

Propuesta Técnica Sectorial para la Eliminación de enfermedades

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD – BOGOTÁ D.C.
JENNY YAZMIN, SANCHEZ MADRIGAL

Tabla de contenido

Tabla de contenido	1
I. Introducción	3
II. Criterios y proceso de selección de las enfermedades priorizadas	5
III. Análisis integral para la eliminación de enfermedades priorizadas	7
Rabia humana transmitida por perros	7
1. Situación epidemiológica	7
2. Brechas críticas por determinantes sociales	9
3. Capacidades actuales del programa	10
4. Logros y aceleradores existentes	11
5. Debilidades y desafíos	11
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	12
Lepra (Enfermedad de Hansen)	12
1. Situación epidemiológica	12
2. Brechas críticas por determinantes sociales	14
3. Capacidades actuales del programa	15
4. Logros y aceleradores existentes	15
5. Debilidades y desafíos	15
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	15
Sífilis congénita	16
1. Situación epidemiológica	16
2. Brechas críticas por determinantes sociales	18
3. Capacidades actuales del programa	19
4. Logros y aceleradores existentes	20
5. Debilidades y desafíos	21
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	21
Tuberculosis	22
1. Situación epidemiológica	22
2. Brechas críticas por determinantes sociales	27

3. Capacidades actuales del programa	27
4. Logros y aceleradores existentes	28
5. Debilidades y desafíos	28
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	28
Sarampión	28
1. Situación epidemiológica	28
2. Brechas críticas por determinantes sociales	30
3. Capacidades actuales del programa	31
4. Logros y aceleradores existentes	31
5. Debilidades y desafíos	32
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	32
VIH-Transmisión vertical	33
1. Situación epidemiológica	33
2. Brechas críticas por determinantes sociales	34
3. Capacidades actuales del programa	34
4. Logros y aceleradores existentes	35
5. Debilidades y desafíos	35
6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación	35
IV. Intervenciones aceleradoras para la eliminación	36
Rabia humana transmitida por perros	36
Lepra	37
Sífilis congénita	37
Tuberculosis	37
Sarampión	38
VIH-transmisión vertical	38
V. Intervenciones del sector salud para la eliminación	38
1. Vigilancia epidemiológica sensible e integrada	38
2. Fortalecimiento de laboratorio y diagnóstico oportuno	38
3. Atención primaria social orientada a eliminación	38

4. Modelos innovadores: nodos locales, unidades móviles y care groups urbanos	39
5. Gestión de casos, contactos y continuidad del tratamiento	39
6. Gestión del dato, inteligencia epidemiológica y uso de información	39
7. Educación sanitaria, comunicación de riesgo y participación comunitaria	39
VI. Gobernanza intersectorial y responsabilidades que exceden el sector salud	39
VII. Hitos y metas preliminares del sector salud para la eliminación	46
VIII. Recomendación final y convocatoria al proceso intersectorial	47
Referencias bibliográficas	47

I. Introducción

La eliminación de enfermedades transmisibles ha sido definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la reducción sostenida de la incidencia, la mortalidad o la transmisión de un evento sanitario hasta niveles en los cuales deja de constituir un problema de salud pública. Más que una meta epidemiológica, la eliminación representa una estrategia programática de alto impacto que combina intervenciones biomédicas, acciones sobre los determinantes sociales y transformaciones en la gobernanza sanitaria. En los últimos años, la OPS ha consolidado la “Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades” como un marco integrador para articular los esfuerzos de los países y ciudades de la Región hacia las metas globales de 2030, alineadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y con la visión de sistemas de salud resilientes, equitativos y preparados para enfrentar riesgos emergentes.

La evolución de esta iniciativa refleja un cambio profundo en la forma de comprender la salud pública: ya no basta con controlar enfermedades, sino que es necesario acelerar su reducción mediante enfoques integrados, sostenibles y orientados a cerrar brechas. La eliminación se convierte así en una hoja de ruta para reorganizar los sistemas de salud alrededor de la prevención, el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento, la vigilancia robusta y la articulación intersectorial. Bajo esta perspectiva, la eliminación no es un fin aislado, sino un mecanismo para fortalecer los sistemas sanitarios en su conjunto, mejorar la eficiencia de los servicios y promover la integración de programas que históricamente han operado de manera fragmentada.

Un componente central de la estrategia es la capacidad de los sistemas de salud para integrar servicios en el nivel territorial, consolidar redes diagnósticas y de laboratorio, mejorar el uso de datos en tiempo real y asegurar una vigilancia epidemiológica sensible que permita la detección temprana, el análisis de tendencias y la respuesta oportuna. Igualmente, la eliminación exige acciones coordinadas con otros sectores, reconociendo que la persistencia de muchas enfermedades está anclada en condiciones estructurales como la pobreza, el hacinamiento, la movilidad humana, la desigualdad de género, el empleo precario o la degradación ambiental. Por ello, la OPS plantea que la eliminación solo es viable cuando las intervenciones sanitarias

basadas en evidencia se combinan con políticas públicas que aborden los determinantes sociales y ambientales que amplifican la vulnerabilidad de poblaciones específicas.

En las ciudades, la eliminación constituye además una estrategia para impulsar la equidad urbana. Al priorizar territorios y grupos históricamente excluidos, la eliminación se convierte en un instrumento para modernizar los sistemas locales de salud, fortalecer la capacidad de respuesta comunitaria, mejorar la articulación institucional y orientar recursos hacia donde son más necesarios. De este modo, la eliminación se posiciona no solo como un objetivo sanitario, sino como un motor de transformación social y de innovación en la gestión pública, promoviendo sistemas de salud más cercanos a la ciudadanía, basados en la evidencia y capaces de adaptarse a la complejidad del entorno urbano.

El propósito central de esta propuesta técnica sectorial es ofrecer un insumo riguroso y articulado desde la Secretaría Distrital de Salud que permita iniciar, con bases sólidas, la construcción intersectorial de la Hoja de Ruta Distrital para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles. Se trata de un documento que reúne y organiza la evidencia epidemiológica disponible, las capacidades programáticas del sistema de salud en Bogotá y los elementos operativos necesarios para avanzar en la eliminación de las cinco enfermedades priorizadas, considerando los lineamientos de la OPS y las metas globales hacia 2030.

De manera explícita, esta propuesta presenta las bases epidemiológicas, programáticas y operativas que sustentan la posibilidad real de avanzar hacia la eliminación de estos cinco eventos, identificando tendencias, brechas y requisitos técnicos que orientan la acción sanitaria. Asimismo, reconoce los determinantes sociales, ambientales y estructurales que influyen en la persistencia de la transmisión y que generan barreras para el acceso equitativo a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Al señalar cuáles de estas condiciones trascienden el ámbito de competencia del sector salud, el documento delimita su alcance y establece los elementos que deberán ser desarrollados mediante un proceso intersectorial para garantizar una hoja de ruta integral, viable y sostenible.

El alcance de esta propuesta técnica se circunscribe a delimitar con precisión el rol sanitario de la Secretaría Distrital de Salud en el proceso de eliminación, describiendo las capacidades instaladas, las brechas técnicas identificadas y las intervenciones esenciales que corresponden al sector salud en materia de vigilancia, diagnóstico, atención, gestión de casos y articulación territorial. Al mismo tiempo, identifica aquellas acciones que, por su naturaleza estructural o su dependencia de competencias externas, requieren concurrencia intersectorial y decisión política por parte de otras entidades distritales. En ese sentido, esta propuesta no constituye una hoja de ruta vinculante ni un plan definitivo: es un insumo preliminar que orienta la discusión, facilita la formulación conjunta y sienta las bases para un proceso de concertación que permitirá consolidar una hoja de ruta integral, intersectorial y sostenible.

El marco conceptual que orienta esta propuesta se fundamenta en la comprensión de la eliminación como un proceso condicionado por los determinantes sociales de la salud. En coherencia con los enfoques promovidos por la OPS incluyendo Urban HEART, Healthy Cities y la lógica de los aceleradores intersectoriales la ciudad se comprende como un escenario donde las desigualdades en vivienda, migración, pobreza, movilidad, educación, legalidad, ambiente y seguridad alimentaria configuran la distribución del riesgo y la persistencia de enfermedades transmisibles. Estos determinantes moldean la posibilidad de eliminar eventos sanitarios, al influir en la exposición, la vulnerabilidad y la oportunidad de acceder a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Desde esta perspectiva, la eliminación no puede entenderse únicamente como un conjunto de intervenciones sanitarias, sino como un proceso que requiere la participación activa de múltiples sectores del gobierno y la transformación de condiciones estructurales que exceden las competencias del sector salud. Las brechas en urbanismo, regulación laboral, control ambiental, inclusión social, protección de poblaciones móviles y acceso a derechos básicos delimitan límites claros a la actuación exclusiva de la SDS. Por ello, el enfoque urbano e intersectorial es indispensable para garantizar resultados sostenibles, dado que la eliminación solo es viable cuando las políticas públicas convergen para modificar los determinantes que sustentan la transmisión y fortalecer equitativamente las capacidades territoriales.

La formulación de una Hoja de Ruta para la eliminación requiere un proceso intersectorial porque las decisiones, recursos y capacidades necesarias para alcanzar este objetivo superan ampliamente el mandato legal y operativo del sector salud. La eliminación implica intervenir determinantes estructurales, modificar condiciones urbanas, garantizar protección social, ajustar marcos normativos y coordinar acciones sostenidas entre diversas entidades del gobierno distrital, aspectos que no pueden ser asumidos de manera unilateral por la Secretaría Distrital de Salud. Dado que la hoja de ruta se proyecta como un instrumento vinculante para la acción institucional, su construcción solo es viable en un espacio de gobernanza compartida donde confluyan sectores con competencias complementarias y capacidad de decisión.

En este contexto, la presente propuesta técnica delimita con claridad los alcances del sector salud, diferenciando aquello que puede ejecutar directamente, lo que depende de la concurrencia de otros sectores y lo que requiere acuerdos de gobernanza, ajustes normativos y esquemas de financiamiento compartido. Esta distinción es fundamental para garantizar que la Hoja de Ruta resultante sea realista, integral y sostenible, y que responda tanto a las necesidades sanitarias como a los determinantes estructurales que condicionan la eliminación. Así, el documento establece los fundamentos necesarios para convocar a un proceso de construcción colectiva que permita al Distrito avanzar hacia un compromiso institucional sólido y articulado.

La Secretaría Distrital de Salud presenta esta propuesta técnica sectorial como punto de partida para la construcción colectiva de la Hoja de Ruta Distrital para la Eliminación de Enfermedades Transmisibles. La eliminación es un proceso que supera las fronteras del sector salud y exige una articulación estratégica con otros sectores del gobierno distrital, en coherencia con el enfoque de la OPS, que integra el abordaje de los determinantes sociales, el fortalecimiento de los sistemas de salud, la gobernanza intersectorial y la participación comunitaria. Este documento expone las bases sanitarias, las brechas identificadas y las intervenciones clave bajo responsabilidad del sector salud, anticipando aquellas que requieren concurrencia institucional para garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

II. Criterios y proceso de selección de las enfermedades priorizadas

La selección de las enfermedades priorizadas para esta propuesta técnica sectorial se fundamenta en los lineamientos de la Iniciativa para la Eliminación de Enfermedades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual orienta a los países y territorios de la

Región hacia metas alcanzables de eliminación mediante estrategias integradas que combinan intervenciones sanitarias, acciones sobre determinantes sociales y mecanismos de gobernanza intersectorial. En su marco conceptual, la OPS identifica 22 eventos eliminables, entre ellos varios que se encuentran en fase de mantenimiento, y destaca adicionalmente la importancia de incluir sífilis gestacional y sífilis congénita, por su impacto en la salud materna, perinatal y en los derechos sexuales y reproductivos.

Con base en este marco regional, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá llevó a cabo un proceso técnico de priorización orientado a identificar los eventos transmisibles en los que una intervención aceleradora generaría un impacto significativo en la salud pública local. Este proceso consideró tanto el comportamiento epidemiológico reciente como las capacidades institucionales disponibles y la viabilidad programática para avanzar hacia la eliminación. Para ello, se definieron criterios que permitieran centrar los esfuerzos del Distrito en eventos con alto potencial de reducción de inequidades y de mejora en los resultados sanitarios.

Los criterios adoptados incluyeron:

- Alineación con metas de salud pública distritales, nacionales y regionales, incluyendo indicadores del Plan Territorial de Salud, compromisos OPS-OMS y metas ODS.
- Disponibilidad de indicadores robustos, medibles y comparables en el tiempo, que permitieran implementar sistemas de seguimiento y evaluación.
- Existencia de planes de acción, programas o rutas de atención ya desarrollados en el Distrito, que facilitan la implementación u optimización de estrategias de eliminación.
- Necesidad de trabajo intersectorial para abordar determinantes estructurales de la transmisión, como condiciones socioeconómicas, ambientales, urbanísticas o de movilidad.
- Necesidad de aceleración, definida por la presencia de brechas evitables, desigualdades territoriales, rezagos en detección o tratamiento, o riesgos de reversión de logros sanitarios.

La aplicación sistemática de estos criterios permitió identificar aquellos eventos transmisibles que presentan tanto urgencia sanitaria como oportunidad de intervención, considerando además la capacidad del Distrito para fortalecer respuestas ya existentes y para articular acciones con otros sectores. Como resultado de este ejercicio, Bogotá priorizó seis enfermedades transmisibles para el desarrollo de esta propuesta técnica sectorial y para orientar el proceso de formulación de la Hoja de Ruta Distrital de Eliminación. Estas enfermedades son:

- Rabia humana transmitida por perros
- Lepra (enfermedad de Hansen)
- Sífilis congénita
- Tuberculosis
- Sarampión
- VIH-transmisión vertical

La selección de estos cinco eventos constituye un punto de partida sólido y coherente con la iniciativa regional, con la capacidad institucional del sistema distrital de salud y con la necesidad de abordar desigualdades persistentes en territorios y poblaciones específicas. A partir de esta priorización, los capítulos siguientes desarrollarán el análisis epidemiológico, programático y estratégico que sustenta la acción aceleradora del sector salud y la articulación intersectorial necesaria para avanzar hacia su eliminación.

III. Análisis integral para la eliminación de enfermedades priorizadas

Para cada enfermedad priorizada, rabia humana transmitida por perros, lepra, sífilis congénita, tuberculosis y sarampión se presenta un análisis integral que combina comportamiento epidemiológico, determinantes sociales, capacidades institucionales y requisitos para avanzar hacia la eliminación. Esta lectura multidimensional permite identificar oportunidades aceleradoras y brechas estructurales que orientan la respuesta del Distrito.

Rabia humana transmitida por perros

1. Situación epidemiológica

Bogotá ha logrado prevenir exitosamente la transmisión de rabia humana por perros por más de tres décadas, consolidándose como una de las ciudades con mayor avance en la región en este campo. Desde hace más de 30 años no se notifican casos autóctonos de rabia en humanos asociados a perros, lo que refleja la efectividad de las acciones coordinadas que se han mantenido de manera continua como son vacunación antirrábica canina y felina masiva, vigilancia epidemiológica y suministro de tratamiento antirrábico humano.

Sin embargo, la literatura regional y los lineamientos de la OPS recuerdan que la rabia puede reemerger si se debilitan los sistemas de vigilancia, no se garantiza el tratamiento antirrábico humano en las IPS o si incumple con la cobertura útil de vacunación antirrábica en animales de compañía, especialmente en entornos urbanos con dinámicas migratorias y crecimiento desordenado.

A pesar de la ausencia de casos humanos, Bogotá continúa notificando un elevado número de agresiones ocasionadas por animales potencialmente transmisores de rabia, siendo el segundo evento de mayor notificación en la ciudad, haciendo con esto que Bogotá sea el territorio con mayor notificación del país. Esta condición, hace necesario mantener y reforzar continuamente los mecanismos de vigilancia pasiva y activa en la ciudad, lo que permite identificar rápidamente cualquier riesgo asociado a la posible circulación del virus en el Distrito. El comportamiento reciente muestra estabilidad en los indicadores clave, pero también la necesidad de sostener esfuerzos para evitar retrocesos en un evento cuya eliminación exige constancia técnica y financiera.

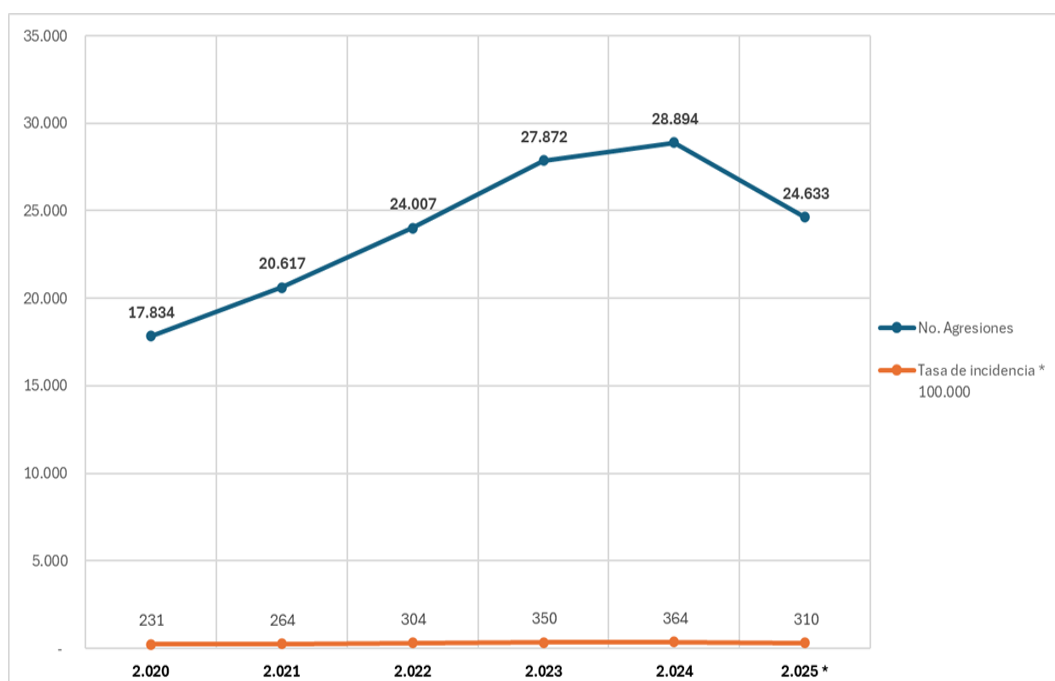
El logro más relevante es contar con 0 casos autóctonos de rabia humana transmitida por perros durante más de 30 años, un hito reconocido a nivel regional y que posiciona a Bogotá en ruta hacia la certificación de eliminación.

Este logro se debe en gran medida a la Vigilancia Integrada de la Rabia, que es un proceso donde se incluye la vigilancia epidemiológica de los eventos asociados con la rabia en la ciudad. Los eventos incluidos son: evento 300 (*Agresión por animal potencialmente transmisor de rabia*), evento 650 (*Rabia animal*), y evento 670 (*Rabia humana*).

Es importante considerar que durante el periodo de 2020 a 2025, en la ciudad no se han notificado eventos de Rabia animal o Rabia humana, por lo que en ese sentido se mantiene en cumplimiento el indicador de 0 casos de rabia humana y animal autóctona en el Distrito.

En cuanto a las agresiones ocasionadas por animales potencialmente transmisores de rabia, se presentan a continuación los resultados relacionados con la notificación de casos de agresión por animal potencialmente transmisor de rabia.

Gráfica 1. Comportamiento de la notificación e incidencia del evento 300, Bogotá 2020-2025



Fuente: Sivigila

En relación con el comportamiento del evento, es importante considerar que, típicamente se evidencia un aumento en promedio del 2% anual en el número de casos notificados en la ciudad, sin embargo, el año 2020 y 2021 son periodos que reportan un comportamiento atípico, asociado particularmente a la pandemia por COVID 19 que estuvo activa en ese periodo de tiempo, por lo tanto, el aumento evidenciado entre 2020 a 2021, no es representativo del evento. En este sentido, para el tema de análisis general del comportamiento de este evento, en particular el año 2020, no es un año que debiera considerarse.

La tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes aumenta proporcional al número de casos anuales. Se reitera que, el comportamiento 2020 es atípico y no representativo del comportamiento del evento en general.

En términos generales entre el 2020 a 2025, más del 87% de los casos de agresiones son ocasionadas por caninos, seguidos por un 12% de felinos y el 1% restante corresponde a otras especies en particular equinos, bovinos, porcinos, monos y murciélagos.

Demográficamente, el evento ha mostrado durante ese periodo un comportamiento parejo en cuanto al sexo de las personas agredidas, siendo un porcentaje promedio de 52% para mujeres y 48% para los hombres. Los ciclos de vida más afectados son: adultez (42%), juventud (17%) y adultos mayores (13%).

En cuanto al lugar de ocurrencia, la mayoría de los casos provienen de la localidad de Suba, seguido por Kennedy, Engativá, Ciudad Bolívar y Bosa. Las agresiones ocurridas fuera de Bogotá han variado de año en año, pero en general corresponden a cerca del 6% de total de casos notificados en la ciudad.

Finalmente, en cuanto a la exposición rábica se evidencia que 46% son no exposiciones, 30% exposiciones graves y 24 exposiciones leves.

2. Brechas críticas por determinantes sociales

La rabia es una enfermedad que como ocurre con la mayoría de las zoonosis, se ve afectada directamente por el efecto que tiene en la población algunos determinantes sociales como son:

1. Costo de la atención: La rabia es una enfermedad 100% inmunoprevenible, siempre que se cuente con los inmunobiológicos para tratar a los pacientes expuestos al virus. Aunque se ha evidenciado una mejora en la posibilidad que tienen los territorios para adquirir estos medicamentos, es claro que, aquellos territorios más pobres no tienen posibilidad de garantizar el tratamiento para sus residentes. De otra parte, el costear de forma individual el tratamiento, resulta muy costoso por lo que en gran proporción la población de países en vías de desarrollo, que es donde a la fecha ocurren el mayor número de muertes a causas de la enfermedad, no tiene posibilidad de acceder a los inmunobiológicos ante una exposición rábica.
2. Pérdida de ingresos: Aquellas personas que cuentan con una condición socioeconómica de bajos recursos o pobreza, considera que la asistencia al servicio médico por una agresión animal resulta inconveniente debido al tiempo que esto les representa y al impacto que esto pudiera tener en sus ingresos, de forma tal que no asisten y esto favorece la presentación de la enfermedad.
3. Debilidad del sistema sanitario: Las barreras de acceso que se pueden poner para que una persona agredida por un animal potencialmente transmisor de rabia pueda recibir la atención médica adecuada y oportuna para determinar su riesgo de exposición y la consecuente administración del tratamiento que corresponda. Es igualmente una debilidad, la no disposición de talento humano capacitado en la atención del evento lo que puede llevar a una mala clasificación del evento o el no tener los inmunobiológicos requeridos para atender al paciente.
4. Acceso a unidades de salud: Que la población no cuente con servicios médicos cercanos al lugar donde ocurrió la agresión, cercanos a su lugar de residencia o trabajo, aumenta la posibilidad de que el paciente desista de recibir la atención médica que se requiere para estos casos.

5. Nivel de escolaridad: Está directamente relacionado con la percepción real del riesgo en cuanto a la exposición a la rabia, pues a menor nivel de escolaridad las personas suelen considerar poco el impacto en su salud que puede tener la agresión ocasionada por un animal potencialmente transmisor de rabia y en consecuencia omitir la atención médica como necesidad. De igual forma se observa una menor adherencia a las prácticas de atención inicial que se deben realizar y que son altamente efectivas para prevenir la enfermedad como es el lavado de la herida.
6. Tenencia adecuada de animales: Particularmente en lo relacionado con tenencia de animales de compañía se evidencia que el bajo nivel de escolaridad, así como prácticas culturales propias, puede significar una disminución en el acceso de las personas a la vacunación antirrábica de caninos y felinos. De otro lado, la corriente “antivacunas” que también está empezando a presentarse entre tutores de animales de compañía, impacta en los indicadores de vacunación antirrábica de caninos y felinos. Finalmente, la cultura de captura y tenencia de fauna silvestre como mascota aumenta un riesgo en cuanto a la enfermedad, considerando que, el periodo de incubación de la rabia en especies diferentes a perros y gatos no ha sido descrito, por lo que no se puede estar 100% seguros de la no exposición de estos animales al virus y tampoco se cuenta con inmunización profiláctica para estas especies animales.

De otro lado la inadecuada tenencia de animales en cuanto a las prácticas de confinamiento de los animales puede llevar a que se evidencien caninos y felinos vagando libremente aumentando así el riesgo para la ocurrencia de agresiones.

7. Zonas Rurales: La localización geográfica de este tipo de zonas significa normalmente la presentación de varios de los factores previamente descritos, pero confluyendo todos en un mismo espacio, siendo estas zonas de un mayor riesgo debido al subregistro de casos de agresiones animales a personas, de posibles casos rabia en múltiples especies y la falta de certeza sobre la cobertura de vacunación antirrábica canina y felina en el territorio.
8. Programas y políticas públicas: La falta de un programa integrado (One health) en el que se vinculen de forma clara a todos los actores relacionados con la prevención, vigilancia y control de la enfermedad en el territorio dificulta una gestión adecuada que asegure la no presentación de casos de rabia humana y animal.

3. Capacidades actuales del programa

Bogotá cuenta con un programa sólido de prevención, vigilancia y control de rabia, articulado entre la Secretaría Distrital de Salud, las Subredes Integradas, las EAPB, UPGD y el laboratorio Distrital de Salud Pública.

Uno de sus pilares es la vacunación antirrábica masiva de perros y gatos, que se realiza de manera permanente y con estrategias diferenciadas en territorios de alto riesgo.

En el marco de la vigilancia integrada de la rabia, la ciudad cuenta con un equipo de profesionales que, desde cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, realizan la gestión integral de la atención y seguimiento de los casos de agresión animal notificados. Esta gestión incluye además del seguimiento epidemiológico, las asistencias técnicas y capacitaciones a las UPGD, el seguimiento a la disponibilidad de tratamientos antirrábicos en

las distintas IPS (*conjuntamente con PAI*), el seguimiento y observación de caninos y felinos agresores.

Complementaria a la gestión descrita previamente, se realiza la vigilancia activa de la rabia en el distrito mediante el procesamiento para identificación mediante IFD del virus de la rabia en encéfalos provenientes de animales que cumplen con los criterios definidos para ser considerados en el programa.

4. Logros y aceleradores existentes

El logro más relevante es contar con 0 casos de rabia humana transmitida por perros durante más de 30 años, un hito reconocido a nivel regional y que posiciona a Bogotá en ruta hacia la certificación de eliminación. La ciudad ha implementado estrategias para el fortalecimiento de la vacunación antirrábica de animales de compañía, para garantizar el tratamiento antirrábico humano en las IPS, para llevar a cabo la vigilancia activa y desarrollo de capacidades técnicas para la observación, diagnóstico y respuesta rápida. La ciudad ha mantenido coberturas altas de vacunación animal, implementado estrategias de vigilancia activa y desarrollado capacidades técnicas para la observación, diagnóstico y respuesta rápida. El fortalecimiento del componente de vigilancia en animales, la capacidad del laboratorio para el análisis de muestras y la existencia de equipos entrenados para el manejo de agresiones constituyen aceleradores clave. Además, la ciudad ha mejorado procesos de educación comunitaria y de articulación institucional, incluyendo la actualización de lineamientos, la integración con protocolos veterinarios y la disponibilidad permanente de biológicos para la PPE. Estos avances generan una base sólida para cumplir con los estándares OPS para eliminación.

5. Debilidades y desafíos

A pesar de los logros, persisten desafíos fundamentales para asegurar la sostenibilidad de la eliminación. El programa requiere mayor integración con sectores como ambiente, particularmente en la vigilancia de eventos zoonóticos incluida rabia en mamíferos silvestres de la ciudad, así como la gestión para fortalecer la vigilancia activa que se ha venido desarrollando con la inclusión de muestras provenientes de este tipo de animales. También se debe con este sector abordar el fortalecimiento en la coordinación de las acciones complementarias llevadas a cabo en el marco de la atención a fauna doméstica, que realizan y que pudieran servir como insumo o facilitador para la prevención y vigilancia de la rabia.

De igual forma se debe fortalecer con el sector agricultura el flujo de la información relacionada con la identificación y seguimiento de los animales que se encuentran en explotaciones productivas en la ciudad, particularmente en las zonas rurales.

Aunque juntamente con la Dirección de Provisión de Servicios de Salud se ha venido trabajando conjuntamente la implementación de la RIA de zoonosis con las EAPB y UPGD de la ciudad, se debe fortalecer la continuidad y permanencia de estas acciones por parte de dicha dependencia, para poder continuar abordando integralmente a los actores del SGSSS.

Aunque la vacunación antirrábica canina y felina ha sido la estrategia que más fortalecida se ha visto en el marco de la implementación del programa, es claro que su fortalecimiento debe ser continuo, permitiendo así mejorar la adherencia de los tutores de animales a la vacunación antirrábica anual, necesaria para asegurar la no transmisión de la enfermedad.

Finalmente se debe hacer un fortalecimiento de la capacidad operativa de la Secretaría de Salud en particular con relación al manejo de animales agresores y su captura en vía pública,

para así poder fortalecer la gestión relacionada con el seguimiento y observación de caninos y felinos agresores que se encuentran en vía pública. De igual forma se deben protocolizar legalmente las acciones de retiro y captura de esos animales considerando los factores normativos y éticos que esto conlleva.

La vigilancia podría verse afectada por limitaciones presupuestales, rotación de personal y variabilidad en la notificación de agresiones. La dinámica urbana de Bogotá, marcada por migración interna e internacional, impone desafíos adicionales para garantizar que todos los animales ingresen al sistema de vacunación. Finalmente, el cumplimiento de los requisitos técnicos de la OPS para la certificación exige fortalecer la trazabilidad, la documentación y la articulación intersectorial.

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para alcanzar la certificación de eliminación de rabia humana transmitida por perro, Bogotá requiere sostener las estrategias de vigilancia epidemiológica, prevención y control de riesgo que se han venido implementando; además deberá fortalecer aquellas actividades que en el marco del plan de acción presentado por la OPS para eliminación de esta enfermedad no ha podido implementar o no se han podido implementar en su totalidad.

Desde el ámbito técnico, es indispensable mantener coberturas de vacunación superiores al 80 % en perros, garantizar la capacidad diagnóstica del laboratorio y fortalecer los sistemas de análisis de datos. En lo programático, se necesita asegurar la continuidad de las campañas masivas, la capacitación del talento humano y la respuesta rápida ante eventos sospechosos.

En lo comunitario, la ciudad debe profundizar su trabajo en tenencia responsable, educación sobre prevención de agresiones y comunicación del riesgo.

En lo intersectorial, es fundamental una coordinación estable con entidades de ambiente, agricultura, integración social, gobierno y educación, que permita abordar las condiciones que facilitan la reintroducción viral.

Finalmente, para avanzar hacia la certificación OPS, Bogotá debe consolidar procesos estandarizados de documentación, evidencias de vigilancia sostenida y mecanismos financieros que garanticen la continuidad de las acciones a largo plazo.

Lepra (Enfermedad de Hansen)

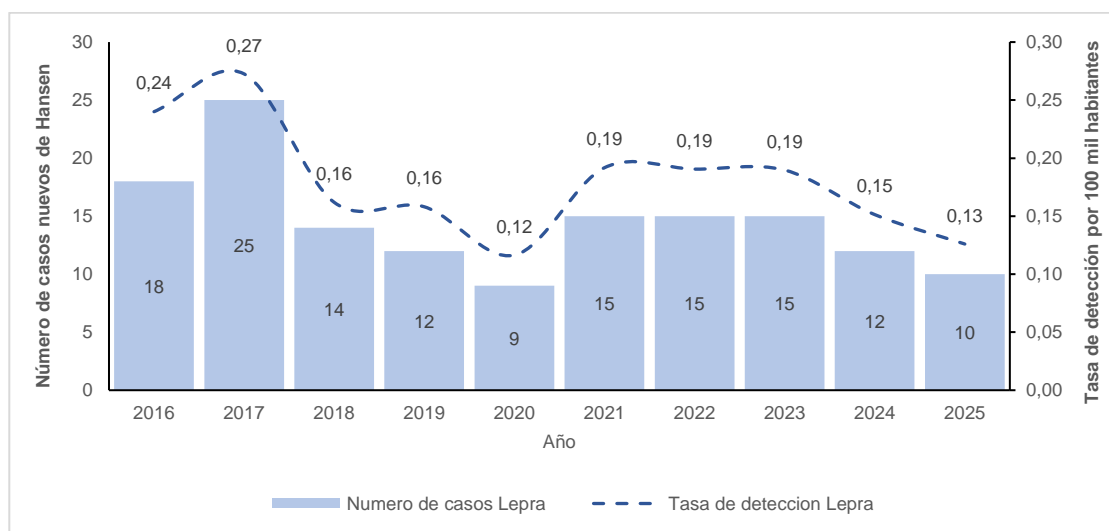
1. Situación epidemiológica

Durante los últimos diez años, la lepra en Bogotá D.C. ha presentado un comportamiento epidemiológico de baja incidencia y tendencia estable, con tasas inferiores a 1 caso por 100.000 habitantes, en concordancia con las estrategias distritales y nacionales orientadas a su control y eliminación como problema de salud pública.

De acuerdo con la notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), en el año 2025 se reportaron 10 casos, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 0,13 casos por 100.000 habitantes. Al comparar con el mismo periodo epidemiológico del año anterior, se evidencia una reducción del 13,3%, dado que en 2024 se registró una tasa de 0,15 casos por 100.000 habitantes. El comportamiento durante la última década ha sido fluctuante, con tasas

que oscilaron entre 0,16 y 0,27 casos por 100.000 habitantes. Entre los años 2021 y 2023, la tasa se mantuvo estable en 0,19 casos por 100.000 habitantes, mientras que 2017 fue el año con mayor número de casos diagnosticados (25 casos), con una tasa de 0,27 casos por 100.000 habitantes. Por otra parte, el 2020 registró el menor número de casos detectados, situación atribuible al impacto de la pandemia por COVID-19 sobre los procesos de búsqueda activa, diagnóstico oportuno y notificación. El análisis del comportamiento evidencia que, pese a la baja carga de la enfermedad en la ciudad, persiste una transmisión activa, lo que indica la necesidad de fortalecer las acciones de búsqueda activa de casos, vigilancia comunitaria y seguimiento sistemático de contactos, con el fin de interrumpir la cadena de transmisión y avanzar en la eliminación de la lepra como evento de interés en salud pública en Bogotá.

Grafica. Número de casos y tasa de incidencia de Lepra en Bogotá D.C, 2016 – 2025 (Preliminar)



Fuente: sivigila evento 450; 2016- 2025 (Preliminar)

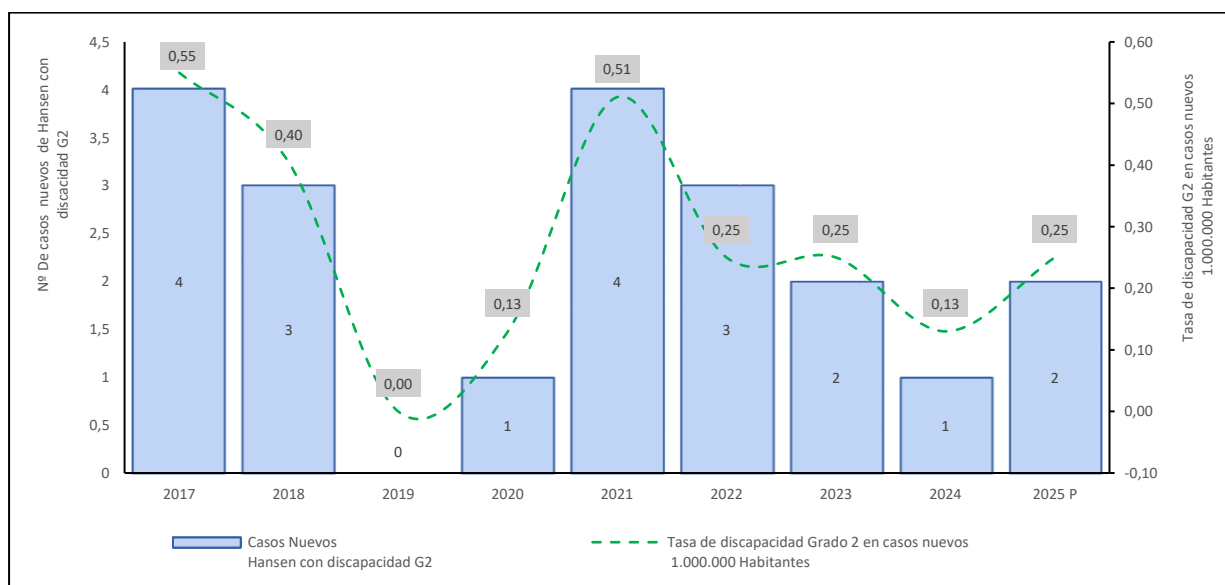
En relación con la clasificación clínica y el ingreso a tratamiento, entre 2016 y 2025 se observó un predominio constante de la lepra multibacilar (MB) entre los casos nuevos, situación que se ha mantenido de forma similar a lo largo de los últimos años. Este comportamiento sugiere diagnósticos en etapas clínicas avanzadas, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la detección temprana de la enfermedad.

En relación con la discapacidad de grado II en los casos nuevos de lepra (enfermedad de Hansen), el análisis del comportamiento evidencia tasas bajas y un desempeño favorable del Distrito Capital frente a los estándares nacionales.

Durante el periodo 2017–2025 se mantiene la notificación de casos de lepra con discapacidad grado II; sin embargo, el número de casos por año ha sido reducido, con un máximo de cuatro casos anuales. Los años con mayores tasas fueron 2017 y 2021, con valores entre 0,51 y 0,55 casos por 1.000.000 de habitantes, mientras que en 2019 no se registraron casos con este grado de discapacidad.

Bogotá ha cumplido de manera sostenida la meta de mantener la discapacidad por lepra en menos de 1 caso por 1.000.000 de habitantes, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Lepra. No obstante, la ocurrencia persistente de casos con discapacidad grado II refleja la presencia de diagnósticos tardíos y un seguimiento inoportuno de los contactos estrechos, los cuales deben mantenerse bajo vigilancia por un periodo aproximado de diez años, dependiendo de la clasificación clínica inicial del caso índice (paucibacilar o multibacilar). En este contexto, se hace necesario continuar fortaleciendo las acciones de búsqueda activa de casos dentro de los contactos estrechos, la capacitación del talento humano en salud para el reconocimiento temprano de signos y síntomas.

Grafica. Tasa de discapacidad grado II en casos nuevos de Lepra en Bogotá D.C, 2017 -2025 (preliminar)



Fuente: sivigila evento 450; 2016- 2025 (Preliminar)

La lepra en Bogotá, presenta una baja incidencia y una tendencia estable durante la última década, el análisis epidemiológico evidencia que la transmisión persiste de manera activa en la ciudad. La notificación continua de casos, el predominio sostenido de formas clínicas multibacilares y la ocurrencia de casos con discapacidad grado II indican la presencia de diagnósticos tardíos y brechas en la detección temprana y en el seguimiento de contactos. Esto demuestra que la lepra no ha sido eliminada como problema de salud pública en el Distrito Capital y que, requiere fortalecer las acciones específicas de control, existe el riesgo de mantener cadenas de transmisión ocultas y de generar discapacidad prevenible.

2. Brechas críticas por determinantes sociales

La persistencia de la lepra está profundamente vinculada a desigualdades sociales, económicas y territoriales. Muchas personas afectadas viven en condiciones de pobreza, subempleo y movilidad laboral, lo cual dificulta la identificación temprana de signos y síntomas. El estigma asociado a la enfermedad continúa siendo un determinante transversal que afecta la búsqueda de atención, alimenta el miedo y retrasa la consulta. Adicionalmente, la migración reciente, incluyendo personas en situación irregular, representa un desafío para la continuidad del tratamiento y para la investigación de contactos, especialmente cuando existen barreras

administrativas o de aseguramiento. La baja percepción del riesgo entre profesionales de salud, que en muchos casos no reconocen las manifestaciones clínicas iniciales, constituye también una brecha estructural que impacta negativamente el diagnóstico oportuno. Estos factores muestran que la lepra sigue siendo un evento sensible a determinantes sociales y culturales que requieren una respuesta más integral.

3. Capacidades actuales del programa

Bogotá cuenta con un Programa Distrital de Eliminación de la Lepra con componentes consolidados que sirven como base para avanzar hacia la eliminación. El Distrito dispone de un equipo técnico capacitado, participa en espacios de formación como el Curso Virtual TB–Lepra, y mantiene un Comité de Casos Especiales que analiza situaciones complejas y orienta decisiones clínicas y programáticas. El seguimiento personalizado caso a caso constituye un pilar fuerte del programa, que permite acompañar a los pacientes durante todo el tratamiento. Además, la ciudad articula acciones con el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, lo cual es especialmente importante para garantizar acceso a atención especializada, incluso para población migrante no asegurada. Sin embargo, estas capacidades aún requieren ampliación para cubrir las brechas existentes en detección, convivencia examinada y sensibilización del talento humano en salud

4. Logros y aceleradores existentes

Entre los logros más relevantes se encuentra el fortalecimiento del equipo técnico distrital y la existencia de herramientas educativas y clínicas que han permitido mejorar la calidad del diagnóstico y del seguimiento. La articulación con instituciones nacionales, el acceso a subsidios para pacientes afectados por lepra y la disponibilidad de tratamientos gratuitos son elementos que facilitan la adherencia y reducen barreras económicas. Del mismo modo, la implementación de la ruta de atención de Hansen y la oferta de capacitación continua al talento humano han permitido estandarizar procedimientos y fortalecer la capacidad resolutive de los servicios. Estos avances constituyen aceleradores para avanzar hacia la eliminación, en la medida en que consolidan una base técnica capaz de detectar, tratar y cerrar adecuadamente los casos.

5. Debilidades y desafíos

A pesar de los avances, persisten desafíos significativos. El programa enfrenta una ausencia de lineamientos nacionales actualizados, lo cual dificulta la armonización de acciones territoriales y la definición de metas operativas. El bajo porcentaje de convivientes examinados sigue siendo una de las principales debilidades, ya que la detección de contactos es esencial para cortar la transmisión. Las EAPB muestran un compromiso variable en el seguimiento y la búsqueda de contactos, lo cual genera inequidades en el acceso y continuidad del cuidado. Además, persiste una baja sensibilización del talento humano en reconocer la sintomatología temprana, lo cual contribuye al diagnóstico tardío y a la aparición de discapacidad. Finalmente, el estigma asociado a la enfermedad continúa siendo un obstáculo para la consulta temprana y para la participación comunitaria en estrategias de prevención y seguimiento

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para avanzar hacia la eliminación, Bogotá requiere fortalecer simultáneamente aspectos técnicos, programáticos, comunitarios e intersectoriales. Es necesario mejorar la capacidad diagnóstica de primer nivel, promover la sospecha clínica entre profesionales de salud, y garantizar que todos los convivientes y contactos sean examinados de manera oportuna. A

nivel programático, se requiere profundizar el seguimiento individualizado, mejorar la articulación con EAPB y fortalecer los sistemas de información para garantizar la trazabilidad completa del caso. En lo comunitario, es indispensable trabajar en la reducción del estigma, la educación sobre signos tempranos y la promoción de rutas de atención accesibles. En lo intersectorial, se requiere coordinación con instituciones responsables de migración, protección social, inclusión laboral y derechos humanos, especialmente para garantizar el acceso continuo a tratamiento en poblaciones móviles. Finalmente, se necesitan lineamientos nacionales y distritales actualizados que definan metas claras, responsabilidades y mecanismos de evaluación que permitan orientar con precisión la hoja de ruta hacia la eliminación.

Sífilis congénita

1. Situación epidemiológica

La sífilis congénita continúa siendo un desafío crítico para la salud materno-perinatal en Bogotá, a pesar de los avances en tamizaje gestacional y en el fortalecimiento de los lineamientos nacionales. En los últimos años, la ciudad ha mostrado variaciones en la incidencia, con periodos de reducción seguidos de incrementos asociados a brechas en el diagnóstico oportuno, la captación temprana del embarazo y la adherencia al manejo de sífilis gestacional. Los datos recientes muestran que Bogotá aún no alcanza la meta de $\leq 0,5$ casos por 1.000 nacidos vivos, umbral definido por OPS para avanzar hacia la eliminación, y persisten diferencias importantes entre localidades y entre aseguradoras. La proporción de madres que llegan al parto sin aplicación de pruebas rápidas en su gestación, así como casos de diagnóstico tardío en el tercer trimestre, contribuye a la transmisión vertical. En conjunto, estas tendencias reflejan que, aunque existe una plataforma programática sólida, la ciudad aún presenta transmisión prevenible, lo cual exige intervenciones aceleradas y articuladas.

De acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la sífilis congénita en los últimos diez años, se evidencia una disminución sostenida tanto en los casos como en la incidencia. Durante el periodo 2015–2025 se observa una disminución progresiva de la población base, nacidos vivos y muertes fetales que pasa de 103.778 en 2015 a 51.343 en 2025p, lo que representa una reducción cercana al 50%. Este descenso poblacional tiene un impacto directo en el cálculo de la tasa de incidencia y debe ser considerado para la correcta interpretación de las tendencias.

A pesar de esta reducción poblacional (NV+MF), entre 2018 y 2020 se evidencia un incremento marcado de la incidencia, lo que indica que el aumento del evento no obedece únicamente a cambios demográficos, sino a fallas estructurales en la prevención, detección y tratamiento oportuno de la sífilis durante la gestación.

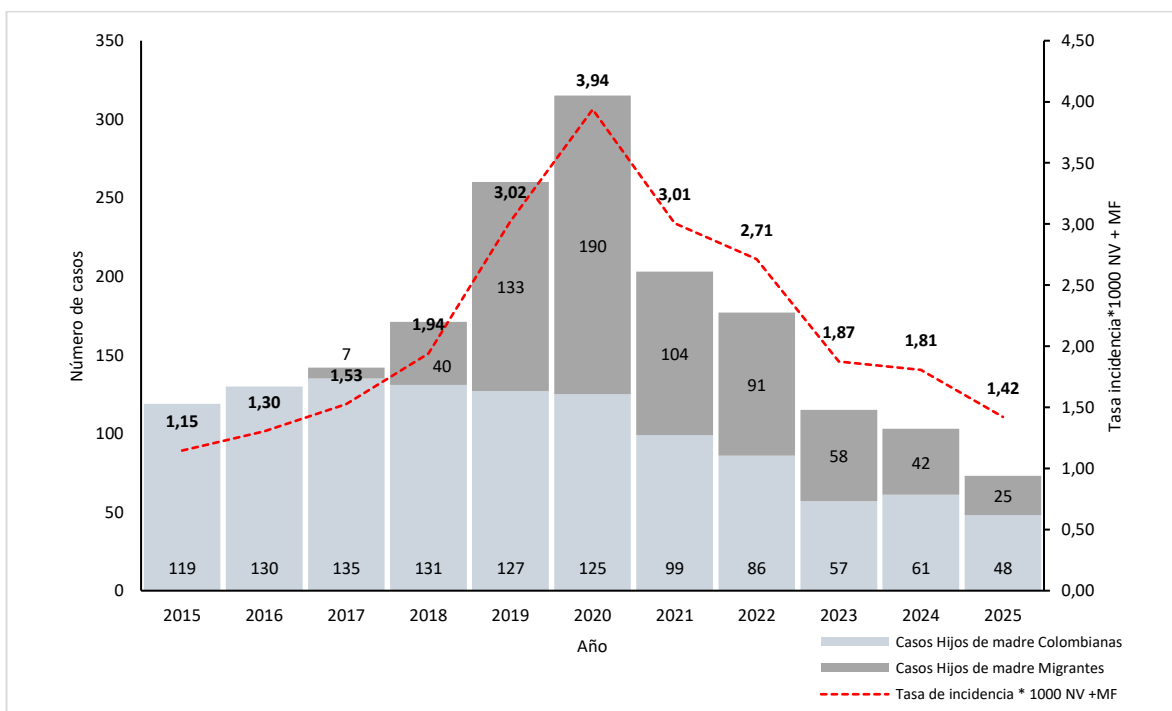
Entre 2015 y 2018, los casos en hijos de madres colombianas se mantienen relativamente estables (entre 119 y 135 casos), con un incremento gradual de la tasa de incidencia de 1,15 a 1,94 por 1.000 NV+MF. Este comportamiento sugiere una transmisión persistente asociada a brechas en la captación temprana del embarazo y en la calidad del control prenatal.

Entre 2019 y 2020 se observa una marcada concentración del impacto epidemiológico, reflejada tanto en el incremento del número total de casos como en el aumento de la incidencia, que alcanza su máximo en 2020 (3,94 por 1.000 NV+MF). Este pico se explica, en gran medida, por el aumento sustancial de los casos en hijos e hijas de madres migrantes, que pasaron de 40 en 2018 a 190 en 2020, configurándose como el principal determinante del incremento observado.

Este comportamiento no puede interpretarse de forma aislada, sino en el marco de un contexto de alta movilidad poblacional y de disrupción significativa de los servicios de salud durante la pandemia por COVID-19, que profundizó brechas preexistentes de acceso al control prenatal temprano, limitó la realización oportuna y repetida del tamizaje durante la gestación y restringió el inicio oportuno y completo del tratamiento en mujeres gestantes, especialmente en población con barreras administrativas, sociales y de aseguramiento.

A partir de 2021, se evidencia un descenso sostenido tanto en los casos como en la tasa de incidencia, que pasa de 3,01 en 2021 a 1,42 en 2025p. Esta reducción se observa tanto en hijos de madres colombianas (de 99 a 48 casos) como en hijos de madres migrantes (de 104 a 25 casos), lo que sugiere un efecto positivo de las acciones de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, la respuesta programática y la implementación progresiva de la estrategia ETMI-Plus. No obstante, aunque la tendencia es favorable, la incidencia en 2025 (1,42 por 1.000 NV+MF) continúa por encima del umbral de eliminación (<0,5 por 1.000 NV) definido por la OPS, lo que confirma que la sífilis congénita sigue representando un problema de salud pública. Sin embargo, Bogotá logra cumplir con la meta planteada en el Plan Territorial de Salud 2024-2027: tener menos de 2 casos por cada 1000 nacidos vivos más muertes fetales.

Gráfica 2. Casos e incidencia de sífilis congénita 2015 - noviembre 2025. Bogotá D.C



Fuente: Bases finales SIVIGILA evento 740 2015 - 2024 y base preliminar SIVIGILA evento 740 a corte semana 48 epidemiológica. Base Dane 2020 -2024 Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- Publicados 15-1-2025 y Base 2025 Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 12-2025

Con corte preliminar a noviembre de 2025, se han notificado 73 casos de sífilis congénita, lo que corresponde a una incidencia acumulada de 1,42 casos por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales (NV + MF). Este comportamiento representa una reducción del 24,74 % en el

número de casos (24 casos menos) frente al mismo periodo de 2024, cuando se notificaron 97 casos. Se evidencia una disminución de la tasa de incidencia entre 2024 y 2025, al pasar de 1,9 a 1,42 casos por cada 1.000 NV + MF, respectivamente.

Es importante resaltar que, en 2025, la población extranjera representa el 24,7 % de los casos notificados (n = 25). En cuanto a la afiliación al sistema de salud, el 37,0 % de las madres (n = 27) pertenecía al régimen subsidiado, mientras que el 27,4 % (n = 20) no contaba con afiliación al SGSSS.

Del total de casos reportados, el 41,1 % (n = 30) correspondió a madres sin control prenatal, lo que evidencia una barrera de acceso y seguimiento durante la gestación. Adicionalmente, el 17,8 % (n = 13) de los casos se clasificó como reinfección materna, lo que señala debilidades en la adherencia al tratamiento, el seguimiento serológico y el manejo de contactos.

Finalmente, el 78,1 % de los casos (n = 57) se notificó por nexo epidemiológico, asociado a gestantes que recibieron tratamiento con penicilina en un periodo menor a 30 días antes del parto, situación que constituye un factor determinante para la ocurrencia de sífilis congénita y resalta la necesidad de tamizar e iniciar tratamiento oportuno, idealmente con al menos 30 días de antelación al parto, conforme a los lineamientos vigentes.

2. Brechas críticas por determinantes sociales

La transmisión vertical de la sífilis está profundamente condicionada por los determinantes sociales de la salud, en particular aquellos que inciden en el acceso oportuno al control prenatal y al tratamiento adecuado durante la gestación. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza, migración, inseguridad residencial o que enfrentan barreras administrativas para el aseguramiento en salud presentan mayores dificultades para ingresar tempranamente a los servicios de salud. Estas condiciones no suelen presentarse de manera aislada, sino que se superponen y potencian entre sí, configurando brechas estructurales persistentes.

Desde el nivel estructural, uno de los determinantes más relevantes ha sido la migración internacional, principalmente de población venezolana en los últimos años. En este contexto, los hijos e hijas de mujeres migrantes de este país llegaron a representar más del 50 % de los casos de sífilis congénita en la ciudad. Esta situación se vio agudizada por las dificultades en el acceso a los servicios de salud, asociadas a la irregularidad del estatus migratorio, el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud colombiano y las condiciones de pobreza en las que habita una parte significativa de esta población. Si bien esta proporción ha disminuido de manera importante, a noviembre de 2025 la población migrante aún aporta el 34,2 % de los casos, lo que evidencia una brecha que, aunque en reducción, continúa siendo crítica.

En relación con la posición socioeconómica, la mayoría de las gestantes afectadas pertenecen a los estratos 1 y 2, están afiliadas al régimen subsidiado o corresponden a población no asegurada. Residen principalmente en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Bosa, Suba y San Cristóbal. Vivir en localidades del sur y centro de la ciudad, muchas de ellas ubicadas en zonas periféricas, condiciona de manera significativa el acceso a unidades de atención en salud, así como la capacidad económica para movilizarse y acceder de forma oportuna a los servicios, especialmente durante las primeras etapas de la gestación.

La ocupación constituye otro determinante relevante en la ocurrencia de la sífilis congénita. Se trata mayoritariamente de mujeres que se desempeñan como amas de casa, trabajadoras independientes o vinculadas al sector informal. Estas condiciones laborales influyen tanto en la

percepción del riesgo como en la posibilidad real de acceder tempranamente a los servicios de salud, dadas las limitaciones de tiempo, ingresos inestables y ausencia de protección social.

Un elemento central que configura una brecha crítica es el género. Aunque la gestante reciba el tratamiento adecuado, la no atención de sus contactos sexuales incrementa el riesgo de reinfección durante el embarazo. Esta situación, lejos de ser excepcional, está atravesada por relaciones de poder desiguales, desigualdad de género e incluso contextos de violencia, lo que evidencia que la prevención de la sífilis congénita no depende exclusivamente de la mujer, sino de condiciones relacionales y sociales más amplias que deben ser abordadas de manera integral.

Entre los determinantes intermedios, el sistema de salud desempeña un papel fundamental. Las circunstancias materiales y los factores conductuales condicionan el acceso efectivo a los servicios. En población colombiana, por ejemplo, los procesos de portabilidad del aseguramiento cuando se presentan cambios de residencia no siempre se realizan de manera oportuna, lo que restringe el acceso a consultas, retrasa la captación temprana de la gestación y limita la realización del tamizaje oportuno para sífilis.

Adicionalmente, persisten brechas culturales y educativas relacionadas con la comprensión de la importancia del tamizaje, la detección temprana de infecciones de transmisión sexual y la necesidad de completar el tratamiento, incluyendo a la pareja sexual. Estos factores, sumados a la desigual distribución de los servicios diagnósticos, la fragmentación del aseguramiento y las barreras administrativas, explican por qué la sífilis congénita continúa siendo un evento que refleja de manera clara las inequidades estructurales presentes en contextos urbanos como Bogotá.

3. Capacidades actuales del programa

En el nivel normativo, el Distrito se alinea con los lineamientos nacionales que establecen pruebas serológicas en el primer y tercer trimestre, tratamiento inmediato al diagnóstico y seguimiento clínico del recién nacido expuesto. El programa cuenta con mecanismos de articulación entre SDS, Subredes y EAPB para la gestión de casos y la revisión de barreras. Sin embargo, estas capacidades, aunque robustas en el papel, requieren mayor uniformidad entre instituciones y fortalecimiento de la trazabilidad materno-perinatal para evitar retrasos en la detección y el tratamiento.

Bogotá cuenta con un andamiaje programático sólido para la vigilancia, prevención y atención de la sífilis gestacional y congénita. La ciudad ha integrado el uso de pruebas rápidas como herramienta clave para mejorar la oportunidad diagnóstica, especialmente en el control prenatal inicial. Las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ), el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y los equipos de más bienestar en tu hogar realizan seguimiento a todos los casos de sífilis gestacional y congénita.

Adicional a lo anterior se generó El Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita en Bogotá 2025–2027, el cual se configura como una estrategia integral orientada a reducir de manera sostenida la transmisión vertical de la sífilis en la ciudad. El plan ha sido construido de forma conjunta entre distintas dependencias, a partir de la identificación de brechas críticas y nudos problemáticos. Si bien el plan se encuentra aún en proceso de estructuración y ajuste, varias de las acciones definidas ya se encuentran en implementación.

El plan se estructura en tres ejes estratégicos, que articulan acciones orientadas a la detección temprana, el tratamiento oportuno y la prevención integral de la sífilis congénita.

El primer eje, Tamizaje y diagnóstico oportuno, concentra acciones dirigidas a garantizar el acceso oportuno a las pruebas rápidas de sífilis en personas gestantes durante el embarazo y en población general, así como el adecuado procesamiento y reporte de los resultados dentro de los tiempos establecidos normativamente. Este eje prioriza el fortalecimiento de las estrategias de identificación, captación y acceso temprano de la población gestante a los servicios de atención materno-perinatal, con énfasis en poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad, como personas migrantes, habitantes de calle y personas con consumo de sustancias psicoactivas. Adicionalmente, contempla el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud en relación con el tamizaje y el diagnóstico oportuno de la sífilis.

El segundo eje, Acceso al tratamiento efectivo y oportuno, está orientado a garantizar, por parte de las EAPB, las IPS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud —en particular para población no regularizada—, la aplicación del 100 % del tratamiento indicado tras una prueba rápida positiva para sífilis en personas gestantes durante el embarazo, asegurando su administración inmediata y con más de 30 días de antelación al parto, así como en población general. Este eje también busca fortalecer la atención integral de los casos, incorporando de manera sistemática el diagnóstico y tratamiento de la pareja sexual en situaciones de sífilis gestacional, como una estrategia clave para prevenir la reinfección y cortar la cadena de transmisión.

El tercer eje, prevención, promoción y comunicación, tiene como propósito incidir sobre los factores sociales y conductuales que influyen en la transmisión de la sífilis. En este sentido, se priorizan acciones orientadas a mejorar la percepción de riesgo frente a la infección por sífilis, reducir la estigmatización y cerrar brechas de conocimiento en población general, con especial énfasis en hombres. Asimismo, este eje contempla acciones para facilitar y orientar los procesos de portabilidad en el marco de la prestación de servicios de salud ante cambios de residencia dentro del país. Finalmente, se busca fortalecer la divulgación del conocimiento sobre la sífilis gestacional y congénita mediante la generación, el análisis y la difusión de información estratégica que apoye la toma de decisiones y la mejora continua de las intervenciones en salud pública.

4. Logros y aceleradores existentes

El Distrito ha logrado avances significativos que fortalecen de manera sostenida el camino hacia la eliminación de la sífilis gestacional y congénita. Entre los principales logros se destaca la ampliación del acceso a pruebas rápidas, la consolidación de la vigilancia en gestantes y recién nacidos y el incremento de la proporción de mujeres diagnosticadas y tratadas oportunamente durante el embarazo. De igual manera, las acciones territoriales de seguimiento, especialmente en el marco del PSPIC, han permitido intensificar la gestión caso a caso y mejorar la coordinación con las EAPB para asegurar el tratamiento tanto de la gestante como de su pareja. El fortalecimiento de las rutas maternas y la concientización sobre la aplicación de la prueba rápida en el primer control prenatal han contribuido a una mejor detección.

En el ámbito normativo, la Circular 031 de 2020 de la Secretaría Distrital de Salud constituye un logro significativo, al establecer la intensificación de acciones de implementación inmediata para eliminar la transmisión materno infantil de sífilis en Bogotá. Este instrumento ha permitido orientar de manera más clara la actuación de los actores del sistema de salud en la ciudad. De forma complementaria, la Resolución 943 de 2025 de Bogotá representa un acelerador clave, al actualizar y fortalecer las disposiciones distritales relacionadas con la atención integral de la gestante y el recién nacido, incorporando de manera explícita acciones dirigidas a la

prevención, control y eliminación de la sífilis congénita, en coherencia con los compromisos distritales en salud materno-infantil.

Adicionalmente, desde la Secretaría Distrital de Salud, en noviembre de 2025 se suscribió un contrato con las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, que constituye un avance operativo estratégico. En este contrato se establece, entre otros servicios, la garantía de la atención integral a la población migrante irregular, incluyendo la atención específica de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas la sífilis. Este hecho representa un acelerador relevante para el cierre de brechas de acceso en una población históricamente vulnerable y con alta contribución a la carga del evento en la ciudad.

En conjunto, la existencia de lineamientos normativos claros, el fortalecimiento de las acciones territoriales y el compromiso institucional constituyen aceleradores clave que, si se amplían, sistematizan y sostienen en el tiempo, pueden impulsar cambios significativos hacia la eliminación de la sífilis congénita en Bogotá.

5. Debilidades y desafíos

Persisten desafíos estructurales que limitan el avance hacia la eliminación. La captación tardía del embarazo continúa siendo uno de los factores más determinantes en la transmisión materno infantil, con mayor impacto en mujeres migrantes, adolescentes y gestantes en contextos de vulnerabilidad social, lo que reduce la oportunidad para una tamización, diagnóstico y tratamiento oportunos. Se evidencian brechas en la calidad y oportunidad del control prenatal, particularmente en la realización sistemática de pruebas treponémicas y no treponémicas en los momentos definidos por la norma, así como retrasos en el inicio del tratamiento con penicilina, situaciones que incrementan el riesgo de transmisión vertical. De manera persistente, la baja adherencia al tratamiento oportuno de la pareja sexual constituye una limitante clave para interrumpir la cadena de transmisión y prevenir la reinfección materna.

Adicionalmente, se observan diferencias en la capacidad de gestión entre EAPB, tanto en el aseguramiento del tratamiento completo de la gestante como el seguimiento clínico y serológico de los recién nacidos expuestos, lo que genera heterogeneidad en la respuesta. La falta de información completa y oportunidad variable de la información reportada, sumada a la capacidad desigual de las instituciones para realizar seguimiento domiciliario y comunitario, dificultan la trazabilidad integral de los casos y la clasificación oportuna del evento.

Estos desafíos señalan la necesidad de fortalecer de manera integral el sistema materno-perinatal, mediante un enfoque Inter programático e intersectorial y diferencial, que articule la vigilancia en salud pública, la atención clínica, el aseguramiento, la respuesta comunitaria y las estrategias de eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-Plus).

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para avanzar de manera sostenida hacia la eliminación de la sífilis gestacional y la sífilis congénita, Bogotá debe fortalecer de forma articulada y simultánea los componentes clínicos, programáticos, comunitarios e intersectoriales, bajo un enfoque de derecho, equidad y curso de vida. Desde el componente técnico-clínico, es indispensable garantizar la disponibilidad permanente de pruebas rápidas y confirmatorias en todos los puntos de atención, asegurar la confirmación diagnóstica oportuna y estandarizar la gestión integral de casos en gestantes y recién nacidos, de acuerdo con la normatividad vigente y los lineamientos nacionales y distritales.

En el ámbito programático, se requiere fortalecer la captación temprana del embarazo, asegurar el inicio inmediato y finalización del tratamiento con penicilina en gestantes diagnosticadas, así como el tratamiento oportuno de las parejas sexuales y consolidar la trazabilidad materno-perinatal que permita el seguimiento continuo desde la gestación hasta el periodo neonatal.

Desde el componente comunitario, resulta prioritario ampliar y fortalecer las acciones de educación en salud sexual y reproductiva, reducir barreras culturales, sociales y de estigmatización y mejorar el acompañamiento psicosocial a gestantes en condiciones de vulnerabilidad, incluyendo población migrante, adolescentes y mujeres con consumo de sustancias psicoactivas o en situación de calle.

En el nivel intersectorial, se hace necesaria una coordinación efectiva con el sector de educación, integración social, migración y programas de protección familiar, con el fin de abordar los determinantes sociales que condicionan la oportunidad del acceso oportuno al control prenatal, la continuidad del cuidado y la adherencia al tratamiento.

Finalmente, para alcanzar y sostener los estándares de eliminación definidos por la OPS, Bogotá debe consolidar mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación, que permitan demostrar una reducción sostenida de la incidencia, el cierre de brechas de inequidad y acceso efectivo y equitativo a las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento en toda la población.

Tuberculosis

1. Situación epidemiológica

La tuberculosis continúa representando uno de los principales retos de salud pública en Bogotá, con una contribución sostenida a la carga nacional de enfermedad. En 2024 se notificaron 18 011 casos nuevos en Colombia, con una tasa de 34,18 por 100 000 habitantes, y Bogotá aportó alrededor del 7 % del total nacional, manteniéndose como una de las ciudades con mayor carga del país.

En los últimos años, la ciudad ha registrado un incremento en la detección asociado a la expansión del diagnóstico molecular y a estrategias activas de búsqueda, pero persisten brechas en oportunidad diagnóstica, continuidad del tratamiento y distribución desigual de casos entre localidades. La TB farmacorresistente continúa circulando en la ciudad y exige una respuesta técnica más sólida, mientras que la mortalidad, aunque en descenso, aún refleja retrasos en el acceso y factores sociales que perpetúan el riesgo. En conjunto, Bogotá se encuentra en un escenario de control progresivo, pero aún distante de los niveles de transmisión compatibles con la eliminación.

Tuberculosis sensible

Durante los últimos diez años, la tuberculosis en todas sus formas (TBTF) en Bogotá D. C. ha presentado una tendencia creciente, particularmente a partir del periodo posterior a la pandemia por COVID-19. Para el 2025 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 1.479 casos de TBTF. Al comparar la notificación de casos residentes en Bogotá con el mismo periodo epidemiológico de 2024, se observó una variación porcentual del 1,8%, correspondiente a un incremento de 62 casos.

El análisis de la incidencia de tuberculosis sensible, que incluye los casos nuevos y las recaídas, evidencia que en 2025 se alcanzó una tasa de 17,1 casos por 100.000 habitantes, configurándose como una de las más altas de los últimos cinco años, similar a la registrada en 2023 (17,2 casos por 100.000 habitantes). Este comportamiento representa un aumento significativo frente a los años previos, en los cuales se reportaron tasas inferiores: entre 2016 y 2019 se registraron valores entre 13,9 y 14,9 casos por 100.000 habitantes. Durante los años 2020 y 2021, considerados atípicos debido al impacto de la pandemia por COVID-19, se observaron tasas de 12,1 y 13,8 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. A partir de 2022 se evidencia un repunte sostenido en la incidencia, con tasas de 15,6 en 2022; 17,2 en 2023 y 16,8 en 2024, lo que confirma la persistencia de una carga elevada de la enfermedad en el Distrito Capital.

En relación con la **tuberculosis pulmonar**, que representa la forma clínica de mayor relevancia epidemiológica por su potencial de transmisión, durante 2025 se registró una tasa de 13,3 casos por 100.000 habitantes, muy cercana a la observada en 2023 (13,2 casos por 100.000 habitantes). Al comparar este comportamiento con el año inmediatamente anterior, se evidencia un incremento del 4,7% respecto a 2024, cuando se reportó una tasa de 12,7 casos por 100.000 habitantes. Este comportamiento confirma una tendencia ascendente que se ha mantenido desde 2019, con excepción del año 2020 y 2021, cuyo comportamiento atípico estuvo asociado a la pandemia por COVID-19 y no se considera representativo para el análisis de tendencia.

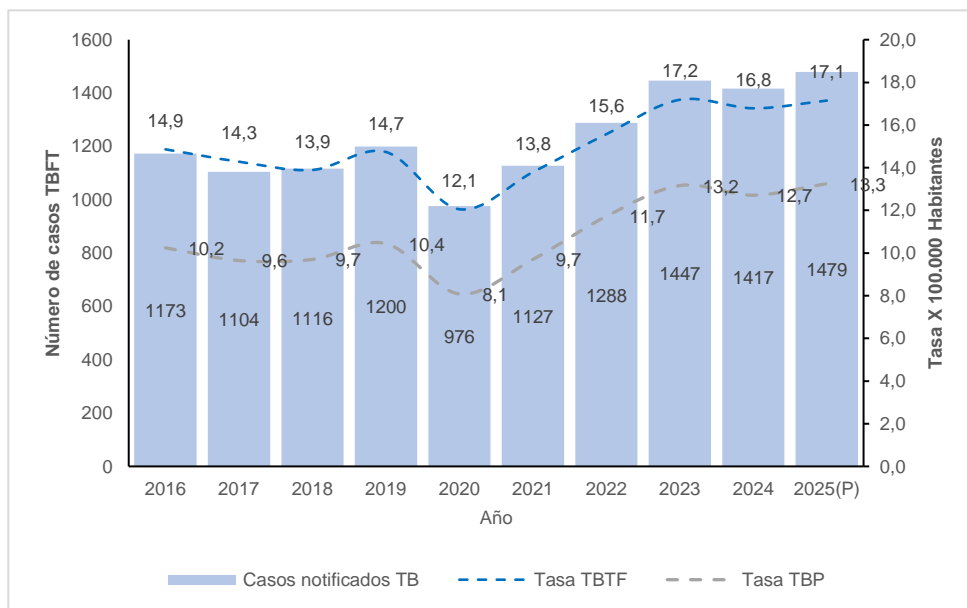
El incremento sostenido de las tasas de tuberculosis observado en los últimos años se atribuye, en gran medida, al fortalecimiento de la capacidad diagnóstica derivado de la implementación de los algoritmos establecidos en la Resolución 227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social. La incorporación del cultivo líquido y la prueba molecular como herramientas diagnósticas de rutina ha permitido mejorar la detección oportuna de casos, lo que se refleja en un aumento de la incidencia notificada y en una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica.

Desde el punto de vista territorial, el análisis de la tasa de incidencia de tuberculosis en 2024 según la localidad de residencia evidencia una distribución heterogénea del evento. Nueve localidades presentaron tasas superiores a la incidencia distrital, destacándose La Candelaria, Los Mártires y Santafé con las tasas más elevadas, seguidas por Antonio Nariño, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Kennedy. Este patrón territorial, consistente con lo observado en años previos, refleja la concentración de la carga de la enfermedad en localidades con mayores condiciones de vulnerabilidad social, alta densidad poblacional y barreras de acceso a los servicios de salud.

En conjunto, el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis en Bogotá D. C. durante los últimos cinco años evidencia una tendencia creciente, lo que refuerza la necesidad de mantener y fortalecer las acciones de vigilancia epidemiológica, búsqueda activa de casos, diagnóstico oportuno y abordaje integral de los determinantes sociales asociados a la transmisión de la enfermedad.

La tuberculosis pulmonar ha sido la forma clínica predominante durante todo el periodo analizado, representando cerca del 75–80 % de los casos, lo cual tiene importantes implicaciones epidemiológicas por su mayor capacidad de transmisión. Este comportamiento ha sido consistente en el tiempo y se ha visto reforzado por la implementación de algoritmos diagnósticos más sensibles, como la prueba molecular y el cultivo líquido.

Gráfica 3. Número de casos y tasa de incidencia de tuberculosis todas las formas y tuberculosis pulmonar en Bogotá D.C, 2016 – 2025 (Preliminar)



Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813. 2016 a 2025 (Preliminar)

Desde el punto de vista sociodemográfico, la tuberculosis ha afectado principalmente a hombres, quienes concentran alrededor del 65–70 % de los casos, así como a adultos jóvenes y personas mayores de 65 años. Un hallazgo relevante es que la mayoría de los casos notificados corresponden a casos nuevos, lo que evidencia transmisión activa y sostenida en la comunidad. Esta situación representa un reto para el control del evento y refuerza la necesidad de fortalecer las acciones de detección temprana y seguimiento de contactos.

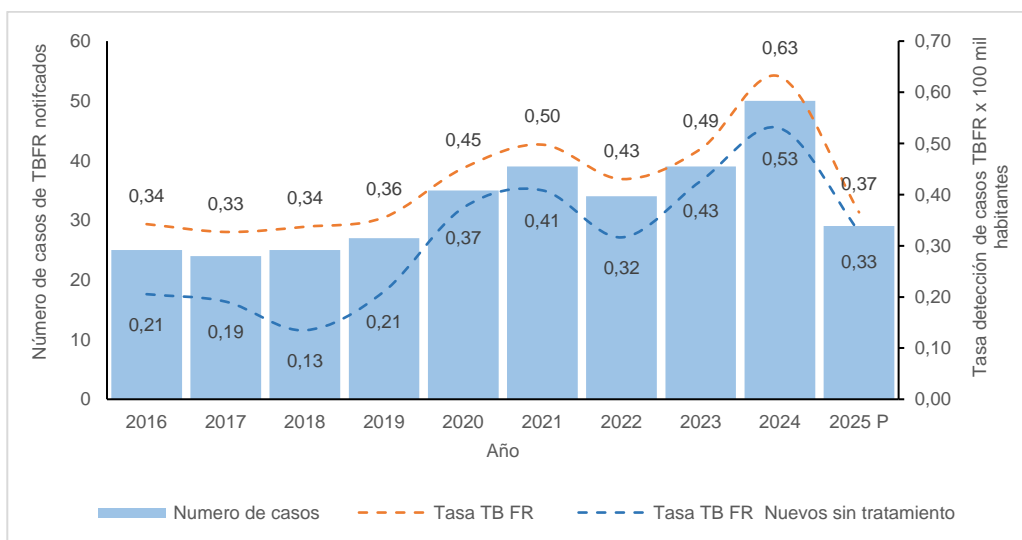
A lo largo de los últimos 10 años se ha identificado una alta carga de tuberculosis en poblaciones claves en condiciones de vulnerabilidad, especialmente en personas privadas de la libertad, población migrante, habitantes de calle y personas con coinfección TB/VIH. Estos grupos presentan mayores barreras de acceso a los servicios de salud, mayor riesgo de diagnóstico tardío y mayores probabilidades de desenlaces desfavorables. La coinfección TB/VIH se ha mantenido entre el 15 % y el 17 % de los casos notificados, constituyéndose en uno de los principales factores asociados a mortalidad y complicaciones clínicas, junto con comorbilidades como la desnutrición, la diabetes y la EPOC.

Tuberculosis Farmacorresistente

Durante los últimos diez años, la tuberculosis farmacorresistente (TBFR) en Bogotá D. C. ha presentado un comportamiento ascendente en la tasa de detección, particularmente a partir del año 2020. En dicho año se registró una tasa de 0,45 casos por 100.000 habitantes, la cual aumentó a 0,50 en 2021. Para 2022 se observó un leve descenso, con una tasa de 0,43 casos por 100.000 habitantes; sin embargo, esta reducción fue transitoria, dado que en 2023 la tasa volvió a incrementarse a 0,49, alcanzando en 2024 el valor más alto del quinquenio con 0,63 casos por 100.000 habitantes. Para 2025, como dato preliminar, se evidencia una reducción aproximada del 40%, con una tasa reportada de 0,37 casos por 100.000 habitantes.

El comportamiento observado entre 2020 y 2024 puede atribuirse, en parte, al fortalecimiento de la capacidad diagnóstica implementada a partir de 2020 en el Distrito Capital, especialmente mediante la ampliación del uso de pruebas moleculares rápidas, lo cual ha permitido una mayor identificación de casos con resistencia farmacológica y ha mejorado la oportunidad diagnóstica. Este incremento en la detección refleja no solo una mayor carga real de TBFR, sino también un efecto de mejor captación y clasificación de los casos previamente tratados.

Gráfica 4. Tendencia de la incidencia de los casos de tuberculosis resistente, Bogotá D.C, 2016-2025 (preliminar)



Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813; 2016 – 2025 (Preliminar)

De acuerdo con el comportamiento por localidades, durante 2024 se evidenció que aproximadamente dos terceras partes de las localidades de Bogotá notificaron al menos un caso de TBFR, manteniendo un patrón observado de manera similar en los últimos años. No obstante, la carga de la enfermedad se ha concentrado en un número reducido de localidades, lo que evidencia una distribución geográfica heterogénea. En 2024, el 65% de los casos se concentró en siete localidades, destacándose Bosa y Ciudad Bolívar como los territorios con mayor número de casos, seguidos por Kennedy, Suba, Santafé, Puente Aranda y Los Mártires. Las mayores tasas de incidencia se registraron en las localidades del centro y sur de la ciudad, lo que sugiere la persistencia de determinantes sociales y contextos de vulnerabilidad asociados a la transmisión de cepas resistentes.

En relación con la condición de ingreso, el análisis de los últimos cinco años muestra un predominio sostenido de casos clasificados como diagnóstico nuevo, situación que se mantiene en 2024, cuando el 84% de los casos correspondió a personas sin antecedente de tratamiento previo para tuberculosis. Este hallazgo es epidemiológicamente relevante, ya que sugiere la presencia de transmisión primaria de cepas resistentes, y no únicamente resistencia adquirida por fallas en la adherencia o en el tratamiento.

El análisis sociodemográfico del periodo evidencia que la TBFR ha afectado de manera predominante a personas adultas jóvenes, con mayor concentración de casos en los grupos de

edad entre los 25 y 39 años, patrón que se ha mantenido relativamente estable en los últimos años. Aunque históricamente se ha observado un mayor compromiso del sexo masculino, en 2024 la distribución por sexo mostró una mayor aproximación entre hombres y mujeres. En cuanto al aseguramiento, se identifica una afectación tanto del régimen contributivo como del subsidiado, así como la persistencia de casos en población no asegurada, lo que refleja inequidades en el acceso a la atención y posibles retrasos diagnósticos.

Respecto a los grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, durante el quinquenio se ha identificado de forma recurrente la presencia de TBFR en población migrante y en personas privadas de la libertad, lo cual se mantiene en 2025. Estos grupos presentan mayores barreras para el acceso oportuno a diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y constituyen poblaciones clave para la implementación de estrategias diferenciales de vigilancia y control.

Desde el punto de vista clínico y diagnóstico, en los últimos cinco años ha predominado de manera consistente la tuberculosis pulmonar, que en 2025 representa más del 89% de los casos, lo cual incrementa el riesgo de transmisión comunitaria. Asimismo, se evidencia un fortalecimiento sostenido de la confirmación por laboratorio, alcanzando proporciones cercanas al 100% en los años más recientes, lo que refleja una mejora significativa en la capacidad diagnóstica del sistema de salud.

En cuanto a las comorbilidades, el comportamiento observado en los últimos 5 años muestra una alta frecuencia de condiciones asociadas como la desnutrición, la EPOC y la diabetes, las cuales se mantienen como factores relevantes en los casos de TBFR. Aunque la coinfección TB/VIH y otras enfermedades crónicas se presentan en menor proporción, su presencia continua representando un riesgo adicional para desenlaces desfavorables y complejidad en el manejo clínico.

Finalmente, el análisis del perfil de resistencia durante los últimos cinco años evidencia cambios relevantes en los patrones de resistencia. En 2024 y 2025 se observó un incremento importante en la resistencia a isoniácida, consolidándose como el principal perfil de resistencia identificado, mientras que la resistencia a rifampicina y la tuberculosis multirresistente (MDR-TB) mostraron una disminución en comparación con 2023.

Análisis de mortalidad

En cuanto a la mortalidad por tuberculosis, esta se ha mantenido relativamente estable durante el periodo analizado, con tasas cercanas a 1–1,4 muertes por 100.000 habitantes y una letalidad alrededor del 6–7 %. Los fallecimientos se concentran principalmente en personas con coinfección TB/VIH, habitantes de calle y personas con múltiples determinantes sociales adversos, lo que evidencia que la mortalidad por TB está estrechamente relacionada con condiciones estructurales y barreras en el acceso y la continuidad de la atención.

Tabla 1. Tasa de mortalidad de tuberculosis por localidad de residencia en Bogotá D.C, durante los años 2016 -2024; 2025 (Preliminar).

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025 p	Tendencia
Usaquén	0,00	0,00	0,56	0,54	0,00	0,70	1,21	0,17	1,01	0,50	■ ■ ■ ■ ■
Chapinero	0,00	0,00	0,64	0,61	0,00	0,58	0,57	0,56	0,55	0,54	■ ■ ■ ■ ■
Santa Fe	1,95	2,91	2,89	2,83	0,93	2,78	3,72	4,64	1,85	2,78	■ ■ ■ ■ ■
San Cristóbal	1,31	1,05	1,04	1,53	0,50	1,25	0,99	0,98	0,73	1,46	■ ■ ■ ■ ■
Usme	0,56	0,56	0,28	0,80	1,56	1,53	1,50	1,47	1,45	1,89	■ ■ ■ ■ ■
Tunjuelito	1,76	1,17	0,00	0,57	1,12	1,67	1,65	1,64	2,17	1,07	■ ■ ■ ■ ■
Bosa	0,44	0,58	0,29	0,57	0,98	0,83	0,69	1,64	1,09	1,08	■ ■ ■ ■ ■
Kennedy	0,80	0,50	0,69	0,29	0,87	0,97	1,06	1,55	0,96	1,06	■ ■ ■ ■ ■
Fontibón	0,56	0,28	0,55	0,27	0,26	1,02	2,00	0,49	0,25	1,46	■ ■ ■ ■ ■
Engativá	1,15	0,89	1,26	0,75	0,74	0,61	0,61	0,86	0,98	0,97	■ ■ ■ ■ ■
Suba	0,53	0,70	0,52	1,09	0,33	0,80	0,71	0,54	0,76	0,53	■ ■ ■ ■ ■
Barrios Unidos	2,21	0,75	0,00	0,72	0,70	2,04	2,66	2,61	0,64	1,88	■ ■ ■ ■ ■
Teusaquillo	0,00	0,00	0,69	0,66	0,62	0,60	0,60	1,20	1,21	1,22	■ ■ ■ ■ ■
Los Mártires	4,08	0,00	1,36	1,21	3,59	1,20	0,00	4,83	2,41	4,83	■ ■ ■ ■ ■
Antonio Nariño	2,50	1,26	0,00	3,75	0,00	1,22	3,62	3,57	0,00	2,32	■ ■ ■ ■ ■
Puente Aranda	1,66	0,83	1,24	1,62	0,80	2,76	0,00	0,39	2,33	2,31	■ ■ ■ ■ ■
La Candelaria	11,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Rafael Uribe Uribe	0,55	0,55	0,82	2,41	1,84	1,82	0,78	1,28	1,02	0,76	■ ■ ■ ■ ■
Ciudad Bolívar	2,15	1,32	1,30	0,32	0,16	1,69	1,37	1,06	2,25	2,98	■ ■ ■ ■ ■
Sumapaz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Bogotá D.C	1,00	0,74	0,78	0,90	0,78	1,12	1,07	1,21	1,22	1,41	■ ■ ■ ■ ■

Fuente de información: Estadísticas Vitales RUAF 2016- 2024; 2025 (Preliminar)

2. Brechas críticas por determinantes sociales

La persistencia de la tuberculosis en Bogotá está estrechamente ligada a factores estructurales que condicionan la exposición, la vulnerabilidad y la continuidad del tratamiento. El hacinamiento, la pobreza urbana y las viviendas con condiciones inadecuadas favorecen la transmisión y dificultan la búsqueda temprana de atención. La movilidad humana y la migración, especialmente en personas con estatus administrativo irregular, se asocian a retrasos diagnósticos y a interrupciones del tratamiento. Las personas privadas de la libertad, los habitantes de calle y los trabajadores informales enfrentan barreras acumuladas que incrementan el riesgo de enfermar y limitan la adherencia. A estos factores se suma el estigma persistente, que continúa afectando la decisión de consultar y la aceptación del tratamiento. Estas brechas muestran que la TB opera como un reflejo de desigualdades urbanas no abordadas y que su superación requiere intervenciones que trascienden lo sanitario.

3. Capacidades actuales del programa

Bogotá cuenta con un Programa Distrital de Control de la Tuberculosis ampliamente consolidado, con rectoría técnica clara y articulación entre la Secretaría Distrital de Salud, las Subredes Integradas, las EAPB y las IPS. La ciudad dispone de una red diagnóstica robusta que integra baciloscopia, cultivo, pruebas moleculares rápidas y pruebas de sensibilidad, articulada con el Laboratorio Distrital y el Instituto Nacional de Salud. La vigilancia epidemiológica es sistemática y se desarrolla dentro del Proceso Transversal de Micobacterias. El tratamiento es gratuito y se acompaña de modalidades como TDO y VOT, así como de visitas domiciliarias y acompañamiento psicosocial. A nivel territorial, los equipos de APS y PIC realizan búsqueda activa e investigación de contactos, y existe un esquema regular de asistencia técnica y monitoreo programático. Estas capacidades ofrecen una plataforma sólida para avanzar hacia un enfoque de eliminación.

4. Logros y aceleradores existentes

En los últimos años, Bogotá ha logrado avances importantes que aceleran el camino hacia la eliminación. La adopción plena de los lineamientos nacionales, incluido el Plan Estratégico “Fin a la TB” y la Resolución 227 de 2020, ha permitido estandarizar procesos y fortalecer la gestión programática. La ampliación de la capacidad diagnóstica molecular ha reducido tiempos de confirmación y mejorado la detección en poblaciones con barreras de acceso. La implementación de estrategias comunitarias como Engage-TB ha favorecido la adherencia y el vínculo con servicios. El suministro estable de medicamentos, el fortalecimiento del seguimiento caso a caso y la incorporación de herramientas de análisis territorial han mejorado la vigilancia y la respuesta. Estas condiciones posicionan al Distrito en un punto favorable para fortalecer intervenciones que impulsen la reducción sostenida de la transmisión.

5. Debilidades y desafíos

A pesar de los avances, persisten desafíos que limitan el avance hacia la eliminación. La oportunidad diagnóstica continúa siendo insuficiente, con retrasos entre el inicio de síntomas y la confirmación. La detección en niñas, niños, adolescentes, gestantes y otras poblaciones específicas sigue siendo limitada. La cobertura de la Terapia Preventiva para TB (TPT/ITL) aún no se consolida como estrategia programática robusta y requiere mejor seguimiento. La TB farmacorresistente carece de un lineamiento distrital específico y presenta variaciones en el seguimiento entre IPS y EAPB. El control de infecciones no cuenta con auditorías distritales regulares ni con un marco de cumplimiento unificado. Persisten brechas derivadas de determinantes sociales y de una articulación insuficiente con sectores como integración social, vivienda, justicia y migración. Finalmente, el estigma y la necesidad de apoyo psicosocial continúan como barreras críticas para el diagnóstico y la adherencia.

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para avanzar hacia la eliminación, Bogotá requiere consolidar procesos técnicos, programáticos, comunitarios y de gobernanza. En lo técnico, es necesario universalizar el uso de pruebas moleculares como método inicial, fortalecer la TPT con monitoreo riguroso, actualizar lineamientos para TB farmacorresistente e incorporar controles sistemáticos de infecciones en IPS. En lo programático, se requiere mejorar la oportunidad diagnóstica, reforzar la gestión caso a caso y expandir el trabajo territorial y comunitario. En lo comunitario, es indispensable institucionalizar la participación social, fortalecer estrategias de educación y reducir el estigma mediante modelos sostenibles. Desde lo intersectorial, se requiere articulación efectiva con sectores responsables de vivienda, protección social, educación, justicia, ambiente y migración, así como estrategias dirigidas a poblaciones con especial vulnerabilidad urbana. Finalmente, en gobernanza, es esencial consolidar mecanismos distritales que garanticen financiamiento, seguimiento intersectorial y liderazgo colectivo hacia la eliminación.

Sarampión

1. Situación epidemiológica

En Bogotá, el sarampión se mantiene sin transmisión confirmada en los últimos años. De acuerdo con el observatorio SaluData, la incidencia fue cero en 2024, sin casos confirmados en la ciudad, aunque sí con notificación e investigación de casos sospechosos como parte de

la vigilancia rutinaria. A nivel país, Colombia ha sostenido la eliminación de sarampión y rubéola, y la OPS/OMS confirmó nuevamente en 2025 que el país mantiene el estatus de eliminación, gracias a la ausencia de transmisión endémica, la alta sensibilidad de la vigilancia y la capacidad diagnóstica del INS.

El contexto regional, sin embargo, es mucho más inestable. Tras haber recuperado en 2024 el estatus de Región libre de sarampión endémico, la Región de las Américas enfrentó en 2025 un aumento abrupto de casos importados y asociados a importación. En este escenario, la transmisión endémica se reestableció en Canadá, y en noviembre de 2025 la OPS anunció que la Región, como conjunto, perdió nuevamente su estatus de eliminación del sarampión, aun cuando países como Colombia siguen cumpliendo los criterios de eliminación nacional. Esto implica que Bogotá, pese a no registrar casos confirmados recientes, se encuentra expuesta a un riesgo creciente de reintroducción por viajes internacionales y cobertura vacunal subóptima en ciertos grupos etarios y territorios.

En relación con la vigilancia integrada del sarampión y la rubeola en el DC, corte SE 53 de 2025 se notificaron 782 casos sospechosos, mostrando un aumento del 35,0% con relación a lo reportado en el año 2024.

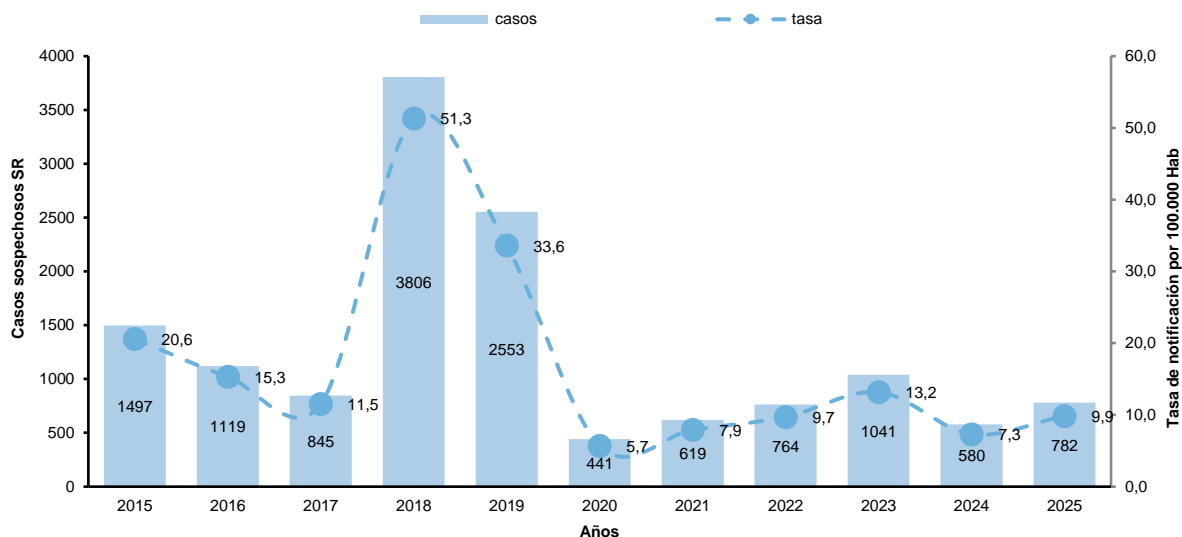
El 86,9%(n=680) ingresan por la vigilancia de sarampión y el 13,1% (n=102) ingresan por la vigilancia de rubéola, no se confirmaron casos. El promedio de notificación fue de 15 casos por semana, durante la semana epidemiológica 39 se reportó el mayor número de casos sospechosos de sarampión con 23 casos; en esta misma semana se reportó el mayor número de casos sospechosos de rubéola con 6 casos notificados.

La tendencia en la notificación de casos sospechosos de sarampión y rubéola (SR) entre 2015 y 2025 muestra comportamientos diferenciados para ambas enfermedades. Durante este periodo, se notificaron un total de 14.047 casos sospechosos en la vigilancia integrada a nivel distrital. La tasa de notificación anual presentó un comportamiento variable, influenciado tanto por la ocurrencia de brotes como por eventos que afectaron la capacidad operativa del sistema de vigilancia, como la pandemia por COVID-19 en el año 2020.

La meta es de 2 casos sospechosos por cada 100.000 habitantes se cumplió en los 10 años analizados.

El año 2018 registró el mayor número de notificaciones con una tasa de notificación de 51,3 por 100.000 habitantes, asociado al brote nacional de sarampión vinculado a casos importados desde Venezuela que inició a finales del año 2018. Tras este evento, se observó una reducción en las notificaciones, seguida de un repunte progresivo desde 2021, con tasas nuevamente por encima de la meta esperada con 9,7 en 2022, 13,2 en 2023, 7,3 en 2024 y 9,9 en 2025, (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Tendencia de casos sospechosos y tasa de notificación de sarampión y rubéola Bogotá D.C., 2015-2025



Fuente: SIVIGILA. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública-Grupo Eventos Prevenibles por Vacuna SDS. Año 2015-2025*. Semana epidemiológica 1 a 53. (*Datos preliminares).

En Bogotá, en los últimos diez años se han confirmado 12 casos de sarampión residentes en el distrito que corresponden a la siguiente distribución anual:

A partir del fenómeno migratorio del año 2018 por parte de ciudadanos venezolanos hacia el país se presentan nuevamente brotes de la enfermedad en la ciudad.

En el año 2018 se confirmaron en la ciudad un total de 12 casos de sarampión de los cuales 11 se clasificaron como importados y 1 de fuente desconocida para el D.C **con residencia en la localidad de Rafael Uribe**, para una incidencia distrital de 0,01 por 100.000 habitantes.

En el año 2019, se confirmaron un total de 17 casos de sarampión de los cuales **11 correspondieron a casos de residentes de la ciudad** que adquirieron la enfermedad en la misma, lo cual hace una incidencia de 0,14 por 100.000 habitantes; 1 caso adicional de la localidad de Chapinero importado de España; los 5 casos restantes corresponden: tres a población migrante de Venezuela con residencia en la ciudad capital y 2 correspondieron a gemelos procedentes de Londres en donde se habían diagnosticado como “escarlatina”.

En Bogotá el último caso confirmado de sarampión se presentó en SE 09 de 2020, en un masculino de 41 años, procedente de Suiza con fuente de infección importado, seguido a esta confirmación para sarampión, inició la pandemia por COVID-19 donde se implementaron medidas de aislamiento obligatorio, permitiendo la interrupción de posibles cadenas de transmisión.

En lo corrido de 2025, Bogotá cumplió con los indicadores internacionales de vigilancia, al superar la meta establecida ($\geq 80\%$) en todos los componentes evaluados. El 90,8% de los casos fueron investigados oportunamente, el 96,9% de las muestras de suero fueron recolectadas dentro de los primeros 30 días desde el inicio del exantema. Además, el 95,9% de las muestras fueron recibidas de manera oportuna en el laboratorio de referencia (≤ 5 días

desde su recolección), y el 95,5% de los resultados fueron emitidos dentro de los 4 días posteriores a su recepción por el laboratorio que procesa.

2. Brechas críticas por determinantes sociales

La posibilidad de reintroducción y diseminación del sarampión en Bogotá está estrechamente ligada a brechas en los determinantes sociales y en la organización de la ciudad. Las coberturas de vacunación infantil no alcanzan de forma uniforme el umbral del 95 % recomendado para asegurar inmunidad de rebaño; por ejemplo, en 2024 la ciudad reportó coberturas en otros biológicos del esquema (como DPT a los 5 años) alrededor del 81–82 %, lo que evidencia debilidades estructurales del sistema de inmunización que también impactan la MMR. Estas brechas se concentran en territorios con pobreza, informalidad laboral, hacinamiento y movilidad residencial frecuentes, donde familias con niñas y niños pequeños pueden enfrentar barreras para completar esquemas: jornadas laborales extensas, transporte costoso, trámites percibidos como complejos, o simplemente baja priorización de la vacunación en medio de otras urgencias cotidianas.

A ello se suma la migración interna y externa, incluida población con esquemas de vacunación incompletos o desconocidos, y la circulación de desinformación y dudas frente a las vacunas. En este contexto, el riesgo de que un caso importado encuentre “bolsas” de susceptibilidad es real, sobre todo en cohortes de niños y niñas sin segunda dosis o en adolescentes y jóvenes que no recibieron refuerzos oportunos.

3. Capacidades actuales del programa

Bogotá dispone de capacidades consolidadas en inmunizaciones y vigilancia para sostener la eliminación del sarampión. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) distrital cuenta con oferta regular de vacuna triple viral (SRP/MMR) en la red pública y privada, jornadas intensivas de vacunación y microplaneación territorial. La vigilancia se realiza a través de la notificación e investigación exhaustiva de casos sospechosos, con integración al SIVIGILA y uso de pruebas de laboratorio de referencia nacional. La ciudad, además, se apoya en sistemas de información como SaluData, que permiten hacer seguimiento a coberturas por localidad y a la notificación de casos sospechosos.

En 2024, frente a las alertas regionales emitidas por la OPS, la Secretaría Distrital de Salud reforzó la vacunación y la vigilancia, emitiendo comunicados y orientaciones para intensificar la captación de susceptibles, fortalecer la detección de casos febriles con exantema y asegurar la investigación oportuna de cualquier sospecha de sarampión y rubéola. En 2025, el INS y la SDS realizaron capacitaciones específicas en Bogotá para preparar al personal de salud ante eventuales casos, resaltando que no se han confirmado casos de sarampión ni rubéola en el país desde 2020, pero que la presión de importación es alta. Todo esto configura un programa con buena base técnica, aunque tensionado por la necesidad de sostener coberturas altas y vigilancia muy sensible en un entorno regional adverso.

4. Logros y aceleradores existentes

Entre los principales logros se encuentra el mantenimiento del estatus de eliminación de sarampión y rubéola en Colombia, verificado repetidamente por la OPS/OMS, así como la ausencia de casos confirmados recientes en Bogotá. La ciudad ha demostrado capacidad para incrementar oportunamente la vacunación en respuesta a alertas internacionales y ha logrado

sostener redes de laboratorio y vigilancia capaces de investigar todos los casos sospechosos que se notifican.

La recuperación del estatus de región libre de sarampión en 2024, aunque posteriormente perdido a nivel regional, también se apoyó en la contribución de Colombia y de ciudades como Bogotá, que mantienen alta sensibilidad de vigilancia y acciones oportunas frente a cualquier evento importado. Estas fortalezas, sumadas a la experiencia previa en campañas masivas de vacunación y a la infraestructura del PAI, constituyen aceleradores clave para garantizar que un eventual caso importado no derive en transmisión sostenida.

5. Debilidades y desafíos

Los desafíos se concentran en la brecha entre el estatus formal de eliminación y la realidad de las coberturas y determinantes en el territorio. La ciudad enfrenta heterogeneidad en las coberturas de MMR entre localidades, con particular rezago en barrios con alta vulnerabilidad social, presencia de asentamientos informales y movilidad permanente. En estas zonas, las niñas y niños pueden no completar las dos dosis requeridas, lo que abre ventanas de susceptibilidad. El riesgo se incrementa en el contexto de la fuerte circulación global y regional de sarampión observada en 2024–2025, con incrementos muy significativos de casos en las Américas y en otras regiones de la OMS.

A ello se suma la fatiga programática tras la pandemia de COVID-19, la percepción de que el sarampión “ya no existe” y las narrativas de desinformación que debilitan la confianza en las vacunas. Desde el punto de vista operativo, el reto es sostener vigilancia muy sensible (alto número de casos sospechosos investigados por cien mil habitantes) y, al mismo tiempo, cerrar las brechas de esquemas incompletos, especialmente en cohortes nacidas durante los años de mayor disrupción de servicios. El resultado es un escenario donde la eliminación se sostiene, pero es frágil y vulnerable a un brote si se relajan las intervenciones.

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para consolidar la eliminación en un contexto regional que ha perdido su estatus, Bogotá necesita pasar de “mantener” a “blindar” el logro. En el plano técnico y programático, esto implica alcanzar y sostener coberturas $\geq 95\%$ de MMR1 y MMR2 en todas las localidades y cohortes, reforzar los esquemas de recuperación de susceptibles, intensificar la revisión de carnés en colegios, jardines y otros entornos educativos, y mantener una vigilancia que garantice notificar, investigar y clasificar oportunamente todos los casos sospechosos. Desde lo comunitario y de determinantes, se requiere profundizar las estrategias de acercamiento en barrios con mayor vulnerabilidad, trabajar con liderazgos comunitarios, organizaciones sociales y el sector educativo para derribar mitos, y adaptar los horarios, puntos de vacunación y modelos de atención a la realidad de familias trabajadoras y de personas migrantes.

En el plano intersectorial y de gobernanza, es fundamental articular de manera estable con sectores como educación, integración social, cultura y migración, así como con alcaldías locales, para integrar la vacunación en agendas comunitarias más amplias. Además, la ciudad necesita asegurar recursos suficientes y predecibles para inmunización y vigilancia, y mantener planes de contingencia actualizados para responder a brotes importados sin perder el control. En este escenario, Bogotá no solo debe sostener la eliminación nacional del sarampión, sino demostrar que es capaz de hacerlo incluso cuando la Región de las Américas, como conjunto,

ha perdido su estatus de eliminación, reafirmando así su compromiso con la salud pública y con la protección de las niñas y niños de la ciudad.

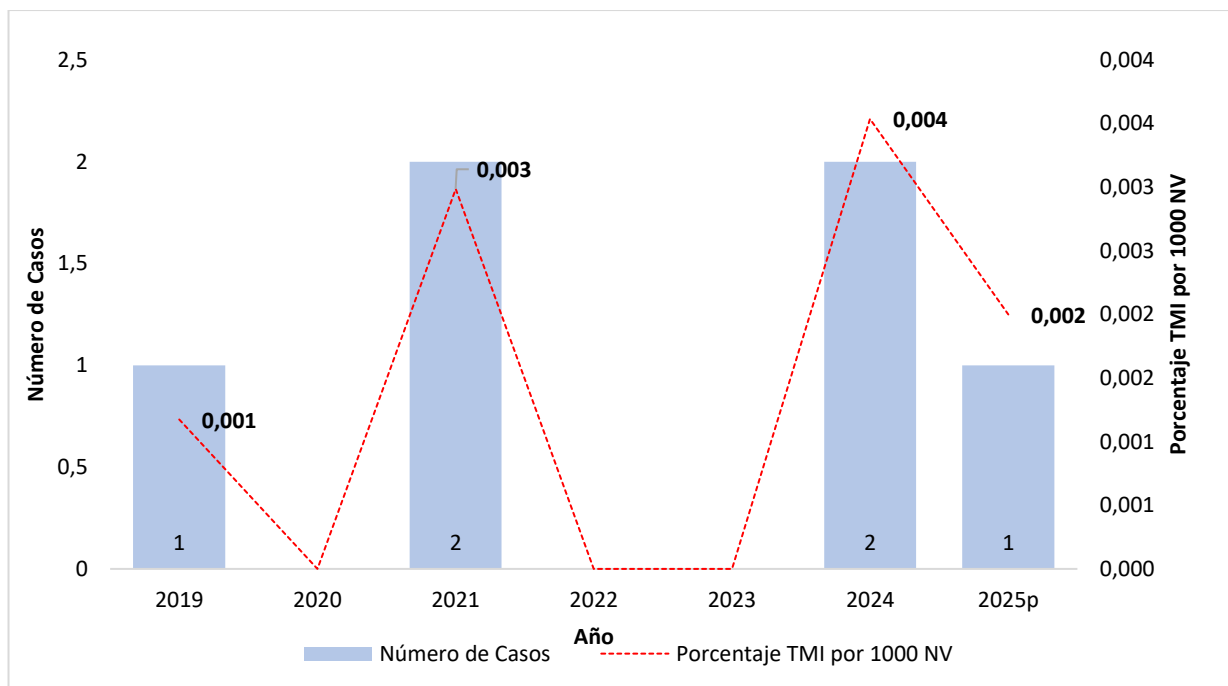
VIH-Transmisión vertical

1. Situación epidemiológica

Durante los años 2020, 2022 y 2023 no se registraron casos de transmisión materno-infantil de VIH en niños menores de dos años, lo que permitió cumplir con la meta establecida para este indicador. No obstante, en 2024 se notificaron dos casos, alcanzando una tasa de TMI de 0,04 por 1.000 nacidos vivos, y para 2025* (dato preliminar) se registra un caso, con una tasa de 0,02 por 1.000 nacidos vivos. Los casos identificados corresponden a niños menores de un año, lo que sugiere fallas puntuales en la prevención de la transmisión durante el periodo perinatal y posnatal temprano.

En este contexto, el Distrito continúa fortaleciendo las acciones orientadas a la identificación temprana de factores de riesgo durante la gestación, el parto y el posparto, con especial énfasis en el tamizaje oportuno para VIH, el inicio precoz del tratamiento antirretroviral y el seguimiento continuo del binomio madre-hijo. De manera particular, se han intensificado las estrategias de detección durante el periodo de lactancia materna, etapa en la cual se ha evidenciado un riesgo persistente de transmisión, lo que resalta la necesidad de acciones específicas y sostenidas para garantizar la prevención integral de la transmisión del VIH.

Gráfica X. Casos e porcentaje de transmisión materno infantil de VIH 2019 - noviembre 2025. Bogotá D.C



Fuente: Bases finales SIVIGILA evento 850 2019 - 2024 y base preliminar SIVIGILA evento 850 a corte semana 48 epidemiológica. Base Dane 2020 -2024 Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES- Publicados 15-1-2025 y Base 2025 Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 12-2025

2. Brechas críticas por determinantes sociales

Persisten brechas asociadas a determinantes sociales y barreras de acceso que incrementan el riesgo de TMI, especialmente en gestantes con captación tardía o ausencia de control prenatal, condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, movilidad y migración, baja continuidad del aseguramiento, y violencias basadas en género que limitan la autonomía para el cuidado y la adherencia. Adicionalmente, se identifican riesgos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas, salud mental, estigma y discriminación, que afectan la permanencia en los servicios y la aceptación del diagnóstico. Estas brechas se acentúan en contextos de alta movilidad y en poblaciones con redes de apoyo limitadas, dificultando el seguimiento del binomio madre-hijo, particularmente en el posparto y lactancia, etapa en la que el riesgo de transmisión puede persistir si no se garantiza la consejería y el manejo integral.

3. Capacidades actuales del programa

El Distrito cuenta con capacidades instaladas para la prevención de la TMI, incluyendo la ruta materno-perinatal y la articulación con la red de prestación para garantizar tamizaje oportuno, confirmación diagnóstica e inicio de TAR en gestantes. Se dispone de mecanismos de vigilancia y seguimiento mediante SIVIGILA (evento 850), con activación de IEC, análisis de casos y asistencia técnica a UPGD/IPS. Asimismo, se cuenta con la capacidad de coordinar la profilaxis neonatal, el seguimiento del neonato expuesto y la articulación con programas de ITS/VIH para fortalecer la retención en la atención, la continuidad terapéutica y la trazabilidad del binomio madre-hijo. De forma complementaria, se vienen fortaleciendo acciones de consejería y

captación en escenarios de mayor vulnerabilidad, especialmente para reducir el riesgo durante el periodo posnatal temprano.

4. Logros y aceleradores existentes

La ausencia de casos en 2020, 2022 y 2023 evidencia un desempeño favorable del Distrito en la prevención de la TMI y sugiere avances en tamizaje prenatal, diagnóstico oportuno y acceso al TAR en gestantes. Como aceleradores, se destacan:

- 1) el fortalecimiento progresivo de las acciones de vigilancia con análisis de casos y retroalimentación a las UPGD;
- 2) la priorización del seguimiento del binomio madre–hijo, y
- 3) la mejora en la articulación interinstitucional para garantizar la continuidad de la atención.

Adicionalmente, la identificación de casos en menores de un año ha permitido focalizar acciones en puntos críticos del proceso asistencial (gestación, parto y posparto), facilitando la implementación de ajustes orientados a la prevención.

5. Debilidades y desafíos

A pesar del cumplimiento sostenido de la meta, los casos notificados en 2024 y 2025p evidencian fallas puntuales en la cadena de prevención, particularmente relacionadas con: diagnóstico tardío materno; brechas en la adherencia y continuidad del TAR; pérdida de seguimiento del binomio en el posparto; y riesgos asociados a lactancia materna cuando no se logra sostener la supresión viral o cuando el diagnóstico ocurre posterior al parto. En particular, se ha evidenciado un aumento de los diagnósticos de VIH durante la etapa de lactancia, periodo en el cual no se contempla de manera rutinaria la tamización, lo que limita la detección oportuna de nuevas infecciones y dificulta la implementación temprana de medidas de prevención de la transmisión.

Esta situación se ve agravada por el hecho de que, una vez finalizado el parto, las acciones programáticas tienden a disminuir o interrumpirse, reduciendo el seguimiento clínico y epidemiológico del binomio madre–hijo durante el posparto y la lactancia. Como consecuencia, los diagnósticos realizados en esta etapa suelen ser tardíos, incrementando el riesgo de transmisión y generando desafíos adicionales para la clasificación, el manejo clínico y el seguimiento del recién nacido.

6. Requisitos para avanzar hacia la eliminación

Para avanzar hacia la eliminación de la transmisión vertical, se requiere consolidar un enfoque integral alineado con la Estrategia ETMI Plus, priorizando:

- Tamizaje universal y repetido direccionado a población general y durante la gestación, con énfasis en gestantes de mayor vulnerabilidad y en captación temprana.

- Inicio inmediato de TAR y aseguramiento de supresión viral mediante seguimiento clínico y virológico oportuno.
- Seguimiento intensificado del binomio madre–hijo hasta el cierre del caso, garantizando pruebas diagnósticas del RN y trazabilidad en el primer año de vida.
- Intervenciones específicas en lactancia, fortaleciendo consejería, evaluación de riesgos, adherencia y continuidad del tratamiento.
- Enfoque de determinantes sociales, articulando acciones comunitarias y de protección social para reducir abandono, estigma, consumo de SPA y barreras de acceso.

IV. Intervenciones aceleradoras para la eliminación

Las intervenciones aceleradoras constituyen el conjunto de acciones estratégicas que el sector salud propone para ser discutidas y desarrolladas de manera intersectorial en la formulación de la Hoja de Ruta Distrital de Eliminación. Su diseño se fundamenta en el enfoque de “mejores inversiones” de la OPS, que prioriza intervenciones de alto impacto, factibilidad comprobada y capacidad para reducir rápidamente la carga de enfermedad, cerrar brechas de inequidad y fortalecer los sistemas sanitarios.

Más que sumar actividades aisladas, se trata de reorganizar, simplificar y potenciar las capacidades existentes en el sistema distrital de salud, integrándolas con intervenciones a nivel social, comunitario y estructural. Las acciones aceleradoras se enfocan en poblaciones y territorios con mayor vulnerabilidad, donde el riesgo de transmisión persiste y donde pequeñas mejoras pueden generar efectos significativos.

Este capítulo presenta paquetes aceleradores por enfermedad y componentes transversales de impacto comprobado. Son propuestas técnicas desde el sector salud, pero requieren decisiones, financiación y responsabilidades compartidas con otros sectores distritales, dado que operan sobre determinantes estructurales que exceden el ámbito sanitario.

Además de los paquetes específicos por enfermedad, se proponen componentes transversales con impacto directo sobre todas las enfermedades priorizadas. Estos incluyen: vigilancia integrada y basada en riesgo, análisis territorial y microfocalización, fortalecimiento de laboratorio, expansión de modelos innovadores de prestación, atención primaria robusta, participación social, nodos locales de eliminación, redes comunitarias de cuidado y mecanismos de inteligencia epidemiológica que permitan anticipar escenarios, orientar recursos y hacer seguimiento al avance hacia la eliminación.

Estos componentes requieren gobernanza compartida, acuerdos intersectoriales, inversiones sostenidas y mecanismos de evaluación que permitan medir avances y ajustar las estrategias en tiempo real.

Rabia humana transmitida por perros

El objetivo del paquete acelerador para rabia es sostener la interrupción de transmisión y avanzar hacia la certificación de eliminación. Se propone reforzar la vacunación antirrábica canina y felina mediante microplaneación territorial, fortalecer la vigilancia de agresiones y

animales sospechosos, y garantizar la capacidad diagnóstica y la disponibilidad continua de profilaxis postexposición.

El componente comunitario e intersectorial incluye la educación en tenencia responsable, la regulación de criaderos y comercialización de animales, el control de poblaciones sin dueño y la integración con entidades de ambiente y bienestar animal. Estas intervenciones consolidan la gestión del riesgo y previenen retrocesos en un evento históricamente controlado.

Lepra

El paquete acelerador en lepra busca eliminar el diagnóstico tardío y reducir de manera sostenida la discapacidad grado 2, enfocándose en territorios y servicios donde las demoras diagnósticas son más frecuentes. Se propone fortalecer la sospecha clínica en el primer nivel de atención, mejorar la investigación de convivientes y contactos como indicador operativo central y consolidar la articulación con el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta para garantizar acceso oportuno a confirmación y manejo especializado.

A nivel comunitario, la prioridad es reducir el estigma y promover la consulta temprana mediante educación sanitaria adaptada y redes de apoyo. Se requiere cooperación intersectorial para asegurar acceso a subsidios, evitar discriminación laboral y garantizar continuidad del tratamiento en población migrante o con barreras de aseguramiento.

Sífilis congénita

El paquete acelerador para sífilis congénita se centra en cortar la transmisión vertical, priorizando la captación temprana del embarazo, el diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato tanto de la gestante como de su pareja sexual. Se propone fortalecer el acceso universal a pruebas rápidas en cada trimestre del embarazo, asegurar la trazabilidad entre los servicios materno-perinatales y mejorar el seguimiento de los recién nacidos expuestos.

Desde lo comunitario e intersectorial, se plantean intervenciones dirigidas a adolescentes embarazadas, mujeres migrantes y gestantes con múltiples barreras de acceso, así como coordinación con educación, integración social y entidades de protección de la niñez para abordar los determinantes que condicionan el ingreso tardío al control prenatal.

Tuberculosis

El paquete acelerador en tuberculosis se orienta a cortar la transmisión comunitaria y reducir los retrasos diagnósticos, priorizando territorios con mayor carga de enfermedad y vulnerabilidad social. Incluye la universalización de pruebas moleculares rápidas como método inicial, la ampliación sistemática de la Terapia Preventiva de la TB y el fortalecimiento de la gestión caso a caso mediante visitas domiciliarias, apoyos psicosociales y modalidades flexibles de supervisión del tratamiento.

A nivel comunitario, se propone la institucionalización de modelos como Engage-TB y la participación organizada de redes locales en reducción del estigma, educación en salud y acompañamiento a personas afectadas. Desde lo intersectorial, se requieren acciones conjuntas con integración social, justicia, vivienda, educación y migración para intervenir el hacinamiento, la habitabilidad en centros de reclusión, la salud de habitantes de calle y la continuidad del tratamiento en población migrante.

Sarampión

El paquete acelerador para sarampión busca blindar la eliminación en un contexto regional adverso. Incluye alcanzar y sostener coberturas ≥ 95 % de las dos dosis de triple viral, implementar estrategias de recuperación de susceptibles, revisar carnés en entornos educativos y mantener una vigilancia que garantice la captación oportuna de casos, investigación exhaustiva y clasificación oportuna de todo caso febril con exantema.

En lo comunitario, se propone fortalecer la comunicación de riesgo, enfrentar la desinformación y facilitar el acceso a vacunación mediante horarios extendidos, puntos extramurales y articulación con organizaciones comunitarias. A nivel intersectorial, es necesario coordinar acciones con educación, integración social, migración, cultura y alcaldías locales para proteger la eliminación aun cuando la Región de las Américas perdió su estatus en 2025.

En cuanto a sanidad portuaria es importante desarrollar estrategias y campañas comunicativas dirigidas a viajeros y trabajadores de los puntos de entrada, sobre la importancia de la vacunación, así como los síntomas de estas enfermedades y las medidas de prevención, al igual que fortalecer las capacidades para la comunicación efectiva de los riesgos asociados a sarampión que pueden tener los viajeros en el área de realización del viaje. Articular con las aerolíneas ruta y/o flujo de atención para la captación de casos sospechosos.

VIH-transmisión vertical

V. Intervenciones del sector salud para la eliminación

1. Vigilancia epidemiológica sensible e integrada

La eliminación exige una vigilancia epidemiológica capaz de detectar tempranamente casos, contactos y señales de transmisión. Para ello, el sector salud debe consolidar una vigilancia sensible, oportuna y articulada, que integre información clínica, territorial, comunitaria y de laboratorio. La vigilancia se concibe no como un proceso administrativo, sino como un sistema dinámico que orienta acciones, identifica brechas y activa respuestas rápidas en el territorio.

2. Fortalecimiento de laboratorio y diagnóstico oportuno

El diagnóstico oportuno es un pilar fundamental para todas las enfermedades priorizadas. El sector salud debe garantizar la disponibilidad, calidad y oportunidad de pruebas, estandarizar tiempos de procesamiento, asegurar el transporte y estabilidad de muestras y consolidar la red distrital de laboratorio como soporte técnico para la toma de decisiones clínicas y epidemiológicas. Un laboratorio fortalecido permite ganar días críticos y reducir de manera significativa la transmisión.

3. Atención primaria social orientada a eliminación

La APSocial constituye la plataforma operativa más cercana a las comunidades. Una APSocial orientada a eliminación integra búsqueda activa, verificación de esquemas de vacunación, identificación temprana de signos y síntomas, vigilancia comunitaria y articulación con programas específicos. Desde aquí se construye la sostenibilidad de las intervenciones y la capacidad de llegar a poblaciones históricamente excluidas.

4. Modelos innovadores: nodos locales, unidades móviles y care groups urbanos

El sector salud puede implementar modelos innovadores que acerquen servicios y fortalezcan la presencia territorial. Los nodos locales permiten organizar la respuesta en el territorio e integrar vigilancia, APS y participación social. Las unidades móviles facilitan el acceso a diagnóstico, vacunación y seguimiento. Los care groups urbanos ofrecen una herramienta comunitaria adaptable a la dinámica urbana, útil para educación sanitaria, identificación de barreras y acompañamiento de familias vulnerables.

5. Gestión de casos, contactos y continuidad del tratamiento

El sector salud tiene la responsabilidad directa de garantizar la identificación, seguimiento y acompañamiento de las personas afectadas por las enfermedades priorizadas. Esto incluye asegurar la adherencia, resolver barreras, apoyar a familias, gestionar los contactos y garantizar la continuidad del tratamiento incluso en situaciones de movilidad laboral, migratoria o territorial. La gestión caso a caso es un componente ético y programático central del enfoque de eliminación.

6. Gestión del dato, inteligencia epidemiológica y uso de información

El uso estratégico del dato es indispensable para la eliminación. El sector salud debe fortalecer la calidad y completitud del registro, la interoperabilidad entre plataformas y la capacidad analítica de los equipos. La inteligencia epidemiológica permite anticipar escenarios, focalizar intervenciones y ajustar estrategias con base en evidencia. Este componente convierte los datos en decisiones y las decisiones en impacto.

7. Educación sanitaria, comunicación de riesgo y participación comunitaria

El trabajo educativo y la comunicación de riesgo son responsabilidades directas del sector salud. Involucran informar de manera clara, culturalmente pertinente y orientada a la acción, además de trabajar con redes comunitarias, líderes territoriales, familias y organizaciones sociales. La participación comunitaria es fundamental para derribar mitos, reducir estigma, fomentar la búsqueda oportuna y aumentar la adherencia, consolidando así una base social para la eliminación.

VI. Gobernanza intersectorial y responsabilidades que exceden el sector salud

La eliminación de enfermedades transmisibles en Bogotá requiere una arquitectura de gobernanza que trascienda el ámbito sanitario. Tal como lo plantea la OPS, la eliminación solo es viable cuando se articula la acción de múltiples sectores con competencias complementarias sobre los determinantes sociales, las condiciones urbanas, los marcos normativos y los sistemas de protección que configuran el riesgo y la vulnerabilidad. En este sentido, la Secretaría Distrital de Salud presenta esta propuesta técnica sectorial como insumo inicial, reconociendo que la Hoja de Ruta Distrital no puede, ni debe, ser diseñada de manera unilateral. Su carácter vinculante exige que cada sector se corresponsabilice de las acciones que le competen y que se establezcan mecanismos claros de coordinación, seguimiento y rendición de cuentas.

El proceso de gobernanza intersectorial debe partir de un marco de responsabilidades compartidas. Si bien el sector salud lidera la vigilancia, el diagnóstico, la atención y la gestión de casos, la persistencia de estas enfermedades depende de factores que rebasan su mandato. La articulación con la Secretaría Jurídica, el Concejo Distrital y las entidades de regulación es indispensable para ajustar normativas, aprobar instrumentos y garantizar soporte legal a estrategias innovadoras como nodos locales de eliminación o campañas de vacunación en territorios priorizados. Del mismo modo, la intervención de determinantes socioeconómicos como: pobreza, inseguridad alimentaria, movilidad forzada, violencia de género o falta de protección social, requiere la acción conjunta de la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de la Mujer y las entidades de inclusión y acompañamiento comunitario.

En materia urbano-ambiental, la eliminación implica condiciones adecuadas de vivienda, agua segura, saneamiento ambiental, control de vectores, movilidad humana segura y mitigación de riesgos asociados a desastres y hacinamiento. Estas competencias recaen en el sector de Planeación, la Secretaría de Ambiente, el IDIGER y la UAERMV, cuyas decisiones inciden directamente en la reducción de la exposición y la vulnerabilidad frente a eventos como tuberculosis, rabia, sífilis congénita o sarampión. La educación y la comunicación masiva también tienen un rol fundamental para sostener la eliminación. Sectores como Educación, Cultura, Canal Capital y las entidades culturales locales deben garantizar mensajes accesibles, pertinentes y culturalmente sensibles que promuevan la vacunación, la consulta temprana, la detección de signos de alarma y la reducción del estigma.

La acción intersectorial también es indispensable en ámbitos laborales y poblacionales específicos. La Secretaría de Desarrollo Económico, MinTrabajo, Migración Colombia, el sector justicia y las instituciones encargadas de población privada de la libertad deben articularse para garantizar condiciones laborales seguras, continuidad del tratamiento en personas migrantes, acceso en centros de reclusión y estrategias específicas para personas en situación de calle. El financiamiento intersectorial, por su parte, es un requisito para dar sostenibilidad a las intervenciones sobre determinantes estructurales, las cuales no pueden depender únicamente de los recursos sanitarios.

En este contexto, es fundamental dejar explícito que la Hoja de Ruta Distrital para la Eliminación solo podrá construirse de manera intersectorial y que el presente documento constituye la base técnica desde el sector salud para iniciar ese proceso. La SDS delimita claramente sus responsabilidades, identifica las acciones que requieren concurrencia con otros sectores y define los ámbitos donde su rol es el de articulador y no el de ejecutor directo. Esta claridad es esencial para evitar expectativas divergentes y para consolidar un modelo de gobernanza donde cada sector aporte sus capacidades de manera coordinada y sostenida. Para lograr esta ruta distrital se relacionan los sectores y las entidades que conforman la Administración Distrital que hacen parte del proceso.

Tabla 2. Sectores de la administración distrital

Administración Distrital	Rabia humana transmitida por perros	Lepra (enfermedad de Hansen)	Sífilis congénita	Tuberculosis	Sarampión	VIH-transmisión vertical

Secretaría Distrital Gobierno	de					
Secretaría Distrital Desarrollo Económico	de					
Secretaría Distrital Educación	de			Fortalecimiento de la educación integral para la sexualidad en las instituciones educativas, incorporando contenidos específicos sobre sífilis, otras ITS y prevención de la transmisión vertical. Este sector puede promover mensajes dirigidos a adolescentes y jóvenes, especialmente hombres, para mejorar la percepción de riesgo y la corresponsabilidad		
Secretaría Distrital de Salud					En articulación con asegurami	

					ento, Calidad, seguridad del paciente, Provisión de Servicios para garantizar el cumplimie nto estricto del protocolo del evento que incluye notificació n, toma de muestra, medidas de aislamient o a través de fortalecimi ento competen cias TH UPGD	
Secretaría Distrital Integración Social	de		Identificación y caracterizaci ón de mujeres gestantes en situación de alta vulnerabilida d social, incluyendo			

			<p>población migrante, habitantes de calle, entre otras a través de sus servicios y dispositivos territoriales. Este sector puede fortalecer la articulación con el sector salud para la remisión oportuna y el acompañamiento en el acceso efectivo a las rutas de atención materno-perinatal, incorporar mensajes clave sobre la importancia del control prenatal temprano y la prevención de la sífilis en sus programas sociales.</p>			
Secretaría Distrital de Cultura,			<p>Este sector puede integrar mensajes de</p>			

Recreación y Deporte			corresponsabilidad masculina y prevención de la sífilis en la línea calma y en eventos culturales y recreativos; apoyar estrategias de comunicación para el cambio social y de comportamiento que refuercen la prevención y el acceso oportuno a los servicios de salud.			
Secretaría Distrital de Ambiente						
Secretaría Distrital de Movilidad						
Secretaría Distrital de Hábitat						
Secretaría Distrital de la Mujer			Identificación y caracterización de mujeres gestantes en			

			<p>sus servicios y dispositivos territoriales. Este sector puede fortalecer la articulación con el sector salud para la remisión oportuna y el acompañamiento en el acceso efectivo a las rutas de atención materno-perinatal, incorporar mensajes clave sobre la importancia del control prenatal temprano y la prevención de la sífilis en sus programas.</p>			
Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia						
Secretaría Distrital de Hacienda						

Sanidad Portuaria					Cumplimiento estricto del Comité trimestral de Sanidad Portuaria de acuerdo a el decreto 1601 de 1984 en el cual participa OPAIN, Migración, Aeronáutica Civil, Aerolíneas, entre otros	
-------------------	--	--	--	--	---	--

VII. Hitos y metas preliminares del sector salud para la eliminación

Como parte del rol sectorial, la SDS establece un conjunto de hitos y metas preliminares que orientan la acción sanitaria hacia la eliminación. Estas metas tienen un alcance estrictamente sectorial y representan compromisos que el sistema de salud puede asumir con autonomía, siempre dentro de sus competencias.

En el ámbito epidemiológico y programático, se plantean metas específicas por enfermedad. Para tuberculosis, se propone reducir progresivamente el retraso diagnóstico, aumentar la cobertura de pruebas moleculares rápidas y expandir la Terapia Preventiva hasta alcanzar niveles consistentes con los estándares OMS. En lepra, los hitos se concentran en reducir la proporción de casos con discapacidad grado 2 y aumentar la cobertura de convivientes examinados. En sífilis congénita, se busca garantizar tamizaje universal en primer y tercer trimestre, aumentar el tratamiento oportuno de parejas y reducir los casos a niveles compatibles con las metas de eliminación. Para sarampión, la prioridad será sostener coberturas $\geq 95\%$ en MMR1 y MMR2 en todas las localidades, así como mantener la sensibilidad de la vigilancia. En rabia, el objetivo es sostener la vigilancia, la vacunación animal y el cumplimiento de los requisitos técnicos para la certificación de eliminación.

Los indicadores operativos constituyen un segundo conjunto de metas sectoriales. Estos incluyen oportunidad diagnóstica, calidad del registro, porcentaje de contactos evaluados,

adherencia al tratamiento, oportunidad en la toma y envío de muestras y cumplimiento de los protocolos de vigilancia. La consolidación de estos indicadores permitirá monitorear el desempeño programático y hacer ajustes basados en evidencia. Asimismo, se incorporan indicadores de equidad que permitan medir brechas entre localidades, estatus migratorio, edad, aseguramiento y condiciones sociales. La eliminación solo es sostenible cuando es equitativa; por ello, el monitoreo de desigualdades es un componente esencial del compromiso sectorial.

El cumplimiento de estos hitos no anticipa metas que dependan de otros sectores, sino que constituye la base sanitaria sobre la cual el Distrito podrá avanzar en la fase intersectorial de la Hoja de Ruta. Esta claridad garantiza que las metas sean alcanzables, auditable y efectivas bajo la responsabilidad del sector salud.

VIII. Recomendación final y convocatoria al proceso intersectorial

Con base en el análisis técnico, la identificación de brechas y la propuesta de intervenciones aceleradoras, la Secretaría Distrital de Salud recomienda avanzar en la creación de un mecanismo formal de articulación intersectorial para la eliminación de enfermedades transmisibles. Se propone la conformación de una Mesa Distrital Intersectorial para la Eliminación, con participación de las entidades sectoriales responsables de determinantes sociales, urbanos, legales, ambientales, educativos y laborales, así como representantes académicos y comunitarios. Esta mesa tendría funciones de coordinación, priorización, seguimiento, financiación y evaluación.

De igual manera, se recomienda acordar un marco de gobernanza que defina roles, responsabilidades, mecanismos de concurrencia y rutas de decisión. La formulación de la Hoja de Ruta Distrital deberá ser un ejercicio colaborativo que integre las prioridades de cada sector y que traduzca las intervenciones aceleradoras en compromisos institucionales vinculantes. Para garantizar sostenibilidad, esta Hoja de Ruta deberá articularse con instrumentos de planeación como el Plan Distrital de Desarrollo, el Plan Territorial de Salud y los planes de acción de las subsecretarías y entidades sectoriales.

Finalmente, se recomienda establecer un cronograma para la fase de construcción intersectorial, con momentos de diagnóstico compartido, priorización de intervenciones, definición de metas comunes, asignación de responsabilidades y aprobación institucional. Este proceso permitirá consolidar una respuesta distrital sostenible, equitativa y basada en evidencia, que conduzca al cumplimiento progresivo de los objetivos de eliminación.

Referencias bibliográficas

1. Pan American Health Organization. *Disease Elimination Initiative: A policy for an integrated sustainable approach to communicable disease elimination*. Washington, D.C.: PAHO; 2023.
2. World Health Organization. *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. Geneva: WHO; 2020.
3. Pan American Health Organization. *Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART)*. Washington, D.C.: PAHO; 2012.
4. World Health Organization. *Healthy Cities: promoting health and equity—evidence for local policy and practice*. Geneva: WHO; 2019.

5. Marmot M, Allen J, Bell R, et al. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
6. Pan American Health Organization. *Building resilient health systems in the Americas*. Washington, D.C.: PAHO; 2021.
7. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN; 2015.