TEMA CENTRAL

- **Tuberculosis Sensible y Resistente, S.E. 28 año 2026 Pre.**

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN BUCARAMANGA S.E 28 de 2026.

Para la semana 28 la notificación recibida por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del municipio fue oportuna, es decir (68/68) el 100%.

Indicadores de Oportunidad

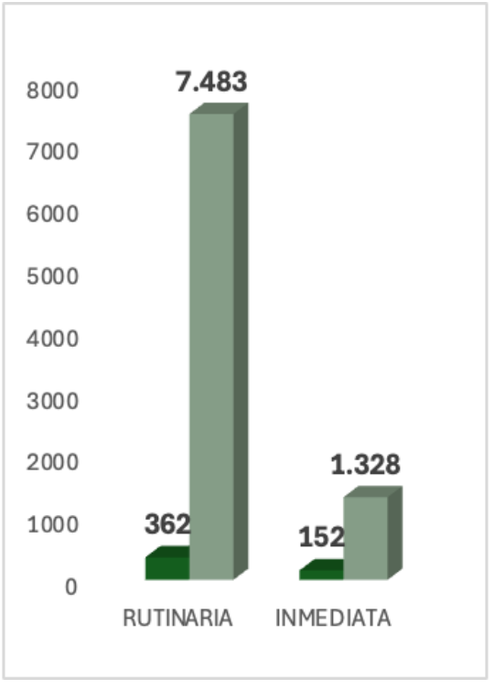
Notificación UNM

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

Oportunidad en la notificación por evento:

La oportunidad rutinaria acumulada hasta la presente semana es de 95% (9068/9590), pese a que el resultado del indicador se encuentra dentro de los parámetros de cumplimiento, se continúa solicitando a los referentes de SIVIGILA de las UPGD-UI oportunidad de la notificación no solo en las notificaciones semanales, sino en los eventos de notificación inmediata y super inmediata (Figura 1).

Figura 1. Oportunidad en la notificación de eventos de interés en Salud Pública S.E 28 de 2026.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Durante la semana epidemiológica 28 del año 2026, se evidencia que las notificaciones rutinarias, con un total de 8080 reportes, de los cuales 7712 (95%) fueron oportunas y 368 (5%) inoportunas. En cuanto a las notificaciones inmediatas, se registraron 1510 reportes, de los cuales 1356 (90%) fueron oportunas y 154 (10%) inoportunas.

Tabla 1. Porcentaje en la oportunidad de la notificación SIVIGILA Bucaramanga S.E. 28 año 2026 pre.

IPS que Notifica	RUTINARIA				INMEDIATA		
	Inoportuna	Notificación Negativa	Oportuna	% Inoportunidad	Inoportuna	Oportuna	% Inoportunidad
PEDIATRAS ASOCIADOS LTDA			2	0%	1		100%
CLINICA REVIVIR SA	2	29		6%			
INSTITUTO MEDICINA AMBULATORIA Y PREVENTIVA	2		84	2%		3	0%
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS SA	22		878	2%	36	325	10%
NUEVA IPS FORPRESALUD BUCARAMANGA	4		61	6%		2	0%
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER		1		0%			
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	1		723	0%	2	91	2%
UIMIST			329	0%	2	94	2%
CENTRO DE SALUD ROSARIO	1		47	2%		20	0%
CENTRO DE SALUD MUTIS			38	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA			21	0%	3	6	33%
CENTRO DE SALUD IPC			15	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD GIRARDOT			21	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD VILLA ROSA	2	3	14	11%		5	0%
CENTRO DE SALUD SANTANDER		6	2	0%			
CENTRO DE SALUD GAITAN		1	10	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD SAN RAFAEL			7	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD REGADEROS			5	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD PABLO VI		3	2	0%			
CENTRO DE SALUD JOYA		2	20	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD MORRORICO		6	18	0%		4	0%
CENTRO DE SALUD LIBERTAD		1	3	0%		2	0%
CENTRO DE SALUD KENNEDY			10	0%	1	11	8%
CENTRO DE SALUD BUCARAMANGA		2	3	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD CAMPO HERMOSO		1	14	0%		7	0%
CENTRO DE SALUD COLORADOS			14	0%		5	0%
CENTRO DE SALUD CONCORDIA		5	7	0%		1	0%
CENTRO DE SALUD COMUNEROS	1		18	5%			
CENTRO DE SALUD CRISTAL ALTO		7	3	0%		3	0%
CENTRO DE SALUD CAFE MADRID			43	0%	1	10	9%
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL PSIQUIATRICO SA	1		193	1%		2	0%
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	116		432	21%	52	302	15%
ASISTENCIA MEDICA SAS SERVICIO DE AMBULANCIA PREPA	14		298	4%	14	47	23%
CENTRO DE ATENCION Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES I	1		11	8%		2	0%
CLINICA CHICAMOCHA SA	27		690	4%	3	38	7%
SEDE GONZALEZ VALENCIA	27		467	5%	2	8	20%
CLINICA CHICAMOCHA SEDE CONUCOS	4		19	17%			
LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CANCER	39	10		80%	1	1	50%
COOMULTRASAN IPS SURA CARRERA 27 SEDE II	1		91	1%		3	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER BOLARQUI			105	0%		6	0%
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER SAN ALONSO			66	0%		4	0%
ASOCIACIÓN PROFAMILIA		8	29	0%		2	0%
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	1		54	2%			
UISALUD	2		19	10%			
CENTRO MEDICO QUIRURGICO LA RIVIERA SAS	1		31	3%			
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA SA	4		67	6%		2	0%
IPS SALUD SURA BUCARAMANGA	2		15	12%	2	7	22%
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BUCARAMANGA	4		331	1%	2	11	15%
CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS SA		22		0%	12	3	80%
FUNDACION AVANZAR FOS	2		25	7%	2	3	40%
CLINICA ESPCO-DESAN	22		276	7%	6	23	21%
MEDICLINICOS IPS SAS			6	0%			
EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS			83	0%		38	0%
CONFIMED SAS SEDE BUCARAMANGA	1		23	4%		1	0%
CLINICA URGENCIAS BUCARAMANGA SAS	8		411	2%	1	6	14%
UNIDAD MEDICO Y DE DIAGNOSTICO SA	1		12	8%			
IPS CABECERA SAS		5		0%	1		100%
EPMSC BUCARAMANGA	9		7	56%			
RMBUCARAMANGA			2	0%			

CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO BUCARAMANGA IPS	1		117	1%	3	24	11%
CENTRO MEDICO COLSANITAS PREMIUM BUCARAMANGA	1		148	1%	3	37	8%
UNIDAD DE URGENCIAS BUCARAMANGA BOLARQUI	2		652	0%		34	0%
CENTRO MEDICO BUCARAMANGA SOTOMAYOR	9		348	3%	1	132	1%
SUMIMEDICAL SAS			1	0%			
VIRREY SOLÍS IPS SA ANTIGUO CAMPESTRE			16	0%		2	0%
VIRREY SOLÍS IPS SA CABECERA	21		44	32%	1		100%
VIRREY SOLÍS IPS SA CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS SOTOMAYOR	11		104	10%	2	7	22%
BATALLÓN DE ASPC NO5 HOSPITAL MILITAR BUCARAM	1		107	1%		4	0%
Total	**368**	**112**	**7712**	**5%**	**154**	**1356**	**11%**

Fuente: SIVIGILA SSAB 2026 pre.

Ajustes pendientes por realizar a SE 28, Bucaramanga, 2026

A semana 28 se registran 211 ajustes pendientes en SIVIGILA. Se recuerda que se cuenta con cuatro (4) semanas para su ejecución y así cumplir la oportunidad establecida. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Ajustes pendientes S.E. 28 Bucaramanga 2026.

EVENTOS/SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Total general
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS																											1		3	1	5
CHAGAS		1	2		1		3				1		1				1	1			1		1		1		1		1		16
CHIKUNGUN																													1		1
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	3	4	3	1	3	3		3	1	2	2	4	4		5		4	4	5	5	7	2	4	5	13	6	15	10			118
DEFECTOS CONGENITO																1									1				1		3
ETA																													1		1
INTOXICACIONES																													1		1
LEPTOSPIRA			2		2	2		1			1	1	1	3		6	25	1			4	1	3	2	1	3	3	1			63
LESIONES DE CAUSA EXTERNA																											1				1
MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA																													1		1
VIGILANCIA INTEGRADA DE MUERTES EN < DE 5 AÑOS POR IRA AGUDA, EDA AGUDA Y/O DESNUTRICIÓN																															1
Total general	**3**	**5**	**7**	**1**	**6**	**5**	**3**	**4**	**1**	**2**	**4**	**5**	**6**	**3**	**5**	**7**	**30**	**6**	**6**	**5**	**12**	**3**	**8**	**7**	**17**	**9**	**20**	**12**	**8**	**1**	**211**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2026

Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, a semana epidemiológica 28 de 2026.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la tuberculosis ha sido posible, en gran medida, gracias a la implementación de pruebas de laboratorio establecidas mediante la Resolución 227 de 2020, lo que ha contribuido a una mayor detección de casos en el país y en territorios como Bucaramanga, donde hasta 2024 el aumento en la notificación se asoció a la expansión del diagnóstico molecular. Este avance se enmarca en el compromiso global de eliminar la tuberculosis antes de 2030, objetivo incluido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y respaldado por la Iniciativa de Eliminación de la OPS para las Américas.

En el ámbito nacional, Colombia ha asumido los compromisos derivados del plan estratégico mundial contra la tuberculosis. A través del Plan Nacional para Acelerar la Eliminación de la Tuberculosis 2025-2031, el país establece metas ambiciosas que incluyen diagnosticar y tratar exitosamente más del 90% de los casos, además de alinearse con los objetivos regionales de la OPS. En 2024, se notificaron 11.689 casos nuevos, con una incidencia nacional de 22,18 por 100.000 habitantes. En el plano internacional, la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible apunta a la eliminación de la tuberculosis para 2030, y la enfermedad figura entre las patologías priorizadas por la OPS. Cada 24 de marzo, la OMS conmemora el Día Mundial de la Tuberculosis. En 2026, el llamado global continúa siendo el de traducir el compromiso en acciones concretas, impulsando el uso de tecnologías innovadoras como la radiología digital con interpretación asistida por inteligencia artificial, los nuevos métodos de diagnóstico molecular, y los esquemas de tratamiento acortados y de administración oral para la tuberculosis farmacorresistente, junto con estrategias de búsqueda activa de casos y un abordaje multisectorial, bajo el lema “Podemos poner fin a la TB: impulsados por la atención primaria de salud, la innovación y comunidades comprometidas”.

En este marco, los Estados Miembros de la ONU y la OMS han reafirmado su voluntad de acabar con la epidemia mundial de tuberculosis antes de 2030, como quedó plasmado en la declaración política adoptada en la reunión de alto nivel de 2023, compromiso que sigue orientando las políticas de control de la enfermedad a nivel nacional y territorial.

Según el informe global de tuberculosis publicado por la OMS en 2025, durante el año 2024 se estimaron 10,7 millones de casos nuevos en el mundo, y la tuberculosis se mantiene como la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa, con 1,23 millones de muertes, superando ampliamente al VIH. Estos datos subrayan la necesidad de sostener y reforzar las acciones de vigilancia, diagnóstico oportuno y tratamiento supervisado en todos los niveles, incluido el municipio de Bucaramanga, donde hasta la semana epidemiológica 28 de 2026 se han notificado 358 casos por todas las formas confirmadas en personas con residencia en el municipio. De estos, el 97,5% (n=349) corresponden a tuberculosis sensible y el 2,5% (n=9) a tuberculosis farmacorresistente; el 86% (n=308) son pulmonares y el 14% (n=50) extrapulmonares. Se registran 27 fallecidos, 148 hospitalizaciones, y 270 casos pertenecen a población privada de la libertad, lo que evidencia la complejidad epidemiológica local.

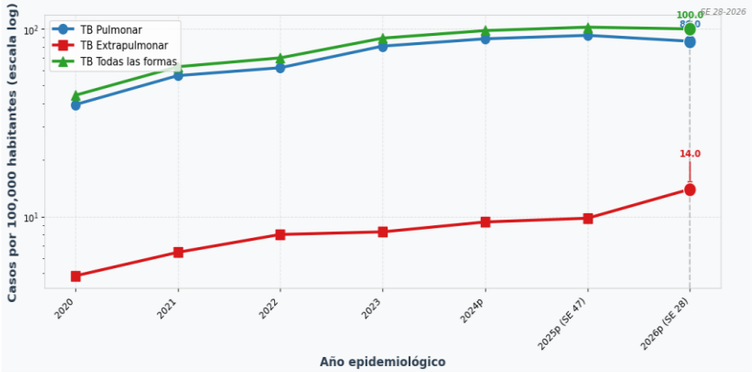
Comportamiento de la tuberculosis sensible, Bucaramanga, a S.E 28 2026p.

En el municipio de Bucaramanga, hasta la semana epidemiológica 28 del año 2026, se han notificado al sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) un total de 358 casos de tuberculosis por todas las formas confirmadas en personas con residencia en el municipio. De este total, el 97,5% (n=349) corresponden a tuberculosis sensible y el 2,5% (n=9) a tuberculosis farmacorresistente. El 86,0% (n=308) de los casos corresponden a la forma pulmonar y el 14,0% (n=50) a tuberculosis extrapulmonar.

De acuerdo con la distribución por tipo de caso, el 90,2% de los casos (n=323) fueron confirmados por laboratorio, el 9,5% (n=34) por clínica y el 0,3% (n=1) por nexo epidemiológico. Se registran 27 casos de mortalidad, de los cuales 148 casos requirieron hospitalización. En cuanto al estado de tratamiento, 331 casos son nuevos y 27 habían recibido tratamiento previamente. Con respecto a la coinfección por VIH, 17 casos la presentan, 271 no y en 70 casos no se cuenta con esta información. De los 17 casos de coinfección se han presentado 4 muertes a semana 28 del 2026

En relación con los resultados de laboratorio, 263 casos presentaron baciloscopia positiva y 95 negativa; se reportó resistencia a la baciloscopia en 134 casos y no en 129. Se realizó cultivo en 318 casos y no en 40, mientras que la prueba molecular se practicó en 279 casos y no en 79. Adicionalmente, se registró radiografía en 204 casos y no en 154. Entre las comorbilidades, 32 casos presentaban diabetes y 80 desnutrición. Cabe destacar que 270 de los casos corresponden a población privada de la libertad.

Figura 2. Incidencia de tuberculosis, Bucaramanga, 2020 a semana epidemiológica 9 de 2026p.

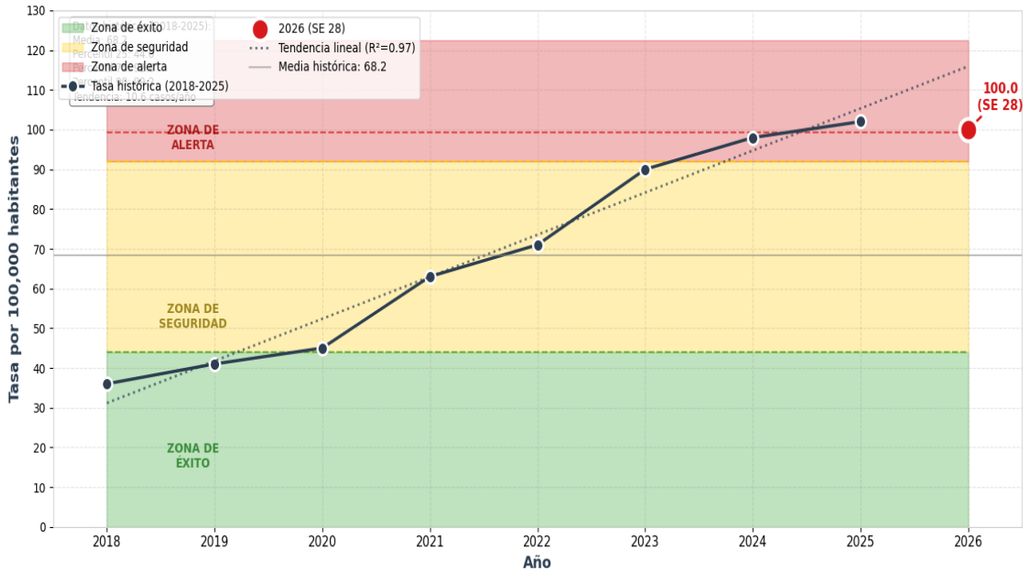


Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020 – 2026p.

El 4,7% de los casos de tuberculosis en todas las formas confirmadas presentan asociación a la infección con VIH (n=17). La incidencia de tuberculosis por todas las formas para el municipio a la semana epidemiológica 28 de 2026 es de 55,9 casos por 100.000 habitantes.

Desde 2018, en Bucaramanga la vigilancia mediante SIVIGILA ha mostrado tendencias consistentes que se reflejan en los datos actuales, registrando tasas de incidencia anuales que han ido en aumento, pasando de 380 casos en 2021 a 607 en 2024. Este incremento se relaciona directamente con el fortalecimiento del diagnóstico, en particular por la implementación de la Resolución 227 de 2020 que estableció algoritmos diagnósticos con énfasis en pruebas moleculares. El patrón epidemiológico muestra un predominio de formas pulmonares (cerca del 90%), confirmaciones mayoritariamente por laboratorio (93% en 2024), baja farmacorresistencia (1-2%), coinfección VIH en 5-7% y una mortalidad que, aunque presente, mantiene una tendencia a la disminución en los últimos años. Esta situación se relaciona directamente con la situación hasta la SE 28 de 2026, donde se evidencia un incremento de casos asociado a brotes en poblaciones específicas como la privada de la libertad, lo que subraya la necesidad de fortalecer la búsqueda activa de casos y el diagnóstico oportuno en todos los entornos. Figura 3

Figura 3. Canal endémico de casos notificados en Sivigila de Tuberculosis Sensible, Bucaramanga, 2018 a 2026p.



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2018 – 2026p.

En el contexto social y demográfico

La tuberculosis en el municipio de Bucaramanga continúa afectando de forma predominante a los hombres en todo el periodo analizado. Para el año 2024, la tasa de incidencia fue de 146,7 por 100.000 hombres y 53,6 por 100.000 mujeres, tendencia que se mantuvo en 2025 y continúa en 2026. A la semana epidemiológica 28 de 2026, los hombres representan el 69,6% de los casos (n=249) y las mujeres el 30,4% (n=109), lo que refleja una relación de 2,3 hombres por cada mujer afectada.

En cuanto a los grupos de edad, en 2024 los más afectados fueron los de 25 a 34 años (23,89%) y 65 años y más (19,29%), con tasas de incidencia de 136,5 y 149,7 por 100.000 habitantes respectivamente, seguidos del grupo de 15 a 24 años con 116,2 por 100.000 habitantes. A la semana epidemiológica 28 de 2026, el grupo de 25 a 34 años continúa siendo el más afectado con el 21,8% de los casos (n=78), seguido del grupo de 35 a 44 años con el 18,7% (n=67) y el grupo de 45 a 54 años con el 16,5% (n=59). Los adultos de 65 años y más representan el 14,5% (n=52), mientras que los jóvenes de 15 a 24 años aportan el 12,0% (n=43) de los casos. Se observa un mayor peso relativo de los grupos en edad productiva (25 a 54 años) respecto al comportamiento registrado en 2024, lo que sugiere una transmisión activa en la población económicamente activa del municipio.

Tabla 3. Distribución de casos de tuberculosis por grupo de edad y sexo, Bucaramanga, SE 1–28 de 2026p

Grupo de edad	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
0 – 14 años	0	0,0%	2	100%	2	0,6%
15 – 24 años	37	66,1%	19	33,9%	56	15,6%
25 – 34 años	69	76,6%	21	23,4%	90	25,1%
35 – 44 años	47	75,8%	15	24,2%	62	17,3%
45 – 54 años	30	65,2%	16	34,8%	46	12,8%
55 – 64 años	33	76,8%	10	23,2%	43	12%
65 años y más	37	63,8%	21	36,2%	58	16,2%
Total	**253**	**70,7%**	**105**	**29,3%**	**358**	**100%**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga, SE 1–9 de 2026p.

En cuanto al área de ocurrencia, la cabecera municipal concentra el mayor número de casos.

Respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el régimen subsidiado ha reportado consistentemente la mayor proporción, con (n=172) a la semana epidemiológica 28 de 2026, seguido del régimen especial con (n=85) y régimen contributivo con (n=83), no asegurados (n=12) y el régimen de excepción (n=6). Durante el periodo 2020 a 2026, esta tendencia se ha mantenido estable, reflejando la composición del aseguramiento en el municipio.

Con relación a la localización anatómica de la enfermedad, la tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente, representando el 86,0% de los casos (n=308) a la semana epidemiológica 28 de 2026. En cuanto a las formas extrapulmonares (n=50), la localización pleural continúa siendo la más común, seguida de otras localizaciones como la ganglionar, osteoarticular, renal, genitourinaria, meníngea y cutánea, entre otras.

Respecto a la clasificación de los casos, el 90,2% (n=323) fueron confirmados por laboratorio, el 9,5% (n=34) por clínica y el 0,3% (n=1) por nexo epidemiológico, manteniendo una tendencia creciente en la confirmación por laboratorio en línea con el fortalecimiento de los algoritmos diagnósticos establecidos por la Resolución 227 de 2020. Ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución demográfica - social de los casos de tuberculosis, y según tipo de caso, historia de tratamiento, Bucaramanga, SE 09 2026p.

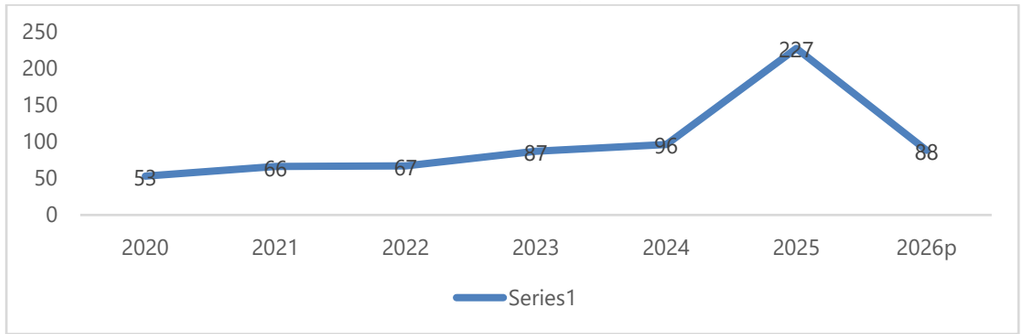
Variable	Categoría	n	%
Sexo	Hombre	253	67,2%
	Mujer	105	32,8%
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	341	95,2%
	Centro poblado	4	1,1%
	Rural disperso	13	3,6%
Régimen de salud	Subsidiado	172	48%
	Contributivo	83	23,1%
	Especial/Excepción	91	25,4%
	No asegurado	12	3,3%
Localización anatómica	Pulmonar	308	86%
	Extrapulmonar	50	14%
Tipo de caso	Confirmado por laboratorio	323	90,2%
	Confirmado por clínica	34	9,5%
	Nexo epidemiológico	1	0,3%
Historia de tratamiento	Caso nuevo	331	92,4%
	Antes tratado	27	7,6%
Total		**358**	**100%**

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2026p.

Comportamiento de la notificación de casos reportados en Sivigila de TB en población privada de la libertad. Bucaramanga 2020 - SE 28 2026p.

Hasta la semana epidemiológica 28 de 2026, se han notificado 88 casos de tuberculosis (TB) en la población privada de la libertad en Bucaramanga, representando el 24,6% del total municipal (358 casos), lo que refleja el impacto de las acciones de búsqueda activa de casos en centros carcelarios y el desarrollo de brotes en estos entornos. Estos datos continúan la tendencia de incremento sostenido desde 2020, más marcado desde 2023, superando en 2025 (SE 47) el total de 2024 en 136% (227 casos hasta SE 47/2025, 221 hombres). Al analizar las tendencias de tasas de incidencia en poblaciones priorizadas, se evidencia un incremento acelerado desde 2020, con mayores aumentos en la población privada de la libertad, seguida de habitantes de calle, menores de 15 años y personas con coinfección VIH. La comparación de 2025 (SE 47) vs. 2024 mostró un marcado alza en población carcelaria, tendencia que se ha mantenido y profundizado durante 2026.

Figura 4. Número de casos reportados en Sivigila de TB en población privada de la libertad, Bucaramanga, 2020 – SE 28 de 2026p



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020-2026p.

La Resolución 227 de 2020 estableció la implementación de pruebas de laboratorio dentro de los algoritmos diagnósticos para tuberculosis, impulsando un aumento progresivo en su utilización desde 2021. Entre 2020 y 2024, predominó el cultivo, seguido de prueba molecular y baciloscopia; en 2025 (SE 47), el cultivo lideró, con molecular superando baciloscopia.

Tabla 5. Realización pruebas de laboratorio para diagnóstico de tuberculosis, Bucaramanga, SE 1–28 de 2026p

Características diagnosticas	2020	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p SE28
Baciloscopia	161	231	279	381	436	482	263
Cultivo	198	289	338	449	513	567	318
Prueba molecular	112	189	247	352	421	498	279
Total casos	**266**	**380**	**428**	**549**	**607**	**644**	**358**

Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020-2026p.

En cuanto a las comorbilidades en personas afectadas por tuberculosis, la desnutrición lidera consistentemente con el 22,3% de los casos (n=80) a la semana epidemiológica 28 de 2026, seguida de la diabetes con el 8,9% (n=32) y la coinfección VIH con el 4,7% (n=17). Esta distribución se alinea con el comportamiento histórico, donde se ha evidenciado un incremento sostenido de la desnutrición como comorbilidad asociada (+59,8% entre 2020-2024), para 2025 (SE 47), de 264 casos con comorbilidades, la desnutrición representó el 52,3%, el VIH el 13,3% y la artritis el 17%.

Tabla 6. Comorbilidades en las personas afectadas con tuberculosis, Bucaramanga, 2020 – SE 28 de 2026p

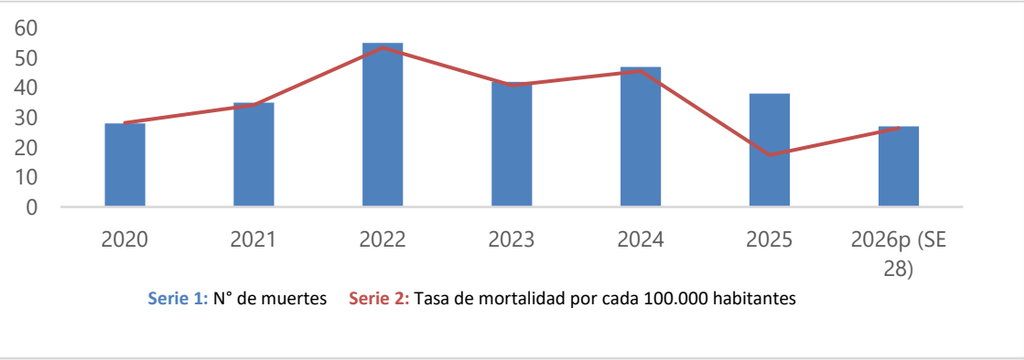
Comorbilidad	2020	2021	2022	2023	2024	2025p SE47	2026p SE28
Desnutrición	35	65	75	123	128	138	80
Diabetes	28	39	22	47	42	45	32
VIH / SIDA	25	41	42	35	48	35	17
EPOC	12	13	24	29	23	20	14
Cáncer	13	3	14	20	22	7	14
Artritis reumatoide	1	3	4	4	10	4	1
Enfermedad renal	13	10	14	24	20	12	14
Enfermedad hepática	3	2	0	6	10	3	1

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga año 2020-2026p.

Al analizar la tendencia de las tasas de mortalidad por tuberculosis en el periodo 2020–2025, se observa estabilidad entre 2021-2024 (máxima 8,9/100.000 en 2022), con reducción del 13,5% en 2024 vs. 2022; para 2025 (SE 47), se registraron 38 muertes (tasa preliminar 2,9/100.000). A la semana epidemiológica 28 de 2026, se reportan 27 muertes en personas con residencia en Bucaramanga, lo que representa una tasa de 4,4 por 100.000 habitantes.

Durante el mismo periodo, 148 casos requirieron hospitalización (41,3% del total), lo que evidencia la severidad clínica de una proporción significativa de los casos. De los 27 fallecidos, 4 casos (14,8%) presentaban coinfección VIH confirmada, lo que resalta la vulnerabilidad de esta población y la necesidad de un manejo integrado y oportuno.

Figura 5. Tasa de mortalidad tuberculosis, Bucaramanga, 2020- SE28 de 2026p



Fuente: SIVIGILA municipio de Bucaramanga año 2020-2026p.

Los principales factores de riesgo para la tuberculosis en Bucaramanga incluyen hacinamiento carcelario, desnutrición, coinfección VIH, diabetes, tabaquismo y consumo de sustancias, afectando principalmente a población de estratos bajos y vulnerables. Estas condiciones explican el 24,6% de los casos en población privada de la libertad (n=88) a la semana epidemiológica 28 de 2026, la alta carga en el régimen subsidiado (50,8%, n=182) y la prevalencia de comorbilidades como desnutrición (22,3%, n=80), diabetes (8,9%, n=32) y coinfección VIH (4,7%, n=17), lo que evidencia la necesidad de un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud.

Las estrategias de control priorizan la búsqueda activa de casos en poblaciones de riesgo, el fortalecimiento de las pruebas diagnósticas establecidas mediante la Resolución 227 de 2020 y el manejo integrado de comorbilidades, alineándose con el Plan Nacional para Acelerar la Eliminación de la Tuberculosis 2025-2031 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030. La vigilancia epidemiológica a través del SIVIGILA ha permitido elevar las detecciones, con una incidencia de 55,9 casos por 100.000 habitantes para el periodo analizado. Sin embargo, persisten retos importantes en la reducción de la mortalidad (tasa de 4,4 por 100.000 habitantes), el manejo de la tuberculosis farmacorresistente (2,5%, n=9) y la necesidad de ampliar la cobertura terapéutica y las estrategias de educación comunitaria para lograr el control de la enfermedad en el municipio.

Tuberculosis Resistente

La tuberculosis resistente a los medicamentos continúa siendo una amenaza para la salud pública en Bucaramanga, donde la resistencia a la rifampicina (RR-TB), fármaco de primera línea más potente, genera preocupación por su impacto en el tratamiento y la transmisión.

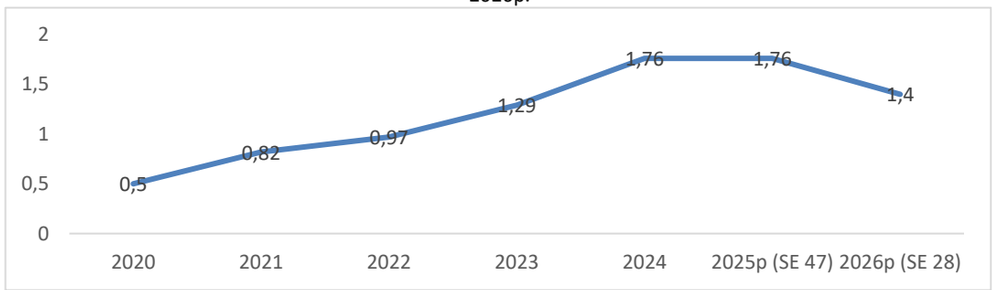
La tuberculosis MDR (multirresistente) se define como enfermedad causada por cepas del complejo M. tuberculosis resistentes a rifampicina e isoniacida; la XDR (extensamente resistente) incluye resistencia adicional a al menos una fluoroquinolona (levofloxacina o moxifloxacina) y un fármaco del grupo A (bedaquilina o linezolid), según definiciones OMS actualizadas. En Bucaramanga, a la semana epidemiológica 28 de 2026 se han notificado 9 casos farmacorresistentes, lo que representa el 2,5% del total de casos (358), con una incidencia de 1,4 casos por 100.000 habitantes. Estos casos incluyen 4 casos de monorresistencia, 3 casos de RR-TB (resistencia a rifampicina) y 2 casos de MDR (multirresistencia), manteniéndose una proporción baja, pero con tendencia al alza desde 2020.

Para la detección temprana de farmacorresistencia, todos los pacientes con TB bacteriológicamente confirmada deben evaluarse con pruebas moleculares (ej. GeneXpert) o convencionales (cultivo y pruebas de sensibilidad), garantizando un tratamiento adecuado y minimizando la transmisión, impulsado por la Resolución 227 de 2020 que fortaleció los algoritmos diagnósticos. En Bucaramanga, el 90,2% de los casos se confirman por laboratorio (n=323), con el cultivo como prueba predominante (88,8%, n=318) y la prueba molecular en ascenso (77,9%, n=279), lo que ha permitido una detección más oportuna de la farmacorresistencia.

Comportamiento de Tuberculosis Farmacorresistente, Bucaramanga, 2020 a S.E 28 2026p.

A la semana epidemiológica 28 de 2026, se registran nueve (9) casos de tuberculosis farmacorresistente en Bucaramanga, con una tasa de detección de 1,4 casos por 100.000 habitantes. De estos, 4 casos corresponden a monorresistencia, 3 a RR-TB (resistencia a rifampicina) y 2 a MDR (multirresistencia). Todos los casos fueron confirmados por laboratorio, manteniendo la vigilancia activa conforme a los lineamientos del Plan Nacional para Acelerar la Eliminación de la Tuberculosis 2025-2031 y la Resolución 227 de 2020.

Figura 6. Comportamiento de la tasa de detección de tuberculosis farmacorresistente, Bucaramanga, 2020 a SE 28 2026p.



Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Esta situación continúa la tendencia al incremento observada desde 2020, más marcada en 2024 (18 casos farmacorresistentes) y hasta la SE 47 de 2025 (tasa de incidencia 1,76/100.000, todos confirmados por laboratorio). En 2024 predominó la monorresistencia (n=8), seguida de RR-TB (n=7) y MDR (n=3). Para 2026, a la semana epidemiológica 28, se han notificado 9 casos farmacorresistentes (tasa de 1,4 por 100.000 habitantes), de los cuales 4 corresponden a monorresistencia, 3 a RR-TB y 2 a MDR, reflejando el fortalecimiento de la detección mediante pruebas moleculares y cultivo, impulsado por la Resolución 227 de 2020.

Tabla 7. Casos de tuberculosis según la clasificación de resistencia a medicamentos antituberculosos, Bucaramanga, 2020 a SE 28 2026p.

Clasificación de resistencia	2020	2021	2022	2023	2024	2025p SE47	2026p SE28
Monorresistencia	2	4	4	5	8	10	4
MDR (Multirresistente)	0	2	3	3	3	1	2
XDR (Extensamente resistente)	0	0	0	1	0	0	0
RR-TB (Resistencia a Rifampicina)	0	7	8	4	7	0	3
Total	**2**	**13**	**15**	**13**	**18**	**11**	**9**

Fuente: Sivigila municipio de Bucaramanga

Conclusiones

1. Bucaramanga reporta 358 casos de tuberculosis en la semana epidemiológica 28 de 2026, con una incidencia de 55,9 casos por 100.000 habitantes, lo que evidencia una alta carga de enfermedad y transmisión activa en el municipio, que supera ampliamente la incidencia nacional y exige mantener y fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento supervisado.

2. La tuberculosis pulmonar es la forma clínica predominante con el 86,0% de los casos (n=308), mientras que la extrapulmonar representa el 14,0% (n=50) con predominio de la localización pleural, lo que refuerza la necesidad de mantener la sospecha diagnóstica ante síntomas respiratorios prolongados y garantizar el acceso oportuno a pruebas diagnósticas.

3. La población privada de la libertad concentra el 24,6% de los casos (n=88), lo que representa una incidencia desproporcionadamente alta en este grupo poblacional y refleja las condiciones de hacinamiento y vulnerabilidad en los centros penitenciarios, por lo que se requieren intervenciones específicas como tamizajes masivos y mejoramiento de la ventilación.

4. Los hombres representan el 69,6% de los casos (n=249) con una relación hombre: mujer de 2,3:1, mientras que los grupos de 25 a 54 años concentran el 57,0% de los casos (n=204), reflejando una transmisión activa en población económicamente activa, posiblemente relacionada con exposición laboral y mayor movilidad.

5. La desnutrición afecta al 22,3% de los casos (n=80), seguida por la diabetes (8,9%, n=32) y la coinfección VIH (4,7%, n=17), lo que evidencia la importancia de las comorbilidades en el desarrollo y evolución de la tuberculosis, requiriendo un enfoque integral que incluya la detección y manejo oportuno de factores de riesgo.

6. La tuberculosis farmacorresistente aumentó al 2,5% (n=9), incluyendo monorresistencia (4), RR-TB (3) y MDR (2), reflejando una tendencia al alza que requiere vigilancia estrecha y garantía de acceso a esquemas de tratamiento específicos, así como la implementación de vigilancia genómica para identificar patrones de transmisión y cepas circulantes.

7. Se registran 27 fallecidos con una tasa de mortalidad de 4,4 por 100.000 habitantes, de los cuales 4 casos (14,8%) presentaban coinfección VIH, mientras que el 41,3% de los casos (n=148) requirió hospitalización, lo que indica una carga significativa para el sistema de salud y evidencia la necesidad de fortalecer el diagnóstico temprano y garantizar el acceso a tratamiento oportuno y de calidad.

Recomendaciones

- Fortalecer la búsqueda activa de casos en población privada de la libertad y grupos vulnerables, implementando tamizajes periódicos con pruebas moleculares como GeneXpert en centros penitenciarios, instituciones de salud y lugares de trabajo, garantizando así la detección temprana, el diagnóstico oportuno y la interrupción de la cadena de transmisión en estos entornos de alto riesgo.

- Intensificar el estudio de contactos en el ámbito doméstico, institucional y comunitario, asegurando la evaluación completa de sintomáticos respiratorios y la realización de pruebas diagnósticas a todos los contactos identificados, con el fin de aumentar el rendimiento de la estrategia que actualmente identifica el 0,26% de positivos y reducir la transmisión no detectada.

- Fortalecer el abordaje integral de comorbilidades, en particular desnutrición, diabetes y coinfección VIH, mediante la implementación de estrategias de tamizaje nutricional, control metabólico y manejo integrado VIH-TB, que permitan reducir el riesgo de progresión a enfermedad activa y mejorar los desenlaces clínicos.

- Garantizar el acceso oportuno a esquemas de tratamiento para tuberculosis farmacorresistente, fortalecer la vigilancia genómica de cepas circulantes, y ampliar la cobertura terapéutica para reducir la mortalidad, que actualmente se encuentra en 4,4 por 100.000 habitantes, mediante la implementación de estrategias de educación comunitaria que promuevan la adherencia al tratamiento y reduzcan el estigma asociado a la enfermedad.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025. Bogotá: Minsalud; 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/Plan-estrategico-fin-tuberculosis-colombia-2016-2025.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Tuberculosis 2026. Washington D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-tuberculosis-2026

3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La tuberculosis resurge como principal causa de muerte por enfermedad infecciosa. Washington D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/1-11-2024-tuberculosis-resurge-como-principal-causa-muerte-por-enfermedad-infecciosa

4. Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report 2024. Ginebra: OMS; 2024. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024

5. Alcaldía de Bucaramanga. (2025, abril 19). Panorama de las enfermedades respiratorias en Bucaramanga [Noticia]. https://www.bucaramanga.gov.co/noticias/

6. Alcaldía de Bucaramanga. (2025, mayo). Boletín epidemiológico 19, SE 20: Tema TB, Dengue, EEVV, Alertas epidemiológicas 11 a 17 de mayo de 2025. https://www.bucaramanga.gov.co/wp-content/uploads/2025/05/Boletin-epidemiologico-19-SE-20.-Tema-TB-Dengue-EEVV-Alertas-epidemiologicas-11-a-17-mayo-2025.pdf

7. Semana. (2026, mayo 7). Tuberculosis en Colombia 2026: ¿Por qué aumentan los casos y qué son las cepas resistentes? Semana. https://www.semana.com/salud/articulo/tuberculosis-en-colombia-2026-por-que-aumentan-los-casos-y-que-son-las-cepas-resistentes/202630/

Semana epidemiológica **28**
12 a 18 de julio año 2026

TEMA BOLETÍN
Tuberculosis Sensible y Resistente

Gloria Marcela Orduz García
Secretaria de Salud y Ambiente

Alba Luz Amin Madera
Subsecretaria de Salud Pública

María Alejandra Beltrán López
Coordinador grupo de vigilancia en Salud Pública

Equipo Técnico (AUTORES)

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

Valentina María Carrillo Ramírez
Grupo funcional SIVIGILA Micobacterias – SSAB (TB)

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