

# Coosalud en cifras

## **Coosalud en cifras | Boletín Epidemiológico Institucional N.º 1 – 2025**

### ***Evidencia para la gestión del riesgo en salud***

**Tema central:** VIH, tuberculosis y lepra

**Periodo epidemiológico IX – Semana epidemiológica 36**

**Fecha de publicación:** Octubre de 2025

**Elaborado por:** Dirección de Gestión del Riesgo en Salud y Dirección de Population Health Management – Coosalud EPS

### ***Introducción***

El Boletín Epidemiológico *Coosalud en Cifras* es una iniciativa de las dirección de Gestión del Riesgo en Salud y de Population Health Management (PHM), orientada a fortalecer la vigilancia epidemiológica institucional y la gestión del riesgo en la población afiliada. Su propósito es difundir información técnica, confiable y oportuna sobre los principales eventos de interés en salud pública, estos son: dengue (15.635 casos), violencia de género (7.431 casos), agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia (7.184 casos), malaria (5.180 casos) y morbilidad materna extrema (1.950 casos).

aportando evidencia útil para la toma de decisiones, la planeación territorial y el mejoramiento continuo de la atención en salud.

Esta publicación busca consolidarse como un espacio periódico de análisis epidemiológico que complemente los sistemas nacionales de información, integrando fuentes como SIVIGILA, Cuenta de Alto Costo, BDUA y bases internas de Coosalud. A través del análisis de datos, tendencias históricas y enfoques diferenciales, *Coosalud en Cifras* ofrece una mirada integral sobre el comportamiento de los eventos y los desafíos en salud pública de la EPS.

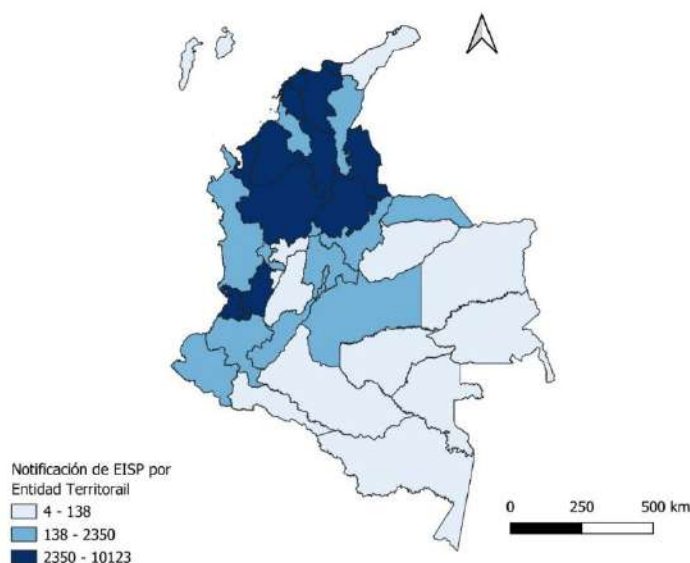
Esta primera edición, correspondiente al periodo epidemiológico IX de 2025, presenta el comportamiento de tres eventos de alta prioridad: VIH, tuberculosis y lepra, reafirmando el compromiso institucional de Coosalud con la vigilancia, el diagnóstico oportuno y la respuesta efectiva frente a los principales retos en salud pública.

## Comportamiento de la notificación

Con corte a periodo epidemiológico IX del año 2025, se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA un total de 52.941 eventos de interés en salud pública correspondientes a pacientes cuyo aseguramiento fue reportado por las entidades notificadoras como afiliados a COOSALUD EPS<sup>1</sup>.

Al analizar la distribución por entidad territorial notificadora, se observa que el mayor número de casos fueron reportados por entidades que se encuentran ubicadas en los departamentos de Antioquia (19%), Valle (12%), Norte de Santander (12%), Bolívar (11%). Estos porcentajes son coherentes con la concentración poblacional de afiliados y la estructura de la red de prestadores de servicios contratada en estos territorios.

**FIGURA 1. NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA POR ENTIDAD TERRITORIAL. COOSALUD 2025**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo IX-2025.

Al analizar los eventos más frecuentemente notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para la población afiliada a Coosalud EPS, se observa que el dengue continúa siendo el evento de mayores tasas de notificación, con

<sup>1</sup> Esta descripción hace referencia al total de casos notificados a SIVIGILA sin realizar el cruce con BDUA para corroborar el aseguramiento. Los análisis individuales por eventos, si tienen en cuenta solo población con afiliación activa.

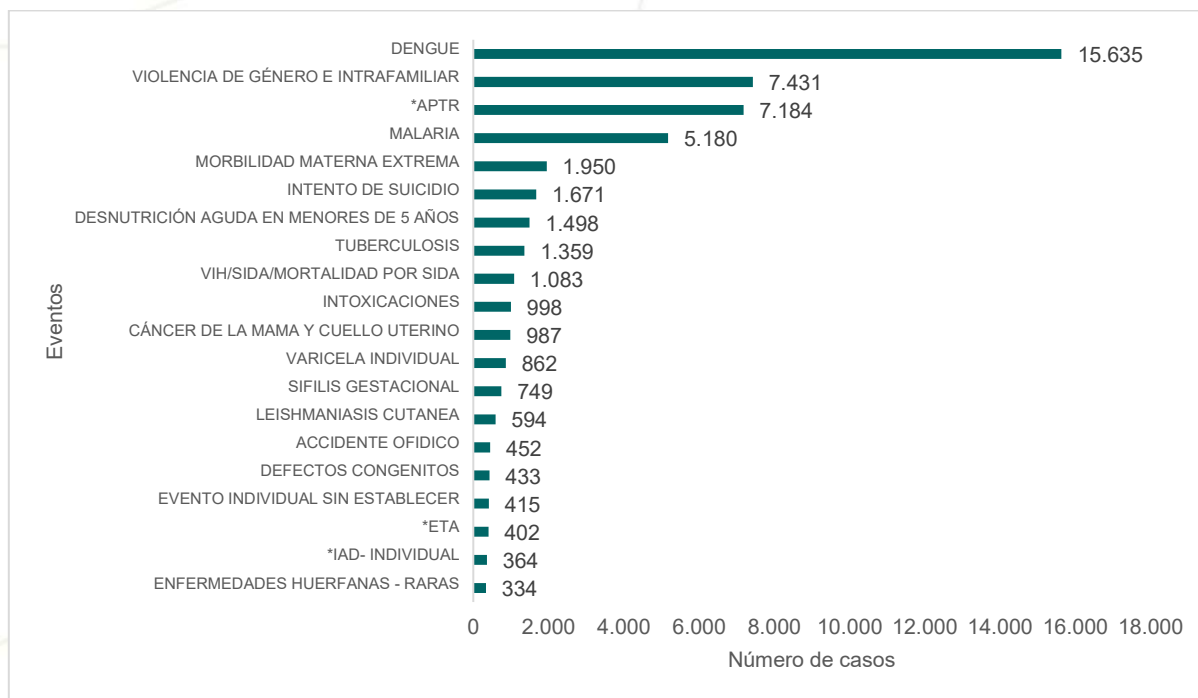


15.635 casos reportados durante el periodo epidemiológico IX de 2025. Este comportamiento confirma su carácter endémico y su persistencia como uno de los principales retos para la vigilancia y el control vectorial en los territorios con mayor concentración de afiliados.

En segundo lugar, se destaca la violencia de género e intrafamiliar, con 7.431 casos, seguida de las agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia (APTR) con 7.184 casos y la malaria con 5.180. Estos eventos reflejan la coexistencia de problemáticas de salud pública de naturaleza diversa: por un lado, las enfermedades transmitidas por vectores que exigen acciones continuas de control y prevención, y por otro, los eventos asociados a determinantes sociales, violencia y convivencia, que demandan respuestas integrales intersectoriales y comunitarias.

Entre otros eventos de relevancia se encuentran la morbilidad materna extrema (1.950 casos), el intento de suicidio (1.671), la desnutrición aguda en menores de cinco años (1.498), la tuberculosis (1.359) y la infección por VIH/Sida (1.083). Estos resultados reflejan un panorama epidemiológico complejo y heterogéneo, donde convergen condiciones transmisibles, no transmisibles y sociales, lo que subraya la necesidad de mantener una vigilancia integral y articulada con la gestión del riesgo en salud.

**FIGURA 2. PRIMEROS 20 EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA NOTIFICADOS. COOSALUD 2025**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo IX-2025.

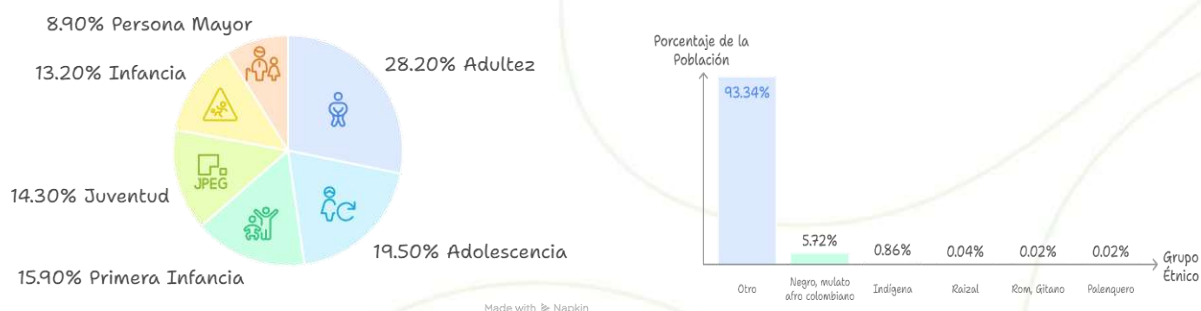
\*APTR- agresiones por animales potencialmente transmisores de la Rabia; \*ETA – Enfermedad Transmitida por Alimentos o Agua; \*IAD- Infecciones Asociadas a Dispositivos

Según el ciclo de vida, la notificación de eventos de interés en salud pública muestra un patrón heterogéneo con mayor concentración en las etapas productivas y de transición del desarrollo humano. La mayor proporción de casos se observa en la adultez (28,2%), lo que refleja tanto la alta carga de enfermedades crónicas no transmisibles y de salud mental. El grupo de menores de 5 años (primera infancia) presenta una alta notificación del evento de dengue, lo que refleja el alto riesgo a la exposición vectorial que tiene esta población. La distribución por ciclo de vida sugiere la necesidad de fortalecer estrategias diferenciales lo que permitirán mejorar la respuesta del sistema de salud y focalizar recursos de manera costo-efectiva en los grupos poblacionales más afectados.

La distribución de los eventos de interés en salud pública por pertenencia étnica en los afiliados a Coosalud evidencia un predominio del grupo clasificado como “Otro” (93,34%), correspondiente a la población que no se reconoce dentro de categorías étnicas específicas o que se autorreconoce como mestiza. Esta alta proporción refleja la composición general de la población nacional y sugiere que la mayor carga de eventos está concentrada en los grupos mayoritarios.

Dentro de las minorías étnicas, el 5,72% corresponde a población negra, mulata o afrocolombiana, lo cual es consistente con su representación demográfica en varias regiones del país, particularmente en la costa Caribe donde hay una importante población afiliada a la EPS. Los grupos indígenas representan el 0,86% de los casos notificados, lo que, aunque es una proporción pequeña, sin embargo, cobra relevancia por la presencia de eventos trazadores para el país y que están en seguimiento estricto en la entidad.

**FIGURA 3. DATOS POBLACIONALES DE LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. COOSALUD 2025**



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Periodo IX-2025.

## ***Comportamiento epidemiológico del VIH***

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus que afecta el sistema inmunitario, deteriorando la capacidad de defensa del organismo y, sin tratamiento, puede progresar al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Actualmente no tiene cura, pero con terapia antirretroviral (TAR) se logra controlar la infección, reducir la mortalidad y cortar cadenas de transmisión.

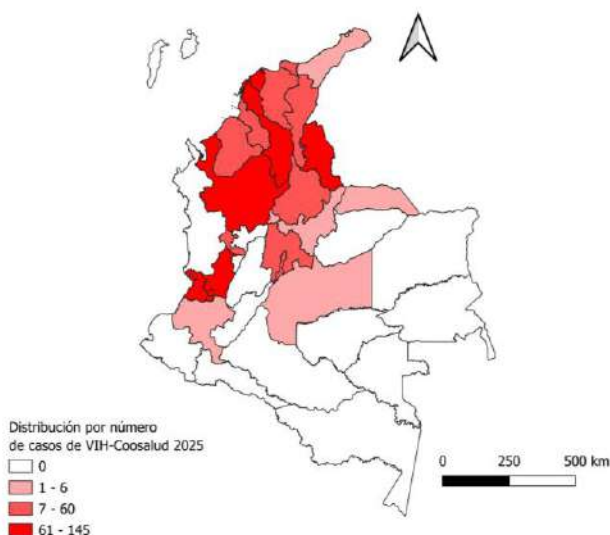
A nivel mundial, en 2024 alrededor de 40,8 millones de personas vivían con VIH, con 1,3 millones de nuevas infecciones y unas 630.000 muertes relacionadas con el SIDA. Pese a que más de 31 millones de personas reciben TAR, la reducción de nuevas infecciones se ha estancado. África subsahariana sigue siendo la región más afectada, con países como Sudáfrica, Nigeria, Kenia y Mozambique concentrando la mayor carga. En otras regiones, el virus se mantiene focalizado en poblaciones clave: hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, trabajadoras sexuales y personas privadas de la libertad.

En Colombia, según el Instituto Nacional de Salud, para el periodo VIII de 2025 se notificaron 11 642 casos confirmados, con una incidencia de 20,6 por 100.000 habitantes. La transmisión sexual representa el 98% de los casos, predominando en hombres y en poblaciones clave. Los municipios con mayor número de notificaciones son Bogotá D.C., Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena.

En Coosalud, con corte al periodo epidemiológico IX de 2025, se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) 1.082 casos de VIH/SIDA y mortalidad por SIDA. Tras el proceso de ajuste y depuración de la base de datos, se descartaron 21 casos por criterios clínico-epidemiológicos y por errores de digitación, se identificaron 166 registros repetidos y 79 casos correspondían a personas no afiliadas a la entidad. Como resultado, 816 casos se consolidaron como válidos y activos para el análisis epidemiológico y se utilizaron para la elaboración del presente boletín.

En cuanto a la distribución geográfica, los departamentos con mayor número de casos notificados hasta la semana epidemiológica 36 fueron Valle del Cauca, Bolívar, Atlántico y Antioquia, los cuales concentran la mayor carga del evento dentro de la red de vigilancia. A nivel municipal, las ciudades de Cartagena, Cali, Barranquilla y Santa Marta reportaron el mayor volumen de casos, reflejando el patrón urbano y costero característico de la transmisión del VIH en el país.

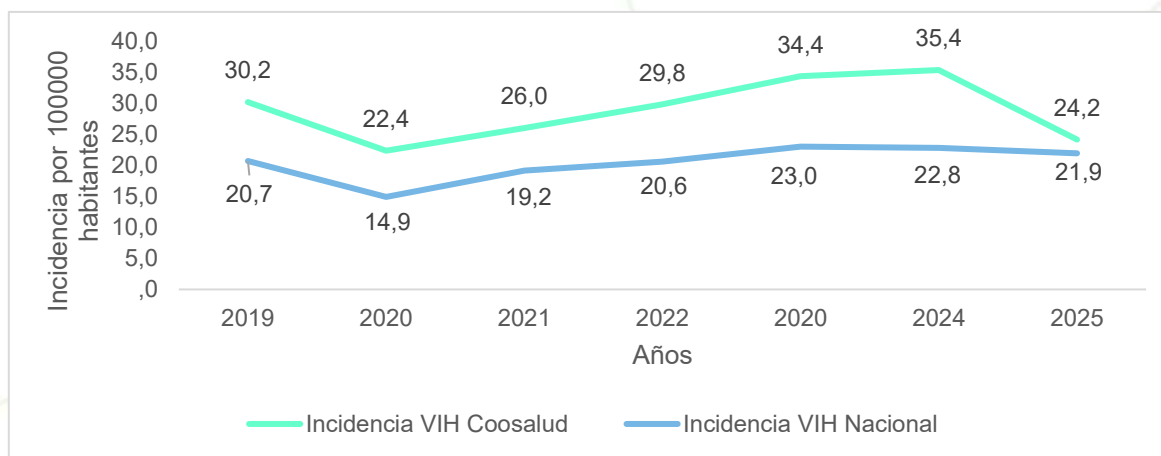
**FIGURA 4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CASOS DE VIH, COOSALUD, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 36 DE 2025**



Fuente: Sivigila 2025

Durante el periodo 2019–2025, la tasa de notificación de VIH en la población afiliada a Coosalud muestra un comportamiento incremental durante la mayor parte del periodo, además ha permanecido sistemáticamente por encima de la tasa nacional. El promedio nacional de notificación en Coosalud en 2025 (24,2 por 100.000) se mantiene por encima del estimado general para Colombia (21,9 por 100.000), lo que sugiere una mayor concentración del evento en la población afiliada, coherente con su cobertura en territorios urbanos y costeros de alta endemividad.

**FIGURA 5. TASA DE NOTIFICACIÓN DE VIH. COOSALUD VS COLOMBIA 2019-2025**



Fuente: 2019-2023 cubos SISPRO, 2024-2025 Sivigila 2025 datos preliminares.

Durante el año 2025, la notificación de casos de VIH en la población afiliada a Coosalud evidenció una marcada heterogeneidad territorial, con tasas de notificación que oscilaron entre 0,0 y 93,5 por 100.000 afiliados, reflejando diferencias sustanciales en la carga del evento y en los patrones de exposición, diagnóstico y reporte entre departamentos.

Los mayores niveles de notificación se registraron en Bogotá, D.C. (93,5 por 100.000), Cauca (87,1), Córdoba (51,6), Bolívar (29,8), Atlántico (28,8), Casanare (27,8) y Cesar (27,4). Estas entidades concentran territorios con alta densidad urbana o dinámicas poblacionales específicas que favorecen la transmisión del VIH, incluyendo movilidad laboral y concentración de poblaciones migrantes. En el caso de Bogotá y Cauca, las tasas extremadamente elevadas podrían estar asociadas tanto a una mayor capacidad de detección debido a la oferta de red de prestadores disponible y contratada por la EAPB. Mientras que en la región Caribe los resultados reflejan la persistencia de una epidemia concentrada con transmisión sostenida.

Por contraste, departamentos como Boyacá, Chocó, Huila, Caldas, Arauca y Santander mostraron tasas inferiores a 15 por 100.000 afiliados, mientras que en Quindío, Risaralda, Tolima y Guainía no se registraron casos durante el periodo analizado. No obstante, la ausencia de notificación en algunas entidades no necesariamente implica ausencia de transmisión, sino que podría reflejar subregistro puesto que los diagnósticos se realizan en entidades con mayor capacidad diagnóstica.

**TABLA 1. TASA DE NOTIFICACIÓN DE VIH POR 100.000 AFILIADOS POR DEPARTAMENTO. COOSALUD 2025**

Entidad territorial	Casos	Afiliados	Tasa de notificación de VIH
Antioquia	80	467.741	17,10
Atlántico	98	340.510	28,78
Bogotá, D.C.	34	36.359	93,51
Bolívar	109	365.312	29,84
Boyacá	5	113.189	4,42
Caldas	1	7.100	14,08
Cauca	6	6.891	87,07
Cesar	32	116.767	27,41
Córdoba	58	112.461	51,57
Cundinamarca	9	59.226	15,20
Chocó	1	8.207	12,18
Huila	1	7.192	13,90
Magdalena	60	296.571	20,23
Meta	2	8.633	23,17



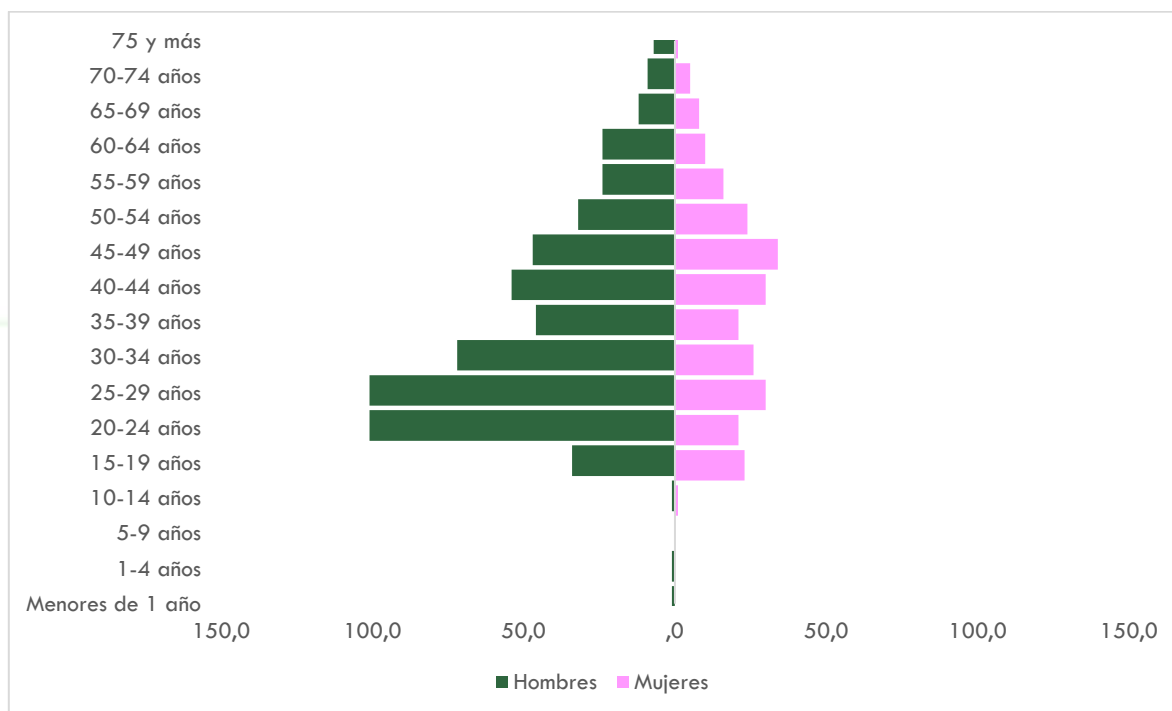
Norte de Santander	76	379.315	20,04
Quindío	0	3	0,00
Risaralda	0	29.925	0,00
Santander	49	336.972	14,54
Sucre	23	140.787	16,34
Tolima	0	2.286	0,00
Valle del Cauca	145	496.905	29,18
Arauca	6	40.148	14,94
Casanare	1	3.593	27,83
Guainía	0	11	0,00

Fuente: Sivigila 2025.

En cuanto a las características poblacionales, el 69,4% de los casos corresponde a hombres, lo que resulta coherente con el patrón nacional, en el cual el sexo masculino continúa siendo el más afectado por el virus. Por su parte, el 72% de los casos reportó como mecanismo probable de transmisión la vía heterosexual, lo que sugiere un cambio progresivo en la dinámica epidemiológica del VIH. Este comportamiento podría indicar que los grupos históricamente de mayor riesgo han logrado mayores niveles de adherencia al tratamiento y adopción de prácticas de autocuidado, mientras que persiste la transmisión en la población general, especialmente en contextos con menor percepción de riesgo y brechas en la educación sexual y reproductiva.

Los grupos de edad con mayor número de casos reportados corresponden a personas entre los 20 y 29 años, lo que evidencia una mayor afectación en adultos jóvenes en etapa productiva. Sin embargo, resulta preocupante el incremento observado en el grupo de 15 a 19 años, ya que sugiere debilidades en los programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a la población adolescente, especialmente en aspectos relacionados con la prevención y el acceso a información oportuna.

**FIGURA 6. CASOS DE VIH POR EDAD Y SEXO. COOSALUD 2025**



Fuente: Sivigila 2025.

Por otro lado, con corte a agosto de 2025, los indicadores de VIH en Coosalud EPS muestran buen desempeño en cobertura y oportunidad del tratamiento antirretroviral (TAR), con cumplimiento de las metas en cobertura de TAR (95,1 % subsidiado; 99 % contributivo), inicio oportuno del tratamiento ( $\geq 95$  % en ambos regímenes), adherencia ( $\geq 95$  %) y TAR en gestantes VIH positivas (100 %).

No obstante, persisten dificultades en el seguimiento clínico y control virológico, evidenciadas por coberturas bajas en realización de linfocitos T CD4+ y carga viral (65 % y 44 %) y indetectabilidad a las 48 semanas (43,8 % y 72,1 %). También se identifican rezagos en la tamización de TB latente (46 % y 34 %) y en la tamización de gestantes para VIH (91 % y 86 %).

Estos resultados reflejan fortaleza en el acceso y continuidad del tratamiento, pero requieren reforzar la toma oportuna de pruebas de control, adherencia terapéutica y estrategias de prevención combinada.

**TABLA 1. INDICADORES DEL PROGRAMA DE VIH, COOSALUD EPS, AGOSTO 2025**

Indicadores	Meta	Descripción	Fuente	Régimen subsidiado			Régimen contributivo		
				N*	D*	R*	N*	D*	R*
Realización de Linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses del periodo.	≥ 95%	Numero de PVV con mínimo una medición de linfocitos T CD4+ y carga viral en los últimos 6 meses / Total de PVV reportadas en el periodo	Indicador de la CAC	6,704	10,292	65.14%	286	648	44%
Indetectabilidad a las 48 semanas o más de TAR	≥ 90%	Numero de PVV en TAR con 48 semanas o más de tratamiento y una carga viral <50 copias/ml / Total de PVV	Indicador de la CAC	4,508	10,292	43.80%	467	648	72.07%
Cobertura de la TAR en el periodo	≥ 95%	Número de pacientes con VIH que requieren TAR y se encuentran recibiendo actualmente/Número de pacientes con VIH que requieren TAR	Cuenta de alto costo	9,789	10,292	95.11%	642	648	99.07%
Oportunidad en el inicio de la TAR	≥95%	Porcentaje de casos nuevos con VIH reportados en el periodo cuya sumatoria de días entre el diagnóstico de VIH y el inicio de la TAR es menor o igual a 30 días / Total de casos nuevos con VIH reportados en el periodo.	Cuenta de alto costo	419	439	95.44%	33	34	97.06%
Adherencia a la TAR	>90%	Número de pacientes con VIH con adherencia a la TAR/ total de pacientes con VIH en el periodo	Indicador de la CAC	9,788	10,292	95.10%	640	648	99%
Gestantes tamizadas para VIH	>95%	Número de gestantes tamizadas para VIH (al menos un tamizaje durante la gestación / Total de gestantes reportadas en el periodo	Indicador de la CAC	10,583	11,614	91.12%	960	1.114	86.18%
Abandono de la TAR durante el periodo	<10%	Número de personas viviendo con VIH que no han reclamado la terapia TAR durante 6 meses o mas / Total de PVV reportadas en el periodo	Indicador de la CAC	16	10,292	0.16%	1	648	0.15%

Indicadores	Meta	Descripción	Fuente	Régimen subsidiado			Régimen contributivo		
				N*	D*	R*	N*	D*	R*
Tamización de TB Latente	≥80%	Numero de PVV en las que se realizó PPD o IGRA	Indicador de la CAC	4,778	10,292	46.42%	225	648	34.72%
Porcentaje de casos de coinfección tuberculosis/VIH	NA	Número de casos de TB todas las formas en los que se reporta coinfección TB/VIH / Número de casos confirmados de TB todas las formas en el periodo de reporte	Indicador SIVIGILA	147	1,062	13.84%	9	81	11.11%
Tasa de mortalidad asociada a VIH (Sida).	NA	(Número de muertes asociadas a VIH/Sida en residentes de la entidad territorial / Población afiliada a COOSALUD EPS * 100.000	DANE	33	2,480,284	1.33	2	1.314.071	0,15
Coinfección hepatitis C/VIH	NA	Numero de PVV con coinfección de Hepatitis C que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades/ Total de PVV con coinfección de Hepatitis C reportadas en el periodo	Cuenta de alto costo	20	64	31.25%	2	20	10.00%
Coinfección TB/VIH	NA	Numero de PVV con coinfección de TB que estén recibiendo tratamiento para ambas enfermedades/Total de PVV con coinfección de TB reportadas en el periodo	Cuenta de alto costo	56	65	86.15%	16	19	84.21%
TAR en las gestantes que viven con VIH	100%	Numero de gestantes con VIH que recibieron TAR en el periodo/Total de gestantes con VIH reportada en el periodo	CAC y SIVIGILA	36	36	100%	23	23	100%

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, y Base de Datos Única de Afiliados – BDU. Cálculos: Dirección de Gestión del Riesgo en Salud, Coosalud EPS. Corte: agosto de 2025.

\*N: numerador; D: denominador; R: resultado.



## Referencias

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). *Informe mundial sobre el sida 2024*. Ginebra: ONUSIDA; 2024. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
2. Instituto Nacional de Salud. Informe de eventos: VIH. Periodo epidemiológico VIII, 2025. Bogotá D.C.: INS; 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20PE%20VIII%202025.pdf>
3. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal (BES). Año 2024 semana 47-VIH. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_47.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf)

## ***Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis***

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las principales amenazas para la salud global. En 2023, según el reporte global de tuberculosis 2024 de la OMS, se estimaron 10,8 millones de casos incidentes en el mundo, con una tasa de 134 por 100.000 habitantes, y aproximadamente 1,25 millones de muertes (1,09 millones en personas VIH negativas y 161.000 en personas con VIH) (1). La mayor carga se concentró en cinco países: India (26 %), Indonesia (10 %), China (6,8 %), Filipinas (6,8 %) y Pakistán (6,3 %) (1).

A nivel regional, el 45 % de los casos ocurrió en Asia Sudoriental, el 24 % en África, el 17 % en el Pacífico Occidental y el 3,2 % en las Américas (1). Aunque la mortalidad ha mostrado una leve disminución tras el repunte ocasionado por la pandemia de COVID-19, el avance es insuficiente frente a las metas globales de la Estrategia Fin de la TB de la OMS, que propone una reducción del 50 % de la incidencia y del 75 % de la mortalidad para 2025 en comparación con 2015 (1).

En Colombia, la tuberculosis mantiene una tendencia creciente. Durante 2024 se notificaron al sistema Sivigila 21.217 casos con residencia en el país y 106 en residentes en el exterior, lo que representa un incremento del 6,4 % respecto a 2023 (19.932 casos) (2).

Las entidades con mayor número de casos fueron: Antioquia (4.421), Cali (1.650), Bogotá D.C. (1.447), Santander (1.248), Barranquilla (981), Norte de Santander (850) y Valle del Cauca (807). En contraste, las de menor carga fueron: San Andrés (9), Vaupés (20), Guainía (27), Vichada (33), Guaviare (39), Amazonas (74) y Sucre (110) (2).

En cuanto a la mortalidad, en 2024 se notificaron 1.381 defunciones por TB, con predominio en hombres (71 %) y en personas mayores de 60 años, lo que evidencia la persistencia de desigualdades en la carga de la enfermedad (2).

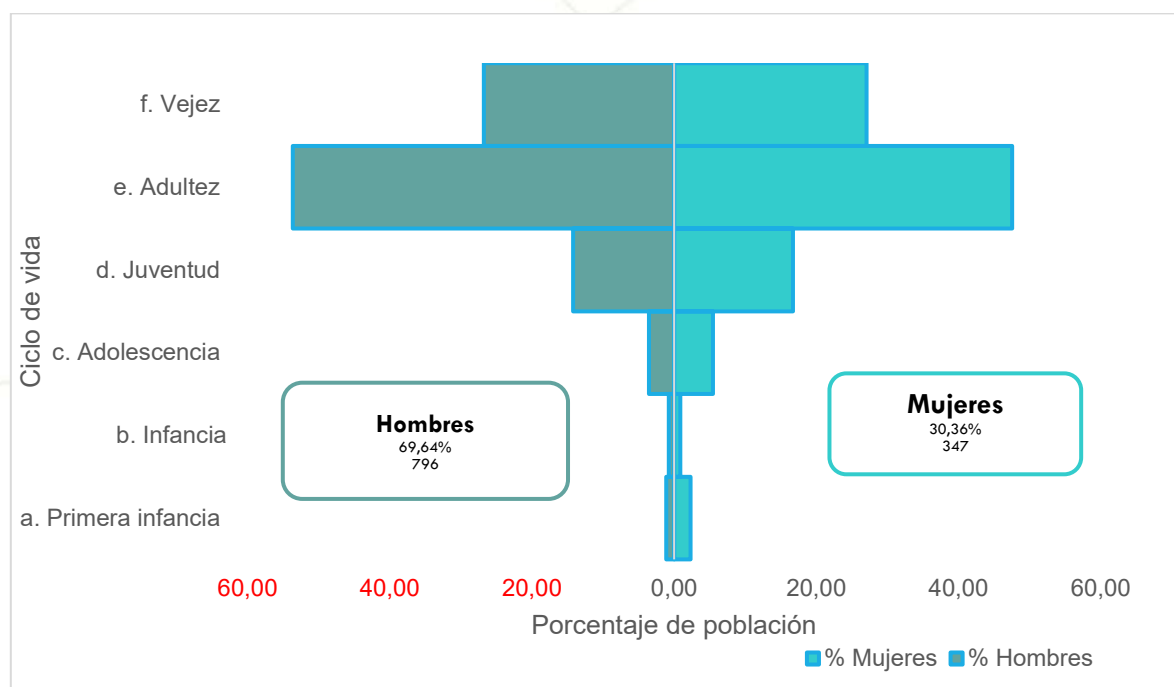
El país ha suscrito los compromisos internacionales de la Estrategia Fin de la TB de la OMS y de la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que busca eliminar la tuberculosis como problema de salud pública para 2030 (1).

A nivel interno, el país formuló el Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis 2016–2025, que establece como metas: reducir en 50 % la incidencia, en 70 % la mortalidad y en 60 % los costos catastróficos asociados a la enfermedad para 2025, con respecto a 2015 (3). Sin embargo, los datos observados en 2024 muestran una brecha considerable frente a estos objetivos, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, búsqueda activa, diagnóstico oportuno y adherencia terapéutica, además de acciones intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la TB.

Con corte al periodo epidemiológico IX (semana 36), en Coosalud se notificaron al SIVIGILA 1.356 casos de tuberculosis. Tras el proceso de depuración, se excluyeron 63 casos sin cruce con la base de afiliados, 12 con ajuste D, 20 con ajuste 6 y 102 duplicados, quedando 1.143 casos con residencia en Colombia y 2 en el exterior.

Para el análisis se consideraron los 1.143 casos activos residentes en el país. De estos, el 69,64% correspondió a hombres (796 casos) y el 30,36% a mujeres (347 casos). La mayor carga se concentró en la adultez (27-59 años), seguida de la vejez (60 años o más) y, en menor medida, de la juventud (19 – 26 años) (Figura 1). El 92,91% (1.062 casos) corresponden al régimen subsidiado y 89,15% (1.109 casos) ocurrieron en cabeceras municipales

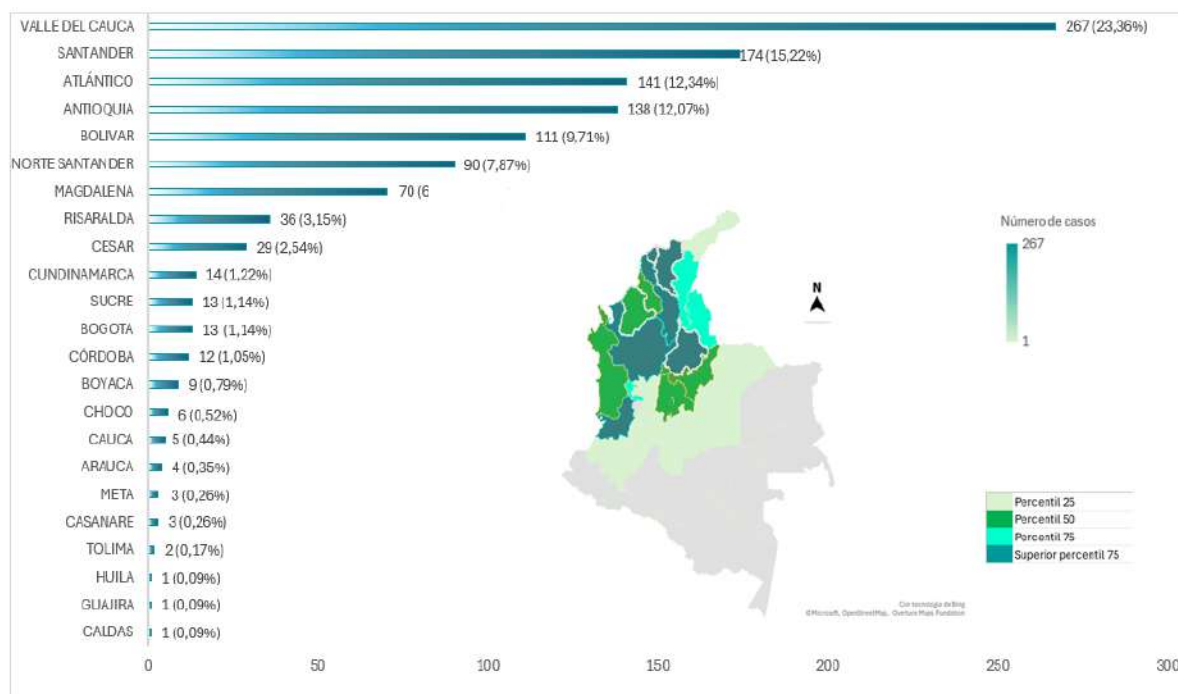
**FIGURA 7. CASOS DE TUBERCULOSIS POR CICLO DE VIDA Y SEXO, COLOMBIA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025**



Fuente de información: base de datos SIVIGILA, evento 813

En cuanto al número de casos por departamento, la mayor carga de tuberculosis en los afiliados a Coosalud EPS se concentró principalmente en los departamentos de Valle del Cauca (23,36%), Santander (15,22%), Atlántico (12,34%), Antioquia (12,07%) y Bolívar (9,71%). En un segundo grupo se encuentran Norte de Santander (7,87%), Risaralda (3,15%) y Cesar (2,54%), mientras que el resto de los departamentos registraron proporciones inferiores al 2% del total de casos.

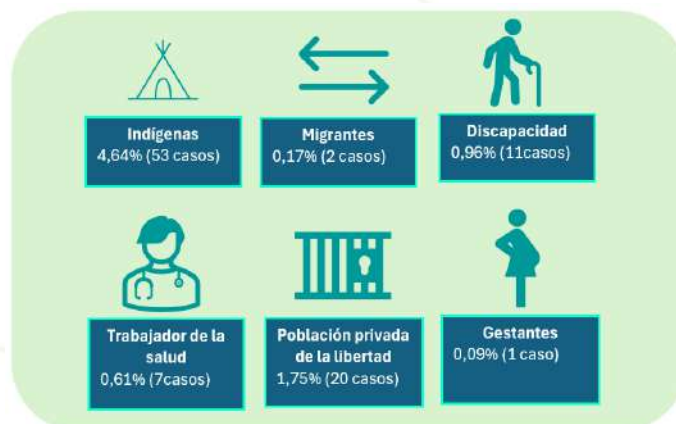
**FIGURA 8. CASOS DE TUBERCULOSIS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025**



Fuente de información: base de datos SIVIGILA, evento 813

La mayor carga de casos en poblaciones especiales se concentró en los pueblos indígenas con 53 casos (4,64%), seguido por la población privada de la libertad con 20 casos (1,75%). En menor proporción se identificaron casos en personas con discapacidad (11 casos; 0,96%), trabajadores de la salud (7 casos; 0,61%), migrantes (2 casos; 0,17%) y gestantes (1 caso; 0,09%).

**FIGURA 9. CASOS DE TUBERCULOSIS POR POBLACIONES ESPECIALES, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025**



Fuente de información: base de datos SIVIGILA, evento 813



Durante el periodo analizado, en Coosalud EPS se notificaron 32 casos de tuberculosis farmacorresistente, lo que representa el 2,8% del total de casos reportados. Las mayores proporciones se observaron en Bogotá D.C. (7,69%), Atlántico (4,96%), Valle del Cauca (4,49%), Cesar (3,45%), Magdalena (2,86%), Antioquia (2,90%), Norte de Santander (2,22%) y Santander (1,72%).

**TABLA 2. PROPORCIÓN DE CASOS FARMACORRESISTENTES, COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025**

Departamento de residencia	Número de casos	Proporción de casos farmacorresistentes
ANTIOQUIA	4	2,90
ATLANTICO	7	4,96
BOGOTA	1	7,69
BOLIVAR	0	0,00
BOYACA	0	0,00
CALDAS	0	0,00
CAUCA	0	0,00
CESAR	1	3,45
CORDOBA	0	0,00
CUNDINAMARCA	0	0,00
CHOCO	0	0,00
HUILA	0	0,00
GUAJIRA	0	0,00
MAGDALENA	2	2,86
META	0	0,00
NORTE SANTANDER	2	2,22
RISARALDA	0	0,00
SANTANDER	3	1,72
SUCRE	0	0,00
TOLIMA	0	0,00
VALLE	12	4,49
ARAUCA	0	0,00
CASANARE	0	0,00

Fuente de información: base de datos SIVIGILA, evento 813

En Coosalud EPS se notificaron 156 casos de tuberculosis con coinfección por VIH, lo que corresponde al 13,65% del total de casos reportados. La mayor proporción se presentó en Bogotá D.C. (23,08%), seguida de Magdalena (22,86%), Risaralda (22,22%) y Cundinamarca (21,44%). También se observaron valores elevados en Atlántico (18,44%), Chocó (16,67%), Sucre (15,38%), Antioquia (14,49%), Valle del Cauca (14,23%) y Bolívar (13,51%).

**TABLA 3. PROPORCIÓN DE CASOS CON COINFECCIÓN TB - VIH COOSALUD EPS, PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025**

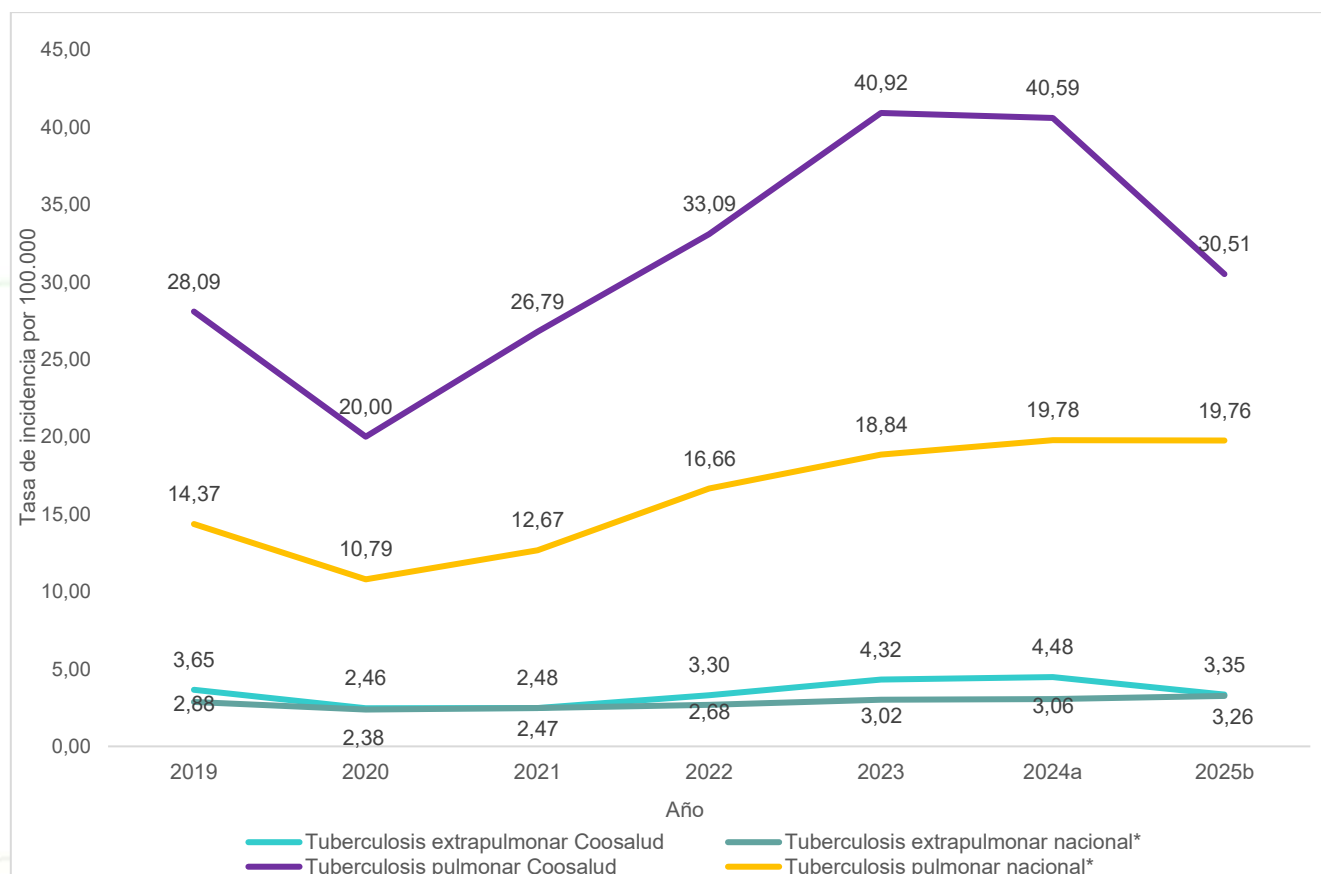
Departamento de residencia	Número de casos	Proporción de casos coinfección TB - VIH
ANTIOQUIA	20	14,49
ATLANTICO	26	18,44
BOGOTA	3	23,08
BOLIVAR	15	13,51
BOYACA	0	0,00
CALDAS	0	0,00
CAUCA	0	0,00
CESAR	3	10,34
CORDOBA	1	8,33
CUNDINAMARCA	3	21,43
CHOCO	1	16,67
HUILA	0	0,00
GUAJIRA	0	0,00
MAGDALENA	16	22,86
META	0	0,00
NORTE SANTANDER	9	10,00
RISARALDA	8	22,22
SANTANDER	11	6,32
SUCRE	2	15,38
TOLIMA	0	0,00
VALLE	38	14,23
ARAUCA	0	0,00
CASANARE	0	0,00

Fuente de información: base de datos SIVIGILA, evento 813

En cuanto al comportamiento de las tasas de incidencia, la tuberculosis pulmonar muestra tasas sistemáticamente más altas que las nacionales, alcanzando su pico en 2023 con 40,92 casos por 100.000 afiliados, el doble de la incidencia nacional (19,8). Aunque en 2025 se observa una reducción a 30,51, la carga continúa siendo considerable.

Por su parte, la tuberculosis extrapulmonar se mantiene estable y en niveles similares al contexto nacional, con tasas entre 2,88 y 3,26 por 100.000 afiliados en todo el periodo.

**FIGURA 10. TASAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS, COOSALUD EPS VS COLOMBIA, 2019 - 2025**



Fuente de información: Cubo SIVIGILA–SISPRO (2019–2023, denominador BDUA); a y b Base SIVIGILA Coosalud (2024–2025 PE IX, denominador afiliados Coosalud); \*Informe de eventos de tuberculosis, PE VIII-2025, INS (4).

En 2025, las mayores tasas de incidencia de tuberculosis en Coosalud EPS se registraron en Risaralda (120,30 por 100.000), Tolima (87,49 por 100.000), Chocó (73,11 por 100.000), Cauca (72,56 por 100.000), Valle del Cauca (53,73 por 100.000) y Santander (51,64 por 100.000).

**TABLA 4. TASAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR DEPARTAMENTO, COOSALUD EPS, 2019 - 2025**

Entidad territorial de residencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024 <sup>a</sup>	2025 <sup>b</sup>	Tendencia
Antioquia	24,15	16,90	21,81	27,53	34,55	42,44	29,50	
Atlántico	35,52	33,50	37,18	48,61	59,08	60,55	41,41	
Bogotá, D.C.	53,86	25,92	38,65	19,32	64,50	13,74	35,75	
Bolívar	29,79	16,19	27,39	33,35	35,22	42,19	30,38	
Boyacá	8,93	12,26	16,93	14,85	10,67	13,34	7,95	
Caldas	0,00	306,75	380,23	68,56	0,00	39,84	14,08	
Cauca	132,24	0,00	24,30	69,30	68,21	116,88	72,56	
Cesar	21,01	16,36	24,72	34,95	38,77	35,70	24,84	
Córdoba	7,01	12,26	13,29	12,73	13,36	14,88	10,67	
Cundinamarca	36,69	35,71	36,36	18,19	38,27	21,72	23,64	
Chocó	0,00	769,23	39,12	78,37	102,89	84,24	73,11	
Huila	0,00	0,00	0,00	12,04	10,80	27,74	13,90	
La Guajira	87,95	0,00	121,36	9,12	54,09	103,63	0,00	
Magdalena	18,89	18,68	23,69	27,25	34,99	32,79	23,60	
Meta	863,93	0,00	0,00	81,54	113,48	57,79	34,75	
Norte de Santander	30,43	28,17	26,84	35,81	41,20	43,19	23,73	
Risaralda	178,89	122,89	107,10	82,96	103,92	100,93	120,30	
Santander	32,19	23,23	34,55	44,95	63,87	54,09	51,64	
Sucre	11,21	3,34	8,67	11,42	9,16	9,67	9,23	
Tolima	0,00	0,00	54,67	57,60	76,45	85,22	87,49	
Valle del Cauca	64,01	34,01	50,63	63,73	79,09	68,79	53,73	
Arauca	32,61	31,27	14,45	34,88	28,97	36,01	9,96	
Guainía	54,18	13,22	28,84	43,84	0,00	0,00	0,00	

Fuente de información: Cubo SIVIGILA–SISPRO (2019–2023, denominador BDUA); a y b Base SIVIGILA Coosalud (2024–2025 PEIX, denominador afiliados Coosalud). Nota: Los departamentos de Amazonas, Caquetá, Casanare, Guainía, Nariño, Quindío, Vichada, Vaupés y San Andrés se excluyen del análisis de tasas de incidencia por contar con menos de 10 afiliados en el denominador en al menos un año del periodo analizado, lo que genera tasas poco estables y con alta variabilidad.

## Referencias

1. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2024*. Geneva: WHO; 2024.
2. Instituto Nacional de Salud. *Informe de Evento: Tuberculosis, Colombia 2024*. Bogotá: INS; 2024.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Estratégico Colombia Hacia el Fin de la Tuberculosis 2016–2025*. Bogotá: MSPS; 2016.
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de eventos: Tuberculosis. Periodo epidemiológico VIII, 2025. Bogotá D.C.: INS; 2025



## **Comportamiento epidemiológico de la lepra**

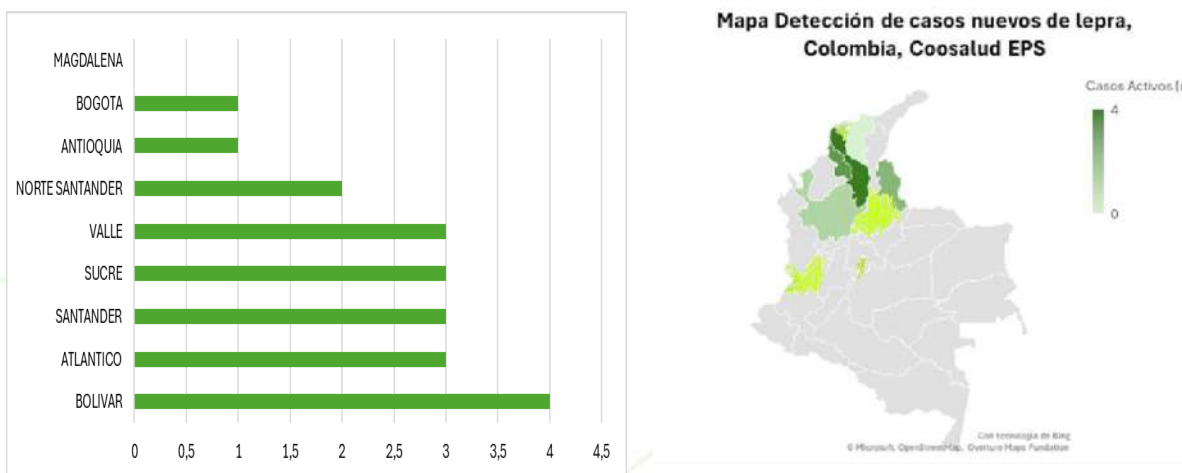
La Lepra (Enfermedad de Hansen) es una infección crónica causada por la bacteria *Mycobacterium leprae* (1,2). Clasificada como una Enfermedad Tropical Desatendida (ETD) por la OMS/OPS, afecta principalmente la piel y los nervios periféricos, generando lesiones hipopigmentadas con pérdida de sensibilidad. Es curable con Poliquimioterapia (PQT). El diagnóstico tardío es el factor principal de riesgo para el desarrollo de discapacidad permanente (Grado 2), un indicador clave de vigilancia (2, 3). A nivel mundial, la OMS reportó una detección de 182.815 nuevos casos en 2023, concentrados en Asia Sudoriental y la Región de las Américas, con Brasil como principal contribuyente (4). La estrategia global "Hacia cero lepras 2021-2030" busca la interrupción de la transmisión (1). Colombia ha logrado y mantiene la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública a nivel nacional (prevalencia menor a 1 caso por 10.000 habitantes) (3). Sin embargo, la transmisión activa persiste en focos endémicos específicos. La tasa de detección se ha mantenido en un rango bajo (0,66–0,73 casos por 100.000 habitantes, 2023) (5).

El desafío nacional radica en el diagnóstico precoz, dado que la persistencia de casos nuevos con discapacidad al momento del diagnóstico (>40% en años recientes) sugiere fallas en la detección temprana en las zonas endémicas (3, 6).

El análisis de la vigilancia del evento Lepra (código 450) en la población afiliada a Coosalud EPS a corte de periodo Epidemiológicos IX de 2025 es fundamental para orientar la respuesta institucional en las zonas prioritarias.

El análisis inicial de los 23 registros de notificación de lepra demuestra una alta calidad en la vigilancia, ya que la gran mayoría, 20 casos (86.96%), fueron clasificados como activos para su estudio. Solo una pequeña fracción, 3 registros (13.04%), constituyó novedades: 2 casos excluidos (8.70%) por ajuste de descarte y 1 caso repetido (4.35%) por duplicidad. Este bajo índice de novedades es positivo, ya que permite enfocar los recursos directamente en el manejo y tratamiento de los casos confirmados.

**FIGURA 11. DETECCIÓN DE CASOS NUEVOS DE LEPRO, COOSALUD EPS 2025**

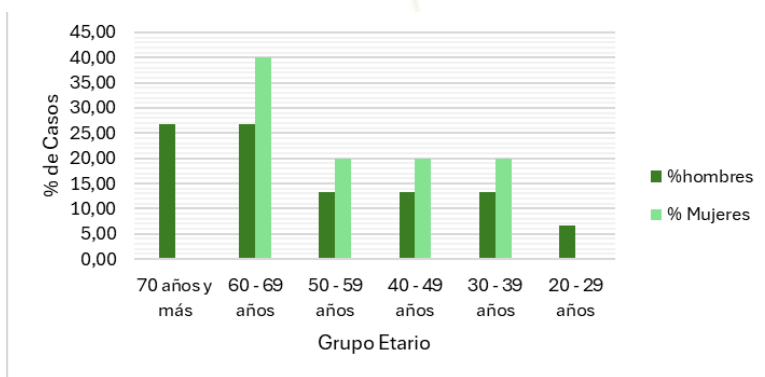


Fuente Reporte a SIVIGILA 2025, Base de datos de aseguramiento con corte semana epidemiológica 36 del 2025

La información es notificada semanalmente por las entidades territoriales (ET) al Instituto Nacional de Salud (INS) a través del Sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila). El número de casos puede variar después de realizar unidades análisis, ajustes y clasificación del caso en cada evento desde las entidades territoriales.

Con el fin de entender el perfil del riesgo y focalizar las estrategias de intervención, el siguiente análisis detalla la distribución de los 20 casos activos de Lepra en Coosalud EPS según las variables demográficas (gráfica poblacional).

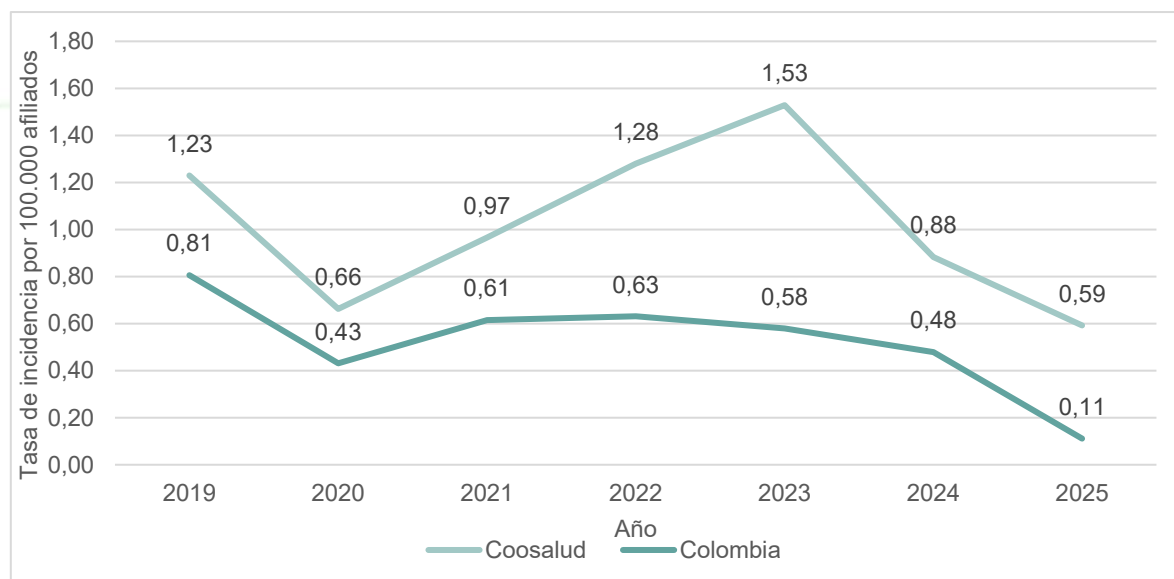
**FIGURA 12. ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE CASOS ACTIVOS DE LEPRO, COOSALUD EPS 2025**



Fuente Reporte a SIVIGILA 2025, Base de datos de aseguramiento con corte semana epidemiológica 36 del 2025

Con corte al periodo analizado en 2025 Coosalud EPS muestra una incidencia baja de 0,59 por 100.000 afiliados, la cifra más reducida para este evento en el periodo analizado desde 2020. Este resultado es un indicador clave de éxito y excelencia en el proceso.

**FIGURA 13. TENDENCIA DE LA INCIDENCIA DE LEPROA POR 100.000 AFILIADOS, COOSALUD EPS VS COLOMBIA 2019-2025, (PERIODO EPIDEMIOLÓGICO IX (SEMANA 36) 2025)**



Fuente de información: Cubo SIVIGILA–SISPRO (2019–2023, denominador BDU) y Base SIVIGILA Coosalud (2024–2025 PE IX, denominador afiliados Coosalud).

**TABLA 5. TASAS DE INCIDENCIA DE LEPROA O ENFERMEDAD DE HANSEN POR DEPARTAMENTO, COOSALUD EPS, 2019 - 2025**

Entidad Territorial de Residencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Minigráfico
	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	Incidencia	
Antioquia	0,27	0,24	0,24	0,23	0,22	0,00	0,21	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Atlántico	0,68	1,01	0,88	1,15	2,65	1,77	0,88	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Bogotá, D.C.	0,00	15,55	0,00	0,00	0,00	2,75	2,75	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Bolívar	1,55	0,00	0,78	1,54	1,58	0,82	1,09	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Boyacá	0,00	1,75	0,00	3,18	0,00	0,00	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Cesar	1,91	0,96	0,82	3,25	1,65	2,55	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Córdoba	0,00	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Chocó	0,00	0,00	0,00	0,00	11,43	0,00	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Huila	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,87	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Magdalena	1,97	0,00	1,26	0,32	1,31	1,67	0,00	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Norte de Santander	0,53	0,50	1,63	1,60	1,45	0,89	0,53	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Santander	1,96	3,70	1,25	2,41	2,94	2,08	0,89	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Sucre	3,36	1,11	0,00	1,27	2,62	0,69	2,13	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Valle del Cauca	1,37	0,48	2,30	1,63	1,04	0,21	0,60	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Arauca	0,00	0,00	0,00	0,00	7,90	0,00	0	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>

Fuente de información: Cubo SIVIGILA–SISPRO (2019–2023, denominador BDU) y Base SIVIGILA Coosalud (2024–2025 PEIX, denominador afiliados Coosalud).

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Lepra (enfermedad de Hansen)*. Nota descriptiva. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Lepra (enfermedad de Hansen)*. <https://www.paho.org/es/temas/lepra-enfermedad-hansen>
3. Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia. (2024). *Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Lepra*. Bogotá D.C. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro\\_Lepra%202024.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Lepra%202024.pdf)
4. Fundación Fontilles. (2024). *La enfermedad de la lepra alcanza 182.815 nuevos casos en 2023...* <https://fontilles.org/la-enfermedad-de-la-lepra-alcanza-182-815-nuevos-casos-en-2023-un-5-mas-que-el-ano-anterior/>
5. Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia. (2024). *Comportamiento de la lepra, Colombia, semana epidemiológica 52 de 2023*. Boletín Epidemiológico Semanal, Semana 2. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024\\_Bolet%C3%ADn\\_epidemiologico\\_semana\\_2.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_2.pdf)
6. Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia. (2018). *Situación de la lepra, SE 33 de 2018*. Boletín Epidemiológico. [https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/01/informe\\_epidemiologico\\_del\\_ins\\_-\\_situacion\\_de\\_lepra.pdf](https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/01/informe_epidemiologico_del_ins_-_situacion_de_lepra.pdf)