



TEMA CENTRAL

- Comportamiento Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado, S.E. 21 año 2026 Pre.
- , S.E. 21 año 2026 Pre.
- Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 21 de 2026.

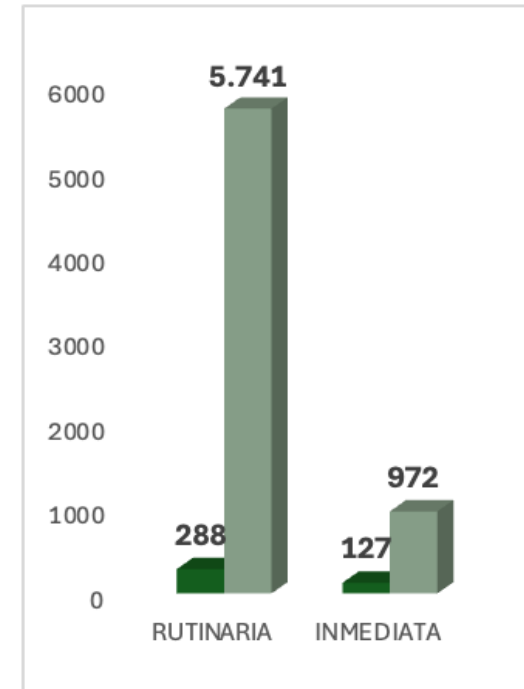
Para la semana 21 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (69/69) el 100%.

Indicadores de Oportunidad

Notificación UNM: En cuanto a la notificación municipal, la oportunidad de notificación a la secretaria de Salud Departamental fue del 100%.

Oportunidad en la notificación por evento: La oportunidad rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 94% (6.713/7.128), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 21 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 21 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 6029 reportes, de los cuales 5741 (95%) fueron oportunas y 288 (5%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 1099 reportes, de los cuales 972 (88%) fueron oportunas y 127 (12%) inoportunas.



Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E. 21 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA			INMEDIATA		
	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna	Inoportuna	Oportuna	% Inoportuna
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA		2	0%	1		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	21	9%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2	62	3%			
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	28	614	4%	31	211	13%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	2	50	4%		1	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTA	1		0%			
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE		527	0%	1	73	1%
UIMIST		251	0%	2	71	3%
CENTRO DE SALUD ROSARIO		39	0%		18	0%
CENTRO DE SALUD MUTIS		27	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA		13	0%	3	4	43%
CENTRO DE SALUD IPC		10	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT		15	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	12	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER	3	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN	1	7	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL		6	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS		4	0%			
CENTRO DE SALUD PABLO VI	1	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA	1	14	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO	6	13	0%		3	0%

CENTRO DE SALUD LIBERTAD		3	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY		9	0%	1	7	13%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		3	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		10	0%		7	0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS		10	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA	4	6	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1	17	6%			
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO	7	1	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID		34	0%	1	9	10%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1	128	1%		2	0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	86	319	21%	45	217	17%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	10	220	4%	10	38	21%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I		6	0%		2	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	20	517	4%	3	32	9%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	19	336	5%	2	8	20%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	3	17	15%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	28	7	80%		1	0%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1	64	2%		1	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI		78	0%		2	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO		45	0%		1	0%
ASOCIACIÓN PROFAMILIA	6	24	0%		2	0%
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	1	30	0%			
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR		45	0%			
UISALUD	1	15	6%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1	24	4%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	3	52	5%		2	0%
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	1	12	8%	1	7	13%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	4	237	2%	1	6	14%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		15	0%	11	3	79%
FUNDACION AVANZAR FOS	2	17	11%	2	1	67%
CLINICA ESPCO-DESAN	19	220	8%	3	14	18%
MEDICLINICOS IPS SAS		4	0%			
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS		63	0%		28	0%

Boletín Epidemiológico SEMANAL



Secretaría de Salud y Ambiente

IRAG TOS FERINA
Alerta epidemiológica
Semana Epidemiológica

21

24 a 30 de mayo 2026

CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA		15	0%				
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	7	312	2%	1	6	14%	
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1	12	8%				
IPS CABECERA SAS	5		0%	1		100%	
EPMSC BUCARAMANGA	9	6	60%				
RMBUCARAMANGA		2	0%				
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1	102	1%	2	18	10%	
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM BUCARAMANGA	1	107	1%	2	26	7%	
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	1	461	0%		19	0%	
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	7	297	2%	1	93	1%	
SUMIMEDICAL SAS		1	0%				
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE		8	0%		1	0%	
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	16	29	36%				
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	10	78	11%	2	6	25%	
BATALLÓN DE ASPC NOS HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1	75	1%		3	0%	
Total	288	81	5741	5%	127	972	12%

Fuente: SIVIGILA SSAB 2026 pre.

EVENTOS/SEMANAS	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total general	
INTOXICACIONES																			1	1	2
LEPTOSPIROSIS			3	1	3	3	1	1		2	3	5	3	2	6	14	1	2	1		51
MORTALIDAD POR DENGUE														1							1
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN < CINCO AÑOS POR IRAG, EDA Y/O DESNUTRICIÓN																			1		1
Total, general	3	4	6	4	6	6	4	2	2	4	8	11	4	11	15	22	8	17	18		155

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado, Municipio de Bucaramanga.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas en todo el mundo, afectando especialmente a niños, adultos mayores y personas con compromiso de su sistema inmunológico. Estas infecciones suelen ser de origen viral o mixto (viral y bacteriano), son altamente contagiosas y se propagan rápidamente.

Cada año se presentan brotes de infección respiratoria aguda (IRA) de extensión e intensidad variables, los cuales generan importantes tasas de morbilidad en la población general y elevadas tasas de mortalidad, principalmente en grupos de alto riesgo. La OMS continúa informando a los Estados Miembros sobre la aparición de brotes de enfermedades respiratorias en humanos asociados con diferentes virus de potencial pandémico, como los virus de influenza aviar, influenza porcina y otros agentes emergentes, entre ellos el MERS-CoV.

Ajustes pendientes por realizar a SE 21, Bucaramanga, 2026

A semana 21 se registran 155 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 21 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/SEMANAS	1	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Total general	
CHIKUNGUNYA														1							1
DEFECTOS CONGENITOS														1	1						2
DENGUE CON SINOS DE ALARMA	3	4	3	3	3	3	3	1	2	2	5	6	1	5	8	8	7	12	15		94
DENGUE GRAVE														1					1	1	3

Asimismo, destaca la importancia de fortalecer las acciones de identificación, confirmación y respuesta ante brotes epidémicos de importancia internacional.

Situación de Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado a nivel mundial

La IRA se encuentra entre las diez principales causas de muerte en la población general y entre las tres primeras en menores de cinco años. Las estimaciones actuales indican que la influenza estacional afecta aproximadamente al 10,5 % de la población mundial cada año y ocasiona entre 291 243 y 645 832 muertes. La tasa de mortalidad respiratoria asociada a influenza en niños menores de cinco años oscila entre 21 y 23,8 por cada 100 000 habitantes.

Las condiciones socioeconómicas contribuyen a que los países en desarrollo presenten una mayor incidencia, así como mayores cifras de morbilidad y mortalidad. Más del 60 % de las muertes ocurre en África y el sudeste asiático. Se estima que anualmente se registran alrededor de 1,5 millones de defunciones asociadas a este evento, principalmente por neumonía.

A nivel mundial se observa un incremento de la actividad de influenza desde octubre de 2025. Algunos países han reportado un inicio temprano de la temporada de influenza, con predominio de los virus influenza A(H3N2). Este aumento coincide con la temporada invernal del hemisferio norte.

Situación de Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado en las Américas

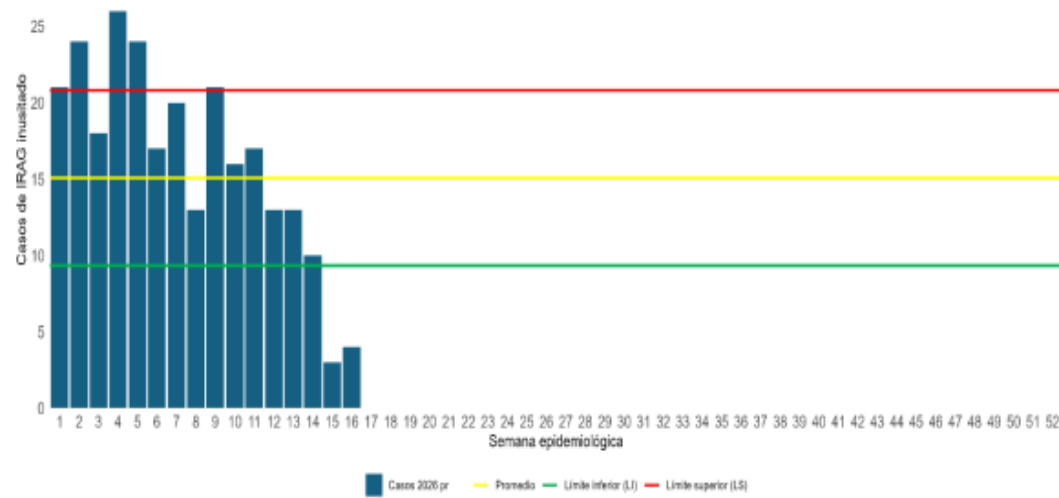
En la Región de las Américas, la positividad de influenza se mantiene por encima del 10% en el hemisferio norte. En la mayoría de las subregiones predomina la circulación de influenza A(H3N2), mientras que en la subregión Andina se observa predominio de A(H1N1) pdm09. La intensidad de la actividad es heterogénea, con incrementos sostenidos en América del Norte1 y América Central y niveles cercanos al 20% en el Caribe3 y América Central. Países como Barbados, Canadá, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay registran alta circulación de influenza.

En contraste, la circulación de VSR se mantiene en niveles bajos con señales iniciales de aumento en América del Norte.

Comportamiento de la notificación de Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado, Colombia, a P.E. IV 2026pr.

A período IV de 2026pr, se han notificado 269 casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitada, lo que representa un incremento del 46,1 % en comparación con el año 2025 y del 39,0 % respecto a 2019, evidenciando una tendencia al aumento en la notificación de casos (Figura 2).

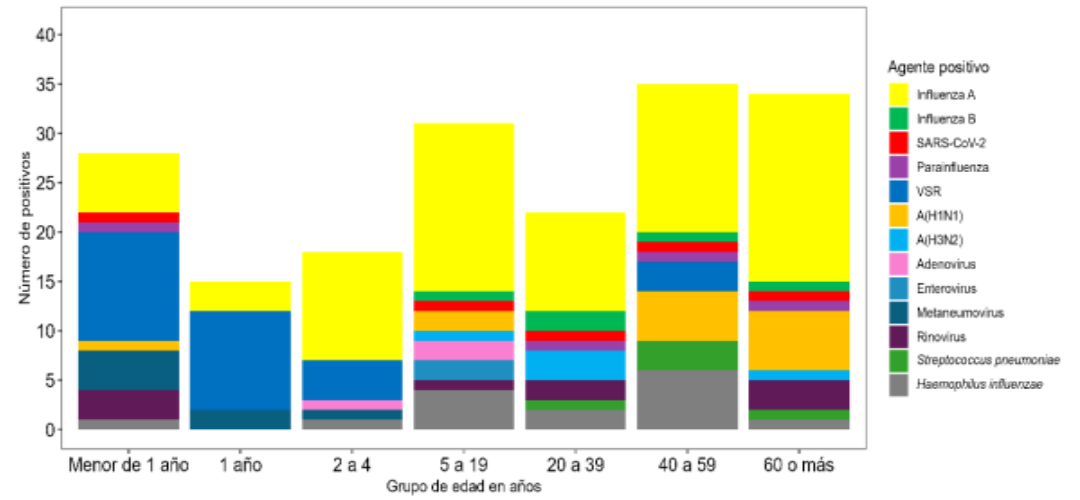
Figura 2. Comportamiento notificación casos de IRAG inusitado, periodo epidemiológico IV, Colombia, 2026pr



Fuente: Informe de evento INS. 2026

Dentro de los grupos etarios más afectados se encuentra la población entre 40 y 59 años, seguida por las personas mayores de 60 años. No obstante, al analizar de manera agrupada a los menores de 5 años, también se observa una alta afectación en este grupo. Los virus circulantes más frecuentemente identificados en los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) corresponden a influenza A, virus sincitial respiratorio (VSR) e influenza A (H1N1) (Figura 3).

Figura 3. Identificación de agente viral por grupo de edad, PE IV 2026 pre.



Fuente: Informe de evento INS. 2026

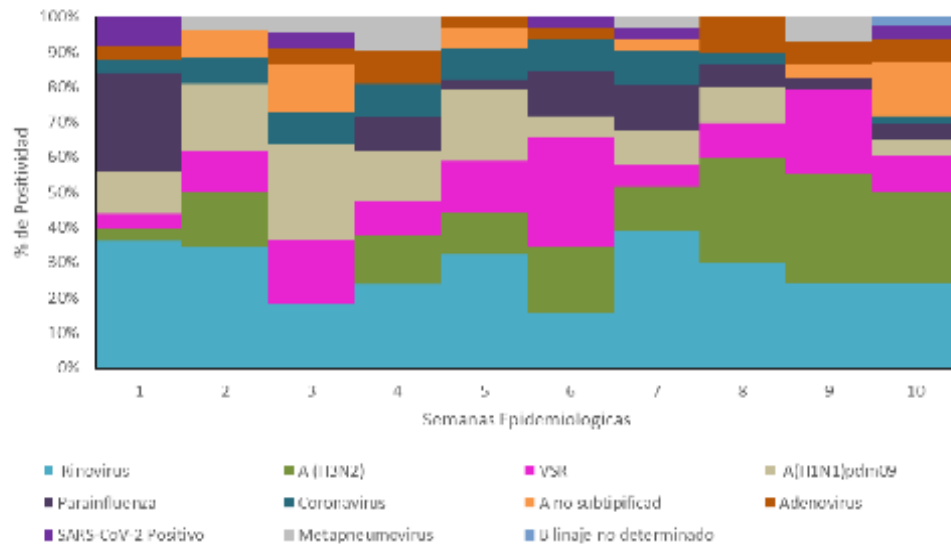
Comportamiento de la notificación de IRA, Santander. S.E 20 2026 pre.

La positividad de virus respiratorios en Santander para el año 2026 hasta la semana epidemiológica 10 muestra un patrón de cocirculación viral con predominio sostenido de rinovirus, el cual mantiene mayor proporción en la mayoría de semanas. Se evidencia un incremento progresivo de Influenza (H3N2) y del virus sincitial respiratorio (VSR) hacia las semanas recientes, sugiriendo el inicio de un periodo de mayor intensidad de transmisión respiratoria.



Otros virus como parainfluenza, coronavirus, adenovirus y metapneumovirus presentan participación variable y menor proporción, sin predominio claro. La circulación de influenza no subtipificada y otros linajes indica persistencia de diversidad viral. En conjunto, el comportamiento corresponde a un escenario de transición hacia un pico respiratorio, lo que exige fortalecer la vigilancia, la confirmación diagnóstica y las medidas de prevención, especialmente en población de riesgo (Figura 4).

Figura 4. Positividad por tipo de virus según semana epidemiológica, Santander año 2026.



Fuente: Fuente: BES, SSS a SE 20 2026

Comportamiento de la notificación de Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado, Bucaramanga, SE 21 de 2026

A la semana epidemiológica 21 se han notificado dos casos procedentes de Bucaramanga. Uno de ellos fue ajustado con clasificación D por error de digitación. El otro caso permanece registrado en el sistema de vigilancia bajo el código 348 y cumple con la definición de caso establecida. A continuación, se describen las características del caso notificado en la Tabla 3.

Tabla 3. Características de caso IRAG Inusitado, Bucaramanga, SE 21 2026

Variable	Características
Sexo	Masculino
Edad	63 años
Régimen	Subsidiado
Área	Urbana
Hospitalizado	Si
Fallecido	No
UPGD	Fundación Cardiovascular de Colombia
Notificadora	

Fuente: SIVIGILA 2026

Conclusiones

1. A período epidemiológico IV de 2026, Colombia registra un aumento en la notificación de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) inusitada, con un incremento del 46,1 % respecto a 2025 y del 39,0 % en comparación con 2019, lo que evidencia una tendencia creciente del evento.
2. Los grupos de edad más afectados corresponden a la población entre 40 y 59 años y los mayores de 60 años; sin embargo, los menores de cinco años continúan representando un grupo de especial vulnerabilidad debido a su alta afectación.
3. Los principales agentes virales identificados en los casos de IRAG inusitada fueron influenza A, influenza A(H1N1) y virus sincitial respiratorio (VSR), concordantes con el comportamiento epidemiológico observado a nivel nacional e internacional.
4. En Santander se evidencia un patrón de cocirculación de virus respiratorios, con predominio de rinovirus y un incremento progresivo de influenza A(H3N2) y VSR, lo que sugiere el inicio de un período de mayor transmisión de infecciones respiratorias.
5. En Bucaramanga, a la semana epidemiológica 21 de 2026, se notificaron dos casos de IRAG inusitada, de los cuales uno fue descartado por ajuste debido a error de digitación y uno cumplió con la definición de caso, correspondiente a un paciente masculino de 63 años hospitalizado.

6. El comportamiento observado resalta la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica intensificada para la detección temprana de casos y la identificación de cambios en la circulación viral respiratoria.

Recomendaciones

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de los eventos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) e IRAG inusitada, garantizando la notificación oportuna, la investigación de campo y el cierre adecuado de los casos.
2. Reforzar la toma y envío oportuno de muestras respiratorias para diagnóstico por laboratorio, con el fin de identificar los virus circulantes y monitorear posibles cambios en su comportamiento epidemiológico.
3. Intensificar las acciones de prevención y control dirigidas a los grupos de mayor riesgo, especialmente adultos mayores, menores de cinco años y personas con comorbilidades o inmunosupresión.
4. Promover la vacunación contra influenza en la población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), priorizando los grupos con mayor riesgo de complicaciones.



- Fortalecer las estrategias de comunicación del riesgo orientadas a la comunidad y al personal de salud, enfatizando las medidas de prevención de infecciones respiratorias, el reconocimiento temprano de signos de alarma y la consulta oportuna a los servicios de salud.
- Mantener el monitoreo permanente de la circulación de virus respiratorios en el departamento y el municipio, especialmente ante el incremento observado de influenza A(H3N2) y virus sincitial respiratorio, con el fin de anticipar posibles aumentos en la demanda de servicios de salud.
- Continuar las actividades de asistencia técnica a las UPGD para mejorar la calidad de la notificación, reducir errores de digitación y fortalecer el cumplimiento de los lineamientos nacionales de vigilancia en salud pública.

Comportamiento Tos ferina Municipio de Bucaramanga.

Circular Externa Conjunta 011 de 2025 del Ministerio de Salud y del INS. que establece las acciones para la intensificación de la vacunación, la vigilancia epidemiológica y el fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio frente al aumento de casos de tos ferina.

Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Tos Ferina del INS. que define la vigilancia, investigación epidemiológica de campo (IEC), toma de muestras, seguimiento de contactos y responsabilidades de los diferentes actores del sistema de salud.

Lineamientos Nacionales de Vigilancia en Salud Pública 2026. que indican que ante un caso probable de tos ferina la investigación epidemiológica debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas, garantizando la identificación de contactos y la obtención oportuna de muestras.

Situación de Tos ferina en las Americas

Entre 2015 y 2022 la Región de las Américas presentó una disminución progresiva de los casos de tosferina, alcanzando su punto más bajo durante la pandemia de COVID-19. Sin embargo, a partir de 2023 se observó un resurgimiento significativo, con un máximo histórico reciente de 66.184 casos en 2024 y una reducción moderada a 46.870 casos en 2025. Este comportamiento se asocia principalmente a la disminución de las coberturas de vacunación y a la acumulación de población susceptible.

Figura 5: Casos de tosferina registrados en la Región de las Américas, 2015 al 2025



Fuente: OPS/OMS, 2026

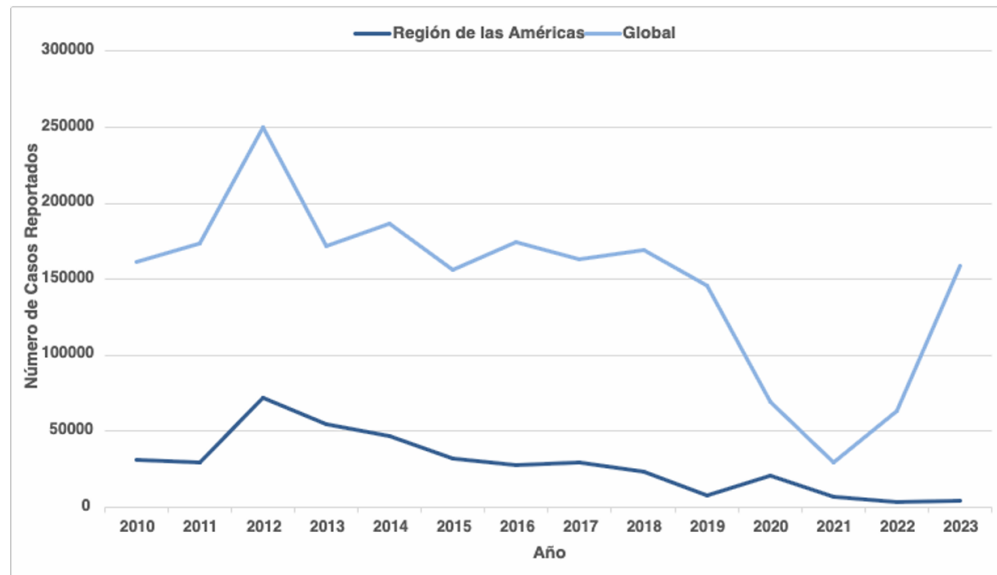


A partir de 2022 y especialmente en 2023, se evidencia un proceso de reemergencia. Globalmente, los casos aumentaron de aproximadamente 62.000 a más de 155.000, mientras que, en la Región de las Américas, aunque el incremento fue más discreto, se observó una recuperación de la circulación del agente. Este comportamiento resalta la importancia de fortalecer las estrategias de inmunización, especialmente en menores de un año y gestantes, así como mantener una vigilancia epidemiológica intensificada.

Situación de Tos ferina en Colombia

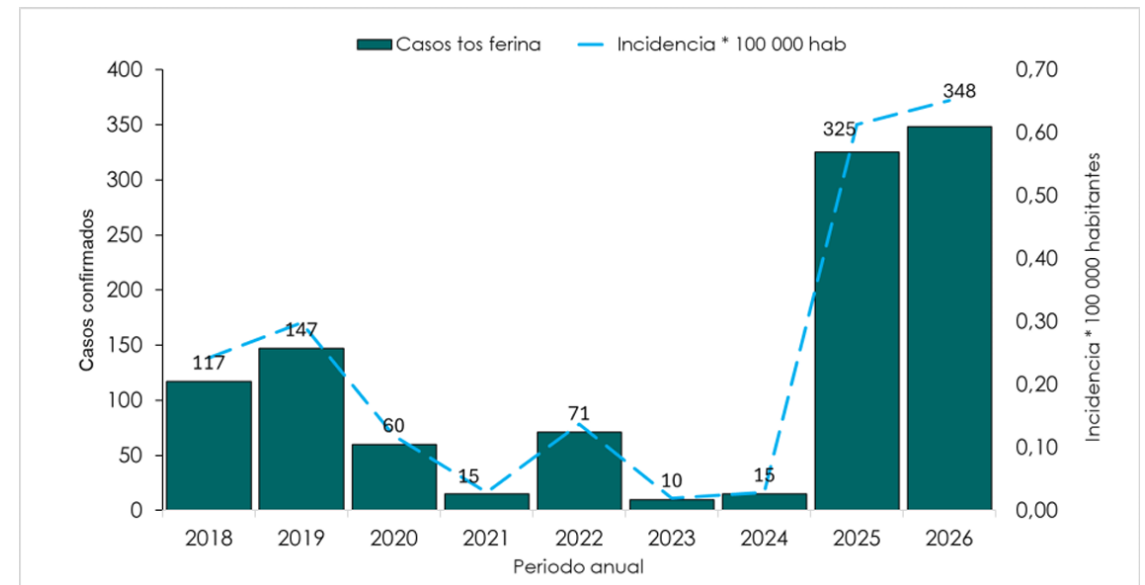
La tos ferina presenta un comportamiento reemergente en el territorio, con un incremento sustancial de casos durante 2025 y persistencia de una alta transmisión en 2026. Después de registrar mínimos históricos durante el periodo pandémico, el evento experimentó un aumento superior a veinte veces respecto a 2024, alcanzando las incidencias más elevadas de la serie analizada.

Figura 6: Casos de tos ferina reportados a nivel global y en la Región de las Américas, durante 2010 al 2023



Fuente: OPS/OMS, 2026

Figura 7: Incidencia de casos confirmados de tos ferina, periodo IV, 2018-2026, Colombia

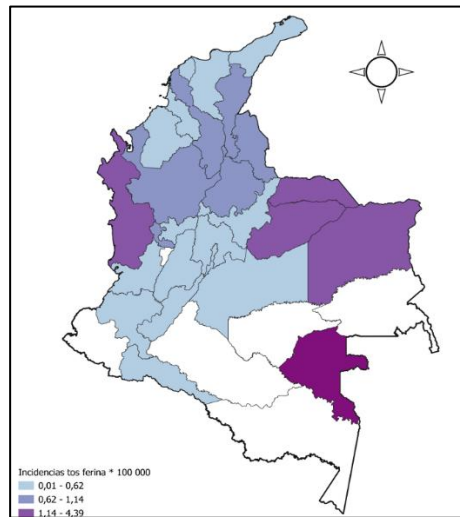


Fuente: DANE 2018 – 2026. Sivigila 2018 – 2026p (PE IV)



El análisis evidencia una distribución heterogénea de la incidencia de tosferina en el territorio nacional, con departamentos que presentan tasas significativamente superiores al promedio nacional. Las mayores incidencias se concentran en algunas entidades territoriales de las regiones oriental y noroccidental, lo que sugiere la presencia de brotes localizados y una mayor circulación del agente. Este comportamiento resalta la necesidad de implementar intervenciones focalizadas, fortaleciendo las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos y recuperación de coberturas de vacunación, especialmente en población infantil y gestantes.

Figura 8: Casos de tos ferina por departamento de procedencia, periodo IV 2026, Colombia

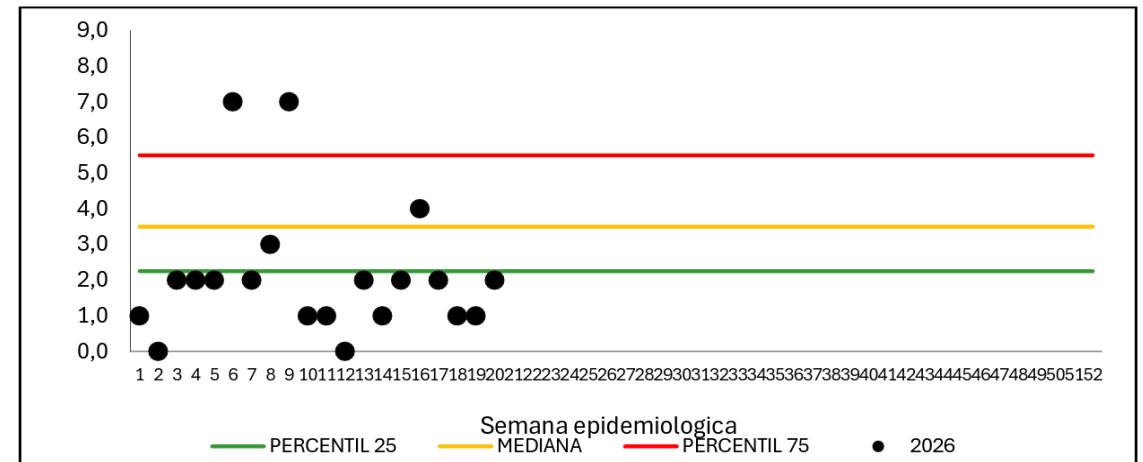


Fuente: Sivigila PE IV 2026p

Situación de Tos ferina en Santander

El comportamiento de la tos ferina en Santander durante las semanas epidemiológicas analizadas de 2026 evidencia una notificación fluctuante, con predominio de semanas dentro de los valores esperados según el canal endémico. No obstante, se identifican incrementos puntuales que superan el percentil 75, indicando episodios de comportamiento inusual del evento y posible ocurrencia de conglomerados o brotes localizados. Posteriormente, la notificación retorna a niveles cercanos a la mediana histórica, sin observarse una tendencia epidémica sostenida; sin embargo, persiste circulación del evento.

Figura 9: Comportamiento según histórico de casos probables y confirmados de Tos Ferina. Santander, SE 01-20, 2020-2026.



Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.



En Santander, durante el periodo analizado de 2026, se notificaron 134 casos sospechosos de tos ferina, de los cuales 33 fueron confirmados, para una incidencia departamental acumulada de 1,37 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 4. Notificación y clasificación de casos de Tos Ferina, según entidad territorial de procedencia, Santander, SE 01-20, 2026.

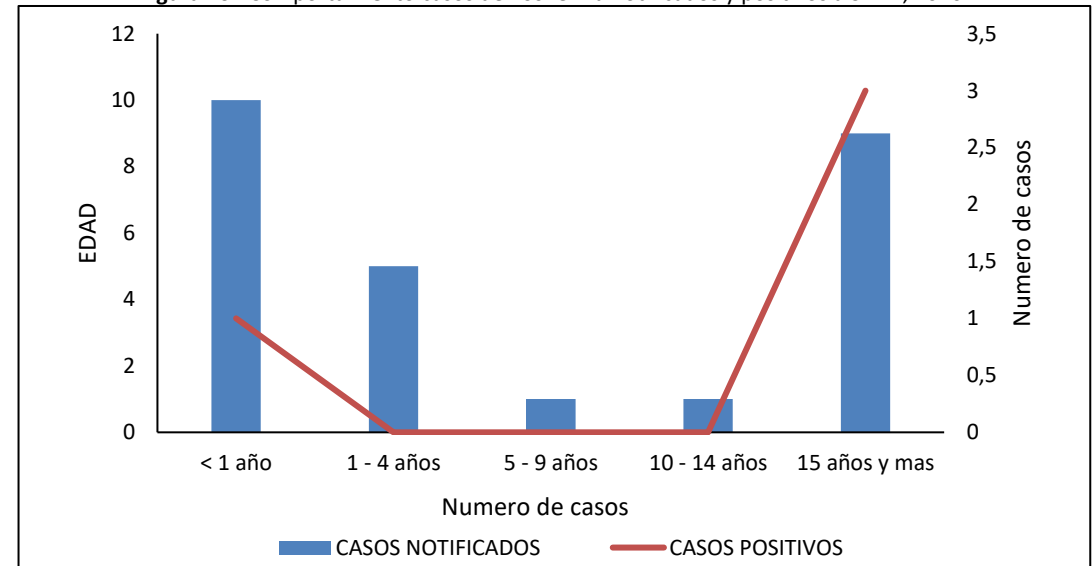
Casos	Incidencia*	Confirmado		Probable		Descartado		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cerrito	197,21	15	45	5	50	38	42	58	43
Bucaramanga	0,65	4	12	0	-	21	23	25	19
Concepcion	81,82	5	15	2	20	12	13	19	14
Floridablanca	1,59	5	15	1	10	6	7	12	9
Charala	-	0	-	1	10	0	-	1	1
Piedecuesta	0,52	1	3	1	10	3	3	5	4
Giron	1,13	2	6	0	-	3	3	5	4
Pinchote	-	0	-	0	-	3	3	3	2
Barrancabermeja	-	0	-	0	-	1	1	1	1
Lebrija	-	0	-	0	-	1	1	1	1
Barbosa	-	0	-	0	-	1	1	1	1
Guaca	-	0	-	0	-	1	1	1	1
Sabana de Torres	-	0	-	0	-	1	1	1	1
Velez	3,67	1	3	0	-	0	-	1	1
SANTANDER	1,37	33	100	10	100	91	100	134	

Fuente: Sivigila. Secretaria de Salud Santander, 2026.

Comportamiento Tos ferina en el municipio de Bucaramanga S.E 21 2026.

En el Municipio de Bucaramanga a semana epidemiologia 21 de 2026 notificó al sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) 26 procedentes del municipio, de los cuales 4 han sido positivos.

Figura 10. Comportamiento casos de Tos ferina notificados y positivos a SE 21, 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, 2025p.

En el contexto social y demográfico

De los casos confirmados a semana epidemiológica 21, el 50,00% de los casos se presentan en el sexo masculino y al sexo femenino respectivamente. El 100% de los casos residen en cabecera municipal. El 50,00% de los casos pertenecen al régimen contributivo y el rango de edad más afectado son menores de 15-19 años con el 50,00%.



Tabla 5. Comportamiento sociodemográfica casos Confirmados Tos ferina, Bucaramanga. SE 21. 2026.

Variables		N° casos	%
Sexo	Femenino	2	50,00%
	Masculino	2	50,00%
Area	Cabecera m/pal	4	100,00%
Tipo SS	Contributivo	2	50,00%
	Subsidiado	2	50,00%
Rango de edad	1-4	1	25,00%
	15-19	2	50,00%
	20-29	1	25,00%
Total		4	

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

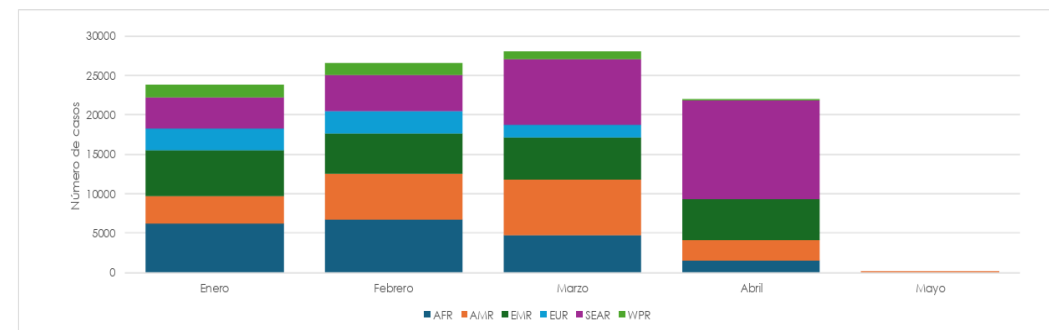
Alerta Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026.

Considerando el incremento de casos de sarampión en la Región de las Américas durante 2025 y el 2026, la ocurrencia de otros eventos en salud pública en países dentro y fuera de la Región y en el contexto del desarrollo de eventos masivos con amplia participación internacional, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a reforzar de manera prioritaria las actividades de vigilancia y vacunación, y asegurar una respuesta rápida y efectiva ante casos sospechosos de sarampión. Asimismo, recomienda implementar búsquedas activas comunitarias, institucionales y de laboratorio para la identificación temprana de casos, así como desarrollar actividades complementarias de vacunación destinadas a cerrar brechas de inmunidad.

Resumen a nivel global

De acuerdo con los datos mensuales de la vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 1 de enero hasta el 13 de mayo del 2026 se notificaron 184.489 casos de sarampión, en 155 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 100.239 (54,3%) fueron confirmados. El 29% de los casos se registró en la Región de la OMS de Asia Sudoriental, seguido por la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental con el 21% de los casos y las Regiones de la OMS de África y las Américas con el 19% de los casos cada una (Figura 11).

Figura 11. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2026.



Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa; SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 22 de mayo del 2026]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= \(1\)](https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (1)).



Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20, en la Región de las Américas, fueron confirmados 20.521 casos de sarampión, incluyendo 25 defunciones. Los casos fueron notificados por 16 países y un territorio: Argentina (n= 1 caso), Belice (n= 9 casos), Bolivia (Estado Plurinacional de) (n= 70 casos), Bonaire (n= 1 caso), Brasil (n= 3 casos), Canadá (n= 1.018 casos), Chile (n= 1 caso), Colombia (n= 1 caso), Costa Rica (n= 5 casos), El Salvador (n= 18 casos), los Estados Unidos de América (n= 1.952 casos), Guatemala (n= 6.209 casos, incluyendo 12 defunciones), Honduras (n= 1 caso), México (n= 10.920 casos, incluidas 13 defunciones), Panamá (n= 3 casos), Perú (n= 301 casos) y Uruguay (n= 2 casos) (Tabla 6). Este total representa un aumento de cuatro veces en contraste con los 5.123 casos de sarampión notificados en el 2025 para el mismo periodo. En comparación con el registro histórico de sarampión en la Región, el número de casos confirmados de sarampión en los años 2025 y 2026 son los más altos desde el 2019, siendo éste el año con mayor número de casos confirmados en los últimos 22 años (n= 23.269) (Figura 12).

En 2025, en la Región de las Américas, fueron confirmados 15.152 casos de sarampión, incluyendo 29 defunciones, de las cuales 73% (n= 22) se han producido en población indígena. Los casos fueron notificados por Argentina (n= 36 casos), Belice (n= 44 casos), Bolivia (n= 598 casos), Brasil (n= 38 casos), Canadá (n= 5.461 casos², incluyendo dos defunciones), Chile (n= 1 caso), Costa Rica (n= 1 caso), El Salvador (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 2.288 casos, incluyendo tres defunciones), Guatemala (n= 9 casos), México (n= 6.608 casos, incluyendo 24 defunciones), Paraguay (n= 49 casos), Perú (n= 5 casos) y Uruguay (n= 13 casos).

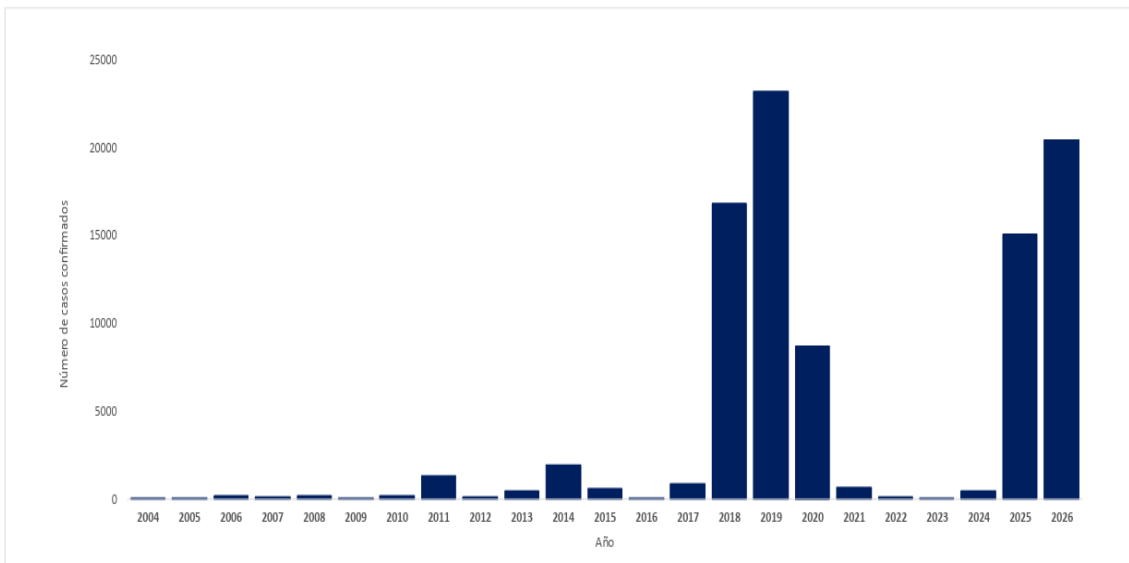
Tabla 6. Número de casos de sarampión por países y territorios de la Región de las Américas 2025 y 2026 (hasta SE 20 del 2026).

País	Número de casos 2025	Número de casos 2026 hasta SE 20	Última fecha de inicio de exantema (SE)
Argentina	36	1	SE 6 del 2026
Belice	44	9	SE 17 del 2026
Bolivia (Estado Plurinacional de)	598	70	SE 20 del 2026
Bonaire	0	1	SE 5 del 2026
Brasil	38	3	SE 13 del 2026
Canadá	5.461	1.018	SE 18 del 2026
Chile	1	1	SE 4 del 2026
Colombia	0	7	SE 15 del 2026
Costa Rica	1	5	SE 14 del 2026
El Salvador	1	18	SE 19 del 2026
Estados Unidos de América (los)	2.288	1.952	SE 20 del 2026
Guatemala	9	6.209	SE 19 del 2026
Honduras	0	1	SE 20 del 2026
México	6.608	10.920	SE 19 del 2026
Panamá	0	3	SE 19 del 2026
Paraguay	49	0	SE 39 del 2025
Perú	5	301	SE 20 del 2026
Uruguay	13	2	SE 3 del 2026
Total	15.152	20.521	

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-22).

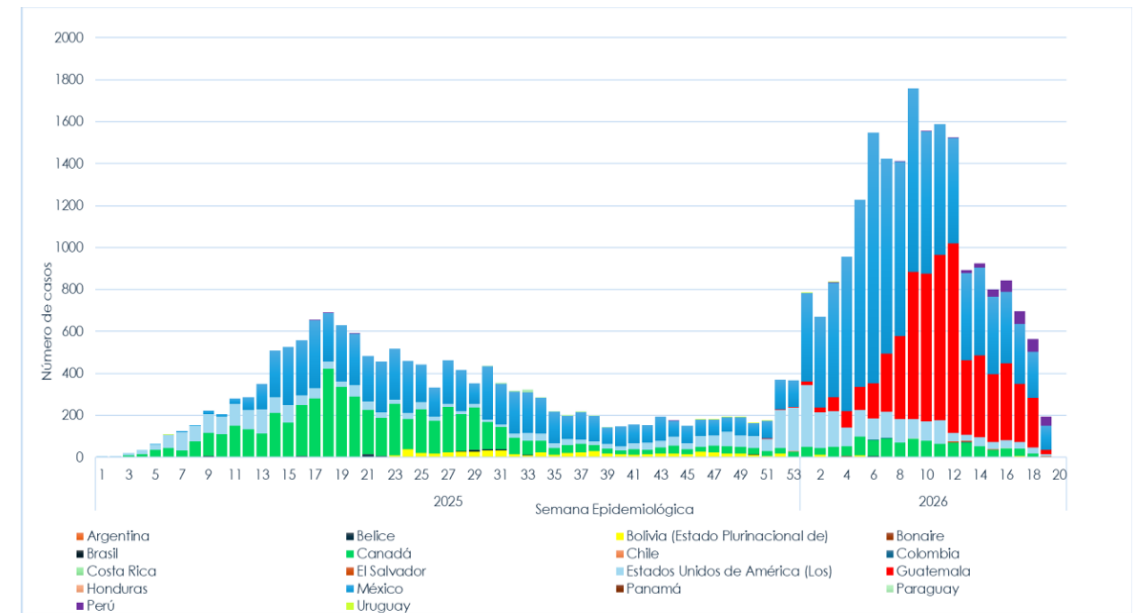


Figura 12. Casos confirmados de sarampión por año en la Región de las Américas, 2004- 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Number of Vaccine Preventable Disease (VPD) cases in the Americas y Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola (23-25).

Figura 13. Casos confirmados de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema y país territorio en la Región de las Américas, 2025–2026 (hasta la SE 20 del 2026).



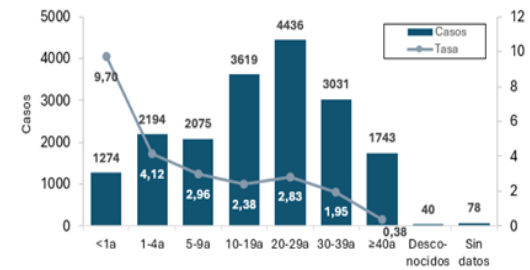


No obstante, la tasa de incidencia presenta una relación inversa con la edad, siendo más elevada en menores de un año (9,7 casos por 100,000 habitantes), seguida por el grupo de 1 a 4 años (4,1 casos por 100,000 habitantes) y el de 5 a 9 años (3,0 casos por 100,000 habitantes). Las tasas se mantienen por encima de un caso por 100,000 habitantes hasta el grupo de 30 a 39 años (Figura 14). Con relación al antecedente de vacunación, el 45% de los casos no estaban vacunados y en el 45% la información era desconocida o no estaba disponible. Según la clasificación por fuente de infección, el 6% de los casos fueron endémicos, el 23% asociados a importación, el 36% de fuente de infección desconocida y el 2% se clasificaron como casos importados (Figura 14).

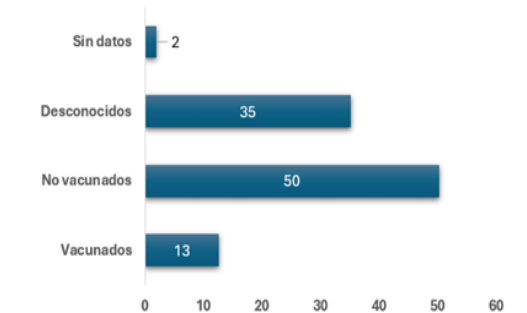
De los casos confirmados durante el 2026, se han reportado a MeaNS (Measles Nucleotide Surveillance database) 560 secuencias genéticas de la región N-450 del virus de sarampión, el 97.2% (n= 554) correspondieron al genotipo D8 y el 2.8% (n= 16) al genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, len el 90.4% (n= 501), se identificó como la secuencia distinta (DSId) 9171.

Figura 14. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 20 del 2026.

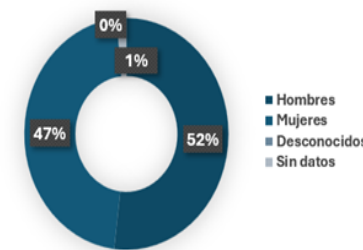
Casos confirmados de sarampión y las tasas por grupos de edad



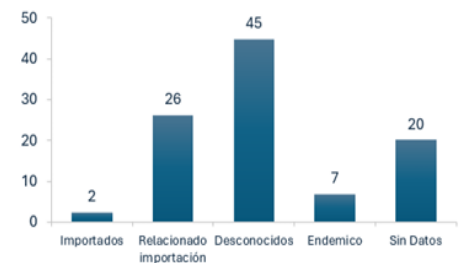
Porcentaje de casos por estado de vacunación



Porcentaje de casos por sexo



Porcentaje de casos por fuente de infección



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Almacén de datos sobre inmunización e informes de vigilancia de los países enviados a la OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 27 de mayo del 2026]. Inédito (26).

Situación epidemiológica de sarampión en Colombia.

En Colombia, entre la SE 1 y la SE 19 del 2026, se han confirmado siete casos de sarampión, en el país. Del total de casos, cinco corresponden a casos importados y dos con fuente de infección bajo investigación. Los casos confirmados fueron notificados en Bogotá D.C. (n= 4 casos), en los departamentos de Antioquia (n= 1 caso) y Santander (n= 1 caso residencia Bucaramanga) y en el distrito de Cartagena (n= 1 caso). Cuatro de los casos tenían antecedente de viaje a México y uno a los Estados Unidos. Los casos se distribuyen entre los 18 y 35 años. En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, cuatro tenían antecedente de vacunación desconocido y tres cuentan con antecedente de vacunación contra el sarampión. En relación con la genotipificación, de acuerdo con el análisis realizado a las muestras de cuatro de los casos el genotipo identificado corresponde al D8. Durante 2025, la cobertura de vacunación con SRP a nivel nacional alcanzó un 91% para la primera dosis y un 86% para la segunda dosis.

Orientaciones a los Estados Miembros

La alta incidencia de casos en niños pequeños, la proporción significativa de casos en adultos jóvenes —población de gran movilidad, el elevado porcentaje de personas no vacunadas y la persistencia de brotes en comunidades reticentes a la vacunación reflejan la necesidad urgente de alcanzar y sostener coberturas $\geq 95\%$ con dosis de vacuna SRP de manera homogénea a nivel nacional; fortalecer la vigilancia epidemiológica sensible y oportuna; y consolidar la capacidad de respuesta rápida y efectiva para evitar la reintroducción y transmisión endémica del virus en los países de la Región, recuperar el estatus de eliminación en los que se ha

restablecido la transmisión endémica y prevenir la morbilidad, mortalidad y efectos sociales y económicos negativos asociados a esta enfermedad inmunoprevenible. Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida, eventos masivos y viajes internacionales.

Países con áreas con transmisión incidentes, importados, exportados de baja o alta transmisibilidad (validar detalle en el boletín fuente de la OPS):

- a.1. Vacunación
- a.2 Vigilancia
- a.3 Respuesta rápida
- a. 4 Canales para la difusión de las orientaciones

Bibliografía

1. OPS-OMS, Alerta Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 29 de mayo del 2026 <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/05/2026-mayo-29-phe-alerta-epi-sarampion-esfinal.pdf>

Semana epidemiológica **21**
24 a 30 de mayo año 2026

TEMAS CENTRALES

**Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado
Tos Ferina**

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

Leonor Eloísa Araujo Arias
Comportamiento de la notificación. Ingeniera equipo SIVIGILA - SSAB

Natalia María Carrillo Ramírez
Grupo funcional SIVIGILA Infección respiratoria aguda grave IRAG Inusitado – SSAB

Mayra Alejandra Contreras Parra
Grupo funcional SIVIGILA Inmunoprevenibles (Tos Ferina) – SSAB

María Alejandra Beltrán López
Alerta epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas - 29 mayo del 2026

Una publicación de: Secretaria de Salud y de Ambiente de Bucaramanga.