

Comportamiento epidemiológico de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2019 a mayo de 2026

La higiene de manos sigue siendo la intervención más efectiva para prevenir los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud y fortalecer la seguridad del paciente.

Semana
epidemiológica

07 al 13 de junio de 2026

23

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	11
	Mortalidad	16
	Eventos trazadores	23
	Brotes y alertas	43
	Tablas de mando por departamento	48



TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2019 a mayo de 2026

Helen Del Carmen Peña Fontalvo, hpena@ins.gov.co

Introducción

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) constituyen uno de los eventos adversos más frecuentes y prevenibles en el ámbito hospitalario. Por definición, se trata de infecciones que no estaban presentes ni en período de incubación en el momento del ingreso del paciente, y cuya aparición ocurre en un tiempo compatible con la atención en salud recibida, según el tipo de infección y el microorganismo implicado (1).

A nivel mundial, la vigilancia epidemiológica evidencia una alta carga de IAAS relacionadas con el uso de dispositivos médicos invasivos, especialmente infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (ITS-AC), neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAV) e infecciones del tracto urinario relacionadas con catéter (ISTU-AC) (2). En el contexto de los brotes intrahospitalarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consorcio GRAM (Global Research on Antimicrobial Resistance) han destacado el papel predominante del grupo de patógenos ESKAPE (*Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter spp.*), así como la diseminación emergente de cepas multirresistentes de hongos, particularmente *Candida auris* (2).

Los datos del Consorcio Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales (INICC) confirman que las unidades de cuidados intensivos (UCI) de América Latina constituyen el principal epicentro de estos eventos. En la región, los brotes epidemiológicos han estado marcados recientemente por la circulación endémica de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC). Se destacan brotes de difícil contención causados por *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC y NDM, y por *Acinetobacter baumannii* con perfil de resistencia extrema (XDR), microorganismos que se propagan aprovechando las fallas en la higiene de manos y en el manejo de superficies inanimadas (3).

En la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que, a pesar del fortalecimiento progresivo de los programas de prevención y control de infecciones (PCI), la incidencia de IAAS en Latinoamérica supera significativamente la reportada en países de ingresos altos. Esta brecha obedece a vulnerabilidades estructurales en la infraestructura hospitalaria, déficit de personal de enfermería especializado, acceso limitado a tecnologías de biología molecular para el diagnóstico y debilidades en los procesos de esterilización y desinfección (4).

De acuerdo con el protocolo nacional del evento, se define brote de IAAS cuando se presenta un aumento inusual de infecciones sobre lo esperado, verificado mediante las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona; la aparición de un microorganismo no identificado previamente en la institución; o cambios en el perfil de resistencia antimicrobiana de agentes ya circulantes (5).

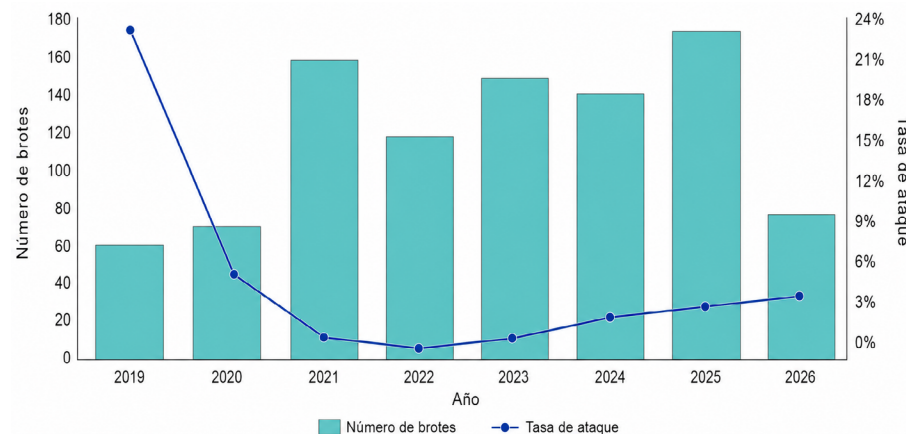
Se realizó un estudio transversal descriptivo, con fuentes de datos secundarias para analizar el comportamiento epidemiológico de los brotes de IAAS en Colombia entre 2019 y mayo de 2026 (datos preliminares). La información fue recopilada a partir de los reportes colectivos de las unidades primarias generadoras de datos, validados por cada entidad territorial y notificados al Instituto Nacional de Salud (INS). Para garantizar la calidad de los datos, se realizaron revisiones y ajustes continuos sobre los datos reportados en los informes de reporte de situación (SITREP) y de las matrices de caracterización de casos, con análisis de los datos mediante Microsoft Excel, R y Rstudio.

Se calcularon proporciones, tasas de ataque, mortalidad, letalidad, medidas de tendencia central, variación porcentual. El denominador de incidencia correspondió a la población expuesta intrahospitalariamente, calculada de forma desagregada para cada brote. La confirmación se articuló con el análisis microbiológico de los aislamientos remitidos al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR).

Comportamiento de los brotes de IAAS

En Colombia, entre 2019 y mayo de 2026, se notificaron 940 brotes de IAAS. Durante 2025 se reportaron 172 brotes y en 2026, con corte a mayo, se han registrado 76 brotes. Al comparar esta cifra con la línea histórica nacional de los últimos cuatro años, se observa una variación porcentual del 92,0 %, lo que indica una tendencia ascendente en la notificación de brotes (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de brotes de IAAS por año y tasa de ataque, Colombia, 2019 a mayo de 2026p

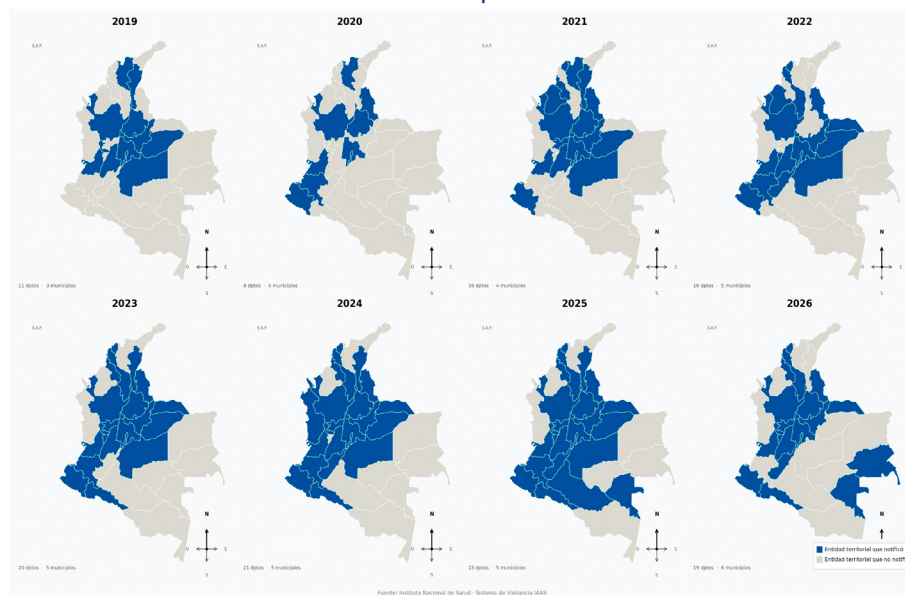


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Infectados	14	384	885	424	558	614	666	223
Expuestos	59	9.512	97.946	132.191	53.103	25.528	22.061	5.985
Tasa de ataque (%)	23.73%	4.04%	0.9%	0.32%	1.05%	2.41%	3.02%	3.73%

Fuente: base de datos brotes de IAAS, INS, Colombia, 2019 – 2026 preliminar
p: datos preliminares. IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud

En cuanto a la distribución por entidad territorial, se ha documentado un incremento sostenido en el reporte de brotes, especialmente en el período postpandemia, posiblemente atribuible a mejoras en la capacidad de detección y notificación del evento. No obstante, persisten entidades territoriales con silencio epidemiológico histórico: Amazonas, Guaviare, La Guajira, Magdalena, San Andrés y Vichada (mapa 1).

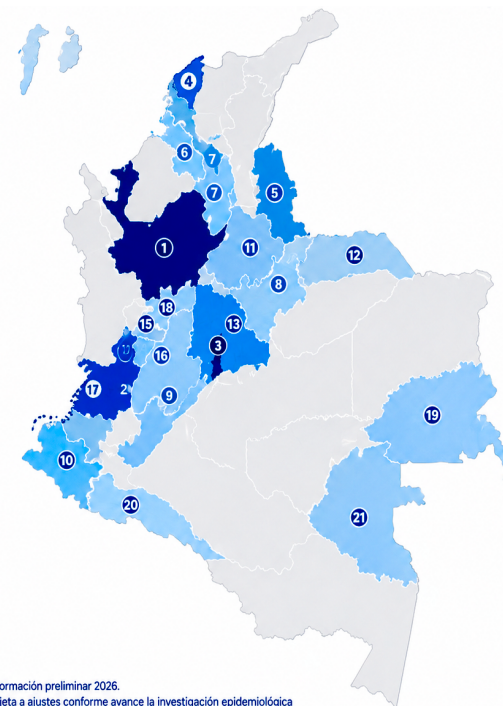
Mapa 1. Distribución por entidad territorial de brotes de IAAS, Colombia, 2019 a mayo de 2026p



Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2019 - 2026 preliminar
p: datos preliminares. IAAS: infecciones asociadas a la atención en salud

Con corte a mayo de 2026, 22 entidades territoriales han notificado brotes de IAAS. La mayor concentración de eventos se registra en Antioquia, con el 21,1 % (16/76) de los brotes, seguida de Bogotá, D.C. y Santiago de Cali, cada una con el 10,5 % (8/76), y Cartagena de Indias y Norte de Santander, con el 5,3 % (4/76) respectivamente (mapa 2).

Mapa 2. Distribución por entidad territorial de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2026p



*Información preliminar 2026.
Sujeta a ajustes conforme avance la investigación epidemiológica y la consolidación de los brotes.

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, enero a mayo de 2026, datos preliminares
p: datos preliminares

Las bacteriemias continúan siendo el tipo de infección más frecuente en los casos asociados a brotes de IAAS, con el 38,3 % (85/222) del total de casos notificados a nivel nacional; le siguen las infecciones gastrointestinales, con el 25,7 % (57/222), y las infecciones de piel y tejidos blandos, con el 11,3 % (25/222) (tabla 1).

Tabla 1. Distribución según tipo de infección de los casos asociados a brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2022 a mayo de 2026p

Tipo de servicio	2022		2023		2024		2025		2026	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bacteriemia	245	52,0	235	42,1	232	39,0	196	32,4	85	38,3
Gastroenteritis	45	9,6	90	16,1	130	21,8	119	19,7	57	25,7
Infección de tejidos blandos	43	9,1	50	9,0	41	6,9	58	9,6	25	11,3
Varicela	3	0,6	34	6,1	37	6,2	88	14,5	18	8,1
Infección respiratoria aguda	16	3,4	25	4,5	45	7,6	25	4,1	16	7,2
Infección del tracto urinario	22	4,7	31	5,6	19	3,2	29	4,8	14	6,3
Neumonía	37	7,9	37	6,6	31	5,2	35	5,8	4	1,8
Infección intraabdominal	0	0,0	8	1,4	24	4,0	19	3,1	2	0,9
Otro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,2	1	0,5
Enterocolitis necrotizante	31	6,6	6	1,1	5	0,8	15	2,5	0	0,0
Endoftalmítis	5	1,1	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0
Infección intracraneana	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Bronquiolítis	9	1,9	0	0,0	3	0,5	1	0,2	0	0,0
Traqueítis	14	3,0	18	3,2	16	2,7	9	1,5	0	0,0
Bronquitis	0	0,0	19	3,4	4	0,7	0	0,0	0	0,0
Osteomielítis	0	0,0	5	0,9	7	1,2	2	0,3	0	0,0
Total	471	100,0	558	100,0	595	100,0	605	100,0	222	100,0

Fuente: base de datos de brotes de IAAS, Colombia, 2022-2026 preliminar
p: datos preliminares

Los casos asociados a brotes de IAAS se concentran principalmente en los servicios de hospitalización general, con el 27,4 % (60/219); UCI de adultos, con el 19,2 % (42/219); y cirugía, con el 12,8 % (28/219), lo que confirma que los entornos de atención hospitalaria y cuidado crítico continúan siendo los escenarios de mayor exposición y prioridad para las acciones de vigilancia, prevención y control (tabla 2).

Tabla 2. Distribución por servicio afectado de los casos asociados a brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2022 a mayo de 2026p

Tipo de servicio	2022		2023		2024		2025		2026	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Hospitalización	114	24,2	179	32,1	174	28,2	134	20,4	60	27,4
UCI adultos	128	27,2	166	29,7	118	19,1	146	22,2	42	19,2
Cirugía	26	5,5	39	7,0	43	7,0	89	13,5	28	12,8
Urgencias	14	3,0	53	9,5	12	1,9	19	2,9	15	6,8
UCI neonatal	105	22,3	53	9,5	117	18,9	129	19,6	15	6,8
Salud mental	0	0,0	4	0,7	38	6,1	38	5,8	14	6,4
UCI intermedia	36	7,6	10	1,8	7	1,1	10	1,5	13	5,9
UCI pediátrica	15	3,2	23	4,1	29	4,7	29	4,4	9	4,1
Consulta externa	3	0,6	3	0,5	7	1,1	3	0,5	7	3,2
Hematología	0	0,0	3	0,5	20	3,2	15	2,3	6	2,7
Unidad de recién nacidos	0	0,0	0	0,0	35	5,7	20	3,0	5	2,3
Trasplantes	7	1,5	8	1,4	8	1,3	1	0,2	4	1,8
Oncología	5	1,1	8	1,4	5	0,8	0	0,0	1	0,5
UCI COVID	8	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
UCI quemados	0	0,0	7	1,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0
Unidad renal	6	1,3	2	0,4	5	0,8	0	0,0	0	0,0
Neurociencias	4	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Administrativo-talento humano	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	3,6	0	0,0
Total	471	100	558	100	618	100	658	100	219	100

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2022- 2026 preliminar
p: datos preliminares
UCI: unidad de cuidados intensivos

Por curso de vida, los casos se concentraron en la población adulta mayor: las personas de 60 años o más representaron el 34,6 % (71 casos), seguidas por el grupo de 29 a 59 años, con el 30,7 % (63 casos). Los menores de un año aportaron el 17,1 % (35 casos) del total, lo que evidencia una mayor vulnerabilidad en los extremos de la vida. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de programa de control de infecciones en la atención de pacientes geriátricos y neonatales, grupos con mayor riesgo de complicaciones y eventos adversos.

Brotos de IAAS por microorganismos según criterio de primera vez

Entre los brotes notificados por primera vez en 2026, con corte a mayo, se identificaron 24 brotes asociados a 13 microorganismos diferentes. *Candida auris* emergió como el principal agente, con 10 brotes (41,7 %), constituyéndose en la cepa fúngica emergente de mayor relevancia en el período. Los demás microorganismos presentaron una frecuencia individual del 4,2 %, lo que refleja una amplia diversidad etiológica. Territorialmente, los reportes abarcaron Bogotá, D.C., Antioquia, Boyacá, Huila, Santiago de Cali, Cartagena de Indias, Cundinamarca y Norte de Santander, entre otras. Esto evidencia circulación de agentes emergentes en múltiples regiones del país (tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud por microorganismos asociados, según criterio primera vez, Colombia, 2026p

Microorganismo	n.º brotes	Proporción por n.º brotes (%)
<i>Candida auris</i>	10	41,7
<i>Aeromonas Hydrophila</i>	1	4,2
<i>Burkholderia cepacia</i>	1	4,2
<i>Candida parapsilosis</i>	1	4,2
<i>Candida vulturna</i>	1	4,2
<i>Clostridioides difficile</i>	1	4,2
<i>Escherichia coli</i>	1	4,2
<i>Pantoea eucriña</i>	1	4,2
<i>Schaalia odontolytica</i>	1	4,2
<i>Serratia liquefaciens</i>	1	4,2
<i>Serratia marcescens</i>	1	4,2
<i>Serratia plymuthica</i>	1	4,2
<i>Staphylococcus caprae</i>	1	4,2
Total	24	100

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2026 preliminar
p: datos preliminares

UCI: unidad de cuidados intensivos

Brotos de IAAS por microorganismos según criterio de aumento inusual

En 2026, con corte a mayo, se han identificado 35 brotes asociados a 15 microorganismos, evidenciando una amplia diversidad etiológica. *Candida auris* constituyó el principal agente causal con 8 brotes (22,9 %), consolidándose como la cepa fúngica emergente de mayor relevancia epidemiológica. Le siguió Herpes zóster con 6 brotes (17,1 %), hallazgo que destaca la importancia de la vigilancia de agentes virales en entornos hospitalarios. *Clostridioides difficile*, *Klebsiella pneumoniae* y *Serratia marcescens* aportaron tres (3) brotes cada uno (8,6 %), mientras que los ocho (8) microorganismos restantes presentaron frecuencias individuales del (2,9 %) (tabla 4).

Tabla 4. Comportamiento por microorganismos asociados de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, según criterio de aumento inusual, Colombia, 2026p

Microorganismo	nº brotes	Proporción por n.º brotes (%)
<i>Candida auris</i>	8	22,9
Herpes zóster	6	17,1
<i>Clostridioides difficile</i>	3	8,6
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	8,6
<i>Serratia marcescens</i>	3	8,6
Influenza tipo A	2	5,7
Norovirus	2	5,7
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	2,9
<i>Bordetella pertussis</i>	1	2,9
<i>Burkholderia cepacia</i>	1	2,9
<i>Enterobacter cloacae</i>	1	2,9
<i>Mycobacterium abscessus</i>	1	2,9
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	2,9
Rotavirus	1	2,9
SARS-CoV-2	1	2,9
Total	35	100,0

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2026 preliminar
p: datos preliminares

UCI: unidad de cuidados intensivos

Brotos de IAAS por microorganismos según criterio de cambio de perfil de resistencia

Por cambio en el perfil de resistencia antimicrobiana se notificaron 16 brotes, con predominio de *Klebsiella pneumoniae* productora de KPC (43,8 %; 7 brotes). Se identificaron, además, mecanismos de resistencia de alta relevancia epidemiológica: KPC-NDM, OXA-48, resistencia a vancomicina en *Enterococcus faecium*, resistencia a carbapenémicos en *Acinetobacter baumannii* y MRSA (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina). Estos hallazgos reflejan la persistencia y diseminación activa de microorganismos multirresistentes en las instituciones de salud colombianas, y refuerzan la urgencia de fortalecer la vigilancia microbiológica y los programas de optimización del uso de antimicrobianos (tabla 5).

Tabla 5. Comportamiento por microorganismos asociados de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, según criterio de cambio de perfil de resistencia, Colombia, 2026p

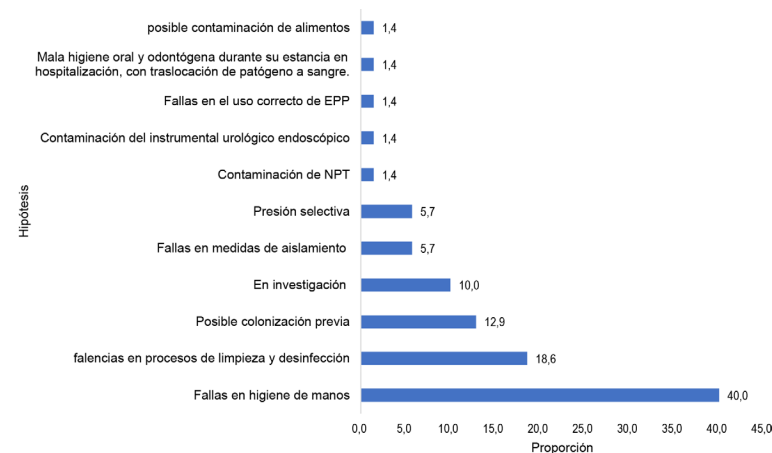
Microorganismo	n.º brotes	Resistencia	Proporción por n.º brotes (%)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7	KPC	43,8
	2	KPC - NDM	12,5
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1	Carbapenémicos	6,3
<i>Enterococcus faecium</i>	1	Vancomicina	6,3
<i>Klebsiella aerogenes</i>	1	OXA-48	6,3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	OXA-48	6,3
<i>Raoultella planticola</i>	1	OXA-48	6,3
<i>Serratia marcescens</i>	1	KPC	6,3
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	MRSA	6,3
Total	16		100,0

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2026 preliminar
p: datos preliminares

Hipótesis relacionadas con brotes de IAAS

Las fallas en la higiene de manos constituyeron la principal hipótesis asociada a la ocurrencia de brotes, representando el 40,0 % (28/76) de la notificación, seguidas por las falencias en los procesos de limpieza y, con el 18,6 % (13/76), y la posible colonización previa de pacientes, con el 12,9 % (9/76) (figura 2).

Figura 2. Comportamiento por hipótesis relacionada de los brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, 2026p



Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2026 preliminar
EPP: Elementos de protección personal - NPT: nutrición parenteral
p: datos preliminares

Estos hallazgos reafirman que las principales hipótesis asociadas a los brotes de IAAS corresponden a factores potencialmente prevenibles, siendo la adherencia a la higiene de manos y la correcta desinfección de superficies y equipos las intervenciones de mayor impacto para reducir su ocurrencia.

Indicadores de brotes de IAAS

Durante 2026, los indicadores de brotes de IAAS evidenciaron una marcada heterogeneidad territorial. Las mayores tasas de ataque (infectados/expuestos) se registraron en Guainía, con 33,3 % (1/3), seguido de Caldas con 20,8 % (5/24), Buenaventura con 20,0 % (1/5) y Tolima con 18,5 % (5/27). En cuanto a la mortalidad (fallecidos/expuestos), las tasas más elevadas se observaron en Caldas con 4,2 % (1/24), Valle del Cauca con 2,8 % (4/71) y Santiago de Cali con 1,7 % (6/359). En cuanto a la letalidad, se observó una reducción en la mayoría de los territorios frente a 2025, con valores de cero en gran parte del país durante el período analizado (tabla 6).

Tabla 6. Indicadores de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2025 a mayo de 2026p

Entidad territorial	Tasa de ataque		Tasa de mortalidad		Tasa de letalidad	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026
Antioquia	2,3	3,5	0,3	0,2	2,2	1,1
Arauca	21,4	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Atlántico	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Barranquilla	6,0	1,8	0,9	0,6	0,0	0,0
Bogotá, D.C.	7,8	4,1	0,8	0,5	0,8	0,0
Bolívar	1,2	0,0	0,1	0,0	5,0	0,0
Boyacá	0,5	5,3	0,2	0,9	11,1	0,0
Buenaventura	0	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Caldas	4,3	20,8	1,3	4,2	0,0	0,0
Santiago de Cali	2,6	4,2	0,8	1,7	5,1	6,7
Caquetá	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cartagena de Indias	1,5	5,3	0,8	1,3	2,9	0,0
Casanare	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cauca	30,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0
Cesar	6,7	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Cundinamarca	7,7	10,0	1,2	0,0	0,0	0,0
Guainía	0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Huila	8,6	11,1	3,4	0,0	40,0	0,0
Meta	4,5	0,0	1,9	0,0	28,6	0,0
Nariño	4,9	1,8	0,0	0,4	0,0	0,0
Norte de Santander	4,1	3,2	0,2	0,3	2,4	0,0
Putumayo	7,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Quindío	1,1	9,7	0,5	1,4	0,0	0,0
Risaralda	9,9	1,2	1,4	0,6	0,0	0,0
Santander	5,2	7,8	0,6	0,9	0,0	0,0
Sucre	7,9	6,2	0,5	0,0	6,3	0,0
Tolima	0,4	18,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Valle del cauca	3,9	5,6	0,8	2,8	7,1	0,0
Vaupés	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: base de datos brotes de IAAS, Colombia, 2025- 2026 preliminar
p: datos preliminares

Respecto a la oportunidad en la notificación, se registró una mejora significativa: la mediana de días entre la fecha de inicio del brote y el reporte al nivel nacional pasó de 23 días en 2025 a 16 días en 2026 (corte a mayo de 2026), lo que indica avances en la capacidad de respuesta oportuna del sistema de vigilancia.

Conclusiones

- Durante el período enero a mayo de 2026 se evidenció un incremento sostenido en la notificación de brotes de IAAS en Colombia, con 76 brotes registrados (la cifra más alta para este período en los últimos cuatro años), lo que refleja tanto el aumento real de eventos como el fortalecimiento progresivo de la capacidad de detección y reporte.
- Las bacteriemias continúan siendo históricamente el tipo de infección más frecuente; sin embargo, el análisis de 2026 evidencia un ascenso significativo de las infecciones fúngicas, particularmente por *Candida auris*, que se consolida como el principal agente emergente en brotes notificados por primera vez.
- La distribución de brotes por microorganismo y servicio afectado refleja la persistencia de riesgos asociados a la atención hospitalaria, con especial afectación en servicios críticos como UCI adultos y cirugía, escenarios que deben ser prioritarios en las estrategias de vigilancia y control.
- Las principales hipótesis asociadas a la ocurrencia de brotes corresponden a la baja adherencia a la higiene de manos y a fallas en los procesos de limpieza y desinfección, factores prevenibles que continúan representando los mayores riesgos para la seguridad del paciente y que demandan intervención sostenida y sistemática.

Recomendaciones

Para entidades territoriales

- Fortalecer la capacitación del talento humano en vigilancia en salud pública de los eventos de IAAS, con énfasis en la detección oportuna y la caracterización epidemiológica de brotes.
- Mejorar la calidad y oportunidad en el reporte del evento.
- Promover la articulación entre los niveles local, departamental y nacional para la gestión integral de brotes de IAAS.

Para UPGD

- Mejorar la calidad y oportunidad en la notificación de casos y brotes al sistema de vigilancia.
- Fortalecer la implementación de las medidas estándar de prevención y control de infecciones: higiene de manos, limpieza y desinfección de superficies, precauciones de aislamiento hospitalario y tamización de contactos expuestos.
- Intensificar la vigilancia epidemiológica activa en servicios críticos, promoviendo la detección temprana y la investigación oportuna de conglomerados y brotes.
- Promover la cultura de seguridad del paciente mediante la capacitación continua del personal de salud en prevención de IAAS y manejo de brotes.
- Garantizar el envío de muestras para confirmación microbiológica del agente causal, caracterización de resistencia antimicrobiana y análisis de clonalidad cuando esté indicado.
- Mantener articulación continua y permanente entre los programas de prevención y control de infecciones y el área de laboratorio clínico y microbiología, a fin de optimizar la respuesta ante brotes.

Referencias

1. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: WHO; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>
2. Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02724-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02724-0/fulltext)
3. Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: emergencia e incremento de nuevas combinaciones de carbapenemasas en Enterobacterales en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2021 Oct 22. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2023-08/2021-octubre-phe-alerta-epi-carbapenamasasp.pdf>
4. Rosenthal VD, Al-Abdely HM, El-Kholy AA, AlKhawaja SAA, Leblebicioglu H, Mehta Y, Rai V, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33901588/>
5. Instituto Nacional de Salud (INS). Fichas y protocolos [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IAAS%202024.pdf 2024.pdf



SITUACIÓN NACIONAL

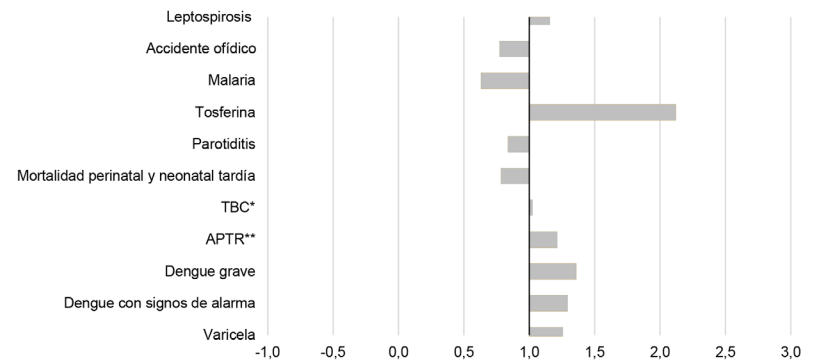
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 23 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 23 del 2026



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 7).

Tabla 7. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 23 del 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	85 558	84 303	0,62	0,54

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 23 del 2026 el evento zika se encontró por encima de lo esperado mientras que los eventos leishmaniasis mucosa, leishmaniasis cutánea y fiebre tifoidea y paratifoidea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 8).

Tabla 8. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	9	3	0,01
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,00
Leishmaniasis cutánea	9	95	0,00
Mortalidad por dengue	2	4	0,09
Lepra	5	7	0,10
Chikunguña	2	2	0,27

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 (INS) 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 23 del 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100,0 % (1 122 / 1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana anterior y a la semana epidemiológica 23 del 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

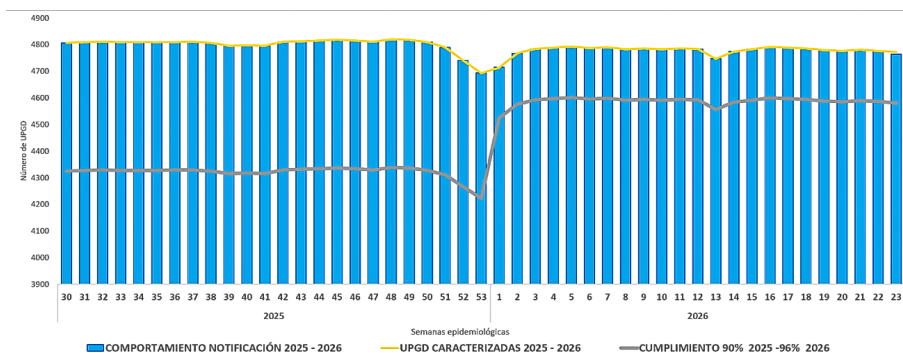
El cumplimiento de las UPGD esta semana fue del 99,8 % (4 764 / 4 772); observando una disminución del 0,17 % respecto a la semana anterior y a la semana 23 del 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD.

Es de mencionar que las entidades territoriales de Buenaventura, Guainía y Vaupés presentaron incumplimiento en la meta de UPGD con porcentajes inferiores a la meta establecida del 96,0 %.

En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 23 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,17 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico. Al analizar el nivel de complejidad de estas UPGD silenciosas (8), se observa que la totalidad pertenecen al primer nivel de complejidad, correspondiendo a las entidades territoriales de Córdoba (3), Arauca, Buenaventura, Guainía, Sucre y Vaupés con (1 caso respectivamente).

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica para el periodo 2025-2026, incluyendo el número de UPGD caracterizadas y el cumplimiento de la meta de notificación en este nivel (96,0 %), establecido en 4 581 UPGD en la semana analizada (figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 23 del 2026



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

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

La vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en Colombia se sustenta en la notificación periódica y sistemática que realizan las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) en Sivigila, como insumo fundamental para la generación de información epidemiológica válida y oportuna. El seguimiento se realiza de forma mensual y el plazo máximo para la notificación corresponde al segundo lunes del mes siguiente al período evaluado, incluyendo el consolidado de los denominadores requeridos para la vigilancia (días de ventilación mecánica, días de catéter venoso central, días de catéter urinario y procedimientos quirúrgicos). Esta vigilancia se centra en el monitoreo sistemático de eventos trazadores, entre estos las infecciones asociadas a dispositivos (IAD), infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ), consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario (CAB) y brotes de IAAS. El cumplimiento de la notificación se evalúa mediante el indicador de silencio epidemiológico, definido como la proporción de UPGD que no reportan información en el periodo establecido. La meta nacional establece no superar el 10,0 %. Este indicador permite valorar la integridad, continuidad y oportunidad del flujo de datos, condicionando la sensibilidad del sistema para la detección de variaciones en el comportamiento de los eventos.

13

Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos

En el marco de la vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos (IAD) en Sivigila, se caracterizaron 447 UPGD activas para mayo de 2026. De estas, 49 UPGD presentaron silencio epidemiológico, lo que corresponde al 11,0 % del total, superando la meta nacional establecida para el indicador (<10 %).

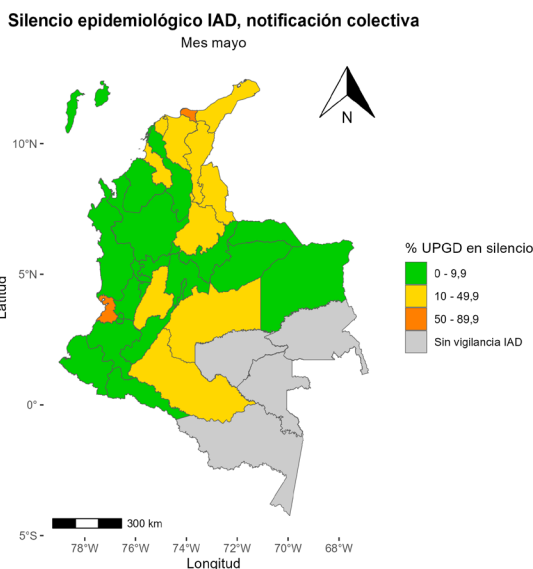
A nivel territorial, Santa Marta y Buenaventura registraron el mayor porcentaje de silencio epidemiológico, con un 50,0 % de sus UPGD sin notificación durante el periodo evaluado. Asimismo, Sucre (46,2 %) y Tolima (40,0 %) presentaron proporciones elevadas de silencio epidemiológico. Otras entidades con porcentajes superiores al 20 % de silencio fueron Caquetá (33,3 %), Santander (29,4 %), La Guajira (27,3 %), Magdalena (25,0 %) y Barranquilla (21,9 %).

Por otra parte, dieciséis entidades territoriales alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación de sus UPGD, al no registrar silencio epidemiológico durante el mes analizado, estas corresponden a: Antioquia, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas,

Santiago de Cali, Casanare, Cauca, Chocó, Cundinamarca, Huila, Putumayo, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada.

Finalmente, entidades como Cartagena de Indias (7,7 %), Córdoba (4,8 %) y Nariño (6,3 %) mantuvieron porcentajes de silencio epidemiológico inferiores al 10,0 %, cumpliendo con la meta nacional establecida. En contraste, Atlántico presentó el 10,0 % de silencio epidemiológico, ubicándose en el límite de cumplimiento del indicador (mapa 3).

Mapa 3. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a dispositivos, Colombia, mayo, 2026



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

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

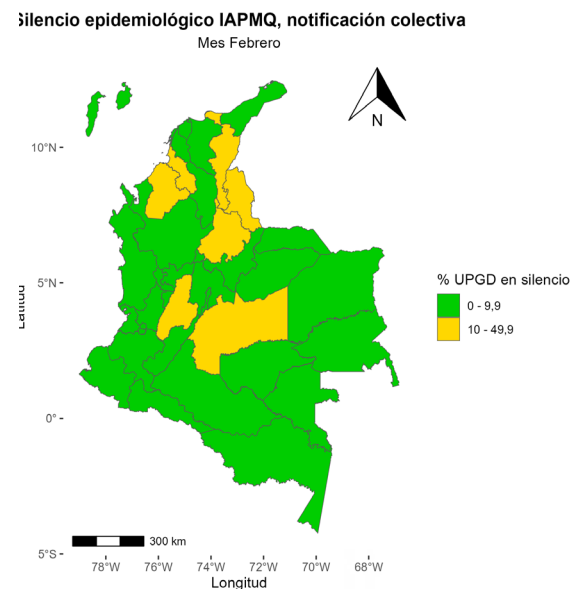
Para mayo de 2026, en el marco de la vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAPMQ) en Sivigila, se encontraban activas 1 378 UPGD. Del total, el 18,2 % (163) no reportaron información durante el periodo, configurando silencio epidemiológico y superando la meta nacional establecida (<10,0%). Esta situación pone de manifiesto debilidades en la adherencia a los procesos de notificación, por lo que se hace necesario reforzar las estrategias de seguimiento,

monitoreo y asistencia técnica a las UPGD, con el propósito de asegurar la completitud, calidad y oportunidad de los datos en la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud.

A nivel territorial, Santa Marta presentó el silencio más alto con 48,0 %, seguido de Santander, Norte de Santander, Sucre y Vaupés que presentaron silencios entre el 20,0 % y el 40,0 %; mientras que Caquetá, Antioquia, Tolima, Risaralda y Córdoba presentaron silencios entre el 11,0 % y el 20,0 %.

Para el periodo informado resaltamos que 19 entidades territoriales alcanzaron un cumplimiento del 100,0 % en la notificación de sus UPGD, lo cual evidencia el trabajo articulado que se ha venido realizando para fortalecer la notificación oportuna del evento (mapa 4).

Mapa 4. Cumplimiento de la notificación de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, mayo del 2026



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

Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario

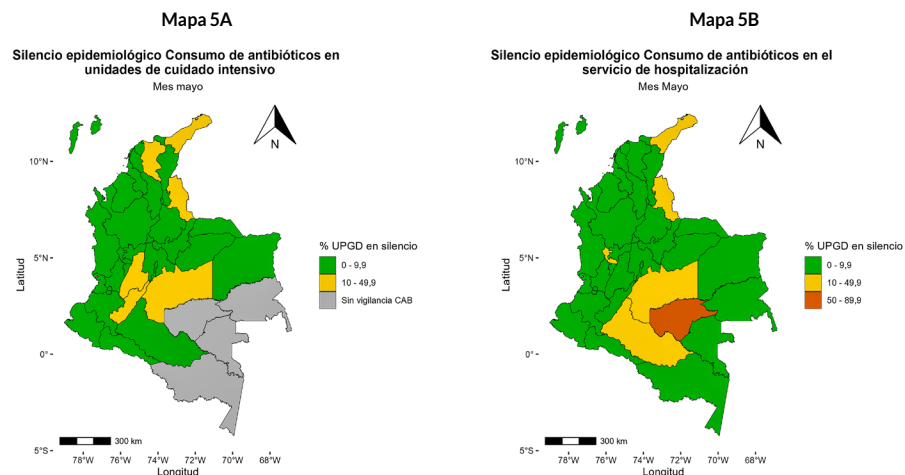
Durante mayo de 2026 la notificación del evento 354 (Consumo de Antibióticos (CAB)) en UCI adulto alcanzó un cumplimiento del 94,3 % (417/442 UPGD), manteniéndose dentro del umbral de cumplimiento frente a la meta nacional (<10,0 % de silencio). Sin embargo, se identifican territorios con incumplimiento: Magdalena 25,0 % (1/4), Meta 22,2 % (2/9), La Guajira 20,0 % (2/10) y Tolima 19,0 % (4/21).

El resto de las entidades territoriales se encuentran en cumplimiento de la notificación. Amazonas, Guainía y Guaviare no reportaron UPGD activas para la vigilancia del evento (mapa 5A).

Para hospitalización, el cumplimiento fue de 92,6 % (1 045/1 128 UPGD), similar al observado en las unidades de cuidados intensivos (UCI) adulto. Se destacan tres entidades con $\geq 50,0$ % de silencio: Guaviare con 81,8 %, Norte de Santander con 45,0 % y Meta con 20,0 %, Caquetá con 17,4 %, La Guajira con 11,5 %, Risaralda con 11,5 %, Córdoba con 9,6 %, Antioquia con 8,8 %, Santander con 4,4 %, Casanare con 4,2 % y Magdalena con 2,6 %. 27 entidades territoriales se encuentran en cumplimiento con el 100 % (mapa 5B).

Se evidenció mejora en el cumplimiento en la notificación de UCI con el 64,0 % de entidades territoriales en 100,0 % y hospitalización con el 71,1 % de las entidades territoriales en 100 % en el desempeño de la vigilancia, con concentración de silencios epidemiológicos en entidades con menor capacidad operativa. Se insta a fortalecer el seguimiento a UPGD, la asistencia técnica y el monitoreo de oportunidad y calidad del dato, en cumplimiento del protocolo nacional, para reducir el silencio epidemiológico.

Mapa 5. Cumplimiento de la notificación consumo de antibióticos en el ámbito hospitalario, Colombia, mayo del 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 23 del 2026, se han notificado 291 muertes probables en menores de cinco años, seis (6) casos de infección respiratoria aguda (IRA), uno (1) de desnutrición aguda y uno (1) enfermedad diarreica aguda residían en el exterior, por lo cual no se incluyeron en el análisis.

De los 283 casos notificados de residentes en Colombia, 178 fueron por IRA, 51 por desnutrición (DNT) aguda y 54 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 102 fueron confirmados, 44 descartados y 137 se encuentran en estudio (tabla 9).

Tabla 9. 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 23 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 23 2026			Casos en estudio a SE 23 2026			Tasa a SE 23 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	20	58	24	27	87	23	0,55	1,59	0,66
Antioquia	2	6	0	3	16	1	0,48	1,43	0,00
Arauca	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00	4,30
Atlántico	0	2	0	0	0	0	0,00	1,69	0,00
Barranquilla	0	3	0	0	0	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	2	0	0	13	0	0,00	0,47	0,00
Bolívar	2	3	0	1	1	0	1,83	2,74	0,00
Boyacá	0	0	0	0	2	0	0,00	0,00	0,00
Buenaventura	0	0	0	0	1	1	0,00	0,00	0,00
Santiago de Cali	0	1	0	0	1	0	0,00	0,89	0,00
Caquetá	0	1	0	0	0	0	0,00	2,54	0,00
Cartagena de Indias	0	2	0	0	3	0	0,00	2,68	0,00
Casanare	0	2	0	1	0	0	0,00	5,20	0,00
Cauca	0	1	0	1	2	1	0,00	0,82	0,00
Cesar	1	4	1	2	1	2	0,75	2,98	0,75
Chocó	6	10	7	5	6	4	9,27	15,46	10,82
Córdoba	1	2	0	0	4	0	0,59	1,18	0,00
Cundinamarca	0	1	0	0	5	1	0,00	0,44	0,00
Huila	0	1	1	0	2	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	5	2	5	7	7	2	4,48	1,79	4,48
Magdalena	0	2	1	1	0	1	0,00	2,23	1,11
Meta	0	3	0	1	3	3	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	2	1	0	3	1	0,00	1,60	0,80
Norte de Santander	0	3	0	1	1	0	0,00	2,61	0,00
Putumayo	0	0	1	1	0	1	0,00	0,00	2,99
Quindío	0	0	0	0	1	0	0,00	0,00	0,00
Risaralda	0	2	2	0	3	0	0,00	3,39	3,39
San Andrés	0	0	0	0	0	1	0,00	0,00	0,00
Santa Marta	0	0	1	0	0	1	0,00	0,00	2,30
Santander	0	1	1	0	2	0	0,00	0,66	0,66
Sucre	0	1	0	0	0	1	0,00	1,15	0,00
Tolima	0	0	0	0	4	0	0,00	0,00	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	0	4	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	3	0	0	3	2	0	17,66	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 23 de 2026, no figuran en la tabla.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 23 del 2026 se han notificado 178 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 25 confirmadas por laboratorio, 33 confirmadas por clínica, 33 descartadas, y 87 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,59 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 23 fueron 127, para una tasa de mortalidad de 3,44 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 23 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, Cartagena de Indias, La Guajira y Norte de Santander y, a nivel municipal, en Dabeiba y Puerto Gaitán. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Los agentes etiológicos identificados en los casos confirmados a semana epidemiológica 23 de 2026 son *Bordetella pertussis*, *Rhinovirus* y *Enterovirus* entre otros (tabla 10).

Tabla 10. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 23, 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>	6	0	0	0	0	6	11	0	0	0	0	11
<i>Rhinovirus</i>	8	2	3	1	0	14	5	0	1	1	1	8
<i>Enterovirus</i>	7	1	2	1	0	11	3	0	0	0	1	4
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	1	0	0	7	4	0	0	0	0	4
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	0	1	0	5	2	1	0	0	1	4
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	1	1	1	0	0	3	4	0	0	0	0	4
<i>Haemophilus influenzae B</i>	5	4	0	1	0	10	2	0	0	1	0	3
<i>Moraxella catarrhalis</i>	2	3	0	0	0	5	2	0	0	0	1	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>Parainfluenza tipo 1</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	2
<i>Pseudomona 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	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
Influenza B	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 3</i>	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Parainfluenza tipo 4</i>	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	51	17	9	6	0	83	38	1	2	4	4	49

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 23 de 2026 se han notificado 51 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 20 confirmadas, cuatro (4) descartadas y 27 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,55 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 23 fue de 77, para una tasa de mortalidad de 2,09 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 23 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por DNT aguda notificadas en las entidades territoriales de Atlántico, Chocó, La Guajira, Magdalena y Risaralda, y a nivel municipal, en Uribia, Ciénaga y Pueblo Rico. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

A semana epidemiológica 23 de 2026 se han notificado 54 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 22 confirmadas por clínica, dos (2) confirmada por laboratorio, siete (7) descartadas y 23 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,66 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 23 fue de 37 para una tasa de mortalidad de 1,00 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 23 del 2019 al 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por EDA aguda notificadas en la entidad territorial de La Guajira, y a nivel municipal, en Bagadó y Uribia. La información puede ser consultada en las [tablas de mando del BES](#).

Mortalidad materna

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

En la semana epidemiológica 23 de 2026 se notificaron al Sivigila siete (7) casos: dos (2) muertes maternas tempranas, tres (3) muertes maternas tardías y dos (2) muertes maternas coincidentes. El país acumula 64 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 60 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 11).

Tabla 11. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 23, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	117	63	31	211
2024	88	63	26	177
2025p	79	65	19	163
2026p	60	44	24	128

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

En 2026, se han notificado casos de muertes maternas tempranas en 21 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Cartagena de Indias, Cesar y Chocó. Al comparar con el promedio histórico 2022-2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas a nivel nacional, como en los departamentos de Bolívar, Córdoba y Norte de Santander, sin diferencias estadísticamente significativas en las demás entidades territoriales (tabla 12).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yondó (Antioquia), El Banco (Magdalena), Cumbal (Nariño) y Fresno (Tolima); en el promedio histórico 2022-2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 13).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 23 de 2026, el 61,7 % corresponde a causas directas y el 25,0 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 23,3 % (tabla 14).

Tabla 12. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 23 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 23	Acumulado de casos a SE 23	
		2025	2026
Colombia	101	79	60
Bogotá	9	9	10
Antioquia	9	9	6
La Guajira	8	8	6
Cartagena de Indias	3	1	4
Cesar	5	6	4
Chocó	6	4	4
Caquetá	2	1	3
Cundinamarca	5	5	3
Nariño	6	3	3
Cauca	5	1	2
Magdalena	2	0	2
Risaralda	2	2	2
Sucre	2	1	2
Tolima	3	2	2
Boyacá	1	1	1
Casanare	1	3	1
Huila	3	1	1
Meta	2	1	1
Quindío	1	1	1
Santa Marta	2	0	1
Valle del Cauca	2	2	1
Arauca	1	0	0
Atlántico	3	2	0
Barranquilla	2	2	0
Bolívar	4	1	0
Buenaventura	1	0	0
Caldas	0	0	0
Santiago de Cali	2	3	0
Córdoba	4	4	0
Guainía	0	1	0
Norte de Santander	4	2	0
Putumayo	1	0	0
Santander	2	2	0
Vichada	1	1	0

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

Tabla 13. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 23 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 23	Valor observado SE 23
Colombia	101	60
Yondó (Antioquia)	0	1*
El Banco (Magdalena)	0	1*
Cumbal (Nariño)	0	1*
Fresno (Tolima)	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 14. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 23	Número de casos y proporción a SE 23 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	84	88	100	79	100	60	100
DIRECTA	55	56	63,6	54	68,4	37	61,7
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	17	19	21,6	14	17,7	14	23,3
Hemorragia obstétrica	19	19	21,6	18	22,8	7	11,7
Sepsis obstétrica	6	5	5,7	6	7,6	5	8,3
Evento tromboembólico como causa básica	6	5	5,7	6	7,6	5	8,3
Embarazo ectópico	4	3	3,4	5	6,3	3	5,0
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	2	2,3	2	2,5	1	1,7
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	3	2	2,3	3	3,8	1	1,7
Otras causas directas	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	27	30	34,1	23	29,1	15	25,0
Otras causas indirectas	9	12	13,6	5	6,3	8	13,3
Otras causas indirectas: neumonía	6	4	4,5	7	8,9	3	5,0
Sepsis no obstétrica	5	4	4,5	5	6,3	2	3,3
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,4	2	2,5	2	3,3
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,5	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,3	2	2,5	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,5	0	0,0	0	0,0
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
Desconocida / indeterminada	1	0	0,0	1	1,3	0	0,0
En estudio	2	2	2,3	1	1,3	8	13,3

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc2_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

A semana epidemiológica 23 del 2026 se han notificado 2 714 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 689 corresponden a residentes en Colombia y 25 a residentes en el exterior.

El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, Córdoba y La Guajira. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 23 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Caquetá, Casanare, Putumayo, Guaviare y San Andrés y Providencia (tabla 15).

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), Tunja (Boyacá), Girón (Santander), Granada (Meta), La Estrella (Antioquia), Arauquita (Arauca), Alto Baudó (Chocó), Saravena (Arauca), La Plata (Huila), Caldas (Antioquia), Isnos (Huila), Peñol (Antioquia), Zambrano (Bolívar), Paipa (Boyacá), Jambaló (Cauca), Becerril (Cesar), Bahía Solano (Chocó), El Rosal (Cundinamarca), Roberto Payán (Nariño), Tolú Viejo (Sucre) y Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 16).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,0 %, seguido de neonatales tempranas con 28,0 %, neonatales tardías con 18,4 %, y las fetales intraparto con 11,6 %.

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas, la mayor proporción se concentra en: asfixia y causas relacionadas con un 24,8 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,1 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,5 % (tabla 17). Se observó un incremento, con corte de semana epidemiológica 23 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 15. 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 23 del 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 23	Acumulado de casos a SE 23	
		2025	2026
Colombia	3 313	2 437	2 689
Bogotá, D.C.	349	269	340
Antioquia	377	290	327
Cundinamarca	184	170	173
Córdoba	166	106	118
La Guajira	175	115	115
Santiago de Cali	130	112	107
Barranquilla	116	66	92
Bolívar	98	75	87
Cesar	115	91	87
Huila	80	52	85
Santander	100	65	85
Cauca	109	67	81
Nariño	95	92	79
Norte de Santander	96	64	79
Valle del Cauca	98	80	75
Chocó	80	41	66
Meta	77	75	63
Sucre	80	47	61
Cartagena de Indias	106	66	60
Atlántico	102	58	55
Magdalena	81	63	52
Tolima	67	47	48
Boyacá	62	51	47
Risaralda	50	35	46
Caldas	44	41	41
Santa Marta	39	22	37
Arauca	30	14	31
Quindío	25	15	28
Buenaventura	37	35	24
Caquetá	28	20	21
Casanare	35	28	19
Vichada	16	13	18
Putumayo	26	17	17
Guainía	10	8	12
Amazonas	7	9	5
Vaupés	6	3	4
Guaviare	7	7	2
San Andrés y Providencia	6	8	2

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

Tabla 16. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 23 2021 - 2025	Valor observado a SE 23 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	3 313	2 689	-
Manauera (La Guajira)	15	22	6
Dosquebradas (Risaralda)	10	17	14
Cumaribo (Vichada)	10	16	5
Itagüí (Antioquia)	9	15	4
Tunja (Boyacá)	7	13	20
Girón (Santander)	8	13	8
Granada (Meta)	5	12	18
La Estrella (Antioquia)	3	10	8
Araucuita (Arauca)	5	10	3
Alto Baudó (Chocó)	2	9	10
Saravena (Arauca)	4	8	6
La Plata (Huila)	5	8	1
Caldas (Antioquia)	2	5	8
Isnos (Huila)	2	5	3
Peñol (Antioquia)	1	4	6
Zambrano (Bolívar)	1	4	2
Paipa (Boyacá)	1	4	6
Jambaló (Cauca)	1	4	9
Becerril (Cesar)	1	4	6
Bahía Solano (Chocó)	1	4	11
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	17
Roberto Payán (Nariño)	1	4	1
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	3
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	17

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

Tabla 17. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 23, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 23, 2024 -2026					
	2024 a SE 23	(%)	2025 a SE 23	(%)	2026 a SE 23	(%)
Colombia	2 712	100,0	2 437	100,0	2 689	100,0
Asfixia y causas relacionadas	697	25,7	674	27,7	667	24,8
Prematuridad-inmaturidad	458	16,9	403	16,5	460	17,1
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	409	15,1	382	15,7	362	13,5
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	316	11,7	262	10,8	258	9,6
Infecciones	235	8,7	214	8,8	207	7,7
Malformación congénita	244	9,0	211	8,7	204	7,6
Otras causas de muerte	181	6,7	157	6,4	170	6,3
Sin información	0	0,0	0	0,0	147	5,5
Causas no específicas	69	2,5	40	1,6	126	4,7
Trastornos cardiovasculares	77	2,8	67	2,7	59	2,2
Convulsiones y trastornos neurológicos	13	0,5	11	0,5	17	0,6
Lesión de causa externa	13	0,5	16	0,7	12	0,4

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



**EVENTOS
TRAZADORES**

Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 23 de 2026, a partir de las variables registradas en las fichas epidemiológicas de los eventos colectivos e individuales (códigos INS 995 y 345).

Definición operativa de caso confirmado de morbilidad por IRA: Corresponde a todas las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización general, UCI/UCIM y defunciones, según los códigos CIE-10 de J00 a J2¹.

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

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

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

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

En el último periodo (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026), a nivel nacional, se observó un incremento porcentual en las atenciones por IRA en hospitalización en sala general, y una disminución en consulta externa, urgencias y UCI/UCIM, frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026). Ninguna de estas variaciones alcanzó significancia estadística (variación porcentual superior al 30 % o inferior al -30 %, respectivamente) (tabla 18).

Tabla 18. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026 y 20 a 23 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 16 a 19 de 2026	SE 20 a 23 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	536 544	527 531	-1,68%	
Hospitalización en sala general	24 603	24 969	1,49%	
Hospitalización en UCI/UCIM	2 853	2 808	-1,58%	

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 23 del 2026 se notificaron 119 411 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), no se observó incremento en ninguna entidad territorial. Se registró disminución en Amazonas, Santiago de Cali, Guainía, Guaviare, Huila, Nariño, Quindío y Vichada. Las 30 entidades territoriales restantes no presentaron comportamientos inusuales.

De acuerdo con el análisis de comportamientos inusuales en los municipios que tienen más de 100 000 habitantes se observó incremento en 10 municipios (tabla 19).

Tabla 19. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 del 2026

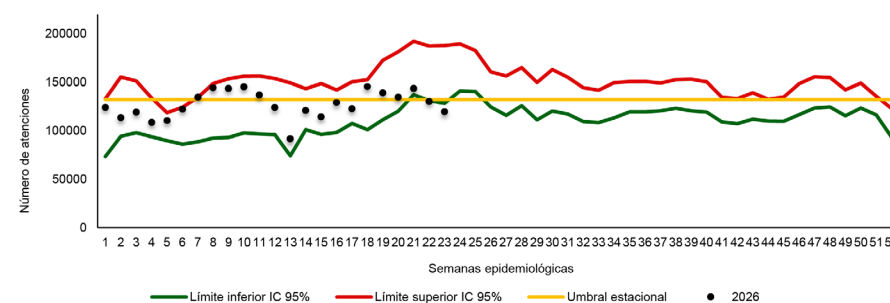
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Atlántico	Soledad	39 140	39 619	7 127	6 630
Antioquia	Itagüí	41 306	35 889	6 196	6 470
Cundinamarca	Soacha	38 424	30 701	6 401	5 833
La Guajira	Maicao	27 756	32 684	3 403	5 799
Antioquia	Bello	29 311	33 862	5 468	5 081
La Guajira	Uribe	22 390	23 787	2 772	4 305
Cundinamarca	Chia	26 807	21 334	5 132	4 278
Antioquia	Rionegro	17 861	22 461	2 532	3 107
Córdoba	Cerete	8 110	9 791	945	2 289
Santander	Floridablanca	12 358	12 881	2 159	2 241
Valle del Cauca	Palmira	13 614	10 835	2 310	1 961
Santander	Barrancabermeja	14 926	14 334	1 459	1 949
Cundinamarca	Madrid	6 256	7 943	1 283	1 945
Cundinamarca	Zipaquirá	10 442	9 626	2 023	1 935
Risaralda	Dosquebradas	13 837	11 799	1 942	1 926
Boyacá	Duitama	9 966	8 441	1 996	1 898
Córdoba	Lorica	6 896	7 609	1 092	1 833
Antioquia	Envigado	12 436	13 785	2 020	1 756
Bolívar	Magangué	9 365	8 837	1 389	1 648
Boyacá	Sogamoso	8 764	7 253	1 720	1 588
Magdalena	Ciénaga	9 862	9 334	1 414	1 521
Antioquia	Apartado	8 087	9 331	1 502	1 509
Antioquia	Turbo	6 713	6 664	1 038	1 385
Cundinamarca	Facatativá	8 719	6 526	1 899	1 374
Norte de Santander	Ocaña	7 512	6 861	1 143	1 286
Casanare	Yopal	6 334	5 181	1 354	1 284
Cundinamarca	Girardot	10 339	7 244	1 866	1 270
Valle del Cauca	Yumbo	7 147	5 978	1 308	1 181
Cundinamarca	Funza	7 761	7 946	1 063	1 159
Cesar	Aguachica	5 533	5 575	989	1 032
Valle del Cauca	Tuluá	6 393	5 424	998	956
Buenaventura	Buenaventura	3 038	4 537	687	937
Valle del Cauca	Cartago	7 696	6 281	1 387	907
Huila	Pitalito	6 346	3 878	1 228	805
Cauca	Santander de Quilichao	5 836	3 977	1 087	769
Santander	Piedecuesta	4 500	4 666	578	712
Córdoba	Sahagún	11 211	4 280	2 012	703
Santander	Girón	3 821	3 924	396	669
Atlántico	Malambo	2 988	3 528	591	666
Cundinamarca	Mosquera	3 190	2 797	652	622
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 448	3 266	586	386
Cauca	Guapi	2 325	1 719	206	303
Nariño	La Florida	352	338	48	39

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (20 a 23 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 23,9 % (126 465) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,5 % (103 268). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 1 año con el 13,4 % y los menores de 2 a 4 años con el 12,9 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 de 2026, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 a 22 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 23 situándose por debajo del límite inferior (figura 5).

Figura 5. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 del 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

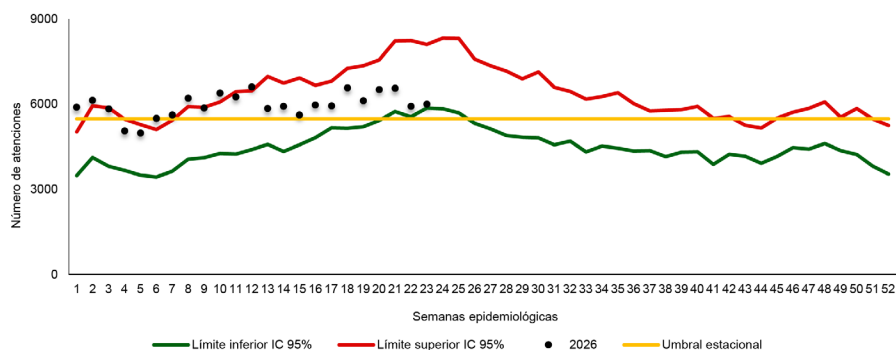
En la semana epidemiológica 23 del 2026 se notificaron 5 990 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Santiago de Cali, Cesar, Chocó, Guainía, La Guajira y Risaralda y aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena y Santa Marta. En las 21 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (20 a 23 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (5 966) representaron el 23,8 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 18,0 % (4 494). La mayor proporción de hospitalización en sala general por IRA sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas se presentó

en el grupo de los niños de 1 año con el 32,7 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 27,9 %.

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 23 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2026

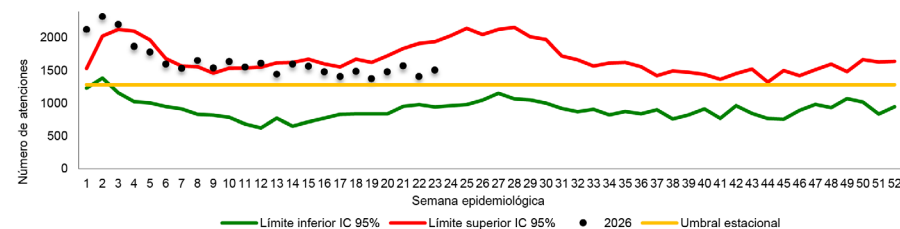


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 23 del 2026, se notificaron 1 394 atenciones en hospitalización por IRA en sala general en mayores de 60 años. Frente al canal endémico nacional en este grupo de edad, durante las semanas epidemiológicas 07 a 12 las hospitalizaciones se ubicaron por encima del límite superior, con descenso en semanas epidemiológicas 13 a 23 de 2026 (figura 7).

Figura 7. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 23 de 2026



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

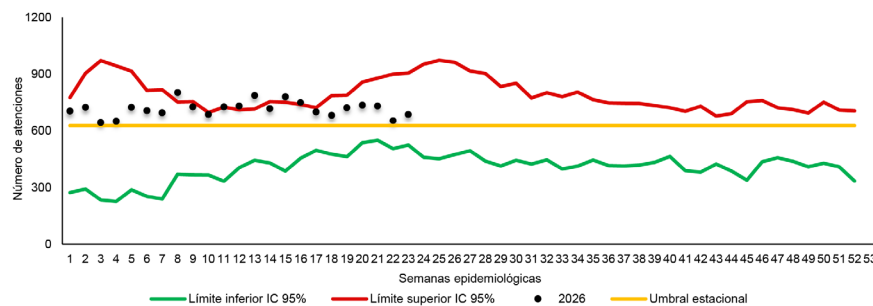
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 23 del 2026 se notificaron 687 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Chocó, Córdoba, La Guajira, Nariño, Putumayo, Quindío y Valle del Cauca. Se registró disminución en Antioquia, Bolívar, Buenaventura, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Magdalena, Meta y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (20 a 23 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 33,5 % (942), seguido de los menores de 1 año con el 21,5 % (604) de las hospitalizaciones. La mayor proporción de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas se presentó en el grupo de los niños de 1 año con el 23,7 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 23,0 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 23 (figura 8).

Figura 8. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2026

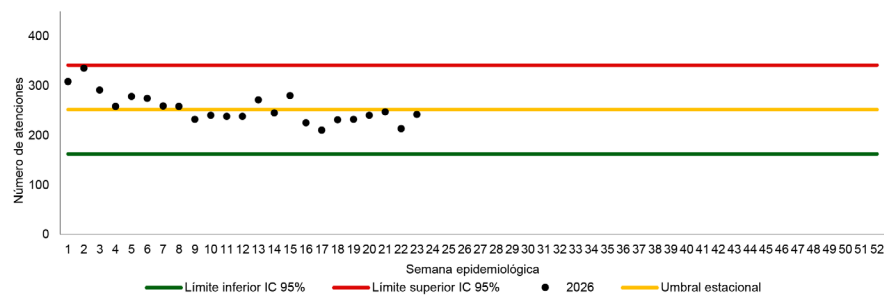


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 23 del 2026, se notificaron 216 atenciones en hospitalización por IRA en UCI/UCIM en mayores de 60 años. En el gráfico de control nacional para este grupo de edad, las hospitalizaciones se mantuvieron por encima del umbral estacional durante las semanas epidemiológicas 01 a 08, 13 y 15 de 2026; no obstante, en las semanas 09 a 12, 14 y 16 a 23 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 23 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 consulta externa, urgencias y hospitalización en UCI/UCIM y una variación porcentual positiva en 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 23 de 2026 las atenciones por IRA en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM se ubicaron dentro de los límites esperados.

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

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

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

de identificar comportamientos inusuales y crear acciones de mitigación; activando vigilancia intensificada en alojamientos temporales y municipios con antecedentes de afectación por eventos hidrometeorológicos.

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

Circulación de agentes microbianos causantes de IRA

La actividad de influenza en la región de las Américas durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas continuó disminuyendo y las detecciones se encuentran asociadas a influenza B en el norte del continente e influenza A al sur del continente con predominio de A(H3N2). Para virus sincitial respiratorio (VSR) se reportaron niveles ascendentes de circulación en las subregiones Andina, y Brasil y Cono Sur. 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 23, la actividad viral estuvo marcada por la presencia de virus respiratorio sincitial (VSR), rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, parainfluenza e influenza. Al comparar los dos periodos epidemiológicos, se evidencia un incremento general de la positividad y para VSR, al decremento rinovirus. 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 20). 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 20. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 16 a 23 de 2026

Agente viral identificado	SE 16 a 19 de 2026			SE 20 a 23 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	55,0	62,2	25,4	59,5	64,5	43,3	
Rinovirus	14,4	13,2	13,3	9,4	8,7	6,9	
Virus sincitial respiratorio	38,5	44,7	13,3	43,6	51,5	27,6	
Enterovirus	5,2	4,7	6,7	2,5	2,6	6,9	
Adenovirus	9,2	10,2	-	8,5	8,7	3,4	
Influenza B	1,6	0,7	13,3	0,6	0,4	-	
Influenza A	5,5	1,7	13,3	6,6	2,6	24,1	
Parainfluenza	11,8	12,5	6,7	14,4	14,3	6,9	
Metapneumovirus	4,7	4,4	6,7	6,6	6,1	17,2	
A(H1N1)pdm09	1,6	1,0	-	0,3	-	-	
SARS-CoV2	0,8	1,0	-	0,9	-	-	
A(H3N2)	5,8	4,7	20,0	3,1	2,6	3,4	
Coronavirus	0,8	0,7	6,7	2,5	1,7	3,4	

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

Referencia

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

COVID-19

Metodología

Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 23 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En lo corrido de 2026 (semana epidemiológica 01 a 23), con corte al 13 de junio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 126 casos de COVID-19, de los cuales 1 125 son procedentes de Colombia y 1 del exterior. En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (20 a 23) se registraron 315 casos, un aumento del 52,2 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19), en el que se reportaron 207 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 216 casos, un incremento del 35,8 % frente a las 159 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 23), los casos de 2026 muestran una menor notificación como muestra la figura 10.

Figura 10. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 23 de 2026

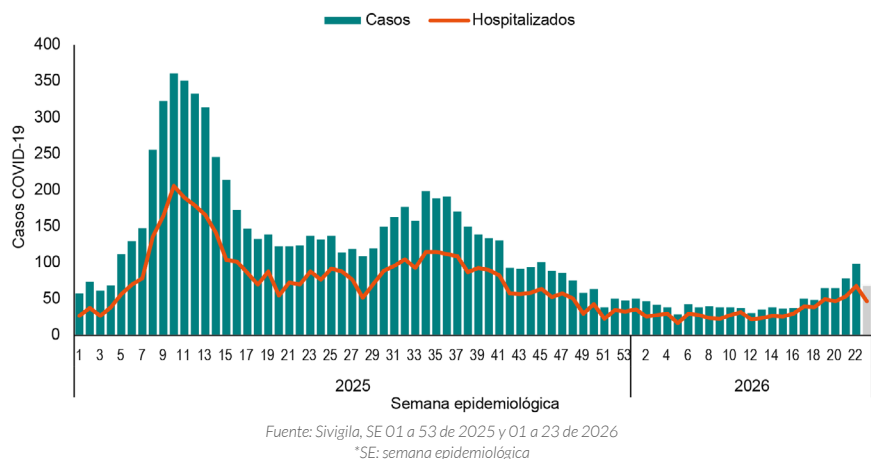


Tabla 21. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 16 a 23 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 16 a 19 2026	SE 20 a 23 2026		
Menor de un año	72	103	43,1	↗
1 año	29	40	37,9	↗
2 a 4 años	24	25	4,2	↗
5 a 9 años	18	14	-22,2	↘
10 a 19 años	10	19	90,0	↗
20 a 29 años	8	19	137,5	↗
30 a 39 años	11	6	-45,5	↘
40 a 49 años	3	12	300,0	↗
50 a 59 años	6	13	116,7	↗
60 a 69 años	13	23	76,9	↗
70 a 79 años	6	15	150,0	↗
80 a 89 años	7	22	214,3	↗
90 a 99 años	0	4	NC	↗
Mayor de 100 años	0	0	NC	↔
Total	207	315	52,2	↗

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

•NC: no calculable
Fuente: Sivigila SE 16 a 23 de 2026
PE: periodo epidemiológico
SE: semana epidemiológica

30 Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) se registró una incidencia de 0,6 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 29 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 76 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Cauca y Santander, así como en los distritos de Bogotá, D.C y Barranquilla.

A nivel municipal, dicho incremento se observó en Rionegro y La Ceja (Antioquia), Soledad (Atlántico), Soacha (Cundinamarca), Floridablanca (Santander) y Ibagué (Tolima).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026), se observó un incremento en los grupos de 40 a 49 años (300,0 %), 80 a 89 años (214,3 %), 70 a 79 años (150,0 %), 20 a 29 años (137,5 %), 50 a 59 años (116,7 %), 10 a 19 años (90,0 %), 60 a 69 años (76,9 %), menores de un año (43,1 %) y de 1 año (37,9 %). En contraste, se evidenció una disminución en los grupos de 30 a 39 años (-45,5 %) y de 5 a 9 años (-22,2 %), mientras que el grupo de 2 a 4 años presentó un leve aumento (4,2 %). Finalmente, el grupo de 90 a 99 años pasó de 0 a 4 casos, y el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados (tabla 21).

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

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

Dengue

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 23 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 23 del 2026 se notificaron 2 678 casos de dengue: 1 912 casos de esta semana y 766 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 50 625 casos, 30 584 (60,4 %) sin signos de alarma, 19 517 (38,6 %) con signos de alarma y 524 (1,0 %) de dengue grave.

El 64,8 % (32 822) 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 22). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Cesar, Casanare, Norte de Santander, Santander, Magdalena, Antioquia y Tolima concentran el 67,1 % (7 312 casos) de los casos del periodo

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Casanare, Cauca, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Nariño, Putumayo, Sucre, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 22).

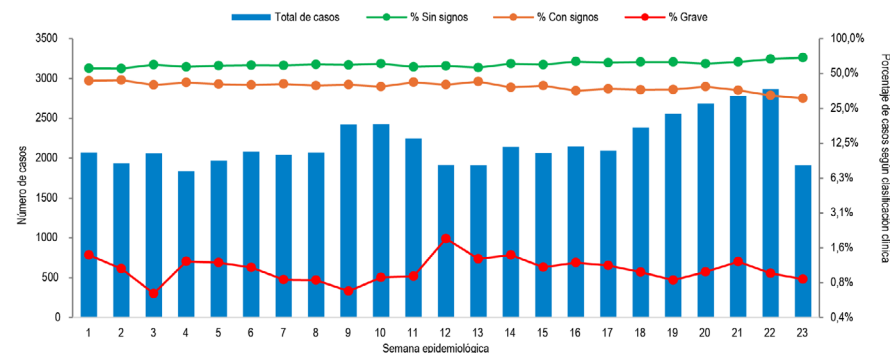
Tabla 22. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último periodo	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 15 - 18 2026)	Observado (SE 19-22 2026)
Meta	8 337	30,0	0,9	1 836	2 318
Cesar	4 370	57,2	0,7	596	755
Bolívar	3 760	38,9	1,5	730	952
Santander	3 315	36,4	0,6	570	606
Norte de Santander	3 190	38,6	1,6	493	629
Magdalena	2 987	50,2	0,7	598	569
La Guajira	2 653	53,2	1,9	460	397
Cartagena de Indias	2 357	19,0	0,9	261	229
Santa Marta	1 853	44,4	0,5	235	184
Antioquia	1 766	36,1	1,0	312	422
Córdoba	1 755	41,1	0,5	243	225
Tolima	1 672	29,9	1,3	270	410
Barranquilla	1 648	42,5	1,0	165	161
Atlántico	1 513	45,0	1,0	183	230
Casanare	1 458	30,1	0,3	285	651
Arauca	1 172	32,2	0,9	198	371
Sucre	813	49,3	1,2	148	208
Valle del Cauca	783	32,2	0,6	148	209
Cundinamarca	776	33,9	0,8	149	200
Huila	710	37,2	4,8	118	177
Santiago de Cali	704	36,6	0,3	137	150
Chocó	441	23,1	1,1	86	105
Amazonas	413	15,0	0,0	60	49
Guaviare	387	19,4	0,5	59	199
Caquetá	336	51,8	2,4	74	86
Nariño	332	45,5	1,2	52	84
Putumayo	312	21,2	1,3	57	89
Quindío	160	23,1	0,6	42	43
Cauca	114	35,1	0,9	17	31
Boyacá	106	51,9	0,9	20	49
Caldas	101	44,6	0,0	27	31
Exterior	93	44,1	4,3	13	18
Risaralda	88	39,8	1,1	21	16
Buenaventura	65	35,4	1,5	16	13
Vichada	46	32,6	0,0	6	9
Vaupés	25	20,0	0,0	2	15
Archipiélago de San Andrés	7	28,6	0,0	3	2
Guainía	7	28,6	0,0	2	1
Total	50 625	38,6	1,0	8 692	10 893

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

A la fecha, el porcentaje de dengue con signos de alarma y dengue grave se mantiene alrededor del 40,0 % a nivel nacional (figura 11); 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 19 a 22 de 2026) fueron: Boyacá, Cesar, La Guajira y el exterior.

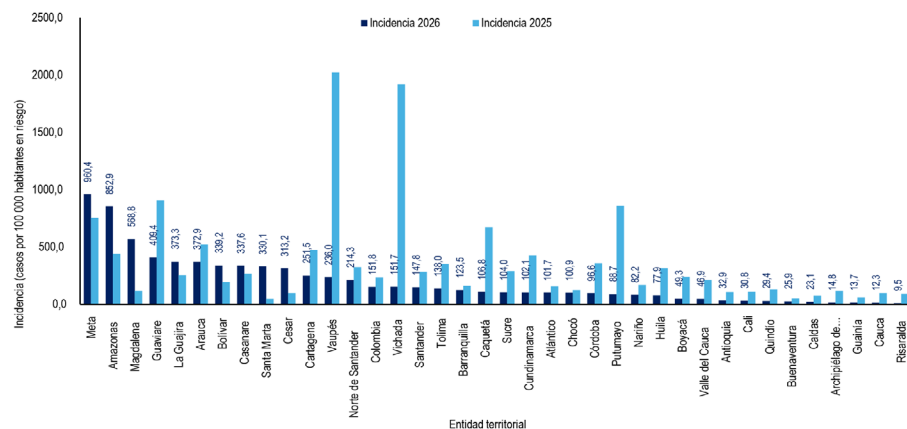
Figura 11. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 23, 2026



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

A semana epidemiológica 23 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 151,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 235,0 casos por 100 000 habitantes. De las 38 entidades territoriales departamentales y distritales de Colombia, Bogotá, D. C. es la única entidad sin población a riesgo para el evento. Las entidades territoriales de Meta, Amazonas, Magdalena, Guaviare, La Guajira, Arauca, Bolívar, Casanare y Santa Marta, presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 23 del 2026 registrando tasas superiores a 330 casos por 100 000 habitantes (figura 12). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 310,8 casos por 100 000 habitantes.

Figura 12. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2025 y 2026

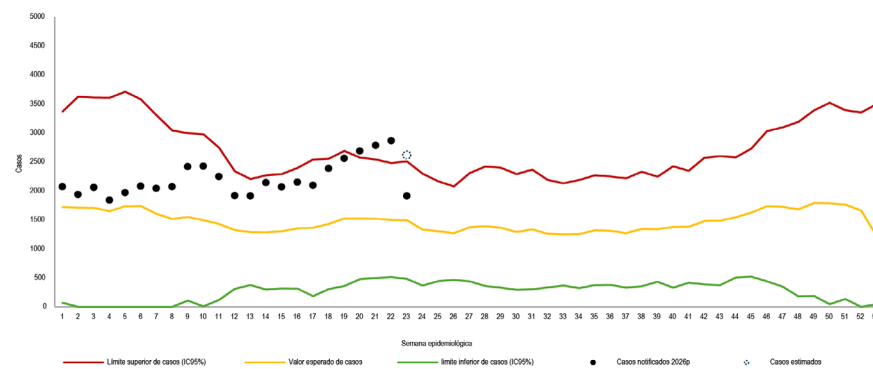


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 23 del 2026, el evento a nivel nacional según el canal endémico se ubicó en situación de brote, comparado con su comportamiento histórico, observándose una tendencia al aumento en las últimas semanas con una variación de 25,3 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 19 a 22 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) (figura 13). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 23), se observa una reducción del 35,4 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025, en el que se notificaron 78 405 casos.

De acuerdo con la situación epidemiológica por entidad territorial departamental y distrital en riesgo para dengue en general según canal endémico, se observa que el 24,4 % (9) está dentro de lo esperado, el 37,8 % (14) se encuentra en situación de alerta y el 37,8 % (14) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 23).

Figura 13. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 23 del 2026



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

Tabla 23. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 23 del 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 23, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla., Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Norte de Santander, Santa Marta
Alerta	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Antioquia, Boyacá Cundinamarca, Caldas, Chocó, Huila, Nariño, Quindío Santander, Sucre, Tolima, Vaupés, Vichada
Dentro de lo esperado	Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Putumayo, Guainía, Buenaventura, Cauca, Risaralda, Valle del Cauca

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 23 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 17,3 % (143) se encuentra por encima de lo esperado, según canal endémico para dengue. De los municipios con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue el 26,3 % (15/57) se sitúan por encima de lo esperado, comparado con su comportamiento histórico (tabla 24).

Tabla 24. 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 23 del 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 15-18 2026)	(SE 19-22 2026)
Antioquia	Bello	5,4	30	9	7
Atlántico	Barranquilla	125,6	1 648	165	161
	Soledad	58,5	400	33	47
Bolívar	Cartagena	223,4	2 357	261	229
	Magangué	226,8	326	66	75
	Turbaco	306,9	357	59	63
Cesar	Valledupar	295,8	1 633	169	246
	Aguachica	279,1	343	82	96
La Guajira	Riohacha	410,5	860	131	95
Santa Marta	Santa Marta	335,5	1 853	235	184
Magdalena	Ciénaga	398,5	508	86	52
Meta	Villavicencio	1 199,2	6 115	1 345	1 540
Norte de Santander	Ocaña	129,0	153	12	43
Tolima	Ibagué	109,4	595	90	193
Arauca	Arauca	148,5	149	27	36

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

A semana epidemiológica 23 del 2026, se han notificado 140 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 27 casos, se han descartado 66 casos y se encuentran en estudio 47 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,05 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 65 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 25).

Tabla 25. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 23, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 23, 2026	Letalidad por dengue a SE 23, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	8	4	0,30	0,06
Huila	2	0	0,28	0,21
Magdalena	5	0	0,17	0,16
Atlántico	2	2	0,13	0,09
Antioquia	1	4	0,06	0,14
Santa Marta	1	1	0,05	0,00
Bolívar	2	3	0,05	0,14
Meta	3	9	0,04	0,14
Norte de Santander	1	1	0,03	0,04
Santander	1	2	0,03	0,06
Cesar	1	3	0,02	0,00
Barranquilla	0	4	0,00	0,09
Tolima	0	4	0,00	0,02
Nariño	0	2	0,00	0,00
Arauca	0	1	0,00	0,12
Casanare	0	1	0,00	0,00
Chocó	0	1	0,00	0,00
Cundinamarca	0	1	0,00	0,03
Putumayo	0	1	0,00	0,10
Quindío	0	1	0,00	0,00
Sucre	0	1	0,00	0,09
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Colombia	27	47	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 23 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 198 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altura mayor o igual a 1 600 ms. 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

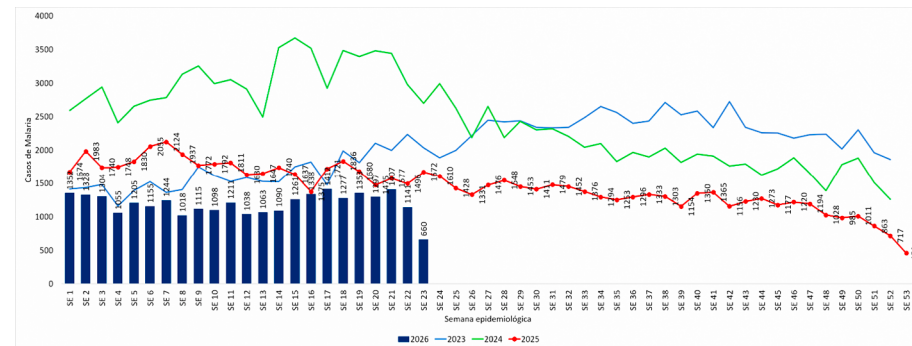
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros 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 para la malaria (figura 14).

Figura 14. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 23 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 23 del 2026 se notificaron 1 372 casos de malaria, para un acumulado de 27 422 casos, de los cuales 27 103 son de malaria no complicada y 319 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 73,1 % (20 041), seguido de *Plasmodium falciparum* con 25,9 % (7 092) e infección mixta con 1,1 % (289). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,5 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (32,5 %), Antioquia (14,2 %), Córdoba (8,3%), Guainía (6,7 %), Nariño (6,5 %), Risaralda (4,2 %), Amazonas (3,9 %), Bolívar (3,2 %), Vichada (3,2 %), Cauca (3,1 %), Meta (2,9 %), Buenaventura (2,5 %) y Vaupés (2,3 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 26.

Tabla 26. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 16 a 19 2026	Casos SE 20 a 23 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1 605	253	113	40,54
Córdoba	Tierralta	1 499	307	187	14,79
Chocó	Quibdó	1 442	374	361	9,68
Risaralda	Pueblo Rico	1 052	205	93	62,57
Chocó	Lloró	869	167	140	79,99
Antioquia	El Bagre	801	145	116	14,04
Chocó	Istmina	717	163	114	20,51
Chocó	Bagadó	700	144	208	57,97
Buenaventura	Buenaventura	679	135	205	2,09
Meta	Puerto Gaitán	631	91	108	13,36
Chocó	Medio San Juan	558	159	129	46,10
Vichada	Cumaribo	554	111	78	6,18
Vaupés	Mitú	524	75	67	14,31
Bolívar	Montecristo	469	107	72	25,20
Nariño	Olaya Herrera	428	68	39	16,00
Chocó	Alto Baudó	422	59	38	13,12
Chocó	Río Quito	417	92	111	44,19
Chocó	Juradó	414	116	84	53,50
Cauca	Timbiquí	405	144	79	14,14
Amazonas	Tarapacá (CD)	396	71	32	88,12
Cauca	Guapi	385	109	53	12,78
Antioquia	Nechí	359	82	83	12,70
Córdoba	Puerto Libertador	346	55	47	7,51
Chocó	Carmen del Darién	334	46	61	14,68
Chocó	El Cantón del San Pablo	334	58	108	46,82
Antioquia	Cáceres	330	66	54	10,46
Norte de Santander	Tibú	325	59	68	5,18
Amazonas	La Pedrera (CD)	324	25	8	10,27
Vichada	Puerto Carreño	307	15	20	13,18
Nariño	El Charco	293	48	58	12,46
Chocó	Tadó	286	52	55	13,78
Guaviare	San José del Guaviare	264	47	31	3,97
Nariño	Roberto Payán	259	43	22	19,22
Antioquia	Chigorodó	259	43	22	4,11
Antioquia	Turbo	258	58	49	1,89

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

Nota: en la tabla se muestran las entidades territoriales y los municipios que aportan el 71,0 % de los casos.

En cuanto a la distribución de casos de malaria 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, Mitú, Montecristo, Cumaribo, Juradó, Puerto Libertador e Istmina y en incremento el municipio de Quibdó, Puerto Gaitán, Bagadó y Nechí (tabla 27). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,3 % de los casos. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Istmina, Guapi, Medio San Juan, Olaya Herrera, Inírida, Magüi, Tierralta y Alto Baudó y en incremento los municipios de Buenaventura, Río quito, El Charco, Lloró y Bagadó como se muestra en la tabla 28.

Tabla 27. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 23 del 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 16 a 19 de 2026	Casos SE 20 a 23 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	208	105	-50%	6,9%
Córdoba	Tierralta	265	163	-38%	6,6%
Risaralda	Pueblo Rico	177	83	-53%	4,7%
Antioquia	El Bagre	139	115	-17%	3,8%
Chocó	Lloró	116	87	-25%	3,1%
Chocó	Quibdó	151	171	13%	3,1%
Meta	Puerto Gaitán	77	90	17%	2,7%
Chocó	Bagadó	93	140	51%	2,5%
Vaupés	Mitú	75	66	-12%	2,5%
Bolívar	Montecristo	107	75	-30%	2,3%
Vichada	Cumaribo	81	61	-25%	2,2%
Chocó	Juradó	116	83	-28%	2,1%
Antioquia	Nechí	80	85	6%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	54	47	-13%	1,7%
Chocó	Istmina	71	63	-11%	1,7%

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

SE: semana epidemiológica

Tabla 28. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 23 del 2026

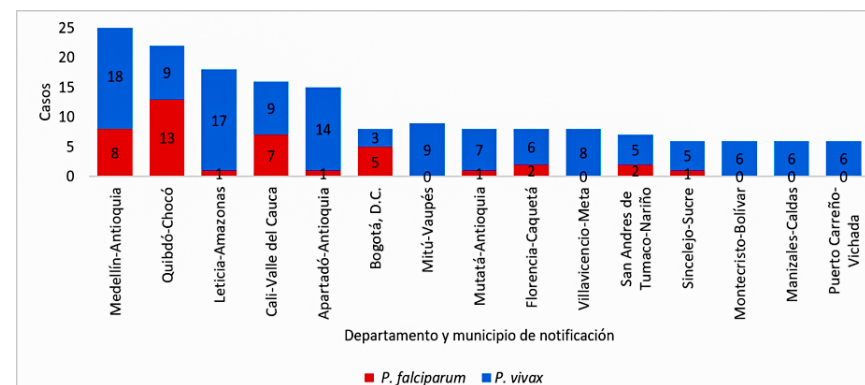
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 16 a 19 de 2026	Casos SE 20 a 23 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	226	195	-14%	11,9%
Buenaventura	Buenaventura	82	150	83%	6,4%
Cauca	Timbiquí	140	78	-44%	5,6%
Chocó	Istmina	92	51	-45%	5,2%
Cauca	Guapi	102	54	-47%	5,1%
Chocó	Rio Quito	65	82	26%	4,4%
Nariño	El Charco	44	49	11%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	82	70	-15%	3,6%
Chocó	Lloró	45	49	9%	3,1%
Nariño	Olaya Herrera	32	21	-34%	3,0%
Guainía	Inirida	44	8	-82%	2,9%
Nariño	Magüi	39	12	-69%	2,5%
Córdoba	Tierralta	42	24	-43%	2,5%
Chocó	Bagadó	48	59	23%	2,5%
Chocó	Alto Baudó	28	18	-36%	2,0%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 23 de 2026 se han notificado 319 casos de malaria complicada, que son notificados por 31 entidades territoriales. Antioquia, Chocó, Amazonas, Nariño, Santiago de Cali, Meta, Caldas, Vichada, Caquetá, Bogotá, D.C., Risaralda, Bolívar, Santander, Sucre, Vaupés y Córdoba y notificaron el 89,0 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 54,2 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 15).

Figura 15. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 23 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 23 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran seis departamentos en situación de incremento y nueve en situación de decremento; a nivel municipal se encuentran 36 municipios en incremento y 71 en decremento (tabla 29).

Tabla 29. Departamentos y municipios en situación de incremento para malaria comportamientos inusuales, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 23 de 2026

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 23 2025	Acumulado 2026	SE 23 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	63	5	27	2	1	4
Amazonas	Tarapacá (CD)	4	798	28	405	5	27	32
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	12	1	26	3	0	5
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	127	1	0	8
Antioquia	Frontino	4	109	9	191	11	31	68
Antioquia	Anorí	4	32	2	117	2	11	27
Antioquia	Nechí	5	647	17	363	14	37	85
Antioquia	Yondó	4	33	3	52	1	0	5
Antioquia	Amalfí	4	7	0	7	1	1	3
Arauca	Saravena	4	326	13	74	2	3	12
Arauca	Fortul	4	28	2	20	1	0	3
Bolívar	Tiquisío	4	61	5	78	0	12	17
Caquetá	Florencia	4	219	2	98	5	3	13
Chocó	El Carmen de Atrato	4	105	3	182	2	7	22
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	587	13	334	3	68	108
Chocó	Condoto	4	117	3	103	5	19	32
Chocó	Belén de Bajirá	5	91	4	264	6	7	59
Chocó	Istmina	5	611	39	724	14	83	115
Chocó	Unión Panamericana	5	121	6	110	3	25	35
Chocó	Juradó	4	164	9	414	2	26	84
Chocó	Acandí	4	95	7	41	3	7	12
Chocó	Carmen del Darién	5	519	24	335	11	53	61
Chocó	Sipí	4	146	1	91	4	13	26
Chocó	Cértégui	4	119	3	122	1	16	23
Córdoba	San Andrés Sotavento	4	12	1	25	1	3	12
Córdoba	Cereté	4	0	0	5	0	1	3
Guaviare	Miraflores	3	46	5	35	7	10	14
Meta	Puerto Gaitán	4	162	15	640	15	16	109
Meta	San Martín	4	3	0	5	0	0	3
Norte de Santander	El Carmen	4	2	0	3	0	0	2
Putumayo	Puerto Asís	4	1	0	9	2	0	2
Risaralda	Pereira	4	15	0	12	0	0	4
Vichada	Puerto Carreño	4	139	12	314	3	7	20

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

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

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

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 23 del 2026, se han notificado 9 740 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 9 697 corresponden a residentes en Colombia y 43 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (24 de 2025 a 23 de 2026) es de 0,53 casos por cada 100 menores de 5 años; las entidades territoriales con prevalencias acumuladas más altas corresponden a La Guajira, Chocó, Vichada, y Guaviare (tabla 30)

El 83,1 % de los casos fue clasificado como desnutrición aguda moderada, mientras que el 16,9 % como desnutrición aguda severa. Entre los niños y niñas mayores de seis meses, el 5,2 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,6 %) y en los de 1 año de edad (26,6 %). Así mismo, el 66,7 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 23 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 217 municipios a nivel nacional (19,3 %) y de disminución en 70 municipios (6,2 %). 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 24 municipios (tabla 31).

Tabla 30. 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 23, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 23 de 2025	Casos a SE 23 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	10 105	9 697	0,53	19,3	6,2
La Guajira	731	754	1,58	33,3	13,3
Chocó	449	424	1,19	35,5	12,9
Vichada	99	77	1,09	0,0	25,0
Guaviare	39	36	0,76	25,0	25,0
Magdalena	371	281	0,73	10,3	10,3
Risaralda	230	214	0,72	21,4	7,1
Cartagena de Indias	222	259	0,70	0,0	0,0
Arauca	91	92	0,69	28,6	42,9
Boyacá	244	250	0,59	16,3	0,8
Casanare	127	122	0,59	10,5	15,8
Vaupés	16	13	0,58	0,0	16,7
Cesar	479	399	0,58	24,0	20,0
Amazonas	36	29	0,58	18,2	9,1
Bolívar	266	283	0,56	26,7	13,3
Antioquia	1438	1286	0,55	21,6	0,8
Bogotá, D.C	1363	1269	0,55	0,0	0,0
Norte Santander	318	268	0,54	7,5	5,0
Nariño	344	359	0,53	26,6	3,1
Cundinamarca	546	587	0,52	13,8	2,6
Putumayo	100	102	0,51	15,4	15,4
Santiago de Cali	262	268	0,46	0,0	0,0
Sucre	185	198	0,46	34,6	0,0
Meta	201	209	0,45	31,0	10,3
Valle	321	293	0,44	30,0	5,0
Buenaventura	91	62	0,41	0,0	0,0
Huila	220	197	0,40	13,5	2,7
Tolima	143	173	0,40	12,8	8,5
Santa Marta	85	61	0,35	0,0	0,0
Caldas	81	92	0,34	25,9	3,7
Caquetá	72	72	0,34	6,3	12,5
Barranquilla	128	89	0,33	0,0	0,0
Guainía	27	12	0,33	0,0	22,2
Córdoba	223	272	0,32	16,7	6,7
Atlántico	141	162	0,30	18,2	18,2
Quindío	35	48	0,30	8,3	0,0
Santander	255	229	0,29	16,1	3,4
Cauca	124	148	0,27	26,2	9,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	2	8	0,25	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 24 de 2025 a SE 23 de 2026.

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

Tabla 31. 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 23 del 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	149	96
Tolima	Ibagué	27	57
Sucre	Sincelejo	25	51
Risaralda	Dosquebradas	23	39
Nariño	Pasto	39	38
Valle del Cauca	Tuluá	16	29
Arauca	Arauca	43	28
Cesar	Aguachica	14	25
Huila	Pitalito	15	23
Santander	Floridablanca	15	23
Caldas	Manizales	29	22
Cauca	Popayán	16	22
Boyacá	Duitama	13	21
Valle del Cauca	Cartago	12	20
Santander	Girón	28	19
Magdalena	Ciénaga	27	18
Valle del Cauca	Guadalajara de Buga	14	18
Cauca	Santander de Quilichao	9	17
Antioquia	Apartadó	34	15
Valle del Cauca	Yumbo	20	12
Atlántico	Malambo	15	9
Norte de Santander	Villa del Rosario	28	9
Cundinamarca	Girardot	27	6
Bolívar	Turbaco	9	4

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

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

Tos ferina

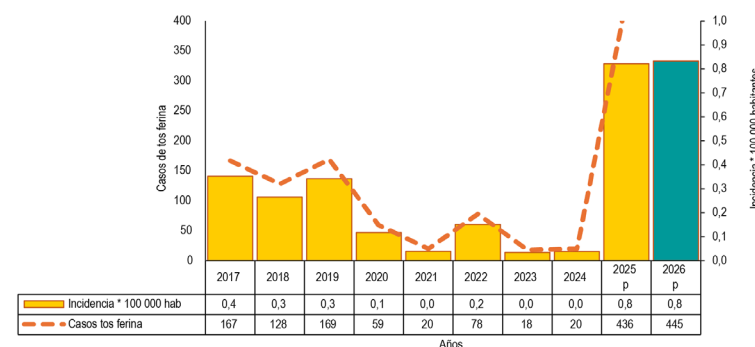
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 22 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 22 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 706 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,7 % (451) correspondió a casos confirmados. De los 451 casos confirmados, 445 correspondieron a casos con procedencia nacional y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 73,8 % (1 997) correspondió a casos descartados y el 9,5 % (258) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 22 fue de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes. Al comparar esta cifra con los registros históricos de la misma semana epidemiológica en años anteriores, se observa un aumento en la incidencia respecto a los años previos (2017 a 2024), donde la incidencia no superó 0,3 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es ligeramente superior al registrado en 2025 cuando se reportaron 436 casos confirmados para el mismo periodo (figura 16).

Figura 16. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 22, 2017 a 2026p

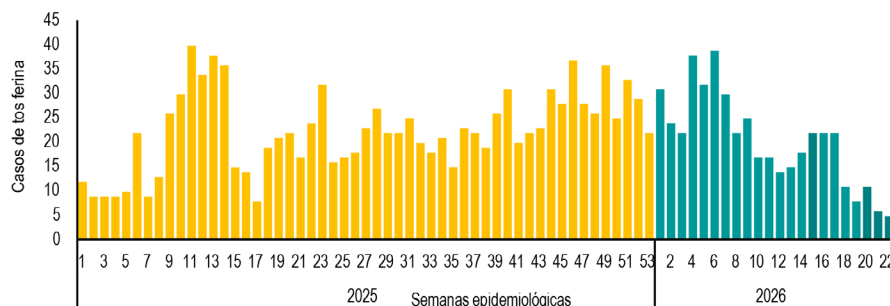


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 17 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), evidenciando un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas epidemiológicas 23 (32 casos), 28 (27 casos), 31 (25 casos), 36 (23 casos), 40 (31 casos), 44 (31 casos), 46 (37 casos), 49 (36 casos) de 2025 y 04 (37 casos), 06 (39 casos), 09 (25 casos) de 2026. En las últimas cuatro semanas se observó una reducción del 61,0 %, al pasar de 77 casos (semanas epidemiológicas 15 a 18 de 2026) a 30 casos (semanas epidemiológicas 19 a 22 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 17. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 22 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 22, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 96 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, con 50 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 34 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 32 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 32. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 22, 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	0,2	0,0	0,0	0,8	0,8		445
Antioquia	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	1,4	1,4		96
Bogotá, D.C.	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,6		50
Santander	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	1,4		34
Cartagena de Indias	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,0		30
Casanare	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2		20
Boyacá	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	1,5		20
Cesar	0,2	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,4	1,3		20
Norte de Santander	0,8	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	1,0		17
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	1,3		16
Cundinamarca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,7	0,4		16
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7		15
Chocó	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0	0,3	1,9	2,2		13
Risaralda	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,0		10
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4		9
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6		8
Cauca	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5		8
Caldas	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,6		6
Huila	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	1,9	0,5		6
Vaupés	72,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,2		5
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,5		5
La Guajira	0,0	0,1	0,0	5,9	0,0	0,0	0,7	0,5		5
Meta	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,5	0,4		5
Atlántico	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3		5
Valle del Cauca	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2		5
Arauca	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,4	1,4		4
Santa Marta	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,0	0,2	0,5		3
Nariño	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2		3
Vichada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	1,3		2
Putumayo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5		2
Sucre	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2		2
Tolima	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1		2
Buenaventura	0,0	0,0	0,0	0,3	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	0,2		1
Quindío	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2		1

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, 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.

Brotos de tos ferina identificados en población indígena por departamento de procedencia, Colombia, 2026p

En la semana epidemiológica 22 de 2026 se identificaron 111 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 9 casos.

La tabla 33 presenta los brotos actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 33. Brotes de tos ferina en Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		111		
Cauca	Toribío	2	27/05/2026	08/07/2026
Antioquia	Betulia	2	12/05/2026	23/06/2026
Cauca	Caldono	4	08/05/2026	19/06/2026
Cesar	Agustín Codazzi	3	05/05/2026	16/06/2026
Boyacá	Güicán de La Sierra	1	01/05/2026	12/06/2026
Boyacá	Cubará	9	01/05/2026	12/06/2026
Chocó	Litoral del Bajo de San Juan	1	27/04/2026	08/06/2026
Chocó	Riosucio	2	27/04/2026	08/06/2026
Casanare	Hato de Corozal	2	23/04/2026	04/06/2026
Santander	Cerrito	15	23/04/2026	04/06/2026
Chocó	Tadó	1	20/04/2026	01/06/2026
Santander	Concepción	6	20/04/2026	01/06/2026
Antioquia	Urrao	2	11/04/2026	23/05/2026
Casanare	Paz de Ariporo	13	01/04/2026	13/05/2026
Antioquia	Frontino	1	01/04/2026	13/05/2026
Vaupés	Mitú	5	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	10	28/03/2026	09/05/2026
Vaupés	Pacoa	1	26/03/2026	07/05/2026
Antioquia	Murindó	3	16/03/2026	27/04/2026
Chocó	Carmen del Darién	4	10/03/2026	21/04/2026
Norte de Santander	Toledo	1	09/03/2026	20/04/2026
Chocó	Lloró	1	08/03/2026	19/04/2026

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Caldas	Aranzazu	3	19/02/2026	02/04/2026
Chocó	Bagadó	1	17/02/2026	31/03/2026
Norte de Santander	Chitagá	1	10/02/2026	24/03/2026
Norte de Santander	Cúcuta	3	08/02/2026	22/03/2026
Chocó	Belén de Bajirá	1	06/02/2026	20/03/2026
Cauca	Morales	2	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Mistrató	1	27/01/2026	10/03/2026
Risaralda	Pueblo Rico	2	27/01/2026	10/03/2026
Chocó	Unguía	2	26/01/2026	09/03/2026
Putumayo	Orito	1	26/01/2026	09/03/2026
Cesar	Valledupar	1	26/01/2026	09/03/2026
Vichada	Cumaribo	2	24/01/2026	07/03/2026
Boyacá	Puerto Boyacá	1	21/01/2026	04/03/2026
Risaralda	Balboa	1	12/01/2026	23/02/2026

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sivigila, 2026 (datos preliminares)
FIS: fecha de inicio de síntomas
Celdas en gris: brotos de tos ferina que por tiempo ya cerraron

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 15 de junio de 2026

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

Para el 2026, a corte del 15 de junio (datos preliminares), se han notificado 888 casos probables, 51 confirmados (50 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 02 de junio de 2026, el 98,0 % procedente del Tolima y el 2,0 % del Meta. Se han notificado 23 muertes probables, 18 confirmadas por fiebre amarilla, un (1) caso excluido de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y cuatro (4) casos se encuentran en estudio, para una letalidad de 35,3% (18/51)³.

Entre el 09 y 15 de junio de 2026 se confirmó un (1) caso de fiebre amarilla en humanos con procedencia del Tolima.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se han confirmado 199 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 83 casos y cuatro (4) casos se encuentran en estudio (letalidad acumulada del 38,8 %).

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 22 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH), 20 de estos con procedencia de Tolima. A la fecha se llevan cinco días sin tener confirmación del virus en Primates No Humanos.

Nota aclaratoria: semana epidemiológica 53 (28 de diciembre al 03 enero de 2026) y semana epidemiológica 01 (4 al 10 enero de 2026). Los casos de eventos transmitidos por vectores en la semana epidemiológica se calculan según fecha de inicio de síntomas.

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

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

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

[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.



BROTOS, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

Actualización de casos importados de sarampión a nivel nacional, 16 de junio de 2026

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

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

Con corte al 16 de junio de 2026, se han notificado 1 257 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 1 075 han sido descartados y 174 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (65) y Antioquia (46). El resto de los casos en investigación se reportan en Huila (10), Quindío (7), Nariño (6); Norte de Santander y Santander (5 cada uno), Caldas, Cesar y Risaralda (3 cada uno); Santiago de Cali, Caquetá, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira y Tolima (2 cada uno); y finalmente Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Casanare, Magdalena, Santa Marta y Valle del Cauca con un (1) caso cada uno.

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

En el ámbito administrativo, la Circular Conjunta 0004 de 2026 ha permitido estandarizar las capacidades de respuesta con el apoyo de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI) y el fortalecimiento de las estrategias de comunicación

del riesgo dirigidas a la población y a los actores del sistema de salud. En cuanto al seguimiento diario de contactos de los casos confirmados, a la fecha se ha logrado cerrar el cerco epidemiológico de siete casos y un caso permanece bajo seguimiento activo.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo, Instituto Nacional de Salud (INS), Colombia, 16 de junio de 2026.

Situación de desabastecimiento de agua para consumo humano, Buenaventura, 16 de junio de 2026

El 08 de junio de 2026 se presentó una creciente súbita de la quebrada El Venado, la cual ocasionó el desprendimiento de la tubería principal del sistema de distribución de agua potable. Este evento generó afectaciones en aproximadamente el 70,0 % de la población del distrito de Buenaventura, así como en sectores estratégicos de salud, educación, seguridad e infraestructura.

En respuesta a la emergencia, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD), en articulación con las autoridades distritales y el departamento del Valle del Cauca, han implementado el suministro de agua para consumo humano mediante carrotanques. Posteriormente, el 12 de junio de 2026, la Alcaldía de Buenaventura declaró la calamidad pública, debido a la superación de la capacidad de respuesta local y solicitó apoyo del nivel nacional en términos de recursos y medidas extraordinarias.

En la misma fecha, se llevó a cabo la Sala de Análisis del Riesgo Ambiental (SARA) nacional, con la participación de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Buenaventura, con el propósito de analizar la problemática ambiental y definir líneas de acción interinstitucional. En este contexto, la entidad territorial mantiene como acciones prioritarias: i) el seguimiento continuo a la situación de desabastecimiento de agua; ii) la articulación con las entidades competentes para garantizar el suministro mínimo de agua a la población afectada y iii) la verificación de las condiciones fisicoquímicas y microbiológicas del agua distribuida mediante carrotanques.

En cuanto al comportamiento de los eventos de interés en salud pública (EISP), con corte a la semana epidemiológica 22 de 2026, se evidenció un incremento en los casos de leptospirosis e infecciones respiratorias agudas (IRA), especialmente en los servicios de consulta externa y urgencias. Los demás eventos priorizados se mantienen dentro de los valores esperados para el periodo analizado.

De acuerdo con la valoración del riesgo ambiental, se establece un nivel de riesgo alto para la población afectada. Esta situación continúa en seguimiento permanente por parte del Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) del Instituto Nacional de Salud (INS).

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

Situación de Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE) por desplazamiento forzado de población indígena, Buenaventura, 12 de junio de 2026

Desde el 04 de junio de 2026, se presenta el desplazamiento forzado de la comunidad indígena Eperara Siapidara, proveniente de la zona rural de La Meseta, hacia el casco urbano del distrito de Buenaventura, en el contexto de enfrentamientos entre grupos armados no estatales. Como respuesta, se conformaron dos Alojamientos Temporales de Emergencia (ATE): i) caseta comunal R9 y ii) Olímpico Multimodal.

En el marco de la respuesta a la emergencia, se realizó la caracterización poblacional identificando 126 personas (32 familias) en el ATE uno y 93 personas (20 familias) en el ATE dos. El 05 de junio de 2026, el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) distrital efectuó visita de caracterización a los alojamientos, desarrollando a su vez intervenciones médicas y psicosociales de carácter colectivo. Ambos alojamientos cuentan con red de alcantarillado, servicio de energía eléctrica permanente y recolección de residuos sólidos por el servicio de aseo municipal. No obstante, se identificaron riesgos asociados a la seguridad alimentaria, particularmente por condiciones inadecuadas de almacenamiento de alimentos y ausencia de operadores que garanticen una cadena de distribución segura.

En cuanto a la vigilancia en salud, se confirmó un (1) caso para malaria mediante prueba rápida, iniciando tratamiento y medidas de aislamiento. Adicionalmente, se reportan casos con prurito cutáneo en varias familias, un caso confirmado de trastorno por estrés postraumático y un caso complejo con multimorbilidad. A la fecha, no se han identificado brotes ni conglomerados asociados a los ATE. El 12 de junio de 2026, se activaron acciones orientadas al fortalecimiento de la atención integral, incluyendo la gestión de rutas prioritarias como crecimiento y desarrollo, esquemas de vacunación, aseguramiento en salud y vigilancia activa de sintomáticos, con seguimiento continuo por parte del ERI distrital.

En relación con el comportamiento de los eventos de interés en salud pública (EISP) en el distrito de Buenaventura, con corte a la semana epidemiológica 22 de 2026, se evidencia incremento en casos de leptospirosis e infecciones respiratorias agudas (IRA) en servicios de consulta externa y urgencias, mientras que los demás eventos priorizados se mantienen dentro de los valores esperados. De acuerdo con la valoración del riesgo ambiental, se establece un nivel de riesgo alto, asociado a condiciones de hacinamiento, limitaciones en seguridad alimentaria y presencia de factores de riesgo asociados a enfermedades transmisibles. La situación continúa en seguimiento permanente por parte del Grupo de Factores de Riesgo Ambiental (GFRA) del Instituto Nacional de Salud (INS).

Fuente: SITREP emitido por Buenaventura, 10 de junio de 2026

Monitoreo de eventos especiales

En la semana epidemiológica 23 del 2026 no se notificaron casos o alertas de Mpox clado Ib, enfermedad por el virus del Ébola, Marburgo, Nipah, peste bubónica/neumónica, cólera, ni carbunco, tampoco se han confirmado casos de influenza altamente patógena en humanos, sin embargo, continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sala de Análisis del Riesgo Nacional- INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Alerta epidemiológica sobre difteria en la región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 11 de junio de 2026

En 2026, hasta la semana epidemiológica 21, se reportaron 163 casos confirmados de difteria incluidas cinco defunciones en la Región de las Américas, notificados entre tres países: Brasil (2 casos), Haití (159 casos, incluidas cinco defunciones) y Perú (2 casos).

Durante el 2025, cuatro países en la región reportaron casos confirmados de difteria: Brasil (4 casos), Canadá (5 casos), Guyana (caso) y Haití (62 casos).

Los casos de 2026 en Brasil fueron notificados en los estados de Maranhão (1 caso) y Piauí (1 caso); en Haití los casos se han notificado en los diez departamentos del país, con mayor proporción en el departamento de Ouest (58 casos), seguido por Sud-Est (36 casos) y Nord-Est (27 casos) y en Perú en Utcubamba, departamento de Amazonas (2 casos).

Considerando que el agente etiológico asociado con la difteria no ha sido eliminado y que la enfermedad podría volver a ser endémica debido a la disminución de la vacunación, la pérdida de inmunidad con el tiempo y la falta de refuerzos, la OPS brinda recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia, diagnóstico por laboratorio, manejo clínico y comunicación de riesgo.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Alerta epidemiológica difteria en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 11 de junio de 2026. Fecha de consulta: 12 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/06/2026-junio-11-phe-alerta-epi-difteria-es.pdf>

Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo (EVB) en República Democrática del Congo y Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 14 de junio de 2026

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

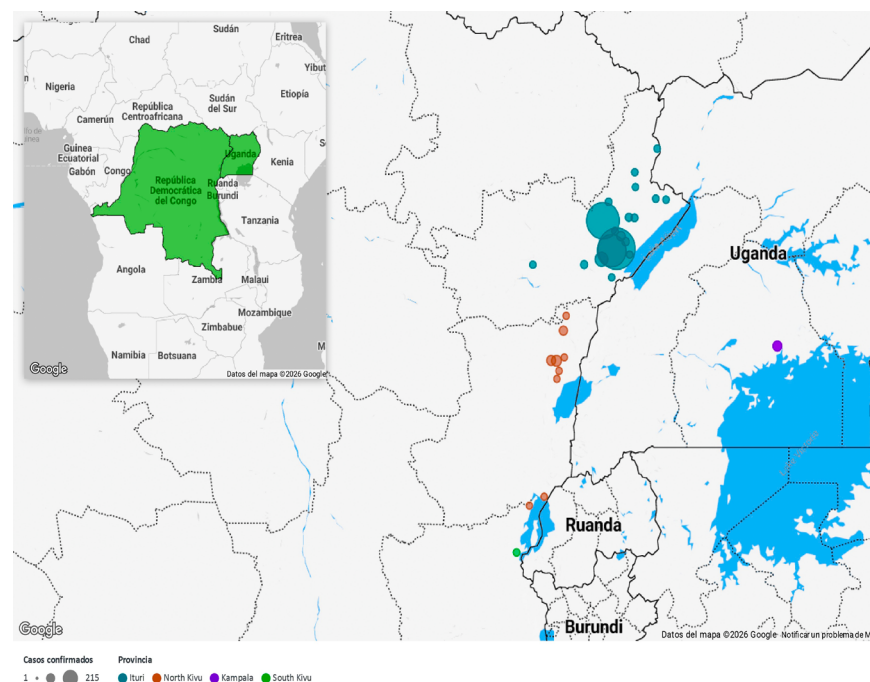
Con corte a 14 de junio de 2026, se han notificado 827 casos confirmados, incluyendo 194 muertes, letalidad 23,4 % en ambos países. En RDC se han

reportado un total de 808 casos confirmados en tres provincias, incluidas 192 muertes, letalidad 23,8 %. El número de zonas sanitarias afectadas ha pasado de 25 a 31 en la última semana. Uganda ha reportado 20 casos (19 confirmados y 1 probable) en Kampala y Wakiso, incluyendo tres (3) muertes (2 confirmadas y 1 probable), letalidad 15,0 %. En Uganda, el brote sigue vinculado epidemiológicamente a la transmisión originada en la RDC, con evidencia de infecciones importadas y de transmisión secundaria entre contactos y trabajadores sanitarios.

Doce (12) pacientes se han recuperado en RDC y cinco (5) en Uganda.

El brote sigue concentrado en la provincia de Ituri (RDC), que representa el 91,3 % (731) de los casos confirmados. Los números más altos de casos confirmados en la provincia de Ituri se reportan en las zonas de salud de Bunia (215 casos), Mongbwalu (175 casos), Rwampara (152 casos) y Nyankunde (42 casos).

Mapa 6. Distribución de casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en República Democrática del Congo y Uganda a 14 de junio de 2026



Elaboración propia con datos de OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue considerando el riesgo nacional asociado al brote como muy alto en la República Democrática del Congo y alto en Uganda. El riesgo para los países que comparten fronteras terrestres con los países afectados sigue siendo alto debido a la intensa movilidad transfronteriza de la población, la permeabilidad de las fronteras, la inseguridad y la creciente propagación geográfica del brote en el este de la RDC. El riesgo regional y mundial sigue siendo bajo.

La creciente distribución geográfica de las zonas sanitarias afectadas, la transmisión persistente en entornos urbanos y mineros, las tasas subóptimas de seguimiento de contactos en algunas provincias y la continua inseguridad en las zonas afectadas siguen complicando las operaciones de respuesta y aumentando el riesgo de una mayor propagación dentro de la República Democrática del Congo y a los países vecinos.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). EBOLA BUNDIBUGYO VIRUS DISEASE OUTBREAK Democratic Republic of the Congo | Uganda Weekly External Situation Report 05, Data as of 14 June 2026. Fecha de publicación: 14 de junio de 2026. Fecha de consulta: 15 de junio de 2026. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/360b6ad5-1fff-4054-a41d-f6744919a2d9/content>

Situación epidemiológica del sarampión en México. Secretaría de Salud de México. Fecha de publicación: 16 de junio de 2026

Desde el 01 de enero de 2025 hasta el 16 de junio de 2026 se han confirmado 18 362 casos de sarampión en el país (6 614 en 2025 y 11 748 en 2026). Durante el mismo periodo se han confirmado 43 defunciones acumuladas (27 en 2025 y 16 en 2026). La tasa de incidencia más elevada se presenta en los menores de un año con 89,52 casos por cada 100 000 habitantes. Los estados con el mayor número de casos en 2026 son Jalisco (6 494), Ciudad de México (987) y Chiapas (836).

Fuente: Secretaría de Salud de México. Informe diario del brote de sarampión en México. Fecha de publicación: 16 de junio de 2026. Fecha de consulta: 17 de junio de 2026. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1084486/Informe_diario_16_06_2026.pdf

Situación epidemiológica del sarampión en Estados Unidos. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Fecha de publicación: 12 de junio de 2026

En 2026, hasta el 12 de junio, se han notificado 2 073 casos confirmados de sarampión en el país. Por grupo de edad, el 51,0 % (1 050) corresponden al grupo de 5 a 19 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 93,0 %

no estaban vacunados o su estado era desconocido. Los estados que más casos han reportado en 2026 son Carolina del Sur (670), Utah (490) y Texas (182). En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Casos y brotes de sarampión. Fecha de publicación: 12 de junio de 2026. Fecha de consulta: 17 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>

Situación epidemiológica del sarampión en Canadá. Gobierno de Canadá. Fecha de publicación: 15 de junio de 2026

En 2026, con corte a 06 de junio, se han reportado 1 071 casos de sarampión (989 confirmados, 82 probables). Las jurisdicciones que más casos han reportado son Manitoba (668 casos) y Alberta (310 casos). El 41,0 % corresponden al grupo de 5 a 17 años. Con respecto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 87,0 % no estaban vacunados. El 6,0 % (69/1 071) de los casos ha requerido hospitalización. En 2026 no se han reportado muertes secundarias a la enfermedad.

Fuente: Gobierno de Canadá. Informe semanal de monitorización de sarampión y rubéola. Fecha de publicación: 16 de junio de 2026. Fecha de consulta: 17 de junio de 2026. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 23 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 23

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	26	1	0	248	30	38	413	31	49	62	11	11	0	0	0	1	0	0	1	0	1
Antioquia	274	12	14	9783	1357	1564	1766	309	422	637	128	138	18	5	3	149	67	23	47	6	5
Arauca	57	2	2	498	58	73	1172	126	371	377	37	95	11	1	5	0	1	0	17	3	3
Atlántico	31	3	2	2022	279	299	1513	72	230	681	41	92	15	3	1	1	1	0	8	1	2
Barranquilla D.E.	4	0	0	2278	255	353	1648	55	161	701	23	69	16	1	2	3	1	2	17	2	3
Bogotá D.C.	1	0	0	11241	1678	1750	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	16	7	2	0	0
Bolívar	114	10	6	1401	210	247	3760	246	952	1464	118	346	58	4	14	3	0	1	3	1	0
Boyacá	36	1	1	3313	472	523	106	41	49	55	15	30	1	0	1	4	1	1	2	0	0
Buenaventura D.E.	11	0	0	70	11	7	65	22	13	23	8	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Caldas	35	2	0	1961	278	309	101	24	31	45	15	12	0	0	0	3	2	0	16	3	3
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	2513	389	373	704	455	150	258	186	54	2	4	0	2	22	0	87	17	6
Caquetá	79	4	2	581	90	91	336	152	86	174	70	43	8	2	1	0	0	0	4	1	1
Cartagena de Indias D.T.	11	0	1	1179	131	198	2357	86	229	448	21	36	22	1	4	1	0	0	1	0	1
Casanare	70	3	1	1058	116	163	1458	244	651	439	93	181	5	3	2	1	2	0	4	0	1
Cauca	60	3	2	2950	424	497	114	94	31	40	31	12	1	1	0	2	15	0	14	3	1
Cesar	105	5	8	1430	199	237	4370	179	755	2501	113	411	32	4	9	1	1	0	20	3	6
Chocó	108	5	5	170	18	30	441	93	105	102	18	29	5	1	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	160	8	6	2526	381	401	1755	218	225	721	109	102	9	3	0	1	1	0	2	0	0
Cundinamarca	38	1	3	7558	1010	1219	776	216	200	263	94	58	6	1	2	7	4	0	5	1	0
Guainía	5	0	0	133	11	23	7	5	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Guaviare	41	2	4	177	56	32	387	36	199	75	7	36	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Huila	62	4	3	3362	352	545	710	227	177	264	93	55	34	6	7	7	1	1	24	0	8
La Guajira	58	4	3	1173	241	187	2653	84	397	1412	58	204	51	3	6	2	1	0	4	1	1
Magdalena	77	6	5	1188	189	169	2987	72	569	1500	47	276	22	1	1	0	1	0	2	0	1
Meta	131	4	6	2195	286	370	8337	604	2318	2505	211	650	76	6	19	7	6	0	11	1	4
Nariño	53	3	1	3744	528	632	332	68	84	151	21	40	4	1	2	2	1	0	6	1	1
Norte de Santander	163	8	9	3532	452	616	3190	282	629	1232	140	240	50	5	4	14	13	1	4	1	0
Putumayo	71	2	2	923	123	155	312	138	89	66	41	19	4	1	1	0	0	0	4	0	0
Quindío	8	0	0	1627	211	265	160	28	43	37	9	15	1	0	0	0	1	0	3	0	0
Risaralda	39	1	1	2144	311	371	88	32	16	35	13	6	1	0	0	3	3	0	10	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	168	26	27	7	3	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	18	0	1	956	126	163	1853	20	184	823	11	82	9	1	2	1	0	0	6	1	0
Santander	92	3	2	4054	515	631	3315	476	606	1208	196	248	20	4	7	46	3	1	6	2	0
Sucre	42	3	0	1373	196	219	813	222	208	401	135	83	10	5	6	0	0	0	1	0	0
Tolima	83	4	5	3665	494	639	1672	424	410	500	166	130	21	4	6	3	3	1	12	2	1
Valle del Cauca	36	1	0	4507	596	650	783	448	209	252	182	61	5	3	1	1	1	0	32	7	6
Vaupés	18	1	1	115	13	12	25	7	15	5	1	0	0	0	0	1	0	0	7	2	1
Vichada	21	1	0	114	19	20	46	12	9	15	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total nacional	2.244	107	96	87.930	12.132	14.098	50.532	5.851	10.875	19.476	2.469	3.877	520	74	106	282	169	38	382	61	56

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 23

Decremento
Incremento

Departamento	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Mortalidad perinatal y neonatal tardía		
	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1078	131	105	1	4	0	2914	680	491	173	13	32	0	0	0	1344	422	230	5	7	5
Antioquia	3909	1133	663	120	87	30	469534	83111	74476	19023	3268	2687	1874	926	603	175847	32742	30029	327	377	327
Arauca	118	4	20	4	5	0	9517	2349	2251	909	150	251	27	5	7	3753	783	770	31	30	31
Atlántico	3	0	2	3	10	1	68584	12470	11816	1868	219	193	1238	190	353	25585	5049	4759	55	102	55
Barranquilla D.E.	0	0	0	10	16	2	98623	19704	17168	5527	576	1001	631	295	241	35021	7014	5957	92	116	92
Bogotá D.C.	0	0	0	85	97	36	699958	161733	139734	34580	8111	6755	4277	1881	1539	337898	56366	56131	340	349	340
Bolívar	872	151	135	15	10	6	62315	12256	10864	1518	231	234	199	99	66	15014	3272	2400	87	98	87
Boyacá	130	0	18	20	11	2	54320	14501	11778	3143	661	802	174	79	65	21675	4303	3717	47	62	47
Buenaventura D.E.	682	193	205	8	5	3	4537	818	937	27	12	5	7	3	1	1514	563	270	24	37	24
Caldas	9	2	1	13	6	5	39382	8095	7128	1683	337	265	638	179	258	14593	2909	2760	41	44	41
Santiago de Cali D.E.	2	1	0	59	36	22	108240	27041	16757	2737	739	393	323	84	74	72292	12241	13781	107	130	107
Caquetá	217	12	19	9	7	5	15865	3735	4448	1179	189	324	10	10	4	7557	1559	1252	21	28	21
Cartagena de Indias D.T.	3	0	1	9	11	3	79501	17447	12749	5329	379	962	791	275	303	23855	4562	4158	60	106	60
Casanare	19	3	1	5	2	2	10502	3108	2397	190	71	42	72	14	15	5038	1169	1040	19	35	19
Cauca	853	297	160	21	10	7	47229	11238	7951	2232	330	448	113	98	35	17769	4943	2994	81	109	81
Cesar	8	2	3	22	9	8	51598	12229	9649	2284	625	401	185	91	61	11369	4261	1918	87	115	87
Chocó	8894	2572	1947	14	7	3	15945	2052	2284	622	155	103	19	5	8	7909	1034	1444	66	80	66
Córdoba	2261	854	311	8	11	2	95750	16080	19488	5158	483	1088	835	187	290	21904	4971	3668	118	166	118
Cundinamarca	0	0	0	38	25	10	160882	34259	32418	7220	1309	1814	489	372	188	75001	12250	12555	173	184	173
Guainía	1808	236	119	0	0	0	782	203	131	51	20	11	0	0	0	748	144	124	12	10	12
Guaviare	571	100	70	0	2	0	2441	712	459	479	40	104	29	7	5	1936	289	408	2	7	2
Huila	1	0	1	14	10	2	35915	12123	7361	2214	517	484	280	117	92	17962	3849	2594	85	80	85
La Guajira	17	1	0	5	8	2	119790	17079	21451	1884	507	321	363	45	128	19273	4156	3663	115	175	115
Magdalena	5	1	1	8	6	6	58832	8100	9431	1721	268	374	12	10	4	16593	3720	2730	52	81	52
Meta	797	57	132	7	6	2	37015	8932	8803	1514	315	376	103	63	33	21770	4592	4297	63	77	63
Nariño	1790	980	194	35	23	11	55908	14860	9189	3803	577	742	86	19	27	21528	5889	3342	79	95	79
Norte de Santander	346	119	74	40	19	11	81672	14212	11797	5554	948	794	464	151	136	25127	5386	4695	79	96	79
Putumayo	43	7	3	5	4	1	18346	3216	3207	603	161	131	25	5	7	6830	1033	886	17	26	17
Quindío	2	2	0	8	2	1	25038	6238	4183	1303	317	230	264	71	93	14687	2594	2533	28	25	28
Risaralda	1156	338	107	31	11	12	50172	9516	8333	1636	343	213	168	74	52	19421	3698	3749	46	50	46
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	2	0	2822	719	668	389	73	78	7	0	2	1061	267	198	2	6	2
Santa Marta D.T.	0	0	0	6	3	3	27750	5665	5465	2153	197	356	417	143	158	9286	1292	1649	37	39	37
Santander	11	1	7	59	22	23	123072	19915	19861	8074	1264	1399	1173	371	443	44581	7210	7182	85	100	85
Sucre	24	6	2	12	8	2	46913	7707	8130	3726	509	486	463	207	147	11251	3047	2153	61	80	61
Tolima	16	0	3	11	11	4	65760	15180	12185	4882	687	693	199	76	73	27315	4878	4677	48	67	48
Valle del Cauca	15	5	2	24	21	8	65552	14763	11562	1805	320	367	517	108	150	32356	6525	5475	75	98	75
Vaupés	636	218	397	3	3	0	2911	359	344	61	11	9	0	4	0	1279	106	224	4	6	4
Vichada	891	122	100	2	2	1	1022	412	187	2	3	1	0	0	0	677	252	147	18	16	18
Total nacional	27.188	7.712	4.481	735	551	236	2.916.909	602.817	527.531	137.256	24.935	24.969	16.472	6.264	5.661	1.168.619	219.338	200.559	2.689	3.313	2.689

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 23

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19		
	Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexa epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio		
	Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	60	4	8	1	0	0
Antioquia	7	6	0	272	55	30	10	3	0	776	70	67	1290	199	226	133	20	30
Arauca	2	0	0	16	2	0	0	0	0	18	1	3	56	8	2	5	1	1
Atlántico	1	2	0	39	5	8	0	0	0	13	1	2	405	61	75	18	2	8
Barranquilla D.E.	1	1	1	82	7	13	0	0	0	32	4	3	526	58	92	29	5	14
Bogotá D.C.	11	6	0	676	117	111	375	3	19	691	137	77	2277	377	454	468	85	162
Bolívar	6	2	0	20	3	5	1	0	0	21	2	3	224	28	32	13	6	3
Boyacá	0	1	0	74	15	15	9	1	0	61	4	10	351	60	42	43	3	11
Buenaventura D.E.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	1	19	3	7	0	0	0
Caldas	2	1	0	18	5	2	1	0	0	18	1	1	206	31	43	7	1	1
Santiago de Cali D.E.	0	2	0	68	15	8	1	0	0	22	4	2	468	73	85	42	5	5
Caquetá	0	1	0	13	2	1	0	0	0	2	1	0	123	14	17	1	1	0
Cartagena de Indias D.T.	0	1	0	32	5	4	0	0	0	41	1	2	238	34	40	26	18	6
Casanare	0	1	0	27	3	4	0	0	0	42	1	0	116	13	14	2	0	1
Cauca	0	2	0	26	7	5	2	0	0	18	2	2	133	29	26	37	0	3
Cesar	1	2	0	41	4	1	0	0	0	47	3	5	367	26	67	8	1	2
Chocó	0	1	0	3	0	0	0	0	0	95	6	11	15	5	1	6	0	0
Córdoba	2	3	0	77	12	13	0	0	0	14	2	1	575	83	105	26	9	1
Cundinamarca	2	4	0	173	29	28	128	1	4	129	30	19	1030	158	183	83	19	22
Guainía	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	13	2	2	0	0	0
Guaviare	1	0	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	27	2	3	2	0	1
Huila	6	2	0	74	12	8	3	1	1	25	9	2	189	34	34	5	2	0
La Guajira	0	2	0	15	3	3	0	0	0	25	0	1	182	24	31	10	3	2
Magdalena	1	1	0	14	2	0	0	1	0	11	2	1	175	16	32	3	1	2
Meta	5	1	0	26	7	2	6	1	0	78	6	22	188	47	45	14	2	5
Nariño	7	2	0	61	11	11	1	1	0	41	11	12	362	54	58	14	0	1
Norte de Santander	1	2	0	86	14	7	0	0	0	78	4	3	880	69	101	7	2	2
Putumayo	1	1	0	26	3	2	0	0	0	14	1	2	82	12	11	5	1	0
Quindío	0	0	0	26	3	3	1	0	0	15	1	1	160	25	41	18	3	2
Risaralda	0	1	0	29	6	4	0	0	0	76	2	2	248	39	49	10	1	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	4	0	1	0	0	0	3	0	0	43	3	3	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	1	0	9	1	0	0	0	0	12	2	0	126	7	17	1	0	1
Santander	3	2	0	42	8	7	1	0	0	144	9	12	545	49	73	37	6	18
Sucre	2	1	0	23	7	4	2	1	0	25	7	1	221	29	44	22	7	4
Tolima	3	1	0	19	6	3	6	1	0	19	4	0	305	65	42	17	2	4
Valle del Cauca	2	2	0	68	14	6	0	0	0	8	2	1	502	76	105	8	1	1
Vaupés	0	0	0	3	0	0	0	0	0	86	0	5	13	1	2	2	0	0
Vichada	0	0	0	0	0	0	3	0	0	18	0	6	62	1	2	1	0	1
Total nacional	68	52	1	2.186	408	310	551	18	24	2.728	330	280	12.802	1.891	2.214	1.125	207	315

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 23

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Chagas agudo		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis Cutánea	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por novo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	0	0	0	0	29	29	0	0	34	44	7	3
Antioquia	1	1	0	0	1013	1286	0	0	2420	2481	582	304
Arauca	1	0	0	0	142	92	0	0	76	120	10	7
Atlántico	0	0	0	0	166	162	0	0	428	397	1	2
Barranquilla D.E.	0	0	0	0	106	89	0	0	408	401	0	0
Bogotá D.C.	1	0	0	0	1616	1269	0	2	2403	2725	0	0
Bolívar	0	2	0	0	224	283	0	0	262	227	207	201
Boyacá	1	0	0	0	241	250	0	0	479	416	92	52
Buenaventura D.E.	0	0	0	0	77	62	0	0	44	36	7	13
Caldas	0	0	0	0	88	92	0	0	549	550	98	48
Santiago de Cali D.E.	0	0	0	1	234	268	0	0	797	926	1	0
Caquetá	0	0	0	0	94	72	0	0	111	105	126	76
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	0	145	259	0	0	262	261	1	0
Casanare	6	0	0	0	166	122	0	0	133	111	3	3
Cauca	0	0	0	0	137	148	0	0	387	406	27	11
Cesar	3	0	0	0	358	399	0	0	275	271	97	180
Chocó	0	0	0	0	393	424	0	0	56	85	126	85
Córdoba	1	2	0	0	272	272	0	0	473	515	91	60
Cundinamarca	1	0	0	0	630	587	0	0	1038	1270	100	54
Guainía	0	0	0	0	29	12	0	0	13	11	9	5
Guaviare	0	0	0	0	49	36	0	0	27	33	148	65
Huila	0	0	0	1	212	197	0	5	371	364	4	6
La Guajira	0	0	0	0	799	754	0	0	128	152	14	19
Magdalena	0	0	0	0	287	281	0	0	172	171	4	6
Meta	1	0	0	0	207	209	0	1	316	268	95	55
Nariño	0	0	0	0	334	359	0	0	666	656	124	51
Norte de Santander	1	1	0	0	335	268	0	0	501	548	117	59
Putumayo	0	0	0	0	100	102	0	0	144	108	140	24
Quindío	0	0	0	0	51	48	0	0	239	230	0	1
Risaralda	0	0	0	0	205	214	0	0	547	541	55	38
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	5	8	0	0	12	14	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	0	52	61	0	0	139	141	6	7
Santander	3	0	0	0	231	229	0	0	747	754	360	451
Sucre	0	0	0	0	129	198	0	0	227	205	55	53
Tolima	1	0	0	0	167	173	0	0	531	517	118	46
Valle del Cauca	0	0	0	0	236	293	0	1	596	640	8	3
Vaupés	0	0	0	0	30	13	0	0	33	32	20	3
Vichada	0	0	0	0	133	77	0	0	11	16	16	15
Total nacional	21	6	0	2	9.722	9.697	1	9	16.053	16.748	2.750	2.006

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 23

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años		Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubéola	
	Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	1
Antioquia	12	7	9	6	4	1	13	22	6	5	62	200
Arauca	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	2	1
Atlántico	1	1	3	0	1	0	1	2	3	0	14	13
Barranquilla D.E.	1	4	2	0	1	1	1	3	1	0	11	17
Bogotá D.C.	1	4	9	10	0	0	19	15	0	0	70	524
Bolívar	2	0	4	0	1	0	3	4	1	3	11	4
Boyacá	0	2	1	1	0	0	2	2	1	0	11	13
Buenaventura D.E.	0	3	1	0	0	1	1	1	2	0	3	3
Caldas	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7
Santiago de Cali D.E.	2	0	2	0	1	0	5	2	0	0	20	29
Caquetá	7	0	2	3	0	0	3	1	1	0	4	4
Cartagena de Indias D.T.	3	0	3	4	0	0	2	5	1	0	9	28
Casanare	0	1	1	1	1	0	0	2	1	1	4	4
Cauca	1	0	5	2	2	1	4	3	0	1	14	1
Cesar	0	3	5	4	3	3	3	5	7	3	13	16
Chocó	3	0	6	4	13	11	19	16	21	11	5	9
Córdoba	1	0	4	0	1	0	4	6	4	1	18	19
Cundinamarca	1	2	5	3	0	1	8	6	0	0	32	73
Guainía	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1
Guaviare	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Huila	1	4	3	1	0	1	3	3	2	0	11	31
La Guajira	0	0	8	6	13	7	19	9	20	12	10	2
Magdalena	0	0	2	2	1	2	4	2	7	1	9	5
Meta	1	0	2	1	1	3	3	6	3	1	10	18
Nariño	2	1	6	3	0	2	6	5	2	0	15	15
Norte de Santander	0	0	4	0	1	0	1	4	2	1	15	35
Putumayo	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	3	5
Quindío	1	1	1	1	0	0	2	1	0	0	5	7
Risaralda	3	1	2	2	4	2	4	5	4	0	9	10
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0
Santa Marta D.T.	1	0	2	1	0	2	1	0	0	0	5	10
Santander	3	4	2	0	0	1	2	3	0	0	21	30
Sucre	1	1	2	2	0	1	3	1	0	0	9	10
Tolima	8	10	3	2	1	0	5	4	0	0	12	15
Valle del Cauca	3	0	3	1	1	1	5	5	3	0	19	42
Vaupés	0	0	0	0	2	2	0	0	2	0	1	0
Vichada	0	0	1	0	1	0	2	2	4	6	1	0
Total nacional	342	316	101	60	64	47	151	145	111	47	471	1.203

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 23

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexa 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 nexa epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexa epidemiológico		Casos sospechosos	
	Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado
Amazonas	2	0	8	8	0	0	27	33	1	0	282	255
Antioquia	66	57	551	685	0	1	1682	2191	56	57	10111	7711
Arauca	13	10	82	73	0	0	65	62	1	1	536	637
Atlántico	16	9	163	160	0	0	220	281	8	12	1147	1105
Barranquilla D.E.	21	10	189	182	0	2	389	427	10	15	1112	1372
Bogotá D.C.	63	46	394	479	0	0	598	675	18	18	13654	13554
Bolívar	19	7	137	151	1	2	97	100	2	1	1051	1077
Boyacá	14	3	48	40	0	0	76	94	1	1	1949	1881
Buenaventura D.E.	11	7	68	69	0	0	84	104	2	2	164	139
Caldas	10	8	62	73	0	0	150	146	2	4	1335	1503
Santiago de Cali D.E.	12	13	218	320	0	0	683	696	24	18	3378	2818
Caquetá	5	3	40	40	0	0	122	142	2	5	498	470
Cartagena de Indias D.T.	34	20	156	207	0	0	207	257	2	5	639	857
Casanare	15	8	63	71	0	0	70	96	2	2	381	476
Cauca	8	6	83	108	0	0	135	122	1	1	1479	1484
Cesar	21	15	156	120	0	0	208	234	1	5	931	918
Chocó	25	14	118	95	0	0	107	131	1	0	203	221
Córdoba	14	9	145	131	1	0	131	153	3	3	1536	1472
Cundinamarca	30	14	172	213	0	0	234	313	6	11	6189	6825
Guainía	3	4	8	8	0	0	10	9	0	0	93	96
Guaviare	2	2	12	9	0	0	18	24	1	0	142	213
Huila	4	10	70	84	0	1	211	217	4	4	2735	2757
La Guajira	30	15	177	147	0	0	257	359	4	5	600	644
Magdalena	15	5	109	116	1	0	87	94	1	3	634	621
Meta	24	29	113	141	0	0	300	333	10	9	1091	1184
Nariño	7	10	105	124	0	1	83	113	3	4	1977	2321
Norte de Santander	43	10	229	213	0	0	330	418	7	8	1678	1891
Putumayo	3	4	47	45	0	1	48	53	2	0	621	760
Quindío	5	6	43	51	0	0	126	150	2	5	1167	1075
Risaralda	12	6	83	82	0	1	296	331	11	4	1654	1676
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	4	3	0	0	5	6	0	1	106	93
Santa Marta D.T.	9	3	56	102	0	0	127	156	3	0	312	258
Santander	28	12	199	219	0	0	486	638	13	9	2855	3167
Sucre	7	6	97	99	0	1	49	44	0	1	828	818
Tolima	12	15	73	93	0	1	271	347	7	11	1381	1510
Valle del Cauca	13	14	144	219	0	0	336	479	10	12	3169	3337
Vaupés	1	1	3	4	0	0	9	14	0	0	119	171
Vichada	4	3	16	16	0	0	16	15	0	0	111	106
Total nacional	646	414	4.583	5.000	3	11	8.351	10.057	221	237	67.847	67.473



Semana epidemiológica **23**
07 al 13 de junio de 2026

TEMA CENTRAL

Comportamiento epidemiológico de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud, Colombia, 2019 a mayo de 2026

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: Helen Del Carmen Peña Fontalvo. **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. **Brotes y alertas: Gestor sistema de alerta temprana,** Sandra Milena Aparicio, Yenny Marcela Elizalde, Germán Ernesto Torres Rodríguez, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Lady Alexandra Castillo Vargas. **Tablas de mando:** Gina Paola Flórez Piñeros, Eliana Mendoza, Claudia Marcella Huguett Aragón. **Editor:** Lina Yessenia Lozano Lesmes. **Corrector de estilo:** María Fernanda Campos Maya. **Diseño y diagramación:** Wilbert Saul Daza.

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

55 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.23>