

TEMAS CENTRALES

- Hepatitis A, S.E. 30 año 2025p.
- Enfermedades Transmitidas por Alimentos S.E 30 año 2025p.
- Dengue – S.E. 30 de 2025p.

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN S.E 29 AÑO 2025.

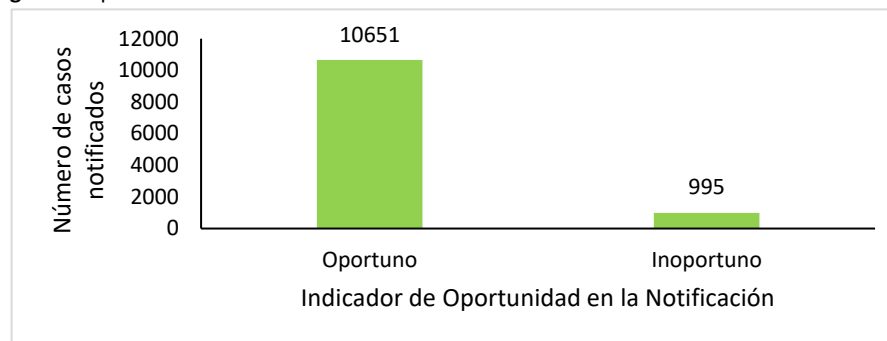
Para la semana 30 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir del 100%.

Indicadores de Oportunidad

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

Oportunidad en la notificación por evento: La oportunidad acumulada hasta la presente semana es de 91,54% (995/11.646), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata. Ver figura 1.

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 30 de 2025.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

A semana 30, se han reportado un total de 13.766 eventos de interés en salud pública, incluida la notificación negativa, eventos de los cuales 11.646 fueron reportados por instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) del municipio de Bucaramanga.

En relación con la oportunidad de la notificación inmediata el 87,81% (1265/ 10381) de los casos fueron oportunos, es decir, fueron notificados en las primeras 24 horas.

Oportunidad en el ajuste de casos

A la fecha se han reportado un total de 4091 eventos de interés en salud pública que ingresaron al sistema como sospechosos o probables, excluyendo los casos de Violencia (teniendo en cuenta que los casos de violencia de género e intrafamiliar ingresan y permanecen en el sistema como casos sospechosos, el único ajuste al tipo de caso permitido es el ajuste D: “error de digitación”. Quedando entonces un total de 1644 (40%) casos pendientes por ajustar. A semana 30 se han ajustado un total de 2.447 casos (60%).

Tabla 1. Ajustes pendientes S.E. 30 Municipio de Bucaramanga 2025p

Evento	Nº de Casos
DENGUE	1579
LEPTOSPIROSIS	29
CHAGAS	16
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS	4
DEFECTOS CONGENITOS	4
MORTALIDAD POR DENGUE	2
PARALISIS FLACIDA AGUDA (MENORES DE 15 AÑOS)	2
SARAMPION	2
TOS FERINA	2
EVENTO INDIVIDUAL SIN ESTABLECER	1
LESIONES DE CAUSA EXTERNA	1
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	1
VIRUS MPOX	1
Total general	1644

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2025

Hepatitis A: Características y Comportamiento Epidemiológico en Colombia

La hepatitis A es una enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA), perteneciente a la familia Picornaviridae, género Hepatovirus. Se ha identificado un serotipo y seis genotipos del virus; los genotipos I-III afectan a humanos, mientras que los genotipos IV-VI se encuentran en simios (1). La transmisión del VHA ocurre principalmente por vía fecal-oral, a través de la ingestión de alimentos o bebidas contaminadas con heces de personas infectadas.

No obstante, también se ha documentado la transmisión de persona a persona mediante prácticas sexuales (especialmente sexo anal-oral) y, en casos excepcionales, a través de transfusiones sanguíneas (2).

La infección por hepatitis A está estrechamente asociada a regiones con bajos niveles de saneamiento básico, deficiencias en la gestión de residuos y acceso inadecuado a agua potable. Por tanto, la eficacia de los programas de vigilancia y control de esta enfermedad se considera un indicador sociodemográfico relevante para medir la calidad de vida de la población (3).

Según la OMS, se estima que ocurren anualmente cerca de 1,4 millones de casos sintomáticos de hepatitis A en todo el mundo, dentro de un total aproximado de 114 millones de infecciones (incluyendo formas asintomáticas), con alrededor de 7.100 muertes anuales asociadas a hepatitis fulminante. La mortalidad global se concentra en contextos con deficiencias en saneamiento y acceso a agua segura. (4)

Según la OPS, en América Latina mantiene una endemidad intermedia, en donde un porcentaje significativo de la población adquiere inmunidad en la infancia, pero un número considerable de adolescentes y adultos jóvenes permanece susceptible. Solo alrededor de 8 de los 25 países latinoamericanos han incluido la vacuna contra hepatitis A en sus programas de vacunación infantil oficiales. La OPS hace un llamado para eliminar barreras al acceso al diagnóstico y prevención, en el marco de su estrategia regional para la eliminación de la hepatitis viral hacia 2030(5)

Colombia, al igual que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, presenta una endemidad intermedia para hepatitis A, aunque se identifican áreas con alta y baja endemia dependiendo de las condiciones locales. (5)

Entre 2023 y 2024 se observó un incremento sostenido de casos: en 2024 se notificaron 4.395 casos, con una incidencia de 8,34 por 100.000 habitantes. En lo corrido de 2025 (hasta 14-06-2025) se reportaron 847 casos, con incidencia acumulada de 1,59 por 100.000 habitantes, y un promedio semanal de 36 casos

El perfil epidemiológico ha cambiado, la mediana de edad de los afectados se ha desplazado alrededor de los 28-29 años, predominando el sexo masculino con más del 60 % de los casos. La incidencia ha disminuido notablemente en niños de 1 a 13 años (cobertura vacunal), aunque ha aumentado progresivamente entre personas de 14 a 29 años, alcanzando en 2024 una incidencia de 16 por 100 000 habitante.

Figura 2. Casos e incidencia de Hepatitis A, por grupo de edad, Colombia años, 2023-2025

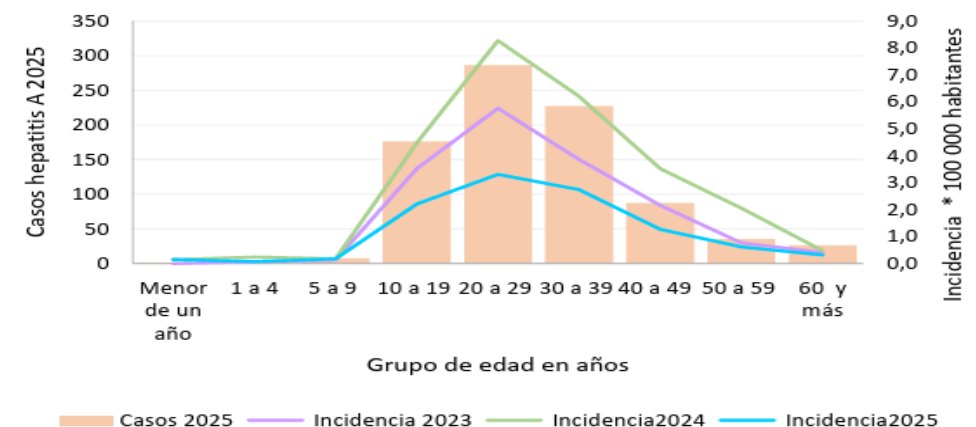


Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2018-2025p

Comportamiento de la Hepatitis A, Municipio de Bucaramanga

Entre los años 2018 y 2025p, se evidencia un comportamiento fluctuante en la notificación de casos de Hepatitis A en Bucaramanga. Los años con mayor carga de enfermedad fueron 2019 y 2020, con 37 y 23 casos respectivamente, presentando también las incidencias más altas del periodo analizado (6,21 y 3,83 por 100.000 habitantes). Posteriormente, se observa un descenso marcado en 2021, con apenas 1 caso reportado y una incidencia de 0,17, comportamiento que se mantuvo bajo en 2022. Sin embargo, desde 2023 se registra un leve repunte sostenido, alcanzando en 2025p un total de 25 casos y una incidencia de 4,01, lo cual sugiere una posible reemergencia del evento. El patrón observado resalta la necesidad de fortalecer las acciones de vigilancia activa, investigación de fuentes de exposición, y medidas de prevención, especialmente en zonas con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.

Figura 3. Casos e incidencia de Hepatitis A, con corte a Semana epidemiológica 30, Municipio de Bucaramanga 2018-2025p



Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2018-2025p



Contexto social y demográfico

Durante el periodo 2018-2025p, la mayoría de los casos de Hepatitis A se han notificado en personas de sexo masculino, representando el 68% en 2018, 56.8% en 2019, y 64% en 2025, lo que sugiere una mayor exposición o vulnerabilidad de este grupo. En cuanto al área de ocurrencia, los casos se concentran principalmente en la cabecera municipal, con más del 90% de los reportes anuales, mientras que el rural disperso ha presentado pocos casos, siendo estos más visibles en 2022 (1 caso), 2024 (1 caso) y 2025 (4 casos), lo que puede indicar un incipiente desplazamiento del riesgo hacia zonas menos urbanizadas. Respecto al tipo de afiliación al sistema de salud, se observa un predominio del régimen subsidiado, especialmente en los años con mayor número de casos (2019, 2020 y 2025), reflejando la asociación entre Hepatitis A y condiciones socioeconómicas más vulnerables. En 2025, el 44% de los casos se encuentran afiliados al régimen subsidiado, seguido por el 36% en régimen contributivo, lo que reafirma que la enfermedad sigue siendo más frecuente en poblaciones con mayor precariedad sanitaria.

Tabla 2. Distribución demográfica y social de los casos de Hepatitis A, con corte Semana Epidemiológica 30, 2018-2025p.

Variable	Año	2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Femenino	5	31,25	16	43,24	10	43,48	0	0	4	40,0	0	0	4	36,36	9	36,00
	Masculino	11	68,75	21	56,76	13	56,52	1	100	6	60,0	1	100	7	63,64	16	64,00
Area	Cabecera Municipal	16	100	37	100	23	100	1	100	9	90,0	1	100	11	100	24	96,00
	Rural disperso	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10,0	0	0	0	0	1	4,00
Tipo de SS	Contributivo	10	62,5	22	59,46	11	47,83	0	0	6	60,0	0	0	9	81,82	13	52,00
	Indeterminado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	1	4,00
	No Afiliado	1	6,25	1	2,703	1	4,348	0	0	0	0,0	0	0	1	9,091	0	0,00
	Excepción	0	0	1	2,703	1	4,348	1	100	1	10,0	0	0	0	0	0	0,00
	Subsidiado	5	31,25	13	35,14	10	43,48	1	100	3	30,0	1	100	1	9,091	11	44,00

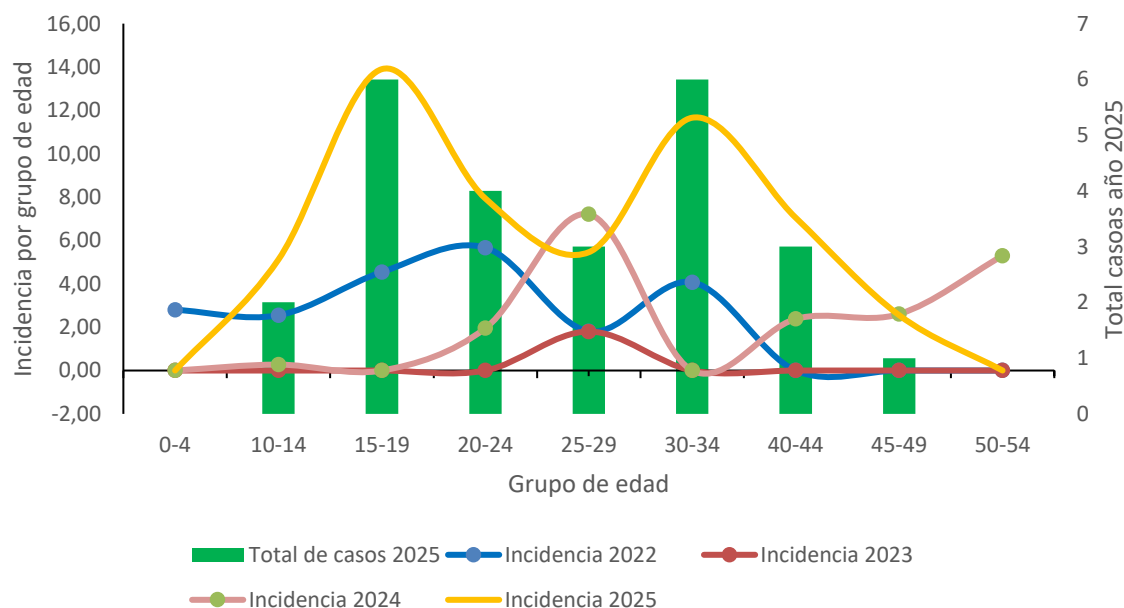
Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2018-2025p

Durante el periodo 2022 a 2025, con corte a la semana epidemiológica 30, el comportamiento de la incidencia de hepatitis A por grupo etario en el municipio de Bucaramanga evidencia una variabilidad importante en la afectación poblacional. En el año 2022, la mayor incidencia se presentó en el grupo de 15 a 19 años, seguido por los grupos de 20 a 29 años, mientras que los menores de 10 años reportaron tasas significativamente bajas, lo cual puede atribuirse al impacto positivo de la vacunación en las cohortes más jóvenes.

En el año 2023 se observó una caída generalizada de la incidencia en todos los grupos de edad, lo que podría estar relacionado o con procesos de subregistro. Para el año 2024 se evidenció un cambio en la dinámica de transmisión, concentrándose principalmente en el grupo de 25 a 29 años, lo que sugiere una transición epidemiológica hacia la afectación de adultos jóvenes.

Finalmente, en 2025 se documentó un repunte importante de casos, destacando dos picos de incidencia: uno en adolescentes de 15 a 19 años (alrededor de 14 casos por 100.000 habitantes) y otro en adultos de 30 a 34 años (aproximadamente 12 casos por 100.000 habitantes), junto a un leve aumento en el grupo de 45 a 49 años. Este patrón sugiere una expansión del riesgo hacia cohortes en edad productiva, posiblemente no inmunizadas en la infancia. El total de casos reportados en 2025 se concentró mayoritariamente en el grupo de 30 a 34 años, lo que refuerza la necesidad de fortalecer la vigilancia, el acceso a la vacunación y la educación sanitaria en poblaciones adultas jóvenes. La baja afectación en menores de 10 años continúa siendo un indicio del efecto protector de las coberturas vacunales, mientras que el aumento en edades mayores plantea desafíos en términos de vigilancia y prevención de brotes en ámbitos laborales y comunitarios.

Figura 4. Incidencias de los casos de Hepatitis A, según grupo de edad, corte Semana 30 años 2022-2025p.



Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2018-2025p

Conclusiones

La hepatitis A ha mostrado un comportamiento fluctuante con picos importantes en los años 2019 y 2025, lo que indica la persistencia de condiciones favorables para la transmisión del virus en determinados momentos, posiblemente asociados a brotes esporádicos o a cambios en las condiciones sanitarias y ambientales.

Inicialmente, la mayor carga de la enfermedad se concentraba en niños y adolescentes; sin embargo, a partir de 2024 y especialmente en 2025, se evidencia una transición hacia la afectación de jóvenes y adultos en edad productiva (15 a 34 años), lo que sugiere una brecha en la inmunidad poblacional acumulada en estas cohortes.

La baja incidencia sostenida en menores de 10 años sugiere un efecto protector de la estrategia de vacunación contra hepatitis A en la infancia, reduciendo la transmisión en este grupo etario.

La totalidad o casi totalidad de los casos registrados corresponden a residentes de la cabecera municipal, lo que indica que la transmisión está relacionada con dinámicas urbanas, como el hacinamiento, el acceso limitado a servicios públicos o la contaminación de alimentos y agua.

La mayoría de los casos se concentran en personas afiliadas al régimen subsidiado del sistema de salud, lo cual evidencia una correlación entre condiciones socioeconómicas vulnerables y mayor riesgo de exposición al virus de la hepatitis A.

A pesar de las medidas de control, el hecho de que se sigan presentando casos en diferentes años indica que el virus sigue circulando de forma intermitente, y que las medidas de saneamiento básico y educación en higiene alimentaria aún presentan brechas.

El aumento de casos en 2025 y el cambio en los grupos etarios afectados resaltan la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico oportuno y las intervenciones de promoción de la salud, particularmente en poblaciones no vacunadas y con alta movilidad.

Recomendaciones

Reforzar la detección y notificación temprana de casos sospechosos de hepatitis A en servicios de salud públicos y privados, especialmente durante periodos de aumento histórico (como los observados en 2019 y 2025), para implementar respuestas rápidas que eviten la propagación comunitaria.

Implementar campañas intersectoriales que mejoren las condiciones de acceso a agua potable, disposición adecuada de excretas y manejo higiénico de alimentos, en especial en sectores urbanos con alta densidad poblacional o infraestructura deficiente.

Promover campañas educativas dirigidas a la comunidad sobre prácticas de higiene personal, lavado de manos, consumo de alimentos seguros y detección temprana de síntomas, utilizando canales accesibles y adaptados a diferentes grupos de edad.

Ante el cambio en el perfil de edad más afectado (15–34 años), se recomienda realizar acciones de prevención dirigidas a instituciones educativas, universidades, establecimientos laborales y sitios de recreación, donde la concentración de jóvenes puede facilitar la transmisión.

Dado el comportamiento cíclico de la enfermedad, las entidades territoriales de salud deben tener actualizados sus planes de contingencia para hepatitis A, incluyendo lineamientos para investigación de brotes, control sanitario de alimentos, vacunación de contactos y cercos epidemiológicos.

Mantener la cobertura alta de vacunación infantil contra hepatitis A, y evaluar periódicamente su impacto en la reducción de casos, especialmente en menores de 10 años, donde actualmente se mantiene baja la incidencia.

Bibliografía

1. Lemon SM, Walker CM. Hepatitis A virus and hepatitis E virus infections. In: Fields Virology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis A. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
3. Instituto Nacional de Salud (INS). Boletín Epidemiológico Semanal. Hepatitis A en Colombia, 2023.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Hepatitis Report 2017. Ginebra: OMS; 2017.
5. Pan American Health Organization (PAHO). Hepatitis A situation in the Americas. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/hepatitis/hepatitis-situation-americas>
6. Instituto Nacional de Salud (INS). Análisis de situación de la Hepatitis A, Colombia, 2025

Comportamiento de la Enfermedades transmitidas por alimentos

Durante el año 2025, las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) continúan representando un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una carga significativa en países de bajos y medianos ingresos. Según la segunda edición del informe global de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estiman anualmente más de 600 millones de casos de ETA y aproximadamente 420 000 muertes asociadas (1).

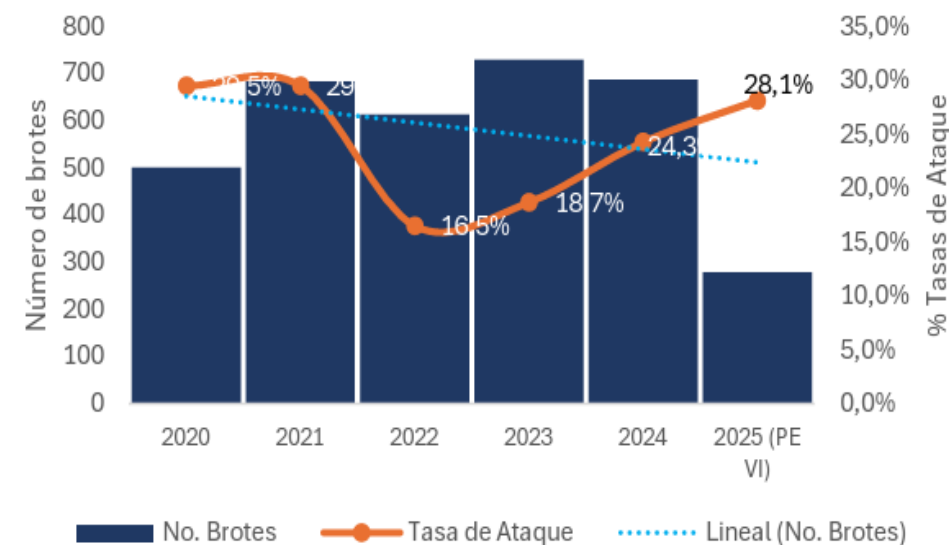
Entre los agentes etiológicos más relevantes, el norovirus humano se identifica como la principal causa de enfermedad alimentaria, con cerca de 125 millones de casos y 35 000 muertes, seguido por la hepatitis A, con 14 millones de casos y 28 000 muertes anuales (1).

En el contexto de América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que entre el 15 % y el 70 % de los más de 1 500 millones de episodios diarreicos anuales se asocian a alimentos contaminados, con un importante subregistro de casos y brotes. Los alimentos más frecuentemente involucrados incluyen pescado, carnes rojas, productos lácteos y agua contaminada, y los brotes suelen estar relacionados con prácticas inadecuadas de higiene y manipulación en hogares, restaurantes y expendios informales (2).

En Colombia, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (INS), entre 2011 y 2021 se notificaron 8 955 brotes de ETA, afectando a más de 110 000 personas, con un promedio anual de 814 brotes (3). Aunque en 2020 se observó una disminución de los reportes debido a la pandemia de COVID-19, en 2021 los brotes aumentaron nuevamente, con 684 eventos registrados y aproximadamente 8 000 personas afectadas, principalmente en el grupo etario de 20 a 49 años(3)

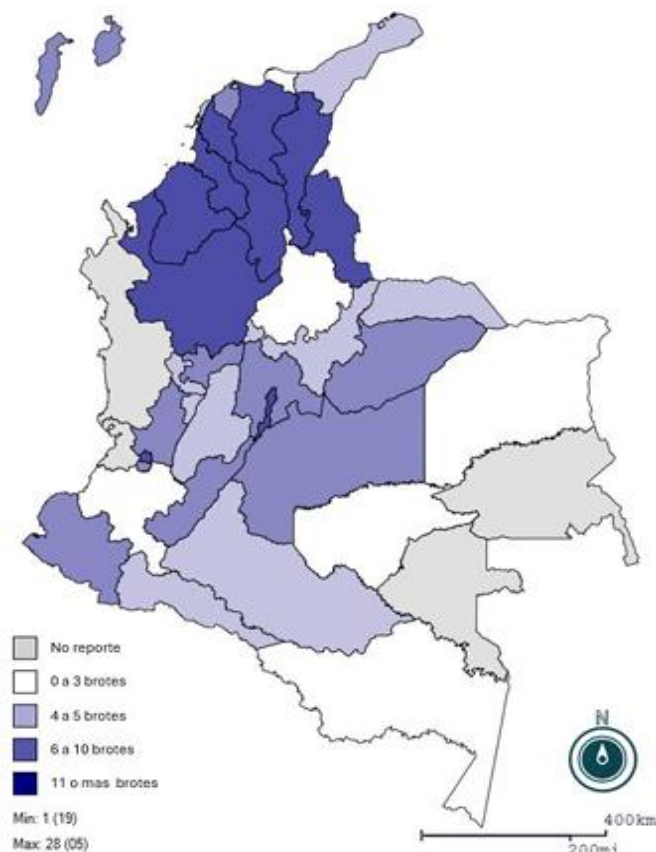
En lo corrido del año 2025, se han documentado brotes recientes, como el ocurrido en unidades de alojamiento temporal en Cúcuta, Norte de Santander, donde se reportaron 23 casos con una tasa de ataque del 37,7 % entre los 61 expuestos. En conjunto, estos datos evidencian una alta carga de enfermedad asociada a alimentos contaminados, lo que justifica acciones integradas en inocuidad alimentaria, educación sanitaria y vigilancia activa. (4)

Figura 5. Número, tasas de ataque y línea de tendencia de los brotes de las enfermedades transmitidas por alimentos, Colombia, año 2020- 2025pr.



Fuente: Brotes de ETA- Colectivo 349, PE VI, año 2020 –2025 (datos preliminares), Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia,

Mapa 1. Brotes de ETA notificados por entidad territorial de procedencia, a PE VI -2025, Colombia.



Fuente: Brotes de ETA- Colectivo 349, PE VI Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia,

Comportamiento de los Brotes de las Enfermedades transmitidas por alimentos, Municipio de Bucaramanga 2022-2025 Semana Epidemiológica 30

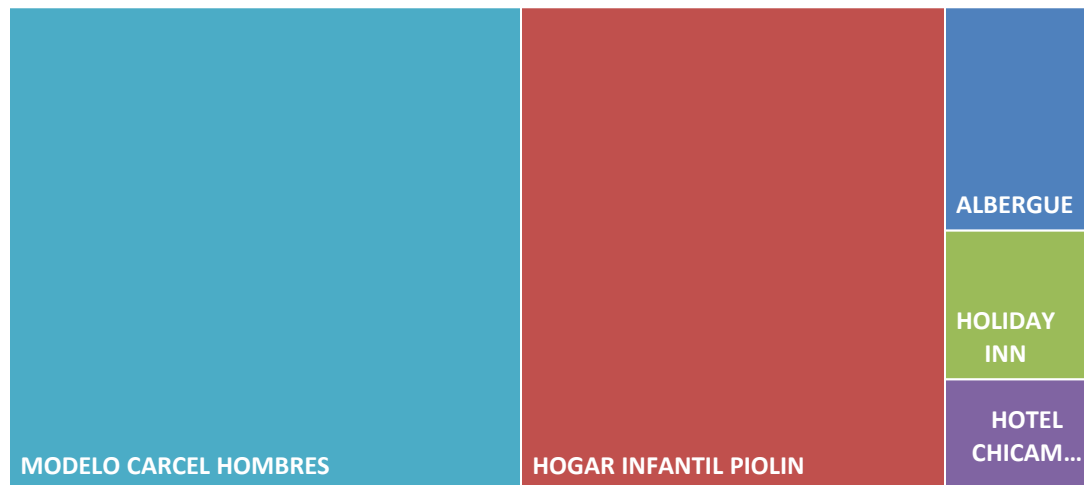
Durante el periodo comprendido entre los años 2022 y 2025, el municipio de Bucaramanga ha registrado brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) asociados a diferentes instituciones, de acuerdo con los datos notificados al sistema de vigilancia en salud pública. El análisis visual de los brotes mediante el diagrama de árbol (treemap) evidencia que las principales conglomeraciones de casos se concentraron en dos instituciones: el centro penitenciario Modelo Cárcel Hombres y el Hogar Infantil Piolín, los cuales representan la mayor proporción de brotes durante el periodo evaluado.

Este patrón sugiere una alta vulnerabilidad en entornos institucionales cerrados, donde las condiciones de manipulación de alimentos, almacenamiento, y acceso a agua potable pueden presentar deficiencias. En particular, los centros penitenciarios suelen enfrentar dificultades logísticas y operativas que pueden incrementar el riesgo de brotes de ETA. De igual forma, los hogares infantiles agrupan una población especialmente susceptible, como lo son los niños en primera infancia, quienes están en riesgo elevado de complicaciones por diarreas agudas.

Otros establecimientos como el albergue, el hotel Holiday Inn y el Hotel Chicamocha también han sido escenarios de brotes, aunque en menor proporción. Esto pone en evidencia que, si bien los brotes institucionales concentran el mayor número de casos, los espacios de hospedaje temporal y servicios turísticos también constituyen puntos críticos en la vigilancia sanitaria, especialmente considerando el flujo constante de personas y el manejo intensivo de alimentos.

El patrón observado enfatiza la necesidad de fortalecer los planes de inspección, vigilancia y control (IVC) en instituciones cerradas y de alto flujo poblacional, garantizando la adecuada manipulación de alimentos, el cumplimiento de normas sanitarias y la capacitación continua del personal que interviene en la cadena alimentaria.

Figura 6. Lugar de ocurrencia de los brotes de las enfermedades transmitidas por alimentos, Municipio de Bucaramanga 2022-2025 Semana Epidemiológica

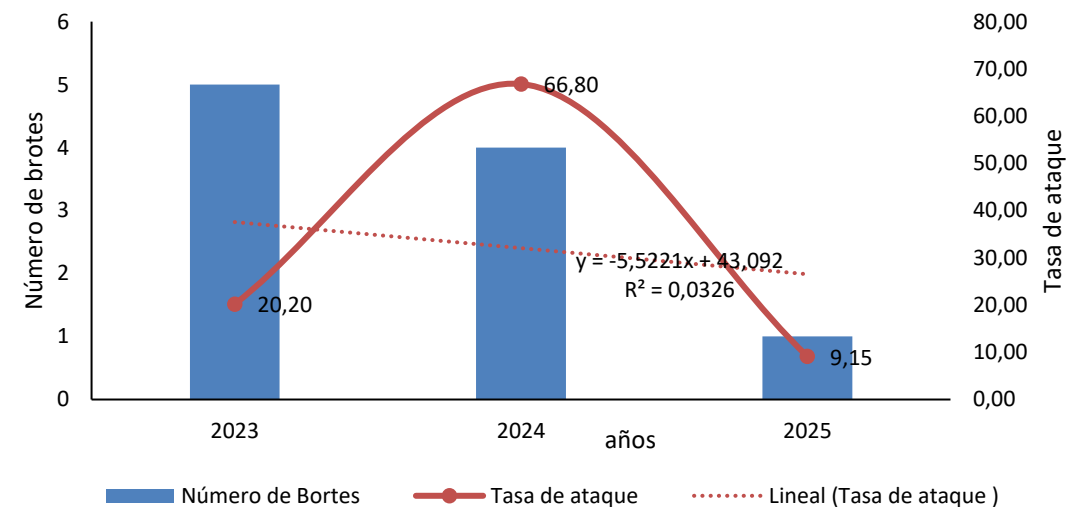


Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2023-2025p

La Gráfica 6 presenta el comportamiento del número de brotes y la tasa de ataque asociada a enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en la cual se observa una disminución progresiva en el número de brotes reportados: cinco en 2023, cuatro en 2024 y solo uno en 2025. En cuanto a la tasa de ataque, se evidencia un incremento significativo en 2024 con un valor de 66,80 seguido de una marcada reducción en 2025 a 9,15, lo que podría estar relacionado con una mayor efectividad en la respuesta institucional, vigilancia o intervenciones preventivas. La tendencia lineal negativa ($y = -5,5221x + 43,092$) indica una disminución proyectada en la tasa de ataque a través del tiempo, aunque con una correlación baja ($R^2 = 0,0326$), lo que sugiere una alta variabilidad entre los años.

Esta variabilidad podría deberse a diferencias en el tamaño de los brotes, las condiciones higienico-sanitarias de los establecimientos implicados o a la oportunidad en la notificación y control de los mismos. En conjunto, los datos muestran una tendencia a la disminución tanto en frecuencia como en impacto de los brotes, lo que podría reflejar mejoras en la vigilancia epidemiológica, control sanitario y respuesta ante eventos de salud pública en el municipio.

Figura 7. Número de brotes, tasas de ataque de las enfermedades transmitidas por alimentos, municipio de Bucaramanga, año 2023- 2025 semana epidemiológica 30.

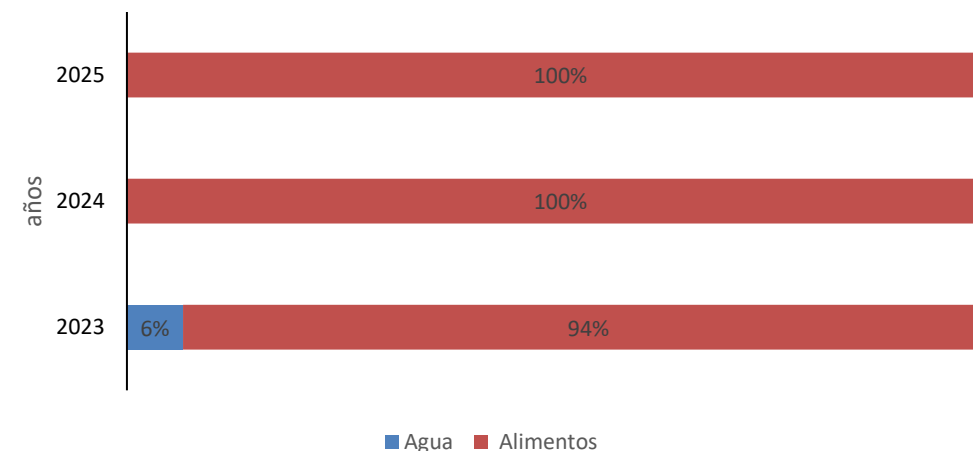


Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2023-2025p

20 a 26 de Julio de 2025

La Gráfica 8 demuestra que el 100% de los brotes en los tres años se transmitieron por vía oral, lo que reafirma que la principal forma de exposición fue a través de la ingesta de alimentos contaminados

Figura 9. Modo de transmisión de los brotes de de las enfermedades transmitidas por alimentos, municipio de Bucaramanga, año 2023- 2025 semana epidemiológica 30.



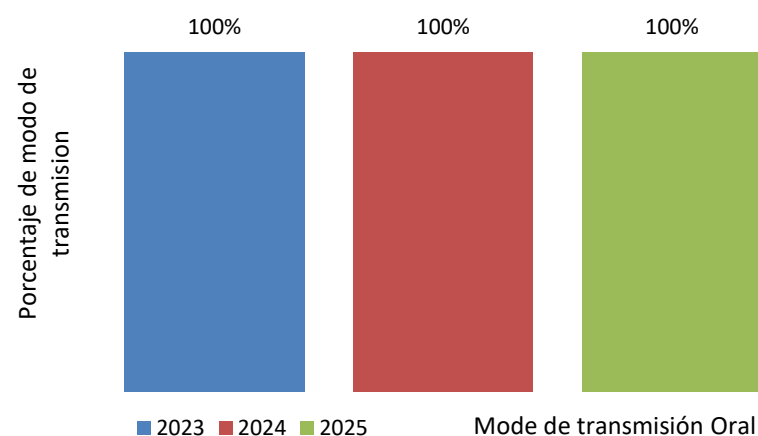
Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2023-2025p

Conclusiones.

Entre los años 2023 y 2025 se evidencia una reducción progresiva en el número de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) en Bucaramanga, pasando de cinco en 2023 a tan solo uno en 2025. Esta tendencia podría estar relacionada con mejoras en las acciones de vigilancia, control sanitario y educación en manipulación de alimentos.

La gráfica 7 permite identificar la fuente de transmisión de los brotes en cada año. En 2023, el 94% de los brotes fueron atribuibles a alimentos y el 6% a agua, mientras que en 2024 y 2025 todos los brotes (100%) fueron relacionados exclusivamente con alimentos. Esta transición resalta que los alimentos siguen siendo la principal vía de transmisión de ETA en la región, lo que exige intervenciones específicas en el control de calidad, manejo y preparación de los mismos.

Figura 8. Fuente transmisión de los brotes de las enfermedades transmitidas por alimentos, municipio de Bucaramanga, año 2023- 2025 semana epidemiológica 30.



Fuente: Sivigila 4.0, municipio de Bucaramanga 2023-2025p

A pesar de la disminución en el número de brotes, la tasa de ataque mostró un comportamiento oscilante, con un aumento significativo en 2024 (66,8) y una reducción marcada en 2025 (9,15). Esto sugiere que, aunque se presentaron menos eventos, algunos tuvieron un mayor impacto en la población expuesta.

Los brotes se concentraron principalmente en establecimientos colectivos como la cárcel modelo de hombres, hogares infantiles y hoteles.

En los tres años analizados, los alimentos fueron identificados como la fuente de transmisión en el 100% de los casos de ETA. Esto resalta la necesidad de fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y capacitación enfocadas en la cadena de manipulación de alimentos.

El modo de transmisión fue 100% por vía oral durante el periodo 2023-2025, lo cual es consistente con la forma clásica de infección por ETA. Esta información permite reforzar las estrategias preventivas centradas en higiene alimentaria, lavado de manos y buenas prácticas de manipulación.

El comportamiento de los brotes sugiere que ciertas instituciones como centros penitenciarios, hogares infantiles y establecimientos hoteleros requieren intervenciones específicas, protocolos rigurosos de higiene, y fortalecimiento de las medidas de control sanitario y capacitación del personal manipulador.

Recomendaciones

Priorizar inspecciones periódicas y rigurosas en instituciones como cárceles, hogares infantiles y hoteles, donde se ha evidenciado mayor frecuencia de brotes, asegurando cumplimiento de las normativas higiénico-sanitarias vigentes.

Implementar programas continuos de capacitación en manipulación de alimentos, dirigidos al personal que labora en servicios de alimentación colectiva, reforzando temas de higiene, conservación, preparación segura de alimentos y prevención de contaminación cruzada.

Reforzar campañas de educación en salud dirigidas a la comunidad promoviendo el lavado de manos, la adecuada higiene alimentaria en el hogar y la identificación de síntomas tempranos de ETA, mediante estrategias de IEC (información, educación y comunicación) en barrios y medios locales.

Fortalecer la capacidad de detección, investigación y contención inmediata de brotes, a través de equipos interdisciplinarios formados desde la Secretaría de Salud municipal.

Realizar auditorías y monitoreo sobre el cumplimiento de normas BPM (Buenas Prácticas de Manufactura), particularmente en empresas proveedoras de alimentos a instituciones públicas, con énfasis en trazabilidad y control de calidad de materias primas y productos elaborados.

Garantizar condiciones sanitarias óptimas en celebraciones públicas o eventos de alta concentración de personas, donde el riesgo de brotes alimentarios se incrementa.

Sensibilizar al personal de salud y responsables institucionales sobre la importancia de reportar tempranamente los casos sospechosos y confirmados de ETA para activar acciones de control.

Incorporar información del contexto local en la planificación de acciones preventivas, incluyendo condiciones de saneamiento básico, acceso a agua potable y prácticas culturales en alimentación.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2025). The burden of foodborne diseases: second global report. WHO
2. Organización Panamericana de la Salud. (2025). Enfermedades transmitidas por alimentos: situación en las Américas. OPS/OMS
3. Instituto Nacional de Salud (INS). (2022). Boletín epidemiológico nacional y análisis de eventos de interés en salud pública 2011–2021.
4. Instituto Nacional de Salud (INS). (2025). Reporte de brotes ETA y boletín Sivigila 2025 – semana epidemiológica 30.

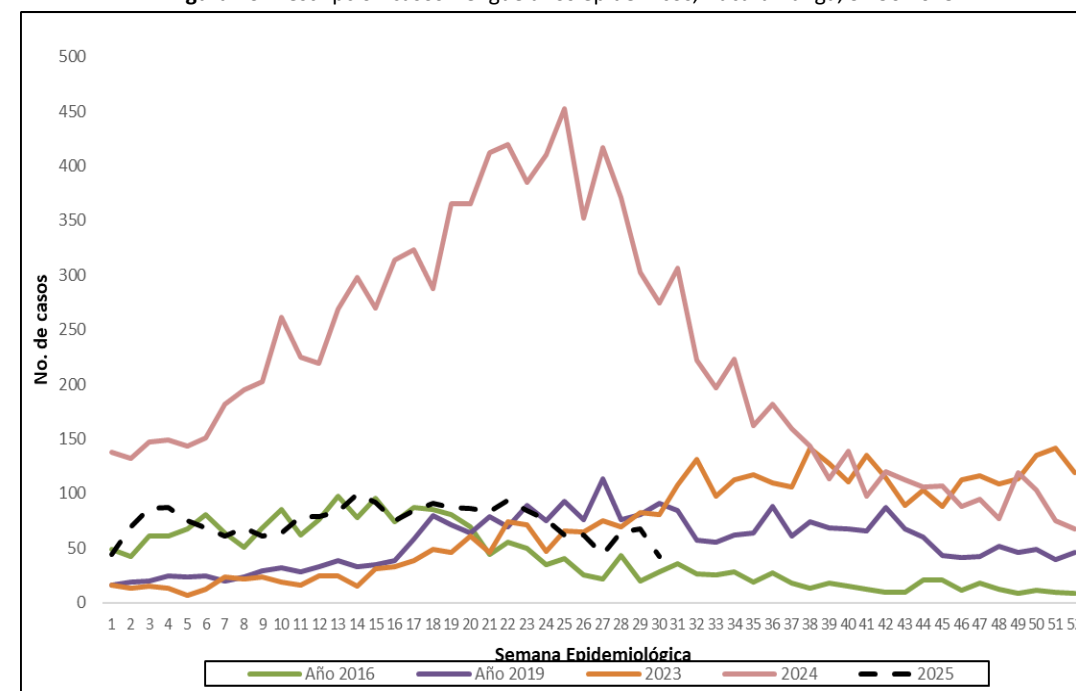
Dengue, dengue grave y mortalidad por dengue grave en el municipio de Bucaramanga a semana epidemiológica 30 de 2025

En el transcurso del año 2025 se ha notificado un total de 3.837 casos correspondientes a tres (3) eventos (Dengue, Dengue Grave y mortalidad por DG), de los cuales el 42 % (1.620) fueron descartados o ajustados por procedencia.

Dengue – DSSA/DCSA: Se tiene un acumulado de 2.217 casos a Semana Epidemiológica - SE 30 de 2025. Cabe mencionar que se han notificado 1.041 casos más que los reportados en el 2023 pero 6.215 casos menos que en el 2024 a esta misma SE (Figura 10).

Actualmente el Municipio se encuentra en nivel de brote tipo I, con un promedio acumulado de 74 casos notificados por semana.

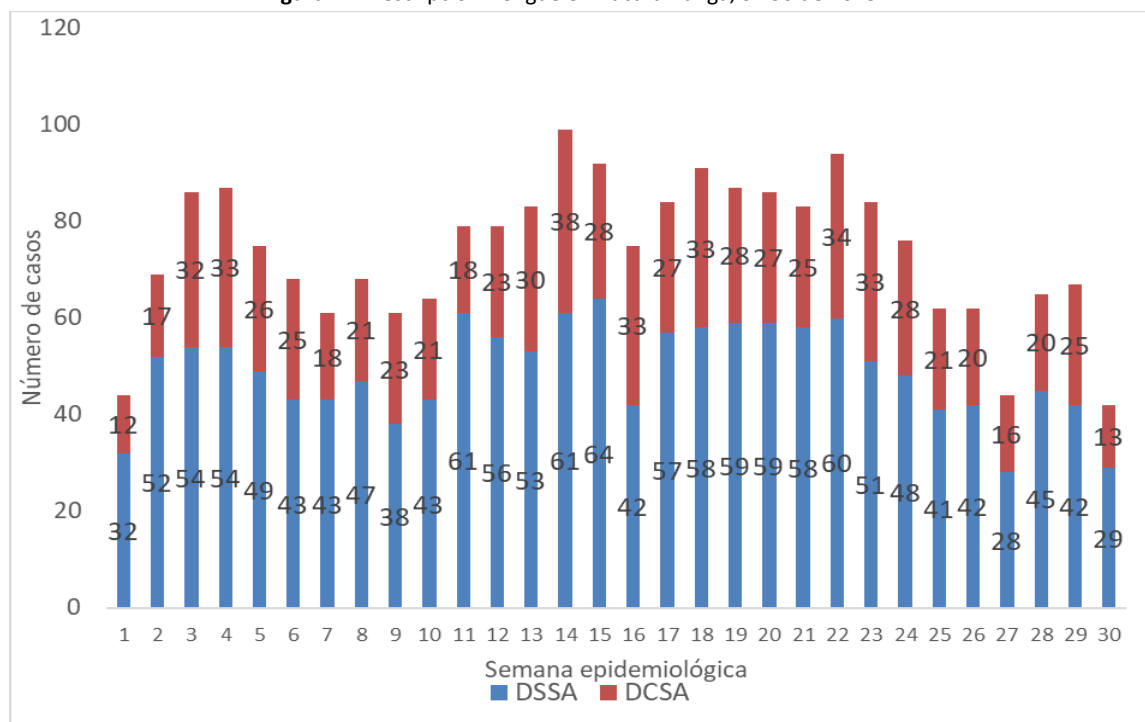
Figura 10. Descripción casos Dengue años epidémicos, Bucaramanga, SE 30 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Se tiene que el 66 % (1.469) corresponden a Dengue sin signos de alarma (DSSA) y el 34 % (748) a Dengue con signos de alarma (DCSA). Figura 11

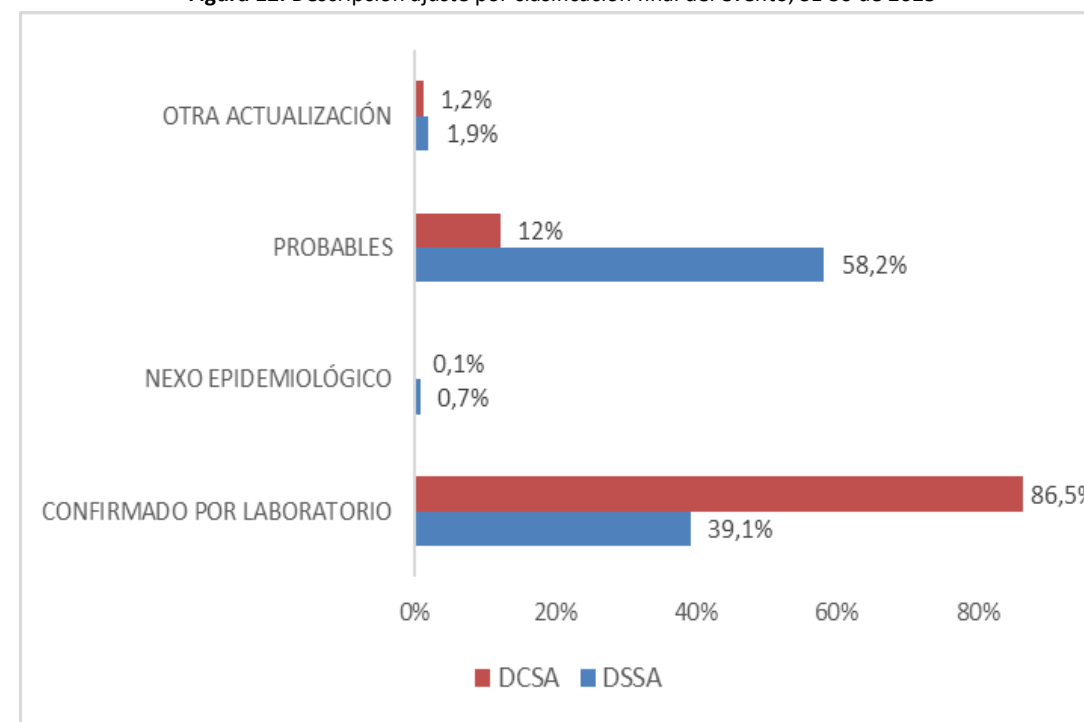
Figura 11. Descripción Dengue en Bucaramanga, SE 30 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En cuanto al porcentaje de ajuste del evento dengue, se tiene que el 55 % (1.222) se encuentra confirmado. Mientras que por clasificación final (DSSA y DCSA) se describe en la Figura 12.

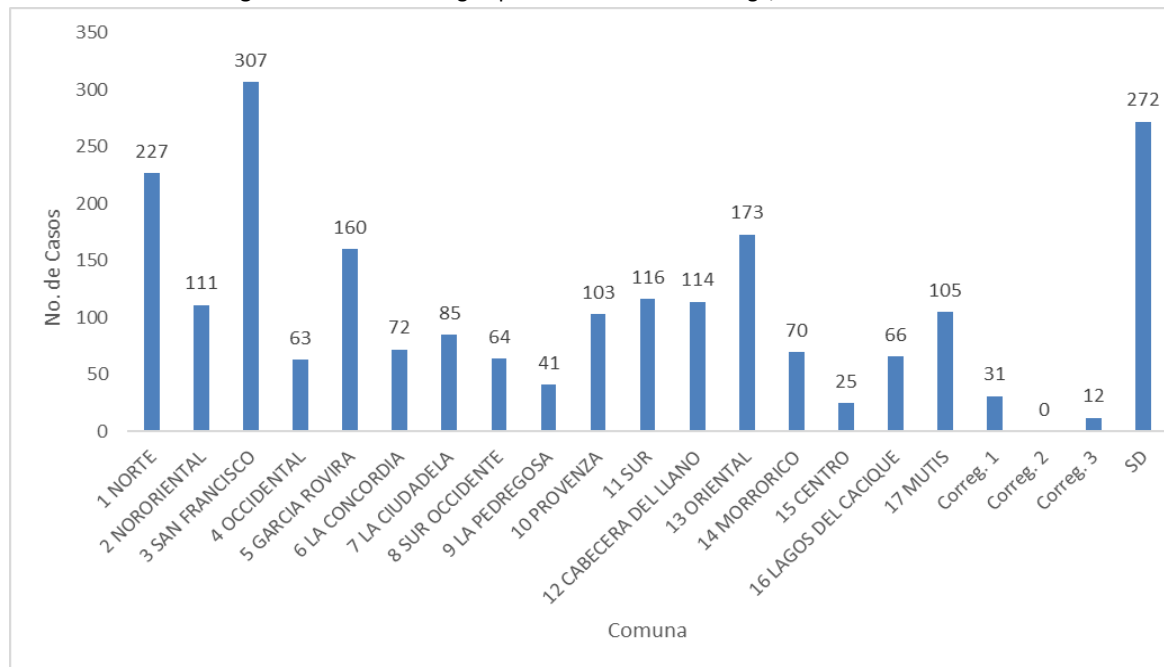
Figura 12. Descripción ajuste por clasificación final del evento, SE 30 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Respecto, al comportamiento del dengue por comunas, se encuentra que la Comuna 3 ha presentado el mayor número de casos con un 14 % (307), seguido de la Comuna 1 con un 10 % (227), la Comuna 13 con un 8 % (173) y la Comuna 5 con un 7 % (160). Las Comunas 2, 10, 11, 12 y 17 con un 5 % (116) cada una. Figura 13

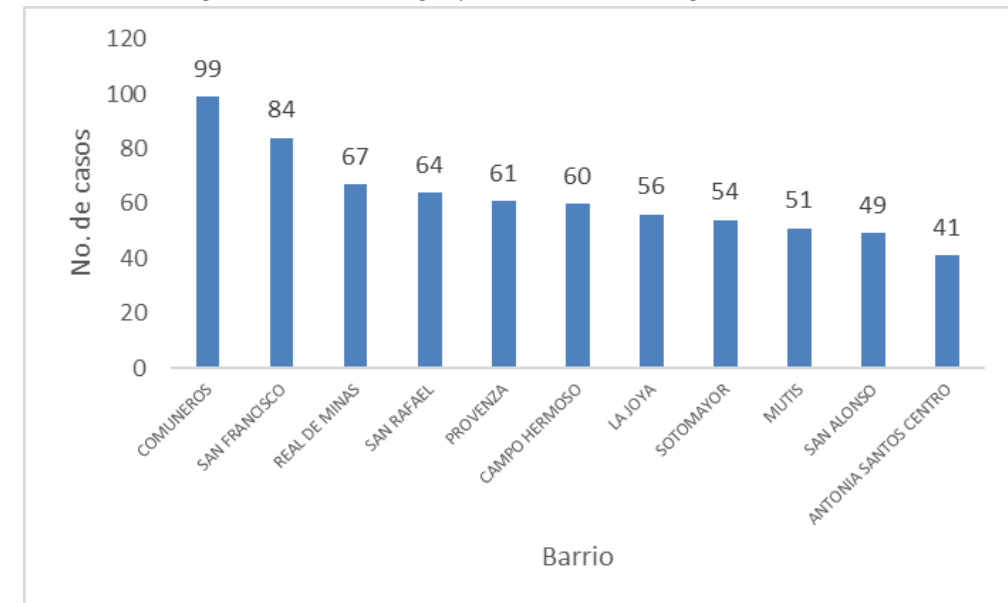
Figura 13. Casos de Dengue por comunas. Bucaramanga, SE 30 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

Al analizar el comportamiento del dengue por barrios, Comuneros es el que más registra casos con un 4,5 % (99), seguido de San Francisco con un 3,8 % (84), Real de Minas con un 3 % (67), San Rafael con un 2,9 % (64), Provenza con un 2,8 % (61), Campo Hermoso con un 2,7 % (60) y La Joya con un 2,5 % (56). Figura 14

Figura 14. Casos de Dengue por barrios. Bucaramanga, SE 30 de 2025



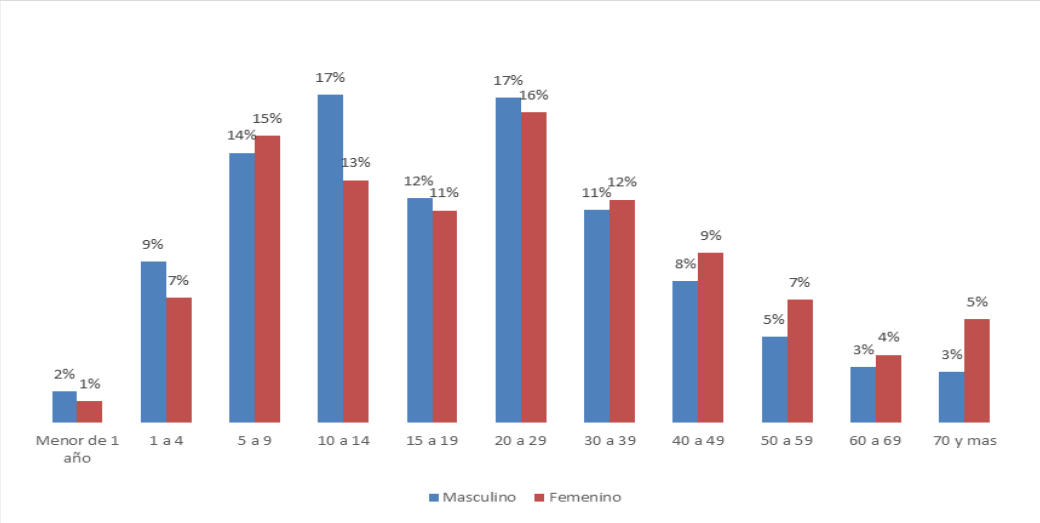
Fuente: SIVIGILA 2025

La distribución de los casos corresponde al 52 % (1.160) en masculino y 48 % (1.057) femenino. Por grupo de edad en hombres el mayor número de casos se presenta en los niños de 10 a 14 años con un 17 % (202), mientras que en las mujeres el mayor número de casos se presenta en los adultos jóvenes de 20 a 29 años con un 16 % (174). Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 39 % (865) de los casos notificados. Los Adultos > 60 años con un 7 % (161). Se han notificado 6 gestantes (3 DSSA y 3 DCSA). Figura 15



20 a 26 de Julio de 2025

Figura 15. Distribución de frecuencia de casos de Dengue según Edad y Sexo. Bucaramanga, SE 30 de 2025



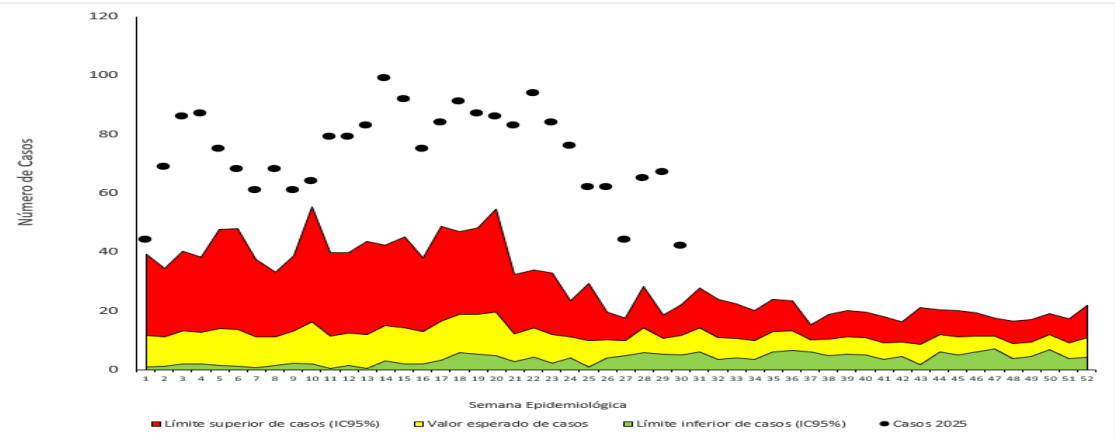
Fuente: SIVIGILA 2025

Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%
Tipo SS	Contributivo	1	1558	70,1%
	Subsidiado	3	504	22,7%
	Excepción	0	136	6,1%
	No asegurado	0	12	0,5%
	Indeterminado	0	11	0,5%
	Especial	0	0	0,0%
Total	2217	4	2221	100,0%

Fuente: SIVIGILA 2025

Canal endémico: De acuerdo con el canal endémico se puede evidenciar que el número de casos notificados oscila por encima de lo esperado. Nivel de BROTE TIPO I. Incidencia acumulada de 355,36 casos X 100.000 Hab riesgo. Tendencia al aumento del -24,7 %.

Figura 16. Canal endémico. Bucaramanga, SE 30 de 2025



Fuente: SIVIGILA 2025

En la Tabla 3 se describe el evento Dengue y Dengue Grave según sexo, área y tipo de seguridad social.

Tabla 3. Dengue y Dengue Grave según Sexo, Área y Tipo de SS. Bucaramanga, SE 30 de 2025

Variables	Dengue	Dengue Grave	Total	%
Sexo	Masculino	3	1160	52,4%
	Femenino	1	1057	47,6%
Área	Cabecera m/pal	4	2182	98,4%
	Rural Disperso	0	21	0,9%
	Centro Poblado	0	14	0,6%

Dengue Grave

Se han notificado cuatro (4) casos los cuales se describen a continuación:

La distribución de los casos corresponde al 75 % (3) en masculino y 25 % (1) femenino. El primero de ellos corresponde a un menor de 10 años del barrio Villa María (Comuna 2). El segundo caso a una menor de 7 años del barrio Nariño (Comuna 4). El tercer caso corresponde a masculino de 29 años del barrio Paseo la Feria (Comuna 4). El cuarto caso corresponde a un menor de 14 años del sector Gracia de Dios (Corregimiento I) Cabe mencionar que en los menores de 15 años se tiene el 75 % (3) de los casos notificados. No se han notificado casos en gestantes y tampoco en adultos mayores. Incidencia acumulada de 0,64 casos X 100.000 Hab riesgo.

Mortalidad por Dengue Grave: A Semana Epidemiológica 30 se tiene un (1) caso notificado:

COMUNA / CORREGIMIENTO	BARRIO	SEXO	EDAD	TIPO SS	EAPB	IPS	CLASIFICACIÓN FINAL
11	BRISAS DEL PARAISO	M	26	S	SALUDTOTAL	CHICAMOCHA	DESCARTADO

Letalidad por Dengue: Por cada 100 casos notificados de dengue se presentaron 0 casos fatales.

Letalidad por dengue grave: Por cada 100 casos notificados de dengue grave se presentaron 0 casos fatales.

INDICADORES DE GESTIÓN (UPGD NOTIFICADORA DEL MUNICIPIO)

Tabla 4. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Grave

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
CLINICA CHICAMOCHA SA	3	100%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	1	100%	100%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	16	100%	100%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	1	100%	100%
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	4	100%	100%
TOTAL	26	100%	100%

Fuente: SIVIGILA 2025

Tabla 5. Indicadores de Gestión (UPGD Notificadora Del Municipio) Dengue Con Signos De Alarma

UPGD NOTIFICADORA	CASOS	% CONFIRMACIÓN	% HOSPITALIZACIÓN
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	71	7%	NA
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	9	100%	100%
CENTRO DE SALUD MUTIS	1	0%	NA
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1	100%	NA
CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD	1	0%	NA
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA EPS SANITAS	5	40%	NA
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM	1	100%	NA
CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	5	80%	NA
CENTRO MEDICO DR PEDRO CELIS IPS SAS	3	100%	NA
CLINICA CHICAMOCHA SA	274	93%	100%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	20	100%	100%
CLINICA ESPCO-DESAN	49	51%	80%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	49	100%	98%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	167	100%	96%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	45	100%	100%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1	0%	NA



20 a 26 de Julio de 2025

EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS	4	25%	NA
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	80	100%	100%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	107	100%	100%
INVERSIONES SEQUOIA COLOMBIA SAS	3	67%	NA
IPS COOMULTRASAN CALLE 52	2	100%	NA
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2	100%	NA
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BGA	69	99%	100%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	2	0%	NA
SEDE BOLARQUI	4	100%	NA
SEDE GONZALEZ VALENCIA	201	93%	100%
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	1	100%	NA
SERVICLINICOS DROMEDICA SA	1	0%	100%
UIMIST	32	100%	100%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	77	92%	NA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER- UIS	2	100%	NA
TOTAL	1289	89%	85%

Fuente: SIVIGILA 2025

Semana epidemiológica 30

TEMAS CENTRALES
Hepatitis A
Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)
Dengue

Claudia Mercedes Amaya Ayala
Secretaria de Salud y Ambiente

Liliana Serrano Henao
Subsecretaria de Salud

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico y profesional Grupo SIVIGILA
Alejandra Contreras
Duby Quiñonez
Yamileyny Gutiérrez Lozada
Paola Suárez Suárez

Autoras temas

Duby Quiñonez
Autora: Hepatitis A - ETA

Nadia Jimena Rojas Lozada
Autora Dengue

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