

Vigilancia epidemiológica y comportamiento de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

Medir, analizar y actuar: la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos es esencial para garantizar una atención segura y de calidad en los servicios de salud.

Semana
epidemiológica

14 al 20 de junio de 2026

24

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

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

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

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



Pág.



Tema central

3

Vigilancia epidemiológica y comportamiento de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos



Situación nacional

8



Mortalidad

11



Eventos trazadores

18



Brotes y alertas

38



Tablas de mando por departamento

42

Introducción

Las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos (IAPMQ) constituyen una de las complicaciones más relevantes de la atención en salud debido a su impacto en la morbilidad, la mortalidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y el incremento de los costos asistenciales. Estas infecciones pueden presentarse en la incisión, el órgano o el espacio intervenido como consecuencia de un procedimiento quirúrgico, lo que representa un importante desafío para la seguridad del paciente y para los programas de prevención y control de infecciones. En Colombia, la vigilancia de las IAPMQ incluye los casos confirmados por criterios clínicos o de laboratorio durante el periodo posparto vaginal y posquirúrgico posterior a procedimientos como cesárea, colecistectomía, herniorrafía y revascularización miocárdica (RVM), realizados en instituciones prestadoras de servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad que cuenten con habilitación para efectuar dichos procedimientos y que cumplan con los criterios de vigilancia establecidos en el protocolo nacional (1).

A nivel mundial, las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) continúan siendo una de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) más frecuentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que constituyen la IAAS más común en países de ingresos bajos y medianos, donde pueden afectar hasta un tercio de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos. Asimismo, revisiones sistemáticas recientes han confirmado que las ISQ siguen siendo una causa importante de morbilidad prevenible y generan una carga significativa para los sistemas de salud (2).

En Europa, los sistemas de vigilancia coordinados por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) han identificado a las ISQ entre las IAAS más notificadas en hospitales, lo que ha llevado a su priorización dentro de las estrategias de seguridad del paciente. Por su parte, en países de ingresos bajos y medianos se han documentado incidencias considerablemente más elevadas, especialmente en procedimientos gastrointestinales, donde pueden alcanzar valores entre el 14,0 % y el 23,0 %. Esta situación se agrava por la creciente circulación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos utilizados para profilaxis y tratamiento, lo que resalta la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, vigilancia y control (3).



TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica y comportamiento de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

Dora Mariela Callejas Ortega, dcallejas@ins.gov.co

En la región de las Américas, aunque durante la última década se han logrado avances significativos en la vigilancia de las IAAS, persisten diferencias importantes entre países en términos de cobertura, capacidad diagnóstica y calidad de los sistemas de información. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que la subnotificación de eventos, las dificultades para realizar seguimiento posterior al alta hospitalaria y la limitada vigilancia activa continúan siendo desafíos para la consolidación de sistemas de vigilancia más sensibles y comparables (4).

Para describir el comportamiento epidemiológico del evento, se realizó un estudio descriptivo transversal con datos secundarios de la vigilancia epidemiológica de las IAPMQ, en Colombia entre 2019 y mayo de 2026 (datos preliminares). La información fue recopilada a partir de los reportes individuales y colectivos de las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), notificados al Instituto Nacional de Salud (INS) a través de Sivigila 4.0. Para garantizar la calidad de los datos, se depuró la base de datos nacional, el análisis se realizó mediante los programas Microsoft Excel, R y Rstudio.

4

Comportamiento de las IAPMQ

Entre 2019 y mayo de 2026, se notificaron a Sivigila 26 610 casos de IAPMQ, procedentes de las 38 entidades territoriales del país. Desde el inicio del periodo de análisis, se observó un fortalecimiento progresivo de la vigilancia epidemiológica, evidenciado por el aumento en el número de UPGD participantes y en la capacidad de identificación y notificación de casos.

Durante 2020 y 2021, se registró una disminución marcada en la notificación de IAPMQ, coincidente con la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19. Este comportamiento podría explicarse por la reorganización de los servicios de salud, la priorización de la atención de pacientes afectados por la pandemia y la reducción significativa de los procedimientos quirúrgicos programados en el país.

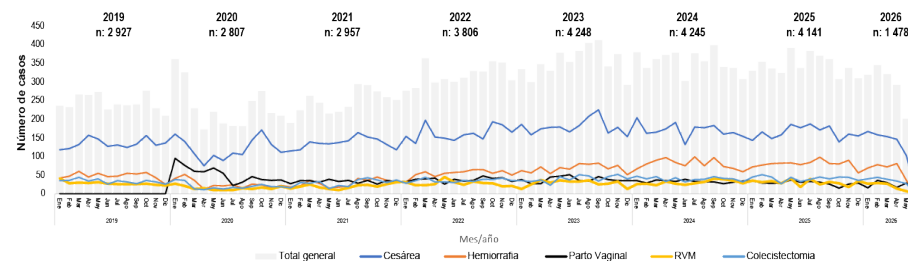
A partir de 2022, se evidenció una recuperación progresiva de la capacidad de notificación, acompañada de un incremento en el número de UPGD participantes en la vigilancia. Este patrón se mantuvo en los años posteriores y refleja tanto la reactivación de la actividad quirúrgica como el fortalecimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica. Entre 2022 y 2025, los casos notificados aumentaron de 2 019 a 4 141; mientras que, el número de UPGD notificadoras pasó de 406 a 1 281. Esta relación positiva sugiere que el incremento observado en la

notificación de casos estuvo asociado, en parte, a la ampliación de la cobertura y capacidad operativa del sistema de vigilancia, así como a la recuperación de los servicios quirúrgicos posterior a la pandemia.

En 2025, las infecciones asociadas a cesárea representaron el 48,8 % (1 972) de los casos notificados, constituyéndose en el procedimiento con mayor proporción de eventos reportados. Asimismo, la incidencia global de IAPMQ fue de 0,5 %, mientras que, la mayor incidencia específica se registró en los procedimientos de revascularización miocárdica (3,2 %).

Con corte a mayo de 2026 se han notificado 1 478 casos de IAPMQ, lo que representa una variación porcentual del 14,5 % en comparación con el mismo periodo de 2025. No obstante, este resultado debe interpretarse con precaución, dado que la información corresponde a datos preliminares y puede estar influenciada por rezagos en la notificación de casos. En consecuencia, las cifras presentadas están sujetas a procesos de depuración, validación y consolidación de la información por parte de las entidades notificadoras, por lo que tanto el número de casos como los indicadores estimados pueden modificarse en análisis posteriores (figura 1).

Figura 1. Comportamiento de la notificación de los casos de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, Colombia, 2019 a mayo 2026*

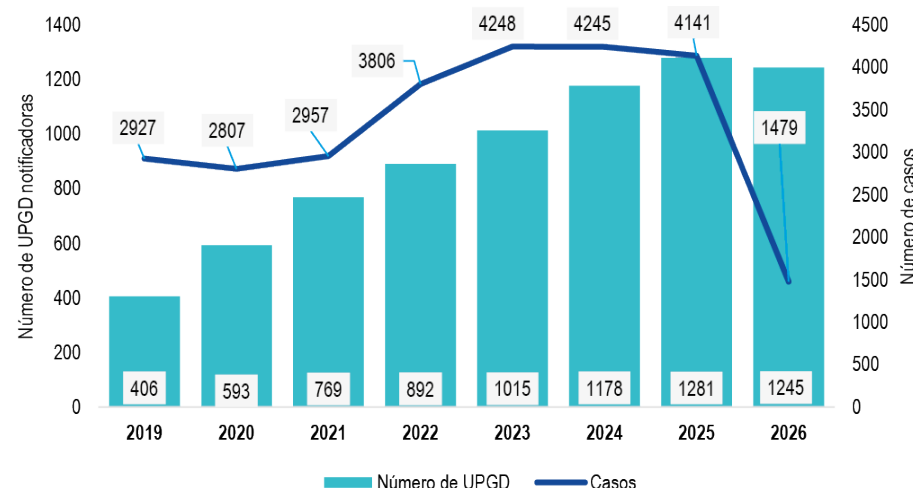


Fuente: base de datos evento 352, Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019-2026 preliminar
p: datos preliminares

En este contexto, el incremento de los casos notificados podría estar asociado no solo a la recuperación de la actividad quirúrgica posterior a la pandemia por COVID-19, sino también a una mayor participación institucional y a una mejor capacidad para la detección, notificación y seguimiento de las IAPMQ.

Para 2026, con corte a mayo, las cifras preliminares muestran una disminución tanto en el número de casos como en las UPGD notificadoras; sin embargo, se debe tener en cuenta que, la información se encuentra en proceso de consolidación y puede verse afectada por rezagos en la notificación y validación de los datos (figura 2).

Figura 2. Tendencia en la distribución del número de UPGD y casos de infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos en Colombia, 2019 a mayo 2026p



Fuente: base de datos 352, Sivigila, Colombia, preliminar
p: datos preliminares

En cuanto a la incidencia del evento, durante el período 2020–2026 (datos preliminares) se observó un comportamiento relativamente estable, sin evidenciar cambios en las tendencias estadísticamente significativas, lo que indica que, las variaciones observadas a lo largo del tiempo corresponden a fluctuaciones propias de la vigilancia y no a cambios sostenidos en la incidencia de la infección (tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos, 2020 a mayo 2026p

Procedimiento	Indicador	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026p*	Valor p	Tendencia
Cesárea	Incidencia	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,294	
	Denominador	181 994	235 601	277 056	239 744	223 603	235 553	91 658		
Herniorrafia	Incidencia	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,087	
	Denominador	58 944	94 653	163 290	183 342	195 972	203 040	75 689		
Parto vaginal	Incidencia	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,690	
	Denominador	20 4718	248 437	272 668	229 897	203 365	201 825	76 034		
"Revascularización miocárdica"	Incidencia	3,1	2,9	3,0	3,3	3,6	3,2	2,3	0,624	
	Denominador	5 944	8 213	10 972	10 243	10 047	11 202	4 591		
Colecistectomía	Incidencia	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,722	
	Denominador	67 128	98 493	131 575	138 325	138 379	146 284	54 723		
Global	Incidencia	0,5	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,217	
	Denominador	518 728	68 5397	855 561	801 551	771 366	797 904	30 2695		

Fuente: base de datos 352, Sivigila, Colombia, preliminar
p: datos preliminares

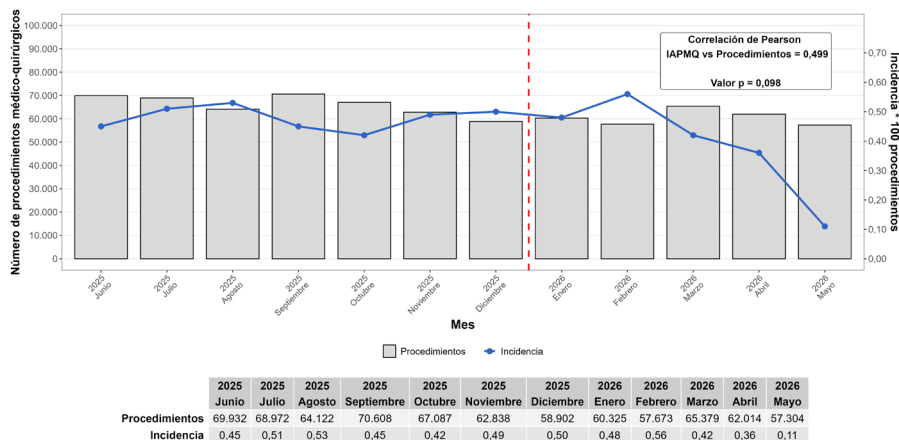
Nota: el denominador utilizado para el cálculo de la incidencia corresponde al total de procedimientos realizados anualmente en las UPGD que notifican al Sivigila.

Al analizar la incidencia nacional por tipo de procedimiento, la cesárea presentó un ligero incremento entre 2020 y 2024, seguido de una estabilización posterior, mientras que la herniorrafia mostró una tendencia ascendente no significativa hasta 2024 y una disminución en los años siguientes. La revascularización miocárdica continuó registrando las incidencias más altas durante todo el periodo, aunque con variaciones anuales sin tendencia definida. Por su parte, el parto vaginal y la colestectomía mantuvieron cifras bajas y estables en el tiempo. En conjunto, la tasa global osciló entre 0,4 y 0,6 infecciones por cada 100 procedimientos, manteniendo un comportamiento estable durante todo el período analizado.

El análisis de correlación entre el número de procedimientos y casos de IAPMQ evidenció una correlación positiva moderada ($r=0,455$); sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa ($p=0,066$). Estos resultados indican que no existe evidencia estadísticamente significativa de una relación lineal entre ambas variables. En los primeros meses de 2026, se observa una disminución de la incidencia, alcanzando 0,11 infecciones por cada 100 procedimientos en mayo;

no obstante, este comportamiento debe interpretarse como dato preliminar debido al posible rezago en la notificación y consolidación de los casos (figura 3).

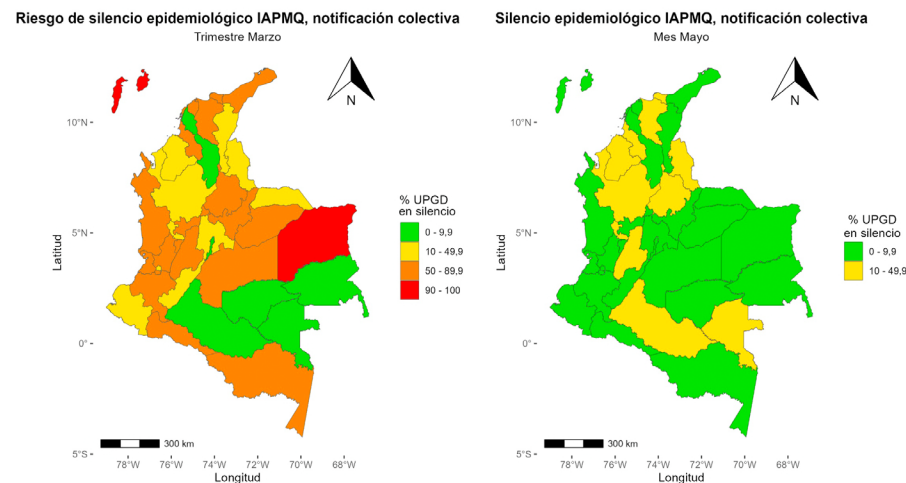
Figura 3. Tendencia y correlación de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos y número de procedimientos, Colombia, 2025 a mayo 2026 preliminar



Fuente: base de datos 352, Sivigila, Colombia, preliminar
p: datos preliminares

El análisis de los indicadores de proceso de la vigilancia de las IAPMQ evidenció debilidades en la oportunidad y continuidad del reporte por parte de las UPGD. En este sentido, el 18,2 % de las UPGD presentó silencio epidemiológico, que se define como la ausencia de reporte colectivo; mientras que, el 46,4 % presentó riesgo de silencio epidemiológico (ausencia de notificación de casos de IAPMQ en un trimestre), superando ampliamente la meta nacional establecida para ambos indicadores (<10,0 %). Estos hallazgos sugieren posibles fallas en la adherencia al proceso de notificación, así como limitaciones en la capacidad de captación y reporte oportuno de eventos, lo cual puede afectar la sensibilidad del sistema de vigilancia. En consecuencia, se hace necesario fortalecer las estrategias de seguimiento, retroalimentación y capacitación a las UPGD, con el fin de mejorar la completitud del reporte y garantizar la calidad de la información generada por el sistema (mapa 1).

Mapa 1. Silencio y riesgo de silencio epidemiológico por entidad territorial, infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos, Colombia, mayo 2026p



Fuente: base de datos 352, Sivigila, Colombia, preliminar
p: datos preliminares

Con el fin de fortalecer la vigilancia de las IAPMQ, se ha realizado retroalimentación periódica a las entidades territoriales mediante el envío de tableros de seguimiento que identifican las UPGD con silencio epidemiológico, con el propósito de que se adelanten las acciones de verificación y gestión correspondientes. Adicionalmente, se han desarrollado asistencias técnicas y mesas de trabajo orientadas al fortalecimiento de las capacidades de vigilancia epidemiológica, promoviendo la búsqueda activa institucional de casos y el seguimiento sistemático de los eventos. Estas acciones buscan mejorar la sensibilidad del sistema de vigilancia, incrementar la detección y notificación de casos y reducir el posible subregistro de las IAPMQ en el país.

Logros del evento

Como parte de las estrategias de fortalecimiento de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y, en particular de las IAPMQ, durante el periodo de análisis se desarrollaron acciones orientadas a mejorar la capacidad de detección, notificación, investigación y respuesta frente a estos eventos. Entre los principales avances se destaca la elaboración e implementación del instructivo para la identificación y gestión de brotes asociados a IAAS, documento técnico que estandariza los procedimientos para la detección temprana, investigación

epidemiológica, seguimiento y control oportuno de brotes en los servicios de salud, fortaleciendo la capacidad de respuesta de las entidades territoriales y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Adicionalmente, se realizaron jornadas de capacitación y talleres de fortalecimiento de capacidades dirigidos al talento humano responsable de la vigilancia epidemiológica en las entidades territoriales y las UPGD. Estas actividades estuvieron orientadas a mantener y fortalecer las competencias técnicas relacionadas con la identificación de casos, aplicación de definiciones operativas, análisis de información, notificación al sistema de vigilancia y gestión del riesgo, contribuyendo a la sostenibilidad de la curva de aprendizaje y al mejoramiento continuo de la calidad de la vigilancia de las IAPMQ en el país.

Conclusiones

- El análisis del comportamiento de las IAPMQ en Colombia durante el periodo 2019–mayo de 2026 mostró un comportamiento estable. Se observó una disminución significativa en la notificación de casos durante 2020 y 2021, asociada a la reducción de la actividad quirúrgica derivada de la emergencia sanitaria por COVID-19 y al consecuente ajuste en la prestación de los servicios de salud.
- Posteriormente, a partir de 2022, se evidencia una recuperación progresiva y posterior estabilización del comportamiento del evento, en concordancia con la reactivación de la actividad quirúrgica y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica. En este contexto, la comparación entre los periodos 2020–2021 y 2022–2025 mostró un incremento en el número absoluto de casos (5764 vs. 16 440), sin diferencias estadísticamente significativas en la incidencia (0,321 % vs. 0,329 %; $p=0,13$), lo que sugiere que las variaciones observadas están principalmente relacionadas con cambios en la actividad quirúrgica y la cobertura del sistema de vigilancia más que con un aumento real del riesgo de infección.
- Aunque entre enero y mayo de 2026 se registró una disminución en el número de casos notificados en comparación con el mismo período de 2025, no se identifican cambios relevantes en la tendencia nacional del evento. Este comportamiento debe interpretarse con precaución, considerando el carácter preliminar de la información y los rezagos inherentes al proceso de notificación, consolidación y validación de los datos.

- Persiste una proporción considerable de UPGD vigiladas con condiciones de silencio epidemiológico y riesgo de silencio, lo que representa una debilidad en el proceso de notificación y vigilancia, lo que disminuye la capacidad para identificar de manera temprana cambios en el comportamiento epidemiológico, brotes y otros eventos de interés en salud pública, con potencial impacto en la toma de decisiones y en la respuesta sanitaria.

Recomendaciones

Ministerio de Salud y Protección Social

- Fortalecer las acciones de asistencia técnica y los procesos de capacitación dirigidos a las entidades territoriales, con el propósito de optimizar la calidad de la vigilancia epidemiológica y consolidar las estrategias de prevención y control de las infecciones IAPMQ.

Entidades territoriales

- Fortalecer el seguimiento y acompañamiento técnico a las UPGD, con énfasis en la oportunidad, completitud, consistencia y calidad de la notificación individual y colectiva de IAPMQ, con el fin de mejorar la sensibilidad y confiabilidad del sistema de vigilancia.
- Diseñar e implementar planes de intervención y asistencia técnica focalizados, en articulación con los programas de Prevención y Control de las IAAS, dirigidos a las UPGD y entidades territoriales con baja o ausencia de notificación, con el propósito de fortalecer la identificación, detección y reporte oportuno de casos.

UPGD

- Fortalecer los procesos de notificación individual de casos confirmados y de reporte colectivo, garantizando la oportunidad, integridad y calidad de la información consignada en las variables de interés para la vigilancia de las IAPMQ.
- Implementar estrategias de búsqueda activa institucional mediante la revisión sistemática del SIANIEPS en aquellas UPGD con ausencia de casos notificados, con el propósito de identificar posibles eventos no reportados y disminuir el subregistro.

- Realizar el seguimiento y análisis periódico de los indicadores de las IAPMQ desagregados por tipo de procedimiento, con el fin de detectar oportunamente comportamientos inusuales, evaluar tendencias y orientar acciones de mejora en la gestión y respuesta a nivel local.

Referencias

1. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Protocolo de vigilancia en salud pública. Infecciones asociadas a procedimientos médicoquirúrgicos [Internet]. Instituto Nacional de Salud - Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública; julio de 2024 [citado 24 de junio de 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IAPMQ.pdf doi:10.33610/IAPM3523
2. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [Internet]. Second. Geneva; 2018 [citado 24 de junio de 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5c422323-5c27-4e6a-812e-dbd76023ba48/content>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections: surgical site infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2021–2022 [Internet]. 2025 [citado 24 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HAI-2021-2022.pdf>
4. PAHO. Implementation of programs for the prevention and control of healthcare-associated infections: Road map [Technical reports] [Internet]. 2024 [citado 24 de junio de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61435>



SITUACIÓN NACIONAL

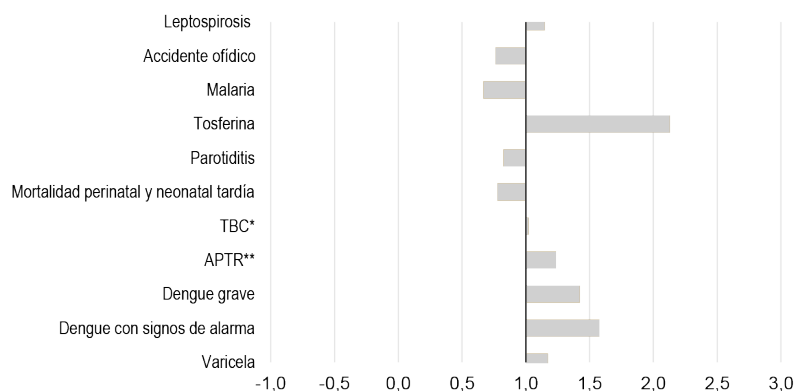
Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

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 24 de 2026, los eventos analizados a través de esta metodología se encontraron dentro del comportamiento histórico de la notificación (figura 4).

Figura 4. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados de alta frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026



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

*TBC: Tuberculosis

**APTR: agresiones por animal potencialmente transmisor de rabia

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

Para esta semana, el evento violencia de género e intrafamiliar se encontró dentro del comportamiento histórico de la notificación (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de casos notificados de violencia de género e intrafamiliar, según su comportamiento histórico. Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026

Sección eventos última semana				
Evento	Observado	Esperado	z	p
Violencia de género e intrafamiliar	83826	82153	0,22	0,83

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 24 del 2026 el evento zika se encontró por encima de lo esperado; mientras que, los eventos leishmaniasis mucosa, lepra y leishmaniasis cutánea se encontraron por debajo de lo esperado. El comportamiento de los demás eventos estuvo dentro del comportamiento esperado (tabla 3).

Tabla 3. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según el comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Sección eventos última semana			
Evento	Observado	Esperado	p
Zika	5	1	0,03
Leishmaniasis mucosa	0	2	0,00
Lepra	1	5	0,02
Leishmaniasis cutánea	6	90	0,00
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	0	1,00
Mortalidad por dengue	3	3	0,22
Chikunguña	1	1	0,37

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

Cumplimiento en la notificación

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

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

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

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

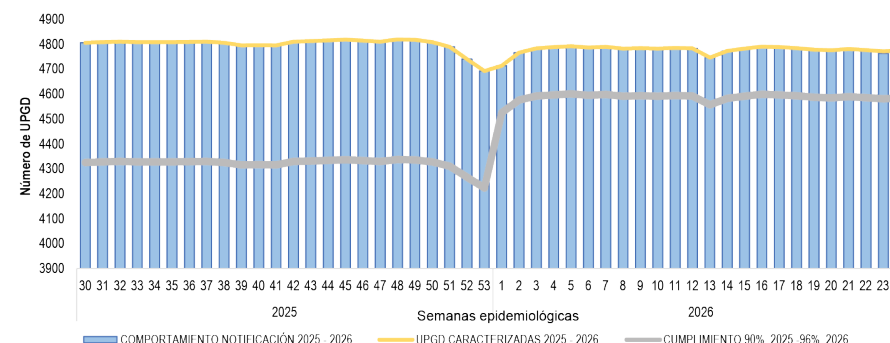
Para esta semana epidemiológica la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud (INS) correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100,0 %, observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 24 de 2025. Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información. El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 /1 122 UNM), observando el mismo comportamiento respecto a la semana epidemiológica anterior y a la semana epidemiológica 24 de 2025.

10 Para esta semana el país cumplió con la meta para este nivel de información.

El cumplimiento de las UPGD esta semana epidemiológica fue del 99,92 % (4 771 / 4 775); observando un aumento del 0,08 % respecto a la semana epidemiológica anterior y una disminución del 0,02 con respecto a la semana epidemiológica 24 de 2025. El país cumplió con la meta para la notificación establecida para UPGD. En relación con el incumplimiento en la notificación de eventos de interés en salud pública durante la semana epidemiológica 24 de 2026, a nivel nacional se detectó que el 0,08 % de las UPGD caracterizadas no reportaron información en esta semana, es decir, presentaron silencio epidemiológico y corresponden a UPGD de las entidades territoriales de Tolima (2), Bogotá, D.C. (1) y Risaralda (1).

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 4 584 UPGD en la semana analizada (figura 5).

Figura 5. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026



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



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de cinco años por eventos priorizados

Metodología

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

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

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

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

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

A semana epidemiológica 24 del 2026, se han notificado 306 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 298 casos notificados de residentes en Colombia, 187 fueron por IRA, 54 por desnutrición (DNT) aguda y 57 por enfermedad diarreica aguda (EDA). De estos casos, 108 fueron confirmados, 47 descartados y 143 se encuentran en estudio (tabla 4).

Tabla 4. Tasas de mortalidad y casos en menores de cinco años por IRA, EDA o DNT aguda según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Entidad territorial residencia	Casos confirmados a SE 24 2026			Casos en estudio a SE 24 2026			Tasa a SE 24 2026		
	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA	DNT	IRA	EDA
Colombia	21	62	25	28	91	24	0,58	1,70	0,69
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	1	0	1	0,00	3,71	0,00
Bogotá, D.C.	0	2	0	0	15	0	0,00	0,47	0,00
Bolívar	2	3	0	1	2	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	3	2	2	0,75	2,98	0,75
Chocó	6	10	7	7	7	5	9,27	15,46	10,82
Córdoba	1	3	0	0	3	0	0,59	1,77	0,00
Cundinamarca	0	2	0	0	4	1	0,00	0,88	0,00
Huila	0	1	1	0	2	0	0,00	0,95	0,95
La Guajira	6	2	5	5	10	3	5,38	1,79	4,48
Magdalena	0	2	2	0	0	1	0,00	2,23	2,23
Meta	0	3	0	0	3	4	0,00	3,52	0,00
Nariño	0	3	1	0	2	1	0,00	2,40	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
Santa Marta	0	0	1	1	0	0	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	1	0	0	3	0	0,00	1,09	0,00
Valle del Cauca	0	1	0	0	3	1	0,00	0,77	0,00
Vaupés	0	0	2	0	0	0	0,00	0,00	36,46
Vichada	3	0	0	3	3	0	17,66	0,00	0,00

Mortalidad por infección respiratoria aguda

A semana epidemiológica 24 del 2026 se han notificado 187 muertes probables en menores de cinco años residentes de Colombia por IRA, 28 confirmadas por laboratorio, 34 confirmadas por clínica, 34 descartadas y 91 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 1,70 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 24 fueron 127, para una tasa de mortalidad de 3,58 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 24 de 2019 a 2025, se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de muertes probables por IRA notificadas en las entidades territoriales de Antioquia, 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 24 de 2026 son Bordetella pertussis, Rhinovirus y Enterovirus entre otros (tabla 5)

12

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 24 de 2026, no figuran en la tabla.

Tabla 5. Agentes etiológicos identificados en las muertes notificadas en menores de cinco años por IRA según grupo de edad, Colombia, a semana epidemiológica 24, 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	4	1	0	15	5	0	1	2	1	9
<i>Enterovirus</i>	7	1	2	1	0	11	3	0	0	2	1	6
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	2	2	0	1	0	5	2	1	0	1	1	5
<i>Virus Sincitial Respiratorio</i>	1	1	2	0	0	4	5	0	0	0	0	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	5	1	1	0	0	7	4	0	0	0	0	4
<i>Adenovirus</i>	3	0	1	1	1	6	1	0	0	2	0	3
<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>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>Pseudomonas aeruginosa</i>	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
<i>SARS-CoV2</i>	3	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1
<i>Escherichia coli</i>	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza A</i>	2	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Influenza B</i>	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1	0	0	0	2	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	19	12	6	1	89	39	1	2	9	4	55

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

Mortalidad por desnutrición aguda

A semana epidemiológica 24 de 2026 se han notificado 54 muertes probables en menores de cinco años residentes en Colombia por DNT aguda, 21 confirmadas, cinco (5) descartadas y 28 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,58 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 24 fue de 80, para una tasa de mortalidad de 2,17 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 24 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, Meta, Risaralda y Valle del Cauca, 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 24 de 2026 se han notificado 57 muertes probables en menores de cinco años por EDA residentes de Colombia, 23 confirmadas por clínica, dos (2) confirmadas por laboratorio, ocho (8) descartadas y 24 se encuentran en estudio, para una tasa de mortalidad de 0,69 casos por cada 100 000 menores de cinco años. Para el 2025, el número de casos confirmados a semana epidemiológica 24 fue de 39 para una tasa de mortalidad de 1,06 casos por cada 100 000 menores de cinco años.

En comparación con el histórico correspondiente a la semana epidemiológica 24 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 Meta, 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 cálculo de la razón de muerte materna, de acuerdo con lo establecido para el país, se usó como numerador las muertes maternas tempranas residentes en Colombia; para el denominador se usaron los nacidos vivos por entidad territorial de residencia con corte al periodo de tiempo por analizar, tomadas de RUAF ND 2025 y 2026 datos preliminares.

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

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

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

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

Tabla 6. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, a semana epidemiológica 24, 2023 a 2026

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2023	120	66	36	222
2024	92	65	26	183
2025p	84	72	22	178
2026p	65	45	24	134

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

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 24 de 2026 fue de 32,7 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, frente a 43,0 casos por 100 000 nacidos vivos a la misma semana epidemiológica de 2025. Se notificaron casos de muertes maternas tempranas en 24 entidades territoriales, con mayor número de casos en Bogotá D.C., Antioquia, La Guajira, Cartagena de Indias, Cesar, Chocó y Nariño. 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 7).

Al realizar análisis desagregado por municipio, se presentó un caso de muerte materna temprana en Yondó (Antioquia), El Banco (Magdalena), Bucaramanga (Santander) y Fresno (Tolima); en el promedio histórico 2022–2025, estos municipios no habían registrado casos para este evento (tabla 8).

En cuanto a la causa básica agrupada de las muertes maternas tempranas a semana epidemiológica 24 de 2026, el 60,0 % corresponde a causas directas y el 24,6 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa fue el trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 21,5 % (tabla 9).

En la semana epidemiológica 24 de 2026 se notificaron al Sivigila seis (6) casos: cinco (5) muertes maternas tempranas y una (1) muerte materna tardía. El país acumula 69 casos de muertes maternas tempranas, de las cuales 65 residen en territorio colombiano y cuatro (4) residen en el exterior, por lo que no se incluyen en el análisis (tabla 6).

Tabla 7. Mortalidad materna temprana según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Promedio histórico 2022-2025 a SE 24	Acumulado de casos a SE 24		Razón de MM por 100 000 NV a SE 24	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	106	84	65	43,0	32,7
Vichada	1	1	1	169,5	168,9
Chocó	6	4	4	148,4	161,9
Caquetá	2	1	3	45,1	140,1
La Guajira	9	8	6	110,8	82,3
Cartagena de Indias	3	1	4	19,3	77,1
Nariño	6	4	4	76,7	75,1
Magdalena	3	0	3	0,0	74,6
Cesar	5	6	4	92,9	62,0
Risaralda	3	3	2	94,1	60,1
Quindío	1	1	1	58,2	57,7
Sucre	2	1	2	24,5	51,0
Casanare	1	3	1	139,4	48,5
Tolima	3	2	2	38,9	38,4
Bogotá, D.C.	10	10	10	39,1	38,0
Santa Marta	2	0	1	0,0	36,5
Cauca	5	1	2	18,6	36,3
Antioquia	10	9	6	38,6	25,0
Cundinamarca	5	5	3	40,9	24,3
Boyacá	1	1	1	22,1	22,1
Meta	2	1	1	19,4	18,5
Huila	3	2	1	34,5	16,9
Valle del Cauca	2	2	1	32,6	16,0
Santiago de Cali	3	3	1	39,8	13,4
Santander	2	2	1	23,8	11,8
Arauca	1	0	0	0,0	0,0
Atlántico	3	2	0	38,3	0,0
Barranquilla	2	2	0	34,3	0,0
Bolívar	4	2	0	37,8	0,0
Buenaventura	1	0	0	0,0	0,0
Caldas	0	0	0	0,0	0,0
Córdoba	4	4	0	52,6	0,0
Guainía	0	1	0	281,7	0,0
Norte de Santander	4	2	0	29,7	0,0
Putumayo	1	0	0	0,0	0,0

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

Tabla 8. Entidades territoriales con comportamiento inusual de mortalidad materna respecto al promedio 2022-2025, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico 2022 - 2025 a SE 24	Valor observado SE 24
Colombia	106	65
Yondó (Antioquia)	0	1*
El Banco (Magdalena)	0	1*
Bucaramanga (Santander)	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 9. Mortalidad materna por tipo y causa agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Causa agrupada	Promedio histórico 2024-2025 a SE 24	Número de casos y proporción a SE 24 2024-2026					
		2024	%	2025	%	2026	%
Colombia	88	92	100	84	100	65	100
DIRECTA	57	59	64,1	55	65,5	39	60,0
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	17	19	20,7	14	16,7	14	21,5
Hemorragia obstétrica	19	19	20,7	18	21,4	8	12,3
Evento tromboembólico como causa básica	6	6	6,5	6	7,1	6	9,2
Sepsis obstétrica	6	5	5,4	6	7,1	5	7,7
Embarazo ectópico	4	3	3,3	5	6,0	3	4,6
Embolia de líquido amniótico	0	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	3	3,3	2	2,4	1	1,5
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	3	3,3	4	4,8	1	1,5
Otras causas directas	1	1	1,1	0	0,0	0	0,0
INDIRECTA	29	31	33,7	27	32,1	16	24,6
Otras causas indirectas	9	12	13,0	6	7,1	9	13,8
Otras causas indirectas: neumonía	6	5	5,4	7	8,3	3	4,6
Sepsis no obstétrica	6	4	4,3	7	8,3	2	3,1
Otras causas indirectas: cáncer	3	3	3,3	3	3,6	2	3,1
Otras causas indirectas: malaria	1	0	0,0	2	2,4	0	0,0
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	2	2,2	2	2,4	0	0,0
Otras causas indirectas: dengue	2	4	4,3	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	1,2	0	0,0
En estudio	2	2	2,2	1	1,2	10	15,4

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

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

Metodología

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

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

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

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

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

² Organización Mundial de la Salud. The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM. 2016. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/icd-pm.pdf?Status=Master&sfvrsn=9470ccc_f_2#:~:text=ICD%20DPM%20is%20designed%20to,be%20classified%20using%20ICD%20DPM

A semana epidemiológica 24 del 2026 se han notificado 2 846 casos de muerte perinatal y neonatal tardía, de los cuales 2 818 corresponden a residentes en Colombia y 28 a residentes en el exterior.

La razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 14,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos. El mayor número de casos se notificó en Bogotá, D.C., Antioquia, Cundinamarca, La Guajira y Córdoba. Las razones más altas se observaron en Vichada, Guainía, Chocó, Buenaventura, y Arauca. Teniendo en cuenta el promedio histórico de la notificación entre el 2021 y el 2025, con corte a semana epidemiológica 24 del 2026, se observaron diferencias estadísticamente significativas en Buenaventura, Caquetá, Putumayo, Casanare, San Andrés y Providencia y Guaviare (tabla 10).

En el análisis municipal se observaron variaciones de aumento significativas en el comportamiento histórico del evento en los siguientes municipios: Manaure (La Guajira), Cumaribo (Vichada), Dosquebradas (Risaralda), Itagüí (Antioquia), Tunja (Boyacá), Santander de Quilichao (Cauca), Granada (Meta), Girón (Santander), La Estrella (Antioquia), Arauquita (Arauca), Alto Baudó (Chocó), Saravena (Arauca), Simití (Bolívar), Caldas (Antioquia), Isnos (Huila), Roberto Payán (Nariño), Peñol (Antioquia), Zambrano (Bolívar), Paipa (Boyacá), Jambaló (Cauca), Bahía Solano (Chocó), El Rosal (Cundinamarca), Tolú Viejo (Sucre), Restrepo (Valle del Cauca) (tabla 11).

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción corresponde a muertes perinatales anteparto con 42,0 %, seguido de neonatales tempranas con 28,1 %, neonatales tardías con 18,3 %, 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 24,9 %, seguido de prematuridad e inmadurez con el 17,6 % y complicaciones de la placenta, cordón y membranas con el 13,6 % (tabla 12). Se observó un incremento con corte de semana epidemiológica 24 del 2026 (datos preliminares) frente a 2025 en causas de muerte no específicas y sin información en causa básica de muerte; en consecuencia, se invita a las entidades territoriales que notifican a realizar la gestión necesaria para la correcta definición de la causa básica de muerte.

Tabla 10. Número de casos, razón y comportamientos inusuales en la notificación de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2025 y 2026

Entidad territorial de residencia	Valor histórico 2021-2025 SE 24	Acumulado de casos a SE 24		Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1000 nacidos vivos	
		2025	2026	2025	2026
Colombia	3 451	2 551	2 818	13,0	14,2
Amazonas	8	10	5	30,9	14,9
Antioquia	393	299	342	12,8	14,3
Arauca	31	14	30	10,4	20,3
Atlántico	105	62	54	11,9	9,6
Barranquilla	123	68	100	11,7	16,0
Bogotá, D.C.	365	281	351	11,0	13,3
Bolívar	102	78	94	14,7	17,8
Boyacá	66	55	49	12,2	10,8
Buenaventura	38	36	27	31,5	24,2
Caldas	45	42	43	17,0	16,9
Santiago de Cali	135	117	116	15,5	15,5
Caquetá	30	22	24	9,9	11,2
Cartagena de Indias	110	67	69	12,9	13,3
Casanare	36	32	21	14,9	10,2
Cauca	112	68	88	12,6	16,0
Cesar	120	95	94	14,7	14,6
Chocó	84	47	70	17,4	28,3
Córdoba	173	112	120	14,7	16,2
Cundinamarca	191	174	184	14,2	14,9
Guainía	10	9	12	25,4	29,3
La Guajira	183	120	124	16,6	17,0
Guaviare	8	7	2	15,5	4,2
Huila	83	55	85	9,5	14,4
Magdalena	85	67	52	16,3	12,9
Meta	82	82	67	15,9	12,4
Nariño	99	99	80	19,0	15,0
Norte de Santander	100	65	82	9,6	11,8
Putumayo	27	17	18	10,5	10,9
Quindío	27	17	28	9,9	16,1
Risaralda	53	38	47	11,9	14,1
San Andrés y Providencia	6	8	2	33,3	8,4
Santander	105	67	88	8,0	10,4
Santa Marta	41	23	38	8,6	13,9
Sucre	84	47	62	11,5	15,8
Tolima	70	50	49	9,7	9,4
Valle del Cauca	102	81	77	13,2	12,3
Vaupés	7	4	4	19,1	19,1
Vichada	17	16	20	27,1	33,8

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

Tabla 11. Municipios con comportamientos inusuales de la notificación de casos de mortalidad perinatal y neonatal tardía, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Municipio de residencia	Promedio histórico acumulado a SE 24 2021 - 2025	Valor observado a SE 24 de 2026	Semanas continuas en incremento
Colombia	2 451	2 818	-
Manaure (La Guajira)	16	24	7
Cumaribo (Vichada)	11	18	6
Dosquebradas (Risaralda)	11	17	15
Itagüi (Antioquia)	10	16	5
Tunja (Boyacá)	8	15	21
Santander de Quilichao (Cauca)	10	14	1
Granada (Meta)	6	13	19
Girón (Santander)	8	13	9
La Estrella (Antioquia)	3	10	9
Araucuita (Arauca)	5	10	4
Alto Baudó (Chocó)	2	9	11
Saravena (Arauca)	5	8	7
Simití (Bolívar)	2	6	1
Caldas (Antioquia)	2	5	9
Isnos (Huila)	2	5	4
Roberto Payán (Nariño)	1	5	2
Peñol (Antioquia)	1	4	7
Zambrano (Bolívar)	1	4	3
Paipa (Boyacá)	1	4	7
Jambaló (Cauca)	1	4	10
Bahía Solano (Chocó)	1	4	12
El Rosal (Cundinamarca)	1	4	17
Tolú Viejo (Sucre)	1	4	4
Restrepo (Valle del Cauca)	1	4	18

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

Tabla 12. Número de casos y proporción de muertes perinatales y neonatales tardías por causa básica agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 24, 2024-2026

Entidad territorial de residencia	Número de casos y proporción a semana epidemiológica 24, 2024 -2026					
	2024 a SE 24	(%)	2025 a SE 24	(%)	2026 a SE 24	(%)
Colombia	2826	100,0	2551	100,0	2818	100,0
Asfixia y causas relacionadas	729	25,8	707	27,7	703	24,9
Prematuridad-inmadurez	470	16,6	430	16,9	495	17,6
Complicaciones de la placenta, cordón y membranas	431	15,3	400	15,7	384	13,6
Complicaciones maternas del embarazo y trabajo de parto	327	11,6	274	10,7	267	9,5
Malformación congénita	248	8,8	223	8,7	219	7,8
Infecciones	256	9,1	216	8,5	215	7,6
Sin información	184	6,5	165	6,5	178	6,3
Otras causas de muerte	0	0,0	0	0,0	146	5,2
Causas no específicas	72	2,5	40	1,6	119	4,2
Trastornos cardiovasculares	82	2,9	68	2,7	62	2,2
Lesión de causa externa	14	0,5	12	0,5	18	0,6
Convulsiones y trastornos neurológicos	13	0,5	16	0,6	12	0,4

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



Infección Respiratoria Aguda

Metodología

Se elaboró un análisis descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 24 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 J22¹.

Los canales endémicos para consultas externas, urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron a través de la metodología de Bortman, con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda 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 21 a 24 de 2026), a nivel nacional, se observó una disminución porcentual en las atenciones por IRA en consulta externa, urgencias, hospitalización en sala general y UCI/UCIM frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026), sin alcanzar la significancia estadística (variación porcentual inferior -30 %) (tabla 13).

Tabla 13. Notificación de morbilidad por infección respiratoria aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026 y 21 a 24 de 2026

Atenciones infección respiratoria aguda				
Tipo de servicio	SE 17 a 20 de 2026	SE 21 a 24 de 2026	Variación porcentual	Tendencia
Consulta externa y urgencias	541 575	522 680	● -3,49%	↘
Hospitalización en sala general	25 156	24 969	● -1,54%	↘
Hospitalización en UCI/UCIM	2 839	2 767	● -2,54%	↘

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 24 del 2026 se notificaron 126 888 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, Guaviare, Huila, Nariño, Quindío, Tolima 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 siete municipios (tabla 14).

Tabla 14. Comportamientos inusuales de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, municipios por 100 000 habitantes, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2026

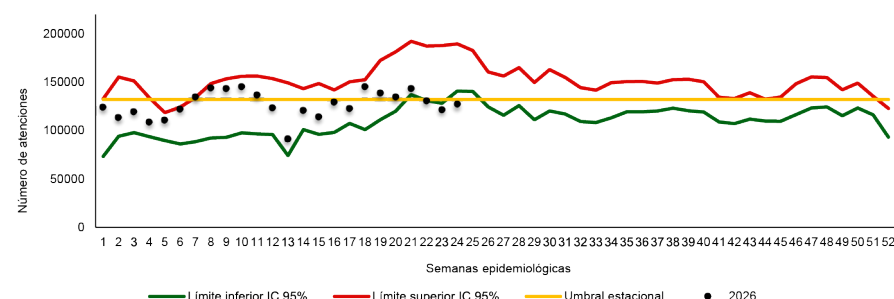
Departamento	Municipio	Acumulado 2025	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Antioquia	Itagüí	43 261	38 040	6 533	6 878
La Guajira	Maicao	29 209	34 480	3 306	5 978
Atlántico	Soledad	41 662	40 978	7 203	5 959
Cundinamarca	Soacha	40 513	31 994	6 065	5 683
Antioquia	Bello	30 598	35 422	5 570	5 014
La Guajira	Uribe	23 444	24 864	2 803	4 383
Cundinamarca	Chía	28 371	22 149	5 099	4 036
Antioquia	Rionegro	18 854	23 298	2 551	3 113
Cordoba	Cereté	8 437	10 340	1 169	2 241
Santander	Floridablanca	13 137	13 365	2 235	2 076
Valle del Cauca	Palmira	14 183	11 336	2 342	2 011
Cundinamarca	Zipaquirá	10 989	10 106	2 078	1 917
Cundinamarca	Madrid	6 584	8 334	1 420	1 904
Cordoba	Lorica	7 239	8 147	1 172	1 870
Risaralda	Dosquebradas	14 554	12 275	1 989	1 828
Boyacá	Duitama	10 509	8 890	2 054	1 819
Santander	Barrancabermeja	15 570	14 730	1 512	1 796
Boyacá	Sogamoso	9 237	7 758	1 745	1 763
Antioquia	Envigado	13 105	14 343	2 194	1 753
Bolívar	Magangué	9 790	9 177	1 488	1 586
Magdalena	Ciénaga	10 305	9 696	1 464	1 575
Antioquia	Apartadó	8 573	9 754	1 602	1 538
Antioquia	Turbo	7 131	7 069	1 035	1 431
Casanare	Yopal	6 854	5 554	1 482	1 361
Cundinamarca	Facatativá	9 166	6 805	1 870	1 274
Cundinamarca	Girardot	10 800	7 501	1 861	1 191
Norte Santander	Ocaña	7 931	7 120	1 155	1 186
Valle del Cauca	Yumbo	7 508	6 226	1 291	1 175
Cundinamarca	Funza	8 071	8 162	1 276	1 038
Cesar	Aguachica	5 818	5 816	988	1 008
Valle del Cauca	Tuluá	6 706	5 622	968	967
Valle del Cauca	Cartago	8 054	6 492	1 382	882
Valle del Cauca	Buenaventura	3 142	4 766	691	876
Cauca	Santander de Quilichao	6 109	4 185	1 135	786
Huila	Pitalito	6 656	4 060	1 258	767
Cordoba	Sahagún	11 715	4 477	2 015	742
Santander	Piedecuesta	4 825	4 818	575	665
Atlántico	Malambo	3 088	3 647	610	606
Santander	Girón	4 046	4 053	343	588
Cundinamarca	Mosquera	3 451	2 904	703	574
Norte de Santander	Villa Del Rosario	3 572	3 353	561	363
Cauca	Guapi	2 393	1 779	215	274
Nariño	La Florida	372	346	49	35

*Del análisis de los municipios se excluyeron las capitales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (21 a 24 del 2026), por grupos de edad los de 20 a 39 años representaron el 24,2 % (126 950) de las consultas, seguido por el grupo de 5 a 19 años con el 19,1 % (100 099). 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 13,2 % y los menores de 2 a 4 años con el 12,7 %.

En el canal endémico de consultas externas y urgencias por IRA, se observó una tendencia ascendente entre las semanas epidemiológicas 06 y 11 de 2026, con valores que no superaron el límite superior; no obstante, en las semanas epidemiológicas 12 a 17 se registró una disminución, seguido de un nuevo incremento entre las semanas 18 y 21 manteniéndose dentro de los límites esperados; con una disminución marcada en semana 22 a 24 situándose por debajo del límite inferior (figura 6).

Figura 6. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2026



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

Hospitalizaciones por IRA en sala general

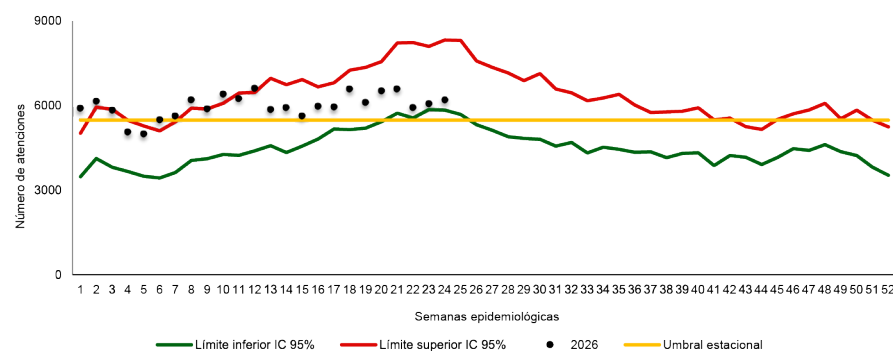
En la semana epidemiológica 24 del 2026 se notificaron 6 195 hospitalizaciones por IRA en sala general. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación en los últimos siete años se evidenció disminución en Santiago de Cali, Cesar, Guainía, La Guajira y Risaralda, aumento en Amazonas, Arauca, Barranquilla, Caquetá, Cartagena de Indias, Córdoba, Cundinamarca, Guaviare, Magdalena y Santa Marta. En las 23 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (21 a 24 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años (6 047) representaron el 24,4 %, seguidos de los menores de 2 a 4 años con el 17,3 % (4 306). 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 31,7 % seguido de los menores de 2 a 4 años con el 26,6 %.

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 24 se registró una disminución, situándose por encima del umbral estacional (figura 7).

Figura 7. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2026

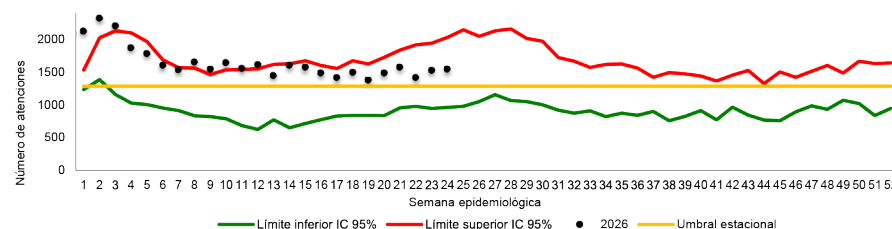


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico 2018 a 2025

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

En la semana epidemiológica 24 del 2026, se notificaron 1 541 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 24 de 2026 ubicándose dentro de lo esperado (figura 8).

Figura 8. Canal endémico hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general en mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 24 de 2026



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

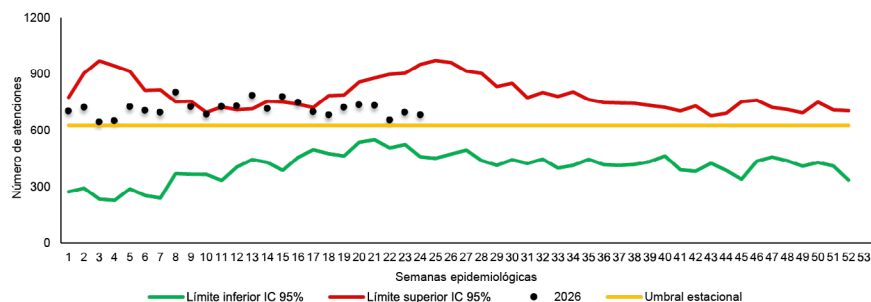
Hospitalizaciones por IRA en unidades de cuidados intensivos e intermedios (UCI/UCIM)

En la semana epidemiológica 24 del 2026 se notificaron 683 hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM; se observó incremento en las entidades territoriales de Arauca, Atlántico, Caldas, Chocó, Córdoba, La Guajira y Quindío. Se registró disminución en Antioquia, Santiago de Cali, Caquetá, Cauca, Cesar, Cundinamarca, Guaviare, Huila, Magdalena, Meta, Sucre y Vaupés. En las demás entidades territoriales no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas cuatro semanas epidemiológicas (21 a 24 del 2026), por grupos de edad los mayores de 60 años representaron el 33,0 % (931), seguido de los menores de 1 año con el 21,9 % (607) 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 26,1 % seguido del grupo de 2 a 4 años con el 23,7 %.

En el canal endémico de hospitalizaciones por IRA en UCI/UCIM a nivel nacional, durante las semanas epidemiológicas 01 a 16 de 2026, las atenciones se mantuvieron predominantemente por encima del umbral estacional, alcanzando el límite superior del canal en las semanas 08, 11 a 13, 15 y 16, seguidas de un descenso progresivo entre las semanas 17 a 24 (figura 9).

Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2026

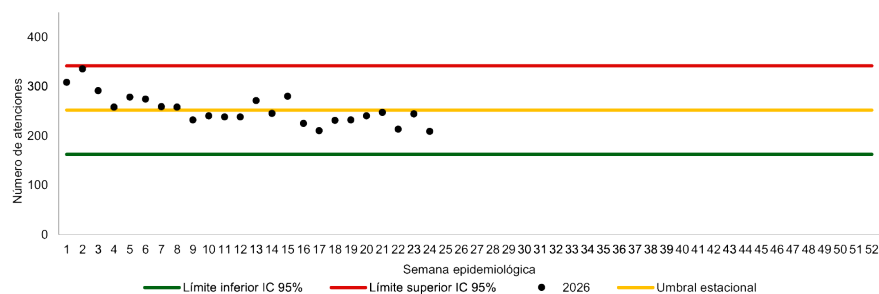


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia. Histórico entre 2018 y 2025

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

En la semana epidemiológica 24 del 2026, se notificaron 209 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 24 de forma intermitente se observó un descenso, ubicándose por debajo de dicho umbral (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, mayores de 60 años, Colombia, semana epidemiológica 01 a 24 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, hospitalización en sala general y en UCI/UCIM 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 24 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 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, Brasil y el 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 24, 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 en la positividad; sin embargo, los virus respiratorios se mantienen estables en los últimos dos periodos. Ante este comportamiento, se recomienda reforzar la vacunación contra influenza en los grupos priorizados, conforme a las directrices del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) (tabla 15). Se insta a las entidades territoriales a mantener una vigilancia activa ante la concurrencia de la circulación de influenza estacional y otros virus respiratorios, situación que eventualmente podría generar una presión significativa sobre los sistemas de salud.

23

Tabla 15. Circulación viral identificada en la vigilancia centinela, Colombia, semanas epidemiológicas 17 a 24 de 2026

Agente viral identificado	SE 17 a 20 de 2026			SE 21 a 24 de 2026			Variación total
	Total	< 5 años	> 60 años	Total	< 5 años	> 60 años	
Positividad general	56,9	64,7	30,6	58,7	64,4	40,7	
Rinovirus	11,5	10,1	13,6	11,6	10,8	4,5	
Virus sincitial respiratorio	40,9	49,7	9,1	41,2	47,4	31,8	
Enterovirus	4,2	3,6	4,5	3,7	4,2	4,5	
Adenovirus	10,7	10,7	4,5	8,2	9,4	4,5	
Influenza B	1,2	0,3	9,1	0,7	0,5	-	
Influenza A	5,7	1,6	13,6	7,1	2,8	31,8	
Parainfluenza	12,7	13,3	4,5	14,3	14,6	9,1	
Metapneumovirus	3,2	2,6	13,6	5,8	5,6	13,6	
A(H1N1)pdm09	1,0	0,6	-	0,7	0,5	-	
SARS-CoV2	1,0	1,0	-	-	-	-	
A(H3N2)	5,5	4,9	18,2	4,1	2,3	-	
Coronavirus	1,5	0,6	9,1	1,3	1,4	-	

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

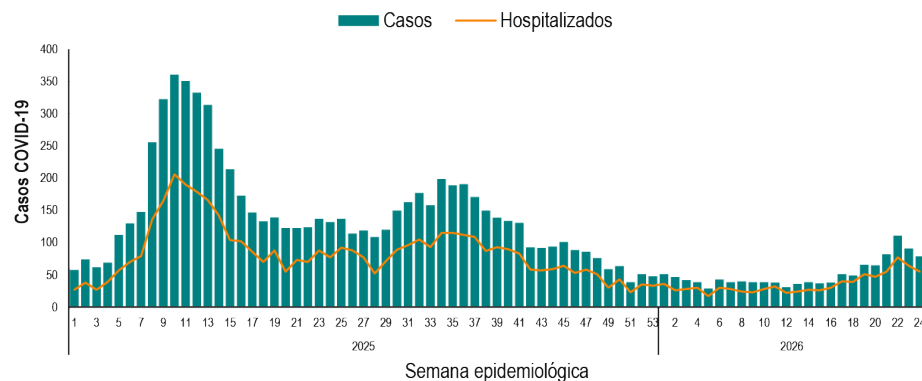
Se elaboró un informe descriptivo de los casos notificados hasta la semana epidemiológica (SE) 24 de 2026, considerando las variables de tiempo, lugar y persona registradas en la ficha de datos básicos del evento COVID-19 (código INS 346).

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

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

En lo corrido de 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 24), con corte al 20 de junio y según fecha de inicio de síntomas, se notificaron al Sivigila 1 245 casos de COVID-19, de los cuales 1 244 son procedentes de Colombia y uno (1) del exterior. En las últimas cuatro semanas (semanas epidemiológicas 21 a 24) se registraron 367 casos, lo que representa un aumento del 56,2 % frente al periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20), en el que se reportaron 235 casos. Respecto a las hospitalizaciones, se notificaron 251 casos, incremento del 41,8 % frente a las 177 del periodo anterior. Al comparar con el mismo periodo de 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 24), los casos de 2026 muestran una menor notificación (figura 11).

Figura 11. Comportamiento temporal de los casos notificados de COVID-19 en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025 y 01 a 24 de 2026



Fuente: Sivigila, SE 01 a 53 de 2025 y 01 a 24 de 2026
*SE: semana epidemiológica

Durante el periodo epidemiológico actual (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026) se registró una incidencia de 0,7 casos por cada 100 000 habitantes, con afectación en 27 entidades territoriales de orden departamental y distrital, y en 83 municipios del país.

En comparación con el periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026), se evidenció un incremento significativo en la notificación de casos de COVID-19 en los departamentos de Antioquia, Atlántico, Boyacá, Cauca, Cundinamarca, Santander y Tolima, así como en los distritos de Bogotá D.C. y Barranquilla.

A nivel municipal, dicho incremento se observa en Medellín (Antioquia), Soledad (Atlántico), Tunja (Boyacá), Soacha (Cundinamarca), Floridablanca y Piedecuesta (Santander), Ibagué (Tolima) y Popayán (Cauca).

Entre el periodo anterior (semanas epidemiológicas 17 a 20 de 2026) y el actual (semanas epidemiológicas 21 a 24 de 2026), se observó un incremento en la mayoría de los grupos de edad, siendo los más marcados los de 70 a 79 años (157,1 %), 40 a 49 años (100,0 %), 60 a 69 años (86,7 %), 80 a 89 años (75,0 %), menores de un año (62,3 %), 20 a 29 años (54,5 %), 10 a 19 años (53,8 %), 1 año (40,6 %), 5 a 9 años (29,4 %), 30 a 39 años (22,2 %) y 2 a 4 años (20,0 %). En contraste, el grupo de 50 a 59 años presentó una disminución (-20,0 %), siendo el único grupo con reducción de casos en este periodo. Por su parte, el grupo de 90 a 99 años pasó de 0 a 8 casos; mientras que, el grupo de mayores de 100 años no registró casos en ninguno de los dos periodos analizados (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de casos de COVID-19 por grupos de edad en las últimas ocho semanas epidemiológicas, semanas epidemiológicas 17 a 24 de 2026

Grupos de edad	PE anterior	PE actual	Variación porcentual	Tendencia
	SE 17 a 20 2026	SE 21 a 24 2026		
Menor de un año	77	125	62,3	↗
1 año	32	45	40,6	↗
2 a 4 años	25	30	20,0	↗
5 a 9 años	17	22	29,4	↗
10 a 19 años	13	20	53,8	↗
20 a 29 años	11	17	54,5	↗
30 a 39 años	9	11	22,2	↗
40 a 49 años	7	14	100,0	↗
50 a 59 años	10	8	-20,0	↘
60 a 69 años	15	28	86,7	↗
70 a 79 años	7	18	157,1	↗
80 a 89 años	12	21	75,0	↗
90 a 99 años	0	8	NC	↗
Mayor de 100 años	0	0	NC	↗
Total	235	367	56,2	↗

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 17 a 24 de 2026
PE: periodo epidemiológico
SE: semana epidemiológica

En lo corrido de 2026 se han notificado en Colombia nueve (9) 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), Magdalena (Pivijay) y el distrito de 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 24 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 24 del 2026 se notificaron 2 778 casos de dengue: 2 118 casos de esta semana y 660 casos de semanas anteriores. Según el acumulado, se registran 52 518 casos, 31 733 (60,4 %) sin signos de alarma, 20 241 (38,5 %) con signos de alarma y 544 (1,0 %) de dengue grave.

El 61,1 % (32 099) de los casos a nivel nacional proceden de Meta, Cesar, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Magdalena, La Guajira y Cartagena de Indias (tabla 17). Sin embargo, en el último periodo (semanas epidemiológicas 20 - 23 de 2026) se observa que las entidades territoriales de Meta, Bolívar, Casanare, Cesar, Norte de Santander, Santander, Magdalena y Antioquia concentran el 64,8 % (6 730 casos) de los casos del periodo.

En el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19 de 2026), se observó una tendencia al aumento superior al 30,0 % en Antioquia, Arauca, Boyacá, Casanare, Cauca, Guaviare, Huila, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada; una tendencia al descenso mayor a 30,0 % en las entidades territoriales de Cartagena de Indias, Quindío y Santa Marta; mientras que, las demás entidades territoriales presentaron un comportamiento estable (tabla 17).

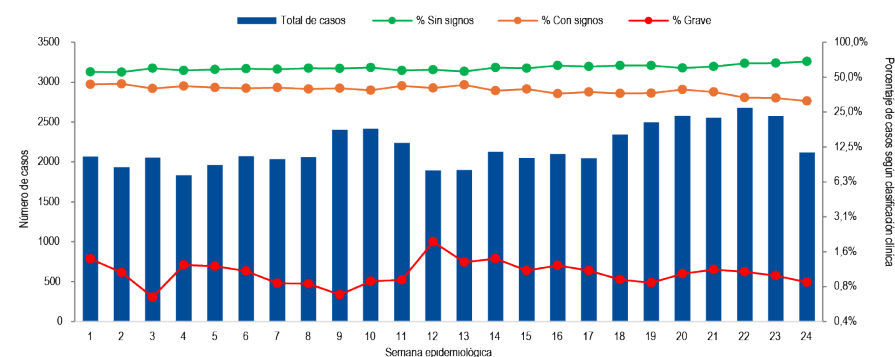
Tabla 17. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Entidad territorial	Total Casos	Porcentaje de casos según clasificación		Variación último período	
		Dengue con signos de alarma	Dengue grave	Esperado (SE 17 - 20 2026)	Observado (SE 21-24 2026)
Meta	8 786	29,9	0,9	1 931	2 295
Cesar	4 514	57,2	0,7	631	721
Bolívar	3 988	39,2	1,6	753	952
Santander	3 418	36,2	0,6	600	525
Norte de Santander	3 227	38,6	1,7	488	580
Magdalena	3 096	49,9	0,8	612	493
La Guajira	2 711	53,6	1,9	443	367
Cartagena	2 359	19,2	0,9	255	158
Santa Marta	1 875	44,4	0,5	222	150
Antioquia	1 841	37,0	1,0	329	431
Córdoba	1 805	41,1	0,6	214	227
Tolima	1 705	29,0	1,3	284	347
Barranquilla	1 694	42,6	1,0	159	170
Casanare	1 674	30,1	0,4	359	733
Atlántico	1 549	44,8	1,0	178	216
Arauca	1 276	31,9	0,9	241	407
Valle del Cauca	831	32,7	0,6	138	219
Sucre	820	49,0	1,3	154	182
Cundinamarca	819	35,0	0,7	157	177
Santiago de Cali	737	35,8	0,3	131	151
Huila	680	38,7	5,0	113	148
Chocó	464	22,6	1,3	86	97
Amazonas	430	14,9	0,0	59	48
Guaviare	373	19,8	0,3	71	156
Nariño	353	44,8	0,8	63	74
Caquetá	337	52,2	2,7	77	81
Putumayo	297	24,2	1,0	56	60
Quindío	181	24,3	0,6	52	34
Cauca	119	35,3	0,8	16	33
Boyacá	113	49,6	0,9	24	44
Caldas	104	45,2	1,0	29	32
Exterior	96	46,9	4,2	12	17
Risaralda	93	41,9	1,1	20	15
Buenaventura	71	36,6	1,4	16	18
Vichada	48	31,3	0,0	4	10
Vaupés	21	23,8	0,0	3	11
Guainía	7	28,6	0,0	1	1
Archipiélago de San Andrés	6	16,7	0,0	2	1
Total	52 518	38,5	1,0	8 983	10 381

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 12); 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 20 a 23 de 2026) fueron: Boyacá, Cesar, Buenaventura y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

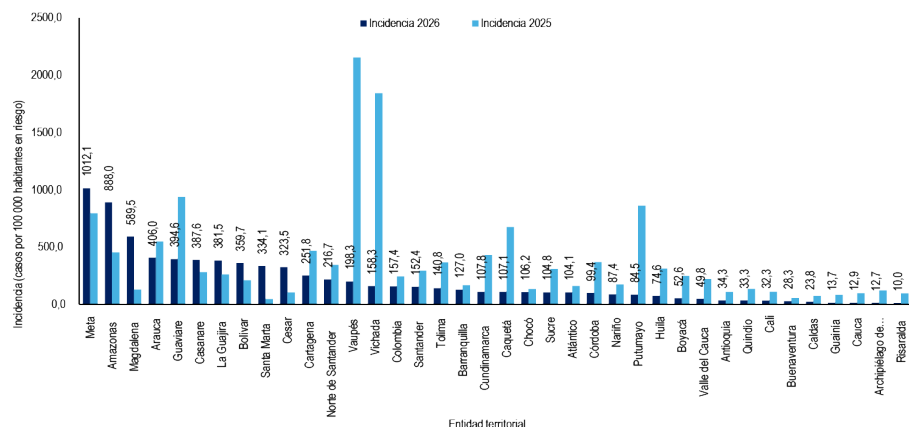
Figura 12. Proporción de casos de dengue según clasificación clínica, Colombia, a semana epidemiológica 24, 2026



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

A semana epidemiológica 24 del 2026, la incidencia nacional de dengue es de 157,4 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo; para el mismo periodo del 2025 la incidencia fue de 242,5 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, Arauca, Guaviare, Casanare, La Guajira y Bolívar presentan las mayores incidencias a semana epidemiológica 24 del 2026 registrando tasas superiores a 350 casos por 100 000 habitantes (figura 13). Por grupo de edad, la mayor incidencia de dengue se observó en los menores de 17 años con 321,6 casos por 100 000 habitantes.

Figura 13. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2025 y 2026

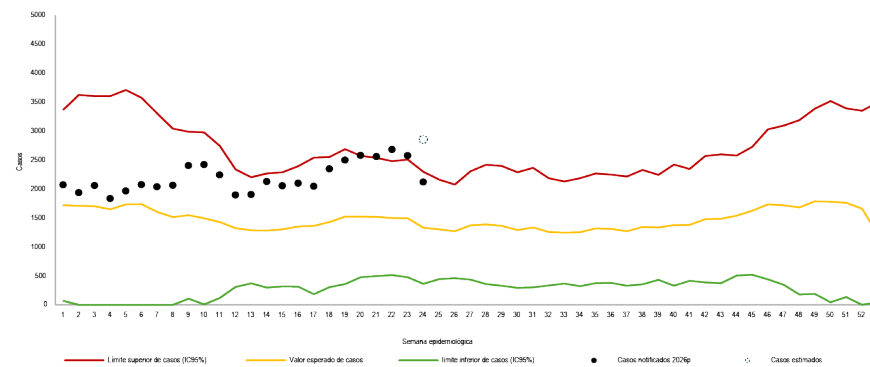


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2026

En la semana epidemiológica 24 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 15,6 % en el último periodo analizado (semanas epidemiológicas 20 a 23 de 2026) con respecto al periodo anterior (semanas epidemiológicas 16 a 19, 2026) (figura 14). En 2026 (semanas epidemiológicas 01 a 24), se observa una reducción del 35,1 % en la notificación de casos de dengue a nivel nacional en comparación con el mismo periodo de 2025 donde se habían notificado 80 916 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 32,4 % (12) está dentro de lo esperado, el 32,4 % (12) se encuentra en situación de alerta y el 35,2 % (13) supera el límite superior esperado, comparado con el comportamiento histórico; este patrón es consistente con la situación epidemiológica observada a nivel nacional (tabla 18).

Figura 14. Canal endémico de dengue, Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026



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

Tabla 18. Comportamiento epidemiológico de las entidades territoriales según el periodo de transmisión histórico de la enfermedad, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026

Situación epidemiológica semana epidemiológica 24, 2026	Entidad territorial
Por encima del límite superior esperado	Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Barranquilla., Cartagena de Indias, Cesar, Casanare, Meta, Guaviare, La Guajira, Magdalena, Santa Marta.
Alerta	Antioquia, Boyacá Cundinamarca, Caldas, Chocó, Nariño, Quindio, Santander, Norte de Santander, Sucre, Vaupés, Vichada
Dentro de lo esperado	Archipiélago de San Andrés y Providencia, Córdoba, Santiago de Cali, Caquetá, Huila, Putumayo, Guainía, Buenaventura, Cauca, Risaralda, Tolima, Valle del Cauca

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

Por entidad territorial municipal, en la semana epidemiológica 24 del 2026 se observó que, de los 825 municipios en riesgo para dengue en el país el 17,1 % (141) 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 19).

Tabla 19. Municipios por encima de lo esperado según canal endémico de dengue con población mayor a 100 000 habitantes en riesgo para dengue, Colombia, semana epidemiológica 24 de 2026

Departamento	Municipio	Incidencia acumulada		Variación último periodo	
		Casos por 100 000 habitantes	Total casos	(SE 17-20 2026)	(SE 21-24 2026)
Antioquia	Bello	5,8	32	9	6
	Envigado	9,9	24	0	10
Atlántico	Barranquilla	129,1	1 694	159	170
	Soledad	59,3	406	30	45
Bolívar	Cartagena de Indias	223,6	2 359	255	158
	Turbaco	312,9	364	53	59
Cesar	Valledupar	307,8	1699	190	235
	Aguachica	293,7	361	86	101
La Guajira	Riohacha	424,4	889	120	93
	Santa Marta	339,4	1 875	222	150
Magdalena	Ciénaga	404,7	516	85	42
Meta	Villavicencio	1259,0	6 420	1395	1498
Norte de Santander	Ocaña	134,9	160	21	36
Tolima	Ibagué	115,8	630	108	164
Arauca	Arauca	167,4	168	26	55

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

A semana epidemiológica 24 del 2026, se han notificado 143 muertes probables por dengue de las cuales se han confirmado 30 casos, se han descartado 70 casos y se encuentran en estudio 43 casos. A la fecha, la letalidad nacional por dengue es de 0,06 %, inferior a la meta establecida (Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: <0,10 %). Para el mismo periodo de 2025, se confirmaron 67 muertes por dengue procedentes de Colombia (letalidad por dengue: 0,08 %) (tabla 20).

Tabla 20. Letalidad por dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 24, 2025-2026

Entidad territorial de procedencia	Casos fatales 2026		Letalidad por dengue a SE 24, 2026	Letalidad por dengue a SE 24, 2025
	Confirmados	En estudio		
La Guajira	9	3	0,33	0,05
Huila	2	0	0,29	0,21
Magdalena	5	0	0,16	0,15
Atlántico	2	2	0,13	0,08
Cundinamarca	1	0	0,12	0,03
Antioquia	2	3	0,11	0,14
Santa Marta	1	1	0,05	0,00
Bolívar	2	4	0,05	0,13
Meta	3	8	0,03	0,13
Norte de Santander	1	1	0,03	0,04
Santander	1	2	0,03	0,08
Cesar	1	3	0,02	0,00
Tolima	0	4	0,00	0,02
Barranquilla	0	3	0,00	0,09
Nariño	0	2	0,00	0,00
Arauca	0	1	0,00	0,12
Casanare	0	1	0,00	0,00
Córdoba	0	1	0,00	0,04
Putumayo	0	1	0,00	0,13
Quindío	0	1	0,00	0,00
Sucre	0	1	0,00	0,08
Valle del Cauca	0	1	0,00	0,00
Colombia	30	43	0,06	0,08

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

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

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

Para ampliar la información sobre el comportamiento del evento puede consultarse el tablero de control de dengue dispuesto en el siguiente enlace: <http://url.ins.gov.co/-2i6o>

Malaria

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 24 de 2026, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia. El porcentaje de municipios en brote y alarma se obtuvo del análisis de las últimas cuatro semanas epidemiológicas desde la revisión de canales endémicos con metodología de mediana y comportamientos inusuales de incrementos y decrementos, en el apartado de comportamientos inusuales se realizó una comparación de cuatro semanas previas y actuales; el campo observado se interpreta así: color amarillo es aumento, gris decremento, sin color indica que no presentó cambios.

Definición operativa del evento: paciente con episodio febril ($> 37,5^{\circ}\text{C}$) 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 (hasta 156 por año)	≤ 3 casos autóctonos por semana por unidad que reporta (hasta 156 por año)	
1	NO	NO	NO	NO	0	0	Altitud mayor o igual a 1 600 msnm. (-) vector
2	SI	NO	NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
3	SI	SI	SI/NO	NO	0	0	(+) focos eliminados
4	SI	SI	SI	SI	0	SI	(+) focos activos y residuales
5	SI	SI	SI	SI	SI	-	(+) focos activos y residuales

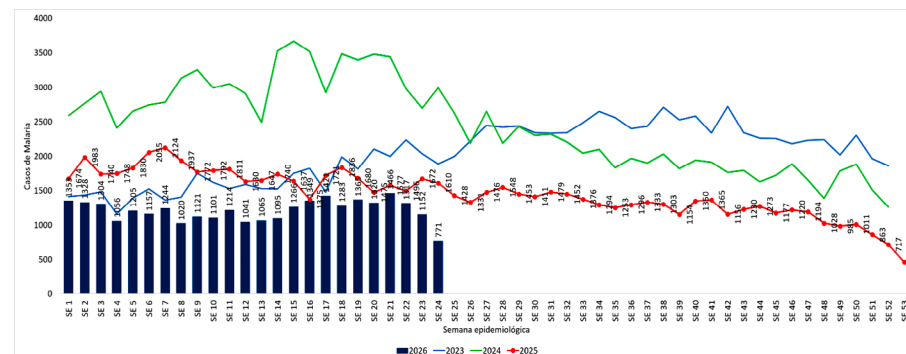
Las tasas de incidencia de malaria no complicada se calcularon considerando la población en riesgo. Para la interpretación y representación visual, se utilizó una escala de colores basada en cuartiles: los tonos más oscuros indican un mayor riesgo de aparición de casos, mientras que los tonos más claros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

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

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de disminución de la malaria, como se muestra en la figura 15.

Figura 15. Comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 del 2023 al 2025 y semana epidemiológica 01 a 24 de 2026



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2026

En la semana epidemiológica 23 del 2026 se notificaron 1 592 casos de malaria, para un acumulado de 29 014 casos, de los cuales 28 681 son de malaria no complicada y 333 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* con 72,6 % (21 053), seguido de *Plasmodium falciparum* con 26,4 % (7 654) e infección mixta con 1,1 % (307). No se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*.

Malaria no complicada

Por procedencia, los departamentos que aportaron el 93,7 % de los casos de malaria no complicada fueron: Chocó (32,8 %), Antioquia (14,2 %), Córdoba (8,3%), Guainía (6,4 %), Nariño (6,4 %), Risaralda (4,3 %), Amazonas (3,8 %), Cauca (3,3 %), Bolívar (3,2 %), Vichada (3,2 %), Meta (2,9 %), Buenaventura (2,6 %) y Vaupés (2,4 %). Mientras que, por municipio los que presentan la mayor carga de malaria no complicada y aportan el 71,0 % de los casos son los que se muestran en la tabla 21.

Tabla 21. Casos notificados y tasa de incidencia de malaria no complicada por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 24 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Acumulado	Casos SE 17 a 20 2026	Casos SE 21 a 24 2026	Tasa por 1 000 habitantes Riesgo malaria
Guainía	Inírida	1638	197	108	41,38
Córdoba	Tierralta	1594	298	211	15,73
Chocó	Quibdó	1517	378	331	10,18
Risaralda	Pueblo Rico	1122	187	123	66,73
Chocó	Lloró	962	170	188	88,55
Antioquia	El Bagre	856	122	152	15,01
Chocó	Bagadó	741	150	215	61,36
Buenaventura	Buenaventura	735	153	203	2,26
Chocó	Istmina	732	160	92	20,94
Meta	Puerto Gaitán	669	104	116	14,16
Vichada	Cumaribo	600	136	80	6,69
Chocó	Medio San Juan	584	172	117	48,24
Vaupés	Mitú	562	64	80	15,35
Bolívar	Montecristo	508	93	84	27,30
Cauca	Timbiquí	471	140	106	16,44
Chocó	Juradó	469	130	106	60,60
Chocó	Río Quito	460	114	119	48,75
Nariño	Olaya Herrera	446	69	42	16,68
Chocó	Alto Baudó	436	50	47	13,55
Amazonas	Tarapacá (CD)	405	71	27	90,12
Cauca	Guapi	398	96	47	13,22
Antioquia	Nechí	382	80	86	13,51
Chocó	El Cantón del San Pablo	362	78	102	50,75
Córdoba	Puerto Libertador	361	46	53	7,84
Antioquia	Cáceres	341	76	51	10,80
Norte de Santander	Tibú	333	65	49	10,55
Amazonas	La Pedrera (CD)	331	26	4	76,02
Chocó	Carmen del Darién	314	52	63	9,95
Nariño	El Charco	311	58	61	13,23
Vichada	Puerto Carreño	308	15	15	13,23
Chocó	Tadó	304	49	64	14,64
Antioquia	Chigorodó	283	60	57	4,49
Antioquia	Turbo	279	51	39	2,05
Guaviare	San José del Guaviare	270	51	39	4,06
Nariño	Magüí	266	43	28	10,10

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 47,7 %; en comparación con el período anterior, se evidencia decremento en los municipios de Inírida, Tierralta, Pueblo Rico, Lloró, Montecristo, Juradó, Cumaribo e Istmina y en incremento el municipio de El Bagre, Quibdó, Puerto Gaitán, Mitú, Bagadó, Nechí y Puerto Libertador (tabla 22). Por *P. falciparum*, 15 municipios concentran el 64,4 %. En este grupo se evidencia en decremento en los municipios de Quibdó, Timbiquí, Istmina, Guapi, Medio San Juan, Olaya Herrera, Magüí, Inírida y Tierralta y en incremento los municipios de Buenaventura, Río quito, Lloró, Bagadó y Medio Atrato como se muestra en la tabla 23.

Tabla 22. Casos de malaria no complicada por *P. vivax* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 24 de 2026

Entidad territorial	Municipio	Casos SE 17 a 20 de 2026	Casos SE 21 a 24 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Guainía	Inírida	164	97	-41%	6,7%
Córdoba	Tierralta	257	186	-28%	6,6%
Risaralda	Pueblo Rico	163	77	-53%	4,6%
Antioquia	El Bagre	118	150	27%	3,9%
Chocó	Lloró	118	103	-13%	3,1%
Chocó	Quibdó	143	158	10%	3,0%
Meta	Puerto Gaitán	86	101	17%	2,7%
Vaupés	Mitú	63	79	25%	2,5%
Chocó	Bagadó	103	129	25%	2,5%
Bolívar	Montecristo	94	86	-9%	2,4%
Chocó	Juradó	130	104	-20%	2,2%
Vichada	Cumaribo	82	61	-26%	2,2%
Antioquia	Nechí	80	86	8%	1,8%
Córdoba	Puerto Libertador	45	52	16%	1,7%
Chocó	Istmina	73	56	-23%	1,7%

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

Tabla 23. Casos de malaria no complicada por *P. falciparum* por entidad territorial y municipio de procedencia, Colombia, a semana epidemiológica 01 a 24 de 2026

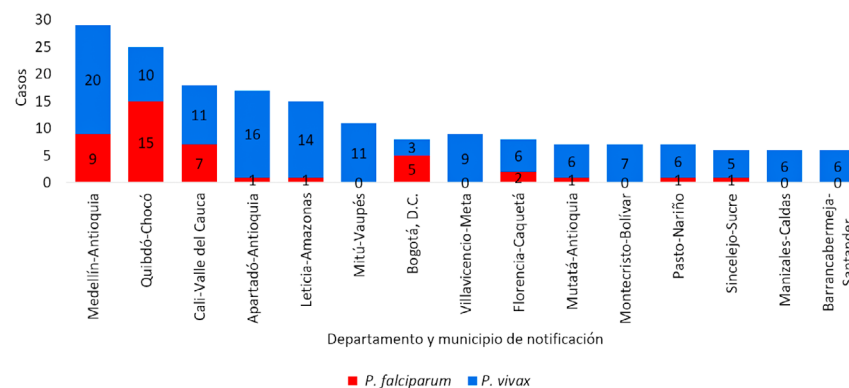
Entidad territorial	Municipio	Casos SE 17 a 20 de 2026	Casos SE 21 a 24 de 2026	Variación	% Aporte Nacional
Chocó	Quibdó	241	178	-26%	11,6%
Buenaventura	Buenaventura	103	143	39%	6,4%
Cauca	Timbiquí	135	104	-23%	6,0%
Chocó	Istmina	88	37	-58%	5,0%
Cauca	Guapi	93	47	-49%	4,9%
Chocó	Rio Quito	81	84	4%	4,4%
Nariño	El Charco	53	52	-2%	3,6%
Chocó	Lloró	47	83	77%	3,6%
Chocó	Medio San Juan	76	67	-12%	3,6%
Guainía	Inírida	33	11	-67%	2,8%
Nariño	Olaya Herrera	35	18	-49%	2,8%
Chocó	Bagadó	42	77	83%	2,6%
Nariño	Magüi	36	22	-39%	2,5%
Córdoba	Tierralta	41	25	-39%	2,4%
Chocó	Medio Atrato	33	62	88%	2,2%

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

Malaria complicada

A semana epidemiológica 24 de 2026 se han notificado 333 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 89,5 % de los casos; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 55,0 % de casos de malaria complicada a nivel nacional (figura 16).

Figura 16. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial, municipio de procedencia con mayor carga y especie parasitaria. Colombia, a semana epidemiológica 24 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 24 del 2026 el país se encuentra dentro de lo esperado. Se encuentran cinco departamentos en situación de incremento y siete en situación de decremento, a nivel municipal se encuentran 36 municipios en incremento y 65 en decremento (tabla 24).

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

Departamento	Municipio	Estrato de Riesgo	Acumulado 2025	SE 23 2025	Acumulado 2026	SE 23 2026	Esperado	Observado
Amazonas	Puerto Santander (CD)	4	67	4	28	0	1	3
Amazonas	Puerto Arica (CD)	5	12	0	27	1	1	4
Amazonas	Leticia	4	309	27	76	5	21	29
Amazonas	El Encanto (CD)	4	0	0	129	1	0	6
Antioquia	Frontino	4	120	11	201	5	32	58
Antioquia	Anorí	4	35	3	123	1	13	22
Antioquia	Cáceres	5	331	27	344	6	47	51
Antioquia	Nechí	5	656	9	387	15	41	88
Antioquia	Yondó	4	35	2	55	0	0	5
Antioquia	Valdivia	4	6	0	23	2	3	8
Arauca	Saravena	4	341	15	77	2	3	12
Arauca	Fortul	4	30	2	21	1	0	4
Bolívar	Cantagallo	4	8	0	9	0	0	2
Caquetá	Florencia	4	222	3	98	0	4	8
Chocó	El Carmen de Atrato	4	112	7	187	3	11	22
Chocó	El Cantón del San Pablo	5	606	19	362	14	65	102
Chocó	Condoto	4	121	4	115	7	17	34
Chocó	Belén de Bajirá	5	95	4	319	8	7	62
Chocó	Lloró	5	1059	49	968	51	129	190
Chocó	Istmina	5	653	42	740	12	83	94
Chocó	Unión Panamericana	5	127	6	122	4	23	34
Chocó	Juradó	4	176	12	469	6	26	106
Chocó	Rio Quito	5	362	19	464	38	110	119
Chocó	Acandí	4	97	2	43	0	7	12
Chocó	Medio Atrato	5	318	7	231	15	80	80
Chocó	Carmen del Darién	5	533	14	315	10	47	63
Chocó	Sipí	4	154	8	93	1	13	25
Chocó	Cértegui	4	121	2	129	6	16	24
Guaviare	Miraflores	3	46	0	45	6	11	22
Meta	Puerto Rico	4	51	3	26	1	1	4
Meta	Puerto Gaitán	4	172	10	679	19	17	118
Meta	San Martín	4	3	0	5	0	1	3
Risaralda	Pereira	4	18	3	13	0	0	5
Valle del Cauca	Buenaventura	5	1043	50	739	35	200	204
Vaupés	Yavaraté (CD)	4	156	1	18	0	0	4
Vichada	Puerto Carreño	4	145	6	315	2	6	15

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

Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años

Metodología

Se define un caso de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años de edad, cuando el puntaje Z del indicador peso/talla o longitud está por debajo de -2 DE, y/o presenta los fenotipos de la desnutrición aguda severa (marasmo, kwashiorkor o kwashiorkor marasmático). Está asociada a pérdida de peso reciente o incapacidad para ganarlo, de etiología primaria, dado en la mayoría de los casos por bajo consumo de alimentos o presencia de enfermedades 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/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_DNT%20Aguda%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%202024.pdf

A semana epidemiológica 24 del 2026, se han notificado 10 228 casos de desnutrición en menores de cinco años, de los cuales 10 178 corresponden a residentes en Colombia y 50 casos de residentes en el exterior.

La prevalencia nacional preliminar acumulada de las últimas 52 semanas epidemiológicas (25 de 2025 a 24 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 25).

El 83,2 % 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 5,5 % presentó perímetro braquial inferior a 11,5 cm. La mayor proporción de casos de desnutrición aguda se reportó en menores de 1 año (27,7 %) y en los de 1 año de edad (26,7 %). Así mismo, el 66,6 % de los casos residen en las cabeceras municipales.

Para la semana epidemiológica 24 de 2026, se observaron diferencias significativas en la notificación en los departamentos de Caquetá, 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 212 municipios a nivel nacional (18,9 %) y de disminución en 77 municipios (6,9 %). En el análisis de municipios con más de 100 000 habitantes, comparado con el promedio histórico 2024 2025, se registraron diferencias significativas en la notificación de 20 municipios (tabla 26).

Tabla 25. Casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y porcentaje de municipios con comportamiento inusual según entidad territorial de residencia, Colombia, a semana epidemiológica 24, 2025-2026

Entidad territorial de residencia	Casos a SE 24 de 2025	Casos a SE 24 de 2026	Prevalencia por 100 menores de 5 años (últimas 52 SE) *	% de municipios en aumento	% de municipios en disminución
Colombia	10 585	10 178	0,53	18,9	6,9
La Guajira	775	785	1,57	26,7	20,0
Chocó	463	452	1,21	35,5	16,1
Vichada	104	88	1,13	0,0	25,0
Guaviare	41	38	0,76	25,0	25,0
Magdalena	389	289	0,72	10,3	10,3
Risaralda	242	224	0,72	14,3	7,1
Cartagena de Indias	234	273	0,71	0,0	0,0
Arauca	93	96	0,70	28,6	42,9
Cesar	490	443	0,60	28,0	20,0
Boyacá	255	264	0,60	15,4	0,8
Casanare	134	127	0,59	10,5	26,3
Vaupés	17	13	0,56	0,0	16,7
Bolívar	286	298	0,55	28,9	11,1
Antioquia	1 488	1 338	0,55	20,0	1,6
Bogotá, D.C	1 413	1 314	0,55	0,0	0,0
Amazonas	39	29	0,55	18,2	9,1
Norte Santander	337	284	0,54	10,0	5,0
Nariño	360	373	0,53	26,6	1,6
Cundinamarca	582	610	0,51	13,8	3,4
Putumayo	104	106	0,51	15,4	15,4
Meta	211	251	0,48	31,0	10,3
Santiago de Cali	275	275	0,46	0,0	0,0
Sucre	192	201	0,45	38,5	0,0
Valle del Cauca	338	309	0,44	27,5	5,0
Buenaventura	94	68	0,42	0,0	0,0
Huila	232	210	0,40	16,2	10,8
Tolima	155	177	0,39	12,8	6,4
Santa Marta	88	66	0,36	0,0	0,0
Caldas	89	98	0,34	25,9	3,7
Guainía	27	12	0,33	0,0	22,2
Caquetá	78	75	0,33	6,3	18,8
Córdoba	233	292	0,33	16,7	6,7
Barranquilla	140	92	0,32	0,0	0,0
Atlántico	153	165	0,29	18,2	18,2
Quindío	37	48	0,29	8,3	0,0
Santander	266	234	0,28	11,5	3,4
Cauca	128	153	0,27	26,2	9,5
Archipiélago de San Andrés y Providencia	3	8	0,23	50,0	0,0

SE: Semana Epidemiológica, *Casos acumulados de SE 25 de 2025 a SE 24 de 2026.

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

Tabla 26. Comportamiento inusual de la notificación de casos de desnutrición aguda moderada y severa en menores de cinco años a Sivigila, en municipios con más de 100 000 habitantes Colombia, a semana epidemiológica 24 de 2026

Departamento	Municipio	Valor esperado	Valor observado
La Guajira	Maicao	159	99
Tolima	Ibagué	30	56
Sucre	Sincelejo	26	51
Valle del Cauca	Tuluá	18	29
Arauca	Arauca	45	28
Cesar	Aguachica	15	27
Boyacá	Duitama	14	24
Caldas	Manizales	30	24
Huila	Pitalito	15	24
Santander	Floridablanca	16	24
Cauca	Popayán	17	23
Magdalena	Ciénaga	29	20
Santander	Girón	29	20
Valle del Cauca	Cartago	12	20
Santander	Piedecuesta	24	18
Cauca	Santander de Quilichao	9	17
Antioquia	Apartadó	35	16
Atlántico	Malambo	16	9
Norte de Santander	Villa del Rosario	29	8
Cundinamarca	Girardot	28	6

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

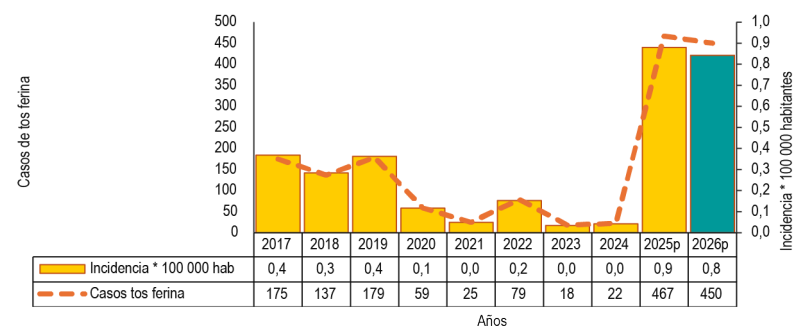
Comportamiento de la tos ferina en Colombia, hasta la semana epidemiológica 23 de 2026

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

Hasta la semana epidemiológica 23 de 2026, a nivel nacional se notificaron en Sivigila 2 751 casos probables de tos ferina; de estos, el 16,6 % (456) correspondió a casos confirmados. De los 456 casos confirmados, 450 correspondieron a casos con procedencia de Colombia y fueron utilizados para el cálculo de incidencia; el 74,4 % (2 046) correspondió a casos descartados y el 9,1 % (249) permanece en estudio.

La incidencia nacional de tos ferina registrada durante la semana epidemiológica 23 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 0,4 casos por cada 100 000 habitantes. El comportamiento observado es ligeramente menor al registrado en 2025 cuando se reportaron 467 casos confirmados para el mismo periodo (figura 17).

Figura 17. Incidencia de tos ferina en Colombia a semana epidemiológica 23, 2017 a 2026p

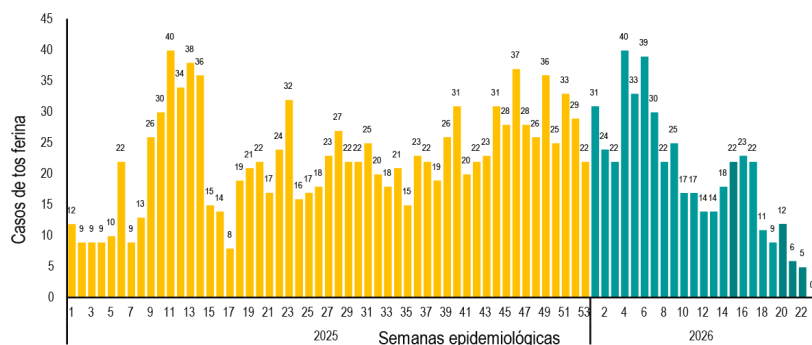


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia, Sivigila 2017 a 2026 (datos preliminares).

p: dato preliminar sujeto a validación.

La figura 18 muestra el comportamiento semanal de los casos de tos ferina en Colombia durante 2025 (semanas epidemiológicas 01 a 53), en la que se evidencia un incremento progresivo a partir de la semana epidemiológica 06, con un pico máximo en la semana epidemiológica 11 (40 casos). Posteriormente, se observa una disminución relativa de los casos. Sin embargo, se identifican repuntes en las semanas 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 64,6 %, al pasar de 65 casos (SE 16 a 19 de 2026) a 23 casos (SE 20 a 23 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 18. Casos confirmados semanales de tos ferina en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 53 de 2025p y 01 a 23 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 23, de 2019 a 2026p

El mayor reporte de casos corresponde a Antioquia con 99 casos y una incidencia de 1,4 por cada 100 000 habitantes, seguido de Bogotá, D.C., con 50 casos y una incidencia de 0,6 por cada 100 000 habitantes y Santander con 35 casos y una incidencia de 1,5 por cada 100 000 habitantes.

La tabla 27 presenta el número de casos confirmados por entidad territorial de procedencia y su respectiva incidencia, en comparación con los datos históricos del período 2019-2026p para la misma semana epidemiológica.

Tabla 27. Incidencia de tos ferina por entidad territorial de procedencia, hasta la semana epidemiológica 23, 2019 a 2026p

Entidad territorial	Incidencias por 100 000 habitantes								Tendencia	2026
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026		
Colombia	0,4	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,9	0,8		450
Antioquia	0,5	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	1,6	1,4		99
Bogotá, D.C.	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,6		50
Santander	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	1,5		35
Cartagena de Indias	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,2		32
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
Cundinamarca	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,8	0,4		16
Bolívar	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	1,2		15
Santiago de Cali	0,0	0,3	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,7		15
Chocó	0,0	0,2	1,6	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
Barranquilla	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,6		8
Cauca	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5		8
Córdoba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,4		8
Vaupés	72,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,5		6
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
Magdalena	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	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	0,6	0,6	0,0	0,0	0,3		1
Caquetá	0,7	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.

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

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

En la semana epidemiológica 23 de 2026 se notificaron 114 casos confirmados de tos ferina en población indígena. La mayor concentración se observó en Cerrito (Santander) con 16 casos, seguido de Paz de Ariporo (Casanare) con 13, Dabeiba (Antioquia) con 12 y Cubará (Boyacá) con nueve (9) casos, lo que evidencia la persistencia de transmisión en territorios con población indígena priorizada.

La tabla 28 presenta los brotes actualmente identificados, junto con su distribución municipal y las fechas de inicio de síntomas y cierre.

Tabla 28. Brotes de tos ferina identificados en población indígena por entidad territorial de procedencia, Colombia, 2026p

Entidad Territorial	Municipio	Casos	FIS último caso	Fecha de cierre
Colombia		114		
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	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	16	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	6	29/03/2026	10/05/2026
Antioquia	Dabeiba	12	28/03/2026	09/05/2026
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: brotes de tos ferina que por tiempo ya cerraron



BROTES, ALERTAS Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Situación actual de fiebre amarilla nacional, 22 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, con corte al 22 de junio (datos preliminares), se han notificado 915 casos probables, 53 confirmados (52 por laboratorio y un (1) caso por nexo epidemiológico) con fecha de inicio de síntomas entre 04 de enero hasta el 09 de junio de 2026, el 98,1 % procedente del Tolima y el 1,9 % del Meta. Se han notificado 25 muertes probables, 22 confirmadas, una (1) excluida de la letalidad porque su causa de fallecimiento no fue fiebre amarilla y dos (2) en estudio, para una letalidad de 41,5 % (22/53)³.

En el acumulado de 2024 a 2026 (datos preliminares) se confirmaron 198 casos de fiebre amarilla, concentrándose en 10 departamentos: Tolima, Putumayo, Meta, Caquetá, Nariño, Vaupés, Caldas, Cauca, Huila y Guaviare. Adicionalmente, se confirmaron tres (3) casos con procedencia del exterior (Venezuela). Con relación a las mortalidades acumuladas 2024 a 2026 (datos preliminares), se han confirmado 81 casos y dos (2) casos se encuentran en estudio para una letalidad acumulada del 40,3 % (81/201).

Para 2026p, los casos confirmados de fiebre amarilla se presentan en: Tolima: Chaparral, Cunday, Icononzo, Ortega, Melgar, Carmen de Apicalá, Rioblanco, Dolores, Suarez, Planadas, Purificación y en el Meta en el municipio de Villavicencio.

Durante el periodo comprendido entre el 16 y el 22 de junio de 2026, se confirmaron dos casos de fiebre amarilla en humanos, ambos en mujeres con antecedente de procedencia del municipio de Melgar (Tolima) y residencia en Bogotá, D.C.

Respecto a las epizootias, durante 2026 (datos preliminares) se han confirmado 24 casos de fiebre amarilla en primates no humanos (PNH). Los últimos casos se confirmaron el 19 de junio de 2026 por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del Instituto Nacional de Salud (INS) en zona rural de los municipios de Suárez e Icononzo (Tolima).

[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 seis (6) casos de mortalidad del cálculo de la letalidad, ya que su causa de fallecimiento no fue por fiebre amarilla.

[3] Se excluye un (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.

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

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

Actualización de situación de sarampión a nivel nacional, 23 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) son 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 se notificaron en Bogotá, D.C. (5), así como en Bucaramanga (Santander), Cartagena de Indias y Antioquia, con un (1) caso cada una. En cuanto a la caracterización genética, seis (6) de los casos corresponden al genotipo D8, uno (1) se encuentra en estudio y uno (1) sin genotipificación. Cabe destacar que, a la fecha, no se ha evidenciado transmisión secundaria, ni se han reportado hospitalizaciones, complicaciones o defunciones asociadas.

Con corte al 23 de junio de 2026, se han notificado 1 312 casos sospechosos de sarampión en el país. De estos, 1 150 han sido descartados y 154 casos permanecen en estudio, distribuidos principalmente en Bogotá, D.C. (51) y Antioquia (40). El resto de los casos en investigación se reportan en Huila y Quindío (8 cada uno), Nariño (6 cada uno), Santander (5 cada uno), Córdoba. Cundinamarca y Risaralda (4 cada uno); Caldas, Cali, Cesar y Norte de Santander (3 cada uno), Caquetá, La Guajira y Tolima (2 cada uno) y finalmente Barranquilla, Bolívar, Cartagena de Indias, Casanare, San Marta y Valle del Cauca 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 en los niveles nacional y territorial 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 prioritizadas. 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 permite estandarizar las capacidades de respuesta como 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, 23 de junio de 2026.

ALERTAS INTERNACIONALES

Situación de sarampión en la Región de Las Américas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fecha de publicación: 18 de junio de 2026

En 2026, entre la semana epidemiológica 01 a la 23, 17 países de la región de Las Américas reportaron 22 324 casos confirmados de sarampión, incluyendo 38 fallecimientos. Lo anterior representa un aumento de 207,0 % comparado con el mismo periodo en el año 2025.

El 97,0 % de los casos confirmados se han reportado por México (11 532), Guatemala (6 895), Estados Unidos (2 073) y Canadá (1 071).

Durante las semanas epidemiológicas 21 y 22 de 2026, la región de las Américas informó 827 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 29,1 % respecto al periodo anterior de dos semanas (semanas epidemiológicas 19 y 20; 1 166 nuevos casos). Este descenso fue impulsado principalmente por las continuas disminuciones en Canadá y México. Estados Unidos mostró tendencias de estancamiento; mientras que, los recientes recuentos semanales de casos en Perú (627 casos en 2026 a semana epidemiológica 23) parecen estables a nivel nacional, con la transmisión concentrada en Puno.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Reporte de situación regional - sarampión en la Región de Las Américas. Fecha de publicación: 18 de junio de 2026. Fecha de consulta: 21 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/06/pahomeaslessitrep5eng.pdf>

Actualización del brote de la enfermedad por el virus de Bundibugyo (EVB) en la República Democrática del Congo y en Uganda. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 19 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 17 de junio de 2026, se han notificado 915 casos confirmados, incluyendo 234 fallecimientos, letalidad 25,5 % en ambos países.

En RDC se han reportado un total de 896 casos confirmados, incluidas 232 muertes, letalidad 25,9 %. Los casos se han notificado en 33 zonas sanitarias (ZS por sus siglas en inglés) de las provincias de Ituri (21/36 ZS), Kivu del Norte (11/35 ZS) y Kivu del Sur (1/34 ZS).

En Uganda el último caso confirmado se identificó el 05 de junio de 2026. Al 18 de junio de 2026, se han notificado 19 casos confirmados, incluyendo dos (2) muertes en casos importados (notificados el 15 de mayo y el 05 de junio) y un caso probable que ha fallecido. De los casos confirmados, 14 son importados y cinco (5) son de transmisión secundaria entre contactos y trabajadores de la salud tras casos importados de la RDC. Los casos se han notificado en dos distritos, Kampala y Wakiso, ambos hacen parte del área metropolitana de Kampala. Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión comunitaria en Uganda.

Al menos 88 pacientes se han recuperado de la enfermedad: 78 en la RDC y 10 en Uganda.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue considerando el riesgo nacional asociado al brote como muy alto en la RDC 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.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda. Fecha de publicación: 19 de junio de 2026. Fecha de consulta: 21 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON608>

Fiebre amarilla a nivel global. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fecha de publicación: 24 de junio de 2025

En la región de Las Américas, tras una actividad limitada en 2024, la transmisión se expandió drásticamente en 2025, incluso a áreas que no habían reportado casos durante décadas. La región registró 241 casos y 100 muertes entre finales de 2024 y principios de 2025, un aumento de ocho veces con respecto al año anterior. De enero a mayo de 2026, seis países (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) reportaron 79 casos confirmados, siendo Colombia el más afectado debido a la exposición selvática y los viajes de visitantes no vacunados.

En África, en 2025, se registraron dos brotes (en Angola y en la República Centroafricana), junto con varios eventos que requirieron vacunación de emergencia. De enero a mayo de 2026, se notificaron 16 casos confirmados en tres países (Burkina Faso, República Centroafricana y Camerún), con casos sospechosos adicionales en investigación en cinco países (Angola, Costa de Marfil, Gabón, Ghana y Nigeria). La mayoría de las infecciones están vinculadas a la transmisión selvática continua que se extiende a comunidades rurales con baja cobertura de vacunación. Los eventos recurrentes están sobrecargando los sistemas de salud y aumentando el riesgo de propagación transfronteriza.

La reciente evaluación rápida de riesgos analizó las variaciones geográficas en la cobertura de vacunación, la evidencia de circulación viral y la presencia de vectores competentes, concluyendo que las poblaciones no vacunadas en países o áreas con antecedentes de transmisión de fiebre amarilla siguen estando en mayor riesgo. La dinámica de transmisión también se ve influenciada por factores ecológicos estacionales, en particular las precipitaciones, la temperatura y la abundancia de mosquitos. Los brotes notificados entre octubre de 2025 y mayo de 2026 en países o zonas con antecedentes de transmisión de fiebre amarilla fueron, en general, coherentes con los patrones estacionales o reflejaron deficiencias en la cobertura de vacunación. Por el contrario, los casos detectados en zonas previamente no afectadas sugieren la introducción del virus y un mayor riesgo de transmisión urbana.

Mapa 2. Distribución de casos confirmados de fiebre amarilla a nivel global, enero a mayo de 2026



Elaboración propia con datos de OMS

Al 17 de junio de 2026, la OMS considera que el riesgo de transmisión de la fiebre amarilla es bajo a nivel mundial y moderado en las regiones con antecedentes de transmisión, concretamente en la Región de África de la OMS y la Región de las Américas de la OMS.

La OMS subraya la importancia de la vigilancia activa, las pruebas de laboratorio oportunas, la coordinación transfronteriza y el intercambio de información. La vacunación sigue siendo el principal medio para la prevención y el control de la fiebre amarilla.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Fiebre amarilla a nivel global. Fecha de publicación: 24 de junio de 2025. Fecha de consulta: 24 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON610>

Identificación del primer caso de ébola en Francia. Ministerio de Sanidad, Familias, Autonomía y Personas con Discapacidad de Francia. Fecha de publicación: 24 de junio de 2026

El 24 de junio de 2026 se confirmó la identificación del primer caso positivo de enfermedad por virus Ébola en Francia. El caso regresó de una misión humanitaria en una de las zonas de circulación del virus en la RDC.

Desde su llegada al territorio se tomaron todas las medidas de precaución y en particular el aislamiento del paciente, con un traslado al hospital en condiciones seguras para evitar cualquier riesgo de contaminación. Se atendió en un centro de salud de referencia, de acuerdo con estrictos protocolos de seguridad biológica (sala de presión negativa, equipos y protocolos dedicados); el caso permanece estable.

Se lleva a cabo la investigación epidemiológica para determinar los contactos quienes deberán ser aislados en casa por 21 días y permanecer bajo seguimiento durante este período.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Familias, Autonomía y Personas con Discapacidad de Francia. Ébola: identificación de un primer caso en un médico humanitario que regresa de una misión en la República Democrática del Congo (RDC). Fecha de publicación: 24 de junio de 2026. Fecha de consulta: 24 de junio de 2026. Disponible en: https://sante.gouv.fr/actualites-presse/presse/communiqués-de-presse/article/ebola-identification-d-un-1er-cas-chef-un-medecin-humanitaire-de-retour-de?var_mode=calcul



TABLA DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la
notificación por entidad territorial a
semana epidemiológica 24 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 24

Decremento
Incremento

	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue General (Dengue y Dengue Grave)			Dengue con signos de alarma			Dengue Grave			Defectos Congénitos			Hepatitis A		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmado por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio, y Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos probables, Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	26	1	0	259	30	41	430	30	48	64	10	9	0	0	0	10	1	0	0	0	0
Antioquia	282	12	9	10249	1358	1592	1841	319	431	681	130	147	19	4	4	946	114	141	155	64	18
Arauca	60	3	3	522	59	76	1276	134	407	407	38	107	12	1	6	30	4	5	0	1	0
Atlántico	34	2	2	2102	279	291	1549	82	216	694	47	88	15	3	0	29	6	2	2	1	0
Barranquilla D.E.	5	0	1	2394	259	388	1694	58	170	722	25	78	17	1	3	52	7	6	3	1	2
Bogotá D.C.	1	0	0	11715	1690	1791	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2118	182	347	22	15	11
Bolívar	127	8	12	1468	208	235	3988	263	952	1565	126	362	62	5	14	141	11	15	3	0	1
Boyacá	38	1	2	3481	473	544	113	39	44	56	14	25	1	0	1	370	41	51	4	1	1
Buenaventura D.E.	11	0	0	76	10	10	71	22	18	26	8	10	1	0	1	20	4	1	0	0	0
Caldas	37	2	2	2050	280	326	104	24	32	47	15	9	1	0	0	59	9	9	3	2	0
Santiago de Cali D.E.	6	0	0	2646	388	379	737	457	151	264	185	51	2	5	0	338	44	44	4	23	1
Caquetá	82	3	3	605	89	89	337	141	81	176	67	36	9	2	3	42	10	3	0	0	0
Cartagena de Indias D.T.	12	0	1	1237	132	209	2359	88	158	453	23	28	22	2	4	189	18	22	1	0	0
Casanare	76	5	6	1102	115	170	1674	237	733	504	89	190	6	3	3	49	4	5	1	2	0
Cauca	63	2	1	3078	428	488	119	91	33	42	30	12	1	1	0	487	35	74	2	13	0
Cesar	109	8	4	1505	196	255	4514	188	721	2584	119	398	31	4	10	36	10	8	1	1	0
Chocó	112	2	3	175	17	22	464	99	97	105	19	30	6	1	0	37	7	4	0	0	0
Córdoba	167	8	5	2643	380	403	1805	235	227	741	117	98	10	3	0	147	27	13	1	1	0
Cundinamarca	42	2	4	7883	1011	1224	819	204	177	287	89	51	6	1	1	555	61	71	7	3	0
Guainía	5	0	0	138	11	25	7	5	1	2	2	0	0	0	0	13	2	0	1	0	0
Guaviare	43	1	1	186	56	34	373	35	156	74	7	29	1	0	0	15	3	1	0	0	0
Huila	67	3	5	3521	354	556	680	223	148	263	91	55	34	6	4	196	26	39	7	1	1
La Guajira	59	2	1	1221	239	190	2711	89	367	1452	61	183	51	3	4	46	6	9	2	1	0
Magdalena	79	4	2	1245	187	169	3096	76	493	1545	51	252	24	2	2	22	4	2	0	0	0
Meta	139	6	7	2289	286	350	8786	598	2295	2623	208	602	79	6	18	107	15	11	7	6	0
Nariño	57	2	2	3907	529	641	353	68	74	158	21	33	3	1	1	117	22	19	2	1	0
Norte de Santander	169	5	4	3706	453	644	3227	284	580	1246	140	225	54	5	4	175	30	28	16	14	2
Putumayo	73	2	2	969	123	169	297	130	60	72	39	16	3	0	0	111	8	4	0	0	0
Quindío	8	0	0	1704	216	270	181	29	34	44	9	11	1	0	0	36	6	8	0	1	0
Risaralda	39	1	0	2238	313	384	93	32	15	39	14	6	1	0	0	99	11	21	3	3	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	178	25	32	6	3	1	1	2	1	0	0	0	8	1	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	20	0	1	992	130	161	1875	22	150	832	12	74	9	1	1	14	4	6	1	0	0
Santander	97	6	2	4249	518	650	3418	478	525	1239	199	213	20	4	6	138	20	24	47	4	1
Sucre	42	2	0	1437	196	219	820	234	182	402	142	83	11	5	6	58	6	7	0	0	0
Tolima	85	1	2	3841	495	639	1705	424	347	494	165	99	23	5	8	100	17	15	3	3	1
Valle del Cauca	40	1	3	4706	598	652	831	431	219	272	171	72	5	3	2	216	25	32	1	1	0
Vaupés	19	1	1	118	14	12	21	7	11	5	0	1	0	0	0	32	2	2	1	0	0
Vichada	22	2	1	115	19	14	48	14	10	15	4	5	0	0	0	15	2	5	0	0	0
Total nacional	2.353	98	92	91.950	12.162	14.344	52.422	5.893	10.364	20.196	2.489	3.689	540	77	106	7.173	805	1.054	301	165	39

43

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por medicamentos			Intoxicaciones por plaguicidas			Intoxicaciones por metanol			Intoxicaciones por metales			Intoxicaciones por solventes			Intoxicaciones por otras sustancias químicas			Intoxicaciones por gases		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexa epidemiológico.		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	11	2	5	17	2	3	2	0	0	0	0	0	1	0	0	7	1	2	0	0	0
Antioquia	1809	290	322	343	67	56	12	2	2	2	1	0	54	7	12	302	61	48	148	21	3
Arauca	42	5	5	79	8	13	0	0	0	0	0	0	6	1	1	25	2	1	0	0	0
Atlántico	265	60	42	52	9	8	2	1	0	0	0	0	32	3	8	75	12	15	5	1	0
Barranquilla D.E.	289	51	57	45	9	7	2	2	0	1	0	0	32	4	6	114	16	19	7	1	2
Bogotá D.C.	2161	314	353	178	19	22	4	1	0	6	1	0	77	8	14	559	75	79	216	30	30
Bolívar	133	25	30	72	12	10	1	0	0	2	0	1	13	3	3	75	12	7	4	2	1
Boyacá	225	41	33	71	14	12	0	0	0	0	0	0	7	2	0	51	7	6	16	3	1
Buenaventura D.E.	8	3	2	12	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	12	2	3	0	0	0
Caldas	276	50	40	78	14	8	0	0	0	0	0	0	8	2	3	36	6	4	11	2	0
Santiago de Cali D.E.	549	85	84	79	9	12	2	0	0	2	0	0	20	2	1	141	15	20	8	1	2
Caquetá	43	7	8	59	11	4	0	0	0	0	0	0	3	0	0	28	3	3	1	0	0
Cartagena de Indias D.T.	185	31	40	25	6	7	0	0	0	0	0	0	10	1	0	29	7	4	6	2	0
Casanare	53	11	6	41	11	7	0	0	0	0	0	0	4	1	1	20	2	2	26	0	3
Cauca	152	24	24	150	23	34	0	1	0	0	0	0	9	2	2	54	6	12	5	0	0
Cesar	155	26	33	98	19	15	3	0	0	0	0	0	20	3	3	73	11	12	6	1	0
Chocó	23	2	5	34	5	4	2	1	2	0	0	0	5	1	0	19	2	3	0	0	0
Córdoba	286	50	52	147	26	29	4	1	0	1	0	0	35	5	8	121	27	20	12	3	2
Cundinamarca	641	94	113	169	26	20	10	1	2	2	1	0	29	4	4	134	20	26	87	6	10
Guainía	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Guaviare	7	1	0	16	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	1	1	0	0	0
Huila	185	27	30	154	22	20	1	0	0	2	0	0	17	1	5	66	8	10	9	2	0
La Guajira	77	11	15	57	9	9	1	0	0	0	0	0	16	1	2	51	8	8	3	0	0
Magdalena	109	20	23	41	11	8	1	0	1	0	0	0	7	1	0	37	9	5	2	1	0
Meta	151	27	27	104	17	12	0	1	0	0	0	0	23	1	1	75	13	8	8	1	0
Nariño	306	60	61	173	31	24	6	0	2	3	0	1	15	3	0	89	23	14	13	1	3
Norte de Santander	288	50	54	176	33	30	0	0	0	0	0	0	21	3	2	119	17	19	14	3	3
Putumayo	44	12	8	78	14	10	0	0	0	0	0	0	15	2	1	41	7	9	3	0	1
Quindío	137	24	35	39	9	4	0	0	0	0	0	0	3	1	1	57	7	7	9	0	0
Risaralda	273	48	46	68	22	15	4	1	1	1	0	0	15	1	2	72	15	12	7	2	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	9	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	111	14	21	16	3	1	0	0	0	1	0	0	8	1	0	10	2	2	9	0	0
Santander	459	71	65	149	19	21	2	1	0	0	0	0	40	4	10	107	15	16	17	2	1
Sucre	132	25	28	46	13	3	1	0	0	0	0	0	11	2	3	63	11	9	4	1	2
Tolima	244	42	47	127	23	20	3	1	0	1	0	0	8	2	1	58	11	9	3	6	0
Valle del Cauca	377	63	69	107	26	16	13	3	0	1	0	0	21	3	6	128	18	27	10	1	3
Vaupés	3	1	1	8	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	3	0	0	0	0	0
Vichada	5	1	0	4	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Total nacional	10.226	1.672	1.786	3.113	547	469	77	16	10	25	4	2	589	74	100	2.868	452	444	669	93	67

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Intoxicaciones por sustancias psicoactivas			IRAG inusitado			Lesiones de Causa Externa			Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmado por nexo epidemiológico.			Casos probables y los criterios del evento			Casos sospechosos			Casos confirmados por laboratorio			Casos sospechosos, Casos probables, Casos confirmados por laboratorio.			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de consulta externa-urgencias			Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en sala general		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1118	133	99	1	5	0	3001	730	433	180	13	29
Antioquia	566	81	103	51	7	7	216	13	27	4140	1126	704	125	89	30	490113	84200	75420	19718	3531	2642
Arauca	3	0	1	18	3	4	2	1	2	122	4	19	4	6	0	10095	2396	2329	1053	155	352
Atlántico	64	8	13	8	2	2	1	0	1	1	0	1	3	10	1	70967	12096	10872	1908	233	180
Barranquilla D.E.	158	20	23	17	2	3	3	2	3	0	0	0	10	17	2	103144	19911	17273	5635	535	823
Bogotá D.C.	1278	180	225	2	0	0	139	7	30	0	0	0	93	102	37	732277	160845	138005	36165	8139	6551
Bolívar	42	19	3	3	1	0	0	0	0	938	150	153	16	11	7	64841	12294	10651	1585	241	233
Boyacá	21	9	2	2	0	0	2	0	2	131	0	8	20	11	1	57539	14955	11957	3338	692	795
Buenaventura D.E.	2	0	0	0	0	0	0	1	0	739	191	204	8	5	3	4766	797	876	27	10	5
Caldas	69	12	6	18	2	5	23	10	23	8	2	0	14	6	6	41107	8250	7186	1763	322	275
Santiago de Cali D.E.	138	36	23	87	16	6	57	7	8	2	1	0	59	39	17	114290	27258	18412	2906	696	440
Caquetá	17	4	0	4	1	0	4	1	4	218	12	13	10	7	5	16771	3452	4153	1233	194	297
Cartagena de Indias D.T.	10	16	4	1	0	1	2	2	2	3	0	1	9	11	2	82613	17542	12795	5610	412	1023
Casanare	19	3	1	4	0	1	0	0	0	19	3	1	5	2	2	11482	3124	2869	208	82	40
Cauca	25	5	4	14	1	1	8	1	8	939	296	181	23	10	7	49059	10920	7669	2316	325	416
Cesar	52	9	11	21	3	6	2	1	2	7	2	1	23	10	9	53860	11537	9237	2400	633	379
Chocó	2	1	1	1	0	1	4	0	4	9506	2562	2019	14	7	3	12774	2034	1706	665	168	127
Córdoba	117	37	9	2	0	0	1	0	1	2385	863	333	8	12	2	100441	17496	19102	5401	509	1062
Cundinamarca	162	22	22	5	1	0	8	2	8	0	0	0	41	26	12	168158	36703	31631	7716	1273	1933
Guainía	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1846	238	118	0	0	0	834	198	160	52	20	10
Guaviare	56	2	6	0	0	0	0	0	0	596	99	76	0	2	0	2582	734	495	504	33	112
Huila	65	20	18	24	0	2	3	2	3	1	0	1	17	10	4	37742	12415	6840	2353	525	456
La Guajira	20	2	0	4	1	0	0	1	0	17	1	0	5	8	1	125142	17031	21215	1980	522	322
Magdalena	8	3	2	3	0	2	0	0	0	5	1	0	8	8	6	61791	8089	10112	1835	268	350
Meta	82	8	16	15	2	4	12	8	12	848	56	145	7	7	2	39396	9357	9341	1595	340	382
Nariño	99	17	17	6	1	0	16	4	16	1855	963	204	39	25	11	57991	14650	9284	3975	589	727
Norte de Santander	62	9	20	4	1	0	23	2	23	355	122	56	43	20	13	84414	14012	11077	5794	923	813
Putumayo	15	2	1	4	0	0	2	2	2	45	6	4	5	6	1	19233	3222	3252	637	161	134
Quindío	142	14	18	3	0	0	6	2	6	2	2	0	8	2	1	25874	6269	4039	1358	303	217
Risaralda	79	11	18	10	2	0	4	1	4	1228	333	135	36	11	14	52856	9356	8921	1710	334	223
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	2949	708	637	402	79	79
Santa Marta D.T.	15	2	3	6	1	0	0	1	0	0	0	0	7	4	2	29035	5567	5138	2223	215	332
Santander	76	10	15	6	1	0	1	0	1	11	1	7	60	24	21	127847	18891	19507	8523	1241	1528
Sucre	15	3	0	1	0	0	0	0	0	25	7	3	12	8	1	48900	7832	7971	3850	535	489
Tolima	54	9	13	13	2	2	8	4	8	16	0	2	11	11	3	67993	14973	10050	5023	745	619
Valle del Cauca	338	34	50	33	7	7	5	6	5	14	4	0	24	23	6	68456	15010	11504	1912	321	363
Vaupés	2	0	1	7	1	1	0	0	0	691	209	410	4	3	1	3001	365	366	63	11	9
Vichada	2	1	0	0	0	0	0	0	0	939	119	98	2	3	0	1069	415	195	2	3	1
Total nacional	3.880	609	649	398	58	56	553	36	86	28.771	7.671	4.678	775	582	233	3.044.403	605.634	522.680	143.618	25.331	24.768

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA			Morbilidad Materna Extrema			Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Notificación colectiva de atenciones en el servicio de hospitalización en UCI			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos confirmados por clínica			Casos sospechosos; Casos probables y Casos confirmados por laboratorio			Casos confirmados por clínica		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	0	0	1402	421	247	36	34	36	5	8	5	0	0	0	0	0	0
Antioquia	1970	946	607	184811	32934	30493	1785	1575	1785	342	393	342	7	6	0	286	55	33
Arauca	28	5	7	3930	797	774	93	70	93	30	31	30	2	0	0	16	1	0
Atlántico	1270	199	330	26601	5190	4337	536	484	536	54	105	54	1	2	0	39	4	5
Barranquilla D.E.	649	289	231	36640	7126	5949	708	743	708	100	123	100	1	1	0	85	7	10
Bogotá D.C.	4491	1945	1554	350667	55840	55631	3076	2283	3076	351	365	351	11	6	0	708	111	115
Bolívar	213	102	78	15533	3320	2383	485	453	485	94	102	94	6	2	0	22	3	7
Boyacá	182	87	67	22475	4209	3522	382	273	382	49	66	49	0	1	0	75	15	11
Buenaventura D.E.	8	1	2	1601	563	291	47	62	47	27	38	27	0	1	0	1	0	0
Caldas	652	182	246	15205	2889	2597	293	265	293	43	45	43	2	1	0	19	6	3
Santiago de Cali D.E.	332	102	71	75140	12413	14739	907	735	907	116	135	116	0	2	0	69	16	6
Caqueté	10	9	4	7818	1561	1223	119	106	119	24	30	24	0	1	0	15	2	2
Cartagena de Indias D.T.	829	273	303	24636	4671	4108	613	497	613	69	110	69	0	1	0	32	4	2
Casanare	74	16	14	5235	1176	1019	179	157	179	21	36	21	0	1	0	27	2	3
Cauca	117	77	28	18116	4854	2632	503	455	503	88	112	88	0	2	0	27	6	4
Cesar	193	89	62	11810	4260	1797	620	390	620	94	120	94	1	2	0	42	4	1
Chocó	19	6	8	8203	1046	1367	140	134	140	70	84	70	0	1	0	3	0	0
Córdoba	869	194	279	22753	5025	3584	465	501	465	120	173	120	2	3	0	84	13	20
Cundinamarca	506	374	176	77811	12097	12246	1168	824	1168	184	191	184	2	4	0	176	32	22
Guainía	0	0	0	772	141	108	21	10	21	12	10	12	0	0	0	0	0	0
Guaviare	29	9	5	2024	290	407	27	14	27	2	8	2	1	0	0	3	1	1
Huila	297	139	97	18561	3861	2455	450	381	450	85	83	85	6	2	0	76	12	9
La Guajira	377	53	129	19796	4285	3535	748	598	748	124	183	124	0	2	0	15	3	2
Magdalena	13	10	5	17232	3757	2585	362	300	362	52	85	52	1	1	0	14	2	0
Meta	110	68	33	22727	4554	4201	248	169	248	67	82	67	5	1	0	26	6	0
Nariño	93	22	27	22218	5832	3211	852	571	852	80	99	80	7	2	0	65	12	11
Norte de Santander	475	165	129	26132	5407	4454	542	290	542	82	100	82	1	2	0	92	14	11
Putumayo	25	7	7	7091	1025	911	265	157	265	18	27	18	1	1	0	27	3	2
Quindío	276	71	95	15248	2587	2381	94	61	94	28	27	28	0	0	0	29	4	4
Risaralda	176	77	55	21076	3674	4510	264	304	264	47	53	47	0	1	0	29	5	4
Archipiélago de San Andrés y Providencia	8	0	3	1131	274	201	7	9	7	2	6	2	0	0	0	4	0	1
Santa Marta D.T.	425	152	145	9645	1318	1503	290	221	290	38	41	38	0	1	0	9	1	0
Santander	1225	396	438	47742	7167	8518	513	358	513	88	105	88	3	2	0	45	8	9
Sucre	478	205	143	11839	3132	2165	273	272	273	62	84	62	2	1	0	24	8	3
Tolima	210	82	72	28228	4917	4451	453	407	453	49	70	49	4	1	1	19	6	3
Valle del Cauca	538	127	156	33674	6505	5344	470	416	470	77	102	77	2	2	0	71	12	4
Vaupés	0	4	0	1343	108	237	31	13	31	4	7	4	0	0	0	3	0	0
Vichada	0	0	0	713	254	158	53	29	53	20	17	20	0	0	0	0	0	0
Total nacional	17.167	6.483	5.606	1.217.579	219.476	200.274	18.118	14.620	18.118	2.818	3.451	2.818	69	54	1	2.277	398	308

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela			COVID-19			Infecciones asociadas a dispositivos IAD			Infecciones asociadas a procedimientos médico quirúrgicos IAPMQ		
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos			Casos probables, Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por nexo epidemiológico			Casos confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio			Confirmados por clínica, Confirmados por laboratorio		
Departamento	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado	Acumulado 2026	Esperado	Observado
Amazonas	0	1	0	5	0	0	62	4	10	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Antioquia	11	3	1	793	73	63	1329	200	187	147	22	37	330	72	78	249	55	37
Arauca	0	1	0	21	1	5	57	9	3	6	1	1	5	1	2	13	2	2
Atlántico	1	0	1	13	1	0	419	70	72	18	2	8	21	3	3	20	4	6
Barranquilla D.E.	0	0	0	35	4	5	537	59	84	34	6	17	128	28	20	105	14	24
Bogotá D.C.	392	3	20	727	133	79	2358	384	409	525	101	189	457	111	84	360	85	58
Bolívar	1	0	0	21	1	2	242	28	43	13	6	2	4	1	1	25	7	8
Boyacá	9	1	0	63	4	7	368	68	46	48	4	14	50	18	10	28	6	2
Buenaventura D.E.	0	1	0	3	0	0	21	2	5	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Caldas	1	0	0	18	1	1	217	31	38	7	1	1	96	17	23	22	4	4
Santiago de Cali D.E.	1	0	0	22	4	2	493	76	79	43	6	3	253	58	52	95	26	9
Caquetá	0	0	0	2	1	0	123	15	14	1	1	0	9	1	2	4	2	0
Cartagena de Indias D.T.	0	0	0	42	1	0	249	40	34	27	18	3	70	23	17	41	8	6
Casanare	0	0	0	43	1	1	120	14	16	2	1	0	10	4	2	6	1	2
Cauca	2	0	0	18	2	1	138	31	19	39	0	5	49	11	8	29	7	1
Cesar	0	0	0	56	3	13	374	28	50	10	2	3	240	54	43	37	9	7
Chocó	0	0	0	100	6	13	15	4	1	7	0	1	0	0	0	4	2	0
Córdoba	0	0	0	14	2	0	600	78	107	28	7	3	124	21	27	46	15	11
Cundinamarca	136	1	5	135	29	19	1080	168	165	95	22	27	46	14	12	69	16	8
Guainía	1	1	0	1	0	0	13	2	1	0	0	0	0	0	0	3	1	0
Guaviare	0	1	0	1	0	0	28	2	4	2	1	0	0	0	0	4	0	0
Huila	3	1	0	26	9	3	204	33	38	5	1	0	81	15	18	31	9	2
La Guajira	0	0	0	28	1	4	196	22	37	12	3	4	23	1	4	15	5	1
Magdalena	0	1	0	11	2	1	186	15	34	3	3	0	0	1	0	18	7	4
Meta	7	1	1	83	7	22	192	50	39	14	4	3	34	9	5	25	7	4
Nariño	1	1	0	42	11	10	382	55	69	15	0	2	49	11	11	35	8	5
Norte de Santander	0	0	0	81	4	5	908	72	84	7	3	1	74	26	22	61	12	10
Putumayo	0	1	0	15	1	2	83	12	7	5	0	0	3	3	0	3	3	2
Quindío	1	1	0	16	1	1	169	27	42	20	2	4	16	9	3	39	6	9
Risaralda	0	0	0	76	2	1	258	38	39	10	1	1	19	5	1	20	6	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	1	0	3	0	0	44	2	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Santa Marta D.T.	0	0	0	12	2	0	132	7	15	2	0	2	67	11	12	15	3	1
Santander	1	0	0	150	9	16	559	55	62	42	6	23	98	29	16	51	16	4
Sucre	2	1	0	25	8	1	234	31	41	22	7	3	73	12	15	27	6	10
Tolima	6	1	0	20	4	1	321	56	46	19	2	6	50	16	4	17	8	4
Valle del Cauca	0	0	0	8	2	1	535	85	104	11	2	3	13	9	0	18	6	2
Vaupés	1	1	1	87	0	4	13	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0
Vichada	3	1	0	18	0	6	64	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Total nacional	580	19	29	2.834	332	289	13.323	1.945	2.049	1.244	235	367	2.493	593	495	1.539	364	245

47

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Cáncer en menores de 18 años		Chagas agudo		Chagas crónico		Chikunguña		Desnutrición aguda en menores de cinco años		Difteria	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	1	0	0	0	0	0	0	0	30	29	0	0
Antioquia	91	56	1	1	1	4	0	1	1061	1338	0	1
Arauca	7	2	1	0	37	23	0	0	145	96	0	0
Atlántico	14	15	0	0	0	0	0	0	177	165	0	0
Barranquilla D.E.	17	11	0	0	0	0	0	0	110	92	0	0
Bogotá D.C.	142	121	1	0	3	1	0	0	1672	1314	0	1
Bolívar	16	22	0	2	3	7	0	0	236	298	0	0
Boyacá	21	21	2	0	60	70	0	0	249	264	0	0
Buenaventura D.E.	4	2	0	0	0	0	0	0	81	68	0	0
Caldas	10	14	0	0	0	0	0	0	92	98	0	0
Santiago de Cali D.E.	39	27	0	0	0	0	0	0	243	275	0	0
Caquetá	9	5	0	0	1	0	0	0	98	75	0	0
Cartagena de Indias D.T.	25	20	0	0	0	0	0	0	153	273	0	1
Casanare	11	8	6	0	58	90	0	0	173	127	0	0
Cauca	23	26	0	0	0	0	0	0	144	153	0	0
Cesar	17	14	3	0	28	33	0	0	373	443	0	0
Chocó	8	4	0	0	1	2	0	0	409	452	0	0
Córdoba	30	11	1	2	1	1	0	0	282	292	0	0
Cundinamarca	54	47	1	0	31	2	0	0	657	610	0	0
Guainía	1	1	0	0	0	0	0	0	30	12	0	0
Guaviare	1	3	0	0	1	2	0	0	52	38	0	0
Huila	24	27	0	0	1	0	0	0	221	210	0	0
La Guajira	11	13	0	0	11	9	0	0	851	785	0	0
Magdalena	11	3	0	0	1	7	0	0	304	289	0	0
Meta	22	16	1	0	4	3	0	0	215	251	0	0
Nariño	25	25	0	0	0	1	0	0	348	373	0	0
Norte de Santander	27	28	1	1	32	33	0	0	348	284	0	0
Putumayo	5	3	0	0	1	0	0	0	104	106	0	0
Quindío	8	7	0	0	0	0	0	0	52	48	0	0
Risaralda	15	18	0	0	0	0	0	0	215	224	0	0
Archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0	0	0	0	0	0	0	5	8	0	0
Santa Marta D.T.	8	4	0	0	0	0	0	0	55	66	0	0
Santander	45	51	3	0	51	70	0	0	243	234	0	0
Sucre	15	12	1	0	0	0	0	0	134	201	1	2
Tolima	24	18	1	0	4	4	0	0	174	177	0	0
Valle del Cauca	28	35	0	0	1	0	0	0	248	309	0	0
Vaupés	1	0	0	0	0	0	0	0	31	13	0	0
Vichada	2	2	0	0	0	6	0	0	140	88	0	0
Total nacional	811	692	22	6	335	368	0	1	10.157	10.178	4	5

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Enfermedad por virus Zika		Hepatitis B, BD		Hepatitis C		Enfermedades huérfanas		Fiebre amarilla		Intento de Suicidio	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos sospechosos, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica y por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio; Casos confirmado por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	7	9	0	0	2	5	0	0	36	47
Antioquia	0	2	131	167	114	195	1724	2065	0	0	2514	2606
Arauca	0	0	11	41	1	4	11	18	0	0	78	124
Atlántico	0	0	26	24	13	12	57	61	0	0	448	413
Barranquilla D.E.	0	0	32	24	20	33	113	121	0	0	428	429
Bogotá D.C.	0	0	140	219	212	286	1234	1740	0	0	2513	2836
Bolívar	0	0	14	25	1	4	53	45	0	0	275	238
Boyacá	0	0	10	36	7	11	159	154	0	0	498	429
Buenaventura D.E.	0	0	5	3	0	1	19	13	0	0	47	41
Caldas	0	1	24	32	6	8	174	176	0	0	570	577
Santiago de Cali D.E.	0	0	43	39	63	73	502	466	0	0	828	958
Caquetá	0	0	13	15	0	2	21	16	0	0	117	105
Cartagena de Indias D.T.	0	0	15	14	7	11	150	108	0	0	272	278
Casanare	0	0	14	53	1	3	17	26	0	0	138	119
Cauca	0	0	27	37	6	9	129	142	0	0	402	431
Cesar	0	0	28	47	3	6	53	49	0	0	286	281
Chocó	0	0	18	27	1	2	30	35	0	0	58	87
Córdoba	0	0	43	41	2	7	103	93	0	0	494	542
Cundinamarca	0	1	51	81	23	30	279	378	0	0	1086	1341
Guainía	0	0	1	1	0	0	2	2	0	0	13	11
Guaviare	0	0	23	33	0	1	4	8	1	0	28	35
Huila	0	1	24	48	5	7	97	93	0	0	387	380
La Guajira	0	0	16	22	2	1	22	46	0	0	137	164
Magdalena	0	0	16	11	1	2	15	19	0	0	179	181
Meta	0	0	16	24	5	9	50	75	1	1	331	287
Nariño	0	0	33	44	3	7	116	134	0	0	700	686
Norte de Santander	0	0	77	130	10	9	148	88	0	0	523	571
Putumayo	0	0	26	29	1	2	17	21	1	0	149	110
Quindío	0	0	12	16	15	8	80	67	0	0	247	245
Risaralda	0	0	23	35	23	34	158	183	0	0	568	568
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	2	0	0	4	2	0	0	12	14
Santa Marta D.T.	0	0	13	8	4	6	19	35	0	0	144	151
Santander	0	0	46	73	8	15	194	196	0	0	779	789
Sucre	0	0	13	15	1	2	35	39	0	0	234	210
Tolima	0	0	27	24	10	14	109	98	0	52	552	537
Valle del Cauca	1	0	24	51	16	35	251	380	0	0	619	670
Vaupés	0	0	6	19	0	0	4	7	0	0	34	33
Vichada	0	0	4	8	0	1	1	6	0	0	12	16
Total nacional	1	5	1.052	1.527	584	850	6.157	7.210	3	53	16.738	17.540

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Leishmaniasis Cutanea		Leptospirosis		Lesiones por artefactos explosivos		Lepra		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica;Casos confirmados por laboratorio		Casos confirmados por clínica		Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Antioquia	596	319	10	2	58	69	5	0	10	6	4	1
Arauca	11	7	0	0	0	5	4	6	1	0	0	1
Atlántico	1	2	1	0	11	13	3	2	3	0	1	0
Barranquilla D.E.	0	0	3	1	12	5	3	4	2	0	1	1
Bogotá D.C.	0	0	1	3	19	40	8	6	10	10	0	0
Bolívar	216	211	2	1	49	39	5	4	4	0	1	0
Boyacá	94	56	0	0	6	19	2	3	1	1	0	0
Buenaventura D.E.	8	13	0	1	1	4	0	0	1	0	0	1
Caldas	103	50	1	0	1	17	1	2	0	0	0	0
Santiago de Cali D.E.	1	0	3	0	4	8	11	6	3	1	1	0
Caquetá	130	81	3	0	2	4	1	0	2	3	0	0
Cartagena de Indias D.T.	1	0	2	3	7	4	2	3	3	4	1	0
Casanare	3	3	0	0	4	3	1	2	1	1	1	0
Cauca	28	11	1	0	43	48	4	3	5	2	2	1
Cesar	101	187	2	0	7	24	7	7	5	4	3	3
Chocó	129	89	1	1	7	12	0	0	6	4	13	12
Córdoba	97	64	1	2	8	29	1	1	4	0	1	0
Cundinamarca	104	55	0	1	8	52	5	2	5	3	0	1
Guainía	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Guaviare	153	66	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0
Huila	4	6	2	2	10	30	9	9	3	1	0	1
La Guajira	15	20	0	0	11	17	0	0	9	6	14	8
Magdalena	4	6	0	0	14	17	3	3	3	3	1	3
Meta	98	55	0	0	4	9	5	1	2	1	1	4
Nariño	129	52	1	0	22	121	3	1	6	4	0	2
Norte de Santander	121	69	2	1	70	61	10	11	4	0	1	0
Putumayo	144	26	0	0	5	17	1	0	1	0	0	2
Quindío	0	1	2	0	1	6	1	2	1	1	0	0
Risaralda	58	38	4	2	3	8	1	3	3	2	4	2
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Marta D.T.	7	8	1	0	2	2	1	1	2	1	0	1
Santander	369	467	3	0	14	36	11	15	2	1	0	1
Sucre	57	53	0	1	11	12	3	2	2	2	0	1
Tolima	122	52	10	6	9	36	7	5	3	2	1	0
Valle del Cauca	9	4	2	2	4	31	13	4	2	1	1	1
Vaupés	22	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Vichada	17	22	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0
Total nacional	2.846	2.104	344	316	429	804	136	109	106	65	65	49

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

Tipo de casos incluidos para el análisis	Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por DNT aguda en menores de cinco años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental	
	Casos probables, Casos confirmados por clínica y Casos confirmados por laboratorio		Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos sospechosos		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por laboratorio, Casos confirmados por nexo epidemiológico y Casos confirmados por clínica		Casos probables y Casos confirmados por clínica	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	2	0	0	0	1	1	2	1	8	8	0	0
Antioquia	13	22	6	5	64	213	73	56	579	707	0	1
Arauca	1	0	1	0	3	1	14	10	85	75	0	0
Atlántico	1	2	3	0	15	13	16	9	168	168	0	0
Barranquilla D.E.	1	3	1	1	12	17	21	13	198	189	0	2
Bogotá D.C.	22	17	0	0	73	545	65	46	413	497	0	0
Bolívar	3	5	1	3	11	4	20	10	142	155	1	2
Boyacá	3	2	1	0	12	14	14	3	50	39	0	0
Buenaventura D.E.	1	1	2	0	3	3	12	7	70	74	0	0
Caldas	0	0	0	0	10	8	10	8	65	75	0	0
Santiago de Cali D.E.	5	2	0	0	20	30	13	14	223	338	0	0
Caquetá	3	1	1	0	4	5	5	3	41	40	0	0
Cartagena de Indias D.T.	3	5	1	0	9	28	35	20	163	219	0	0
Casanare	0	2	1	1	4	4	16	9	67	73	0	0
Cauca	4	3	0	1	15	1	8	5	85	114	0	0
Cesar	4	6	7	4	14	16	22	16	162	133	0	0
Chocó	20	17	21	13	6	9	25	17	122	102	0	0
Córdoba	4	6	4	1	19	22	14	11	151	137	1	0
Cundinamarca	8	6	0	0	33	76	32	18	179	217	0	0
Guainía	1	0	1	0	1	1	3	4	8	8	0	0
Guaviare	1	0	0	0	1	1	2	2	13	10	0	0
Huila	3	3	2	0	11	31	5	10	74	87	0	1
La Guajira	20	12	23	11	10	2	30	16	185	154	0	0
Magdalena	4	2	8	0	9	5	16	5	114	124	1	0
Meta	3	6	3	0	11	18	24	31	116	149	0	0
Nariño	6	5	2	0	16	16	8	9	109	125	0	1
Norte de Santander	1	4	2	1	16	36	47	10	238	222	0	0
Putumayo	1	0	1	1	4	5	3	4	48	48	0	1
Quindío	2	1	0	0	5	10	5	6	46	51	0	0
Risaralda	4	5	4	0	9	11	12	7	86	87	0	1
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	0	0	1	0	1	0	4	3	0	0
Santa Marta D.T.	1	0	0	1	5	10	10	3	59	105	0	0
Santander	2	3	0	0	22	30	31	11	207	231	0	0
Sucre	3	1	0	0	10	10	7	7	101	100	0	1
Tolima	5	4	0	0	13	15	12	16	76	94	0	1
Valle del Cauca	6	4	3	0	19	44	13	14	150	222	0	0
Vaupés	0	0	2	0	1	0	1	2	3	4	0	0
Vichada	2	3	4	6	1	0	4	4	19	19	0	0
Total nacional	161	153	118	49	493	1.255	677	437	4.772	5.203	3	11

51

Comportamiento de la notificación por entidad territorial a semana epidemiológica 24

Decremento
Incremento

	Tétanos neonatal		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		VIH		Violencia de género e intrafamiliar	
Tipo de casos incluidos para el análisis	Casos probables y Casos confirmados por clínica		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por clínica, Casos confirmados por laboratorio y Casos confirmados por nexo epidemiológico		Casos confirmados por laboratorio		Casos sospechosos	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026	Acumulado esperado	Acumulado 2026
Amazonas	0	0	27	34	1	0	8	13	296	264
Antioquia	1	0	1758	2280	58	58	1263	1172	10528	8072
Arauca	0	0	67	65	1	1	42	60	562	667
Atlántico	0	0	229	292	8	13	192	175	1195	1178
Barranquilla D.E.	0	0	406	454	10	17	334	299	1168	1428
Bogotá D.C.	0	0	622	690	18	20	1706	1452	14293	14088
Bolívar	0	0	100	106	2	2	99	84	1101	1126
Boyacá	0	0	80	96	1	1	82	78	2042	1983
Buenaventura D.E.	0	0	87	107	2	4	51	43	173	150
Caldas	0	0	155	157	2	4	143	149	1401	1572
Santiago de Cali D.E.	0	0	713	722	25	18	574	506	3515	2972
Caquetá	0	0	124	143	2	5	41	43	521	492
Cartagena de Indias D.T.	0	0	215	264	2	6	257	174	667	891
Casanare	0	0	73	98	2	2	60	89	398	503
Cauca	0	0	141	131	1	1	123	149	1544	1564
Cesar	0	0	217	237	1	6	160	163	967	984
Chocó	1	0	112	135	1	0	34	53	207	236
Córdoba	0	0	138	157	3	2	268	261	1596	1568
Cundinamarca	0	0	244	323	6	11	370	382	6480	7140
Guainía	0	0	10	9	0	0	3	1	95	100
Guaviare	0	0	19	24	1	0	14	20	147	218
Huila	0	0	217	226	5	4	201	151	2857	2888
La Guajira	0	0	269	382	4	5	136	201	629	674
Magdalena	0	0	90	99	1	3	77	80	661	649
Meta	0	0	315	348	10	11	136	164	1142	1242
Nariño	0	0	86	114	3	4	156	166	2077	2434
Norte de Santander	0	0	346	437	7	8	264	269	1754	1999
Putumayo	0	0	50	56	2	0	40	41	649	800
Quindío	0	0	132	154	2	4	136	112	1222	1165
Risaralda	0	0	308	346	11	4	242	222	1728	1762
Archipiélago de San Andrés y Providencia	0	0	6	7	0	1	7	4	113	104
Santa Marta D.T.	0	0	131	163	3	1	112	97	325	275
Santander	0	0	511	670	13	9	310	284	2968	3318
Sucre	0	0	51	45	0	1	108	104	862	858
Tolima	0	0	282	362	7	11	177	189	1447	1575
Valle del Cauca	0	0	351	501	11	13	307	393	3313	3489
Vaupés	0	0	10	15	0	0	2	2	126	191
Vichada	0	0	16	15	0	0	6	11	114	111
Total nacional	2	0	8.706	10.464	227	250	8.241	7.856	70.881	70.730



Semana epidemiológica 24

14 al 20 de junio de 2026

TEMA CENTRAL

Vigilancia epidemiológica y comportamiento de las infecciones asociadas a procedimientos médico-quirúrgicos

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: Dora Mariela Callejas Ortega. **Situación nacional:** Verónica Tangarife Arredondo, Jennifer Andrea Méndez Romero, Gina Paola Flórez Piñeros, Yanuby Salgado Sánchez, Claudia Marcella Huguett Aragón, Viviana Carolina Moreno, Sandra Milena Rivera, Helen del Carmen Peña, Dora Callejas. **Mortalidad:** Héctor Eduardo Pachón Melo, Gerhard Misael Acero de la Parra, Ana María García Bedoya, Viviana Inés Pantoja Muñoz, Natalí Paola Cortés. **Eventos trazadores:** Diana Marcela Forero Ombita, Andrea Jineth Rodríguez Reyes, Jessica María Pedraza Calderón, María Camila Giraldo Vargas, Ximena Castro Martínez, Angélica María Rico Turca. **Brotos y alertas:** Gestor sistema de alerta temprana, Claudia Marcela Montaña Fuertes, Eliana Mendoza Niño, Germán Ernesto Torres, Rodríguez, Jinna Maritza Izquierdo Puerto, Lady Alexandra Castillo Vargas, Nieves Johana Agudelo Chivata, Sandra Milena Aparicio Fuentes, Yenny Marcela Elizalde Rodríguez. **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.

53 páginas; texto, ilustraciones, tablas.

ISSN 2357-6189

DOI: <https://doi.org/10.33610/23576189.2026.24>