	2	2622	477	557	67	45	22	35	16	12	0	0	0	2	1	1	2	1	0
Buenaventura D.E.	8	0	0	62	12	6	45	23	10	14	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	27	1	3	1551	282	331	65	21	21	34	13	10	0	0	0	3	2	1	13	4	2
Santiago de Cali D.E.	5	0	0	1986	391	388	577	543	161	214	233	52	2	6	0	2	19	0	79	21	5
Caquetá	67	3	3	467	88	96	236	207	76	124	94	45	7	3	2	0	0	0	3	1	0
Cartagena de Indias D.T.	6	0	0	930	138	197	2178	89	354	424	24	45	19	1	2	1	0	1	0	0	0
Casanare	43	4	5	834	118	190	649	233	260	228	93	83	1	2	1	1	1	0	1	0	1
Cauca	49	2	1	2296	426	439	81	98	25	29	36	7	0	1	0	2	20	2	7	1	1
Cesar	75	4	9	1078	203	232	3514	161	615	2012	101	344	21	3	10	0	1	10	8	1	2
Chocó	83	3	0	134	15	29	318	66	86	70	14	16	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	119	10	4	2007	390	407	1466	179	258	596	88	94	9	1	2	1	1	0	2	1	0
Cundinamarca	31	2	0	5988	1018	1252	643	246	182	225	106	63	5	2	1	7	4	1	4	1	0
Guainía	4	1	0	104	11	18	6	6	3	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	31	3	0	134	58	37	241	37	85	48	7	15	2	0	2	0	0	0	0	0	0
Huila	49	1	3	2672	349	558	640	290	230	215	124	55	27	6	6	6	1	4	1	0	0
La Guajira	47	1	1	926	240	173	2174	82	449	1167	58	225	42	2	9	2	1	0	3	1	0
Magdalena	58	4	4	941	198	214	2297	59	569	1144	38	271	20	1	7	0	0	0	1	0	0
Meta	97	6	3	1739	285	350	5704	552	1841	1759	207	548	57	5	15	6	6	0	5	1	0
Nariño	45	2	3	2939	530	665	245	69	55	110	19	28	2	1	1	2	1	0	5	1	1
Norte de Santander	130	8	12	2730	440	549	2666	267	602	990	133	195	50	5	10	11	11	0	4	1	0
Putumayo	57	4	3	725	124	139	268	177	101	56	58	17	3	1	1	0	0	0	4	1	0
Quindío	7	0	1	1284	207	302	125	30	47	25	10	8	1	0	0	0	2	0	2	0	1
Risaralda	28	1	1	1659	313	315	87	37	30	30	16	7	1	0	1	3	4	0	9	3	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	130	28	31	5	4	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	15	0	1	745	133	166	1669	23	282	732	13	140	8	1	2	0	0	0	3	1	0
Santander	73	3	4	3222	527	698	2732	432	656	960	174	238	15	4	8	40	4	5	4	1	0
Sucre	30	2	0	1088	202	243	569	184	146	290	111	69	4	4	1	0	0	0	1	0	0
Tolima	66	2	3	2815	486	592	1532	448	484	470	180	148	26	4	8	2	2	1	11	3	1
Valle del Cauca	29	1	2	3600	594	708	616	582	192	195	254	55	4	4	2	1	15	0	27	7	2
Vaupés	15	0	0	96	12	25	25	8	19	4	1	2	0	0	0	1	1	0	6	1	2
Vichada	15	0	1	86	20	22	35	9	4	9	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	1.722	95	98	69.319	12.257	14.581	39.313	5.929	9.571	15.250	2.548	3.416	421	70	109	214	196	37	278	71	28

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 18

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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		
	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	886	107	122	1	4	0	2254	654	451	128	12	19	0	0	0	1038	428	182	5	6	5
Antioquia	2927	1103	632	102	69	46	377591	78486	73950	15756	2896	2848	1488	806	632	138898	32973	30614	234	291	234
Arauca	92	3	12	4	3	0	6717	2281	1461	622	128	140	22	2	6	2761	747	788	20	24	20
Atlántico	1	0	0	2	7	2	53401	10825	12340	1602	219	344	1037	131	431	19396	4291	4224	44	80	44
Barranquilla D.E.	0	0	0	10	13	6	76314	16222	17252	4288	471	965	474	267	230	27369	6330	5993	75	94	75
Bogotá D.C.	0	0	0	60	71	28	518604	161363	128608	26037	7930	6510	3314	1593	1605	265105	62973	64938	271	267	271
Bolívar	662	138	153	9	7	1	48647	11771	10802	1215	220	251	156	92	70	12012	3001	2367	68	76	68
Boyacá	100	0	15	19	8	2	39390	13575	10344	2186	594	564	132	73	63	16845	4920	3916	35	46	35
Buenaventura D.E.	417	180	99	6	5	2	3408	735	790	22	10	4	6	3	2	1193	508	306	21	30	21
Caldas	8	2	0	10	3	5	30037	7937	6415	1326	313	255	470	134	207	11448	3150	2839	32	34	32
Santiago de Cali D.E.	2	1	1	48	29	24	85565	25931	17686	2198	727	361	284	76	85	53788	11567	11862	85	102	85
Caquetá	177	16	46	6	5	4	10397	3109	3393	790	172	223	9	8	5	6030	1629	1345	18	24	18
Cartagena de Indias D.T.	3	0	1	8	8	4	63048	17546	13865	4130	322	839	584	225	287	18630	4125	4073	47	85	47
Casanare	15	2	2	4	2	3	7542	2441	1984	143	60	23	66	6	27	3725	1151	1030	15	28	15
Cauca	545	284	168	16	7	6	36708	10738	7725	1602	286	374	95	114	38	14938	5104	3520	69	87	69
Cesar	4	2	2	16	6	6	39382	10470	8878	1765	568	340	142	63	52	8867	3906	2255	68	89	68
Chocó	5959	2578	1543	11	6	4	9876	2340	1581	458	169	162	10	7	3	6091	1063	1553	44	65	44
Córdoba	1740	838	315	6	7	0	70798	14384	18940	3728	471	971	650	204	278	17188	4562	3830	91	129	91
Cundinamarca	0	0	0	29	18	11	120073	33589	29559	5103	1188	1419	378	369	166	59072	13584	14115	127	141	127
Guainía	1606	273	267	0	0	0	632	199	112	38	16	7	0	0	0	605	148	126	10	7	10
Guaviare	440	112	85	0	2	0	1878	637	388	351	35	103	25	5	14	1448	309	302	2	6	2
Huila	0	0	0	13	8	7	25684	11631	6727	1526	476	423	223	73	98	14600	4052	3127	68	65	68
La Guajira	16	3	3	4	4	2	91229	15465	20324	1488	583	313	283	45	135	14589	3677	3623	93	136	93
Magdalena	2	1	1	2	5	0	46651	7811	9464	1260	234	350	11	13	7	13029	3333	2938	32	59	32
Meta	613	58	107	5	6	1	26126	7581	5920	1058	253	250	86	63	37	16103	4743	4015	58	59	58
Nariño	1443	1030	256	30	17	10	44054	14615	9571	2913	592	633	72	27	34	17175	6054	3746	58	73	58
Norte de Santander	242	112	50	32	17	14	66274	14957	13245	4508	885	1001	396	127	183	19441	5321	3948	58	72	58
Putumayo	38	6	3	4	3	2	14349	3053	3419	454	146	88	21	6	11	5807	1080	1025	16	20	16
Quindío	3	3	2	7	2	1	19729	6180	4245	1010	269	227	202	60	83	11500	2854	2699	26	20	26
Risaralda	925	339	154	25	10	8	40062	8856	8425	1356	281	211	133	73	50	14879	3999	3361	37	39	37
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	1945	753	564	291	62	58	5	0	5	805	265	260	1	4	1
Santa Marta D.T.	0	0	0	4	2	1	20402	5314	5199	1359	190	244	241	138	87	7254	1142	1523	28	30	28
Santander	4	1	1	41	15	21	97806	16275	22800	6367	1138	1531	889	387	470	35230	7556	7938	68	80	68
Sucre	22	6	4	11	5	6	36658	7169	8140	3102	436	521	375	230	182	8547	2533	2018	47	65	47
Tolima	12	0	4	10	9	6	50582	14321	11453	3961	589	848	152	62	65	21420	5072	4457	41	50	41
Valle del Cauca	13	5	3	18	15	6	50724	13765	10812	1354	316	296	414	131	146	26218	6657	7292	60	72	60
Vaupés	524	220	405	2	2	2	2488	312	545	50	11	3	0	8	0	1010	104	181	2	5	2
Vichada	728	133	97	2	2	1	777	392	164	1	3	1	0	0	0	493	212	133	14	13	14
Total nacional	20169	7.696	4.227	578	419	242	2.237.802	573.683	507.541	105.546	23.271	23.720	12.845	5.621	5.794	914.547	225.124	212.462	2.088	2.571	2.088

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 18

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	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
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	48	3	11	1	1	0
Antioquia	4	5	1	221	60	37	8	2	0	621	59	83	949	214	210	91	23	12
Arauca	1	0	0	16	1	2	0	0	0	14	0	2	52	7	6	4	0	1
Atlántico	1	1	0	27	5	1	0	0	0	11	1	2	300	66	86	10	2	5
Barranquilla D.E.	0	1	0	58	7	14	0	0	0	27	3	6	387	51	114	12	2	4
Bogotá D.C.	7	5	0	527	116	106	278	2	17	534	129	121	1697	400	388	272	65	67
Bolívar	6	1	0	14	3	1	1	0	0	16	2	1	177	31	46	8	3	4
Boyacá	0	1	0	54	13	9	9	0	1	43	3	17	286	81	90	30	4	3
Buenaventura D.E.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	11	2	1	0	0	0
Caldas	1	1	0	15	4	6	0	0	0	16	1	1	142	29	38	5	0	0
Santiago de Cali D.E.	0	1	0	52	15	6	1	0	1	18	3	5	330	94	55	32	7	2
Caquetá	0	1	0	12	2	0	0	0	0	2	1	1	105	17	12	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	21	5	2	0	0	0	36	1	1	156	31	38	9	0	9
Casanare	0	1	0	22	2	3	0	0	0	42	0	1	91	17	25	1	0	1
Cauca	0	1	0	19	7	5	2	0	0	16	3	2	93	32	18	34	3	0
Cesar	0	2	0	36	5	10	0	0	0	40	1	6	244	24	91	5	1	1
Chocó	0	1	0	3	1	0	0	0	0	67	9	8	13	3	1	6	2	1
Córdoba	1	2	0	51	13	13	0	0	0	13	2	4	413	78	106	22	4	6
Cundinamarca	2	3	0	129	28	21	105	1	10	85	28	17	788	171	186	54	10	14
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	10	1	3	0	0	0
Guaviare	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	23	3	2	1	0	0
Huila	4	1	0	58	13	13	2	1	0	16	7	2	141	38	29	4	0	1
La Guajira	0	1	0	11	2	3	0	0	0	22	4	0	127	34	43	5	3	0
Magdalena	1	1	0	11	2	1	0	1	0	10	1	1	126	16	36	0	0	0
Meta	4	1	0	20	6	3	5	1	0	54	4	14	113	49	11	8	2	1
Nariño	6	1	0	47	13	11	0	1	0	28	12	6	275	54	59	13	3	0
Norte de Santander	0	1	0	72	13	13	0	0	0	74	3	6	717	61	197	4	1	1
Putumayo	1	0	0	22	4	4	0	0	0	11	2	0	63	18	11	5	1	1
Quindío	0	0	0	18	3	11	0	0	0	14	1	1	103	28	19	16	4	4
Risaralda	0	1	0	20	5	6	0	0	0	73	2	2	185	52	38	9	2	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	36	3	6	1	1	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	8	1	3	0	0	0	10	1	1	96	7	20	0	0	0
Santander	2	2	0	29	6	8	0	0	0	127	8	14	421	71	84	16	1	4
Sucre	2	1	0	14	8	6	2	1	0	23	5	0	163	32	49	16	1	5
Tolima	3	1	0	15	5	3	4	1	0	19	4	5	242	61	62	12	0	3
Valle del Cauca	2	2	0	54	11	7	0	0	0	6	2	1	352	91	64	7	1	1
Vaupés	0	0	0	2	0	0	0	0	0	79	0	6	8	1	1	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12	0	0	40	3	6	0	0	0
Total nacional	49	41	1	1.683	409	328	419	11	29	2.191	306	337	9523	2.179	2.262	715	147	152

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 18

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutanea	
	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
Amazonas	0	0	0	0	23	21	0	0	24	29	5	2
Antioquia	0	1	0	0	782	1038	0	7	1871	1841	482	230
Arauca	1	1	0	0	110	75	0	0	61	95	9	3
Atlántico	0	0	0	0	119	119	1	1	320	301	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	71	58	0	0	314	283	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1265	995	1	2	1836	2053	0	0
Bolívar	0	1	0	0	165	228	0	1	204	172	168	165
Boyacá	1	1	0	0	187	183	0	0	369	310	77	38
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	58	49	0	1	36	30	5	10
Caldas	0	0	0	0	67	69	0	4	422	422	84	42
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	183	214	1	9	629	690	0	0
Caquetá	0	0	0	0	75	58	0	0	89	75	105	56
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	109	189	0	2	204	196	1	0
Casanare	5	1	0	0	128	94	0	1	102	89	2	2
Cauca	0	0	0	0	106	113	0	3	303	310	21	11
Cesar	2	0	0	0	265	265	0	0	217	193	71	136
Chocó	0	0	0	0	303	322	0	0	45	65	104	59
Córdoba	0	1	0	0	211	192	0	1	366	390	74	48
Cundinamarca	0	0	0	1	484	461	1	4	787	953	83	33
Guainía	0	0	0	0	22	9	0	0	10	11	6	2
Guaviare	0	0	0	0	42	28	0	0	23	24	121	53
Huila	0	0	0	0	164	162	1	9	290	277	3	5
La Guajira	0	0	0	0	599	582	0	0	97	110	13	10
Magdalena	0	0	0	0	216	206	0	0	129	135	3	6
Meta	0	0	0	0	163	165	0	4	246	207	80	39
Nariño	0	0	0	0	252	275	0	0	515	499	100	36
Norte de Santander	0	0	0	0	257	201	0	0	381	414	96	47
Putumayo	0	0	0	0	78	82	0	0	112	86	111	14
Quindío	0	0	0	0	39	39	0	0	183	175	0	0
Risaralda	0	0	0	0	161	170	0	0	428	408	42	29
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	6	0	0	8	8	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	37	43	0	2	105	106	6	2
Santander	2	0	0	0	177	164	0	0	568	553	300	333
Sucre	0	0	0	0	95	155	0	4	176	149	47	41
Tolima	1	0	0	0	131	141	1	2	409	382	99	33
Valle del Cauca	0	0	0	0	177	221	0	1	462	467	6	3
Vaupés	0	0	0	0	23	12	0	0	25	19	26	1
Vichada	0	0	0	0	95	60	0	0	8	9	29	7
Total nacional	17	6	0	1	7.443	7.464	8	58	12.373	12.536	2.268	1.497

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 18

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	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/Rubeola	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexop 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	
	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	1	0	1	0	0	0	1	1
Antioquia	13	19	8	5	3	1	12	16	5	2	48	120
Arauca	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1
Atlántico	1	1	2	0	1	0	1	2	2	0	11	11
Barranquilla D.E.	4	3	2	0	0	0	1	3	1	0	9	16
Bogotá D.C.	2	3	7	8	0	0	10	6	0	0	55	401
Bolívar	1	1	3	0	1	0	2	3	1	3	9	4
Boyacá	0	1	1	1	0	0	2	0	1	0	9	11
Buenaventura D.E.	3	0	1	0	0	1	1	1	1	0	2	3
Caldas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7	5
Santiago de Cali D.E.	3	0	2	0	1	0	3	1	0	0	16	24
Caquetá	7	1	2	3	0	0	3	1	1	0	3	1
Cartagena de Indias D.T.	2	2	2	3	0	0	2	4	1	0	7	25
Casanare	0	1	1	1	1	0	0	2	1	0	3	3
Cauca	2	1	4	1	1	2	3	1	0	1	11	1
Cesar	1	0	4	4	2	2	3	4	5	3	10	14
Chocó	1	1	5	3	9	11	12	13	17	8	4	9
Córdoba	1	1	3	0	1	0	3	2	3	1	14	15
Cundinamarca	2	2	4	2	0	0	5	2	0	0	25	55
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Huila	5	2	3	1	0	1	2	2	2	0	8	18
La Guajira	0	0	7	5	9	7	12	6	12	8	7	0
Magdalena	1	0	2	0	0	1	2	2	6	0	7	4
Meta	0	1	2	1	1	1	3	3	3	0	8	18
Nariño	1	1	4	2	0	1	5	4	1	0	12	8
Norte de Santander	1	0	3	0	0	0	1	3	1	0	12	27
Putumayo	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	3	5
Quindío	5	1	1	1	0	0	1	1	0	0	4	2
Risaralda	4	5	2	2	4	2	3	4	4	0	7	6
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	0	1	1	0	2	1	0	0	0	4	7
Santander	2	2	1	0	0	1	1	2	0	0	17	23
Sucre	1	1	2	2	0	1	2	2	0	0	7	10
Tolima	11	15	3	1	1	0	5	0	0	0	10	10
Valle del Cauca	4	1	2	1	1	1	4	2	2	0	15	34
Vaupés	1	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0
Vichada	0	0	1	0	1	1	1	0	3	3	1	0
Total nacional	347	406	81	48	47	41	115	95	88	30	372	894

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 18

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 nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		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
Amazonas	1	0	7	7	0	0	21	29	1	0	208	212
Antioquia	52	48	430	533	0	1	1310	1709	43	48	7672	5563
Arauca	11	6	67	57	0	0	54	56	1	0	429	508
Atlántico	15	4	126	122	0	0	172	219	6	8	898	847
Barranquilla D.E.	18	9	144	147	0	1	300	352	7	13	851	1044
Bogotá D.C.	49	35	309	394	0	0	467	530	15	16	10122	10202
Bolívar	14	7	102	131	1	2	78	78	1	1	797	823
Boyacá	10	4	35	28	0	0	60	65	1	1	1498	1452
Buenaventura D.E.	8	5	52	58	0	0	65	78	2	1	129	90
Caldas	7	7	52	54	0	0	116	109	1	4	1019	1136
Santiago de Cali D.E.	9	9	175	239	0	0	528	561	20	13	2607	2150
Caquetá	4	3	33	35	0	0	93	114	2	4	374	345
Cartagena de Indias D.T.	30	20	119	172	0	0	157	183	2	3	502	640
Casanare	15	6	50	47	0	0	54	80	1	2	293	357
Cauca	6	5	66	79	0	0	104	105	1	1	1123	1100
Cesar	14	12	125	90	0	0	161	189	1	5	722	673
Chocó	22	11	96	62	0	0	87	97	1	0	155	172
Córdoba	10	7	113	102	1	0	104	117	3	2	1169	1062
Cundinamarca	25	10	137	162	0	0	184	234	5	10	4589	5150
Guainía	4	4	6	8	0	0	8	8	0	0	68	79
Guaviare	2	1	9	8	0	0	13	20	0	0	113	146
Huila	4	8	54	70	0	1	168	168	3	4	2134	2082
La Guajira	25	8	137	120	0	0	197	282	3	5	467	486
Magdalena	11	4	88	93	1	0	67	76	1	2	485	475
Meta	21	18	95	105	0	0	234	253	7	6	827	885
Nariño	4	7	81	96	0	0	63	92	2	2	1496	1759
Norte de Santander	31	9	183	182	0	0	259	306	5	6	1273	1437
Putumayo	2	4	37	31	0	1	39	38	1	0	488	585
Quindío	4	5	34	42	0	0	95	117	1	3	884	791
Risaralda	10	4	62	59	0	1	230	266	9	1	1262	1296
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	3	3	0	0	4	5	0	1	82	69
Santa Marta D.T.	7	2	44	78	0	0	100	128	2	0	233	198
Santander	24	11	157	170	0	0	378	489	10	7	2157	2380
Sucre	7	4	77	79	0	0	38	38	0	0	640	638
Tolima	10	11	54	77	0	0	215	251	5	6	1039	1132
Valle del Cauca	10	10	110	170	0	0	262	381	7	10	2399	2512
Vaupés	1	1	2	4	0	0	7	11	0	0	88	130
Vichada	3	0	13	13	0	0	12	12	0	0	86	80
Total nacional	517	319	3.595	3.927	3	7	6.507	7.846	171	185	51.380	50.686



Semana epidemiológica 18

03 al 09 de mayo de 2026

TEMA CENTRAL

Unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados y tablero de problemas

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

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Martha Cristina Santana León. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón. **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,** María Teresa Zabala, Johanna Agudelo, Mónica Carreño, Yenny Marcela Elizalde, Claudia Marcella Montaña Fuertes. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, 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.

48 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.18>