

## Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y hepatitis A

*La vigilancia oportuna de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y la hepatitis A es clave para identificar riesgos, prevenir brotes y responder de manera efectiva ante estos eventos que afectan la salud pública.*

Semana  
epidemiológica

10 al 16 de mayo de 2026

# 19

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**

	<b>Situación nacional</b>	<b>9</b>
	<b>Mortalidad</b>	<b>14</b>
	<b>Eventos trazadores</b>	<b>21</b>
	<b>Brotes y alertas</b>	<b>40</b>
	<b>Tablas de mando por departamento</b>	<b>46</b>

## Comportamiento epidemiológico de la enfermedad diarreica aguda (EDA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es una patología que se transmite principalmente por la vía fecal-oral, a través del consumo de alimentos o agua contaminados, o por contacto directo con personas infectadas por diversas bacterias, virus o parásitos (1).

En Colombia, la vigilancia epidemiológica de este evento se realiza de manera colectiva; esto implica que las unidades notificadoras, como las UPGD y UI, reportan semanalmente el número de casos que cumplen con la definición de caso para el evento, de forma agrupada por rangos de edad, sin registrar datos nominales o de identificación nombres, número de documento u otras variables de caracterización personal. Esta modalidad de reporte permite describir el comportamiento histórico, identificar grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad y orientar acciones de vigilancia, prevención y control.

En este contexto, el comportamiento de la notificación de morbilidad por EDA entre los años 2019 a 2025 muestra una disminución para el último año (2025), aunque el evento mantiene una carga importante de notificación y requiere seguimiento continuo por su relevancia en salud pública (figura 1).

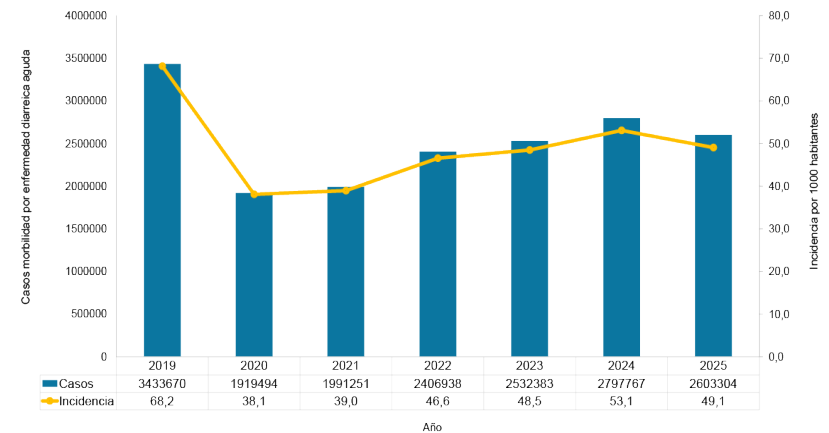


# TEMA CENTRAL

## Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y hepatitis A

Aydee Devia Gamboa, [agamboa@ins.gov.co](mailto:agamboa@ins.gov.co)

Figura 1. Comportamiento de notificación de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2019-2025



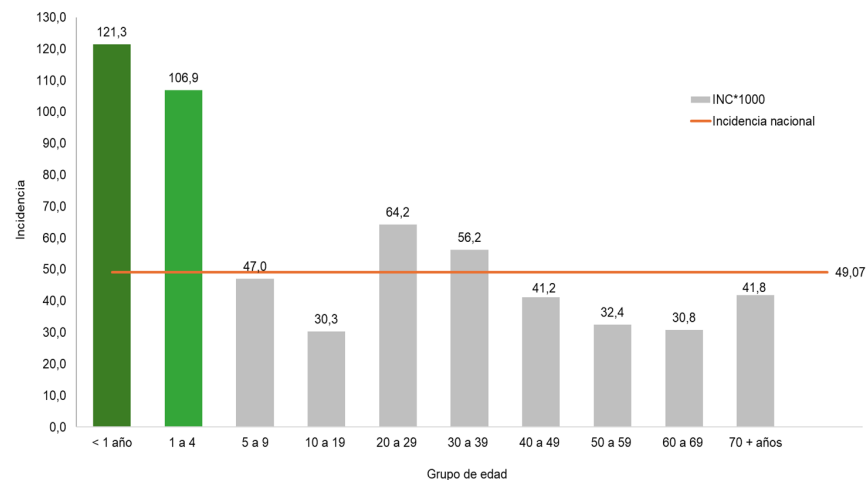
En 2025, la incidencia nacional fue de 49,1 casos por cada 1 000 habitantes. En cuanto a las características de los casos notificados en ese año, la distribución por sexo muestra un comportamiento relativamente similar, con 47,1 % en hombres y 53,9 % en mujeres.

Respecto al tipo de atención, el 95,8 % de los casos fueron manejados de forma ambulatoria y el 4,2 % requirió hospitalización. Este comportamiento indica que, aunque la mayor proporción de los eventos no demanda manejo hospitalario, se mantiene la necesidad de fortalecer la educación en signos de alarma, la prevención de la deshidratación y la atención oportuna, especialmente en la población infantil.

En cuanto al comportamiento de la incidencia de morbilidad por EDA por grupos de edad durante 2025, al comparar los grupos de edad, la mayor afectación se concentró en los menores de 5 años, especialmente en los menores de 1 año, con una incidencia de 121,3 casos por cada 1 000 menores, y en el grupo de 1 a 4 años, con 106,9 casos por cada 1 000 menores (figura 2). En conjunto, la incidencia en menores de 5 años fue de 109,7 casos por cada 1 000 menores, es decir, aproximadamente 2,2 veces superior a la incidencia nacional. Este comportamiento confirma que la primera infancia continúa siendo una población prioritaria para las acciones de prevención, seguimiento y atención oportuna, probablemente por su mayor susceptibilidad biológica, dependencia de cuidadores para prácticas de higiene, alimentación, acceso a agua segura y mayor riesgo de deshidratación (1).

De igual forma, los grupos de 20 a 29 años y de 30 a 39 años también superaron la incidencia nacional, con 64,2 y 56,2 casos por cada 1 000 habitantes, respectivamente. Este hallazgo puede estar relacionado con mayor exposición comunitaria y laboral, consumo de alimentos fuera del hogar o mayor demanda de atención en estos grupos poblacionales (figura 2).

**Figura 2. Incidencia de morbilidad por enfermedad diarreica aguda por grupos de edad, Colombia, 2025**

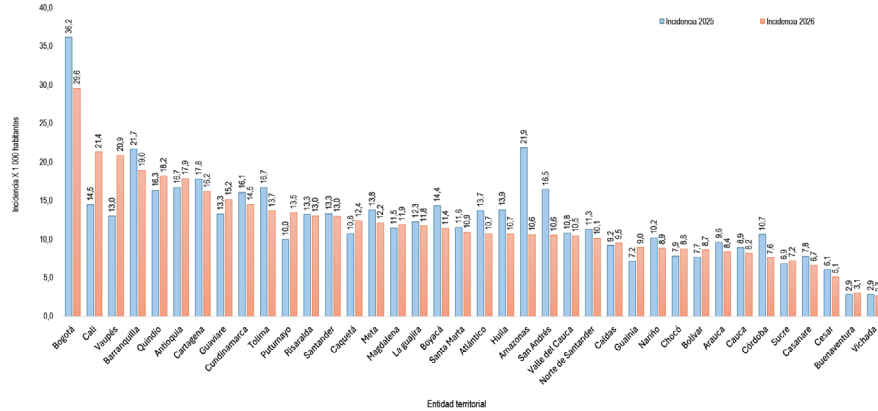


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivegila, Colombia, 2025; DANE, proyecciones de población 2018

Durante el periodo epidemiológico IV de 2026, la incidencia nacional de morbilidad por EDA fue de 15,2 casos por cada 1 000 habitantes. Al comparar con el mismo periodo de 2025, se observa una disminución del indicador nacional. Las entidades territoriales con incidencias superiores al indicador nacional se resaltan en la figura 3, lo que permite identificar los territorios con mayor carga relativa del evento en 2026. Entre estas se destacan Bogotá D.C., Santiago de Cali, Vaupés, Barranquilla, Quindío, Antioquia, Cartagena de Indias y Guaviare.

En la comparación entre los periodos epidemiológicos IV de 2025 y 2026, Bogotá, D.C. presentó una disminución de la incidencia, al pasar de 36,2 a 29,6 casos por cada 1 000 habitantes; sin embargo, continúa siendo la entidad territorial con la incidencia más alta del país, por lo que requiere mantener el seguimiento al comportamiento del evento y a la oportunidad de la notificación.

Figura 3. Incidencia de morbilidad por enfermedad diarreica aguda por entidad territorial, Colombia, periodo epidemiológico IV, 2025-2026p

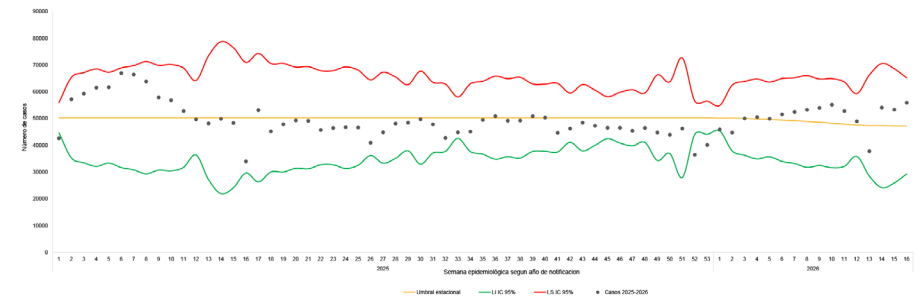


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, Colombia, a periodo IV 2025-2026p; DANE, proyecciones de población 2018  
P: datos preliminares

En el canal endémico, el comportamiento semanal de la morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) durante 2025 y las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026 se mantuvo, en su mayoría, dentro de los valores esperados, con varias semanas por debajo del umbral estacional. El aumento observado en las primeras semanas del año podría estar asociado a factores estacionales propios del periodo, como el incremento en la movilidad poblacional, el reinicio de actividades escolares y laborales, el mayor consumo de alimentos fuera del hogar y posibles variaciones en las condiciones de higiene y acceso a agua segura.

Por su parte, algunas semanas con descenso coinciden con periodos específicos del calendario nacional, como Semana Santa (semanas epidemiológicas 16 de 2025 y 13 de 2026), las vacaciones escolares de mitad de año (semana epidemiológica 26), el festivo del 07 de agosto (semana epidemiológica 32), la semana de receso de octubre (semana epidemiológica 41) y el cierre de año (semana epidemiológica 52 y 53). Estos periodos pueden influir en la reducción de los casos notificados, no solo por una posible disminución real de la transmisión, sino también por cambios en la dinámica de consulta, la movilidad poblacional, la menor asistencia escolar y posibles retrasos en los procesos de notificación.

Figura 4. Canal endémico de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 16 de 2026p



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

En el análisis de los silencios epidemiológicos, definido como la ausencia de notificación durante cuatro semanas epidemiológicas consecutivas (3), en la notificación de morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) a la semana epidemiológica 16 de 2026, se identificaron 19 municipios con silencio epidemiológico. La mayor concentración se observa en Santander y Chocó, con cuatro municipios cada uno, lo que sugiere la necesidad de fortalecer el seguimiento territorial a la oportunidad y continuidad de la notificación. Entre los municipios con mayor número de silencios se destacan Papunahua (Vaupés) y Galán (Santander), debido a la mayor persistencia del silencio (tabla 1).

**Tabla 1. Municipios con semanas en silencio epidemiológico en la notificación de morbilidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2026p**

Entidad territorial	Municipio	Silencio epidemiológico
Vaupés	Papunahua (CD)	9
Santander	Galán	6
Chocó	Medio San Juan	4
Cauca	Guachené	3
Chocó	Unguía	3
Santander	California	3
Cauca	Sotará Paispamba	2
Cesar	Curumaní	2
Nariño	La Tola	2
Bolívar	Margarita	1
Boyacá	Güicán de La Sierra	1
Chocó	Belén de Bajirá	1
Chocó	Carmen del Darién	1
Cundinamarca	San Cayetano	1
La Guajira	La Jagua del Pilar	1
Risaralda	Pueblo Rico	1
Santander	Cepitá	1
Santander	Vetas	1
Vaupés	Pacoa (CD)	1

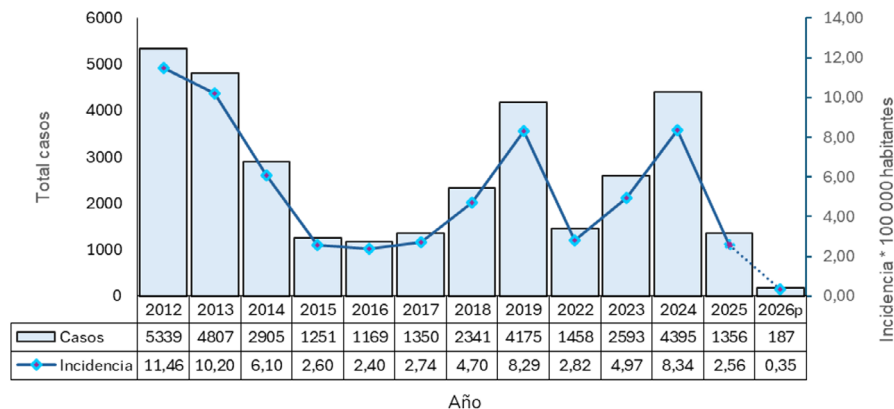
Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), Sivigila, Colombia, 2026p

### Comportamiento epidemiológico de la hepatitis A

La hepatitis A continúa siendo un evento de interés en salud pública por su mecanismo de transmisión fecal-oral, su potencial de generar brotes y la persistencia de población susceptible en adolescentes y adultos jóvenes. En Colombia, el comportamiento histórico muestra una disminución importante posterior a la introducción de la vacuna en el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 2013, al pasar de 5 339 casos en 2012 a valores cercanos a 1 200 casos entre 2015 y 2017 (2,4) (figura 5).

Sin embargo, durante el 2019 y 2024 se presentaron incrementos relevantes, asociados principalmente a brotes focalizados, población susceptible no vacunada y condiciones que favorecen la transmisión fecal-oral, relacionadas con agua, alimentos o contacto estrecho (figura 5). En estos periodos de aumento, la mayor afectación se observó en adolescentes y adultos jóvenes, grupos que no necesariamente fueron beneficiarios de la vacunación introducida para niños de un año, y refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia, la investigación de brotes y las acciones de prevención.

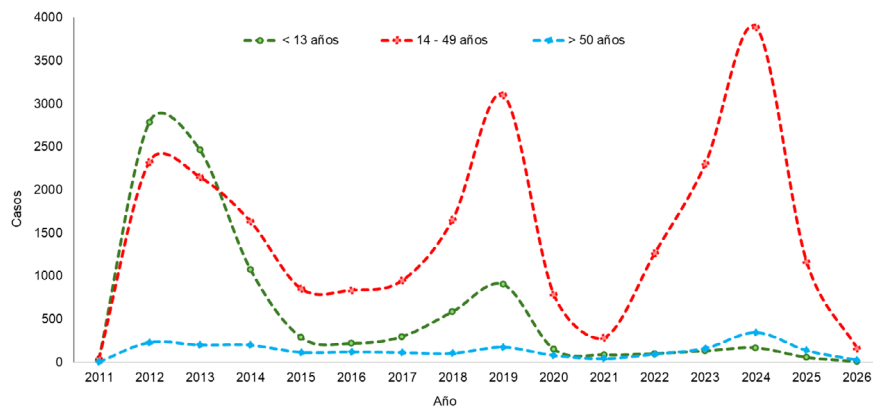
**Figura 5. Tendencia de casos e incidencia de hepatitis A, Colombia, 2012-2026p**



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, Colombia, 2012-2026p; DANE, proyecciones de población 2018  
P: datos preliminares

El comportamiento de los casos de hepatitis A en Colombia entre 2011 y 2026p, desagregado por grupos de edad, evidencia que la mayor carga se concentra en la población de 14 a 49 años, grupo que presenta los principales incrementos en 2012, 2019 y 2024. Este patrón es consistente con la dinámica de la hepatitis A en contextos de endemicidad intermedia, donde una parte de la población no adquiere la infección en la infancia y llega a la adolescencia o adultez sin inmunidad, favoreciendo la aparición de casos sintomáticos y brotes. En los menores de 13 años se observa una reducción importante posterior a la introducción de la vacuna, mientras que los grupos de mayor edad mantienen susceptibilidad, especialmente los adultos jóvenes. Aunque la mayor carga de casos se concentra en adolescentes y adultos jóvenes, el riesgo de complicaciones y muerte aumenta con la edad (6-7) (figura 6).

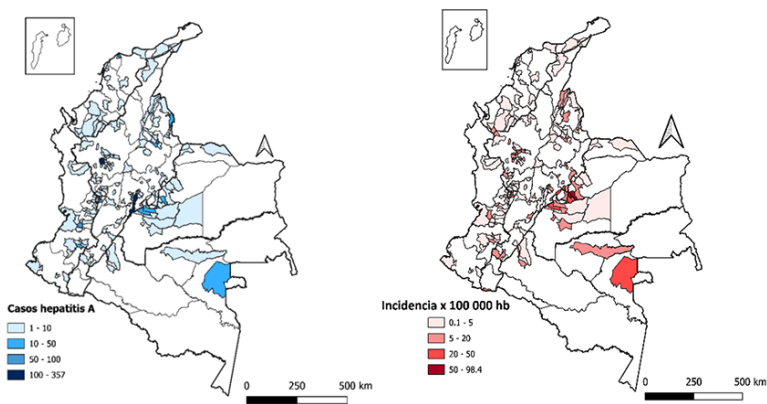
**Figura 6. Comportamiento de hepatitis A por grupo de edad, Colombia, 2011-2026p**



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), Sivigila, Colombia, 2011-2026p

Durante 2025, se notificaron 1 356 casos de hepatitis A en Colombia, con una incidencia nacional de 2,6 casos por 100 000 habitantes. La distribución municipal muestra dos patrones complementarios: los mayores números absolutos de casos se concentran en municipios urbanos o con mayor tamaño poblacional, como Medellín, Bello, Bogotá, D.C. y Santiago de Cali; mientras que, las incidencias más altas se observan en municipios con menor población, como Villanueva, Barranca de Upía, Acacías y Mitú, donde pocos casos pueden representar un riesgo proporcionalmente mayor (mapa 1).

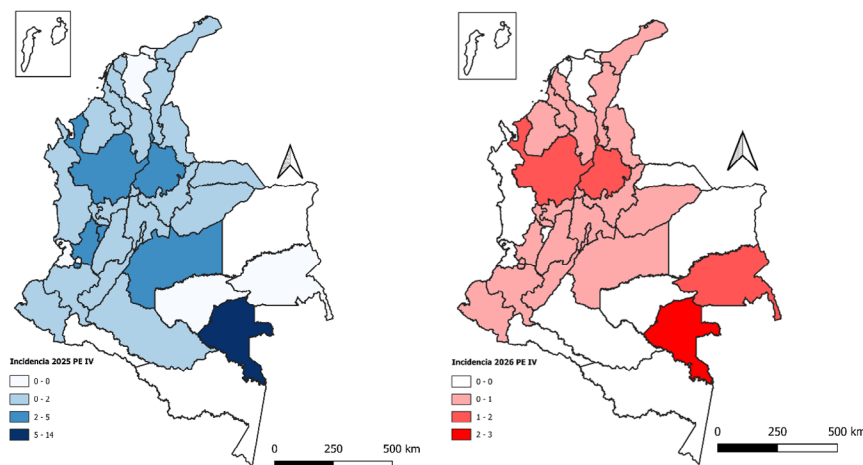
**Mapa 1. Casos e incidencia de hepatitis A por municipio de procedencia, Colombia, 2025**



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, Colombia, 2025; DANE, proyecciones de población 2018

Para el periodo epidemiológico IV de 2026 se evidencia una reducción importante en la notificación de hepatitis A frente al mismo periodo de 2025, al pasar de 664 a 187 casos, lo que equivale a una disminución cercana al 71,9 %. Este comportamiento también se refleja en los mapas de incidencia: en 2025 se observa una distribución territorial más amplia y con mayores intensidades, mientras que en 2026 la afectación se presenta de forma más focalizada. No obstante, Vaupés, Guainía, Santander, Antioquia y Norte de Santander mantienen incidencias superiores respecto al resto del país (mapa 2).

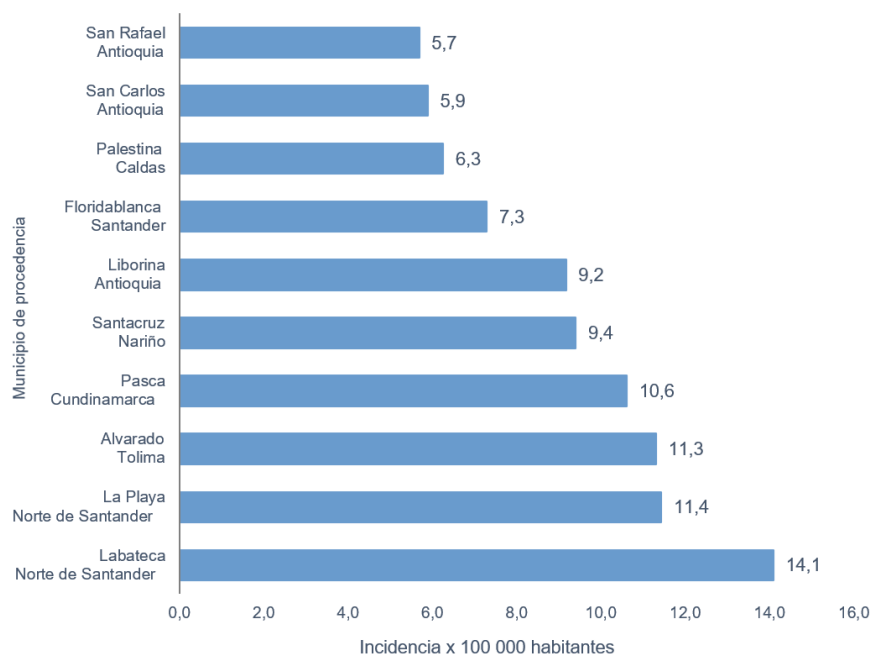
**Mapa 2. Incidencia de hepatitis A por entidad territorial, Colombia, a periodo epidemiológico IV, 2025-2026p**



Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, a periodo epidemiológico IV, 2025-2026p; DANE, proyecciones de población 2018 p: datos preliminares

Durante el periodo epidemiológico IV de 2026 se notificaron 187 casos de hepatitis A en Colombia. Al analizar la incidencia a nivel municipal, los valores más altos se concentran principalmente en municipios con poblaciones pequeñas, como Labateca, La Playa, Alvarado, Pasca y Santacruz, donde la ocurrencia de uno o pocos casos genera incidencias elevadas. En términos de frecuencia de enfermedad, Medellín concentra el mayor número de casos, con 74 notificaciones, que corresponden al 39,6 % del total de casos notificados. El perfil general de los casos evidencia un predominio en hombres, con 113 casos (60,4 %), así como una mayor proporción de procedencia urbana (88,2 %) y una alta frecuencia de hospitalización (52,9 %). Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer el seguimiento territorial, la investigación de casos y brotes, así como la evaluación de condiciones de riesgo en los municipios con mayor incidencia y concentración de casos (figura 7).

Figura 7. Incidencia de hepatitis A por entidad territorial, Colombia, a periodo epidemiológico IV de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, a periodo epidemiológico IV de 2026p; DANE, proyecciones de población 2018  
P: datos preliminares

## Conclusiones

- Para morbilidad por EDA, de acuerdo con el histórico de la notificación, la mayor afectación se concentra en la población menor de cinco años, especialmente en menores de un año, quienes presentan incidencias (121,3 por 1 000 menores de 1 año) superiores al promedio nacional (49,1 por 1 000 habitantes), lo que confirma que la primera infancia sigue siendo el grupo de mayor vulnerabilidad y prioridad para las acciones de prevención y atención.
- La identificación de 19 municipios con silencio epidemiológico para morbilidad por EDA para el 2026 muestra que aún existen retos en oportunidad, regularidad y calidad de la notificación. Esto puede afectar la detección temprana de comportamientos inusuales.

- La tendencia histórica de hepatitis A posterior a la introducción de la vacuna evidencia una reducción importante de casos e incidencia en menores de 13 años, pasando de 2 786 casos en el 2012 a 50 casos en el 2025; sin embargo, los picos observados en algunos años indican que aún existe población susceptible, especialmente en grupos de edad de 14 a 49 años no cubiertos por la vacunación.
- La concentración de casos de hepatitis A se presenta con mayor predominio en municipios con población superior a 1 000 000 habitantes como Medellín y Santiago de Cali, mientras que las mayores incidencias se presentan en municipio con poblaciones pequeñas menor a 100 000 habitantes como Villanueva, Mitú y Acacías.
- El comportamiento de los brotes evidencia que la morbilidad por EDA y hepatitis A no debe abordarse únicamente desde la atención individual, sino que requiere intervenciones integrales que incluyan el fortalecimiento del saneamiento básico, la inocuidad de los alimentos, el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, así como la educación comunitaria.

## Recomendaciones

- **Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD):** fortalecer la calidad del dato mediante la revisión previa de los casos notificados, validando definición de caso, completitud, coherencia, oportunidad y ausencia de duplicidades, para asegurar análisis epidemiológicos confiables y decisiones oportunas en salud pública.
- **Entidades territoriales:** fortalecer el monitoreo de la notificación, el seguimiento a silencios epidemiológicos y el análisis semanal de comportamientos inusuales, con el fin de detectar oportunamente brotes y orientar la respuesta territorial.
- **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB):** garantizar el acceso efectivo a la atención en salud de sus afiliados, especialmente en población rural o dispersa, fortaleciendo redes de prestación cercanas al lugar de residencia, jornadas extramurales, vacunación y seguimiento oportuno.

## Referencias

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: morbilidad por enfermedad diarreica aguda. Bogotá D.C.: INS; 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_EDA%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_EDA%202024.pdf)
2. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: hepatitis A. Bogotá D.C.: INS; 2024. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_hepatitis%20A%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_hepatitis%20A%202024.pdf)
3. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2026. Bogotá D.C.: INS; 2026. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/lineamientos-nacionales-2026-fe-de-erratas.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Hepatitis A, Colombia, 2024. Bogotá D.C.: INS; 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20A%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones y retroproyecciones de población municipal para el periodo 2018-2042 con base en el CNPV 2018. Bogotá D.C.: DANE; actualización 8 de agosto de 2025. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
6. World Health Organization. Hepatitis A [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 16 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical signs and symptoms of hepatitis A [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 16 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hepatitis-a/hcp/clinical-signs/index.html>



# SITUACIÓN NACIONAL

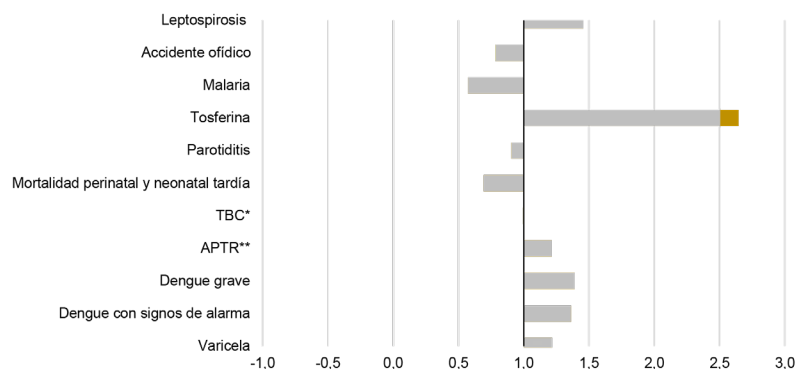
## Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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

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

Para la semana epidemiológica 19 de 2026, el evento tos ferina se encuentra 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 8).

**Figura 8. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 19 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 2).

**Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 19 del 2026**

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	69839	68841	0,56	0,58

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 19 del 2026, el evento zika se encuentra por encima de lo esperado mientras que el evento leishmaniasis cutánea se encuentra por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

**Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026**

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	6	3	0,04
Leishmaniasis cutánea	13	100	0,00
Mortalidad por dengue	5	4	0,14
Lepra	4	5	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3	2	0,22
Leishmaniasis mucosa	2	2	0,27
Chikunguña	1	1	0,37

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

## Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

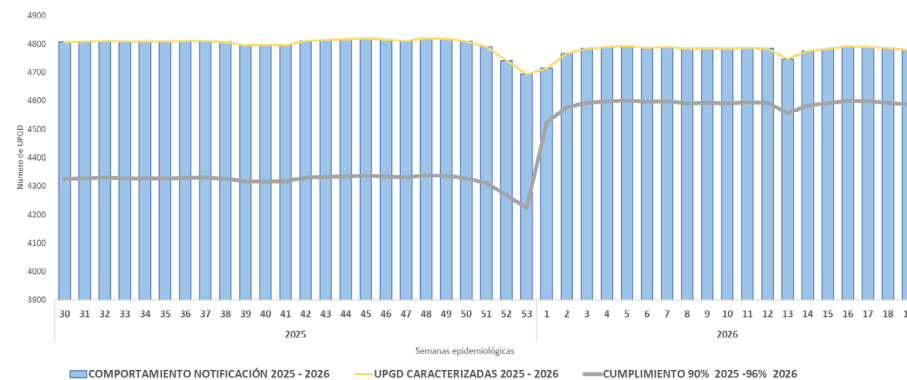
Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 19 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 100,0 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 19 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana epidemiológica fue del 100,0 % (4 779 / 4 779); observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 19 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 4 588 UPGD en la semana analizada (figura 9).

Figura 9. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 19 del 2026



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

## Cumplimiento en la notificación de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

La vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática UPGD al Sivigila, como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna, con seguimiento mensual y plazo máximo de reporte establecido el segundo lunes del mes siguiente al periodo evaluado. Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, incluyendo infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ), consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB) y brotes de IAAS.

El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de unidades que no reportan información en el periodo establecido, con una meta nacional de no superar el 10,0 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

## Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

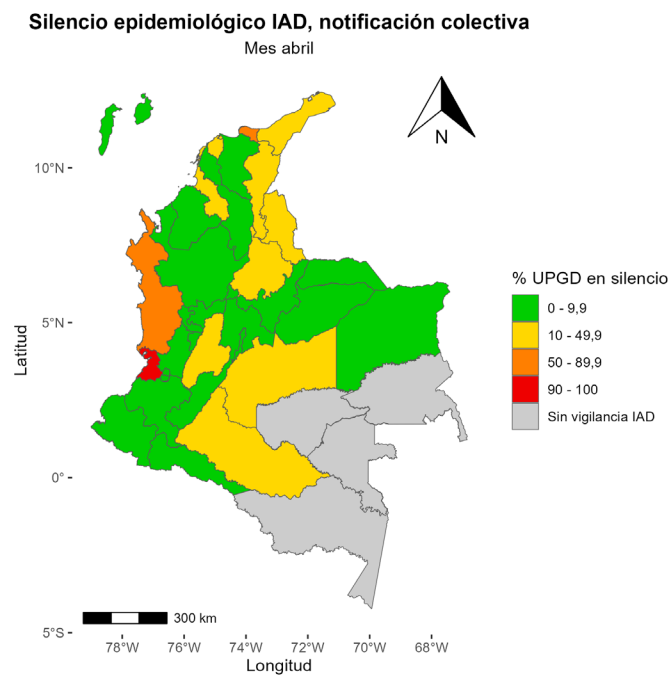
En el marco de la vigilancia de IAD en Sivigila, para abril de 2026 se identificaron 465 UPGD con servicios objeto de vigilancia caracterizadas en Sivigila; de estas, 56 UPGD presentaron silencio epidemiológico, correspondiente al 12,0 % del total nacional. Este comportamiento evidencia un incumplimiento de la meta nacional de notificación (<10 %) y sugiere persistencia de debilidades en la oportunidad y continuidad del reporte en algunas entidades territoriales.

El análisis territorial mostró heterogeneidad en el comportamiento del silencio epidemiológico. Buenaventura presentó el mayor nivel de silencio, con el 100,0 % de sus UPGD en silencio epidemiológico durante el periodo evaluado. De igual forma, Santa Marta (50,0 %), Tolima (40,0 %), Sucre (35,7 %), Caquetá (33,3 %) y Barranquilla (27,3 %) registraron proporciones elevadas de UPGD silenciosas, lo que podría reflejar dificultades operativas en los procesos de seguimiento, consolidación y notificación.

Asimismo, entidades como Santander (26,3 %), Atlántico (20,0 %), La Guajira (18,2 %), Norte de Santander (18,2 %), Cartagena de Indias (15,4 %) y Meta (12,5 %) presentaron porcentajes por encima del umbral esperado, indicando necesidad de fortalecimiento en las acciones de monitoreo y asistencia técnica para garantizar la calidad y completitud de la vigilancia.

En contraste, Antioquia (2,4 %), Santiago de Cali (4,0 %), Caldas (7,1 %) y Córdoba (9,5 %) mantuvieron porcentajes inferiores al límite nacional establecido. Adicionalmente, Arauca, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Huila, Magdalena, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, San Andrés, Valle del Cauca y Vichada no registraron silencio epidemiológico durante abril de 2026, lo que evidencia adherencia al proceso de notificación y mayor estabilidad en la operación del sistema de vigilancia (mapa 3).

**Mapa 3. Silencio epidemiológico de infecciones asociadas a dispositivos, notificación colectiva, Colombia, abril de 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

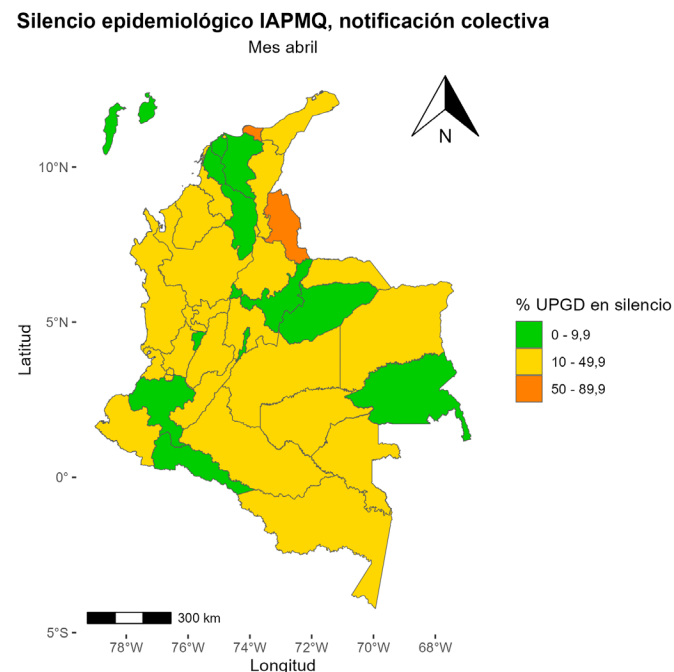
## Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

Para abril de 2026, en el marco de la vigilancia de IAPMQ en SiviGila, se encontraban activas 1 342 UPGD. Del total, el 18,7 % (251) no reportaron información durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10%). Esta situación pone de manifiesto debilidades en la adherencia a los procesos de notificación, por lo que se hace necesario reforzar las estrategias de seguimiento, monitoreo y asistencia técnica a las UPGD, con el propósito de asegurar la completitud, calidad y oportunidad de los datos en la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud.

A nivel territorial, Santa Marta y Norte de Santander registraron un silencio por encima del 50,0 %; mientras que Santander, Sucre, Buenaventura, Guaviare, Chocó y Amazonas presentaron silencios entre el 30,0 % y 50,0 %.

Por otra parte, 30 entidades territoriales registraron un silencio epidemiológico inferior al 30 % de sus UPGD; de estas, San Andrés, Atlántico, Bogotá D.C, Bolívar, Boyacá, Casanare, Guainía, Putumayo y Quindío alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación de sus UPGD (mapa 4).

Mapa 4. Silencio epidemiológico de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, notificación colectiva, Colombia, abril de 2026



Fuente: SiviGila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar

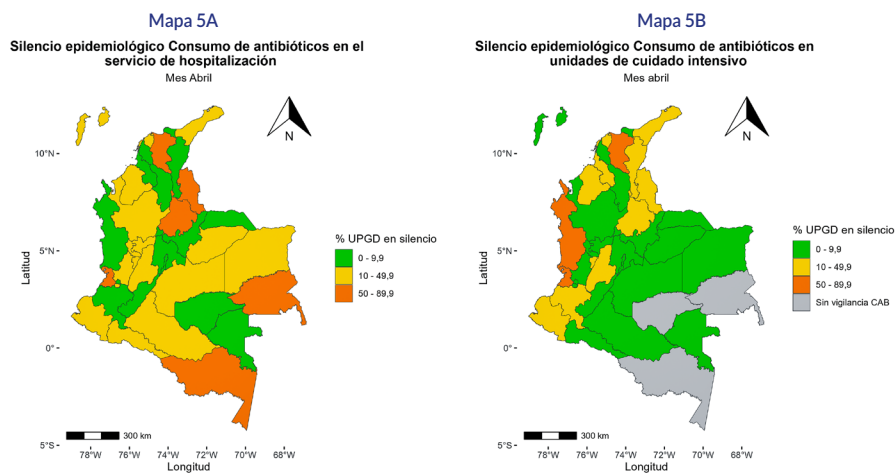
## Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

Durante abril de 2026 la notificación del evento 354, Consumo de Antibióticos (CAB), en UCI adulto alcanzó un cumplimiento del 85,0 % (364/424 UPGD), manteniéndose dentro del umbral aceptable frente a la meta nacional (<10 % de silencio). Sin embargo, se identifican territorios con incumplimiento crítico: Magdalena 75,0 %, Buenaventura 50,0 %, Chocó 50,0 % y Santander 47,1 %. Las entidades de: Vichada, Meta, Caldas, Santa Marta, Arauca, San Andrés, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Casanare, Huila, Putumayo, Valle del Cauca, y Vaupés no reportan silencios. Amazonas, Guainía y Guaviare no reportaron UPGD activas para la vigilancia de CAB (mapa 5A).

En hospitalización, el cumplimiento fue del 79,4 % (806/1015), una cifra inferior a la de UCI adultos que evidencia un mayor silencio epidemiológico en este servicio. Las entidades con mayor silencio fueron Norte de Santander (70,0 %) y Santander (57,4 %). Asimismo, Buenaventura, Magdalena, Amazonas y Guainía registraron el 50,0 % de silencio, lo que las clasifica como entidades de alto riesgo. En contraste, Arauca, Santa Marta, Santiago de Cali, Guaviare, Bogotá D.C., Bolívar, Cauca, Chocó, Huila y Vaupés alcanzaron un cumplimiento del 100 % (mapa 5B).

Se requiere fortalecer el seguimiento a la caracterización y notificación de las UPGD con el objetivo de reducir el silencio epidemiológico. Este proceso se ejecutará mediante la transferencia de capacidades en asistencias técnicas, el monitoreo de la oportunidad y la mejora en la calidad del dato.

**Mapa 5. Silencio epidemiológico de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, abril del 2026**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Información preliminar



**MORTALIDAD**

## Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

### Metodología

La definición operativa del evento es: menores de cinco años (entre 0 y 59 meses de edad) fallecidos y que tengan registrado en la cascada fisiopatológica del certificado de defunción (causas directas, relacionadas y otros estados patológicos) infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda o desnutrición aguda. Todos los casos ingresan a Sivigila como probables y deben clasificarse por medio de unidad de análisis<sup>1</sup>.

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.

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

A semana epidemiológica 19 del 2026, se han notificado 224 muertes probables en menores de cinco años, seis (6) casos de infección respiratoria aguda (IRA) residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 218 casos notificados de residentes en Colombia, 133 fueron por IRA, 39 por desnutrición (DNT) aguda y 46 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 66 fueron confirmados, 35 descartados y 117 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. 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 19 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 19 2026			Casos en estudio a SE 19 2026			Tasa a SE 19 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
<b>Colombia</b>	<b>12</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>0,33</b>	<b>0,93</b>	<b>0,55</b>
Antioquia	1	0	0	2	17	1	0,24	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	9	0	0,00	0,00	0,00
Bolívar	2	3	0	1	1	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	0	2	0	0	3	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	5	8	5	6,18	9,27	10,82
Córdoba	1	1	0	0	2	0	0,59	0,59	0,00
Cundinamarca	0	0	0	0	3	0	0,00	0,00	0,00
Huila	0	1	1	0	0	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	3	2	5	5	4	2	2,69	1,79	4,48
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	1	0,00	1,60	0,80
Norte de Santander	0	1	0	1	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	3	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	0	0	0	2	0,00	0,00	0,00
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	0	0	0	2	1	0,00	0,00	0,00
Tolima	0	0	0	0	1	0	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

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 19 de 2026, no figuran en la tabla.

## Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 19 del 2026 se han notificado 133 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 19 confirmadas por laboratorio, 15 confirmadas por clínica, 27 descartadas, y 72 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 19 fueron 105, para una tasa de mortalidad de 2,85 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 19 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Cartagena de Indias, 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 19 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y *Enterovirus* entre otros (tabla 5).

## Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 19 de 2026 se han notificado 39 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 12 confirmadas, cuatro (4) descartadas y 23 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,33 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 19 fue de 58, para una tasa de mortalidad de 1,57 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 19 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, Meta y Risaralda, y a nivel municipal, en Uribia y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

## Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 19 de 2026 se han notificado 46 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 19 confirmadas por clínica, una (1) confirmada por laboratorio, cuatro (4) descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,55 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 19 fue de 34 para una tasa de mortalidad de 0,92 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 19 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](#).

**Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 19, 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>	3	0	0	0	0	3	7	0	0	0	0	7
<i>Rhinovirus</i>	6	1	2	1	0	10	3	0	1	1	1	6
<i>Enterovirus</i>	5	0	1	1	0	7	3	0	0	0	1	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	1	0	1	0	4	1	1	0	0	1	3
<i>Adenovirus</i>	3	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	2
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	2	0	0	0	4	1	0	0	0	1	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	3	0	1	0	0	4	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	2	0	0	1	0	3	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	2	0	1	0	7	0	0	0	0	0	0
Influenza A	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>30</b>

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

## Mortalidad materna

### Metodología

De acuerdo con los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se acogen las siguientes definiciones<sup>1</sup>:

- **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 temprana<sup>2</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> 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 19 de 2026 se notificaron en Sivigila ocho (8) casos: cinco (5) muertes maternas tempranas y tres (3) muertes maternas tardías. El país acumula 56 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 53 residen en territorio colombiano y tres (3) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

**Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2023 a 2026**

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	98	49	23	170
2024	78	57	24	159
2025p	63	54	17	134
2026p	53	32	21	106

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

Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 21 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá, D.C., La Guajira, Antioquia, Cartagena de Indias y Cesar. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencia estadísticamente significativa a nivel nacional en Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 7).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Tuta (Boyacá), Silvia (Cauca), Pueblo Bello (Cesar) y El cantón de San Pablo (Chocó); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 19 de 2026, el 56,6 % corresponde a causas directas y el 30,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 22,6 % (tabla 9).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 19	Acumulado de casos a SE 19	
		2025	2026
<b>Colombia</b>	<b>86</b>	<b>63</b>	<b>53</b>
Bogotá, D.C.	7	4	8
La Guajira	7	6	6
Antioquia	8	7	5
Cartagena de Indias	2	0	4
Cesar	4	6	4
Caquetá	2	1	3
Chocó	5	3	3
Cundinamarca	5	5	3
Cauca	4	1	2
Nariño	4	2	2
Risaralda	2	2	2
Sucre	2	1	2
Boyacá	1	1	1
Casanare	1	2	1
Huila	3	1	1
Magdalena	2	0	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Tolima	3	2	1
Valle del Cauca	2	2	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	2	1	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	3	1	0
Buenaventura	1	0	0
Santiago de Cali	2	2	0
Córdoba	4	3	0
Guainía	0	1	0
Norte de Santander	4	2	0
Santander	2	2	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 19 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 19	Valor observado SE 19
Colombia	86	53
Tuta (Boyacá)	0	1*
Silvia (Cauca)	0	1*
Pueblo Bello (Cesar)	0	1*
El Canton de San Pablo (Chocó)	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 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 19	Número de casos y proporción a SE 19 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
<b>Colombia</b>	<b>71</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>53</b>	<b>100</b>
<b>DIRECTA</b>	<b>46</b>	<b>50</b>	<b>64,1</b>	<b>42</b>	<b>66,7</b>	<b>30</b>	<b>56,6</b>
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	15	17	21,8	12	19,0	12	22,6
Hemorragia obstétrica	16	17	21,8	14	22,2	6	11,3
Sepsis obstétrica	5	5	6,4	5	7,9	4	7,5
Embarazo ectópico	3	2	2,6	4	6,3	3	5,7
Evento tromboembólico como causa básica	5	5	6,4	5	7,9	3	5,7
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	1	1,3	0	0,0	1	1,9
Otras causas directas	1	1	1,3	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,6	2	3,2	0	0,0
<b>INDIRECTA</b>	<b>23</b>	<b>27</b>	<b>34,6</b>	<b>19</b>	<b>30,2</b>	<b>16</b>	<b>30,2</b>
Otras causas indirectas	7	10	12,8	4	6,3	8	15,1
Otras causas indirectas: neumonía	5	4	5,1	5	7,9	4	7,5
Sepsis no obstétrica	4	4	5,1	4	6,3	2	3,8
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,8	2	3,2	2	3,8
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	3,2	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,6	2	3,2	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	3	3,8	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,3	0	0,0	0	0,0
<b>Desconocida / indeterminada</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>En estudio</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,3</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>7</b>	<b>13,2</b>

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

18

## 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 vida<sup>1</sup>. Se incluyeron en el análisis los casos residentes en el país.

El análisis del comportamiento inusual se realizó combinando dos metodologías; para las entidades territoriales con baja frecuencia ( $n \leq 30$  acumulado a la semana de análisis) se utilizó el método de distribución de probabilidades de Poisson, y para los departamentos y distritos con alta frecuencia ( $n > 30$  acumulado a la semana de análisis) se adaptó el método *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del Center for Disease Control and Prevention (CDC). El periodo de comparación para las dos metodologías corresponde al promedio entre el 2021 y 2025 con corte al periodo de análisis y se muestran resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). El análisis de causas de muerte se realizó de acuerdo con la metodología de la OMS para agrupación de causas de muerte durante el periodo perinatal<sup>2</sup>.

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

<sup>1</sup> 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/buscadador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Mortalidad%20perinatal.pdf](https://www.ins.gov.co/buscadador-eventos/Lineamientos/Pro_Mortalidad%20perinatal.pdf)

<sup>2</sup> 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=9470ccc\\_2#:-:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM](https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_2#:-:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM)

A semana epidemiológica 19 del 2026 se han notificado 2 203 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 181 corresponden a residentes en Colombia y 22 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 19 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Risaralda, Caquetá, Casanare, Guaviare, San Andrés y Providencia y Quindío (tabla 10).

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), Cumaribo (Vichada), Girón (Santander), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Girardot (Cundinamarca), Saravena (Arauca), La Plata (Huila), Caldas (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), La Estrella (Antioquia), Simití (Bolívar), Jambaló (Cauca), El Rosal (Cundinamarca), Roberto Payán (Nariño), Restrepo (Valle del Cauca), Peñol (Antioquia), Paipa (Boyacá), Becerril (Cesar), Bahía Solano (Chocó), Distracción (La Guajira), Quimbaya (Quindío) y Flandes (Tolima) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,3 %, seguido de neonatales tempranas con 28,6 %, neonatales tardías con 17,9 %, y las fetales intraparto con 12,2 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfisia y causas relacionadas con un 24,4 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,7 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,1 % (tabla 12). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 19 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 10. 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 19 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 19	Acumulado de casos a SE 19	
		2025	2026
Colombia	2720	1981	2181
Bogotá, D.C.	283	230	278
Antioquia	309	236	250
Cundinamarca	150	139	136
La Guajira	145	91	96
Córdoba	135	84	93
Santiago de Cali	107	92	90
Barranquilla	97	52	79
Cesar	94	74	74
Huila	67	43	72
Santander	85	59	72
Bolívar	81	62	70
Cauca	91	51	70
Norte de Santander	77	53	62
Valle del Cauca	80	57	61
Nariño	78	74	60
Meta	64	59	58
Cartagena de Indias	90	55	50
Sucre	68	38	47
Atlántico	82	48	46
Chocó	67	37	46
Tolima	54	38	41
Risaralda	42	29	37
Boyacá	50	37	36
Caldas	37	34	35
Magdalena	65	49	35
Santa Marta	31	13	28
Quindío	20	11	26
Arauca	25	11	23
Buenaventura	31	30	23
Caquetá	25	18	19
Putumayo	21	16	16
Vichada	13	11	16
Casanare	30	22	15
Guainía	8	7	10
Amazonas	6	7	5
Vaupés	5	2	3
Guaviare	6	6	2
San Andrés y Providencia	5	6	1

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 19 2021 - 2025	Valor observado a SE 19 de 2026	Semanas continuas en incremento
<b>Colombia</b>	<b>2720</b>	<b>2181</b>	-
Manaure (La Guajira)	13	20	2
Dosquebradas (Risaralda)	8	14	10
Cumaribo (Vichada)	9	14	1
Girón (Santander)	8	13	4
Tunja (Boyacá)	5	11	16
Granada (Meta)	4	11	14
Girardot (Cundinamarca)	5	9	7
Saravena (Arauca)	4	8	2
La Plata (Huila)	3	7	1
Caldas (Antioquia)	1	6	4
Alto Baudó (Chocó)	2	6	6
La Estrella (Antioquia)	2	5	4
Simití (Bolívar)	1	4	5
Jambaló (Cauca)	1	4	5
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	12
Roberto Payán (Nariño)	1	4	12
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	13
Peñol (Antioquia)	1	3	2
Paipa (Boyacá)	1	3	2
Becerril (Cesar)	1	3	2
Bahía Solano (Chocó)	0	3	8
Distracción (La Guajira)	1	3	3
Quimbaya (Quindío)	1	3	2
Flandes (Tolima)	1	3	10

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 19, 2024 -2026					
	2024 a SE 19	(%)	2025 a SE 19	(%)	2026 a SE 19	(%)
<b>Colombia</b>	<b>2104</b>	<b>100,0</b>	<b>1882</b>	<b>100,0</b>	<b>2181</b>	<b>100,0</b>
Asfixia y causas relacionadas	539	25,6	543	28,9	533	24,4
Prematuridad-inmadurez	335	15,9	307	16,3	385	17,7
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	331	15,7	289	15,4	285	13,1
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	250	11,9	203	10,8	212	9,7
Infecciones	175	8,3	162	8,6	166	7,6
Malformación congénita	197	9,4	159	8,4	164	7,5
Sin información	0	0,0	0	0,0	133	6,1
Otras causas de muerte	137	6,5	123	6,5	132	6,1
Causas no específicas	57	2,7	30	1,6	101	4,6
Trastornos cardiovasculares	61	2,9	44	2,3	46	2,1
Convulsiones y trastornos neurológicos	11	0,5	8	0,4	13	0,6
Lesión de causa externa	11	0,5	14	0,7	11	0,5

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



**EVENTOS  
TRAZADORES**

## Infección Respiratoria Aguda

### Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 19 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 J22<sup>1</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_IRA%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IRA%202024.pdf)

En el último periodo (semanas epidemiológicas 16 a 19 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, urgencias y hospitalización en sala general, negativa en hospitalización en UCI/UCIM, respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30 % o inferior al -30 %, respectivamente) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026 y 16 a 19 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 12 a 15 de 2026	SE 16 a 19 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	448 143	532 064	● 18,73%	↗
Hospitalización en sala general	23 832	24 295	● 1,94%	↗
Hospitalización en UCI/UCIM	2 974	2 819	● -5,21%	↘

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 19 del 2026 se notificaron 136 897 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, Santiago de Cali, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Quindío y Vichada. Las 27 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 13 municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 del 2026

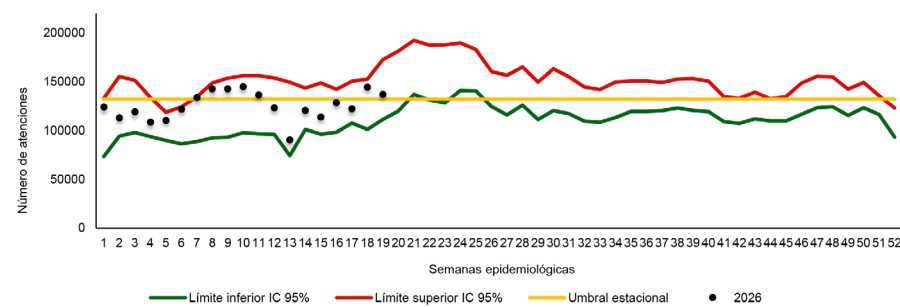
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	30 522	32 989	6 325	7 586
Cundinamarca	Soacha	29 828	24 868	5 324	6 289
Antioquia	Itagüí	33 389	29 419	5 166	5 806
La Guajira	Maicao	22 863	26 360	3 632	5 649
Antioquia	Bello	23 514	28 781	4 594	5 493
Antioquia	Rionegro	13 885	19 354	2 249	4 653
La Guajira	Uribe	17 877	19 482	2 772	4 311
Cundinamarca	Chía	21 354	17 056	4 756	3 984
Santander	Floridablanca	9 629	10 640	1 727	2 746
Cundinamarca	Zipacquirá	8 269	7 673	1 871	2 047
Córdoba	Cereté	6 526	7 502	774	1 966
Risaralda	Dosquebradas	11 400	9 873	1 739	1 947
Antioquia	Envigado	9 882	12 029	1 951	1 934
Santander	Barrancabermeja	12 002	12 385	1 429	1 886
Valle del Cauca	Palmira	11 236	8 874	2 015	1 855
Cundinamarca	Funza	6 219	6 781	1 151	1 755
Magdalena	Ciénaga	8 448	7 813	1 414	1 748
Boyacá	Duitama	7 987	6 543	1 979	1 736
Bolívar	Magangué	7 756	7 189	1 282	1 695
Cundinamarca	Madrid	4 973	5 983	1 283	1 664
Córdoba	Lorica	5 457	5 776	969	1 558
Cundinamarca	Girardot	8 502	5 974	1 866	1 462
Boyacá	Sogamoso	6 759	5 665	1 554	1 417
Cundinamarca	Facatativá	7 111	5 116	1 806	1 366
Antioquia	Apartadó	6 275	7 822	1 387	1 311
Antioquia	Turbo	5 214	5 279	820	1 188
Norte de Santander	Ocaña	5 994	5 568	1 083	1 159
Valle del Cauca	Yumbo	5 694	4 797	1 219	1 132
Casanare	Yopal	4 536	3 897	1 059	1 130
Cesar	Aguachica	4 492	4 543	983	1 102
Valle del Cauca	Tuluá	5 309	4 468	860	990
Santander	Girón	3 006	3 255	340	941
Santander	Piedecuesta	3 344	3 954	450	896
Valle del Cauca	Cartago	6 199	5 374	1 062	849
Huila	Pitalito	5 170	3 102	1 228	846
Córdoba	Sahagún	9 199	3 577	1 922	826
Valle del Cauca	Buenaventura	2 476	3 600	677	801
Cauca	Santander De Quilichao	4 603	3 124	983	692
Atlántico	Malambo	2 207	2 862	501	629
Norte de Santander	Villa Del Rosario	2 845	2 880	615	571
Cundinamarca	Mosquera	2 363	2 175	657	470
Cauca	Guapi	1 979	1 531	221	305
Nariño	La Florida	286	299	41	44

\*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 25,2 % (128 643) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 21,3 % (108 540). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 1 año con el 13,4 % y los menores de 2 a 4 años con el 13,3 %.

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 las semanas 18 y 19 ubicándose por encima del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2026



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

## Hospitalizaciones por IRA en sala general

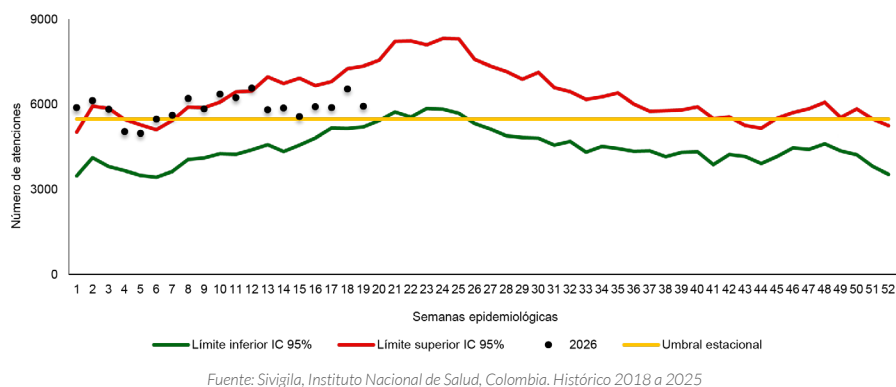
En la semana epidemiológica 19 del 2026 se notificaron 5 936 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali, Cesar, Guainía, La Guajira, Putumayo y Vaupés e incremento en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Córdoba, Guaviare, Santa Marta y Tolima. En las 23 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 690) representaron el 23,4 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 18,5 % (4 501). 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 32,9 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 27,8 %.

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 19 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional, pero por debajo del límite superior (figura 11).

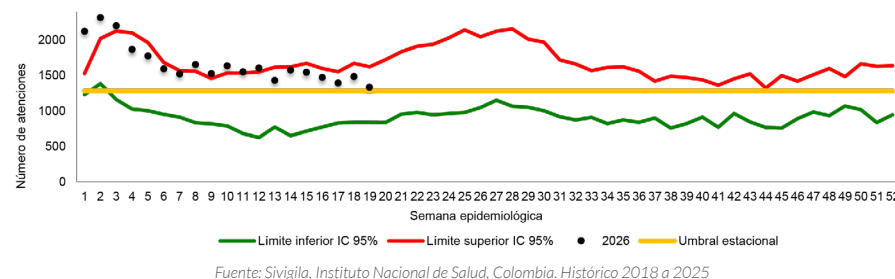
Figura 11. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2026



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

En la semana epidemiológica 19 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 19 de 2026 (figura 12).

Figura 12. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19 de 2026



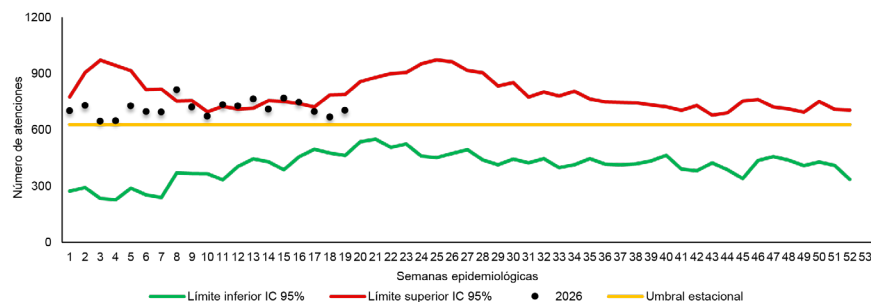
## Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 19 del 2026 se notificaron 704 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Casanare, Córdoba, Guaviare, La Guajira, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Quindío y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Buenaventura, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta, Santa Marta y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (16 a 19 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 31,3 % (883), seguido de los menores de 1 año con el 23,4 % (662) 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 28,3 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 26,7 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguido de un descenso en semana 17, 18 y 19 (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2026

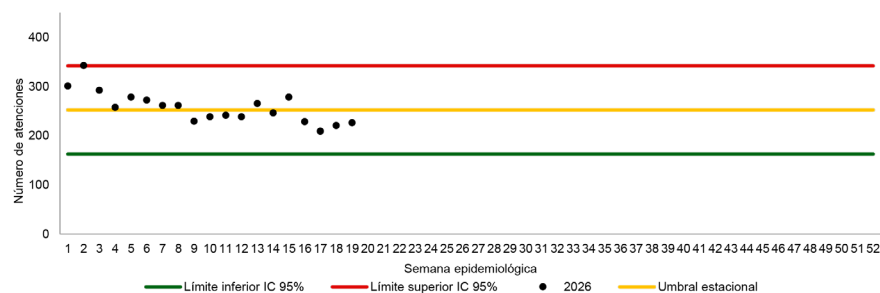


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 19 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 y 16 a 19 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 14).

Figura 14. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 19 de 2026



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

Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas se observó una variación porcentual negativa en la notificación de atenciones por IRA en hospitalización en UCI/UCIM y positiva en consulta externa, urgencias y hospitalización en sala general respecto al periodo anterior. Los grupos de edad con mayor proporción de atenciones en los tres servicios vigilados corresponden a menores de 5 años y mayores de 60 años. En cuanto al comportamiento en el canal endémico, durante la semana epidemiológica 19 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 19, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metaneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar

los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad, adenovirus y metaneumovirus y al incremento para VSR. Los demás virus respiratorios se mantienen en niveles estables. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15). 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 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 12 a 19 de 2026**

Agente viral identificado	SE 12 a 15 de 2026			SE 16 a 19 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,4	65,1	27,9	51,9	58,3	22,7	
Rinovirus	16,5	15,4	26,3	19,5	17,8	20,0	
VSR	29,6	35,4	-	33,2	38,1	20,0	
Enterovirus	5,1	4,6	5,3	7,3	6,6	10,0	
Adenovirus	9,4	9,6	-	5,7	7,1	-	
Influenza B	0,3	-	-	1,5	0,5	20,0	
Influenza A	6,6	4,3	10,5	4,6	1,5	-	
Parainfluenza	15,1	15,7	21,1	15,6	17,3	-	
Metapneumovirus	9,7	10,7	-	5,0	5,1	-	
A(H1N1)pdm09	2,3	0,7	10,5	2,3	1,5	-	
SARS-CoV2	1,1	0,7	5,3	0,8	1,0	-	
A(H3N2)	2,8	1,4	5,3	3,1	2,0	20,0	
Coronavirus	1,4	1,4	-	1,1	1,0	10,0	

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

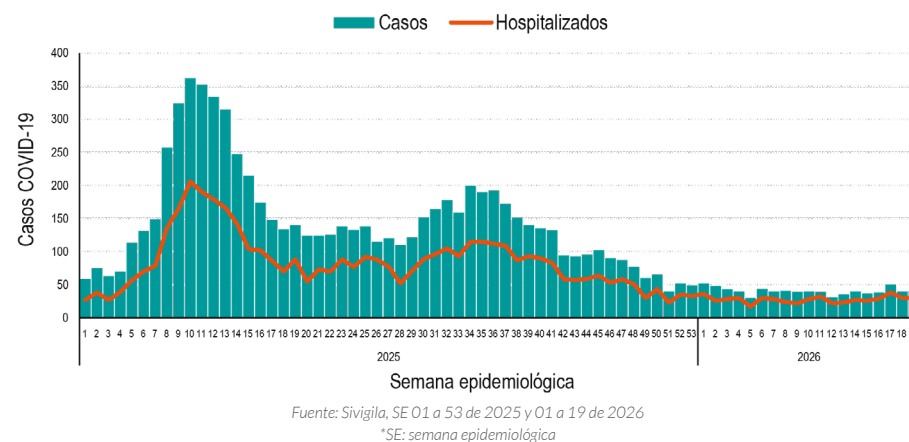
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica (SE) 19 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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 (semana epidemiológica 01 a 19), con corte al 16 de mayo y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 768 casos de COVID-19, todos procedentes de Colombia. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 16 a 19) se registraron 168 casos, un aumento del 16,7 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15), en el que se reportaron 144 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 127 casos, un incremento del 29,6 % frente a las 98 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 19), los casos de 2026 muestran una tendencia a la disminución, como se evidencia en la figura 15.

Figura 15. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 19 de 2026



En el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026), se registró una incidencia de 0,3 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 22 entidades territoriales de orden departamental y distrital, así como en 58 municipios.

Comparado con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026), se evidencia un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 a nivel departamental en Córdoba, Cundinamarca, Santander y Sucre, así como a nivel distrital en Bogotá D.C. y Cartagena de Indias.

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026) y el actual (SE 16 a 19 de 2026) se observa una disminución de casos de COVID-19 en los grupos de 40 a 49 años (-83,3 %), 20 a 29 años (-40,0 %), 10 a 19 años (-25,0 %), 70 a 79 años (-14,3 %). En contraste, se registró un incremento en los grupos de 30 a 39 años (100,0 %), 80 a 89 años (50,0 %), 60 a 69 años (40,0 %), menores de 1 año (55,3 %), 5 a 9 años (30,8 %), 1 año (15,0 %) y 2 a 4 años (5,9 %), mientras que el grupo de 50 a 59 años no registró variación (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 12 a 19 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 12 a 15 2026	SE 16 a 19 2026		
Menor de un año	38	59	55,3	
1 año	20	23	15,0	
2 a 4 años	17	18	5,9	
5 a 9 años	13	17	30,8	
10 a 19 años	12	9	-25,0	
20 a 29 años	10	6	-40,0	
30 a 39 años	5	10	100,0	
40 a 49 años	6	1	-83,3	
50 a 59 años	6	6	0,0	
60 a 69 años	5	7	40,0	
70 a 79 años	7	6	-14,3	
80 a 89 años	4	6	50,0	
90 a 99 años	1	0	-100,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	144	168	16,7	

• NC: no calculable

Fuente: Sivigila SE 12 a 19 de 2026  
PE: periodo epidemiológico  
SE: semana epidemiológica

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

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 19 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 evento<sup>1</sup>:

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 %.

<sup>1</sup> 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](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 19 del 2026 se notificaron 2 755 casos de dengue: 2 098 casos de esta semana y 657 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 41 516 casos, 24 945 (60,1 %) sin signos de alarma, 16 122 (38,8 %) con signos de alarma y 449 (1,1 %) de dengue grave.

El 65,2 % (27 062) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, Cartagena de Indias, La Guajira y Santa Marta (tabla 17). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, La Guajira y Tolima concentran el 61,4 % (5 958 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Boyacá, Caldas, Cali, Caquetá, Casanare, Guaviare, Huila, Meta, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Sucre, Valle del Cauca y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 18).

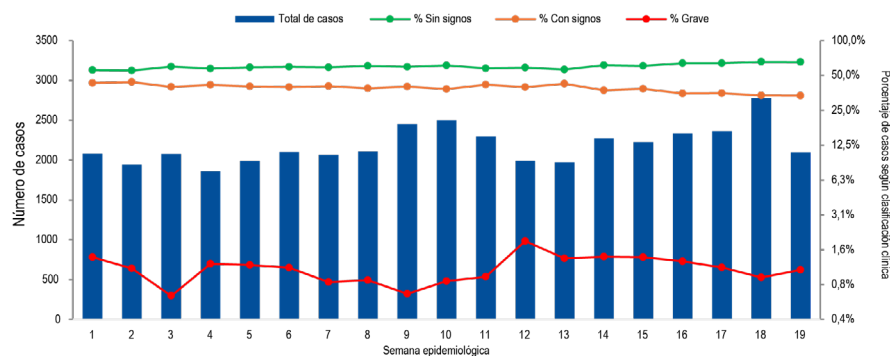
Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 11 - 14 2026)	Observado (SE 15-18 2026)
Meta	6 242	31.1	1.0	1 496	1 968
Cesar	3 634	57.5	0.6	732	601
Bolívar	2 843	39.0	1.7	675	758
Santander	2 839	35.4	0.6	599	630
Norte de Santander	2 768	36.6	1.9	517	580
Magdalena	2 484	49.1	0.8	580	586
Cartagena	2 276	19.3	0.8	335	345
La Guajira	2 264	53.8	2.1	481	446
Santa Marta	1 712	43.9	0.6	342	243
Tolima	1 532	32.6	1.7	338	389
Córdoba	1 516	40.8	0.6	326	240
Barranquilla	1 503	41.9	1.0	245	179
Antioquia	1 407	36.5	1.1	233	367
Atlántico	1 324	44.8	1.1	257	206
Casanare	783	35.2	0.3	161	312
Arauca	773	35.8	0.5	132	200
Valle del Cauca	662	31.3	0.6	131	221
Huila	630	35.1	4.6	123	198
Cundinamarca	621	36.6	0.6	142	172
Sucre	621	49.1	0.6	105	154
Santiago Cali	597	36.9	0.3	114	164
Amazonas	375	14.1	0.0	73	61
Chocó	333	22.2	1.5	72	84
Guaviare	299	19.7	0.7	29	143
Putumayo	281	22.1	1.1	54	95
Nariño	263	45.6	1.1	61	60
Caquetá	259	51.7	2.7	53	80
Quindío	140	20.7	0.7	21	48
Risaralda	87	33.3	1.1	16	31
Exterior	85	40.0	4.7	17	17
Cauca	85	37.6	0.0	19	18
Boyacá	81	56.8	0.0	15	30
Caldas	71	52.1	0.0	10	30
Buenaventura	48	31.3	0.0	12	14
Vichada	36	27.8	0.0	4	6
Vaupés	29	13.8	0.0	9	16
Archipiélago de San Andrés	7	28.6	0.0	1	5
Guainía	6	33.3	0.0	3	2
<b>Total</b>	<b>41 516</b>	<b>38.8</b>	<b>1.1</b>	<b>8 533</b>	<b>9 699</b>

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 16); sin embargo, las entidades territoriales que presentaron un porcentaje superior al 50,0 % en la presentación de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar y La Guajira.

Figura 16. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2026



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

A semana epidemiológica 19 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 124,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 202,6 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, Guaviare, Santa Marta, y Vaupés, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 19 del 2026 registrando tasas superiores a 270 casos por 100 000 habitantes (figura 17). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 256,1 casos por 100 000 habitantes.

Figura 17. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2025 y 2026

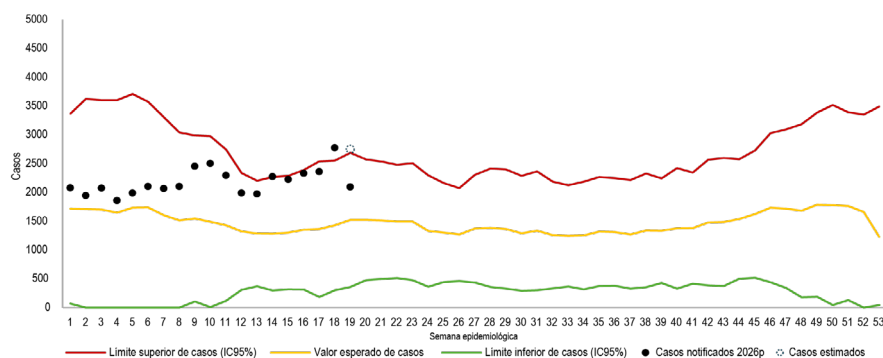


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 19 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 13,7% en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 11 a 14, 2026) (figura 18). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 19), se observa una reducción del 36,0 % 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 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 40,6 % (15) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 18).

Figura 18. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 19 del 2026

Situación epidemiológica a SE 19, 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,	Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla., Cartagena de Indias, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta
Alerta	-	Caldas, Casanare, Chocó, Huila, Nariño, Risaralda,	Antioquia, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Putumayo, Guainía	Buenaventura, Cauca, Valle del Cauca	Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 19 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 17,3 % (143) 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 29,8 % (17/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 19).

Tabla 19. 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 19 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 11-14 2026)	(SE 15-18 2026)
Atlántico	Barranquilla	114.6	1 503	245	179
	Sabanalarga	112.6	116	18	13
	Soledad	53.8	368	66	44
Bolívar	Cartagena	215.7	2 276	335	345
	Magangué	183.7	264	75	80
	Turbaco	264.7	308	97	60
Cesar	Valledupar	254.0	1 402	280	172
	Aguachica	197.7	243	50	81
Córdoba	Montería	121.4	623	132	108
	Cereté	104.5	115	31	13
La Guajira	Riohacha	367.6	770	186	126
	Maicao	182.7	351	66	34
Santa Marta	Santa Marta	309.9	1 712	342	243
Magdalena	Ciénaga	370.2	472	122	87
Meta	Villavicencio	920.6	4 694	1136	1402
Santander	Bucaramanga	154.9	959	206	253
Arauca	Arauca	99.6	100	17	28

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

A semana epidemiológica 19 del 2026, se han notificado 115 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 22 casos, se han descartado 53 casos y se encuentran en estudio 40 casos, siendo un (1) caso procedente 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 55 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,09 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 19, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 19, 2026	Letalidad por dengue a SE 19, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	2	0	0.32	0.23
La Guajira	7	4	0.31	0.00
Atlántico	2	2	0.15	0.10
Magdalena	3	2	0.12	0.00
Bolívar	2	1	0.07	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	3	0.03	0.12
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
Nariño	0	1	0.00	0.00
Putumayo	0	1	0.00	0.11
Quindío	0	1	0.00	0.00
<b>Colombia</b>	<b>22</b>	<b>39</b>	<b>0,05</b>	<b>0,09</b>

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 19 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)<sup>1</sup>.

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	>3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altura 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

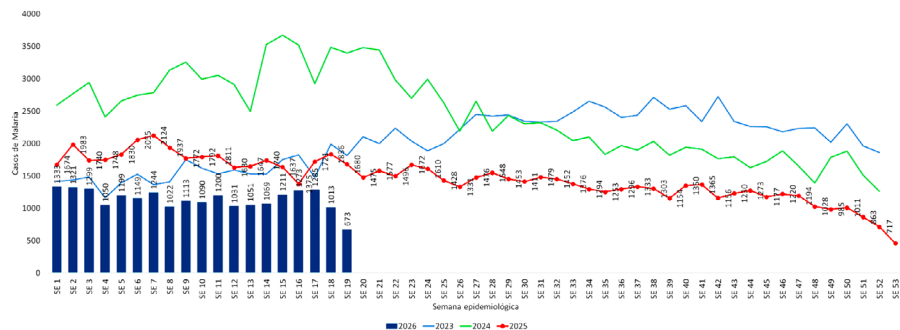
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

<sup>1</sup> 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](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 por malaria, como lo muestra la grafica (figura 19).

Figura 19. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 19 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 19 del 2026 se notificaron 1 274 casos de malaria, para un acumulado de 21 626 casos, de los cuales 21 345 son de malaria no complicada y 281 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 74,4 % (16 093), seguido de *Plasmodium falciparum* con 24,5 % (5 299) e infección mixta con 1,1 % (234). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

### Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,4 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (29,8 %), Antioquia (14,3 %), Córdoba (8,4 %), Guainía (7,8 %), Nariño (7,1 %), Risaralda (4,5 %), Amazonas (4,2 %), Vichada (3,4 %), Bolívar (3,3 %), Meta (3,0), Cauca (2,7 %), Vaupés (2,5 %) y Guaviare (2,2 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 12 y 15 2026	Casos SE 16 a 19 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1 466	281	227	37,03
Córdoba	Tierralta	1 172	248	175	11,56
Chocó	Quibdó	990	274	297	6,65
Risaralda	Pueblo Rico	884	188	135	52,58
Antioquia	El Bagre	681	109	124	11,94
Chocó	Lloró	644	151	99	59,28
Chocó	Istmina	543	150	107	15,53
Meta	Puerto Gaitán	509	65	77	10,78
Chocó	Bagadó	481	89	136	39,83
Buenaventura	Buenaventura	453	92	117	1,39
Vaupés	Mitú	447	77	68	12,21
Vichada	Cumaribo	437	88	70	4,87
Bolívar	Montecristo	390	69	107	20,96
Chocó	Medio San Juan	386	75	117	31,89
Chocó	Alto Baudó	372	99	48	11,56
Nariño	Olaya Herrera	363	112	55	13,57
Amazonas	Tarapacá (CD)	338	71	51	75,21
Amazonas	La Pedrera (CD)	303	38	20	69,59
Cauca	Guapi	297	69	77	9,86
Chocó	Río Quito	297	64	85	31,48
Córdoba	Puerto Libertador	292	49	51	6,34
Vichada	Puerto Carreño	284	21	13	12,20
Chocó	Juradó	283	43	71	36,57
Antioquia	Cáceres	273	43	63	8,65
Chocó	Carmen del Darién	271	51	45	11,91
Antioquia	Nechí	265	60	72	9,37
Cauca	Timbiquí	254	64	80	8,87
Norte de Santander	Tibú	244	43	47	7,73
Nariño	El Charco	233	37	46	9,91
Nariño	Roberto Payán	230	54	36	17,06
Nariño	Magüí	227	55	46	8,62
Guaviare	San José del Guaviare	225	43	41	3,38
Chocó	El Cantón del San Pablo	214	46	46	30,00
Antioquia	Turbo	208	46	46	1,53
Antioquia	Chigorodó	205	38	31	3,25

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 71,0 % 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 48,2 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Cumaribo, La Pedrera y Tarapacá y en incremento el municipio de El Bagre, Puerto Gaitán, Quibdó, Montecristo, Bagadó, Puerto Libertador y Juradó (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 62,8 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Istmina, Río Quito, El Charco, Olaya Herrera, Tierralta, Alto Baudo y en incremento los municipios de Quibdó, Buenaventura, Guapi, Timbiquí, Magüi, Medio San Juan, Lloró y Roberto Payán como se muestra en la tabla 23.

**Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 19 del 2026**

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 12 a 15 de 2026	Casos SE 16 a 19 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	237	186	-22%	8,0%
Córdoba	Tierralta	208	153	-26%	6,5%
Risaralda	Pueblo Rico	161	112	-30%	4,9%
Antioquia	El Bagre	103	119	16%	4,0%
Chocó	Lloró	118	63	-47%	2,9%
Meta	Puerto Gaitán	60	66	10%	2,7%
Vaupés	Mitú	68	68	0%	2,6%
Chocó	Quibdó	109	120	10%	2,5%
Bolívar	Montecristo	63	107	70%	2,4%
Chocó	Bagadó	72	89	24%	2,3%
Vichada	Cumaribo	72	55	-24%	2,2%
Amazonas	La Pedrera	37	17	-54%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	49	50	2%	1,8%
Chocó	Juradó	43	71	65%	1,8%
Amazonas	Tarapaca	59	40	-32%	1,7%

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

**Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 19 del 2026**

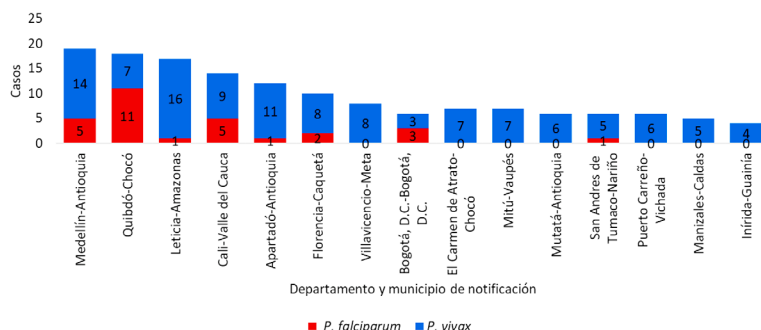
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 12 a 15 de 2026	Casos SE 16 a 19 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	163	193	18%	10,9%
Buenaventura	Buenaventura	60	62	3%	5,5%
Chocó	Istmina	87	72	-17%	5,2%
Cauca	Guapi	61	85	39%	5,1%
Cauca	Timbiquí	62	97	56%	4,7%
Chocó	RioQuito	54	44	-19%	4,1%
Nariño	El Charco	33	32	-3%	3,9%
Guainía	Inírida	43	43	0%	3,7%
Nariño	Olaya Herrera	66	35	-47%	3,4%
Nariño	Magüi	41	46	12%	3,2%
Chocó	Medio San Juan	29	70	141%	3,2%
Chocó	Lloró	26	31	19%	2,9%
Córdoba	Tierralta	37	35	-5%	2,5%
Chocó	Alto Baudo	29	28	-3%	2,2%
Nariño	Roberto Payán	27	28	4%	2,1%

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

## Malaria complicada

A semana epidemiológica 19 de 2026 se han notificado 281 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 86,5 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 53,0 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 20).

Figura 20. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2026



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

### Comportamientos inusuales en entidades territoriales

El análisis de comportamientos inusuales indica que a semana epidemiológica 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 24).

Tabla 24. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 19 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 19 2025	Acumulado 2026	SE 19 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	639	38	347	7	15	60
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	117	0	0	15
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	43	0	305	2	10	24
Antioquia	Anorí	4	20	4	84	4	14	21
Antioquia	Cáceres	4	241	36	276	9	51	67
Antioquia	Nechí	5	537	40	267	24	30	65
Arauca	Saravena	4	279	16	59	1	0	7
Arauca	Araucita	4	19	0	14	0	0	4
Bolívar	Norosi	5	103	3	71	2	10	18
Bolívar	Río Viejo	4	7	1	53	4	6	12
Bolívar	Achí	4	21	4	39	1	4	9
Bolívar	Montecristo	5	395	21	394	21	76	101
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	10	1	51	1	1	12
Caquetá	Solano	4	16	1	24	0	1	4
Caquetá	Cartagena del Chairá	4	3	0	21	0	2	4
Caquetá	Florencia	4	185	10	83	10	1	26
Caquetá	Milán	3	7	1	6	1	0	3
Cauca	Timbiquí	5	635	42	256	3	94	101
Chocó	El Carmen de Atrato	4	97	6	146	4	12	56
Chocó	Nóvita	5	123	10	118	4	32	44
Chocó	Belén de Bajirá	5	70	9	207	9	5	72
Chocó	Lloró	5	769	46	647	11	131	132
Chocó	Istmina	5	436	35	548	16	73	135
Chocó	Juradó	4	104	18	283	4	35	78
Chocó	Unguía	4	29	0	13	1	2	6
Chocó	Sipí	4	108	11	55	2	9	21
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	7	0	16	0	1	4
Guainía	Barrancominas	4	26	0	156	3	14	25
Guaviare	El Retorno	5	94	4	144	1	28	36
La Guajira	Riohacha	4	7	1	9	0	0	2
Meta	Puerto Rico	4	41	1	23	0	3	8
Meta	Puerto Gaitán	4	96	4	518	17	14	84
Risaralda	La Virginia	4	54	6	23	0	1	4
Santander	Cimitarra	4	0	0	2	0	0	2
Tolima	Chaparral	3	0	0	0	0	0	3
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	140	10	12	1	1	9
Vichada	Puerto Carreño	4	103	1	291	4	7	15

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

## Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

### Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas<sup>1</sup>.

- **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.

<sup>1</sup> 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/buscador-eventos/Lineamientos/PRO\\_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf)

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (20 de 2025 a 19 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 25).

El 82,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,1 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,2 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,3 %) y en los de 1 año de edad (26,9 %). Así mismo, el 66,6 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 19 del 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en Guainía, 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 un comportamiento inusual de incremento en 250 municipios a nivel nacional (22,3 %) y de disminución en 53 municipios (4,7 %). 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 26).

A semana epidemiológica 19 del 2026, se han notificado 7 992 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 7 952 corresponden a residentes en Colombia y 40 casos de residentes en el exterior.

Tabla 25. 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 19, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 19 de 2025	Casos a SE 19 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	8304	7952	0,53	22,3	4,7
La Guajira	587	607	1,58	20,0	0,0
Vichada	70	63	1,18	0,0	25,0
Chocó	382	339	1,16	41,9	9,7
Magdalena	296	221	0,75	10,3	13,8
Risaralda	191	176	0,72	21,4	0,0
Cartagena de Indias	183	214	0,69	0,0	0,0
Guaviare	39	30	0,69	25,0	25,0
Arauca	81	78	0,67	42,9	42,9
Casanare	100	100	0,61	10,5	10,5
Amazonas	30	24	0,59	27,3	9,1
Cesar	382	311	0,58	28,0	20,0
Boyacá	200	195	0,58	18,7	0,8
Bolívar	207	238	0,57	35,6	6,7
Vaupés	16	12	0,56	0,0	16,7
Antioquia	1240	1091	0,55	32,0	0,8
Bogotá, D.C	1121	1054	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	261	213	0,54	7,5	5,0
Nariño	279	294	0,53	26,6	1,6
Putumayo	83	90	0,52	15,4	15,4
Cundinamarca	452	491	0,52	15,5	2,6
Sucre	137	163	0,47	53,8	0,0
Santiago de Cali	211	225	0,47	0,0	0,0
Meta	166	175	0,45	34,5	6,9
Valle del Cauca	263	237	0,44	32,5	2,5
Buenaventura	78	51	0,42	0,0	0,0
Huila	189	174	0,41	16,2	2,7
Tolima	119	144	0,39	14,9	4,3
Guainía	23	11	0,37	0,0	11,1
Santa Marta	68	44	0,35	0,0	0,0
Caquetá	58	62	0,35	6,3	12,5
Barranquilla	93	62	0,34	0,0	0,0
Caldas	61	73	0,34	18,5	0,0
Córdoba	187	210	0,31	16,7	6,7
Atlántico	100	127	0,31	22,7	18,2
Quindío	29	42	0,30	8,3	0,0
Santander	217	179	0,28	16,1	2,3
Cauca	103	125	0,27	26,2	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	7	0,23	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, \*Casos acumulados de SE 20 de 2025 a SE 19 de 2026.

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

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Siviigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 19 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Tolima	Ibagué	21	46
Sucre	Sincelejo	18	41
Antioquia	Rionegro	14	31
Cundinamarca	Madrid	19	27
Valle del Cauca	Tuluá	11	25
Antioquia	Itagüí	18	23
Boyacá	Tunja	31	23
Cesar	Aguachica	12	22
Arauca	Arauca	34	20
Cauca	Popayán	13	19
Huila	Pitalito	12	17
Valle del Cauca	Cartago	9	16
Cauca	Santander de Quilichao	7	14
Antioquia	Apartadó	27	13
Santander	Piedecuesta	18	12
Magdalena	Ciénaga	20	11
Santander	Girón	21	11
Cundinamarca	Girardot	21	6
Atlántico	Malambo	10	5
Norte de Santander	Villa del Rosario	21	4
Bolívar	Turbaco	7	2

Fuente: Siviigila. 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>

**Tosferina**

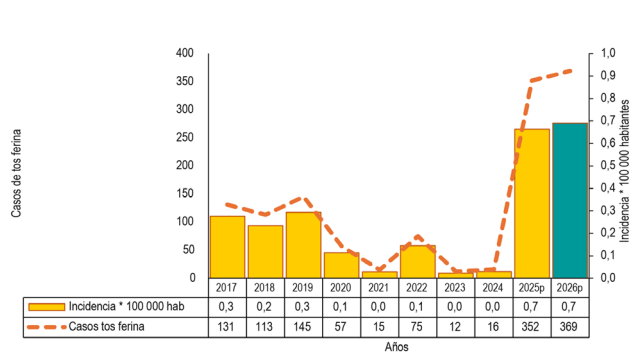
**Comportamiento de la tosferina en Colombia, a semana epidemiológica 18 de 2026**

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

Durante la semana epidemiológica 18 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 297 casos probables de tosferina; de estos, el 16,2 % (373) se confirmó; de estos 369 corresponden a casos con procedencia de Colombia, el 54,8 % (1 259) corresponde a casos descartados y el 29,0 % (665) se encuentra en estudio.

La incidencia nacional de tosferina registrada durante la semana epidemiológica 18 fue de 0,7 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 352 casos confirmados para el mismo periodo (figura 21).

**Figura 21. Incidencia de tosferina en Colombia a semana epidemiológica 18, 2017 a 2026p**

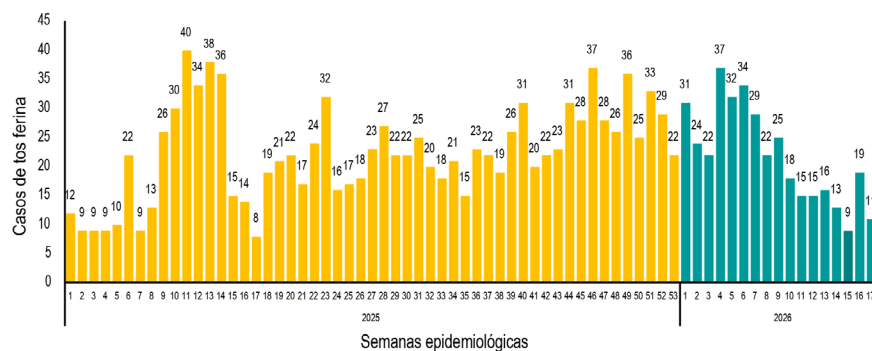


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 22 muestra el comportamiento semanal de los casos de tosferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa, aunque con repuntes en las semanas 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 32,2 %, al pasar de 59 casos (semanas epidemiológicas 11 a 14 de 2026) a 40 casos (semana epidemiológica 15 a 18 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 22. Casos semanales de tosferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 18 de 2026p**



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2025 y 2026  
p: dato preliminar sujeto a validación.

**Comportamiento de la tosferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 18, de 2019 a 2026p**

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 80 casos y una incidencia de 1,1 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, con 42 casos y una incidencia de 0,5 por cada 100 000 habitantes y Cartagena de Indias, con 27 casos y una incidencia de 2,7 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 27 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 27. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 18, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes									Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026			
Colombia	0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	0,7			369
Antioquia	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0	1,1			80
Bogotá, D.C.	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,5			42
Cartagena de Indias	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,7			27
Santander	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	1,0			23
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2			20
Cesar	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	1,2			18
Norte de Santander	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,9			15
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,6			13
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,3			12
Chocó	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	1,3	1,8			11
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,9			11
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,0			10
Boyacá	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	0,7			9
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,7			9
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,4			8
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
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	0,1	1,8	0,4			5
Valle del Cauca	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2			5
Arauca	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,4			4
Caldas	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4			4
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,4			4
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,3			4
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5			3
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,3			2
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5			2
Sucre	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2			2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1			2
Caquetá	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,2	0,2			1
Exterior	-	-	-	-	-	-	-	-			4

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 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 18 de 2026 se identificaron 85 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en: Casanare con 15 casos localizados 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 28 presenta los brotes actualmente en seguimiento, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 28. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad Territorial	Municipio	Casos	2026	
			FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		85		
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Cesar	Agustín Codazzi	2	19/04/2026	31/05/2026
Santander	Cerrito	9	06/04/2026	18/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	5	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	10	28/03/2026	09/05/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/03/2026	07/05/2026
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	09/03/2026	20/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026
Santander	Concepción	3	23/02/2026	06/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
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	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Valledupar	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
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 de fiebre amarilla nacional, 19 de mayo 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<sup>1</sup> con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)².

Para el 2026, a corte del 19 de mayo (datos preliminares), se han notificado 736 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 de Tolima y el 2,2 % de Meta. Se han notificado 21 muertes probables, 17 confirmados, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y tres (3) en estudio, para una letalidad de 38,6 % (17/44)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 192 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela).

Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 76 casos y tres (3) casos se encuentran en estudio (letalidad del 39,5 %). Entre el 12 de mayo de 2026 al 19 de mayo de 2026 no se han confirmado casos de fiebre amarilla en humanos.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 17 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). El último caso se confirmó el 16 de mayo de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud en zona rural del municipio de Suárez (Tolima).

**Nota aclaratoria:** semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 3 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (04 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

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

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

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

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

### Caso confirmado de Mpx Clado Ib, Medellín, Antioquia, 18 de mayo de 2026

Se confirma un caso de Mpx en paciente masculino de 36 años, de nacionalidad colombiana, residente en el municipio de Medellín, siendo el segundo caso confirmado en Antioquia y el cuarto a nivel nacional. El caso consultó el 04 de mayo de 2026 siendo notificado al Sistema de vigilancia en salud pública, momento en el cual se activaron los protocolos establecidos para su seguimiento y control. Inició síntomas el 28 de abril de 2026, con cuadro de malestar general, odinofagia, rinorrea hialina y picos febriles no cuantificados, asociado a adenopatías submandibulares y retroauriculares; posteriormente presentó lesiones cutáneas maculo papulares y pustulosas con contenido purulento, inicialmente en párpado derecho, con progresión a rostro, manos, brazos, tronco y miembros inferiores.

Dentro de los antecedentes epidemiológicos relevantes, se identificó viaje internacional a España entre el 09 de marzo y el 26 de abril de 2026. Durante un desplazamiento ferroviario entre Barcelona y Madrid, el paciente refiere contacto cercano con persona sintomática respiratoria, sin identificación de lesiones cutáneas visibles, lo cual se constituye en el posible nexo epidemiológico de exposición. El diagnóstico se confirmó mediante toma de muestra con reporte positivo para PCR el 09 de mayo de 2026, la cual fue remitida al Laboratorio Departamental de Salud Pública (LDSP), donde no se identificó Clado II; en consecuencia, se envió contra muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), donde el 12 de mayo de 2026 se confirmó la caracterización molecular correspondiente a Mpx Clado Ib.

Como parte de las acciones relacionadas, se declaró fallida la investigación epidemiológica de campo (IEC); pese a múltiples acercamientos realizados por el municipio de Medellín, el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) y el nivel departamental, no fue posible obtener información directa del paciente más allá de las fechas del viaje a España, registrándose únicamente lo consignado en la historia clínica y sin contar con fecha exacta de pródromos.

En el marco de la respuesta en salud pública se realizó la Sala de Análisis de Riesgo (SAR) departamental el 12 de mayo de 2026, Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) subregional del Valle de Aburrá el 14 de mayo de 2026, SAR nacional el 15 de mayo de 2026, activación del LDSP para procesamiento oportuno de muestras durante el fin de semana, desarrollo de un curso auto-gestionable con componente de vigilancia basada en comunidad (VBC) para personal asistencial y entidades territoriales en articulación con el CES, emisión de lineamientos técnicos

sobre aislamiento y medidas de prevención y control de infecciones (PCI) en IPS, citación y articulación con el comité seccional de sanidad portuaria, fortalecimiento de la vigilancia en aeropuertos y terminales de transporte de Medellín y Rionegro, así como, solicitud de información para identificación de contactos durante el desplazamiento aéreo. Información preliminar y sujeta a cambios por referente nacional del evento.

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

## Situación de preparación en vigilancia en salud pública ante la probable instauración de fenómeno de El Niño, mayo 19 de 2026

Actualmente, Colombia presenta condiciones climáticas dentro de rangos normales; sin embargo, durante la semana epidemiológica 19 de 2026 se identificó un evento de altas temperaturas de amplia distribución nacional, en el contexto de la variabilidad climática y la posible transición hacia el fenómeno de El Niño. El mayor impacto se registra en la región Caribe, especialmente en Barranquilla, Cartagena de Indias, Santa Marta, Valledupar, Riohacha y Montería, donde se han documentado temperaturas entre 34 °C y 40 °C, con sensaciones térmicas superiores a 40 °C. De igual forma, se reportan incrementos significativos de temperatura en Norte de Santander, particularmente en Cúcuta y otros 14 municipios; en Córdoba, con registros superiores a 40°C; y en Palocabildo (Tolima), asociado a déficit de lluvias.

Estas condiciones favorecen el incremento del riesgo de eventos de interés en salud pública, entre ellos golpe de calor, deshidratación, enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades transmitidas por vectores como dengue y malaria. Asimismo, se mantiene el seguimiento de otros eventos potencialmente asociados a condiciones climáticas extremas, como hepatitis A, accidente ofídico, intento de suicidio y morbilidad materna extrema. Los principales grupos poblacionales afectados corresponden a menores de cinco años, adultos mayores y comunidades con acceso limitado a agua potable y condiciones adecuadas de saneamiento básico.

De acuerdo con la rueda de prensa emitida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales (IDEAM) y la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), actualmente persisten condiciones ENSO (El Niño-Oscilación del Sur) neutrales. No obstante, según el Climate Prediction Center, con corte al 14 de mayo de 2026, existe una probabilidad del 82,0 % de transición hacia condiciones El Niño durante el periodo mayo-julio de 2026 y

del 96,0 % de persistencia hasta inicios de 2027. En este contexto, la UNGRD recomendó la activación de planes de contingencia y la optimización en el uso de agua y energía. Por su parte, el Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) del INS intensifica el monitoreo de clima y salud mediante el seguimiento de eventos prioritarios y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en las entidades territoriales, con énfasis en las regiones Caribe y Andina. Situación en seguimiento, sujeta a cambios de acuerdo con la evolución de las condiciones climáticas.

Fuente: Rueda de prensa emitida por el Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, el IDEAM y la UNGRD. Fecha de consulta: 19 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.youtube.com/live/YDbE6vKWIns?si=XWf0LhNW80DeLQSN>

## Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 19 de mayo de 2026

En 2026, se han confirmado en el país siete (7) casos de sarampión, de estos cinco (5) importados, con antecedente de viaje a México (4), Estados Unidos (1) y dos (2) casos relacionados a la importación, los cuales fueron notificados por las entidades territoriales de Bogotá, D.C. (4 casos), Bucaramanga, Santander (1 caso) y Cartagena de Indias y Antioquia (1 caso) cada uno. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) de los casos corresponden al genotipo D8, mientras que uno (1) se encuentra sin genotipificación. Cabe destacar que, a la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o defunciones asociadas.

Con corte al 19 de mayo de 2026, se han notificado 981 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 766 han sido descartados y siete (7) confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, 208 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (88) y Antioquia (53). El resto de los casos en investigación se reportan en Meta y Valle (7 casos), Huila y Risaralda (6 casos), Santiago de Cali, Cartagena de Indias y Santa Marta (5 cada uno); Córdoba, (4 casos); Magdalena, Sucre y Tolima (3 casos); Cesar, Norte de Santander y Santander (2 casos); y finalmente Atlántico, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Cundinamarca y Putumayo con un caso cada uno.

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) 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. Complementariamente, se adelantan monitoreos rápidos de vacunación (MRV), jornadas de bloqueo y la verificación de esquemas de vacunación en el talento humano en salud. Finalmente, para garantizar una respuesta articulada, se implementan estrategias de fortalecimiento técnico mediante simulaciones y capacitaciones 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 los siete casos.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 19 de mayo de 2026.

## Brotos de infecciones asociadas a la atención en salud en Colombia a abril de 2026

A corte de abril de 2026 se notificaron a nivel país 67 brotes de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), evidenciando un **incremento inusual** en comparación con el comportamiento histórico esperado para el mismo periodo (promedio 2023–2025: 35 brotes con una variación porcentual de 91,0 %). Del total, el 52,0 % ingresaron por aumento inusual, el 30,0 % por aparición de primera vez y el 18,0 % por cambios de perfil de resistencia a los antimicrobianos.

Durante el mes de abril, notificaron un total de 13 Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) en situación de brote, con 43 casos afectados. Adicionalmente, se identificó un (1) pseudobrote y se descartaron cuatro (4) sospechas de brotes, debido a que correspondían a complicaciones no clasificadas como IAAS o a contagios de origen comunitario. La distribución territorial de los brotes evidenció mayor concentración en Nariño (3), seguido de Norte de Santander (3), Antioquia (2), Barranquilla (1), Bogotá (1), Cali (1), Cundinamarca (1) y Sucre (1).

Con relación a los agentes causales, se observó que los microorganismos mayormente asociados durante este mes fueron: *Mycobacterium abscessus* (UPGD: 2; casos: 14), *Klebsiella pneumoniae* (UPGD: 3; casos: 11) y *Candida auris* (UPGD: 2; casos: 6) (tabla 29).

**Tabla 29. Comportamiento de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud desagregado por microorganismo y número de casos, Colombia, abril de 2026**

Brotos de IAAS							
Mes	Observado	Esperado	Microorganismos asociados	Nº. brotes	Nº. de casos	Proporción por nº brotes (%)	Proporción por nº de casos (%)
Abril	13	11	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	11	23,1	25,6
			<i>Candida auris</i>	2	6	15,4	14,0
			<i>Mycobacterium abscessus</i>	2	14	15,4	32,6
			<i>Burkholderia cepacia</i>	1	5	7,7	11,6
			<i>Candida parapsilosis</i>	1	2	7,7	4,7
			<i>Schaalia odontolytica</i>	1	1	7,7	2,3
			<i>Serratia marcescens</i>	1	1	7,7	2,3
			<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	1	7,7	2,3
			<i>Varicela</i>	1	2	7,7	4,7
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>11</b>		<b>13</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos brotes de IAAS 2022 - 2026 (información preliminar).

Las hipótesis asociadas sugieren posibles fallas en la implementación de medidas estándar de prevención y control de infecciones principalmente en higiene de manos, limpieza y desinfección y traslocación bacteriana.

Con base en el análisis epidemiológico de los brotes a corte del mes de abril 2026, se evidencia que el 44,0 % (30/67) se encuentra en estado abierto, considerando que la fecha de seguimiento hasta su cierre puede variar según el agente microbiológico asociado al brote y fecha de inicio de síntomas de último caso identificado. Se recuerda que los casos de infección extrainstitucional no cumplen con la definición operativa del evento, se debe confirmar la relación con la atención en salud (evidencia de que la infección no estaba presente ni en incubación al ingreso, aparición después de un tiempo compatible con una IAAS (≥48 horas de hospitalización, según el tipo de infección).

Finalmente, se recomienda a todas las entidades territoriales fortalecer la vigilancia activa de los brotes de IAAS, garantizando el reporte inmediato dentro de las primeras 24 horas desde la identificación de la sospecha del brote con calidad y oportunidad. Asimismo, se debe garantizar el envío de los aislamientos microbiológicos relacionados a los casos de los brotes confirmados por laboratorio conforme a lo definido en el protocolo nacional del evento.

## ALERTAS INTERNACIONALES

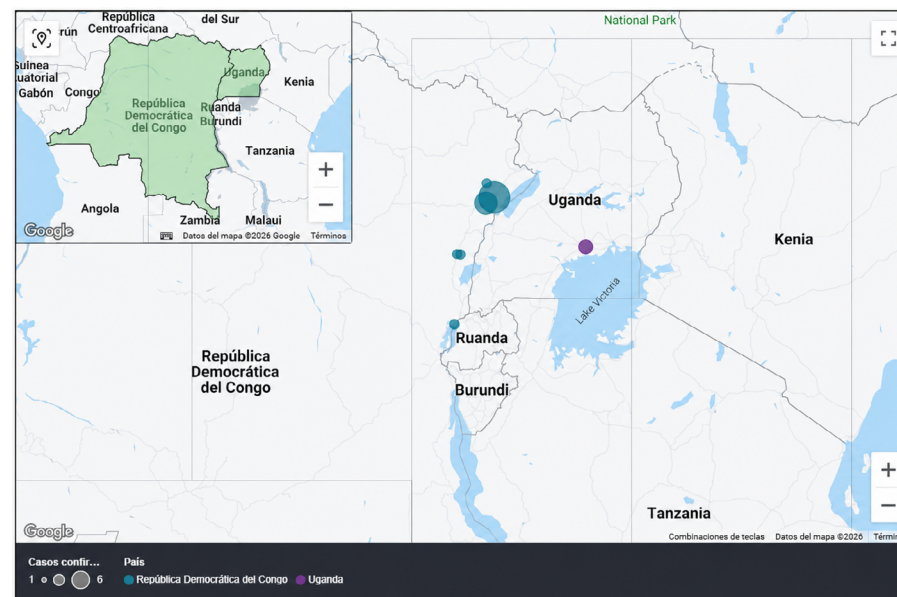
### Brote de la enfermedad del virus del Ébola Bundibugyo en República Democrática del Congo y Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 20 de mayo de 2026

El 05 de mayo de 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió una alerta sobre una enfermedad desconocida con alta mortalidad en la Zona Sanitaria (ZS) de Mongbwalu, provincia de Ituri, República Democrática del Congo (RDC), incluyendo informes de cuatro trabajadores de la salud que fallecieron en un lapso de cuatro días. El 15 de mayo de 2026, las pruebas de laboratorio realizadas por el Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB por sus siglas en inglés) de Kinshasa confirmaron la enfermedad del virus *Bundibugyo* (EBV por sus siglas en inglés), causada por el virus *Bundibugyo*. Ese mismo día, se declaró oficialmente el decimoséptimo brote de ébola en el país, que afectó inicialmente a las zonas de sanitarias (ZS) de Rwampara, Mongbwalu y Bunia. Posteriormente, Uganda confirmó dos (2) casos importados el 15 y el 16 de mayo de 2026. El 16 de mayo de 2026, el director general de la OMS determinó que el brote constituía una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Al 18 de mayo de 2026, la República Democrática del Congo (RDC) ha notificado 516 casos sospechosos, incluyendo 131 fallecimientos, en siete zonas sanitarias de las provincias de Ituri y Kivu del Norte. De estos, 33 casos, con cuatro fallecimientos, se han confirmado hasta la fecha en las zonas sanitarias de Rwampara (19), Bunia (6), Nyankunde (4) y Mongbwalu (1) en la provincia de Ituri, y en Butembo (1), Goma (1) y Katwa (1) en la provincia de Kivu del Norte. En Kampala, Uganda, se han notificado dos casos importados confirmados, incluyendo un fallecimiento. Los dos casos procedentes de RDC.

Hasta el momento, se han identificado 668 contactos, 541 de ellos en la República Democrática del Congo y 127 en Uganda, sin embargo, este rastreo de contactos ha sido complejo debido a la inseguridad y las restricciones de movimiento en algunas zonas de la RDC (mapa 6).

Mapa 6. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus de Ébola Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda a 18 de mayo de 2026.



Elaboración propia con datos de la OMS (<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b6e1e783-91c3-43c8-ab90-16ceaa9948f0/content>)

El brote presenta un alto potencial de transmisión regional debido a la intensa movilidad poblacional y transfronteriza en la provincia de Ituri (límitrofe con Uganda y Sudán del Sur) y su eje comercial, Bunia. Esta situación se ve agravada por la inseguridad en la zona, la actividad minera, la detección tardía de casos, el deficiente rastreo de contactos y el desplazamiento de personas sintomáticas entre zonas sanitarias internacionales.

El 16 de mayo de 2026 la OMS emitió las siguientes recomendaciones para países en donde no se está presentando el brote:

- No se recomienda el cierre de fronteras, ni imponer restricciones a los viajes y al comercio.
- Proporcionar a los viajeros con destino a las zonas afectadas por la enfermedad y en riesgo del virus *Bundibugyo* información relevante sobre riesgos, medidas para minimizar dichos riesgos y asesoramiento para gestionar una posible exposición.

- Proporcionar al público en general información precisa y relevante sobre el brote de la enfermedad del virus *Bundibugyo* y medidas para reducir el riesgo de exposición.
- Estar preparados para facilitar la evacuación y repatriación de nacionales (por ejemplo, trabajadores sanitarios) que hayan estado expuestos a la enfermedad del virus *Bundibugyo*.
- No se considera necesario el control de entrada en aeropuertos u otros puntos de entrada fuera de la región afectada para los pasajeros que regresan de zonas de riesgo.

**Fuentes:**

1. Organización Mundial de la Salud Región de África. EBOLA BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE OUTBREAK Democratic Republic of the Congo | Uganda, Weekly External Situation Report 01, Data as of 18 May 2026. Fecha de publicación: 20 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b6e1e783-91c3-43c8-ab90-16ceaa9948f0/content>
2. Organización Mundial de la Salud. Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo & Uganda. Fecha de publicación: 16 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON602>

## Situación epidemiológica de sarampión en México. Secretaría de Salud de México. 19 de mayo de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 19 de mayo de 2026 se han confirmado 17 553 casos de sarampión en el país (6 608 en 2025 y 10 945 en 2026). El grupo de edad con el mayor número de casos es de 1 a 4 años (2 277 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (2 025 casos) y el de 25 a 29 años (2 015 casos). Durante el mismo periodo se han confirmado 40 defunciones acumuladas (27 en 2025 y 13 en 2026). Los estados con el mayor número de casos en 2026 son Jalisco (6 171), Ciudad de México (943) y Chiapas (809).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 19 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 19 de mayo de 2026. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1079517/INFORME\\_DIARIO\\_SARAMPION\\_20260519.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1079517/INFORME_DIARIO_SARAMPION_20260519.pdf)

## Situación epidemiológica de sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Fecha de publicación: 20 de mayo de 2026

En 2026, hasta el 15 de mayo, se han notificado 1 893 casos confirmados de sarampión en el país. De éstos, nueve fueron notificados entre visitantes internacionales; y 1 884 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming.

Del total de casos en 2026, por grupo de edad, el 51,0 % corresponden al grupo de 5 a 19 años, seguido del 27,0 % para el grupo de mayores de 20 años y 21,0 % para el grupo de menores de 5 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 92,0 % no estaban vacunados o su estado era desconocido, el 4,0 % contaban con dos dosis de vacunación y el 4,0 % contaba con una dosis de vacunación. El 6,0 % (116/1 893) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 15 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>



# TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la  
notificación por entidad territorial a  
semana epidemiológica 19 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 19

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A		
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	20	0	0	210	30	44	375	39	61	53	13	5	0	0	0	1	0	1
Antioquia	226	17	13	8101	1365	1666	1407	291	367	513	118	107	15	4	5	115	74	19
Arauca	46	2	6	425	61	81	773	89	200	277	25	61	4	1	2	0	1	0
Atlántico	20	3	0	1707	282	351	1324	66	206	593	37	80	14	2	2	1	1	0
Barranquilla D.E.	4	0	0	1881	261	344	1503	60	179	630	27	65	15	1	0	0	1	0
Bogotá D.C.	1	0	0	9443	1697	1959	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	15	4
Bolívar	96	6	5	1133	224	212	2843	195	758	1110	94	300	47	4	9	3	0	0
Boyacá	29	3	3	2743	477	533	81	44	30	46	16	15	0	0	0	2	1	1
Buenaventura D.E.	9	0	1	63	12	6	48	22	14	15	9	7	0	0	0	0	0	0
Caldas	28	2	0	1640	278	335	71	21	30	37	13	15	0	0	0	3	2	0
Santiago de Cali D.E.	6	0	1	2094	390	399	597	508	164	220	214	60	2	6	0	0	20	0
Caquetá	70	6	2	488	88	93	259	197	80	134	89	45	7	3	2	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	970	134	181	2276	89	345	439	23	42	19	1	2	0	0	0
Casanare	48	4	5	885	116	198	783	240	312	276	94	98	2	2	2	1	2	0
Cauca	54	3	5	2387	427	412	85	97	18	32	34	6	0	1	0	2	20	2
Cesar	80	13	5	1148	202	248	3634	163	601	2090	103	352	22	3	10	0	1	0
Chocó	85	5	2	138	16	23	333	69	84	74	15	13	5	1	0	0	0	0
Córdoba	126	9	5	2100	390	381	1516	182	240	619	89	88	9	1	2	1	1	0
Cundinamarca	32	2	2	6304	1018	1231	621	240	172	227	103	60	4	2	0	7	4	1
Guainía	4	1	0	110	11	16	6	6	2	2	2	0	0	0	0	1	0	0
Guaviare	31	3	0	143	58	39	299	36	143	59	7	27	2	0	2	0	0	0
Huila	51	3	2	2796	348	521	630	268	198	221	115	55	29	6	4	6	1	2
La Guajira	49	2	3	977	241	193	2264	81	446	1219	58	223	47	2	12	2	1	0
Magdalena	62	2	4	988	199	189	2484	62	586	1219	39	271	20	1	7	0	0	0
Meta	105	6	8	1811	284	339	6242	565	1968	1944	208	559	61	5	15	7	6	1
Nariño	47	3	2	3097	529	644	263	71	60	120	21	30	3	1	1	2	1	0
Norte de Santander	131	7	4	2878	442	547	2768	269	580	1014	132	177	53	5	10	11	12	0
Putumayo	60	4	4	760	125	131	281	171	95	62	55	22	3	1	1	0	0	0
Quindío	8	0	1	1349	207	288	140	28	48	29	9	9	1	0	0	0	2	0
Risaralda	30	1	2	1764	312	339	87	37	31	29	16	8	1	0	1	3	4	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	140	28	36	7	4	5	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	16	0	1	784	132	166	1712	22	243	752	12	101	10	1	2	0	0	0
Santander	74	6	1	3386	524	690	2839	447	630	1006	180	234	16	4	8	44	4	7
Sucre	33	3	3	1146	197	241	621	187	154	305	113	73	4	4	1	0	0	0
Tolima	71	3	5	2997	490	623	1532	444	389	499	176	144	26	4	8	2	3	0
Valle del Cauca	31	3	2	3790	595	694	662	545	221	207	236	63	4	4	2	3	16	0
Vaupés	16	1	1	100	13	20	29	8	16	4	1	1	0	0	0	1	1	0
Vichada	16	1	1	92	21	24	36	9	6	10	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>1.822</b>	<b>124</b>	<b>99</b>	<b>72.968</b>	<b>12.225</b>	<b>14.437</b>	<b>41.431</b>	<b>5.872</b>	<b>9.682</b>	<b>16.088</b>	<b>2.500</b>	<b>3.420</b>	<b>445</b>	<b>70</b>	<b>110</b>	<b>227</b>	<b>197</b>	<b>38</b>

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	IRAG inusitado			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI		
	Casos probables y los criterios del evento			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		
	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	911	112	119	1	4	0	2386	635	472	141	10	30	0	0	0
Antioquia	41	10	6	3125	1126	655	107	73	47	394677	82172	74817	16307	2918	2700	1568	815	634
Arauca	13	1	4	95	3	9	4	4	0	7266	2308	1706	658	140	144	24	2	8
Atlántico	6	1	2	1	0	0	3	7	3	56768	11001	12815	1675	218	323	1094	139	438
Barranquilla D.E.	14	4	1	0	0	0	10	13	5	81044	16443	18022	4522	515	974	501	283	235
Bogotá D.C.	2	0	0	0	0	0	61	73	24	556682	161733	138498	27810	8101	6748	3499	1606	1595
Bolívar	3	1	1	722	142	183	10	8	2	51451	11719	11073	1284	222	261	163	92	66
Boyacá	2	1	0	102	0	8	19	8	1	42275	13663	11068	2343	639	609	141	74	65
Buenaventura D.E.	0	0	0	455	182	118	6	5	1	3600	804	801	22	11	4	6	3	2
Caldas	13	4	1	7	2	0	11	4	6	32042	8015	6945	1418	322	292	509	132	223
Santiago de Cali D.E.	80	21	4	3	1	2	49	30	22	89955	26396	17457	2290	739	364	294	71	89
Caquetá	3	1	0	193	14	40	6	5	3	11417	3124	3755	855	176	265	9	8	4
Cartagena de Indias D.T.	0	3	0	2	0	0	8	8	4	66636	16898	14252	4367	314	859	622	229	269
Casanare	3	0	3	17	2	4	4	2	3	8097	2527	2169	148	63	23	67	8	25
Cauca	10	2	3	591	290	161	18	7	6	38894	10751	8001	1726	326	398	101	112	40
Cesar	8	2	2	4	2	2	17	6	5	41833	10437	9370	1861	574	372	146	65	51
Chocó	0	0	0	6425	2570	1551	11	6	3	10418	2182	1655	510	170	178	11	7	3
Córdoba	2	1	0	1804	829	277	7	7	1	76179	15075	20198	4024	478	1038	698	206	276
Cundinamarca	4	1	0	0	0	0	31	21	12	128424	33778	31460	5406	1203	1400	392	355	164
Guainía	0	0	0	1666	268	252	0	0	0	651	203	101	40	18	7	0	0	0
Guaviare	0	0	0	474	110	88	0	2	0	1981	657	407	375	38	92	26	5	11
Huila	13	0	12	0	0	0	14	9	7	27786	12012	7405	1663	506	480	232	82	96
La Guajira	3	1	0	16	2	1	5	5	2	97730	15345	21926	1542	565	294	295	44	131
Magdalena	1	0	0	4	1	3	3	5	1	49399	7848	9818	1297	237	277	12	12	8
Meta	6	1	1	649	57	118	5	6	1	28092	7812	6566	1138	257	270	88	58	34
Nariño	5	1	1	1541	1019	247	33	18	12	46644	14647	9974	3059	577	598	75	24	34
Norte de Santander	4	1	0	258	111	49	33	18	11	69829	14689	13819	4754	933	1041	414	134	175
Putumayo	4	1	0	40	6	4	4	3	2	15139	3058	3396	472	150	78	21	6	11
Quindío	2	0	1	3	2	2	7	2	1	20855	6288	4413	1073	252	238	213	60	84
Risaralda	9	3	0	966	335	145	26	11	8	41850	9035	8191	1423	294	231	142	68	50
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	1	3	0	2154	719	640	311	68	61	5	0	4
Santa Marta D.T.	5	1	2	0	0	0	5	3	2	22068	5159	5840	1640	197	443	261	132	89
Santander	6	1	2	6	1	3	48	17	27	103155	16600	23039	6672	1183	1473	971	380	494
Sucre	1	0	0	23	6	3	11	6	6	38788	7510	8412	3240	439	541	394	215	187
Tolima	11	3	1	13	0	4	10	9	5	53509	14137	11587	4189	646	882	157	65	63
Valle del Cauca	30	8	5	13	4	3	21	16	9	53968	13905	11379	1438	304	301	433	92	135
Vaupés	6	1	2	550	223	368	2	2	2	2567	310	447	52	11	5	0	8	0
Vichada	0	0	0	749	130	84	2	2	1	835	353	170	1	2	1	0	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>310</b>	<b>75</b>	<b>54</b>	<b>21.428</b>	<b>7.698</b>	<b>4.217</b>	<b>613</b>	<b>443</b>	<b>245</b>	<b>2.377.044</b>	<b>579.948</b>	<b>532.064</b>	<b>111.746</b>	<b>23.816</b>	<b>24.295</b>	<b>13.584</b>	<b>5.592</b>	<b>5.793</b>

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			
	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1101	427	193	5	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Antioquia	145836	32877	30193	250	309	250	4	5	0	229	57	32	9	2	1	
Arauca	2983	759	842	23	25	23	1	0	0	16	1	1	0	0	0	
Atlántico	20803	4469	4476	46	82	46	1	1	0	28	6	1	0	0	0	
Barranquilla D.E.	29055	6492	6337	79	97	79	0	1	0	63	7	12	0	0	0	
Bogotá D.C.	279952	61427	63092	278	283	278	7	5	1	558	117	117	292	2	12	
Bolívar	12538	3062	2301	70	81	70	6	2	0	15	3	1	1	0	0	
Boyacá	17850	4756	3973	36	50	36	0	1	0	59	13	12	9	0	0	
Buenaventura D.E.	1244	520	287	23	31	23	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
Caldas	12155	3093	2819	35	37	35	1	1	0	15	5	5	0	0	0	
Santiago de Cali D.E.	56346	11689	11004	90	107	90	0	1	0	54	15	4	1	0	0	
Caquetá	6305	1618	1296	19	25	19	0	1	0	12	2	0	0	0	0	
Cartagena de Indias D.T.	19684	4213	4258	50	90	50	0	1	0	26	5	3	0	0	0	
Casanare	3959	1157	1044	15	30	15	0	1	0	24	2	5	0	0	0	
Cauca	15637	5068	3224	70	91	70	0	1	0	20	7	5	2	0	0	
Cesar	9381	4018	2202	74	94	74	0	2	0	38	5	8	0	0	0	
Chocó	6435	1063	1513	46	67	46	0	1	0	3	1	0	0	0	0	
Córdoba	18220	4655	3793	93	135	93	1	2	0	61	12	19	0	0	0	
Cundinamarca	62335	13268	13838	136	150	136	2	3	0	139	26	26	109	1	6	
Guainía	624	149	102	10	8	10	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
Guaviare	1524	305	308	2	6	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	
Huila	15313	4002	3082	72	67	72	6	2	2	61	12	11	2	1	0	
La Guajira	15586	3786	3735	96	145	96	0	2	0	11	3	2	0	0	0	
Magdalena	13817	3418	2942	35	65	35	1	1	0	13	2	2	0	1	0	
Meta	17456	4766	4270	58	64	58	4	1	0	23	7	3	5	1	0	
Nariño	18125	6009	3780	60	78	60	6	1	0	48	11	10	0	1	0	
Norte de Santander	20406	5353	3948	62	77	62	0	1	0	73	14	8	0	0	0	
Putumayo	6076	1066	1018	16	21	16	1	0	0	23	4	5	0	0	0	
Quindío	12154	2782	2648	26	20	26	0	0	0	21	4	7	0	0	0	
Risaralda	15672	3922	3306	37	42	37	0	1	0	22	6	6	0	0	0	
Archipiélago de San Andrés y Providencia	863	262	251	1	5	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	
Santa Marta D.T.	7602	1165	1528	28	31	28	0	1	0	8	1	2	0	0	0	
Santander	37243	7532	7980	72	85	72	2	2	0	35	7	11	0	0	0	
Sucre	9098	2632	2025	47	68	47	2	1	0	17	7	8	2	1	0	
Tolima	22494	5027	4357	41	54	41	3	1	0	15	5	3	4	1	0	
Valle del Cauca	27719	6592	7227	61	80	61	2	2	0	56	12	5	0	0	0	
Vaupés	1055	104	160	3	5	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	
Vichada	530	219	141	16	13	16	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
<b>Total nacional</b>	<b>965.176</b>	<b>223.720</b>	<b>209.493</b>	<b>2.181</b>	<b>2.720</b>	<b>2.181</b>	<b>51</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>1793</b>	<b>400</b>	<b>334</b>	<b>438</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
	Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	5	0	0	48	3	7	1	1	0	0	0	0	1	1	1
Antioquia	654	62	89	1005	203	216	95	21	13	250	69	42	195	64	34
Arauca	14	0	2	54	8	6	4	0	1	3	2	3	11	2	2
Atlántico	11	1	2	322	68	73	10	5	2	18	3	3	13	2	3
Barranquilla D.E.	29	3	6	417	57	119	13	3	4	101	30	22	38	11	6
Bogotá D.C.	569	136	131	1782	381	378	294	62	72	368	105	103	290	72	58
Bolívar	18	1	3	184	29	44	10	3	6	3	1	10	18	5	6
Boyacá	44	4	9	300	72	78	32	4	3	40	12	13	24	5	5
Buenaventura D.E.	2	0	0	12	3	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Caldas	16	1	1	156	31	39	6	0	1	73	14	9	17	6	3
Santiago de Cali D.E.	18	3	4	350	87	61	33	6	3	202	49	54	80	20	14
Caquetá	2	1	1	105	15	10	0	0	0	7	2	2	5	3	2
Cartagena de Indias D.T.	38	1	3	175	32	42	15	1	13	53	20	10	33	8	5
Casanare	42	0	1	98	15	17	1	1	0	8	1	2	3	3	1
Cauca	16	3	2	101	34	22	34	1	0	41	11	15	29	7	7
Cesar	40	1	5	291	26	100	5	1	0	194	52	53	29	9	5
Chocó	71	8	12	13	3	0	6	2	0	0	1	0	4	0	0
Córdoba	13	2	4	454	83	107	25	2	9	98	16	30	36	15	13
Cundinamarca	99	30	23	825	177	173	57	10	15	34	19	3	58	20	12
Guainía	1	0	0	10	1	3	0	0	0	0	0	0	3	0	1
Guaviare	1	0	0	24	2	3	1	0	0	0	0	0	4	1	0
Huila	22	8	6	153	36	30	5	0	2	55	15	14	28	6	3
La Guajira	22	2	0	137	28	51	5	3	0	17	2	2	11	6	1
Magdalena	10	1	1	134	16	31	0	0	0	0	1	0	15	6	0
Meta	55	5	13	127	47	22	9	2	2	21	6	4	20	5	2
Nariño	28	12	3	297	57	68	13	2	0	35	8	8	29	9	6
Norte de Santander	74	3	4	761	69	198	5	1	2	50	24	10	43	11	9
Putumayo	12	2	1	71	15	15	5	1	1	3	1	1	1	2	0
Quindío	14	1	0	111	27	19	16	4	3	13	8	2	28	6	6
Risaralda	74	2	3	195	48	35	9	1	1	16	3	2	17	5	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	0	0	40	3	9	1	1	0	0	0	0	1	0	1
Santa Marta D.T.	10	1	1	100	7	19	0	0	0	48	13	10	14	3	5
Santander	129	9	13	453	62	89	18	2	5	81	27	16	46	6	6
Sucre	23	5	0	172	29	48	18	1	7	56	17	19	17	3	6
Tolima	19	4	4	260	67	57	12	2	1	47	18	6	13	7	3
Valle del Cauca	7	2	1	378	87	64	8	1	2	12	8	3	13	6	1
Vaupés	80	0	7	8	1	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0
Vichada	12	0	0	40	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total nacional</b>	<b>2.297</b>	<b>316</b>	<b>355</b>	<b>10.163</b>	<b>2.181</b>	<b>2.258</b>	<b>768</b>	<b>144</b>	<b>168</b>	<b>1947</b>	<b>556</b>	<b>461</b>	<b>1.188</b>	<b>331</b>	<b>228</b>

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

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 novo 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	24	0	0	25	32	6	2
Antioquia	0	1	0	0	828	1091	0	0	1985	1956	505	251
Arauca	1	1	0	0	117	78	0	0	64	100	9	5
Atlántico	0	0	0	0	127	127	0	0	342	324	1	1
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	78	62	0	0	335	300	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1340	1054	0	0	1957	2198	0	0
Bolívar	0	1	0	0	175	238	0	0	217	183	177	173
Boyacá	1	1	0	0	197	195	0	0	391	330	80	41
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	62	51	0	0	38	31	5	10
Caldas	0	0	0	0	71	73	0	1	446	450	87	45
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	193	225	0	2	662	746	0	0
Caquetá	0	0	0	0	78	62	0	0	94	84	108	62
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	115	214	0	0	216	209	1	0
Casanare	6	1	0	0	136	100	0	0	109	96	2	2
Cauca	0	0	0	0	112	125	0	0	318	332	22	11
Cesar	2	0	0	1	280	311	0	0	226	211	78	147
Chocó	0	0	0	0	317	339	0	0	47	67	109	70
Córdoba	0	2	0	0	224	210	0	0	387	419	77	52
Cundinamarca	0	0	0	0	512	491	0	1	843	1031	86	35
Guainía	0	0	0	0	24	11	0	0	10	11	7	3
Guaviare	0	0	0	0	44	30	0	0	24	26	125	57
Huila	0	0	0	0	174	174	0	1	307	293	3	6
La Guajira	0	0	0	0	629	607	0	0	106	119	13	12
Magdalena	0	0	0	0	231	221	0	0	138	144	3	6
Meta	1	0	0	0	172	175	0	0	260	212	83	46
Nariño	0	0	0	0	268	294	0	0	542	541	105	39
Norte de Santander	0	0	0	0	270	213	0	0	406	445	100	50
Putumayo	0	0	0	0	81	90	0	0	118	93	117	16
Quindío	0	0	0	0	42	42	0	0	194	183	0	1
Risaralda	0	0	0	0	171	176	0	0	450	445	43	31
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	7	0	0	8	10	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	40	44	0	0	114	112	6	4
Santander	2	0	0	0	190	179	0	0	606	595	316	362
Sucre	0	0	0	0	101	163	0	0	186	163	48	45
Tolima	1	0	0	0	138	144	0	0	434	407	104	39
Valle del Cauca	0	0	0	0	190	237	0	0	488	496	7	3
Vaupés	0	0	0	0	25	12	0	0	27	23	17	2
Vichada	0	0	0	0	102	63	0	0	9	10	14	6
Total nacional	18	7	0	1	7.881	7.952	1	5	13.128	13.427	2.361	1.635

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

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 nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1
Antioquia	13	6	8	5	3	1	12	17	5	3	51	138
Arauca	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1
Atlántico	2	0	2	0	1	0	1	2	2	0	12	11
Barranquilla D.E.	2	1	2	0	0	0	1	3	1	0	9	16
Bogotá D.C.	3	3	7	8	0	0	11	9	0	0	58	427
Bolívar	1	0	3	0	1	0	2	4	1	3	9	4
Boyacá	1	1	1	1	0	0	2	0	1	0	9	11
Buenaventura D.E.	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	3
Caldas	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	6
Santiago de Cali D.E.	1	0	2	0	1	0	3	1	0	0	17	27
Caquetá	11	0	2	3	0	0	3	1	1	0	3	1
Cartagena de Indias D.T.	2	2	2	4	0	0	2	5	1	0	7	27
Casanare	0	0	1	1	1	0	0	2	1	0	3	3
Cauca	2	0	4	2	1	2	3	1	0	1	12	1
Cesar	2	0	4	4	3	2	3	4	6	3	11	14
Chocó	2	0	5	3	10	12	12	14	18	9	4	9
Córdoba	2	1	4	0	1	0	3	3	3	1	15	16
Cundinamarca	1	1	5	3	0	0	5	3	0	0	26	60
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Guaviare	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Huila	1	1	3	1	0	1	2	1	2	0	9	20
La Guajira	0	0	7	6	9	7	13	6	13	8	8	0
Magdalena	0	0	2	1	1	1	2	2	6	0	7	5
Meta	0	1	2	1	1	1	3	3	3	0	9	18
Nariño	2	1	4	2	0	2	5	4	1	0	13	8
Norte de Santander	3	0	4	0	0	0	1	3	1	1	13	29
Putumayo	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	3	5
Quindío	2	1	1	1	0	0	1	1	0	0	4	2
Risaralda	3	1	2	2	4	2	3	5	4	0	7	7
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	0	1	2	1	0	2	1	0	0	0	4	7
Santander	2	1	2	0	0	1	1	3	0	0	18	23
Sucre	0	0	2	2	0	1	2	2	0	0	8	10
Tolima	13	11	3	1	1	0	5	1	0	0	10	10
Valle del Cauca	3	2	2	1	1	1	4	2	2	0	15	36
Vaupés	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	1	0
Vichada	0	0	1	0	1	0	2	0	3	5	1	0
Total nacional	348	397	86	53	48	42	122	106	92	35	392	958

## Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 19

Decremento  
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos 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	6	7	0	0	22	32	1	0	223	225
Antioquia	54	50	456	569	0	1	1387	1807	46	48	8169	6071
Arauca	12	8	68	59	0	0	58	59	1	0	451	530
Atlántico	15	4	135	134	0	0	181	231	7	8	950	896
Barranquilla D.E.	19	9	152	155	0	1	321	363	8	13	908	1111
Bogotá D.C.	54	34	322	423	0	0	495	565	16	16	10846	10912
Bolívar	15	7	110	134	1	2	81	82	1	1	849	873
Boyacá	9	3	38	29	0	0	62	70	1	1	1588	1543
Buenaventura D.E.	8	5	55	58	0	0	69	83	2	1	137	96
Caldas	7	7	54	54	0	0	124	117	2	4	1079	1207
Santiago de Cali D.E.	9	9	183	265	0	0	557	580	20	13	2762	2293
Caquetá	3	3	34	37	0	0	100	123	2	4	402	376
Cartagena de Indias D.T.	30	20	127	174	0	0	167	194	2	3	530	688
Casanare	14	7	53	49	0	0	58	81	1	2	312	381
Cauca	6	6	67	83	0	0	110	107	2	1	1197	1178
Cesar	16	12	130	96	0	0	171	195	1	5	770	726
Chocó	22	11	101	73	0	0	91	102	1	0	164	175
Córdoba	10	5	118	113	1	0	111	128	3	2	1252	1164
Cundinamarca	26	13	142	168	0	0	196	249	5	10	4902	5503
Guainía	3	3	7	8	0	0	8	8	0	0	72	83
Guaviare	2	2	10	9	0	0	14	20	0	0	117	164
Huila	4	10	57	71	0	1	178	179	3	4	2256	2247
La Guajira	28	8	143	125	0	0	208	295	3	5	494	524
Magdalena	12	4	90	97	1	0	70	78	1	2	512	493
Meta	22	20	95	111	0	0	246	265	8	6	875	942
Nariño	5	8	86	98	0	0	68	94	2	2	1592	1874
Norte de Santander	32	9	191	187	0	0	275	328	6	6	1353	1521
Putumayo	2	4	38	33	0	1	41	41	2	0	514	621
Quindío	4	6	36	44	0	0	102	121	1	3	943	848
Risaralda	10	4	63	64	0	1	245	279	9	1	1346	1355
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	3	3	0	0	4	5	0	1	86	72
Santa Marta D.T.	7	2	45	82	0	0	104	134	2	0	253	204
Santander	23	10	167	177	0	0	403	517	11	7	2294	2547
Sucre	5	5	80	82	0	0	41	38	0	0	676	685
Tolima	11	13	56	81	0	0	226	264	5	6	1101	1204
Valle del Cauca	10	13	118	183	0	0	276	402	8	10	2553	2684
Vaupés	1	1	2	4	0	0	8	11	0	0	94	141
Vichada	3	0	13	14	0	0	13	11	0	0	90	85
Total nacional	546	335	3.776	4.153	3	7	6.890	8.258	182	185	54.711	54.242



## Semana epidemiológica 19

10 al 16 de mayo de 2026

### TEMA CENTRAL

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) y hepatitis A

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](http://www.ins.gov.co)

# BES

Boletín Epidemiológico Semanal

### Boletín Epidemiológico Semanal

**Autores: tema central:** Aydee Devia Gamboa. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Sandra Milena Rivera, Helen del Carmen Peña, Dora Callejas. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Mísael 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, Diana Yolima Bustos Álvarez, Johanna Agudelo, Anyelith Katherine Gómez Ch., Mónica Carreño, Yenny Marcela Elizalde, Eliana Mendoza, Helen del Carmen Peña, Claudia Marcela 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.

54 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.19>