

Maternidad segura

En Colombia se observa una tendencia al descenso de la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, persisten desafíos relacionados con la morbilidad materna extrema, las inequidades sociales y la calidad de la vigilancia en salud pública, aspectos clave para avanzar en el cumplimiento de las metas nacionales e internacionales orientadas a garantizar una maternidad y un inicio de vida seguros.

Semana
epidemiológica


17 al 23 de mayo de 2026

20



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

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

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

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

	Situación nacional	10
	Mortalidad	13
	Eventos trazadores	20
	Brotes y alertas	39
	Tablas de mando por departamento	44



TEMA CENTRAL

Maternidad segura

Ana María García Bedoya, agarciab@ins.gov.co
Nubia Stella Narváez Díaz, nnarvaez@ins.gov.co
Viviana Ines Pantoja Muñoz, vpantoja@ins.gov.co

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la morbilidad materna extrema (MME), también conocida internacionalmente como *maternal near miss* o morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), como una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o hasta los 42 días posteriores su terminación, en la cual la mujer estuvo en riesgo de morir, pero sobrevivió (1).

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la vigilancia de la MME constituye una estrategia fundamental en salud pública, ya que su análisis permite anticiparse e identificar fallas en la atención y prevenir desenlaces fatales, dado que este evento comparte características clínicas y de atención en salud con las muertes maternas (MM) (2). En este sentido, la OPS promueve el fortalecimiento de la vigilancia de la MM y la MMEG dentro de las líneas estratégicas para “Acelerar la reducción de la mortalidad materna en la región de las Américas, basada en la atención primaria de salud” (3).

Adicionalmente, la MME impacta los resultados neonatales, ya que complicaciones como los trastornos hipertensivos del embarazo incrementan el riesgo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino y asfixia perinatal, traduciéndose en una alta carga de mortalidad perinatal y neonatal tardía (4).

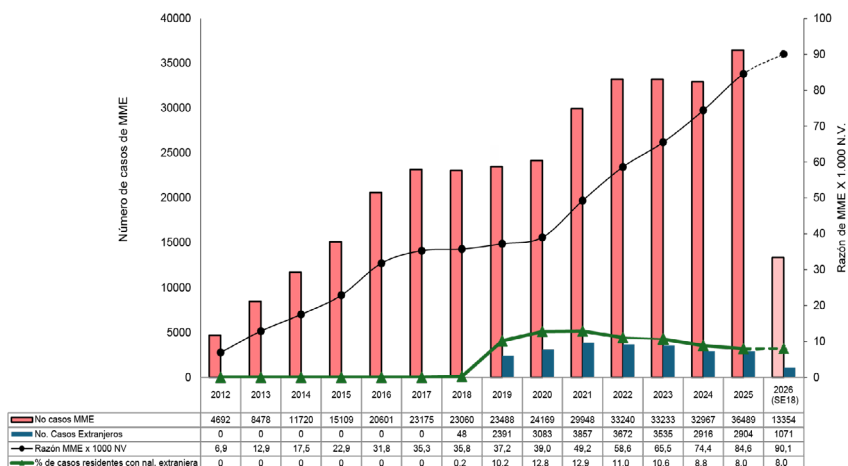
Para responder a estos desafíos en salud pública, Colombia a través del CONPES 3918 de 2018 (5) y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, plantea reducir la mortalidad materna a 32 por cada 100 000 nacidos vivos, la mortalidad perinatal a 13,5 por cada 1 000 nacidos vivos y la mortalidad neonatal a 6 por cada 1 000 nacidos vivos (6,7,8). Así mismo, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el Plan de aceleración para la reducción de la muerte materna, con el objetivo de reducir la morbimortalidad materna (8).

Bajo este contexto, se describe el comportamiento en salud pública de la vigilancia de la morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía en Colombia, con información preliminar a la semana epidemiológica 18 de 2026, como insumo para la toma de decisiones en salud materno perinatal.

Morbilidad materna extrema

La tendencia histórica de la MME, entre 2012 y la semana epidemiológica 18 de 2026 (datos preliminares), muestra un promedio semanal de 658 casos. Durante este periodo, la razón de MME ha mantenido un comportamiento ascendente; específicamente entre 2016 y 2025, con un incremento porcentual anual (APC) de 11,9 % (IC 95%: 10,4 – 13,6), estadísticamente significativo (figura 1).

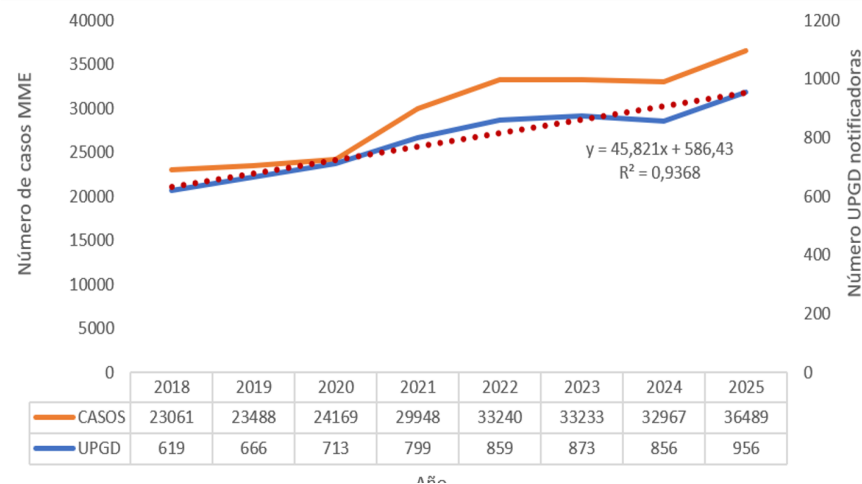
Figura 1. Tendencia de la razón de morbilidad materna extrema, Colombia, 2012-2025 a semana epidemiológica 18 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2012 – 2025, semana epidemiológica 18 2026 cifras preliminares.
Nacidos vivos DANE 2012 a 2024, RUAFND 2025-2026 datos preliminares.
N.V.: nacidos vivos
MME: morbilidad materna extrema

Adicional al incremento en el número de casos de MME, respecto a datos absolutos y al indicador de razón por 1 000 nacidos vivos, entre 2018 y 2025 se evidencia un incremento constante en el número de Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que notifican casos de MME. Según la tendencia lineal del evento, este incremento anual es en promedio de 45,8 casos ($y = 45,821x + 586,43$; $R^2 = 0,9368$) (figura 2).

Figura 2. Morbilidad materna extrema por Unidad Primaria Generadora de Datos notificadora, Colombia, 2020-a semana epidemiológica 18 de 2026



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2012 a semana epidemiológica 18 de 2026, datos preliminares
p: datos preliminares
UPGD: Unidad Primaria Generadora de Datos

Entre 2022 y la semana epidemiológica 18 de 2026 (datos preliminares), los grupos de edad de mayores de 40 años y de 35 a 39 años presentan las razones de MME más altas. Para 2026, con corte a la misma semana epidemiológica, se observa el mismo comportamiento en las regiones Andina, Caribe, Orinoquia y Pacífica; en contraste, en la región Amazónica la mayor razón de MME se registra en el grupo de 10 a 14 años, este mismo grupo, ocupa el tercer lugar con las razones más elevadas en la región de la Orinoquia (tabla 1).

Tabla 1. demográficas Distribución de la razón de morbilidad materna extrema por grupo de edad, según región, 2022 a semana epidemiológica 18 de 2026p

Región	Grupos de edad	Razón MME 2025	Razón MME 2026p
Amazonas	10 a 14 años	96,8	280,0
	40 y más años	148,6	197,9
	35 a 39 años	93,9	128,8
Andina	40 y más años	140,0	147,2
	35 a 39 años	98,9	103,3
	15 a 19 años	79,5	86,6
Caribe	40 y más años	154,6	157,0
	35 a 39 años	110,1	111,8
	30 a 34 años	83,5	95,2
Orinoquia	40 y más años	116,7	111,7
	35 a 39 años	71,0	83,8
	10 a 14 años	111,7	79,4
Pacífica	40 y más años	158,2	130,1
	35 a 39 años	132,3	124,7
	25 a 29 años	101,9	104,4

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Siviigila, 2012 a semana epidemiológica 18 de 2026, datos preliminares. Nacidos vivos DANE 2012 a 2024, RUAF ND 2025 - 2026 datos preliminares. Razón de MME por 1 000 nacidos vivos p: datos preliminares, MME: morbilidad materna extrema

En cuanto al régimen de afiliación en salud, durante el periodo 2023-2026 (datos preliminares), se presenta una mayor razón de MME en las mujeres no aseguradas. Asimismo, se observa una variación estadísticamente significativa con tendencia al incremento en los regímenes contributivo, subsidiado y en la población no asegurada.

Respecto a la pertenencia étnica, durante el periodo 2024-2025, la razón de MME fue más alta en el grupo identificado como afrocolombiano. En 2026, la razón es muy similar entre los grupos indígena, afrocolombiano y otros. Los departamentos con el mayor número de casos de MME en población indígena son La Guajira, Cauca, Nariño, Cesar y Córdoba; estos registros se concentran principalmente en los pueblos Wayuu, Nasa, Embera, Awá y Sikuani (tabla 2).

Tabla 2. Características sociales y demográficas de la morbilidad materna extrema, 2022 a semana epidemiológica 18 de 2026p

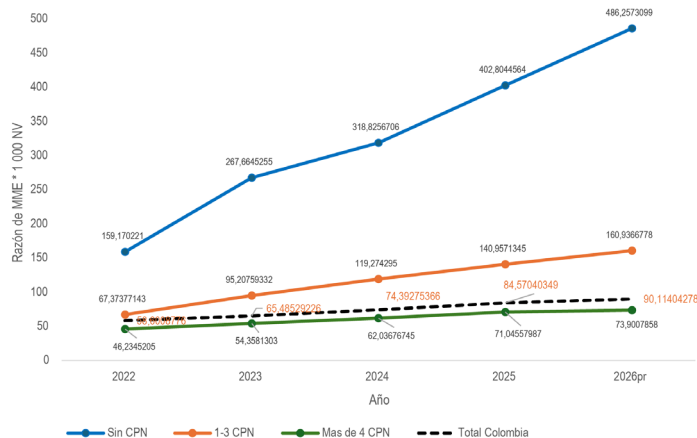
Característica	Razón de morbilidad materna extrema					Comportamiento
	2022	2023	2024	2025	2026p	
Régimen de afiliación al SGSSS						
Contributivo	60,0	63,3	71,6	83,1	86,7	Incremento
Subsidiado	53,3	64,8	74,9	83,5	89,5	Incremento
No asegurado	40,4	75,7	85,8	103,1	114,3	Incremento
Pertenencia étnica	2022	2023	2024	2025	2026p	Comportamiento
Indígena	35,9	54,2	65,0	72,4	89,2	Incremento
Afrocolombiano	34,2	46,7	96,9	107,9	89,5	Incremento
Otros	56,7	66,7	74,0	84,4	90,2	Incremento

Fuente: Instituto Nacional de Salud 2012 a semana epidemiológica 18 de 2026 cifras preliminares. Nacidos vivos DANE 2012 a 2024, RUAF ND 2025 - 2026 datos preliminares. SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud p: datos preliminares

La razón de MME presenta un incremento sostenido entre 2022 y 2026 (datos preliminares), con diferencias marcadas según el número de controles prenatales. Las mujeres sin controles muestran las razones más elevadas, alcanzando 486,3 casos por 1 000 nacidos vivos en 2026. En contraste, quienes tuvieron más de cuatro controles mantienen las razones más bajas y un crecimiento leve (figura 3).

Entre los casos de MME notificados durante 2025, los factores asociados a mayor riesgo de muerte incluyen edad mayor de 35 años (RR 1,72 IC 95 % 1,24 - 2,32), afiliadas al régimen subsidiado (RR 1,87 IC 95 % 1,37 - 2,55), residentes en área rural dispersa (RR 2,37 IC 95 % 1,74 - 3,22), con pertenencia étnica indígena (RR 6,53 IC 95 % 4,74 - 9,0) y sin acceso a controles prenatales (RR 5,79 IC 95 % 4,38 - 7,67).

Figura 3. Razón de morbilidad materna extrema según número de controles prenatales, Colombia, 2022 – 2025, a semana epidemiológica 18 de 2026p



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Siviigila, 2012 – 2025 a semana epidemiológica 18 de 2026, datos preliminares. Nacidos vivos DANE 2012 a 2024, RUAF ND 2025 – 2026 datos preliminares. p: datos preliminares

En Colombia, las principales causas agrupadas de MME son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, las complicaciones hemorrágicas y la sepsis de origen obstétrico, las cuales representan el 87,4 % del total de casos notificados. Para 2026 (datos preliminares), se observa un incremento en las complicaciones hemorrágicas en comparación con el comportamiento histórico; mientras que, las demás causas agrupadas mantienen una tendencia estable (tabla 3).

Tabla 3. Causas agrupadas de morbilidad materna extrema, Colombia, 2022 a semana epidemiológica 18 de 2026p

Causa agrupada	Razón de morbilidad materna extrema, por 1 000 nacidos vivos					Comportamiento inusual
	2022	2023	2024	2025	2026p	
Trastornos hipertensivos	42,5	45,5	48,6	55,7	58,5	Ninguno
Complicaciones hemorrágicas	8,4	9,9	12,7	15,3	17,4	Aumento
Sepsis de origen obstétrico	3,0	3,4	3,8	3,8	3,7	Ninguno
Otra causa	1,9	2,2	2,9	2,8	3,4	Ninguno
Complicaciones de aborto	1,1	1,8	2,3	2,6	2,8	Ninguno
Sepsis de origen no obstétrico	0,5	0,9	1,3	1,7	2,0	Ninguno
Enfermedad preexistente que se complica	0,8	1,6	2,4	2,3	1,9	Ninguno
Sepsis de origen pulmonar	0,3	0,2	0,4	0,4	0,3	Ninguno

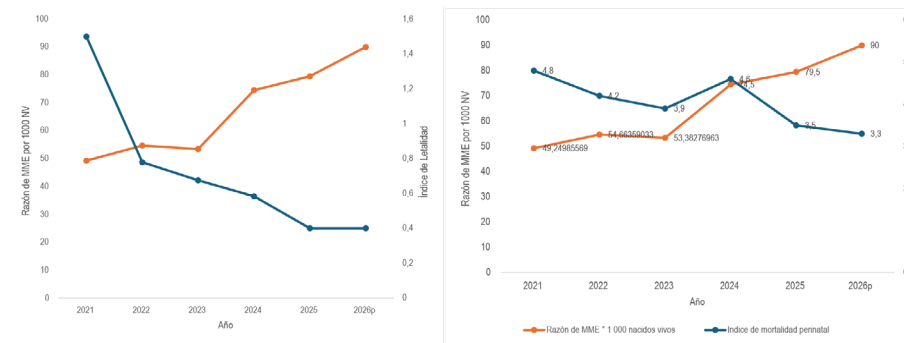
Fuente: Instituto Nacional de Salud, siviigila, 2012 a semana epidemiológica 18 de 2026, cifras preliminares. Nacidos vivos DANE 2012 a 2024, RUAF ND 2025 – 2026 datos preliminares. p: datos preliminares

A nivel regional, se observa que los dos primeros lugares corresponden a los trastornos hipertensivos y a las complicaciones hemorrágicas, con excepción de la región de la Amazonía, donde la sepsis de origen pulmonar ocupa el segundo lugar y las complicaciones hemorrágicas se ubican en el tercero. En las demás regiones, el tercer lugar varía según la región: para la región Andina corresponde a la sepsis de origen pulmonar; para la Caribe a enfermedades preexistentes que se complican; para la Orinoquía a otra causa y para la Pacífica a sepsis de origen obstétrico.

Respecto a los indicadores de morbilidad materna extrema, con corte a semana epidemiológica 16 de 2026 (datos preliminares) en el indicador oportunidad de notificación inmediata, que es clave para este evento, definido como la oportunidad de actuar rápidamente frente a un evento obstétrico, se evidencian dos entidades territoriales con oportunidad “deficiente” (menor al 70,0 %), esta entidades corresponde a San Andrés con un(1) caso notificado, el cual no fue oportuno, y Guainía con ocho (8) casos notificados oportunamente, de un total de 14 casos notificados. Otras entidades territoriales como Santa Marta, Quindío, Córdoba, Atlántico, La Guajira, Magdalena, Valle del Cauca, Caquetá, Cartagena de Indias, Santander, Antioquia y Caldas presentan una oportunidad de notificación “regular” (entre 70,0% y 90,0%).

Por otra parte, la razón de MME por 1 000 nacidos vivos presenta un incremento sostenido desde el año 2020. No obstante, al contrastar este comportamiento con el índice de letalidad y el índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME, se observa en estos últimos una tendencia descendente (figura 4).

Figura 4. Comparación de la razón de morbilidad materna extrema por 1000 nacidos vivos, índice de letalidad e índice de mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME, 2021 a PE IV 2026p



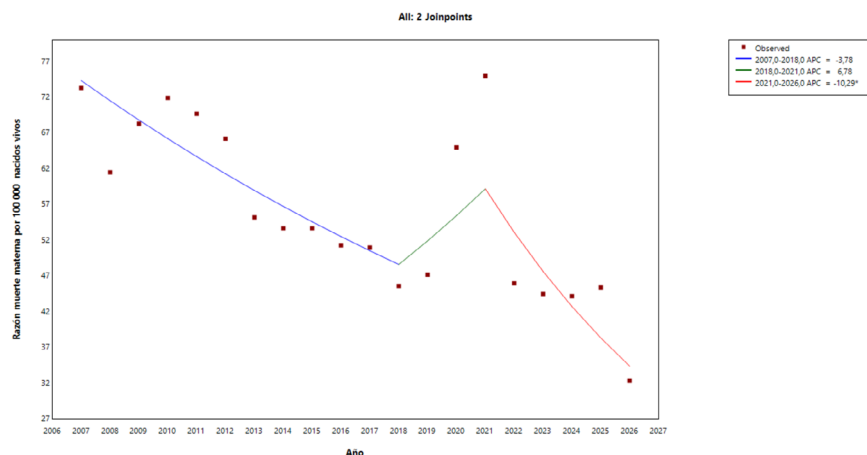
Fuente: Instituto Nacional de Salud, siviigila, 2021 a semana epidemiológica 18 de 2026, cifras preliminares. Nacidos vivos DANE 2021 a 2024, RUAF ND 2025 – 2026 datos preliminares. p: datos preliminares

Este patrón podría sugerir que las acciones implementadas en torno a la identificación temprana y la atención oportuna de la MME por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), así como los seguimientos realizados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las entidades territoriales pueden estar contribuyendo al propósito central de la vigilancia del evento: la reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad perinatal y neonatal tardía asociada.

Mortalidad materna (MM)

La razón de mortalidad materna en Colombia presenta una tendencia general al descenso entre 2007 y 2017, seguida de un incremento entre 2020 y 2021 asociado a la pandemia por COVID-19, y una posterior disminución hasta 2026 con un APC de -10,3 (IC 95% -26,6 a -2,4; p 0,01) (figura 5).

Figura 5. Tendencia de la razón de mortalidad materna, Colombia, 2007 a semana epidemiológica 18 de 2026



Fuente: numerador: DANE, Estadísticas Vitales, Defunciones 2007-2018; Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2019 a semana epidemiológica 18 de 2026 cifras preliminares. Denominador: Nacidos vivos DANE 2007-2024, RUAF ND 2025-2026 datos preliminares.

Las características sociales y demográficas de los casos en los últimos cinco años muestran que las razones más altas se concentraron en las mujeres mayores de 40 años, residentes en área rural dispersa, con pertenencia étnica indígena, no aseguradas o afiliadas al régimen subsidiado principalmente en Nueva EPS, Asmet Salud y Coosalud; para el régimen contributivo las principales EAPB son la Nueva EPS, Salud Total y Famisanar.

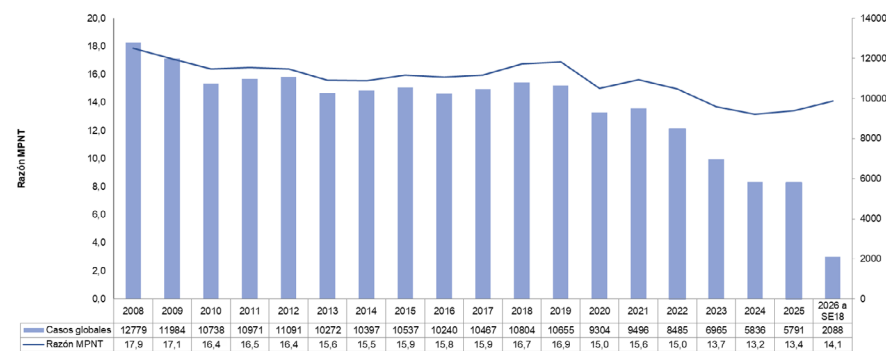
Entre los pueblos indígenas, el mayor número de casos corresponde al pueblo Wayuu, Nasa, Embera y Arhuaco. Las principales causas de muerte materna son directas por trastornos hipertensivos del embarazo, seguido por hemorragia obstétrica y sepsis de origen obstétrico, las cuales representan el 43,8 % del total de casos notificados a semana epidemiológica 18 de 2026.

En cuanto a indicadores a periodo epidemiológico IV de 2026 se observó que la concordancia entre el Registro Único de Afiliados (RUAF) y Sivigila se encuentra en 90,3 %, la proporción de causa básica de muerte bien definida en 67,5 %, la oportunidad en la notificación en 84,9 % y la oportunidad en la realización de unidades de análisis en 77,0 %; esto implica que todos los indicadores están por debajo de la meta establecida para la vigilancia del evento.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía (MPNT)

Entre 2021 y 2024, Colombia presentó una reducción sostenida en la razón de MPNT, pasando de 15,6 a 13,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, acompañado de una disminución progresiva en el número de casos notificados. No obstante, para 2025 se observa un leve incremento preliminar de la razón a 13,4 con una variación de 5,2 % frente al año proyectado. Asimismo, para 2026 se estima una razón de 14,1, lo que sugiere una posible estabilización o cambio en la tendencia descendente observada en años previos. Este comportamiento nos invita a fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, especialmente en territorios con mayores cargas de mortalidad como Vichada, Guainía, Santander, Buenaventura y Chocó (figura 6).

Figura 6. Razones y casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía según notificación al Sivigila, Colombia, 2008 a semana epidemiológica 18 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2008 a semana epidemiológica 18 de 2026 (datos preliminares).
MPNT: mortalidad perinatal y neonatal tardía

El análisis de las características sociales y demográficas evidenció mayores razones por cada 1 000 nacidos vivos en población residente en áreas urbanas (14,3), madres de 10 a 14 años (29,7), sin controles prenatales (111,1), grandes múltiparas (seis o más gestaciones) (35,1), partos domiciliarios (64,6), recién nacidos con peso fetal o neonatal inferior a 2 500 gramos (29,9) y en población indígena (24,5). Asimismo, se identificaron razones más elevadas en personas no aseguradas al sistema de salud (18,4) seguido de régimen subsidiado (16,0); siendo las EAPB que reportan más casos: Nueva EPS o, Coosalud y Asmet Salud y por último régimen contributivo (11,0); siendo las EAPB que reportan más casos: Salud Total, Sura, Sanitas, lo que refleja una mayor vulnerabilidad asociada a condiciones sociales, barreras de acceso a servicios de salud y factores de riesgo materno-perinatales.

De igual manera, el análisis por periodos perinatales de riesgo evidenció las tasas más elevadas en el componente relacionado con la salud materna, con 8,2 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, seguido de los eventos asociados a cuidados prenatales con 2,4 y a la atención del recién nacido con 1,6. Estos resultados sugieren que las principales cargas de riesgo continúan concentrándose en factores maternos y en la calidad del control prenatal, resaltando la importancia de fortalecer la atención integral antes, durante y después de la gestación.

En cuanto a indicadores de MPNT en Colombia, la proporción de causas básicas de muerte bien definidas en Sivigila fue del 88,9 %, con casos aún pendientes de ajuste en la clasificación de la causa básica de muerte. En relación con la correspondencia de casos entre RUAF y Sivigila, el indicador nacional alcanzó el 90,0 %. Por su parte, el cumplimiento de las unidades de análisis con corte al primer trimestre fue del 72,4 %; mientras que, la oportunidad en su realización se ubicó en 70,6 %.

Conclusiones

- En Colombia se observa un incremento sostenido y significativo en los casos y la razón de MME, acompañado de un aumento en el número de UPGD que notifican el evento. En contraste, tanto el índice de letalidad como la mortalidad perinatal y neonatal tardía por MME muestran una tendencia descendente, lo que sugiere que la vigilancia y la atención oportuna pueden estar contribuyendo a reducir los desenlaces más graves.
- La notificación inmediata de casos de morbilidad materna extrema es clave para sostener los avances en salud materna, perinatal y neonatal. Esta oportunidad de actuar permite ofrecer atención oportuna y de calidad a las mujeres, previniendo complicaciones mayores y reduciendo desenlaces fatales.

- La razón de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía presenta una tendencia al descenso, sin embargo, a la fecha no se cumple con la meta establecida para Colombia en el CONPES 3918 de 2018 y Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
- Las desigualdades sociales y demográficas influyen significativamente en el comportamiento de los eventos que integran el componente de maternidad segura, es así como se identifica mayor riesgo en mujeres adolescentes y mayores de 40 años, en mujeres no aseguradas, afiliadas al régimen subsidiado, residentes en área rural dispersa y pertenecía étnica indígena.
- El riesgo de muerte en la morbilidad materna extrema aumenta seis veces más para las gestantes que no accedieron al control prenatal.
- La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo, hemorragia obstétrica y sepsis de origen obstétrico, similar al comportamiento de la morbilidad materna extrema.
- La mortalidad perinatal y neonatal tardía presenta mayor riesgo de muerte en edad materna de 10 a 14 años, sin controles prenatales, grandes múltiparas (6 o más gestaciones), parto domiciliario y peso fetal o neonatal < 2 500 gr.
- El indicador de concordancia RUAF-Sivigila, causa básica de muerte bien definida y oportunidad en la realización de unidades de análisis para mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía a nivel nacional se encuentran por debajo de la meta establecida para la vigilancia de los eventos.

Recomendaciones

- Liderar la vigilancia en salud pública de la morbilidad materna extrema, mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía, garantizando: análisis oportuno de la información, identificación de territorios y poblaciones de mayor riesgo para la toma de decisiones basadas en el comportamiento de sus eventos.
- Fortalecer la gobernanza y articulación intersectorial, incorporando acciones en salud materna con enfoque diferencial, intercultural especialmente en población indígena y rural dispersa.
- Mejorar el acceso a las intervenciones individuales y colectivas definidas en la Ruta Integral de atención en Salud Materno Perinatal por medio de la conformación de equipos extramurales multidisciplinarios para el despliegue de las intervenciones en las áreas rurales dispersas.

- Garantizar la realización de las unidades de análisis de mortalidad materna y mortalidad perinatal y neonatal tardía, así como la adopción de planes de mejoramiento que busquen disminuir las brechas identificadas.
- Fortalecer la capacidad instalada del territorio, incluyendo: talento humano en salud, infraestructura y sistemas de referencia, especialmente en zonas dispersas.
- Hacer seguimiento a los indicadores de calidad de la vigilancia (concordancia RUAf-Sivigila, oportunidad en la notificación y causa básica de muerte bien definida), los cuales se encuentran por debajo de la meta nacional.
- Articular con sus territorios y Entidades Administradoras de Planes de Beneficio la implementación del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, priorizando territorios con mayores inequidades.

EAPB

- Garantizar la afiliación efectiva y continuidad en la atención, priorizando la identificación y vinculación de personas en capacidad de gestar no aseguradas.
- Garantizar la oportunidad en el acceso a servicios materno-perinatales, incluyendo: consulta preconcepcional, control prenatal, atención especializada para las emergencias obstétricas.
- Implementar modelos de gestión del riesgo individual, con seguimiento nominal de la cohorte de gestantes y orientar la gestión por alerta ante incumplimientos.
- Garantizar redes integrales de prestación con rutas claras de referencia y contrarreferencia, reduciendo demoras en la atención de las emergencias obstétricas.
- Monitorear y evaluar el desempeño de su red prestadora de servicios de salud en calidad del control prenatal, resultados materno-perinatales y cumplimiento de indicadores de vigilancia epidemiológica.
- Articular con entidades territoriales la implementación del plan de aceleración para la Reducción de la mortalidad materna, priorizando territorios con mayores inequidades.

IPS

- Fortalecer la detección temprana del riesgo obstétrico, garantizando la captación temprana de gestantes para inicio del control prenatal, con énfasis en mujeres adolescentes, mayores de 35 años y población en zonas rurales dispersas.
- Garantizar el cumplimiento de la ruta integral de atención en salud materno perinatal, incluyendo la realización de mínimo cuatro controles prenatales de calidad, con enfoque de riesgo y seguimiento continuo.
- Mejorar la capacidad resolutive para la atención de emergencias obstétricas mediante la adopción de guías de práctica clínica, disponibilidad de insumos y funcionamiento permanente de servicios de referencia y contrarreferencia.
- Fortalecer las competencias del talento humano en salud para la atención de los trastornos hipertensivos, hemorragias obstétricas y sepsis, principales causas de morbilidad materna extrema y mortalidad materna, atención del parto humanizado y cuidados neonatales.
- Garantizar la calidad y oportunidad en la notificación a Sivigila, así como la participación en las unidades de análisis de mortalidad materna, mortalidad perinatal y neonatal tardía, mejorando la calidad del dato y la definición de causa básica de muerte.
- Implementar estrategias extramurales y comunitarias para reducir barreras de acceso, especialmente en zonas rurales dispersas y poblaciones étnicas.

9

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO; [Internet]. 2011. [cited 2025 May 24]. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502221>
2. OPS- OMS. Guía técnica para la auditoría de casos de morbilidad materna extrema y la elaboración de respuestas adecuadas para la reducción de la morbilidad materna extremadamente grave (near miss materno). OPS; [Internet]. 2024. [cited 2026 May 23]. Disponible en <https://iris.paho.org/items/f3329b49-d564-4707-8517-65691798e229>

3. OPS. Estrategia para acelerar la reducción de la mortalidad materna en la Región de las Américas, basada en la Atención Primaria de Salud. OPS; [Internet]. 2024. [cited 2026 May 23]. Disponible en <https://iris.paho.org/items/940a3db0-47fe-49cf-b0a7-314f0fd34482>

4. Kajdy A, Feduniw S, Modzelewski J, Sys D, Filipecka-Tyczka D, Muzyka-Placzyńska K, Kiczmer P, Grabowski B, Rabijewski M. Growth Abnormalities as a Risk Factor of Adverse Neonatal Outcome in Hypertensive Pregnancies: A Single-Center Retrospective Cohort Study. Children [Internet]. 2021 Jun 19;8(6):522. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34205263/>

5. Departamento nacional de planeación. Documento CONPES 3918 [Internet]. Colombia 2018 p. 1-74. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023 [Internet]. Colombia ; 2023 p. 1-381. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022 [Internet]. 2022 p. 1-273. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

8. Ministerio de salud y protección social, Dirección de promoción y prevención. Grupo salud sexual y reproductiva. Grupo curso de vida. Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna [Internet]. 2023 p. 1-29. Disponible en: <https://actualisalud.com/wp-content/uploads/2023/05/Plan-Aceleracion-Reduccion-Muertes-Maternas.pdf>



SITUACIÓN NACIONAL

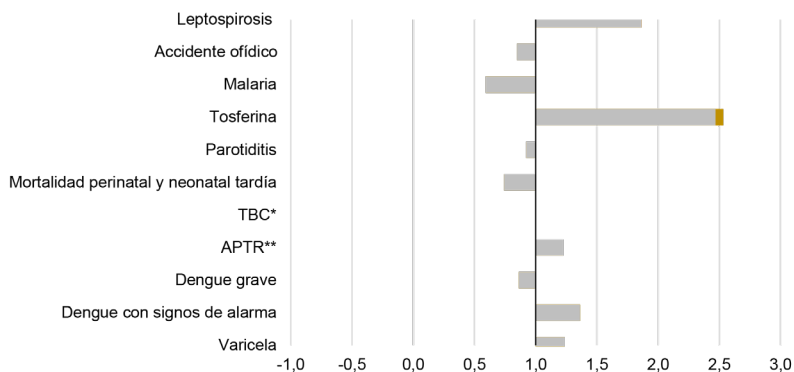
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se comparó el valor observado en la Semana Epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia conformada por la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis de los eventos de dengue grave y dengue con signos de alarma, se excluye el año 2024, dado que corresponde a un 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 20 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 7).

Figura 7. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 20 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 por debajo del comportamiento histórico de la notificación (tabla 4).

Tabla 4. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 20 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	69325	74405	-10,60	0,00

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 20 del 2026, los eventos de leishmaniasis cutánea y leishmaniasis mucosa se encuentran por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 5).

Tabla 5. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Leishmaniasis cutánea	12	92	0,00
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,00
Zika	2	3	0,18
Mortalidad por dengue	6	4	0,13
Lepra	6	6	0,16
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	1	0,14
Chikunguña	0	1	1,00

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

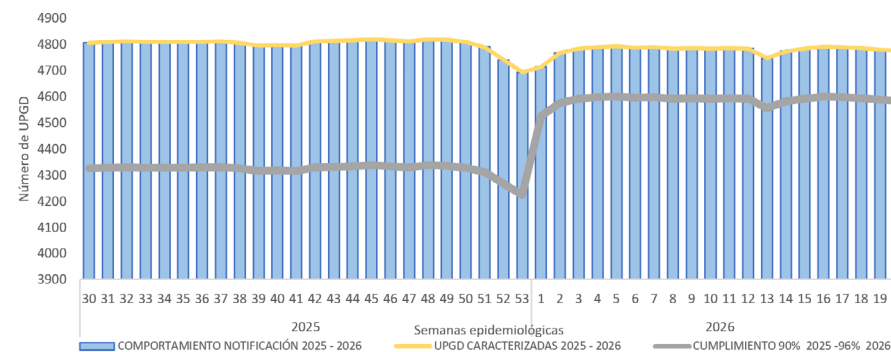
Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 20 de 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 20 del año 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 100,0 % (4 776 / 4 776); observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 20 de 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 4585 UPGD en la semana analizada (figura 8)

Figura 8. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 20 del 2026



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

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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



MORTALIDAD

A semana epidemiológica 20 del 2026, se han notificado 237 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 231 casos notificados de residentes en Colombia, 144 fueron por IRA, 41 por desnutrición (DNT) aguda y 46 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 79 fueron confirmados, 37 descartados y 115 se encuentran en estudio (tabla 6).

Tabla 6. 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 20 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 20 2026			Casos en estudio a SE 20 2026			Tasa a SE 20 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	14	43	22	22	73	20	0,38	1,18	0,60
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00
Antioquia	1	1	0	2	17	1	0,24	0,24	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
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	2	0	0	7	0	0,00	0,47	0,00
Bolívar	2	3	0	1	1	0	1,83	2,74	0,00
Boyacá	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	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	2	2	0,00	0,00	0,00
Cesar	1	4	0	2	0	2	0,75	2,98	0,00
Chocó	4	8	7	5	7	4	6,18	12,36	10,82
Córdoba	1	1	0	0	4	0	0,59	0,59	0,00
Cundinamarca	0	0	0	0	4	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	6	2	2,69	1,79	4,48
Magdalena	0	2	1	0	0	0	0,00	2,23	1,11
Meta	0	3	0	1	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	2	0	1	2	0	0,00	1,74	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	1	0	0	1	1	0,00	1,15	0,00
Tolima	0	0	0	0	2	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
Vichada	2	0	0	3	1	0	11,77	0,00	0,00

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

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

Nota: las entidades territoriales que no registraron casos a SE 20 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 20 del 2026 se han notificado 144 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 22 confirmadas por laboratorio, 21 confirmadas por clínica, 28 descartadas, y 73 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,18 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 20 fueron 114, para una tasa de mortalidad de 3,09 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Bogotá D.C, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, La Guajira, Norte de Santander 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 20 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y Enterovirus entre otros (tabla 7).

Tabla 7. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 20, 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>	4	0	0	0	0	4	8	0	0	0	0	8
<i>Rhinovirus</i>	7	1	2	1	0	11	3	0	1	1	1	6
Enterovirus	6	0	1	1	0	8	3	0	0	0	1	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	1	0	1	0	4	2	1	0	0	1	4
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	3
<i>Adenovirus</i>	3	0	0	1	0	4	1	0	0	1	0	2
<i>Metapneumovirus</i>	2	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	2	0	0	0	4	1	0	0	0	1	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	2
<i>Haemophilus influenzae B</i>	4	2	0	1	0	7	1	0	0	0	0	1
Parainfluenza tipo 1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
SARS-CoV2	3	0	0	1	0	4	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Influenza A	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 3	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Parainfluenza tipo 4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Streptococcus pyogenes</i>	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Total	43	8	6	6	0	63	28	1	2	2	4	37

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 20 de 2026 se han notificado 41 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 14 confirmadas, cinco (5) descartadas y 22 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,38 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 20 fue de 64, para una tasa de mortalidad de 1,74 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Uribe y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 20 de 2026 se han notificado 46 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 21 confirmadas por clínica, una (1) confirmada por laboratorio, cuatro (4) descartadas y 20 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,6 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 20 fue de 36 para una tasa de mortalidad de 0,98 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 20 del 2019 al 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en las entidades territoriales departamentales, y a nivel municipal, en Bagadó. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

Para el cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares.

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

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

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

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

Tabla 8. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	100	54	26	180
2024	82	57	26	165
2025p	67	56	17	140
2026p	55	37	21	113

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 20 de 2026 fue de 33,3 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 40,2 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 21 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., La Guajira, Antioquia, Cesar, Chocó y Cartagena de Indias. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observó diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en los departamentos de Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 9).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Tuta (Boyacá), El cantón de San Pablo (Chocó) y Cumbal (Nariño); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 10).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 20 de 2026, el 56,4 % corresponde a causas directas y el 29,1 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 23,6 % (tabla 11).

En la semana epidemiológica 20 de 2026 se notificaron al Sivigila siete (7) casos: dos (2) muertes maternas tempranas y cinco (5) muertes maternas tardías. El país acumula 58 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 55 residen en territorio colombiano y tres (3) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 8).

Tabla 9. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 20 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 20	Acumulado de casos a SE 20		Razón de MM por 100 000 NV a SE 20	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	91	67	55	40,2	33,3
Chocó	5	4	4	174,7	196,1
Caquetá	2	1	3	52,1	168,2
La Guajira	7	6	6	98,0	97,6
Cartagena de Indias	2	0	4	0,0	93,5
Cesar	5	6	4	110,0	74,7
Risaralda	2	2	2	73,4	71,1
Quindío	1	1	1	68,7	69,3
Nariño	5	2	3	45,2	68,0
Sucre	2	1	2	28,6	61,7
Casanare	1	2	1	106,6	58,4
Santa Marta	2	0	1	0,0	44,2
Cauca	4	1	2	21,9	44,1
Bogotá, D.C.	8	4	8	18,3	36,7
Magdalena	2	0	1	0,0	29,9
Cundinamarca	5	5	3	48,0	29,0
Boyacá	1	1	1	25,7	26,7
Antioquia	8	8	5	40,3	25,1
Tolima	3	2	1	45,0	23,1
Meta	2	1	1	22,6	22,0
Huila	3	1	1	20,4	20,2
Valle del Cauca	2	2	1	38,0	19,3
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Atlántico	3	2	0	45,5	0,0
Barranquilla	2	2	0	40,4	0,0
Bolívar	3	1	0	22,2	0,0
Buenaventura	1	0	0	0,0	0,0
Caldas	0	0	0	0,0	0,0
Santiago de Cali	2	3	0	46,5	0,0
Córdoba	4	3	0	46,2	0,0
Guainía	0	1	0	332,2	0,0
Norte de Santander	4	2	0	34,5	0,0
Putumayo	0	0	0	0,0	0,0
Santander	2	2	0	27,9	0,0
Vichada	1	1	0	191,6	0,0

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

Tabla 10. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 20 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 20	Valor observado SE 20
Colombia	91	55
Tuta (Boyacá)	0	1*
El Canton de San Pablo (Chocó)	0	1*
Cumbal (Nariño)	0	1*

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022-2024, datos preliminares 2025 - 2026. SE: Semana Epidemiológica.
*Municipios que en el promedio histórico 2022 - 2025 no presentaron muertes maternas tempranas

Tabla 11. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 20	Número de casos y proporción a SE 20 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	75	82	100	67	100	55	100
DIRECTA	50	53	64,6	46	68,7	31	56,4
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	15	18	22,0	12	17,9	13	23,6
Hemorragia obstétrica	17	18	22,0	16	23,9	6	10,9
Sepsis obstétrica	5	5	6,1	5	7,5	4	7,3
Embarazo ectópico	4	3	3,7	5	7,5	3	5,5
Evento tromboembólico como causa básica	6	5	6,1	6	9,0	3	5,5
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,8
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	1	1	1,2	0	0,0	1	1,8
Otras causas directas	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	2	2	2,4	2	3,0	0	0,0
INDIRECTA	24	28	34,1	19	28,4	16	29,1
Otras causas indirectas	7	10	12,2	4	6,0	8	14,5
Otras causas indirectas: neumonía	5	4	4,9	5	7,5	4	7,3
Sepsis no obstétrica	4	4	4,9	4	6,0	2	3,6
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,7	2	3,0	2	3,6
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	3,0	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,4	2	3,0	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,9	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,5	0	0,0
En estudio	1	1	1,2	1	1,5	8	14,5

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

La razón de muerte perinatal y neonatal tardía se calculó, de acuerdo con lo establecido en el país, utilizando como numerador los casos notificados que cumplen con la definición operativa; para el denominador se tomaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo a analizar publicados de manera preliminar por RUAF - ND 2025 y 2026.

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

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

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

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

A semana epidemiológica 20 del 2026 se han notificado 2 352 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 329 corresponden a residentes en Colombia y 23 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 14,1 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Córdoba y La Guajira. Las razones más altas se observaron en Guainía, Vichada, Buenaventura, Chocó y Quindío.

Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 20 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Caquetá, Putumayo, Casanare, Guaviare y Guainía (tabla 12).

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), Itagüí (Antioquia), Girón (Santander), Tunja (Boyacá), Granada (Meta), Girardot (Cundinamarca), Inírida (Guainía), Saravena (Arauca), Piedecuesta (Santander), La Estrella (Antioquia), La Plata (Huila), Caldas (Antioquia), Alto Baudó (Chocó), Peñol (Antioquia), Simití (Bolívar), Jambaló (Cauca), Becerril (Cesar), Carmen del Darién (Chocó), El Rosal (Cundinamarca), Roberto Payán (Nariño) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 13).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 41,8 %, seguido de neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 18,0 %, y las fetales intraparto con 12,1 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,4 %, seguido de prematuridad e inmaduridad con el 17,4 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,4 % (tabla 14). Se observó un incremento a corte de semana epidemiológica 20 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 12. 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 20 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 20	Acumulado de casos a SE 20		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025 a SE 20	2026 a SE 20
Colombia	2 870	2 091	2 329	13,4	14,1
Guainía	8	7	12	25,4	36,3
Vichada	14	12	16	24,1	33,5
Buenaventura	33	31	25	34,2	26,9
Chocó	71	38	49	17,6	24,0
Quindío	23	14	27	10,2	18,7
Arauca	26	11	23	10,2	18,6
Caldas	38	35	39	17,7	18,4
Amazonas	6	7	5	26,3	18,1
Bolívar	86	65	77	15,4	17,6
Vaupés	6	3	3	18,6	16,9
Córdoba	143	92	101	15,0	16,4
La Guajira	151	96	101	16,8	16,4
Cauca	96	55	72	12,9	15,9
Santiago de Cali	112	95	96	15,8	15,6
Barranquilla	104	56	81	12,0	15,4
Sucre	70	40	50	12,3	15,4
Huila	69	43	74	9,3	15,0
Cesar	100	79	80	15,4	14,9
Nariño	82	75	64	18,1	14,5
Cundinamarca	158	143	149	14,7	14,4
Antioquia	324	251	278	13,5	14,0
Risaralda	44	30	38	11,7	13,5
Bogotá, D.C.	300	241	292	11,8	13,4
Meta	67	64	58	15,4	12,7
Valle del Cauca	85	64	65	12,9	12,5
Santa Marta	33	14	28	6,6	12,4
Cartagena de Indias	93	56	53	13,5	12,4
Magdalena	69	52	41	15,8	12,3
Norte de Santander	82	58	67	10,6	11,7
Putumayo	22	16	16	12,3	11,5
Santander	89	60	77	8,9	10,9
Atlántico	87	49	51	11,8	10,8
Caquetá	26	19	19	10,5	10,7
San Andrés y Providencia	5	6	2	29,7	10,3
Tolima	58	40	44	9,5	10,2
Boyacá	53	42	38	11,5	10,1
Casanare	32	25	16	14,1	9,3
Guaviare	6	7	2	19,3	4,9

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

Tabla 13. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 20 2021 - 2025	Valor observado a SE 20 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	2870	2329	-
Manaure (La Guajira)	14	21	3
Dosquebradas (Risaralda)	9	14	11
Cumaribo (Vichada)	9	14	2
Itagüí (Antioquia)	8	13	1
Girón (Santander)	8	13	5
Tunja (Boyacá)	6	11	17
Granada (Meta)	4	11	15
Girardot (Cundinamarca)	6	10	8
Inírida (Guainía)	5	10	1
Saravena (Arauca)	4	8	3
Piedecuesta (Santander)	4	8	1
La Estrella (Antioquia)	2	7	5
La Plata (Huila)	4	7	2
Caldas (Antioquia)	2	6	5
Alto Baudó (Chocó)	2	6	7
Peñol (Antioquia)	1	4	3
Simití (Bolívar)	1	4	4
Jambaló (Cauca)	1	4	6
Becerril (Cesar)	1	4	3
Carmen del Darién (Chocó)	1	4	1
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	13
Roberto Payán (Nariño)	1	4	13
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	14

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

Tabla 14. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 20, 2024 -2026					
	2024 a SE 20	(%)	2025 a SE 20	(%)	2026 a SE 20	(%)
Colombia	2360	100,0	2091	100,0	2329	100,0
Asfíxia y causas relacionadas	610	25,8	588	28,1	569	24,4
Prematuridad-inmaduridad	390	16,5	341	16,3	405	17,4
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	368	15,6	323	15,4	313	13,4
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	275	11,7	228	10,9	232	10,0
Malformación congénita	196	8,3	182	8,7	184	7,9
Infecciones	213	9,0	183	8,8	175	7,5
Sin información	0	0,0	0	0,0	136	5,8
Otras causas de muerte	154	6,5	135	6,5	136	5,8
Causas no específicas	63	2,7	34	1,6	107	4,6
Trastornos cardiovasculares	68	2,9	52	2,5	47	2,0
Lesión de causa externa	12	0,5	9	0,4	13	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	11	0,5	16	0,8	12	0,5

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo sobre los casos notificados durante la semana epidemiológica 20 de 2026, analizando las variables de interés registradas en la ficha epidemiológica de los eventos colectivo e individual respectivamente (código INS 995 y código INS 345).

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

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica y umbral estacional (promedio histórico) de los años 2019 a 2025 y el intervalo de confianza.

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 17 a 20 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 13 a 16 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30 % o inferior al -30 %, respectivamente) (tabla 15).

Tabla 15. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2026 y 17 a 20 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 13 a 16 de 2026	SE 17 a 20 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	453 680	537 381	● 18,45%	
Hospitalización en sala general	23 832	24 933	● 4,62%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 995	2 777	● -7,28%	

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 20 del 2026 se notificaron 131 038 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 y Santander. Se presentó disminución en Amazonas, Santiago de Cali, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Quindío y Vichada. Las 26 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 14 municipios (tabla 16).

Tabla 16. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 del 2026

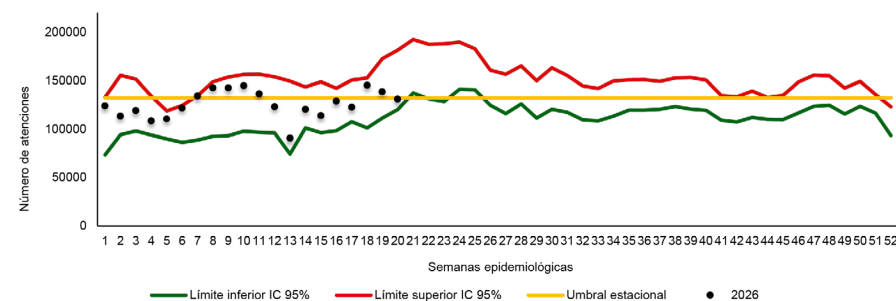
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	32 665	34 462	6 519	7 217
La Guajira	Maicao	23 993	28 502	3 690	6 435
Cundinamarca	Soacha	32 186	26 311	5 810	6 234
Antioquia	Itagüí	35 375	31 162	5 358	5 999
Antioquia	Bello	25 028	30 408	4 723	5 719
Antioquia	Rionegro	14 834	20 185	2 229	4 802
La Guajira	Uribe	19 006	20 481	2 803	4 187
Cundinamarca	Chía	22 695	18 113	5 099	3 951
Santander	Floridablanca	10 283	11 289	1 795	2 632
Cundinamarca	Zipacquirá	8 801	8 189	1 959	2 048
Córdoba	Cereté	6 938	8 099	878	2 003
Antioquia	Envigado	10 548	12 590	1 986	1 974
Risaralda	Dosquebradas	12 064	10 447	1 863	1 938
Boyacá	Duitama	8 467	7 071	1 959	1 911
Santander	Barrancabermeja	12 797	12 934	1 512	1 910
Valle del Cauca	Palmira	11 834	9 325	2 094	1 863
Córdoba	Lorica	5 778	6 277	1 096	1 750
Bolívar	Magangué	8 183	7 591	1 287	1 689
Magdalena	Ciénaga	8 750	8 108	1 354	1 675
Cundinamarca	Funza	6 604	7 124	1 261	1 667
Cundinamarca	Madrid	5 286	6 430	1 360	1 634
Cundinamarca	Girardot	9 049	6 331	1 998	1 452
Cundinamarca	Facatativá	7 480	5 495	1 839	1 412
Boyacá	Sogamoso	7 227	5 995	1 493	1 401
Antioquia	Apartadó	6 740	8 216	1 437	1 361
Antioquia	Turbo	5 522	5 638	847	1 239
Norte de Santander	Ocaña	6 263	5 907	1 116	1 186
Casanare	Yopal	4 975	4 193	1 150	1 176
Valle del Cauca	Yumbo	6 000	5 051	1 233	1 156
Cesar	Aguachica	4 738	4 808	988	1 127
Valle del Cauca	Tuluá	5 559	4 655	909	948
Santander	Girón	3 191	3 465	325	907
Valle del Cauca	Buenaventura	2 626	3 890	683	897
Santander	Piedecuesta	3 616	4 153	490	884
Valle del Cauca	Cartago	6 518	5 610	1 133	857
Huila	Pitalito	5 466	3 293	1 220	841
Córdoba	Sahagún	9 714	3 735	1 991	807
Cauca	Santander De Quilichao	4 958	3 331	998	711
Atlántico	Malambo	2 357	3 041	528	703
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 011	2 990	634	555
Cundinamarca	Mosquera	2 579	2 330	703	507
Cauca	Guapi	2 072	1 620	215	323
Nariño	La Florida	301	311	43	48

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,2 % (130 086) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 20,5 % (110 237). 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 13,8 % y los menores de 2 a 4 años con el 13,7 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 de 2026, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, situándose por debajo del umbral estacional, seguido de un incremento en las semanas 18 y 19, con una tendencia hacia el descenso en la semana epidemiológica 20 (figura 9).

Figura 9. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

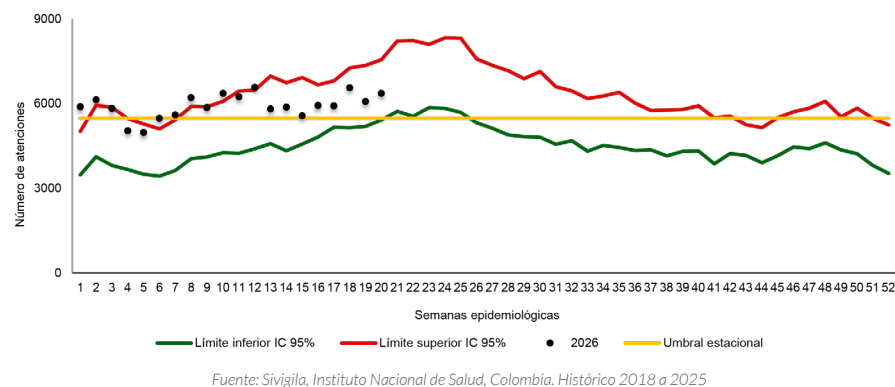
En la semana epidemiológica 20 del 2026 se notificaron 6 368 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se presentó disminución en Santiago de Cali, Guainía, La Guajira, Putumayo y Vaupés e incremento en Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Guaviare, Magdalena, Santa Marta y Tolima. En las 22 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 718) representaron el 30,8 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 24,5 % (4 565). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se

presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 34,6 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 28,9 %.

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

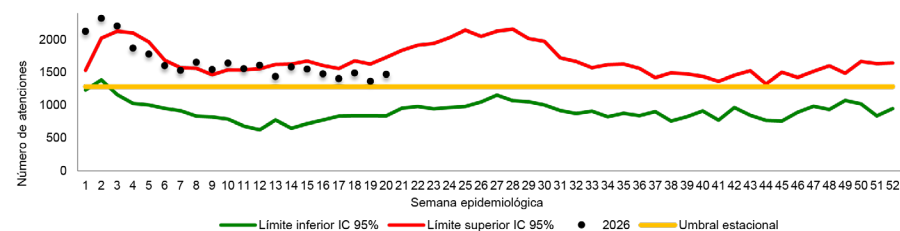
Figura 10. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2026



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

En la semana epidemiológica 20 del 2026, se notificaron 1 466 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 20 de 2026 (figura 11).

Figura 11. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 20 de 2026



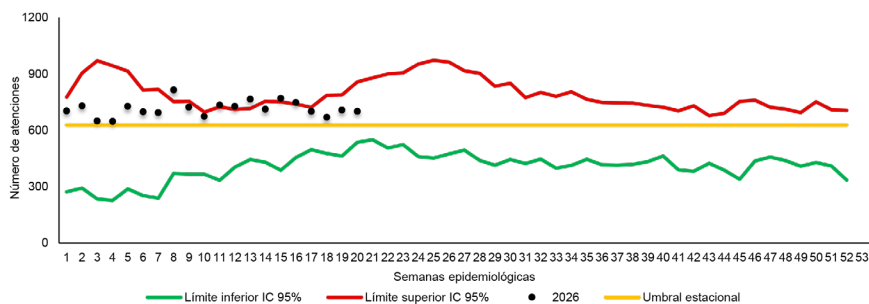
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 20 del 2026 se notificaron 701 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Santiago de Cali, Casanare, La Guajira, Nariño, Putumayo, Quindío, Santander y Valle del Cauca. Se presentó disminución en Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (17 a 20 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 31,7 % (882), seguido de los menores de 1 año con el 23,6 % (658) 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 29,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 27,3 %.

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 de semana 17 a 20 (figura 12).

Figura 12. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2026

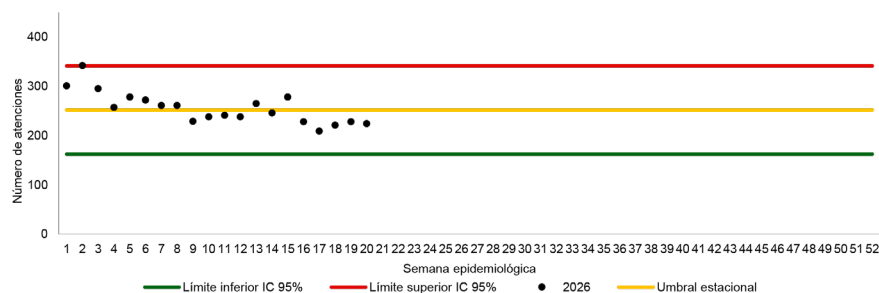


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 20 del 2026, se notificaron 224 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 20 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 13).

Figura 13. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 20 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 20 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 20, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, *metapneumovirus*, parainfluenza e influenza. Al

comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un decremento general de la positividad y *metapneumovirus* 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 17). 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 17. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 13 a 20 de 2026

Agente viral identificado	SE 13 a 16 de 2026			SE 17 a 20 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	54,6	61,8	23,1	53,3	61,9	25,9	
Rinovirus	17,0	15,7	20,0	13,8	12,8	14,3	
Virus sincitial respiratorio	33,8	38,8	6,7	39,8	47,8	7,1	
Enterovirus	5,9	5,6	13,3	5,5	4,9	-	
Adenovirus	5,9	7,0	-	9,0	10,2	-	
Influenza B	0,3	-	-	1,7	0,4	14,3	
Influenza A	5,3	3,5	13,3	5,5	0,9	14,3	
Parainfluenza	12,3	11,9	26,6	15,2	15,9	7,1	
<i>Metapneumovirus</i>	11,5	12,2	-	2,1	1,3	7,1	
A(H1N1)pdm09	2,5	0,7	6,7	1,4	0,9	-	
SARS-CoV2	0,8	0,7	6,7	1,0	1,3	-	
A(H3N2)	2,5	1,4	6,7	3,5	2,7	21,4	
Coronavirus	2,2	2,4	-	1,0	0,4	14,3	

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

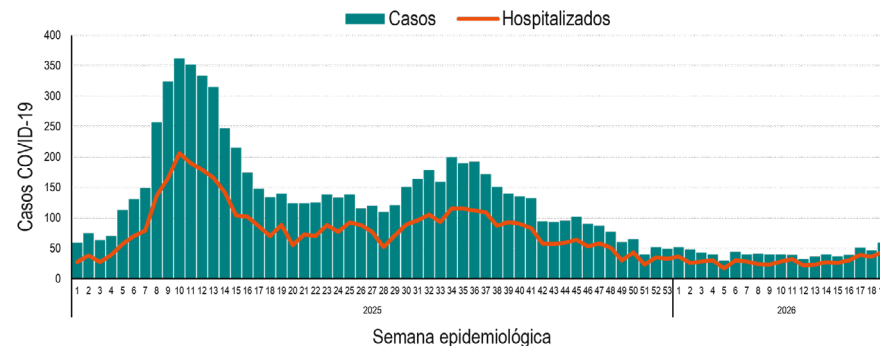
Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 20 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, $p > 0,05$).

Figura 14. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 20 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 20 de 2026
*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026) se registró una incidencia de 0,4 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 26 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 63 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2026), se evidencia un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en Cundinamarca, Meta, Santander y Sucre, Bogotá, D.C. y Cartagena de Indias. A nivel municipal, dicho incremento se observa en Madrid (Cundinamarca), Villavicencio (Meta) y Bucaramanga (Santander).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 13 a 16 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026), se registró un incremento en los grupos de 80 a 89 años (266,7 %), 60 a 69 años (150,0 %), 40 a 49 años (100,0 %), 70 a 79 años (75,0 %), 50 a 59 años (50,0 %), 30 a 39 años (33,3 %), menores de un año (65,1 %), 1 año (28,6 %) y 2 a 4 años (10,5 %). En contraste, se observó una disminución en los grupos de 10 a 19 años (-46,7 %), 90 a 99 años (-100,0 %), 20 a 29 años (-9,1 %) y 5 a 9 años (-6,3 %), mientras que el grupo de 100 años más no registró casos en ninguno de los dos periodos (tabla 18).

26

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 20), con corte al 23 de mayo y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 844 casos de COVID-19, de los cuales 843 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 17 a 20) se registraron 203 casos, un aumento del 33,6 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 13 a 16), en el que se reportaron 152 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 154 casos, un incremento del 45,3 % frente a las 106 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 20), los casos de 2026 muestran una tendencia a la disminución, como se evidencia en la figura 14.

Tabla 18. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 13 a 20 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 13 a 16 2026	SE 17 a 20 2026		
Menor de un año	43	71	65,1	
1 año	21	27	28,6	
2 a 4 años	19	21	10,5	
5 a 9 años	16	15	-6,3	
10 a 19 años	15	8	-46,7	
20 a 29 años	11	10	-9,1	
30 a 39 años	6	8	33,3	
40 a 49 años	3	6	100,0	
50 a 59 años	6	9	50,0	
60 a 69 años	4	10	150,0	
70 a 79 años	4	7	75,0	
80 a 89 años	3	11	266,7	
90 a 99 años	1	0	-100,0	
Mayor de 100 años	0	0	NC	
Total	152	203	33,6	

• NC: no calculable

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

Fuente: Sivigila SE 13 a 20 de 2026
PE: periodo epidemiológico
SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia siete (7) fallecimientos asociados a COVID-19: dos (2) en Antioquia (Medellín y El Peñol) y uno (1) en cada uno de los departamentos de La Guajira (Riohacha), Nariño (Pasto), Quindío (Montenegro), Córdoba (Montería) y Cundinamarca (La Calera).

Para obtener más información sobre el COVID-19, consulte el enlace <http://url.ins.gov.co/uu71a>, 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 20 de 2026, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 20 del 2026 se notificaron 3 092 casos de dengue: 2 259 casos de esta semana y 833 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 43 868 casos, 26 384 (60,1 %) sin signos de alarma, 17 031 (38,8 %) con signos de alarma y 453 (1,1 %) de dengue grave.

El 65,4 % (28 679) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira, Cartagena de Indias, y Santa Marta (tabla 19). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Santander, Cesar, Magdalena, Norte de Santander, La Guajira, Casanare, Tolima y Antioquia concentran el 69,4 % (6 959 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Santiago de Cali, Caquetá, Casanare, Cundinamarca, Guaviare, Meta, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Sucre, Valle del Cauca y Vaupés; y una tendencia al descenso superior al 30,0 % en Córdoba; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 19).

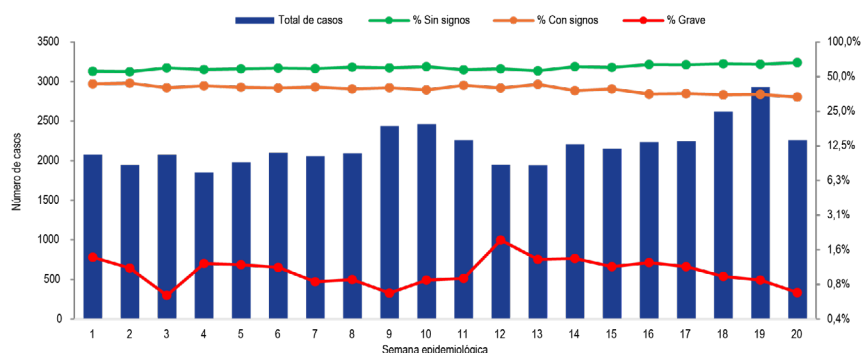
Tabla 19. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 12 - 15 2026)	Observado (SE 16-19 2026)
Meta	6 758	31.0	0.9	1 542	2 071
Cesar	3 844	57.6	0.5	638	634
Bolívar	3 133	38.9	1.6	668	826
Santander	2 965	35.6	0.6	583	636
Norte de Santander	2 896	36.5	1.7	480	613
Magdalena	2 620	49.9	0.8	559	615
La Guajira	2 408	53.6	2.0	484	447
Cartagena	2 293	19.1	0.9	303	335
Santa Marta	1 762	44.3	0.5	325	238
Córdoba	1 594	40.5	0.6	310	214
Barranquilla	1 561	41.4	1.0	203	179
Tolima	1 538	31.5	1.4	312	372
Antioquia	1 462	36.3	1.0	229	362
Atlántico	1 402	44.4	1.1	242	208
Casanare	904	34.2	0.2	171	383
Arauca	852	33.8	0.6	118	248
Sucre	688	50.6	0.7	109	185
Cundinamarca	681	35.5	0.9	139	186
Valle del Cauca	676	31.8	0.4	135	185
Huila	632	37.5	4.6	135	172
Cali	618	37.2	0.3	113	149
Amazonas	390	14.6	0.0	66	60
Chocó	370	21.1	1.4	79	86
Guaviare	298	19.5	0.7	34	161
Putumayo	281	19.9	1.1	56	91
Caquetá	279	52.0	2.9	53	85
Nariño	273	46.2	1.1	54	61
Quindío	144	20.1	0.7	25	54
Exterior	88	40.9	4.5	14	19
Cauca	88	36.4	0.0	20	17
Boyacá	85	61.2	0.0	9	39
Risaralda	81	37.0	1.2	16	27
Caldas	73	49.3	0.0	9	31
Buenaventura	52	34.6	0.0	8	14
Vichada	36	27.8	0.0	4	4
Vaupés	26	15.4	0.0	2	19
Archipiélago de San Andrés	10	40.0	0.0	1	4
Guainía	7	28.6	0.0	2	1
Total	43 868	38.8	1.1	8 250	10 031

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 % a nivel nacional (figura 15); 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 16 a 19 de 2026) fueron: Caquetá, Cesar y La Guajira.

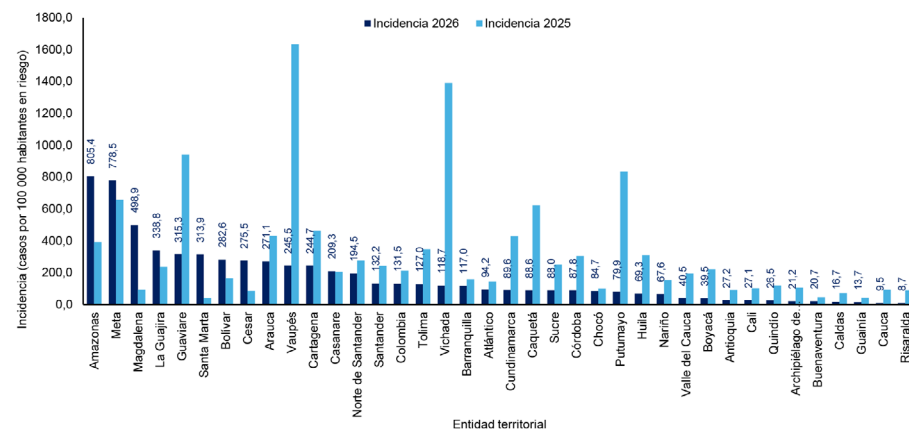
Figura 15. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2026



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

A semana epidemiológica 20 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 131,5 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 212,1 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 Bolívar, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 20 del 2026 registrando tasas superiores a 280 casos por 100 000 habitantes (figura 16). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 270,5 casos por 100 000 habitantes.

Figura 16. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2025 y 2026

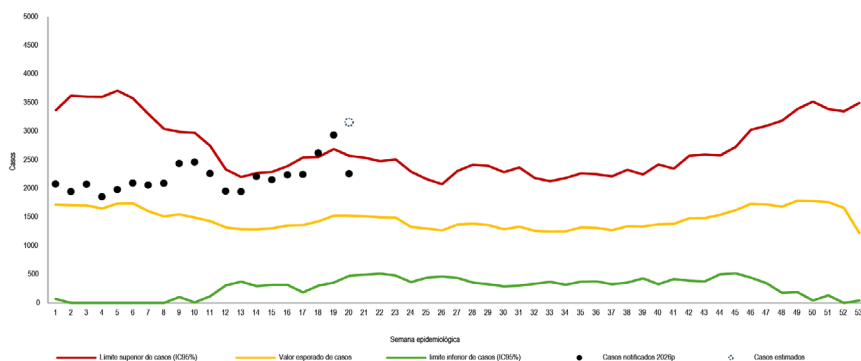


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 20 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 21,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 12 a 15, 2026) (figura 17). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 20), se observa una reducción del 38,0 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 70 642 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 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 35,1 % (13) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 20).

Figura 17. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026



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

Tabla 20. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 20 del 2026

Situación epidemiológica a SE 20, 2026	Periodo de transmisión según comportamiento histórico para el mes de mayo		
	Alta	Moderada	Baja
Por encima del límite superior esperado	-	Meta, Guaviare, Quindío	Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla, Cartagena de Indias., Cesar, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta .
Alerta	Amazonas	Caldas, Casanare, Chocó, Huila, Nariño, Risaralda,	Antioquia, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Córdoba, Cundinamarca, Santander, Sucre, Vaupés
Dentro de lo esperado	Boyacá, Santiago de Cali D. E., Caquetá, Putumayo, Guainía	Buenaventura D. E., Cauca, Valle del Cauca	Tolima, Vichada

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 20 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 18,2 % (150) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 31,6 % (18/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 21).

Tabla 21. 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 20 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 12-15 2026)	(SE 16-19 2026)
Antioquia	Bello	5.8	32	6	13
Atlántico	Barranquilla	119.0	1 561	203	179
	Sabanalarga	114.5	118	15	14
	Soledad	55.5	380	64	37
Bolívar	Cartagena	217.3	2 293	303	335
	Magangué	226.1	325	72	105
	Turbaco	276.8	322	87	52
Cesar	Valledupar	264.7	1 461	231	184
	Aguachica	222.9	274	49	86
Córdoba	Montería	126.7	650	131	100
	Cereté	111.8	123	25	9
La Guajira	Riohacha	384.3	805	173	119
	Maicao	185.9	357	65	28
Magdalena	Santa Marta	319.0	1 762	325	238
	Ciénaga	376.5	480	103	85
Meta	Villavicencio	997.6	5 087	1172	1463
Santander	Bucaramanga	164.1	1 016	192	276
Arauca	Arauca	105.6	106	19	27

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

A semana epidemiológica 20 del 2026, se han notificado 122 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 24 casos, se han descartado 56 casos y se encuentran en estudio 42 casos, siendo un (1) caso procedente del exterior. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 59 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 22).

Tabla 22. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 20, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 20, 2026	Letalidad por dengue a SE 20, 2025
	Confirmados	En estudio		
Huila	2	0	0.32	0.21
La Guajira	7	6	0.29	0.06
Magdalena	5	0	0.19	0.00
Atlántico	2	2	0.14	0.09
Bolívar	2	2	0.06	0.11
Santa Marta	1	0	0.06	0.00
Norte de Santander	1	3	0.03	0.05
Santander	1	2	0.03	0.07
Meta	2	4	0.03	0.12
Cesar	1	3	0.03	0.00
Antioquia	0	5	0.00	0.15
Barranquilla	0	3	0.00	0.09
Valle del Cauca	0	2	0.00	0.00
Arauca	0	1	0.00	0.07
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	0.10
Quindío	0	1	0.00	0.00
Tolima	0	1	0.00	0.02
Colombia	24	41	0,05	0,08

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

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

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

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

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

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 20 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

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

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

Estrato	Receptividad	Riesgo de importación	Casos autóctonos		Casos en el último año		Observaciones
			10 años	3 años	> 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1.600ms. n.m. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

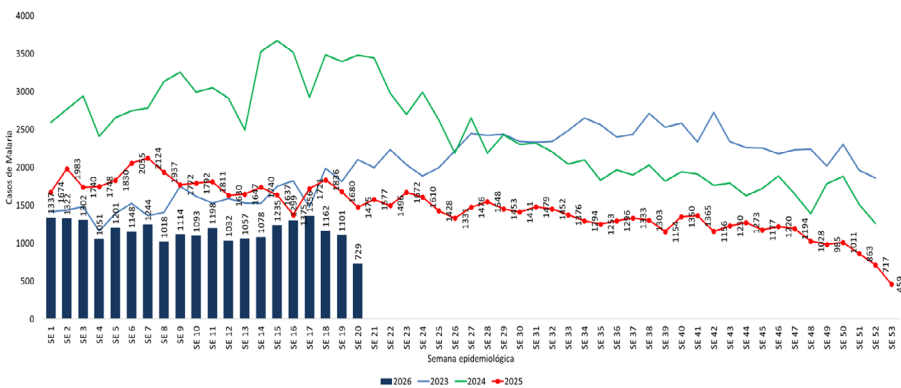
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución por malaria, como lo muestra la gráfica (figura 18).

Figura 18. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 20 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 20 del 2026 se notificaron 1 451 casos de malaria, para un acumulado de 23 077 casos, de los cuales 22 779 son de malaria no complicada y 298 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 73,9 % (17 058), seguido de *Plasmodium falciparum* con 25,0 % (5 771) e infección mixta con 1,1 % (248). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,3 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (30,3 %), Antioquia (14,4 %), Córdoba (8,5 %), Guainía (7,5 %), Nariño (7,0 %), Risaralda (4,4 %), Amazonas (4,1 %), Vichada (3,3 %), Bolívar (3,3 %), Cauca (3,0 %), Meta (2,9 %), Vaupés (2,4 %) y Buenaventura (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,3 % de los casos son los que se muestran en la tabla 23.

Tabla 23. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 13 y 16 2026	Casos SE 17 a 20 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1 511	313	180	38,17
Córdoba	Tierralta	1 287	278	201	12,70
Chocó	Quibdó	1 092	326	302	7,33
Risaralda	Pueblo Rico	926	196	125	55,07
Antioquia	El Bagre	719	129	116	12,61
Chocó	Lloró	705	138	118	64,89
Chocó	Istmina	571	162	98	16,33
Meta	Puerto Gaitán	528	69	80	11,18
Chocó	Bagadó	518	96	145	42,89
Buenaventura	Buenaventura	513	108	136	1,58
Chocó	Medio San Juan	464	91	169	38,33
Vaupés	Mitú	456	85	54	12,46
Vichada	Cumaribo	450	86	71	5,02
Bolívar	Montecristo	411	95	87	22,08
Chocó	Alto Baudó	384	93	44	11,94
Nariño	Olaya Herrera	381	85	54	14,25
Amazonas	Tarapacá (CD)	359	72	55	79,88
Cauca	Guapi	340	94	87	11,29
Chocó	Río Quito	331	53	105	35,08
Amazonas	La Pedrera (CD)	315	36	21	72,35
Chocó	Juradó	302	45	71	39,02
Córdoba	Puerto Libertador	299	54	37	6,49
Cauca	Timbiquí	299	89	87	10,44
Vichada	Puerto Carreño	290	21	13	12,45
Antioquia	Cáceres	290	37	76	9,19
Antioquia	Nechí	289	69	73	10,22
Chocó	Carmen del Darién	278	47	44	12,22
Norte de Santander	Tibú	269	54	51	8,52
Chocó	El Cantón del San Pablo	258	46	76	36,17
Nariño	El Charco	246	27	54	10,46
Guaviare	San José del Guaviare	240	49	41	3,60
Nariño	Roberto Payán	235	54	21	17,44
Nariño	Magüí	234	44	43	8,88
Antioquia	Turbo	234	44	43	1,72
Antioquia	Chigorodó	213	44	45	3,38

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 71,3 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria por especie parasitaria se observa que para *P. vivax*, 15 municipios aportan el 47,6 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, El Bagre, Lloró, Quibdó, Mitú, Montecristo, Cumaribo, La Pradera, Tarapacá y Puerto Libertador y en incremento el municipio de Puerto Gaitán, Bagadó y Juradó (tabla 24). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 62,8 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Istmina, Inírida, Olaya Herrera, Tierralta y Alto Baudo y en incremento los municipios de Buenaventura, Rio Quito, El Charco, Medio San Juan, Lloró, Magüi y Bagadó como se muestra en la tabla 25.

Tabla 24 Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 20 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 13 a 16 de 2026	Casos SE 17 a 20 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	261	154	-41%	7,6%
Córdoba	Tierralta	237	171	-28%	6,6%
Risaralda	Pueblo Rico	164	108	-34%	4,9%
Antioquia	El Bagre	124	112	-10%	4,0%
Chocó	Lloró	104	78	-25%	3,0%
Chocó	Quibdó	141	114	-19%	2,6%
Meta	Puerto Gaitán	61	70	15%	2,6%
Vaupés	Mitú	78	52	-33%	2,5%
Bolívar	Montecristo	92	88	-4%	2,4%
Chocó	Bagadó	71	98	38%	2,3%
Vichada	Cumaribo	75	48	-36%	2,2%
Amazonas	La Pradera	32	19	-41%	1,8%
Chocó	Juradó	45	71	58%	1,8%
Amazonas	Tarapacá	60	42	-30%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	54	36	-33%	1,7%

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

Tabla 25. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 20 del 2026

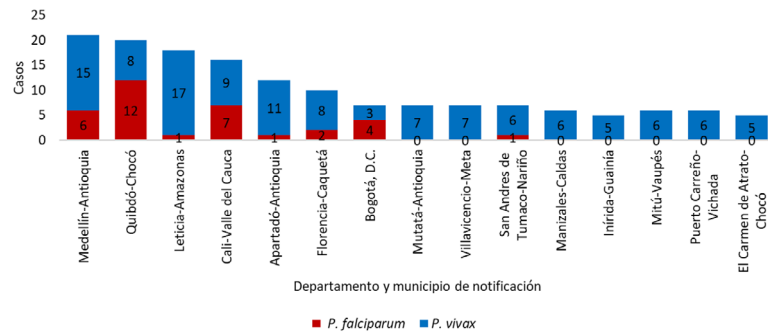
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 13 a 16 de 2026	Casos SE 17 a 20 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	186	194	4%	11,4%
Buenaventura	Buenaventura	66	91	38%	5,8%
Cauca	Guapi	83	84	1%	5,5%
Cauca	Timbiquí	87	84	-3%	5,1%
Chocó	Istmina	96	33	-66%	4,9%
Chocó	Rio Quito	43	72	67%	4,2%
Nariño	El Charco	24	50	108%	3,8%
Chocó	Medio San Juan	47	75	60%	3,5%
Guainía	Inírida	51	29	-43%	3,5%
Nariño	Olaya Herrera	47	27	-43%	3,3%
Chocó	Lloró	29	35	21%	3,0%
Nariño	Magüi	33	37	12%	3,0%
Córdoba	Tierralta	38	30	-21%	2,6%
Chocó	Alto Baudo	33	20	-39%	2,1%
Chocó	Bagadó	24	42	75%	2,1%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 20 de 2026 se han notificado 298 casos de malaria complicada, que son notificados por 31 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Valle del Cauca, Nariño, Meta, Caquetá, Caldas, Vichada, Risaralda, Bogotá, D.C., Vaupés, Bolívar, Santander, Guainía y Sucre 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 19. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 20 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 20 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado; Se encuentran 7 departamentos en situación de incremento y 7 departamentos en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 32 municipios en incremento y 67 municipios en decremento (tabla 26).

Tabla 26. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 20 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 20 2025	Acumulado 2026	SE 20 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	52	3	23	0	1	4
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	682	43	368	9	17	55
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	120	2	0	12
Amazonas	La Pedrera (CD)	4	43	0	317	5	10	21
Antioquia	Frontino	4	87	3	138	15	24	47
Antioquia	Anorí	4	21	1	94	5	15	26
Antioquia	Cáceres	5	250	9	293	14	54	76
Antioquia	Nechí	5	560	23	292	15	26	74
Arauca	Saravena	4	287	8	64	2	1	8
Bolívar	Río Viejo	4	7	0	53	0	8	14
Bolívar	Tiquisio	4	53	1	67	7	11	17
Bolívar	Santa Rosa	4	4	1	4	2	1	3
Caquetá	San Vicente del Caguán	4	10	0	52	0	1	5
Caquetá	Florencia	4	195	10	91	6	2	29
Cauca	Timbiquí	5	657	22	301	4	83	87
Chocó	El Carmen de Atrato	4	99	2	158	2	7	62
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	524	12	258	33	59	76
Chocó	Condoto	4	99	6	79	8	16	24
Chocó	Medio San Juan	5	495	31	466	34	127	171
Chocó	Belén de Bajirá	5	75	5	213	4	8	49
Chocó	Istmina	5	469	33	576	20	72	99
Chocó	Unión Panamericana	5	101	5	85	11	24	32
Chocó	Juradó	4	119	15	302	8	29	71
Chocó	Río Quito	5	297	7	335	26	92	105
Chocó	Sipí	4	124	16	57	1	10	14
Guaviare	Calamar	4	82	7	88	3	16	22
Meta	Puerto Gaitán	4	110	14	537	8	14	82
Risaralda	Pereira	4	14	1	10	1	0	3
Risaralda	La Virginia	4	55	1	25	0	1	4
Tolima	Ataco	3	0	0	0	0	0	3
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	148	8	12	0	0	10
Vichada	Puerto Carreño	4	110	7	297	4	7	13

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 20 del 2026, se han notificado 8 429 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 8 388 corresponden a residentes en Colombia y 41 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (21 de 2025 a 20 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 27).

El 82,9 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 17,1 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,3 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,2 %) y en los de 1 año de edad (26,8 %). Así mismo, el 66,6 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 20 del 2026, se observó diferencias significativas en la notificación en los departamentos de 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 230 municipios a nivel nacional (20,5 %) y de disminución en 62 municipios (5,5 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2021-2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 23 municipios (tabla 28).

Tabla 27. 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 20, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 20 de 2025	Casos a SE 20 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	8762	8388	0,53	20,5	5,5
La Guajira	619	643	1,58	20,0	6,7
Chocó	388	367	1,20	35,5	16,1
Vichada	75	64	1,16	0,0	25,0
Magdalena	310	229	0,74	10,3	10,3
Guaviare	39	33	0,73	25,0	25,0
Risaralda	200	188	0,73	35,7	0,0
Cartagena de India	194	230	0,70	0,0	0,0
Arauca	83	80	0,67	42,9	42,9
Casanare	105	105	0,61	10,5	10,5
Cesar	401	334	0,59	28,0	16,0
Amazonas	31	25	0,59	27,3	9,1
Vaupés	16	13	0,58	0,0	16,7
Boyacá	218	209	0,58	15,4	0,8
Bolívar	230	248	0,56	26,7	8,9
Antioquia	1291	1138	0,55	28,0	1,6
Bogotá, D.C	1190	1107	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	282	230	0,54	5,0	7,5
Nariño	299	313	0,53	25,0	1,6
Cundinamarca	479	514	0,51	16,4	3,4
Putumayo	91	93	0,51	15,4	15,4
Sucre	144	171	0,47	42,3	3,8
Santiago de Cali	224	238	0,47	0,0	0,0
Meta	176	179	0,44	31,0	6,9
Valle	280	251	0,44	30,0	5,0
Buenaventura	82	53	0,41	0,0	0,0
Huila	194	178	0,41	16,2	2,7
Tolima	123	146	0,39	10,6	4,3
Guainía	24	12	0,37	0,0	11,1
Santa Marta	70	49	0,36	0,0	0,0
Caldas	67	81	0,35	29,6	3,7
Caquetá	64	66	0,34	6,3	12,5
Barranquilla	103	68	0,34	0,0	0,0
Córdoba	195	224	0,31	20,0	3,3
Atlántico	108	130	0,30	18,2	22,7
Quindío	30	42	0,29	8,3	0,0
Santander	225	198	0,29	14,9	3,4
Cauca	110	132	0,27	26,2	4,8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	7	0,23	0,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 21 de 2025 a SE 20 de 2026.

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

Tabla 28. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 20 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
Tolima	Ibagué	24	46
Sucre	Sincelejo	20	44
Risaralda	Dosquebradas	21	32
Antioquia	Rionegro	16	31
Cundinamarca	Madrid	22	28
Valle del Cauca	Tuluá	12	27
Antioquia	Itagüí	19	24
Boyacá	Tunja	35	24
Cesar	Aguachica	13	22
Arauca	Arauca	38	21
Santander	Floridablanca	14	20
Caldas	Manizales	25	19
Huila	Pitalito	13	18
Valle del Cauca	Cartago	11	17
Cauca	Santander de Quilichao	7	16
Magdalena	Ciénaga	23	14
Santander	Girón	24	14
Antioquia	Apartadó	29	13
Valle del Cauca	Yumbo	19	12
Cundinamarca	Girardot	23	6
Norte de Santander	Villa del Rosario	24	6
Atlántico	Malambo	11	5
Bolívar	Turbaco	7	3

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

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

Tos ferina

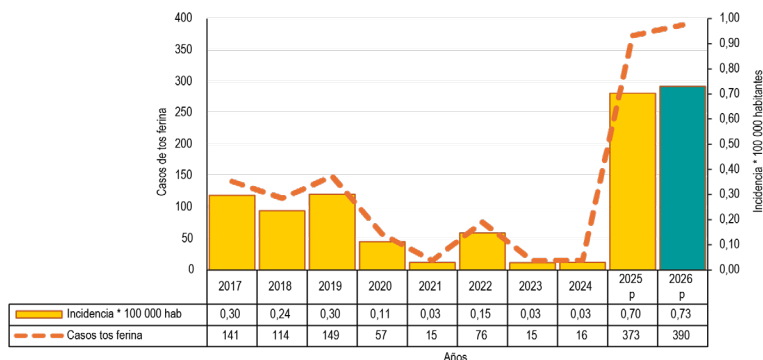
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, a semana epidemiológica 19 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 19 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 204 casos probables de tos ferina; de estos, el 17,9 % (394) correspondió a casos confirmados. De los 394 casos confirmados, 390 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 57,4 % (1 266) correspondió a casos descartados y el 33,8 % (744) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 19 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 observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es ligeramente superior al registrado en 2025 con 373 casos confirmados para el mismo periodo (figura 20).

Figura 20. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 19, 2017 a 2026p

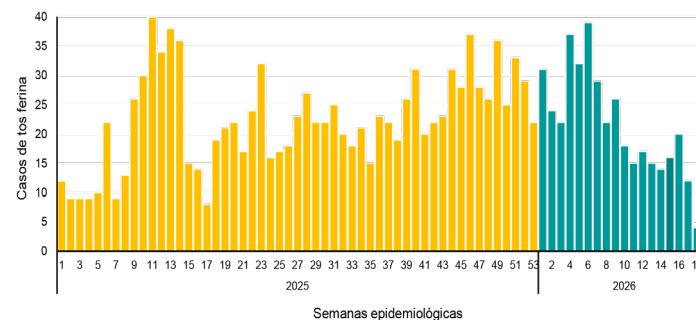


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila, 2017 a 2026p.

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 21 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semana epidemiológica 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (37 casos), 06 (34 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 40,3 %, al pasar de 62 casos (semanas epidemiológicas 12 a 15 de 2026) a 37 casos (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026). Se debe tener en cuenta que los datos están sujetos a ajuste debido al rezago en la notificación y confirmación de casos.

Figura 21. Casos semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 19 de 2026p



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

Comportamiento de la tos ferina por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 19, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 84 casos y una incidencia de 1,2 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 43 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 29 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 29. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 19, 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		390
Antioquia	0,3	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	1,1	1,2		84
Bogotá, D.C.	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,5		43
Santander	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	1,3		32
Cartagena de Indias	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,7		27
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	1,3		19
Boyacá	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	1,2		16
Norte de Santander	0,8	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	0,2	0,6		13
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,4		13
Chocó	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	1,9	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
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6		8
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4		8
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4		7
Vaupés	70,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,5		6
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	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
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3		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
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5		3
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,3		3
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,3		2
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Sucre	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		2
Caquetá	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	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 19 de 2026 se identificaron 102 casos confirmados de tos ferina en población indígena, distribuidos en: Cerrito (Santander) con 15 casos, seguido de Paz de Ariporo (Casanare) con 13, Dabeiba (Antioquia) con 10 y Cubará (Boyacá) con 8 casos.

La tabla 30 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 30. Brotes de tos ferina en seguimiento, Colombia, 2026 datos preliminares

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		85		
Cauca	Caldono	4	8/05/2026	19/06/2026
Cesar	Agustín Codazzi	3	5/05/2026	16/06/2026
Boyacá	Guicán	1	1/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	8	1/05/2026	12/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	8/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	4/06/2026
Santander	Cerrito	15	23/04/2026	4/06/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	1/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	1/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	5	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	10	28/03/2026	9/05/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/03/2026	7/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Norte de Santander	Toledo	1	9/03/2026	20/04/2026
Chocó	Lloró	1	8/03/2026	19/04/2026
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	2/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	8/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	6/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026

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	9/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	9/03/2026
Cesar	Valledupar	1	26/01/2026	9/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	7/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	4/03/2026
Cauca	Toribio	1	16/01/2026	27/02/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026
Santander	Concepción	5	20/04/2025	1/06/2025

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

FIS: fecha de inicio de síntomas

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



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla, 26 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 exterior¹ con 46 fallecimientos (letalidad 36,8 %)².

Para el 2026, a corte del 26 de mayo (datos preliminares), se han notificado 779 casos probables, 48 confirmados (47 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 26 de mayo de 2026, el 97,7% procedente de Tolima y el 2,2 % de Meta. Se han notificado 22 muertes probables, 17 confirmados, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (4) en estudio, para una letalidad de 35,4% (17/48)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 196 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 cuatro (4) casos se encuentran en estudio (letalidad del 38,7 %). Entre el 12 de mayo de 2026 al 26 de mayo de 2026 se han confirmado cuatro (4) casos de fiebre amarilla en humanos: Melgar (2), Icononzo (1) y Carmen de Apicalá (1).

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

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

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

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

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

Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 26 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), 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 26 de mayo de 2026, se han notificado 1 061 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 863 han sido descartados y siete (7) confirmados mediante criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Actualmente, 191 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (63) y Antioquia (62). El resto de los casos en investigación se reportan en Meta, Huila y Risaralda (7 casos cada uno); Santa Marta (6 casos); Córdoba (4 casos), Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cesar, Magdalena, Santander, Tolima y Valle del Cauca (3 casos cada uno); Amazonas, Cundinamarca y Nariño (2 casos); y finalmente Atlántico, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Caquetá, Norte de Santander y Sucre con un caso cada uno.

En respuesta a esta situación, el Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública (COE-SP) y la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) 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, 26 de mayo de 2026.

Brote morbilidad por enfermedad diarreica aguda (EDA), población de interés especial, localidad de San Cristóbal (Bogotá, D.C.), 19 de mayo 2026

El 14 de mayo de 2026 se notificó un brote de enfermedad diarreica aguda (EDA) en población privada de la libertad, ubicada en la localidad de San Cristóbal. La intervención fue realizada el mismo día de la notificación. Se identificaron 37 casos entre 1 182 personas expuestas, para una tasa de ataque del 3,13 %. No se reportaron hospitalizaciones ni fallecidos. El inicio de síntomas del primer caso ocurrió el 07 de mayo de 2026 y el último caso se presentó el 13 de mayo de 2026.

Los principales signos y síntomas reportados fueron diarrea (sin moco ni sangre), dolor abdominal y vómito. Durante la investigación epidemiológica se identificaron factores de riesgo asociados con la inadecuada adherencia al lavado de manos e incumplimiento de los protocolos de limpieza y desinfección de baños y superficies.

Entre las acciones implementadas se realizó el aislamiento de las personas sintomáticas, cuarentena por siete días en los patios con presencia de casos y búsqueda activa comunitaria (BAC). Asimismo, se recomendó intensificar la frecuencia de los procesos de limpieza y desinfección en áreas comunes y superficies de alto contacto, garantizar la disponibilidad permanente de insumos para higiene de manos y fortalecer la adherencia a las prácticas adecuadas de lavado e higienización de manos conforme a los protocolos establecidos.

Se tomaron dos muestras, para procesamiento mediante coprocultivo. Al cierre del reporte, se encontraban pendientes los resultados de las muestras biológicas.

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

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 20 del 2026 no se notificaron casos o alertas de Mpxo clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera, ni carbunco; tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización sobre el brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo (RDC) y en Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 26 de mayo de 2026

El 15 de mayo de 2026 la República Democrática del Congo y Uganda, declararon un brote de ébola con ocho (8) casos confirmados en la provincia de Ituri (RDC) y un (1) caso importado de RDC confirmado en Kampala (Uganda). El 16 de mayo se identificó que la enfermedad estaba causada por la especie Bundibugyo. El 16 de mayo el director general de la OMS declaró que esta enfermedad constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

El brote de la enfermedad por el virus Bundibugyo (BVD por sus siglas en inglés) ha evolucionado rápidamente, con un aumento en el número de casos, una mayor propagación geográfica y evidencia de transmisión transfronteriza en curso.

Al 24 de mayo de 2026, la República Democrática del Congo ha notificado 906 casos sospechosos, incluyendo 223 fallecimientos sospechosos. De las 295 muestras analizadas, se han confirmado 105 casos, incluyendo 10 fallecimientos, en 13 zonas sanitarias de las provincias de Ituri (siete), Kivu del Norte (cinco) y Kivu del Sur (una). El brote se concentra en la provincia de Ituri, que representa el 89,5 % (94) de los casos confirmados, con el mayor número de casos registrados en las zonas sanitarias de Rwampara (32 casos), Bunia (24), Mongbwalu (19), Nyankunde (nueve) y Nizi (dos). Los casos sospechosos también se concentran en gran medida en Ituri, especialmente

41

en Mongbwalu (339 casos sospechosos, incluyendo 88 fallecimientos), Bunia (249 casos sospechosos, incluyendo 48 fallecimientos) y Rwampara (228 casos sospechosos, incluyendo 69 fallecimientos), que en conjunto representan el 90,1 % de los casos sospechosos y el 91,9 % de los fallecimientos sospechosos. Hasta la fecha, se han identificado un total de 2 231 contactos en la República Democrática del Congo.

Al 24 de mayo, el número de casos confirmados en Uganda aumentó de dos (2) a siete (7), mientras que el número de fallecimientos confirmados se mantiene en uno, con todos los casos notificados en Kampala. Los casos más recientes incluyen a un conductor ugandés que transportó al caso índice, un trabajador sanitario congoleño que actúa como enlace para ciudadanos congoleños que buscan atención médica en Uganda, una mujer congoleña que viajó desde la República Democrática del Congo a Uganda para recibir atención médica y dos trabajadores sanitarios ugandeses que atendieron a un (1) caso confirmado anteriormente en un centro de salud privado. Hasta la fecha, se han identificado 311 contactos para su seguimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha evaluado el riesgo nacional asociado al brote como muy alto en los países afectados, alto a nivel regional y bajo a nivel mundial.

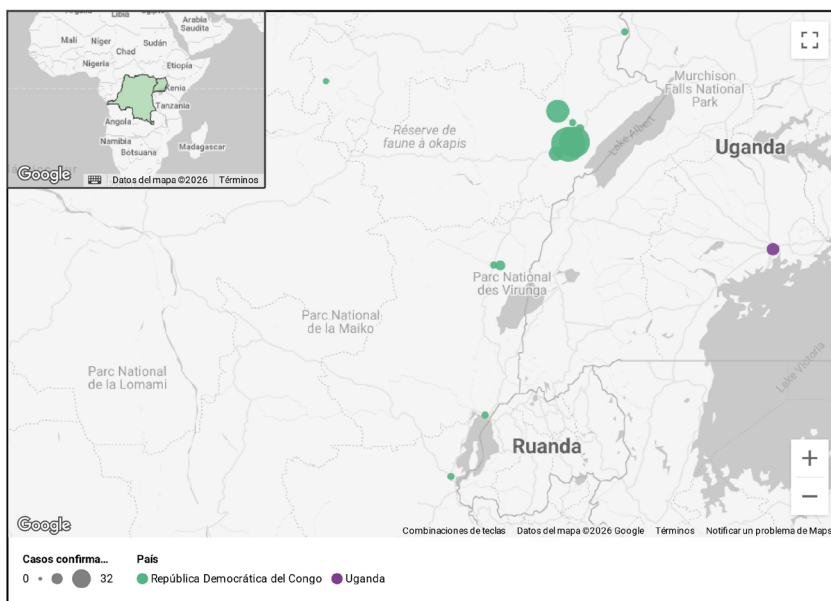
Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE OUTBREAK, Democratic Republic of the Congo | Uganda, Weekly External Situation Report 02. Fecha de publicación: 26 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 27 de mayo de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/13af547b-f757-48d8-bd73-ed3060774eff/content>

Situación epidemiológica del sarampión en el mundo, mayo de 2026

En 2026, con información reportada al 15 de mayo, 155 países o Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han notificado 100 239 casos confirmados de sarampión. Los 10 países con mayor número de casos son: India (18 737), México (10 817), Bangladés (10 196), Yemen (9 736), Pakistán (8 045), Camerún (6 049), Guatemala (6 209), Kazajistán (5 292), Angola (4 414) y Sudán (2 754)^{1,2}. De estos países, Angola, Bangladesh, Camerún, India, Kazajistán, Pakistán, Yemen y Sudán son endémicos para sarampión.

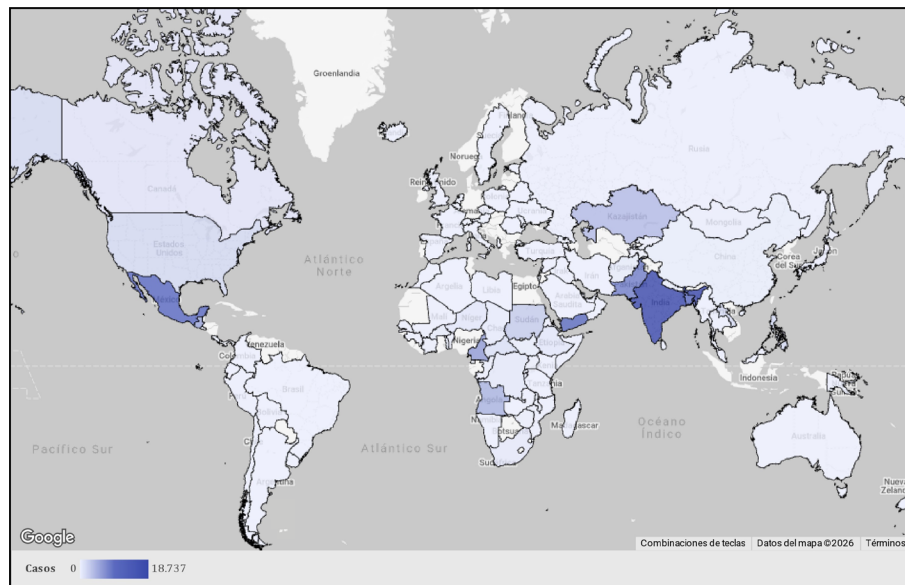
En 2026, hasta la semana epidemiológica 19, la región de las Américas ha reportado 20 332 casos confirmados de sarampión en 16 países y territorios, incluidas 25 muertes. El comportamiento en la región muestra una concentración marcada en Norteamérica y Centroamérica, representado por México (10 817), Guatemala (6 209), Estados Unidos (1 893) y Canadá (1 018). En Latinoamérica países como Perú (290) y Bolivia (62) reportan el número más elevado de casos. Otros países que han reportado casos confirmados a semana epidemiológica 19 son El Salvador (14), Colombia (7), Belice (7), Costa Rica (5) y menos de cinco (5) casos Argentina, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Chile, Panamá y Uruguay². Hay una tendencia al descenso en la confirmación de casos para México, Guatemala y Canadá. Estados Unidos se mantiene en meseta en las últimas tres semanas epidemiológicas y Perú se encuentra en aumento, con la mayoría de los casos nuevos registrados en Puno (255).

42 **Mapa 1. Distribución de casos confirmados de la enfermedad por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda a 24 de mayo de 2026**



Elaboración propia con datos de la OMS

Mapa 2. Distribución de casos confirmados de sarampión a nivel mundial, 2026p



Elaboración propia con datos de la OMS¹ y OPS².

Fuentes:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reported measles and rubella cases and incidence rates by WHO Member States, as of 15 May 2026. Fecha de publicación: 25 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>

2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe de situación #3 Sarampión en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 21 de mayo de 2026. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/05/sarampion-brote-multipais-informe-situacion-no3-21mayo-2026-es.pdf>





TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 20 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 20

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			Defectos Congénitos		
	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 probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	24	2	4	216	31	34	390	37	60	57	13	8	0	0	0	10	1	3
Antioquia	236	11	10	8566	1361	1683	1462	299	362	531	120	116	15	4	4	772	116	143
Arauca	50	3	4	445	60	78	852	98	248	288	29	77	5	1	3	23	5	4
Atlántico	25	5	4	1806	282	354	1402	64	208	622	37	81	15	3	3	25	5	7
Barranquilla D.E.	4	0	0	1992	260	351	1561	56	179	647	25	68	15	1	1	47	6	9
Bogotá D.C.	1	0	0	9889	1689	1857	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1788	181	350
Bolívar	98	8	1	1214	220	234	3133	212	826	1218	102	308	50	4	10	99	10	11
Boyacá	31	2	2	2903	476	554	85	43	39	52	16	21	0	0	0	301	41	45
Buenaventura D.E.	10	0	1	66	11	8	52	23	14	18	9	7	0	0	0	20	4	2
Caldas	31	2	3	1710	278	310	73	21	31	36	13	14	0	0	0	49	9	14
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	2239	389	437	618	477	149	230	198	49	2	5	0	297	43	51
Caquetá	73	3	3	512	89	99	279	189	85	145	85	48	8	3	2	29	11	6
Cartagena de Indias D.T.	7	0	0	1019	135	176	2293	87	335	439	21	45	20	1	0	138	17	25
Casanare	54	5	5	921	113	177	904	247	383	309	96	128	2	3	2	45	6	10
Cauca	56	3	2	2559	426	457	88	96	17	32	33	6	0	1	0	404	31	71
Cesar	87	9	3	1218	204	244	3844	166	634	2216	104	355	20	3	8	27	10	7
Chocó	91	4	4	152	16	31	370	77	86	78	16	13	5	1	0	30	5	5
Córdoba	142	9	10	2219	387	392	1594	185	214	646	91	80	9	2	1	132	26	19
Cundinamarca	33	2	1	6623	1011	1212	681	236	186	242	102	62	6	1	2	485	58	94
Guainía	4	0	0	113	11	17	7	6	1	2	2	0	0	0	0	10	2	1
Guaviare	32	2	1	151	57	34	298	36	161	58	8	29	2	0	1	13	3	1
Huila	53	3	2	2934	347	506	632	255	172	237	107	56	29	6	6	147	26	19
La Guajira	51	4	1	1023	242	188	2408	79	447	1291	56	222	48	2	12	36	6	5
Magdalena	65	8	2	1033	199	180	2620	64	615	1308	41	284	21	2	4	18	4	5
Meta	113	7	8	1925	284	362	6758	583	2071	2092	210	585	64	5	17	95	15	20
Nariño	49	1	1	3251	532	644	273	69	61	126	20	29	3	1	2	99	22	16
Norte de Santander	134	6	3	3038	444	568	2896	271	613	1057	134	178	50	5	10	144	28	29
Putumayo	65	2	4	792	123	136	281	161	91	56	51	21	3	1	1	107	8	9
Quindío	8	0	0	1424	207	290	144	28	54	29	9	8	1	0	0	25	6	6
Risaralda	32	1	2	1841	313	329	81	36	27	30	16	10	1	0	1	85	12	21
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	146	28	33	10	4	4	4	3	2	0	0	0	10	1	7
Santa Marta D.T.	17	0	1	827	130	155	1762	21	238	781	11	94	9	1	3	7	3	0
Santander	77	4	3	3562	519	674	2965	457	636	1057	186	239	17	4	5	109	19	16
Sucre	36	2	2	1212	196	244	688	193	185	348	116	79	5	5	1	48	6	7
Tolima	76	3	5	3170	491	655	1538	437	372	484	172	125	21	4	2	87	16	20
Valle del Cauca	33	2	2	4003	595	720	676	507	185	215	215	62	3	4	0	170	27	29
Vaupés	17	2	1	104	12	16	26	7	19	4	1	1	0	0	0	34	1	2
Vichada	17	1	1	99	20	23	36	10	4	10	3	2	0	0	0	10	2	5
Total nacional	1.938	116	96	76.917	12.185	14.462	43.780	5.837	10.012	16.995	2.471	3.512	449	73	101	5.975	793	1.094

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Hepatitis A			Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa 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	1	0	1	5	1	0	14	1	7	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Antioquia	124	71	19	1469	307	332	276	67	46	10	1	2	1	1	1	38	7	11
Arauca	0	1	0	37	4	9	66	9	13	0	0	0	0	0	0	5	0	2
Atlántico	1	1	0	224	55	49	44	12	13	2	0	0	0	0	0	24	3	3
Barranquilla D.E.	0	1	0	230	56	44	36	7	7	2	0	2	1	0	1	26	6	6
Bogotá D.C.	11	16	4	1794	338	405	162	24	30	4	1	0	6	1	0	62	12	11
Bolívar	3	0	0	101	25	29	65	13	24	1	0	0	1	0	0	10	2	1
Boyacá	3	1	1	189	42	34	59	15	14	0	0	0	0	0	0	7	2	1
Buenaventura D.E.	0	0	0	6	2	1	11	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Caldas	3	2	0	231	56	50	69	12	13	0	1	0	0	0	0	5	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	21	0	456	79	97	67	13	9	1	0	0	2	0	0	20	3	0
Caquetá	0	0	0	34	6	9	50	11	11	0	0	0	0	0	0	3	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	143	31	37	18	5	2	0	0	0	0	0	0	10	1	4
Casanare	1	2	0	47	11	11	33	9	7	0	0	0	0	0	0	4	1	0
Cauca	2	21	1	126	29	19	117	31	17	0	1	0	0	0	0	6	1	0
Cesar	0	1	0	119	31	29	83	17	17	3	1	0	0	0	0	16	6	6
Chocó	0	0	0	18	2	5	30	4	7	0	1	0	0	0	0	4	0	0
Córdoba	1	1	0	237	45	54	115	26	25	4	1	2	1	0	0	27	6	1
Cundinamarca	7	4	1	522	96	126	148	21	30	7	3	7	2	0	0	25	4	2
Guainía	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guaviare	0	0	0	7	2	0	13	2	5	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Huila	6	1	0	151	26	37	133	24	17	1	0	0	2	0	1	12	3	1
La Guajira	2	1	0	62	14	16	56	6	29	1	0	0	0	0	0	14	2	3
Magdalena	1	0	1	85	22	21	33	11	8	0	0	0	0	0	0	6	2	1
Meta	7	6	1	123	27	26	90	22	24	0	0	0	0	0	0	22	3	1
Nariño	2	1	0	245	56	56	147	30	26	4	1	1	1	0	0	15	3	6
Norte de Santander	12	12	1	234	46	62	146	31	29	0	0	0	0	0	0	19	3	2
Putumayo	0	0	0	36	9	5	67	16	16	0	0	0	0	0	0	14	2	2
Quindío	0	1	0	99	22	21	35	9	14	0	0	0	0	0	0	2	1	1
Risaralda	3	3	0	224	55	42	52	13	11	3	0	1	0	0	0	13	3	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	7	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	89	16	12	15	3	7	0	0	0	0	0	0	8	0	0
Santander	46	4	6	389	73	82	127	26	26	2	1	1	0	2	0	29	6	10
Sucre	0	0	0	104	26	27	43	9	8	1	0	0	0	0	0	8	3	3
Tolima	2	2	0	197	45	42	108	25	19	3	0	1	1	0	0	7	2	2
Valle del Cauca	3	1	0	299	68	66	92	28	30	12	1	6	1	0	0	15	3	2
Vaupés	1	1	0	1	0	1	7	2	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Vichada	0	0	0	5	1	1	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	243	178	36	8.348	1.726	1.859	2.631	556	570	63	14	18	19	5	3	481	96	86

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila).
* El número de casos puede variar después de realizar unidades, análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases			Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria		
	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	5	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	960	119	126
Antioquia	244	58	59	127	11	10	442	92	107	42	10	5	184	13	21	3340	1145	675
Arauca	24	2	5	0	0	0	2	0	1	14	3	4	0	1	0	102	3	11
Atlántico	60	15	12	5	1	0	51	8	8	6	1	2	0	0	0	1	0	0
Barranquilla D.E.	94	11	24	5	0	0	135	22	33	14	3	0	3	2	3	0	0	0
Bogotá D.C.	500	83	115	155	27	24	1051	191	216	2	0	0	104	6	18	0	0	0
Bolívar	63	11	11	3	0	0	37	23	4	3	1	1	0	0	0	761	146	164
Boyacá	49	7	11	13	4	0	14	8	4	2	1	0	2	0	2	115	0	17
Buenaventura D.E.	9	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	515	187	136
Caldas	32	7	2	11	3	3	63	10	11	13	3	0	15	8	15	7	2	0
Santiago de Cali D.E.	121	16	36	6	1	0	112	36	21	81	19	3	35	7	3	0	1	0
Caquetá	25	2	10	1	1	1	17	2	2	4	1	1	4	1	4	204	14	40
Cartagena de Indias D.T.	24	6	5	6	1	1	7	18	1	0	3	0	2	2	2	2	0	0
Casanare	17	3	5	23	0	0	18	4	5	3	0	3	0	0	0	19	2	5
Cauca	40	10	9	5	3	0	20	7	5	13	1	6	5	1	5	683	293	182
Cesar	62	11	9	5	1	0	37	8	13	10	1	3	1	1	1	5	2	3
Chocó	16	3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	2	6989	2561	1674
Córdoba	100	24	23	10	2	0	105	34	13	2	1	0	1	0	1	1930	829	293
Cundinamarca	106	21	19	75	4	29	136	21	26	5	1	1	6	1	6	0	0	0
Guainía	3	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	1713	262	199
Guaviare	7	0	1	0	1	0	49	2	6	0	0	0	0	0	0	496	108	84
Huila	55	10	8	9	0	2	48	15	15	21	0	20	3	1	3	0	0	0
La Guajira	44	7	10	3	1	2	17	2	3	4	1	1	0	1	0	17	2	2
Magdalena	30	11	9	2	0	1	6	3	1	1	0	0	0	0	0	4	1	2
Meta	65	18	13	8	0	1	65	11	16	9	1	4	12	7	12	671	58	117
Nariño	72	19	17	10	1	0	82	21	18	6	1	1	14	3	14	1606	1006	228
Norte de Santander	100	15	22	11	2	2	40	11	12	4	1	0	21	1	21	284	118	54
Putumayo	31	6	4	2	5	0	14	3	0	4	0	0	2	1	2	41	6	5
Quindío	45	5	10	9	1	5	121	19	28	3	0	2	7	2	7	2	3	0
Risaralda	59	10	18	7	2	0	58	12	15	10	3	1	3	1	3	1021	340	142
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	8	4	1	8	0	3	12	4	0	5	1	2	0	1	0	0	0	0
Santander	89	15	36	16	7	0	57	9	16	6	1	2	1	0	1	5	1	3
Sucre	53	11	9	2	1	1	15	3	3	1	0	0	0	0	0	23	6	2
Tolima	48	8	16	3	1	0	38	7	5	11	3	0	5	4	5	14	0	4
Valle del Cauca	95	16	25	8	1	1	269	39	48	26	7	4	5	5	5	15	4	2
Vaupés	3	0	0	0	0	0	1	0	0	6	1	2	0	0	0	559	227	363
Vichada	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	768	129	85
Total nacional	2.401	449	558	548	82	86	3.148	648	659	331	69	68	437	34	63	22.873	7.729	4.324

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema		
	Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	1	7	0	2509	709	494	150	8	35	0	0	0	1137	430	180	33	29	33
Antioquia	113	80	46	414272	83946	75435	17062	2931	2657	1639	828	620	154365	32762	30731	1471	1313	1471
Arauca	4	4	0	7766	2313	1865	701	140	159	25	3	8	3156	767	804	71	58	71
Atlántico	3	8	2	59530	11428	12615	1728	205	297	1129	153	418	22243	4598	4833	462	406	462
Barranquilla D.E.	10	13	4	85438	16862	18173	4807	462	1015	528	281	243	30652	6688	6467	593	614	593
Bogotá D.C.	68	78	30	589229	162319	138510	29509	8320	6851	3680	1648	1549	293737	60505	58749	2528	1894	2528
Bolívar	12	8	4	54190	11854	11232	1352	226	269	171	92	63	13096	3157	2350	395	373	395
Boyacá	19	9	1	45326	13833	11683	2546	670	673	153	72	66	18867	4627	4014	311	222	311
Buenaventura D.E.	6	5	1	3890	742	897	22	13	3	7	4	2	1310	516	277	35	52	35
Caldas	12	4	6	33773	8004	6982	1484	310	297	546	145	241	12954	3040	2877	244	220	244
Santiago de Cali D.E.	52	33	23	95496	26765	18488	2446	746	419	312	67	95	59348	11851	10453	755	607	755
Caquetá	7	5	4	12618	3278	4141	936	166	286	9	10	4	6580	1602	1217	95	92	95
Cartagena de Indias D.T.	9	9	5	69699	16974	13914	4587	313	885	659	236	269	20525	4325	4078	502	407	502
Casanare	4	2	3	8613	2591	2152	168	60	40	67	10	23	4216	1168	1029	150	126	150
Cauca	20	8	6	41062	10586	7963	1838	325	423	101	114	36	16360	5057	3130	407	375	407
Cesar	18	7	5	44596	10941	9952	2011	591	423	154	75	54	10013	4110	2315	510	321	510
Chocó	12	6	4	10910	2513	1723	530	162	171	13	6	3	6789	1064	1439	114	112	114
Córdoba	7	7	1	81287	15723	20461	4328	475	1098	742	217	282	19162	4771	3741	383	417	383
Cundinamarca	32	23	10	136518	36703	31731	5783	1266	1449	417	374	171	65506	13068	13006	952	689	952
Guainía	0	0	0	674	223	95	42	17	8	0	0	0	664	149	112	17	7	17
Guaviare	0	2	0	2086	680	404	392	32	89	27	7	8	1613	305	319	24	12	24
Huila	14	9	7	30000	12229	7944	1823	497	528	246	93	95	16013	3961	2962	364	319	364
La Guajira	5	8	2	103837	15761	22886	1645	536	332	323	44	140	16592	3863	3761	631	507	631
Magdalena	9	5	7	51252	7867	9457	1481	263	359	12	13	8	14637	3510	3040	308	242	308
Meta	5	6	0	29880	7692	6835	1213	270	284	92	51	35	18509	4774	4276	216	134	216
Nariño	33	21	11	48610	14640	9545	3243	589	611	76	22	35	18955	6011	3625	702	479	702
Norte de Santander	37	18	13	73301	14373	13853	4981	907	1009	425	136	156	21672	5378	4213	437	239	437
Putumayo	4	3	2	15981	2966	3392	503	161	82	22	5	11	6180	1064	892	222	128	222
Quindío	8	2	2	21835	6269	4252	1141	270	256	227	63	89	12867	2733	2707	82	49	82
Risaralda	28	11	10	43849	9356	7882	1487	297	249	150	67	53	16460	3850	3238	220	253	220
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	2	0	2312	719	644	323	70	49	6	0	5	912	266	239	6	8	6
Santa Marta D.T.	5	3	2	23689	5567	6244	1734	178	484	282	127	100	8082	1197	1635	251	184	251
Santander	51	19	27	108287	16508	21986	6992	1239	1401	1021	381	499	39072	7504	7612	399	296	399
Sucre	12	7	7	40929	7349	8367	3361	473	539	416	203	184	9657	2762	2067	227	225	227
Tolima	11	9	6	57946	14944	13115	4404	665	869	167	66	66	23765	4996	4521	361	341	361
Valle del Cauca	21	16	9	56794	13969	11511	1543	297	328	450	100	141	29174	6585	7041	393	343	393
Vaupés	2	2	1	2635	316	381	54	11	6	0	8	0	1106	105	162	25	12	25
Vichada	2	2	1	874	366	177	1	3	0	0	0	0	555	227	138	43	25	43
Total nacional	657	476	262	2.511.493	589.878	537.381	118.351	24.164	24.933	14.294	5.721	5.772	1.016.501	223.347	204.250	14.939	12.131	14.939

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubeola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	5	6	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	49	2	1	1	1	0
Antioquia	278	324	278	4	5	0	244	56	38	9	3	0	695	64	89	1092	208	240	104	23	16
Arauca	23	26	23	1	0	0	16	1	0	0	0	0	14	0	2	54	9	3	5	1	1
Atlántico	51	87	51	1	2	0	28	5	1	0	0	0	12	1	2	340	70	76	10	5	2
Barranquilla D.E.	81	104	81	0	1	0	68	7	14	0	0	0	29	3	6	443	58	109	15	3	5
Bogotá D.C.	292	300	292	10	5	3	587	112	118	314	2	23	608	141	126	1912	384	412	326	59	91
Bolívar	77	86	77	6	2	0	15	3	1	1	0	0	18	2	2	188	28	39	10	3	5
Boyacá	38	53	38	0	1	0	61	15	12	9	0	0	51	4	14	312	70	77	34	5	4
Buenaventura D.E.	25	33	25	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	15	3	4	0	0	0
Caldas	39	38	39	1	1	0	15	5	5	0	0	0	17	1	2	174	30	46	6	0	1
Santiago de Cali D.E.	96	112	96	0	1	0	56	16	6	1	0	0	19	3	1	395	90	82	38	7	5
Caquetá	19	26	19	0	1	0	13	2	1	0	0	0	2	1	1	109	14	10	1	0	1
Cartagena de Indias D.T.	53	93	53	0	1	0	28	4	4	0	0	0	39	1	2	185	27	39	20	5	14
Casanare	16	32	16	0	1	0	25	2	5	0	0	0	42	0	0	103	13	17	2	1	1
Cauca	72	96	72	0	2	0	22	7	6	2	0	0	17	3	3	107	31	21	34	0	0
Cesar	80	100	80	0	2	0	40	4	5	0	0	0	42	1	4	315	28	94	6	1	1
Chocó	49	71	49	0	1	0	3	1	0	0	0	0	72	7	4	14	3	1	6	2	0
Córdoba	101	143	101	1	2	0	63	11	17	0	0	0	14	2	3	489	78	107	25	4	7
Cundinamarca	149	158	149	2	3	0	147	27	27	114	1	4	111	31	32	888	178	178	65	13	19
Guainía	12	8	12	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	11	2	4	0	0	0
Guaviare	2	6	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	24	2	2	1	0	0
Huila	74	69	74	6	2	0	64	10	9	2	1	0	23	8	6	161	28	26	5	1	1
La Guajira	101	151	101	0	2	0	13	3	3	0	0	0	24	1	2	155	26	48	7	3	2
Magdalena	41	69	41	1	1	0	13	2	2	0	1	0	10	1	0	150	16	40	1	0	1
Meta	58	67	58	5	1	1	25	6	4	5	1	0	59	5	14	134	54	21	11	1	4
Nariño	64	82	64	6	2	0	53	12	10	0	1	0	30	12	3	309	56	54	13	0	0
Norte de Santander	67	82	67	1	2	1	78	13	7	0	0	0	76	3	2	800	70	174	5	1	2
Putumayo	16	22	16	1	0	0	23	3	2	0	0	0	12	1	1	72	15	10	5	1	0
Quindío	27	23	27	0	0	0	23	2	6	1	0	1	14	1	0	123	27	23	16	4	2
Risaralda	38	44	38	0	1	0	25	5	7	0	0	0	74	2	3	210	43	41	9	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	5	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	42	2	9	1	1	0
Santa Marta D.T.	28	33	28	0	1	0	8	1	1	0	0	0	12	1	1	108	7	18	0	0	0
Santander	77	89	77	2	2	0	36	7	11	0	0	0	133	9	11	478	64	89	19	2	6
Sucre	50	70	50	2	1	0	20	8	10	2	1	0	24	5	1	183	35	41	18	2	6
Tolima	44	58	44	3	1	0	16	5	3	4	1	0	19	4	1	276	59	57	15	2	4
Valle del Cauca	65	85	65	2	2	0	60	12	8	1	0	1	7	2	0	406	89	78	7	0	1
Vaupés	3	6	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	80	0	4	9	1	1	2	0	0
Vichada	16	14	16	0	0	0	0	0	0	2	0	1	13	0	1	42	2	4	0	0	0
Total nacional	2.329	2.870	2.329	56	45	5	1.895	404	343	468	16	30	2.425	325	344	10.877	2.135	2.296	843	152	203

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Intento de Suicidio	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	25	25	0	0	6	8	0	0	27	35
Antioquia	0	1	0	0	877	1138	0	0	109	135	97	165	2097	2088
Arauca	1	1	0	0	124	80	0	0	10	38	1	3	67	104
Atlántico	0	0	0	0	135	130	0	0	23	20	10	9	366	341
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	87	68	0	0	25	22	15	20	355	324
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1411	1107	0	0	120	191	174	237	2067	2337
Bolívar	0	1	0	0	188	248	0	0	10	20	1	3	229	198
Boyacá	1	1	0	0	209	209	0	0	9	31	7	8	414	354
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	66	53	0	0	4	3	0	1	39	32
Caldas	0	0	0	0	75	81	0	0	21	25	5	4	474	473
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	0	202	238	1	2	37	34	54	62	694	791
Caquetá	0	0	0	0	82	66	0	0	10	11	1	2	99	89
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	125	230	0	0	11	14	6	9	228	219
Casanare	6	1	0	0	142	105	0	0	12	36	1	0	114	105
Cauca	0	0	0	0	118	132	0	0	23	33	5	10	337	351
Cesar	2	0	0	0	298	334	0	0	24	38	2	5	241	226
Chocó	0	0	0	0	337	367	0	0	16	24	1	2	50	74
Córdoba	0	2	0	0	235	224	0	0	34	34	2	5	406	444
Cundinamarca	0	0	0	0	544	514	0	0	44	69	17	22	893	1098
Guainía	0	0	0	0	24	12	0	0	1	1	0	0	11	11
Guaviare	0	0	0	0	46	33	0	0	17	23	0	0	25	29
Huila	0	0	0	0	183	178	0	0	20	39	4	5	321	307
La Guajira	0	0	0	0	671	643	0	0	13	17	2	0	111	129
Magdalena	0	0	0	0	245	229	0	0	14	10	1	2	145	146
Meta	1	0	0	0	184	179	0	0	14	17	4	9	275	228
Nariño	0	0	0	0	284	313	0	0	28	36	1	5	575	571
Norte de Santander	0	0	0	0	288	230	0	0	61	109	8	9	429	478
Putumayo	0	0	0	0	86	93	0	0	18	23	1	2	124	96
Quindío	0	0	0	0	44	42	0	0	10	10	10	6	207	194
Risaralda	0	0	0	0	178	188	0	0	20	32	18	26	474	470
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	4	7	0	0	1	2	0	0	9	10
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	43	49	0	0	10	6	3	6	121	122
Santander	2	0	0	0	199	198	0	0	39	64	8	12	640	638
Sucre	0	0	0	0	107	171	0	0	12	13	1	2	195	174
Tolima	1	0	0	0	145	146	0	0	24	24	7	12	458	432
Valle del Cauca	0	0	0	0	201	251	0	0	19	42	14	26	516	543
Vaupés	0	0	0	0	27	13	0	0	8	18	0	0	28	27
Vichada	0	0	0	0	107	64	0	0	4	7	0	0	9	12
Total nacional	19	7	0	0	8.346	8.388	1	2	881	1.279	481	689	13.873	14.300

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leishmaniasis Cutanea		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		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	6	3	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	529	268	21	6	8	5	4	1	12	18	5	3	54	157
Arauca	10	5	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1
Atlántico	1	1	2	1	3	0	1	0	1	2	2	0	12	12
Barranquilla D.E.	0	0	2	0	2	0	0	0	1	3	1	0	10	16
Bogotá D.C.	0	0	1	2	8	8	0	0	14	9	0	0	61	446
Bolívar	184	181	3	0	3	0	1	0	2	4	1	3	10	4
Boyacá	84	44	1	0	1	1	0	0	2	1	1	0	10	12
Buenaventura D.E.	5	10	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	3	3
Caldas	89	47	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6
Santiago de Cali D.E.	0	0	3	0	2	0	1	0	5	1	0	0	17	27
Caquetá	112	65	7	1	2	3	0	0	3	1	1	0	3	2
Cartagena de Indias D.T.	1	0	2	0	2	4	0	0	2	5	1	0	8	27
Casanare	3	2	0	1	1	1	1	0	0	2	1	0	4	3
Cauca	23	11	1	0	4	2	1	2	3	2	0	1	12	1
Cesar	84	154	0	0	5	4	3	2	3	4	6	3	11	15
Chocó	114	71	2	0	5	4	12	11	12	15	18	9	5	9
Córdoba	80	53	3	0	4	0	1	0	3	5	3	1	15	16
Cundinamarca	89	41	2	3	5	3	0	0	6	4	0	0	28	61
Guainía	7	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
Guaviare	131	58	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Huila	3	6	2	2	3	1	0	1	2	1	2	0	9	23
La Guajira	14	12	1	0	7	6	9	7	16	8	16	8	8	0
Magdalena	4	6	0	0	2	1	1	1	2	2	6	0	7	5
Meta	85	49	0	0	2	1	1	1	3	3	3	1	9	18
Nariño	110	44	1	0	5	3	0	2	5	4	1	0	13	10
Norte de Santander	104	53	1	0	4	0	1	0	1	4	2	1	13	30
Putumayo	121	18	0	0	0	0	0	2	1	1	0	1	3	5
Quindío	0	1	2	3	1	1	0	0	1	1	0	0	4	2
Risaralda	47	32	5	2	2	2	4	2	4	5	4	0	8	8
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	6	5	1	1	2	1	0	2	1	0	0	0	5	9
Santander	327	393	2	2	2	0	0	1	2	3	0	0	19	25
Sucre	50	47	1	0	2	2	0	1	2	2	0	0	8	10
Tolima	107	40	6	6	3	1	1	0	5	2	0	0	11	10
Valle del Cauca	7	1	3	1	2	1	1	1	4	2	2	0	16	38
Vaupés	18	3	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	1	0
Vichada	14	10	0	0	1	0	1	0	2	1	3	5	1	0
Total nacional	2.452	1.739	347	382	91	55	54	42	126	116	96	36	412	1.014

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 20

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexos epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexos epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	7	7	0	0	23	32	1	0	7	11	242	232
Antioquia	57	53	482	595	0	1	1459	1904	48	55	1030	954	8680	6644
Arauca	12	9	72	62	0	0	60	60	1	1	36	51	473	551
Atlántico	16	5	144	139	0	1	191	247	7	10	155	140	1004	946
Barranquilla D.E.	19	9	161	162	0	1	341	370	8	13	268	258	965	1186
Bogotá D.C.	57	36	338	432	0	0	516	584	17	18	1414	1236	11547	11503
Bolívar	17	8	116	138	1	2	86	87	1	1	80	66	906	922
Boyacá	11	3	41	33	0	0	65	80	1	1	68	65	1686	1645
Buenaventura D.E.	9	7	58	59	0	0	71	88	2	1	41	35	145	105
Caldas	8	8	56	60	0	0	131	128	2	4	119	121	1148	1269
Santiago de Cali D.E.	9	9	193	278	0	0	587	606	21	14	479	436	2912	2442
Caquetá	3	3	36	38	0	0	105	126	2	4	36	39	433	397
Cartagena de Indias D.T.	30	20	135	181	0	0	178	210	2	4	209	137	556	736
Casanare	14	7	55	50	0	0	61	88	1	2	49	74	328	404
Cauca	7	6	70	90	0	0	117	109	2	1	101	128	1264	1264
Cesar	19	12	137	97	0	0	180	212	1	5	135	136	821	768
Chocó	24	12	105	76	0	0	95	107	1	0	26	46	169	192
Córdoba	12	7	126	121	1	0	116	132	3	2	224	224	1334	1242
Cundinamarca	27	12	150	182	0	0	205	260	5	10	301	311	5226	5848
Guainía	3	4	7	8	0	0	9	8	0	0	2	1	77	88
Guaviare	2	2	10	9	0	0	15	23	1	0	11	18	125	177
Huila	4	10	59	74	0	1	185	185	4	4	139	120	2386	2377
La Guajira	28	9	152	135	0	0	219	315	3	5	110	165	525	556
Magdalena	12	4	95	101	1	0	75	83	1	2	64	65	547	528
Meta	22	23	99	119	0	0	260	284	8	6	113	139	925	1007
Nariño	5	9	91	104	0	0	73	101	2	4	131	147	1691	1985
Norte de Santander	35	10	201	195	0	0	289	353	6	7	217	224	1440	1612
Putumayo	2	4	40	33	0	1	43	43	2	0	32	35	544	653
Quindío	5	6	38	47	0	0	108	131	2	5	110	89	1001	890
Risaralda	10	4	69	66	0	1	258	291	9	3	200	194	1418	1448
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	3	3	0	0	4	5	0	1	6	3	93	76
Santa Marta D.T.	7	2	48	88	0	0	109	136	2	0	94	85	268	221
Santander	27	11	174	188	0	0	426	550	12	8	259	237	2430	2712
Sucre	5	5	84	85	0	0	43	40	0	0	88	91	723	727
Tolima	11	13	61	84	0	0	238	285	6	6	146	164	1174	1272
Valle del Cauca	11	14	122	193	0	0	290	422	9	11	250	340	2712	2845
Vaupés	1	1	2	4	0	0	8	11	0	0	2	2	102	147
Vichada	3	0	13	14	0	0	13	11	0	0	5	7	98	92
Total nacional	573	357	3.979	4.350	3	8	7.252	8.707	192	208	6.757	6.594	58.118	57.709



Semana epidemiológica 20

17 al 23 de mayo de 2026

TEMA CENTRAL

Maternidad segura

Directora General INS

Dra. Diana Marcela Pava Garzón

Expertos temáticos

Dr. Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirectora de Vigilancia, Control y Prevención

Lina Yessenia Lozano Lesmes

Subdirectora de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Una publicación del:

Instituto Nacional de Salud

Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES



Conozca más en
www.ins.gov.co

BES

Boletín Epidemiológico Semanal

Boletín Epidemiológico Semanal

Autores: tema central: Ana María García Bedoya, Nubia Stella Narváez Díaz, Viviana Ines Pantoja Muñoz. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Sandra Milena Rivera, Helen del Carmen Peña, Dora Callejas. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Edwin Hernández Gavilán, Johanna Agudelo Chivata, Yenny Marcela Elizalde, Aydee Debia Gamba, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **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.

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.20>