



INFORME EVENTO POR MICOBACTERIAS 2025

Secretaría de Salud de Bogotá

2025



SECRETARÍA DE
SALUD



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co



CO-SC-CER155793



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

**Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán**

**Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Vermont Galavis**

**Subsecretaria de Salud Pública
Julian Alfredo Fernández Niño**

**Director de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud
Colectivas
María Belén Jaimes Sanabria**

**Sub Directora de Vigilancia en Salud Publica
Diana Marcela Walteros Acero**

Coordinación General del Documento

Diana Marcela Walteros Acero
Sub Directora de Vigilancia en Salud Publica




Jennifer Carolina García Sarmiento

Equipo de Trabajo

Gestión de la Información

 Ruben Darío Rodríguez Camargo




Grupo SIVIGILA

 Andrea Jimena Rodríguez Prieto
 Diana Azucena Guerrero Barreto
 Yeimi Rocio Rativa Morales

Grupo de Enfermedades Transmisibles

 Claudia Patricia Beltran Beltran
 Karen Lisset Jimenez Rodriguez
 Sandra Milena Mancera Gonzalez
 Jeison Steven Lozano Oyuela
 Eliana Milena Sabogal Rodriguez
 Martha Patricia Padilla Velasco
 Stefani Katiusca Florez Trujillo
 Fabian Rodriguez Gomez
 Angelica, Fonseca Avila
 Jenny Sanchez Madrigal




Grupo de Enfermedades no Transmisibles

 Karen Liliana Castiblanco Martinez
 Maria Alejandra Cabrera Polania
 Adriana Paola Ulloa Virquez



Grupo de Salud Mental

 Henry, Alejo Alejo
 Jaher Antonio Rodriguez Gomez
 Johana Liceth Cortes Romero

Grupo de Urgencias y Emergencias




 Nelly Yaneth Rueda Cortes
 Jenny Alicia Mora Roza
 Jully Carolina Olivares Gonzalez

Grupo Alimentario y Nutricional

 Dary Giselle Ruiz Rojas
 Deicy Andrea Roza Villamil

 Victor Andres Ardila Palacios
 Sandra Cilena Montoya Arboleda

Grupo de Salud Materno Infantil

 Diana Carolina Franco Pulido
 Adriana Maritza Guaca Ruiz
 Claudia Marleny Silva Botina

Grupo Zoonosis

 Andrea Camila Marquez Nossa

CONTENIDO

Tuberculosis sensible y Resistente	7
Introducción	7
Objetivos.....	9
Métodos	9
Tuberculosis Sensible.....	10
Resultados.....	10
Discusión	29
Conclusiones.....	30
Recomendaciones.....	30
Tuberculosis Farmacorresistente.....	30
Resultados.....	31
Discusión	35
Conclusiones.....	36
Recomendaciones.....	36
Lepra.....	36
Introducción	36
Objetivo.....	37
Métodos	38
Resultado.....	38
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	42
Bibliografía	42

Comportamiento de los eventos por micobacterias en Bogotá D. C, 2025

Tuberculosis sensible y Resistente

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad antigua, conocida desde 1882, cuando el Dr Robert Koch anunció su descubrimiento del bacilo responsable (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de persona a persona cuando alguien con tuberculosis activa sin recibir tratamiento, tose, estornuda, habla, ríe, o canta y quedan suspendidos los bacilos en el aire. Afecta los pulmones con mayor frecuencia, pero puede afectar también a otros órganos (tuberculosis extrapulmonar – pleural, meníngea, peritoneal, ganglionar, renal, intestinal, entre otras -). La mayoría de las personas que desarrollan la enfermedad son adultos (aproximadamente el 90 %), alrededor del 5 al 10 % de las personas infectadas con tuberculosis desarrollarán la enfermedad en algún momento de su vida y la probabilidad de desarrollar es mayor en las personas que viven con el VIH y en las personas con factores de riesgo como desnutrición, diabetes, tabaquismo y consumo de alcohol (1)

Frente a esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó la Estrategia Mundial “Fin de la Tuberculosis”, con el objetivo de poner fin a la epidemia para el año 2030, en concordancia con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esta estrategia global se basa en tres pilares fundamentales: atención y prevención centradas en las personas afectadas, políticas audaces y sistemas de apoyo sólidos, e intensificación de la investigación e innovación. Entre sus principales metas se destacan la reducción del 90% de las muertes por tuberculosis, el 80% de la incidencia de la enfermedad, y la eliminación de los costos catastróficos asociados al tratamiento y cuidado de las personas afectadas y sus hogares.

Según los informes anuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2020 y 2024 se evidenció una marcada afectación en los indicadores globales de control de la enfermedad, atribuida en gran parte al impacto disruptivo de la pandemia por COVID-19 sobre los sistemas de salud pública (2–6).

En 2020, la tuberculosis causó una importante carga sanitaria a nivel global, con una estimación de 9,9 millones de casos incidentes y aproximadamente 1,5 millones de muertes, lo que representó un retroceso considerable en los logros alcanzados hasta entonces, debido a las interrupciones provocadas por la pandemia por COVID-19. Durante 2021, se reportaron 10,6 millones de personas enfermas de TB, lo que supuso un aumento del 4,5 % respecto al año anterior. La tasa de incidencia fue de 134 por 100.000 habitantes y se mantuvo una elevada mortalidad, con 1,5 millones de decesos (2-3).

Por otro lado, en 2022, la carga global se estabilizó con 10,6 millones de casos y 1,47 millones de muertes (1,3 millones en personas VIH negativas y 167.000 en personas con

VIH). Para 2023, los datos permanecieron estables: 10,6 millones de casos y 1,3 millones de muertes (4-5).

Finalmente, para el año 2024, la OMS alertó que la tuberculosis probablemente ha retomado su lugar como la enfermedad infecciosa más mortal a nivel mundial. Se mantuvieron los 10,6 millones de casos incidentes y 1,3 millones de muertes estimadas, lo que pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos establecidos para 2025 (6).

Para el 2020, el comportamiento de la tuberculosis (TB) en la región de las Américas se notificaron aproximadamente 220.000 casos nuevos, lo que representó una disminución del 15% con respecto al 2019, debido principalmente a la interrupción sanitaria por COVID-19. En 2021 se notificaron alrededor de 226.000 casos (2-3).

Por otro lado, en el 2022, se estimó un total de 291.000 casos incidentes de tuberculosis. En 2023, la tendencia al alza se mantuvo con una estimación cercana a 300.000 casos nuevos, acompañada de una tasa de mortalidad aproximada de 26.000 muertes, incluyendo un número considerable asociado a la coinfección TB/VIH (4-5).

Finalmente para el año 2024, la región de las Américas reportó un estimado de 309.000 casos nuevos de tuberculosis, consolidando una tendencia creciente iniciada tras el impacto de la pandemia por COVID-19. La mortalidad estimada por TB en la región se mantuvo en alrededor de 26.000 muertes, sin incluir casos asociados a VIH (6).

En Colombia, la tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública prioritario, con variaciones significativas en su comportamiento epidemiológico entre 2020 y 2024. En 2021, se notificaron 14,470 casos de todas las formas de TB al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), lo que representó una disminución del 4% respecto a 2019 (14,902 casos), posiblemente influenciada por la pandemia de COVID-19 y sus efectos en la detección y notificación. Sin embargo, para 2022 se observó un incremento del 22% en los casos (17,495 casos), alcanzando una tasa de incidencia de 31.95 por 100,000 habitantes, superior a la de 2019 (28.24 por 100,000), lo que refleja una recuperación en la vigilancia y un posible aumento real de la carga de la enfermedad (7).

Las entidades territoriales con mayor carga histórica, como Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá, Santander y Barranquilla, mantuvieron su predominio, mientras que regiones como San Andrés, Vaupés y Guainía reportaron las menores tasas. En 2023 y 2024, la tendencia ascendente continuó, con 4,274 y 4,756 casos notificados en los periodos epidemiológicos III de cada año, respectivamente, evidenciando un desafío persistente en el control de la enfermedad. La tasa de incidencia general en 2024 fue de 11.05 por 100,000 habitantes para TB pulmonar y 5.56 para TB extrapulmonar, con un aumento en la proporción de casos en poblaciones vulnerables como indígenas (4.44%) y privados de libertad (tasa de 420.05 por 100,000 en hombres) (8).

A pesar de los esfuerzos, Colombia no ha alcanzado las metas del Plan Estratégico "Hacia el Fin de la Tuberculosis" 2016-2025, especialmente en la reducción de la incidencia (50%), mortalidad (75%) y costos catastróficos (60%). Los datos recientes destacan la necesidad de fortalecer estrategias focalizadas en grupos de alto riesgo, mejorar el acceso a diagnósticos moleculares y garantizar la adherencia al tratamiento, en línea con la

Resolución 227 de 2020. La coinfección TB-VIH (12.7% en 2022) y comorbilidades como desnutrición (16.7%) y diabetes (9.4%) siguen siendo retos críticos, requiriendo intervenciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales y fortalecer el sistema de salud (8).

En Bogotá, durante 2023, la detección de tuberculosis sensible aumentó un 11.13% en comparación con el mismo periodo epidemiológico del año anterior. Siete localidades presentaron tasas de incidencia superiores a la incidencia distrital. Las tasas más altas se registraron en Los Mártires (55.5 casos por 100,000 habitantes), Santafé (50.1 casos), Antonio Nariño (32.2 casos), Puente Aranda (28.8 casos), Rafael Uribe Uribe (27.5 casos), La Candelaria (27.2 casos) y San Cristóbal (22.4 casos), mientras que Kennedy presentó una tasa de 8.6 casos por 100,000 habitantes

El presente informe anual de evento de tuberculosis, tiene como objetivo realizar análisis y descripción del comportamiento social, demográfico y epidemiológico de algunas de las variables incluidas en la ficha 813 de notificación de casos de tuberculosis, según lo establecido en el sistema de vigilancia en salud pública del país (Sivigila); para proveer información oportuna, válida y confiable y que sirva de insumo para orientar medidas de prevención y control en el Distrito Capital.

Objetivos

Analizar el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis sensible y resistente en Bogotá D.C. durante el 2025, a partir de los datos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), con el fin de identificar tendencias, características clínicas, demográficas y territoriales de los casos, así como generar evidencia para orientar las acciones de prevención, control y fortalecimiento de la respuesta institucional, en concordancia con los lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud.

Métodos

Se realizó análisis de tipo descriptivo transversal, con los casos de tuberculosis de todas las formas que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública distrital (Sivigila) a través de la ficha de notificación código 813 y ficha de datos básicos. Según lo establecido en el protocolo 2024 para el evento, los casos de tuberculosis son notificados con clasificación de configuración de caso como: confirmados por laboratorio, por clínica o por nexo epidemiológico; según el tipo de tuberculosis como pulmonar y extrapulmonar, según la condición como: sensible, resistente y según antecedente del tratamiento como: nuevo y previamente tratado.

Se realizó proceso previo de depuración de la base de datos, antes del análisis de las variables del estudio. Durante la depuración realizada se determinó: la exclusión de los casos con ajuste 6 (descarte que puede ser por criterio epidemiológico, por

laboratorio, porque no cumple la condición del caso, entre otros), la exclusión de los casos con el ajuste D (por error de digitación), la exclusión de los casos con la condición resistente, el análisis de casos duplicados por documento de identidad y por nombres y apellidos (con revisión de clasificación final del caso, tipo de ajuste, resultado de pruebas diagnósticas: baciloscopia, cultivo y prueba molecular, comorbilidades y consistencia de las variables) y el análisis de completitud y calidad del dato para los casos en general.

Las variables que se incluyeron en el análisis son: edad, sexo, área de residencia del caso, tipo de régimen salud, pertenencia étnica, grupos poblacionales a los que pertenece el paciente (persona con discapacidad, gestantes, migrante, privados de la libertad, habitante de calle, víctima de violencia y grupos del ICBF), clasificación inicial y final del caso, localidad de residencia, condición de tuberculosis, tipo de tuberculosis, localización extrapulmonar de la tuberculosis, antecedente del tratamiento, resultados de pruebas diagnósticas de laboratorio (baciloscopia, cultivo y prueba molecular), comorbilidades y coinfección TB-VIH.

En el plan de análisis se utilizó la estadística de tipo descriptivo con análisis univariado para describir persona, tiempo y lugar, con medidas estadísticas de tendencia central como: frecuencia absoluta, promedio y tasas de incidencia y mortalidad, el análisis se realizó por localidad de residencia. Para los denominadores de las tasas de incidencia y de mortalidad, se tuvieron en cuenta las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) 2018, ajuste pos pandemia Covid-19, para el Distrito Capital. El análisis de las variables mencionadas, pretende describir el comportamiento del evento de tuberculosis a partir de la notificación de los casos al sistema de vigilancia en salud pública distrital (Sivigila). Con respecto a los indicadores establecidos en el protocolo del evento, para 2025 se calcularon los siguientes indicadores: porcentaje de casos según el tipo de tuberculosis, incidencia general de tuberculosis, incidencia por tipo de tuberculosis, y porcentaje de coinfección tuberculosis/VIH-SIDA.

Los datos fueron procesados en hojas de cálculo de Excel, y la información se presenta en forma de tablas y gráficos.

Tuberculosis Sensible.

Resultados

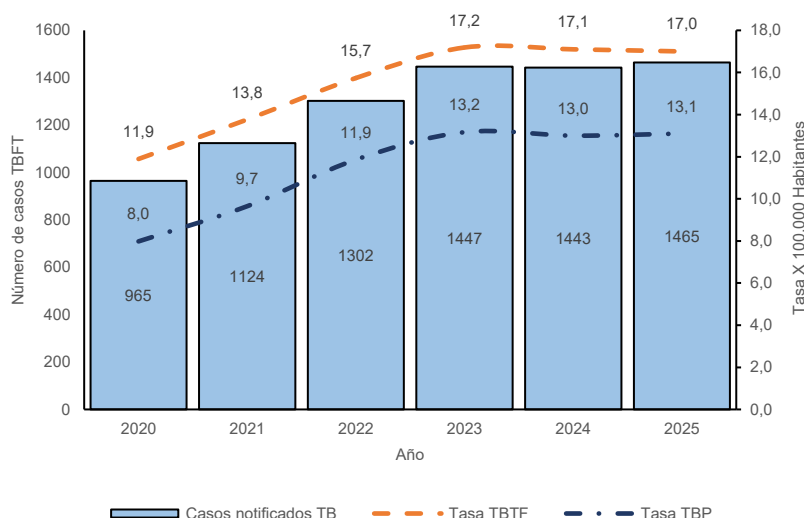
En Bogotá D.C., durante el año 2025 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) un total de 1.831 casos de tuberculosis en todas sus formas. De estos, 1.465 corresponden a residentes de la ciudad, mientras que 366 casos pertenecen a residentes de otros entes territoriales del país.

Al comparar con el 2024, en el que se registraron 1.417 casos, se observa una variación del 3,38%, lo que indica que no se presenta un cambio significativo en la notificación de casos.

El análisis de la incidencia de tuberculosis sensible (casos nuevos más recaídas) en Bogotá para el 2025 reporta una tasa de 17,0 casos por cada 100 mil habitantes. En cuanto a la tuberculosis en todas sus formas (TBTF), se observa que en 2018 la tasa fue de 13,9 casos por 100 mil habitantes, en 2019 aumentó a 14,7, en 2021 se registró una disminución a 13,6 y en 2022 descendió aún más a 11,9. Sin embargo, en 2023 se presentó la tasa más alta de los últimos cinco años con 17,2 casos por 100 mil habitantes, mientras que en 2024 la tasa fue ligeramente mayor, con 17,1 casos por 100 mil habitantes.

En cuanto al comportamiento de la tuberculosis pulmonar, se observa una tasa de 13,1 casos por 100 mil habitantes, la cual no presenta una variación significativa en comparación con el mismo periodo del año anterior (2024), cuando se reportó una tasa de 13,0. Mientras que en 2023 se registró una tasa de 13,2, lo que representó un incremento del 11 % respecto al año 2022 (11,9 casos por 100 mil habitantes). Es importante resaltar que, excluyendo el año 2020 debido a su comportamiento atípico por la pandemia de COVID-19, la tendencia de la tasa de tuberculosis pulmonar ha sido creciente desde 2019. Este incremento se atribuye a la implementación de los algoritmos diagnósticos establecidos en la Resolución 227 de 2020, que incluyen pruebas como el cultivo líquido y la prueba molecular.

Gráfica. Tasa de incidencia de tuberculosis todas las formas y tuberculosis pulmonar en Bogotá D.C, 2020 –2025



Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813. 2020 a 2025

Al analizar el comportamiento de la tasa de incidencia de tuberculosis de 2025 según la localidad de residencia, se evidenció que siete localidades presentaron una tasa superior a la incidencia distrital. Las tasas más elevadas, en orden descendente, se registraron en las siguientes localidades: Los Mártires (61,6 casos por 100.000 habitantes), La Candelaria (52,8), Santafé (44,5), Puente Aranda (37,8), Rafael Uribe Uribe (34,8), Antonio Nariño (32,5) y San Cristobal (20,9 casos por 100.000 habitantes).

Tabla . Tasa de incidencia de tuberculosis por localidad de residencia, Bogotá D.C, durante el 2025

LOCALIDAD	PULMONAR		EXTRAPULMONAR		TB TODAS LAS FORMAS	
	Casos nuevos y recaídas	Tasa incidencia x 100000 habitantes	Casos nuevos y recaídas	Tasa incidencia x 100000 habitantes	Casos nuevos y recaídas	Tasa incidencia x 100000 habitantes
USAQUÉN	43	7,1	23	3,8	66	11,0
CHAPINERO	8	4,3	6	3,2	14	7,6
SANTA FE	40	37,1	8	7,4	48	44,5
SAN CRISTÓBAL	63	15,3	23	5,6	86	20,9
USME	50	11,8	17	4,0	67	15,9
TUNJUELITO	15	8,1	3	1,6	18	9,7
BOSA	70	9,5	34	4,6	104	14,1
KENNEDY	111	10,7	35	3,4	146	14,0
FONTIBÓN	42	10,2	9	2,2	51	12,4
ENGATIVÁ	82	10,0	25	3,0	107	13,0
SUBA	103	7,7	37	2,8	140	10,5
BARRIOS UNIDOS	20	12,6	6	3,8	26	16,3
TEUSAQUILLO	19	11,6	8	4,9	27	16,4
LOS MÁRTIRES	42	50,7	9	10,9	51	61,6
ANTONIO NARIÑO	25	29,0	3	3,5	28	32,5
PUENTE ARANDA	86	33,2	12	4,6	98	37,8

LA CANDELARIA	10	52,8	0	0,0	10	52,8
RAFAEL URIBE URIBE	116	29,5	21	5,3	137	34,8
CIUDAD BOLÍVAR	84	12,5	26	3,9	110	16,4
SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
BOGOTÁ	14 -		1 -		15 -	
TOTAL	1043	13,1	306	3,9	1349	17,0

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

En el contexto sociodemográfico, se evidencian 1020 casos en el sexo masculino, con una proporción de 69,6%(n=1020) frente a una proporción del sexo femenino del 30,4%(n=445); en cuanto a la distribución por grupos de edad, se observa que, el mayor número de casos se presentó en personas mayores de 65 años con el 34,3% (n=503), seguido de las personas de 30 a 34 años con el 10,5% (n=154). Según la pertenencia étnica, el mayor porcentaje de los casos corresponde a otros con el 98,8%(n=1448); sin embargo, se evidencia que 0,6%(n=9) corresponde a población negra, según el tipo de régimen en salud, el régimen contributivo presentó la mayor proporción de casos con el 43,8% (n=641), seguido del régimen subsidiado con el 39,2% (n=574); de acuerdo al área de ocurrencia, se observa que, el 98,9% (n= 1449) se presenta en la cabecera municipal.

Tabla. Distribución demográfica y social de los casos de tuberculosis, en Bogotá D.C, durante el 2025

Variable	Categoría	N.º Casos	Porcentaje %
Sexo	Femenino	445	30,4%
	Masculino	1020	69,6%
Grupos de edad (años)	< 1 Año	1	0,1%
	1 a 4 Años	11	0,8%
	5 a 9 Años	3	0,2%
	10 a 14 años	6	0,4%
	15 a 19 años	18	1,2%
	20 a 24 años	73	5,0%
	25 a 29 años	125	8,5%
	30 a 34 años	154	10,5%
	35 a 39 años	120	8,2%
	40 a 44 años	94	6,4%
	45 a 49 años	85	5,8%
	50 a 54 años	68	4,6%
	55 a 59 años	111	7,6%
	60 a 64 años	93	6,3%
	65 y más años	503	34,3%
Pertenencia étnica	Indígena	8	0,5%
	Negro	9	0,6%
	Otros	1448	98,8%
Tipo de régimen de salud	Subsidiado	574	39,2%
	Contributivo	641	43,8%
	No asegurado	94	6,4%
	Especial	60	4,1%
	Excepción	90	6,1%
	Indeterminado	6	0,4%
Área de ocurrencia del caso	Cabecera municipal	1449	98,9%
	Centro poblado	12	0,82%
	Rural disperso	4	0,27%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

Según el tipo de tuberculosis, se evidencia que la forma pulmonar aporta el 78% (n=1146) de los casos y el 22% (n=319) de los casos fueron clasificados con tuberculosis extrapulmonar. La localización extrapulmonar con mayor número de casos es la Pleural con el 40% (n=127), seguida de meníngea con el 18% (n= 57), ganglionar con el 13% (n=40) y osteoarticular con el 9% (n=30) de las formas extra pulmonares.

Tabla. Distribución según tipo de tuberculosis, en Bogotá D.C, durante el 2025.

Variable	Categoría	Casos	%
Clasificación de la tuberculosis	Pulmonar	1146	78%
	Extrapulmonar	319	22%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	127	40%
	Meníngea	57	18%
	Ganglionar	40	13%
	Renal	2	1%
	Otro	17	5%
	Osteoarticular	30	9%
	Peritoneal	21	7%
	Pericárdica	7	2%
	Genitourinaria	9	3%
	Cutánea	4	1%
	Intestinal	5	2%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

El 82,3% (n=1205) de los casos fueron clasificados como confirmados por laboratorio, mientras que el 17,7% (n=259) de los casos fueron configurados como confirmados por clínica. La prueba diagnóstica con mayor proporción de casos corresponde a prueba molecular con una positividad en el resultado de 75% (n=913), seguido de cultivo con el 63% (n=799) de positividad. En cuanto a la tendencia del diagnóstico se evidencia un incremento en prueba molecular y cultivo a partir de 2021, mejorando el diagnóstico oportuno. Según la clasificación del caso basada en la historia de tratamiento, el 91% (n=1331) de los casos fueron clasificados como nuevos, es decir, nunca han recibido tratamiento para tuberculosis o han recibido medicamento antituberculosis por menos de un mes y solo el 9% (n=134) corresponden a casos previamente tratados.

Tabla . Casos de tuberculosis según tipo de caso, historia de tratamiento, Bogotá D.C, durante el 2025

Variable	Características diagnósticas	N.º Casos	Porcentaje %
Clasificación y confirmación del caso	Por laboratorio	1205	82,3%
	Por clínica	259	17,7%
	Por nexo epidemiológico	1	0,1%
Datos de laboratorio	Baciloscopia	1058	72%
	Baciloscopia positiva	367	35%
	Cultivo	1268	87%
	Cultivo positivo	799	63%
	Prueba molecular	1220	83%
	Prueba molecular positiva	913	75%
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	1331	91%
	Previamente tratados	134	9%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

Tabla. Porcentaje de casos Tuberculosis según prueba del laboratorio de diagnóstico, Bogotá D.C, durante el 2025

Laboratorio de diagnostico	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Tendencia
Baciloscopia	30%	27%	26%	20%	17%	18%	
Cultivo	37%	32%	35%	39%	38%	38%	
Prueba molecular	33%	41%	40%	41%	45%	44%	

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

En las comorbilidades registradas para los casos de tuberculosis se presenta con mayor frecuencia la co infección con VIH con el 15% (n=222), seguido de desnutrición con el 14% (n=210), EPOC con el 12% (N=177) y diabetes con el 11% (n=157). En el análisis de comorbilidades es necesario aclarar que los porcentajes son calculados con el total de casos notificados, las comorbilidades no suman el 100% porque un caso puede presentar más de una comorbilidad.

Tabla. Casos de tuberculosis según la comorbilidad asociada, Bogotá D.C, durante el 2025

Comorbilidades	No Casos	Porcentaje %
Coinfección TB-VIH	222	15%
Desnutrición	210	14%
EPOC	177	12%
Diabetes	157	11%
Cáncer	82	6%
Enfermedad renal	79	5%
Artritis reumatoide	18	1%
Enfermedad hepática	12	1%
Silicosis	17	1%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

En cuanto a la co infección TB/VIH, para e 2025 se observa confirmación en un 15% (n= 222) de los casos a nivel distrital de los cuales 188 casos son nuevos lo que representa una tasa de incidencia de 2,37 casos por 100.000 habitantes. Según su distribución por localidades, el 51% de los casos se concentra en Bosa y Suba (cada una con el 10%), seguidas por Kennedy y Santafé (9% cada una), Los Mártires y Rafael Uribe (7% cada una), y finalmente Puente Aranda, Usaquén, Usme y Ciudad Bolívar (6% cada una).

En cuanto a la tasa de incidencia por localidad, La Candelaria presenta la mayor tasa con 15,84 casos por 100.000 habitantes, seguida de Los Mártires con 15,7 casos por 100.000 habitantes y Santafé con 14,84 casos por 100.000 habitantes.

Tabla . Distribución de casos y tasa de incidencia de tuberculosis, según co infección TB-VIH por localidad de residencia en Bogotá D.C, durante el 2025

LOCALIDAD	TB TODAS FORMAS		
	Casos Co infección TB/VIH (Nuevos + recaídas)	Tasa incidencia x 100000 habitantes	proporción %
BOGOTÁ D.C.	188	2,37	
BOSA	18	2,44	10%
SUBA	18	1,35	10%
KENNEDY	17	1,63	9%
SANTA FE	16	14,84	9%
LOS MÁRTIRES	13	15,70	7%
RAFAEL URIBE URIBE	13	3,30	7%
PUENTE ARANDA	12	4,63	6%
USAQUÉN	11	1,83	6%
USME	11	2,60	6%
CIUDAD BOLÍVAR	11	1,64	6%
ENGATIVÁ	10	1,22	5%
SAN CRISTÓBAL	7	1,70	4%
FONTIBÓN	7	1,70	4%
BARRIOS UNIDOS	7	4,40	4%
TEUSAQUILLO	6	3,65	3%
ANTONIO NARIÑO	6	6,97	3%
LA CANDELARIA	3	15,84	2%
CHAPINERO	1	0,54	1%
BOGOTA SIN DIRECCIÓN	1	0,54	1%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025

Caracterización de casos Co infección TB/VIH.

Los 118 casos notificados con co infección TB/VIH representan el 17% del total de los casos de Tuberculosis todas las formas reportadas en Bogotá durante el I semestre de 2025, en cuanto a sus características demográficas el sexo masculino aporta el 85% de los casos; el 16% de los casos pertenecen a población habitante

de calle, seguido de población migrante con el 15% y población privada de la libertad el 8%. La co infección se presenta en mayor proporción en el grupo de edad de 25 – 39 años con el 57%, seguido del grupo de 55 - 59 años, el cual representa el 12% del total de casos; frente a la situación de aseguramiento en salud el 64% de los casos se encuentran en el régimen subsidiado seguido del contributivo con el 25% y sin aseguramiento el 5% de los casos. En la clasificación de tipo de tuberculosis la forma pulmonar representa el 79% de los casos predominando sobre la extra pulmonar; en la forma de TB extra pulmonar, las formas más frecuentes corresponden a TB Ganglionar con el 36%, seguido de la TB meníngea con el 28% de los casos extra pulmonares; de acuerdo a la clasificación basa en el historial del tratamiento se evidencia que el 81% de los casos son nuevos y el 19% previamente tratados; las principales comorbilidades asociadas, corresponden a desnutrición, enfermedad renal, diabetes, EPOC y enfermedad hepática.

Tabla . Caracterización de los casos de co infección TB/VIH en Bogotá D.C, durante el I semestre de 2025

Variable	Categoría	VIH	
		N° CASOS	%
Sexo	Femenino	18	15%
	Masculino	100	85%
Grupos de edad (años)	15 a 19 años	1	1%
	20 a 24 años	6	5%
	25 a 29 años	22	19%
	30 a 34 años	22	19%
	35 a 39 años	23	19%
	40 a 44 años	10	8%
	45 a 49 años	7	6%
	50 a 54 años	5	4%
	55 a 59 años	14	12%
	60 a 64 años	3	3%
	65 y más años	5	4%
Pertenencia étnica	Indígena	1	0,8%

	Negro	2	1,7%
Poblaciones especiales	Migrante	18	15%
	Habitante de calle	19	16%
	Población privada de la libertad	9	8%
	Discapacidad	2	2%
	Desplazado	0	0%
	Gestante	0	0%
Tipo de régimen de salud Clasificación de la tuberculosis	Subsidiado	76	64%
	Contributivo	29	25%
	No asegurado	6	5%
	Excepción	6	5%
	Indeterminado	1	1%
	Pulmonar	93	79%
	Extrapulmonar	25	21%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Pleural	4	16%
	Meníngea	7	28%
	Ganglionar	9	36%
	Otro	3	12%
	Cutánea	1	4%
	Intestinal	1	4%
	Nuevos	96	81%
	Previamente tratados	22	19%
Comorbilidades asociadas	Desnutrición	33	28%
	Diabetes	2	1,7%
	Cáncer	1	0,8%
	Enfermedad hepática	2	1,7%
	EPOC	2	1,7%
	Enfermedad renal	5	4,2%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y de riesgo con mayor carga de tuberculosis

La población en condiciones de vulnerabilidad con mayor carga de tuberculosis corresponde a: población privada de la libertad con el 9,4% (65 casos), seguida migrante 8,6% (59 casos), población habitante de calle con el 7,7% (53 casos) y personas con discapacidad 1,3% (9 casos).

Tabla. Distribución de casos de tuberculosis por grupo poblacional, en Bogotá D.C, durante el I semestre de 2025

Poblaciones especiales	Casos	%
Migrante	59	8,6%
Habitante de calle	53	7,7%
Población privada de la libertad	65	9,4%
Indígenas	1	0,1%
Trabajador de la salud	4	0,6%
Personas con discapacidad	9	1,3%
Desplazados	1	0,1%
Víctimas de violencia armada	2	0,3%
Gestante	1	0,1%
Población infantil a cargo del ICBF	1	0,1%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Migrantes. En los últimos años se ha evidenciado un incremento sostenido en los casos de tuberculosis en población migrante, registrándose un total de 59 casos durante el I semestre 2025. En cuanto a las características demográficas, el 71,2% de los casos corresponde al sexo masculino, y el grupo de edad con mayor proporción fue el de 25 a 39 años, con un 49,2% del total.

Respecto al régimen de salud, el 55,9% de los casos no contaba con afiliación al sistema. Según la forma clínica de la enfermedad, la tuberculosis pulmonar representó el 79,7% de

los casos, mientras que entre las formas extrapulmonares las más frecuentes fueron: tuberculosis pleural (6,8%), meníngea (5,1%) y ganglionar (3,4%).

En relación con la clasificación según el tratamiento, el 84,7% de los casos correspondió a casos nuevos. Entre las comorbilidades asociadas, se destacó la desnutrición con el 35,6% de los casos, seguida de la coinfección con VIH/SIDA (30,5%), diabetes (5,1%), mientras que la enfermedad renal se presenta menor proporción.

Cabe resaltar que el 96,6% de los casos notificados como migrantes corresponden a personas de nacionalidad venezolana.

Tabla. Caracterización de los casos de Tuberculosis en población migrante en Bogotá, durante el I semestre de 2025

Variable	Categoría	Migrante	
		Casos	%
Sexo	Femenino	17	28,8%
	Masculino	42	71,2%
Grupos de edad (años)	< 1 Año	1	1,7%
	10 a 14 años	1	1,7%
	15 a 19 años	1	1,7%
	20 a 24 años	4	6,8%
	25 a 29 años	15	25,4%
	30 a 34 años	14	23,7%
	35 a 39 años	6	10,2%
	40 a 44 años	7	11,9%
	45 a 49 años	2	3,4%
	50 a 54 años	2	3,4%
	55 a 59 años	0	0,0%
	60 a 64 años	2	3,4%
	65 y más años	4	6,8%
Nacionalidad	Venezolana	57	96,6%
	Ecuador	2	3,4%
Poblaciones especiales	Población privada de la libertad	2	3,4%
	Habitante de calle	6	10,2%

Tipo de régimen de salud	Subsidiado	21	35,6%
	Contributivo	3	5,1%
	No asegurado	33	55,9%
	Excepción	1	1,7%
	Indeterminado	1	1,7%
Clasificación de la tuberculosis	Pulmonar	47	79,7%
	Extrapulmonar	12	20,3%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	4	6,8%
	Meníngea	3	5,1%
	Ganglionar	2	3,4%
	Otro	1	1,7%
	Peritoneal	1	1,7%
	Genitourinaria	1	1,7%
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	50	84,7%
	Previamente tratados	9	15,3%
Comorbilidades asociadas	Coinfección TB-VIH	18	30,5%
	Desnutrición	21	35,6%
	Diabetes	3	5,1%
	Enfermedad renal	1	1,7%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Población privada de la libertad. Durante el I Semestre 2025 se notificaron 65 casos de tuberculosis en todas sus formas, lo que representa el 9,4% del total de casos registrados en Bogotá. En relación con las características demográficas, el 98% de los casos corresponde al sexo masculino. El grupo de edad con mayor proporción fue el de 25 a 39 años, con un 68% del total.

En cuanto al tipo de aseguramiento en salud, se observó que el 88% de los casos pertenece al régimen de excepción, el 9% al régimen subsidiado y el 3% no contaba con afiliación al sistema de salud. Respecto a la forma clínica de la enfermedad, la tuberculosis pulmonar fue la más frecuente, representando el 95% de los casos. Entre las formas extrapulmonares, la tuberculosis pleural y meníngea son las más comunes.

Según la clasificación basada en el tratamiento, el 97% de los casos correspondió a casos nuevos. En cuanto a las comorbilidades asociadas, la coinfección con VIH estuvo presente en el 14% de los casos, Seguía de la desnutrición con el 8%.

Tabla. Caracterización de los casos de Tuberculosis en población privada de la libertad en Bogotá, durante el I semestre 2025

Variable	Categoría	Población Carcelaria	
		No Casos	%
Sexo	Femenino	1	2%
	Masculino	64	98%
Grupos de edad (años)	20 a 24 años	5	8%
	25 a 29 años	17	26%
	30 a 34 años	14	22%
	35 a 39 años	13	20%
	40 a 44 años	6	9%
	45 a 49 años	3	5%
	50 a 54 años	2	3%
	55 a 59 años	2	3%
	60 a 64 años	2	3%
	65 y más	1	2%
Tipo de régimen de salud	Subsidiado	6	9%
	Contributivo	0	0%
	No asegurado	2	3%
	Especial	0	0%
	Excepción	57	88%
Clasificación de la tuberculosis	Pulmonar	62	95%
	Extrapulmonar	3	5%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	2	67%
	Meníngea	1	2%
	Nuevos	63	97%

Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Previamente tratados	2	3%
Comorbilidades asociadas	Coinfección TB-VIH	9	14%
	Desnutrición	5	8%
	Diabetes	2	3%
	Enfermedad renal	1	2%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Habitante de calle. Durante el I semestre de 2025 se notificaron 53 casos de tuberculosis en todas sus formas, lo que representa el 7,7% del total de casos registrados en Bogotá. En cuanto a las características demográficas, el 79,2% de los casos corresponde al sexo masculino, y el grupo de edad con mayor proporción fue el de 30 a 34 y de 60 a 64 años cada una con el 18,9%.

Respecto al régimen de afiliación en salud, el 79,2% de los casos se encuentra cubierto por el régimen subsidiado. En relación con el tipo de tuberculosis, la forma pulmonar representó el 98,1% de los casos, mientras que entre las formas extrapulmonares, las más frecuente corresponde a la ganglionar.

Según la clasificación por tratamiento, el 67,9% de los casos corresponde a casos nuevos, mientras que el 32,1% corresponde a casos previamente tratados. En cuanto a las comorbilidades asociadas, la desnutrición estuvo presente en el 47,2% de los casos, seguida por la coinfección con VIH/SIDA, que se presentó en el 35,8%.

Tabla. Caracterización de los casos de Tuberculosis en población habitante de calle en Bogotá, durante el I semestre de 2025

Variable	Categoría	Habitante de calle	
		Casos	%
Sexo	Femenino	11	20,8%
	Masculino	42	79,2%
Grupos de edad (años)	15 a 19 años	1	1,9%
	20 a 24 años	1	1,9%
	25 a 29 años	4	7,5%

	30 a 34 años	10	18,9%
	35 a 39 años	6	11,3%
	40 a 44 años	6	11,3%
	45 a 49 años	1	1,9%
	50 a 54 años	2	3,8%
	55 a 59 años	6	11,3%
	60 a 64 años	10	18,9%
	65 y más años	6	11,3%
Pertenencia étnica	Ninguna	53	100,0%
Tipo de régimen de salud	Subsidiado	42	79,2%
	Contributivo	1	1,9%
	No asegurado	10	18,9%
Clasificación de la tuberculosis	Pulmonar	52	98,1%
	Extrapulmonar	1	1,9%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Ganglionar	1	100,0%
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	36	67,9%
	Previamente tratados	17	32,1%
Comorbilidades asociadas	Coinfección TB-VIH	19	35,8%
	Desnutrición	25	47,2%
	EPOC	10	18,9%
	Diabetes	2	3,8%
	Cáncer	1	1,9%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Menores de 15 años. En el I semestre de 2025 se han notificado 13 casos de tuberculosis en menores de 15 años. Al analizar las características sociodemográficas, se observó que el 54% de los casos correspondieron al sexo femenino. En cuanto a la pertenencia étnica, el 100% de los casos reportados no pertenecen a ningún grupo étnico.

Respecto al tipo de aseguramiento en salud, el 54% de los casos estaban afiliados al régimen subsidiado, el 38% al régimen contributivo, mientras que el 8% no contaba con afiliación al sistema de salud. Según la clasificación clínica, la tuberculosis pulmonar fue la forma predominante, con el 69% de los casos. Dentro de las formas extrapulmonares, las localizaciones más frecuentes fueron: meníngea, ganglionar, peritoneal y osteoarticular.

El 100% de los casos notificados en esta población correspondieron a casos nuevos. En cuanto a las comorbilidades asociadas, se evidenció presencia de desnutrición en el 15% de los casos, seguida de diabetes en un 8%.

Tabla. Caracterización de los casos de Tuberculosis en menores de 15 años en Bogotá, durante el I semestre 2025

Variable	Categoría	Menores de 15	
		Casos	%
Sexo	Femenino	7	54%
	Masculino	6	46%
Grupos de edad (años)	< 1 Año	2	15%
	1 a 4 Años	4	31%
	5 a 9 Años	3	23%
	10 a 14 años	4	31%
Pertenencia étnica	Indígena	0	0%
	Otros	13	100%
Poblaciones especiales Tipo de régimen de salud Clasificación de la tuberculosis	Migrante	2	15%
	Población infantil a cargo del ICBF	1	8%
	Subsidiado	7	54%
	Contributivo	5	38%
	No asegurado	1	8%
	Pulmonar	9	69%
	Extrapulmonar	4	31%
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Meníngea	1	25%
	Ganglionar	1	25%
	Peritoneal	1	25%
	Osteoarticular	1	25%
	Otro	0	0%
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	13	100%
	Previamente tratados	0	0%

Comorbilidades asociadas	Desnutrición	2	15%
	Diabetes	1	8%

Fuente de información: Notificación a Sivigila, código 813 año 2025 (SE24)

Análisis de mortalidad por Tuberculosis

El análisis de mortalidad se realizó a partir de los registros de estadísticas vitales del RUAF (datos preliminares), con los cuales se estimó la tasa preliminar de mortalidad por tuberculosis en Bogotá para el año 2024, la cual fue de 1,22 casos por 100.000 habitantes, con una letalidad del 6,7%, correspondiente a 97 fallecimientos con causa básica atribuida a tuberculosis.

Para el I semestre 2025, y con base en datos preliminares, se reporta una tasa de mortalidad de 0,54 casos por 100.000 habitantes y una letalidad del 6,25%, con un total de 43 casos fallecidos.

Las localidades que presentaron las tasas más altas de mortalidad por tuberculosis fueron: Los Mártires (2,41 casos por 100.000 habitantes, Ciudad Bolívar (1,34), Fontibón (0,73) Usme (0,71) y Kennedy (0,58 casos por 100.000 habitantes).

Tabla. Tasa de mortalidad de tuberculosis por localidad de residencia en Bogotá D.C, durante los años 2020 -2023; 2024(Preliminar); 2025 (corte Mayo)

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	2020	2021	2022	2023	2024 p	2025 (SE24)	Tendencia
Usaquén	0,00	0,70	1,21	0,17	1,01	0,33	■ ■ ■ ■ ■
Chapinero	0,00	0,58	0,57	0,56	0,55	0,54	■ ■ ■ ■ ■
Santa Fe	0,93	2,78	3,72	4,64	1,85	0,00	■ ■ ■ ■ ■
San Cristóbal	0,50	1,25	0,99	0,98	0,73	0,24	■ ■ ■ ■ ■
Usme	1,56	1,53	1,50	1,47	1,45	0,71	■ ■ ■ ■ ■
Tunjuelito	1,12	1,67	1,65	1,64	2,17	0,54	■ ■ ■ ■ ■
Bosa	0,98	0,83	0,69	1,64	1,09	0,54	■ ■ ■ ■ ■
Kennedy	0,87	0,97	1,06	1,55	0,96	0,58	■ ■ ■ ■ ■
Fontibón	0,26	1,02	2,00	0,49	0,25	0,73	■ ■ ■ ■ ■
Engativá	0,74	0,61	0,61	0,86	0,98	0,12	■ ■ ■ ■ ■
Suba	0,33	0,80	0,71	0,54	0,76	0,15	■ ■ ■ ■ ■
Barrios Unidos	0,70	2,04	2,66	2,61	0,64	0,63	■ ■ ■ ■ ■
Teusaquillo	0,62	0,60	0,60	1,20	1,21	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Los Mártires	3,59	1,20	0,00	4,83	2,41	2,41	■ ■ ■ ■ ■
Antonio Nariño	0,00	1,22	3,62	3,57	0,00	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Puente Aranda	0,80	2,76	0,00	0,39	2,33	0,77	■ ■ ■ ■ ■
La Candelaria	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Rafael Uribe Uribe	1,84	1,82	0,78	1,28	1,02	0,25	■ ■ ■ ■ ■
Ciudad Bolívar	0,16	1,69	1,37	1,06	2,25	1,34	■ ■ ■ ■ ■
Sumapaz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	■ ■ ■ ■ ■
Bogotá D.C	0,78	1,12	1,07	1,21	1,22	0,54	■ ■ ■ ■ ■

Fuente de información: Estadísticas Vitales RUAF 2020- 2023; 2024 (Preliminar);2025 (Mayo)

Tablero de problemas unidades de análisis de mortalidad TB/VIH -TB priorizados

Durante el I semestre de 2025 se realizaron 5 unidades de análisis de mortalidad por Tuberculosis (TB), de las cuales el 80% (4 casos) correspondieron a co-infección TB/VIH y el 20% restante (1 casos) a TB priorizada. En el análisis del actor individuo se identificaron tres factores clave que agrupan un total de 11 problemas. En cuanto a los determinantes estructurales, el único factor identificado corresponde a Identidad de género. En los determinantes intermedios, se destacó el bajo nivel educativo del paciente o cuidador y consumo de sustancias psicoactivas cada uno con el 80% y la condición de habitante de calle con el 60%, ocupación informal con el 40%, factores que reflejan contextos de exclusión social, inestabilidad económica y ausencia de redes de apoyo. En el componente de conocimiento, actitudes y prácticas en salud, el problema más frecuente fue la baja percepción del riesgo en salud, identificado en el 40% de los casos, igualmente se identificó el desconocimiento de derechos y deberes en salud, desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador, experiencias negativas en los servicios de salud y falta de autonomía para la toma de decisiones en salud, los cuales estuvieron presentes en el 20% de los análisis. Este panorama evidencia que la mortalidad por TB, especialmente en personas con co-infección TB/VIH, está profundamente influenciada por determinantes sociales estructurales e intermedios, así como por factores individuales que afectan la percepción del riesgo y la oportunidad en la búsqueda de atención, por lo que se hace necesario fortalecer estrategias intersectoriales e integrales que aborden estas barreras desde un enfoque de derechos, equidad y atención centrada en la persona.

Tabla. Tablero de problemas unidades de análisis de mortalidad TB/VIH, individuo, en Bogotá, I semestre 2025

Factor	Problema	Nº Registro	Porcentaje	Tipo de Actor
Determinantes estructurales.	Identidad de género	1	20%	Individuo
Determinantes Intermedios	Población con afectaciones en la salud mental	2	40%	Individuo
	Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	4	80%	Individuo
	Consumidor de sustancias psicoactivas	4	80%	Individuo
	Habitante de calle	3	60%	Individuo
	Ocupado informal	2	40%	Individuo
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	2	40%	Individuo
	Desconocimiento de derechos y deberes en salud	1	20%	Individuo
	Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	1	20%	Individuo

Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	1	20%	Individuo
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	1	20%	Individuo

Fuente de información: Tablero de problemas plataforma UACE-INS, 2025 (corte a junio)

En el análisis de los actores del sistema de salud se identificaron diversos factores problemáticos que afectan tanto a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) como a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En el caso de las EAPB, dentro del componente de acciones de prevención y mantenimiento de la salud, el principal problema reportado corresponde al incumplimiento de las acciones de demanda inducida, mencionado en el 40% de los casos, lo cual refleja deficiencias en la promoción activa de servicios preventivos y una limitación en la captación oportuna de usuarios, especialmente en poblaciones vulnerables. En cuanto a la gestión del aseguramiento, los problemas más frecuentes fueron la falta de desarrollo de intervenciones específicas de acuerdo con la caracterización poblacional y la ausencia de seguimiento a los procesos de afiliación de la población a cargo, ambos con un 20%, lo que evidencia una débil capacidad de gestión del riesgo y de aseguramiento efectivo. Por su parte, en las IPS, el principal problema identificado fue el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica e inadecuado diligenciamiento de la historia clínica con un 60%, seguido de diagnóstico tardío o inadecuado el cual se presentó en el 20% de los casos, lo cual representa un riesgo significativo para la calidad y la continuidad de la atención. Además, en el componente de acciones de promoción y mantenimiento de la salud, se destacó el incumplimiento de las acciones de detección temprana, limitando la posibilidad de identificar oportunamente factores de riesgo y/o el VIH en etapas iniciales. Estos hallazgos ponen en evidencia la necesidad urgente de fortalecer la gestión poblacional, los procesos de aseguramiento y la calidad de la atención, mediante una mayor adherencia a las guías clínicas, mejores prácticas en el registro clínico y un enfoque más proactivo en la prevención y promoción de la salud

Tabla. Tablero de problemas unidades de análisis de mortalidad TB/VIH, actores en salud, en Bogotá, I semestre de 2025

Factor	Problema	Nº Registro	Porcentaje	Tipo de Actor
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	2	40%	Entidad administradora de planes de beneficios

Gestión del aseguramiento.	No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	1	20%	Entidad administradora de planes de beneficios
Prestación de servicios individuales.	Diagnostico tardío o inadecuado	1	20%	Institución prestadora de servicios de salud
	Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	3	60%	Institución prestadora de servicios de salud
	No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	3	60%	Institución prestadora de servicios de salud Entidad administradora de planes de beneficios

Fuente de información: Tablero de problemas plataforma UACE-INS, 2025 (Corte Junio)

Discusión

Durante el primer semestre de 2025, Bogotá D.C. notificó 851 casos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales 688 eran residentes del distrito, manteniéndose una cifra similar respecto a 2024. La tasa de incidencia general fue de 7,9 por 100.000 habitantes, con predominio de la tuberculosis pulmonar (6,2 por 100.000).

Hallazgos relevantes:

1. Grupos poblacionales vulnerables: alta carga de enfermedad en personas privadas de libertad (9,4%), migrantes (8,6%) y habitantes de calle (7,7%).
 2. Comorbilidades: se destacan la desnutrición (18%), coinfección TB-VIH (17%), EPOC (12%) y diabetes (10%). La coinfección TB/VIH muestra un comportamiento preocupante, con una tasa de 1,2 casos por 100.000 habitantes y una concentración del 41% en 9 localidades.
 3. La forma pulmonar representa el 79% de los casos, lo cual tiene implicaciones epidemiológicas importantes por su capacidad de transmisión.
 4. En cuanto a las unidades de análisis de mortalidad realizadas se identificaron barreras estructurales y sociales que dificultan el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, tales como falta de afiliación al sistema de salud, condiciones de calle, consumo de SPA, problemas de salud mental y bajo nivel educativo.
 5. En el análisis por localidad, se evidencian territorios con tasas considerablemente superiores al promedio distrital como Los Mártires (32,6), Santafé (25,0) y La Candelaria (21,1), lo cual sugiere focos críticos de transmisión que requieren intervenciones diferenciales.
- El diagnóstico ha mejorado gracias a la implementación de pruebas moleculares, con un 77% de positividad, lo cual representa un avance en la detección oportuna. Aun así, la letalidad se ubicó en 6,25%, con 43 muertes notificadas, en su mayoría asociadas a poblaciones vulnerables y determinantes sociales críticos.

Conclusiones

- Estabilidad en la carga notificada de tuberculosis, con tendencia creciente en poblaciones vulnerables.
- Alta proporción de casos en hombres (69,5%), y predominancia de la enfermedad en mayores de 65 años (34,2%) y adultos jóvenes.
- Persisten inequidades en salud reflejadas en la alta carga de TB en personas no aseguradas (6,7%), migrantes, personas en condición de calle y privadas de libertad.
- La coinfección TB/VIH y la desnutrición son los principales factores asociados a mayor riesgo de complicaciones y muerte.
- El 90% de los casos son nuevos, lo que puede indicar persistente transmisión comunitaria activa.
- La mortalidad (0,54 por 100.000 habitantes) y letalidad (6,25%) evidencian que persisten desafíos importantes en el acceso y continuidad de la atención.
- En las unidades de análisis de mortalidad se identificaron fallas institucionales y de aseguramiento, como incumplimiento de guías clínicas, falta de seguimiento y fallas en acciones de prevención.

Recomendaciones

- Fortalecer estrategias focalizadas para la detección activa en localidades con mayor incidencia, especialmente La Candelaria, Los Mártires y Santafé.
- Ampliar el acceso a pruebas diagnósticas moleculares y asegurar su uso rutinario en la red de servicios de salud, con especial énfasis en población vulnerable.
- Diseñar e implementar rutas integrales de atención que prioricen a personas migrantes, habitantes de calle, población carcelaria y personas con VIH.
- Fortalecer la articulación intersectorial (salud, protección social, justicia, educación) para abordar los determinantes sociales que aumentan el riesgo de TB y dificultan el tratamiento.
- Optimizar la gestión de las EAPB e IPS, asegurando el cumplimiento de guías clínicas, el diligenciamiento adecuado de historias clínicas y el seguimiento a casos.
- Capacitar al personal de salud y promover acciones comunitarias para mejorar la percepción del riesgo, la búsqueda activa de síntomas respiratorios y la adherencia al tratamiento.
- Evaluar e intervenir sobre la carga de coinfección TB-VIH, aumentando la tamización dual y promoviendo el inicio temprano del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH.
- Mejorar la calidad del dato y seguimiento epidemiológico, garantizando información confiable y oportuna para la toma de decisiones.

Tuberculosis Farmacorresistente

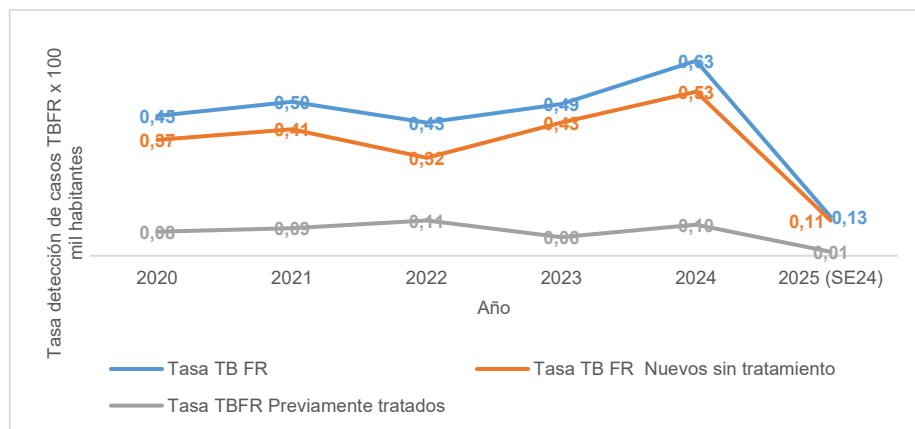
Resultados

En Bogotá D.C para I semestre de 2025 se han notificados al sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 14 casos de Tuberculosis farmacorresistente (TBFR), de los cuales 10 son residentes de Bogotá y 4 casos residentes de otros entes territoriales del país. Al comparativo de los casos residentes en Bogotá D.C, con el mismo periodo epidemiológico del año 2024 (19 casos) se evidencia un decremento del 47,3%.

Al analizar el comportamiento de la tasa de detección de casos de Tuberculosis Farmacorresistente (TBFR), se observa una tendencia creciente a partir del año 2020. En dicho año, la tasa fue de 0,45 casos por cada 100.000 habitantes, aumentando a 0,50 en 2021. Aunque en 2022 se evidenció un leve descenso (0,43 casos por 100.000 habitantes), la tendencia volvió a incrementarse en 2023 con una tasa de 0,49, alcanzando en 2024 su valor más alto de los últimos cinco años: 0,63 casos por 100.000 habitantes. Como dato preliminar para I semestre 2025, se reporta una tasa del 0,13 casos por 100.000 habitantes.

Este comportamiento ascendente puede atribuirse a la implementación de los algoritmos diagnósticos establecidos en la Resolución 227 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales incorporan el cultivo líquido y la prueba molecular como herramientas diagnósticas clave. Esta actualización normativa ha permitido mejorar significativamente la capacidad de detección oportuna de casos de TB Farmacorresistente, contribuyendo a un mayor control epidemiológico de la enfermedad.

Gráfica . Tendencia de la incidencia de los casos de tuberculosis resistente, Bogotá D.C, 2020-2024; 2025 (SE24)



Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813; 2020 – 2024; 2025 (SE24)

De acuerdo con la notificación de casos de Tuberculosis Farmacorresistente (TBFR), se evidenció que el 40% de las localidades de Bogotá reportaron al menos un caso durante el I semestre 2025. La carga total de TBFR se concentró en ocho localidades, destacándose Kennedy con el 22,2% del total de casos (2 casos); seguidas por Santafé, Usme, Tunjuelito, Bosa, Engativá, La candelaria y Rafael Uribe con el 11,1% cada una (1 caso).

En cuanto a la incidencia por localidad, las tasas más altas se presentaron en La candelaria (5,28 casos por 100.000 habitantes), seguida de Santafé (1,85) y Tunjuelito (0,54 casos por 100.000 habitantes).

Respecto a la condición de ingreso, el 90% de los casos correspondieron a personas con diagnóstico nuevo, es decir, sin tratamiento previo para tuberculosis, mientras que el 10% restante correspondió a casos previamente tratados.

Tabla. Casos notificados por localidad de residencia, nuevos y previamente tratados con tuberculosis farmacorresistente, Bogotá D.C., durante el I semestre 2025

TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE					
Localidad	Casos TBFR -Nuevos		Casos TBFR -P. Tratados		INCIDENCIA CASOS X100.000 Habitantes
	N.º Casos	Porcentaje	N.º Casos	Porcentaje	
USAQUÉN	0	0,0%	0	0,0%	0,00
CHAPINERO	0	0,0%	0	0,0%	0,00
SANTA FE	1	11,1%	1	100,0%	1,85
SAN CRISTÓBAL	0	0,0%	0	0,0%	0,00
USME	1	11,1%	0	0,0%	0,24
TUNJUELITO	1	11,1%	0	0,0%	0,54
BOSA	1	11,1%	0	0,0%	0,14
KENNEDY	2	22,2%	0	0,0%	0,19
FONTIBÓN	0	0,0%	0	0,0%	0,00
ENGATIVÁ	1	11,1%	0	0,0%	0,12
SUBA	0	0,0%	0	0,0%	0,00
BARRIOS UNIDOS	0	0,0%	0	0,0%	0,00
TEUSAQUILLO	0	0,0%	0	0,0%	0,00
LOS MÁRTIRES	0	0,0%	0	0,0%	0,00
ANTONIO NARIÑO	0	0,0%	0	0,0%	0,00
PUENTE ARANDA	0	0,0%	0	0,0%	0,00

LA CANDELARIA	1	11,1%	0	0,0%	5,28
RAFAEL URIBE URIBE	1	11,1%	0	0,0%	0,25
CIUDAD BOLÍVAR	0	0,0%	0	0,0%	0,00
SUMAPAZ	0	0,0%	0	0,0%	0,00
BOGOTÁ SIN DIRECCION	0	0,0%	0	0,0%	
TOTAL	9	100%	1	100%	0,13

Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813, año 2025 (SE24)

En el análisis sociodemográfico de los casos de Tuberculosis Farmacorresistente (TBFR) en Bogotá durante I semestre 2025, se evidenció que el 90% corresponde a personas de sexo masculino. En cuanto al tipo de afiliación al sistema de salud, el régimen subsidiado representa el 50% de los casos, seguido del régimen contributivo y excepción cada uno con el 20%, y los no asegurados con un 10%.

El grupo etario con mayor número de casos fue el de 25 a 29 años, que concentró el 14% del total, seguido por los grupos de 25 a 29 años con el 30% y el grupo de 65 y más años con el 20%.

Al analizar la distribución según grupos poblacionales en condiciones de vulnerabilidad, se destaca la población privada de la libertad representa el 30% de los casos, seguida de las personas migrantes con el 10%.

En cuanto al tipo clínico de tuberculosis, se evidenció que la forma pulmonar representa el 100% de los casos. El 90% de los casos fueron confirmados por laboratorio, lo cual evidencia un fortalecimiento de las capacidades diagnósticas.

Respecto a las comorbilidades, las más frecuentes fueron: desnutrición (20%), VIH, diabetes, cáncer y EPOC cada una con el 10% respectivamente.

Tabla. Distribución demográfica y social de los casos de tuberculosis farmacorresistente, Bogotá D.C, durante el I semestre 2025

Variable	Categoría	TB FARMACORRESISTENTE	
		Casos	%
Sexo	Femenino	1	10,0%
	Masculino	9	90,0%
Grupos de edad (años)	1-4 años	0	0,0%

Poblaciones especiales	10 - 14 años	1	10,0%
	25 a 29 Años	3	30,0%
	30 a 34 años	1	10,0%
	35 a 39 años	0	0,0%
	40 a 44 años	1	10,0%
	45 a 49 años	1	10,0%
	60 a 64 años	1	10,0%
	65 y más años	2	20,0%
	Migrante	1	10,0%
	Habitante de calle	0	0,0%
	Población privada de la libertad	3	30,0%
	Trabajador de la salud	0	0,0%
Tipo de régimen de salud	Subsidiado	5	50,0%
	Contributivo	2	20,0%
	No asegurado	1	10,0%
Clasificación de la tuberculosis	Excepción	2	20,0%
	Pulmonar	10	100,0%
	Extrapulmonar	0	0,0%
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	9	90,0%
	Previamente tratados	1	10,0%
Clasificación y confirmación del caso	Por laboratorio	9	90,0%
	Por clínica	1	10,0%
	Por nexó epidemiológico	0	0,0%
Comorbilidades asociadas	Coinfección TB-VIH	1	10,0%
	Desnutrición	2	20,0%
	Diabetes	1	10,0%
	Cáncer	1	10,0%
	EPOC	1	10,0%

Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813, año 2025 (SE24)

Según el perfil de resistencia inicial reportado para el I semestre de 2025, se observa que el 60% de los casos presentan resistencia a la isoniacida y el 40% de los casos presento resistencia a rifampicina.

Tabla. Clasificación de casos de TB FR según tipo de resistencia, Bogotá D.C, Bogotá D.C, durante el I semestre 2025

Tipo de resistencia	2020	2021	2022	2023	2024	2025 (SE24)	Tendencia
Monoresistente	40%	31%	50%	38%	60%	60%	
MDR	9%	23%	9%	15%	8%	0%	
Poliresistente	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
Sin definir	6%	3%	6%	0%	0%	0%	
RR	46%	44%	35%	48%	32%	40%	

Fuente de información: Notificación Sivigila, código 813, año 2025 (SE24)

Discusión

Durante el I Semestre 2025, se notificaron 14 casos de Tuberculosis Farmacorresistente (TBFR) en Bogotá D.C., de los cuales 10 correspondieron a residentes de la ciudad, lo que representa un decremento del 47,3% respecto al mismo periodo del año anterior (19 casos en 2024). La tasa de incidencia alcanzó los 0,13 casos por 100.000 habitantes. Es de resaltar que el 2024 se reportó una tasa de 0,63 casos la más alta de los últimos cinco años, reflejando una tendencia creciente desde 2020.

Este aumento puede atribuirse, en parte, a la implementación de algoritmos diagnósticos avanzados, establecidos por la Resolución 227 de 2020 del Ministerio de Salud, que incluyen cultivo líquido y pruebas moleculares, facilitando así la detección más oportuna y precisa de la TBFR.

La distribución geográfica de los casos muestra una concentración significativa en ocho localidades. Las tasas de incidencia más altas se observaron en La Candelaria (5,28 por 100.000 habitantes), Santafé (1,85) y Tunjuelito (0,54).

En cuanto al perfil de resistencia, se reporta que:

- 60% de los casos son resistentes a isoniacida y el 40% restante presenta resistencia a la rifampicina.

Desde el punto de vista sociodemográfico, el 90% de los casos corresponde a hombres. El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 29 años (30%), seguido de mayores de 65 años (20%). En términos de afiliación en salud, el régimen subsidiado concentra el 50% de los casos, y un preocupante 10% no contaba con aseguramiento.

Se destaca la afectación en grupos vulnerables, como personas privadas de la libertad (30%) y población migrante (10%). La forma pulmonar predominó en el 100% de los casos, y el 90% fueron confirmados por laboratorio. Entre las comorbilidades más frecuentes están

la desnutrición (20%), EPOC, VIH, diabetes, cáncer cada una con el (10%), lo que sugiere una fuerte interacción con determinantes sociales y condiciones clínicas preexistentes.

Conclusiones

- La tendencia creciente en la notificación de TBFR indica un mayor acceso a diagnóstico, pero también sugiere transmisión activa de cepas resistentes.
- Se observa una mejora en la capacidad diagnóstica, gracias a tecnologías moleculares, pero aún persisten brechas en la atención de poblaciones vulnerables.
- Las localidades con mayores tasas de incidencia requieren intervenciones territoriales diferenciadas, con énfasis en La Candelaria, Santafé, y Tunjuelito.
- La mayoría de los casos son nuevos (90%), lo que refleja adquisición primaria de resistencia, y no solo falla al tratamiento previo.
- La desnutrición y la comorbilidad con enfermedades crónicas son determinantes clave, especialmente en población migrante y privada de libertad.
- A pesar de la disminución de MDR-TB, persiste la necesidad de vigilancia estricta para evitar cadenas de transmisión sostenida.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia activa y el rastreo de contactos en las localidades con mayor carga de TBFR, integrando equipos interdisciplinarios con enfoque territorial.
- Garantizar el acceso universal a las pruebas moleculares y cultivo líquido en todos los niveles de atención, especialmente en las zonas de mayor vulnerabilidad.
- Ampliar estrategias de adherencia terapéutica, incluyendo acompañamiento psicosocial, incentivos en salud y atención domiciliaria cuando sea necesario.
- Reforzar la articulación intersectorial, incluyendo salud, bienestar social y justicia, para abordar los determinantes sociales que incrementan el riesgo de TBFR.
- Actualizar y capacitar al personal de salud en el uso adecuado de esquemas terapéuticos para TBFR y en el cumplimiento de las guías clínicas.
- Monitorear la evolución del perfil de resistencia y evaluar la efectividad de los tratamientos utilizados en los casos confirmados de MDR-TB.

Lepra

Introducción

La lepra, también conocida como enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa crónica causada por la *Mycobacterium leprae* o *lepromatosis*, que sigue representando un desafío relevante para la salud pública a nivel mundial. A pesar de que su eliminación como problema de salud pública se logró globalmente en el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que aún se registran más de 200.000 casos nuevos al año en más de 120 países, evidenciando la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

En la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado políticas orientadas a reducir la carga de las enfermedades transmisibles, entre ellas la lepra, mediante la estrategia “Hacia Cero Lepra 2021-2030”. Esta iniciativa busca no solo interrumpir la transmisión, sino también eliminar el estigma y las discapacidades asociadas a la enfermedad, promoviendo un enfoque integrado, sostenible y multisectorial.

Colombia ha adoptado estas directrices internacionales a través del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen 2016-2025. Aunque el país ha logrado una disminución sostenida en la incidencia de casos, con una tasa de 0,49 por cada 100.000 habitantes en 2023, aún enfrenta retos importantes, especialmente en la detección temprana y la atención integral en zonas rurales y urbanas vulnerables. A nivel nacional, se han implementado esfuerzos importantes para cumplir con las metas de eliminación, aunque persisten casos con grados de discapacidad que indican diagnósticos tardíos.

En el ámbito distrital, Bogotá ha alineado sus políticas de salud con las estrategias nacionales e internacionales a través del Plan Territorial de Salud 2020-2024 y su continuidad en el periodo 2024-2027. En 2023, la ciudad mantuvo una tasa de detección de lepra inferior a 0,05 casos por cada 10.000 habitantes, cumpliendo así con las metas nacionales de eliminación. Aunque se registró una disminución del 10,5 % en los casos nuevos respecto al año anterior, el comportamiento de la enfermedad ha permanecido estable en los últimos cinco años, con un rango de notificación anual entre 14 y 19 casos.

Las localidades con mayor número de casos fueron Bosa, Kennedy y Suba (cada una con el 18 %), seguidas por Usaquén, Santa Fe, Usme, Engativá, Los Mártires, Rafael Uribe Uribe y algunos casos sin dirección específica (cada una con el 6 %). La lepra afectó principalmente a hombres adultos y adultos mayores, y un 5,9 % de los casos se identificaron en población migrante venezolana. Además, el grado de discapacidad II se ha mantenido por debajo de un caso por cada millón de habitantes durante los últimos ocho años en el Distrito Capital.

El objetivo de este informe es describir la frecuencia, distribución, tendencia, comportamiento en magnitud, características demográficas y sociales como los grados iniciales de discapacidad, de acuerdo a lo notificado durante el primer semestre 2025 al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para la lepra código 450.

Objetivo

Analizar el comportamiento epidemiológico de la Lepra o enfermedad de Hansen en Bogotá D.C. durante el primer semestre de 2025, a partir de los datos notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), con el fin de identificar

tendencias, características clínicas, demográficas y territoriales de los casos, así como generar evidencia para orientar las acciones de prevención, control y fortalecimiento de la respuesta institucional, en concordancia con los lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud.

Métodos

Para realizar el análisis se hace una descripción retrospectiva con base en la notificación de I semestre de 2025 para el evento de lepra, se procesaron en hoja de cálculo de Excel, utilizando frecuencias absolutas y relativas y se procedió a realizar la estimación de la magnitud en lugar y persona, estableciendo su tendencia y detectando cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación mediante el análisis comparativo en el tiempo para la incidencia, los grados de discapacidad al momento del diagnóstico, y la clasificación clínica de los casos identificado con el código 450 según lo normado en el protocolo de vigilancia del Instituto Nacional de Salud.

Resultado

Según el análisis de la información de la notificación de casos durante el primer semestre de 2025, se registraron 12 casos de lepra, de los cuales, tras la depuración de la base de datos, 5 casos son residentes en Bogotá. En comparación con el mismo periodo epidemiológico de 2024, cuando se notificaron 8 casos, se observa un decremento del 37,5 % en la detección de casos de enfermedad de Hansen.

Los casos reportados corresponden a las localidades de Chapinero, Suba, Barrios Unidos, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar cada una con el 20% (n=1), La tasa preliminar de detección de casos nuevos durante este periodo corresponde a 0,01 por cada 10.000 habitantes, lo que refleja el cumplimiento de la meta nacional para la eliminación de la enfermedad.

Tabla . Tasa de detección y número de casos de lepra por localidad de residencia en Bogotá D.C, durante el I Semestre 2025

Localidad	TOTAL DE CASOS LEPRAS		CASOS NUEVOS		TASA DE DETECCION
	Nº Casos	Porcentaje	MB	PB	CASO X 10.000 Habitantes
CHAPINERO	1	6%	0	1	0,05
SUBA	1	6%	0	1	0,01
BARRIOS UNIDOS	1	6%	1	0	0,01
RAFAEL URIBE URIBE	1	6%	0	0	0,00

CIUDAD BOLÍVAR	1	6%	1	0	0,03
TOTAL	5	100%	2	2	0,01

Fuente de información: Notificación Sivigila evento 450, año 2025 (SE24)

En el análisis sociodemográfico de los casos notificados durante el I semestre de 2025, se observa un predominio del sexo masculino, que representa el 60% del total. Los casos se concentran principalmente en los grupos etarios de adultos y adultos mayores. En cuanto al tipo de afiliación en salud, los casos se distribuyen de manera equitativa entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo cada una con el 40% y un 20% de los casos registran si afiliación al sistema de salud.

Respecto a la caracterización por grupo poblacional, el 20% de los casos corresponde a población migrante con nacionalidad venezolana. Según la clasificación clínica, el 60% de los casos fueron diagnosticados con lepra multibacilar y el 40% con lepra paucibacilar. Además, el 60% de los pacientes no presentaron ningún grado de discapacidad al momento del diagnóstico.

Tabla. Distribución demográfica y social de los casos de lepra, Bogotá D.C, durante el I semestre 2025

Variable	Categoría	CASOS HANSEN 2025 (SE24)	
		Casos	%
Sexo	Femenino	2	40,0%
	Masculino	3	60,0%
Tipo de Lepra	MB	3	60,0%
	PB	2	40,0%
Grado máximo de discapacidad	Grado 0	3	60,0%
	Grado 1	0	0,0%
	Grado 2	2	40,0%
Grupos de edad (años)	35 a 39 Años	1	20,0%
	40 a 44 Años	1	20,0%
	55 a 59 Años	1	20,0%
	65 y más	2	40,0%
Pertenencia étnica	Otros	5	100,0%
Poblaciones especiales	Migrante	1	20,0%

Tipo de régimen de salud	Subsidiado	2	40,0%
	Contributivo	2	40,0%
	No asegurado	1	20,0%

Fuente de información: Notificación Sivigila evento 450, año 2025 (SE24)

En relación con el grado de discapacidad al momento del diagnóstico, se observa que el 66,7 % (2 casos) de los pacientes con lepra multibacilar (MB) no presentan ningún tipo de discapacidad, mientras que el 33,3 % (1 caso) presentan discapacidad de grado II. En cuanto a los casos de lepra paucibacilar (PB), el 50 % no presentan discapacidad y el 50 % restante presentan discapacidad de grado II.

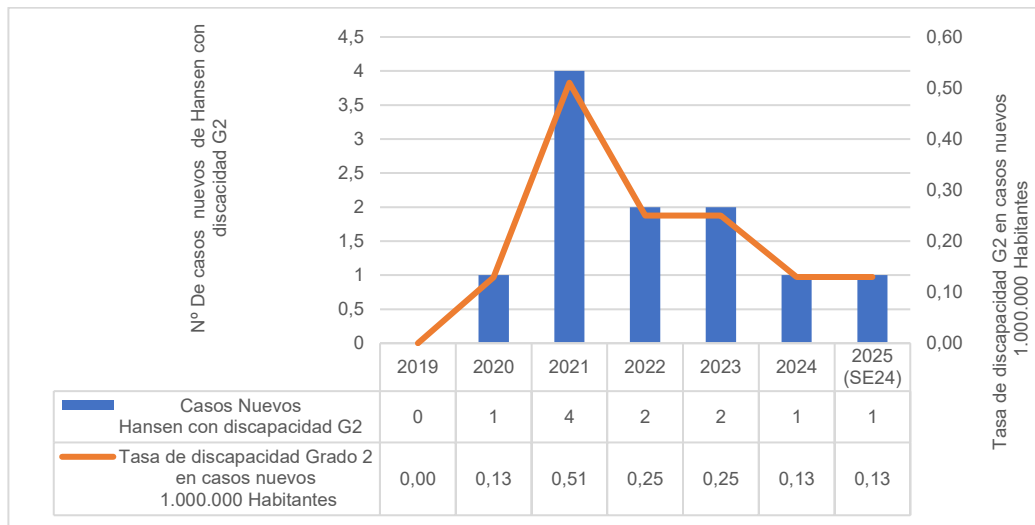
Tabla. Distribución de los casos de Hansen notificados de acuerdo al grado de discapacidad en Bogotá D.C, durante el I semestre de 2025

TIPO DE LERPA	GRADO 0		GRADO 1		GRADO 2	
	Nº CASOS	PORCENTAJE	Nº CASOS	PORCENTAJE	Nº CASOS	PORCENTAJE
PAUCIBACILAR	1	50%	0	0%	1	50%
MULTIBACILAR	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%

Fuente de información: Notificación Sivigila evento 450, año 2025 (SE24)

En cuanto a la discapacidad de grado II en los casos nuevos de Hansen, entre 2019 y 2020 la tasa se mantuvo entre 0,00 y 0,13 casos por cada 1.000.000 de habitantes, siendo 2019 el único año en el que no se reportaron casos con esta condición. La tasa más alta de los últimos cinco años se registró en 2021, con 0,51 casos por cada 1.000.000 de habitantes. Posteriormente, en 2022 y 2023, la tasa se redujo a 0,25 casos por cada 1.000.000 de habitantes. En 2024, se observó una nueva disminución a 0,13 casos, y como dato preliminar al corte del primer trimestre de 2025, la tasa se mantiene en 0,13 casos por cada 1.000.000 de habitantes, cumpliendo con las metas establecidas en el Plan Nacional de Lepra.

Grafica. Comportamiento tasa de discapacidad grado 2 por enfermedad de Hansen entre los casos nuevos Bogotá D.C, 2019 – 2024; 2025 (SE24)



Fuente de información: Notificación Sivigila, evento 450, años 2019 – 2024; 2025 (SE24)

Los casos se presentaron en las localidades de Chapinero, Suba, Barrios Unidos, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar cada una con el 20%, lo que sugiere mayor riesgo o brechas en el acceso a servicios de salud. Un aspecto destacado del análisis sociodemográfico es la mayor afectación en hombres (60%). Además, el 20% de los casos corresponden a migrantes venezolanos, lo que subraya la necesidad de enfoques diferenciales en salud para población en situación de migración.

La mayoría de los casos fueron diagnosticados con lepra multibacilar (MB), que tiene mayor potencial de transmisión, aunque un alto porcentaje (66,7%) no presentó discapacidad al momento del diagnóstico, lo cual sugiere cierto grado de detección oportuna. Sin embargo, aún se presentan casos con discapacidad grado II (33,3 %), lo que evidencia demoras en el diagnóstico en algunos casos.

La tasa de discapacidad grado II se mantiene desde 2014 por debajo del umbral de 1 por millón de habitantes, lo cual es un logro importante del sistema de salud distrital.

Conclusiones

- La lepra en Bogotá presenta baja incidencia, manteniéndose por debajo del umbral de eliminación (<1 por 10.000 habitantes).
- Existe una tendencia estable en los últimos cinco años, con una leve variación anual en el número de casos, que puede estar influida por factores como migración, vigilancia activa o acceso desigual a los servicios de salud.

- La mayoría de los casos se concentran en adultos mayores, principalmente en las localidades de Chapinero, Suba, Barrios Unidos, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, lo cual debe orientar las acciones de salud pública.
- La detección temprana es adecuada en una proporción considerable de casos, pero persisten desafíos en la reducción de diagnósticos tardíos, como lo indica la presencia de discapacidad al momento del diagnóstico.
- La población migrante representa un grupo vulnerable importante, con necesidades específicas de atención y acceso a servicios.

Recomendaciones

- Fortalecer la vigilancia activa en localidades con mayor notificación de casos como Chapinero, Suba, Barrios Unidos, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, mediante búsqueda de convivientes y educación comunitaria.
- Desarrollar estrategias diferenciales para población migrante, asegurando acceso a diagnóstico, tratamiento y educación sobre la lepra.
- Capacitar permanentemente al personal de salud, en especial de atención primaria, para reconocer signos tempranos de lepra y evitar demoras en el diagnóstico.
- Promover campañas educativas que combatan el estigma, involucrando comunidades locales, escuelas y redes sociales, para mejorar la aceptación y la búsqueda de atención oportuna.
- Monitorear y evaluar continuamente la discapacidad en los casos nuevos, priorizando la rehabilitación e inclusión social de quienes presentan secuelas físicas.
- Mantener los esfuerzos en diagnóstico temprano y seguimiento de contactos, alineados con el Plan Nacional de Lepra y la estrategia “Hacia Cero Lepra 2021-2030”.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. Global Report TB 2022 [Internet] 2022. Fecha de consulta: 01 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosisprogramme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

1. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2020**. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
2. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2022**. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061729>
3. World Health Organization. **Global tuberculosis report 2024**. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531>
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Tuberculosis 2021. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 1 de junio 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20INFORME%202021.pdf>
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de evento Tuberculosis 2022. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 1 de junio 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx>.
6. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Tuberculosis 2023. [Internet] 2023. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico “Hacia el Fin de la Tuberculosis” Colombia 2016- 2025. [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 227 de 2020 con los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis 2020. [Internet] 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ResoluciC3B3n20No.2022720de202020.pdf
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen: “Compromiso de todos hacia un país libre de enfermedad de Hansen. [Internet] 2020 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Plan-strategico-enfermedad-hansen-2016-2025.pdf>.
11. World Health Organization. Hacia cero lepra . Estrategia mundial contra la lepra(Enfermedad de Hansen) 2021-2030. 2021;(ISBN: 978 92 9022841 7):30.[citado 2022 JI] Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789290228509> .

12. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento de Lepra. Colombia, 2023, Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LEPRA%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>