

# BOLETÍN epidemiológico

**Lo que no vemos**  
¡Chagas al Día!

**Abril 2026**



La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana fue nombrada así en honor al Doctor Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, médico brasileño que identificó el agente en 1909. Se encuentra principalmente en América Latina, donde el principal mecanismo de transmisión al humano es por contacto con heces de insectos triatomíneos conocidos como pitos o chinches, sin embargo, se registran casos en Europa, Asia y Estados Unidos.

El periodo de incubación varía entre una a cuatro semanas después de la exposición al parásito flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) y depende de la vía de transmisión, la enfermedad se presenta en dos fases, cada una con características clínicas distintas:



## Fase Aguda (primeras semanas o meses)

Esta etapa inicial comienza inmediatamente después de contraer la infección. En la gran mayoría de los casos pasa desapercibida porque los síntomas son leves, inespecíficos o nulos. Cuando se presentan, los signos y síntomas incluyen:

- Fiebre prolongada y dolor de cabeza, musculares, articulares y fatiga general, agrandamiento de los ganglios linfáticos.
- Chagoma, que es una lesión inflamatoria y enrojecida en la piel, justo en el lugar donde el insecto picó.
- Signo de Romaña, que se presenta con una hinchazón muy característica de los párpados de un solo ojo, que ocurre cuando las heces del parásito entran por la mucosa ocular.



## Fase Crónica (años o décadas después)

Si no se trata en la fase aguda, la infección pasa a una fase crónica. Durante esta etapa, los parásitos se alojan y se ocultan principalmente en los tejidos del corazón y de los músculos digestivos. La mayoría de los pacientes (hasta un 70%) permanecen asintomáticos durante toda su vida. Sin embargo, el 30% restante desarrolla daños severos y progresivos entre 10 y 30 años después de la infección inicial. Los síntomas en esta fase incluyen:

- **Complicaciones cardíacas:** arritmias (alteraciones del ritmo del corazón), miocardiopatía (agrandamiento del corazón) e insuficiencia cardíaca, lo que puede provocar muerte súbita, complicaciones digestivas: megaesófago (agrandamiento del esófago que causa dolor y gran dificultad para tragar) y megacolon (agrandamiento del intestino grueso que genera estreñimiento severo), desmayos o mareos frecuentes debido a la deficiencia en el bombeo de sangre.

# Modo de transmisión:



## Vectorial

Cuando el triatomino se alimenta del huésped a través de una picadura, este libera en sus heces las formas infectantes del parásito (tripomastigote meta cíclico), estos desechos pueden tener contacto con la herida de la piel a través del rascado o de cualquier acción mecánica, estimulando el ingreso del parásito a través de la piel al torrente sanguíneo. Ocasionalmente, se pueden contaminar las manos del huésped y posteriormente tocar mucosas como la conjuntival u oral.



## Oral

Ocurre por ingestión directa del parásito, la cual puede suceder de diferentes formas:

- Consumo accidental de los triatominos infectados o de sus heces.
- Consumo de sangre o carne mal cocida de animales silvestres (reservorios) infectados con el parásito.
- Consumo de agua, alimentos, bebidas o preparaciones contaminadas con el parásito, que puede proceder de heces de triatominos o de fluidos corporales de los animales silvestres (reservorios).
- Los utensilios usados para la preparación de los alimentos pueden contaminarse con heces de los triatominos o a través del contacto de insectos rastreros como cucarachas, alados o moscas contaminadas con heces frescas de triatominos en el ambiente.
- Los elementos de cocina también pueden contaminarse con secreciones odoríferas u orina de reservorios.
- También puede darse por una inadecuada manipulación de cadáveres de mamíferos infectados.

### **Se sugiere sospechar transmisión oral cuando se identifiquen los siguientes hallazgos:**

Presencia simultánea de dos o más casos agudos confirmados con relación epidemiológica entre ellos, presentación de cuadro clínico severo, ausencia de triatominos domiciliados o en el peridomicilio en el área de ocurrencia de los casos.



## **Congénita**

El principal mecanismo de transmisión vertical es la transplacentaria, puede ocurrir en cualquier fase de la enfermedad en la gestante: aguda o crónica.

La infección al producto es posible en cualquier etapa del embarazo, pero no sucede en todos los casos, la posibilidad de infección del hijo por la leche de la madre que padece la enfermedad de Chagas es mínima y se considera un riesgo remoto. No obstante, es prudente que el hijo de una mujer que sufre enfermedad de Chagas aguda no sea amamantado por ella, debido a que la prioridad es la lactancia del bebé, la cual puede interrumpirse por los efectos adversos del medicamento sobre la mamá.



## **Por hemotransfusión y trasplante de órganos**

Todos los componentes de la sangre son infectantes. La reactivación postrasplante, puede darse desde el órgano donante al receptor sano o al contrario, órgano sano y receptor infectado, pues depende en gran medida de la inmunosupresión a la que es sometido el paciente. Protocolo de Vigilancia de Chagas 8 de 26 trasplantado. Este tipo de infección genera cuadros clínicos atípicos, pero generalmente se puede identificar el parásito por métodos parasitológicos directos.



## **Contaminación accidental en el laboratorio**

Ocurre por infección accidental en laboratorios clínicos y de investigación, por manipulación inadecuada de: triatominos infectados, derivados de animales infectados, cultivos de *T. cruzi* o material biológico proveniente de personas infectadas. Toda persona que haya presentado un accidente laboral debe notificar y recibir siempre tratamiento profiláctico.



## Manejo de animales contaminados

En algunas regiones de Colombia es frecuente el consumo de animales silvestres como armadillos o zarigüeyas, la infección se puede adquirir mediante el contacto de lesiones en la piel con la sangre de estos animales mientras son preparados para ser ingeridos.



## Reactivación de la infección

Paciente con el antecedente confirmado de infección con *Trypanosoma cruzi* y con inmunodepresión (por alguna de las siguientes situaciones: postrasplante, infección por VIH, terapia inmunosupresora por cualquier causa), que presenta clínica de agudización de la enfermedad de Chagas y evidencia de la presencia del parásito *T. cruzi*, demostrada por exámenes parasitológicos positivos.



## Periodo de incubación

Los períodos de incubación son variables y dependen de la vía de transmisión, de la cepa (DTU), de la magnitud del inóculo y de la condición inmune del paciente. En promedio los días son: vía vectorial: 4 a 15 días; vía oral: 3 a 22 días; vía transfusional sanguínea: 30 a 40 días o más; vía accidental, aproximadamente 20 días.



## Tipo de caso: probable de Chagas agudo

### Definición operativa

Paciente con fiebre mayor a 38°C (continua o intermitente, prolongada por más de 7 días) acompañada o no de alguno de los siguientes síntomas, con o sin antecedentes de exposición en un área endémica de la enfermedad de Chagas:

#### Síntomas y signos:

- Falla cardíaca: edema en cara o en miembros inferiores, disnea de esfuerzo o cardiopatía aguda.
- Gastrointestinales: dolor epigástrico, vómito, diarrea, hemorragia de vías digestivas, con o sin ictericia (comunes en transmisión oral).
- Agrandamiento de los ganglios linfáticos.
- Hepatomegalia y/o esplenomegalia.
- Área inflamada y enrojecida en el lugar de una picadura por un insecto (Chagoma).
- Inflamación bpalpebral unilateral indolora (signo de Romana).

#### Puede ser un caso probable:

- Toda persona conviviente o que haya tenido contacto cercano en la misma área, sintomático o no, con un caso confirmado de Chagas agudo. También se considerarán casos probables de Chagas en fase aguda, los relacionados con la transmisión congénita de la enfermedad.
- Todo recién nacido producto de madre con antecedente de diagnóstico probable (una sola prueba serológica positiva) o confirmado de infección por T. cruzi.
- Todo menor de 18 meses de edad producto de madre con antecedente de diagnóstico probable o confirmado de infección por T. cruzi.
- Todo recién nacido con hepatomegalia, esplenomegalia, ictericia, bajo peso al nacer, prematuridad, distrés respiratorio, anormalidades neurológicas, cardiomegalia, hidrops fetal, muerte fetal y con antecedentes epidemiológicos asociados a la infección por T. cruzi.

En casos probables de transmisión congénita se deben realizar pruebas parasitológicas al recién nacido en el momento del nacimiento utilizando sangre venosa, en caso de que éstas pruebas sean negativas, repetir las pruebas parasitológicas a los 3 o 6 meses de edad, en caso de persistir negativas, a los 10 meses de edad se deben realizar pruebas serológicas de anticuerpos IgG para T. cruzi y con estos resultados confirmar o descartar la infección.

Así mismo, en caso de confirmarse el caso de Chagas congénito es necesario ampliar la investigación al núcleo familiar. Persona asintomática (sin fiebre u otros síntomas) identificada en el contexto de un brote de Chagas agudo a quien se le puede documentar igual exposición relacionada a la de un caso de Chagas agudo confirmado.

Todo caso probable de Chagas agudo que cumpla con uno o más de los siguientes criterios de laboratorio:

- Hallazgo de tripomastigotes de *Trypanosoma cruzi* en alguno de los métodos parasitológicos directos de concentración: micrométodo, gota gruesa, microhematocrito, método de Strout o en examen directo en sangre fresca, frotis o extendido de sangre periférica.
- Obtener un resultado positivo en uno de los métodos parasitológicos indirectos: PCR convencional o PCR en tiempo real (PCR).
- Evidencia de seroconversión (serología negativa a positiva) de anticuerpos IgG mediante dos métodos de principio antigénico diferente (según algoritmo actual), en dos muestras de suero tomadas con intervalo mínimo de tres semanas (21 días) entre una y otra. Únicamente cuando no sea posible la evidencia del *T. cruzi* en alguno de los métodos parasitológicos y cuando la primera serología sea negativa.

Para casos probables de Chagas congénito la confirmación se realizará con examen parasitológico directo o indirecto positivo para infección por *T. cruzi* en cualquier momento de su primer año de vida o a partir de serología positiva para anticuerpos IgG contra *T. cruzi* por dos pruebas de principio antigénico diferente a después de los 10 meses de edad.

Lo anterior, sin antecedente de exposición al vector, transfusión sanguínea o trasplante de órgano. Para la confirmación de los casos probables agudos por reactivación, la detección parasitológica podrá realizarse a partir de sangre, secreciones biológicas (líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, pericárdico, entre otros) o examen histopatológico (paniculitis, miocarditis, entre otros) con evidencia de nidos del parásito (amastigotes) con infiltrado inflamatorio.

## **Tipo de caso: confirmado de Chagas agudo**

Todo caso probable de Chagas agudo que cumpla con uno o más de los siguientes criterios de laboratorio:

- Hallazgo de Tripomastigotes de *Trypanosoma Cruzii* en alguno de los métodos parasitológicos directos de concentración: micrométodo, gota gruesa, microhematocrito, método de Strout o en examen directo en sangre fresca, frotis o extendido de sangre periférica.
- Obtener un resultado positivo en uno de los métodos parasitológicos indirectos: PCR convencional o PCR en tiempo real (qPCR).
- Evidencia de seroconversión (serología negativa a positiva) de anticuerpos IgG mediante dos métodos de principio antigénico diferente (según algoritmo actual), en dos muestras de suero tomadas con intervalo mínimo de tres semanas (21 días) entre una y otra.

Únicamente cuando no sea posible la evidencia del T. Protocolo de Vigilancia de Chagas II de 26 Cruzi en alguno de los métodos parasitológicos y cuando la primera serología sea negativa. Para casos probables de Chagas congénito la confirmación se realizará con examen parasitológico directo o indirecto positivo para infección por T. cruzi en cualquier momento de su primer año de vida o a partir de serología positiva para anticuerpos IgG contra T. cruzi por dos pruebas de principio antigénico diferente a después de los 10 meses de edad. Lo anterior, sin antecedente de exposición al vector, transfusión sanguínea o trasplante de órgano.

Para la confirmación de los casos probables agudos por reactivación, la detección parasitológica podrá realizarse a partir de sangre, secreciones biológicas (líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, pericárdico, entre otros) o examen histopatológico (paniculitis, miocarditis, entre otros) con evidencia de nidos del parásito (amastigotes) con infiltrado inflamatorio.

## **Tipo de caso: Chagas agudo Caso confirmado por nexo epidemiológico**

Caso probable de Chagas agudo que fallece sin confirmación por laboratorio, durante un brote en que otros casos ya han sido confirmados.

## **Tipo de caso: Chagas agudo Mortalidad**

Caso probable de Chagas agudo que fallece sin confirmación por laboratorio, durante un brote en que otros casos ya han sido confirmados.

## **Tipo de caso: Chagas crónico Caso probable**

Solo se notifican casos crónicos que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: gestantes, menores de 18 años, indígenas, mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, quien presente cualquiera de las siguientes situaciones clínicas:

- Con o sin disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitaciones o arritmias cardíacas, con antecedente de implantación de marcapasos.
- Con o sin enfermedad cerebrovascular en pacientes jóvenes, megavísceras, principalmente megaesófago y megacolon o persona con antecedentes de exposición en área endémica y con signos o síntomas de enfermedad cardíaca crónica.
- Paciente que presente una única prueba de inmunoensayo: (Elisa/quimioluminiscencia -CLIA-) con resultado positivo o reactivo para anticuerpos IgG anti Trypanosoma Cruzi.

## Tipo de caso: Chagas crónico caso confirmado

Solo se notifican casos crónicos que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: gestantes, menores de 18 años, indígenas, mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Paciente con antecedente de exposición en un área endémica o no de la enfermedad, con o sin manifestaciones clínicas (disnea de esfuerzos o cualquier signo de falla cardíaca, palpitaciones o arritmias cardíacas, con antecedente de implantación de marcapasos, enfermedad cerebro-vascular en pacientes jóvenes, mega vísceras, principalmente mega esófago y megacolon), que presente: dos pruebas serológicas para detección de anticuerpos IgG anti *T. cruzi*, de principio antigénico diferente, con resultado positivo o reactivo; una primera técnica de Elisa de antígenos de extractos totales con una sensibilidad mayor o igual a 98% y una segunda Elisa/CLIA de antígenos recombinantes o péptidos sintéticos con una especificidad mayor o igual a 98%.

Si hay discordancia entre estas dos técnicas, se deberá realizar una tercera prueba, como inmunofluorescencia Indirecta (IFI) o InmunoBlot. El resultado de esta última definirá el estado de la infección. No se recomienda el uso de pruebas rápidas para el diagnóstico ni confirmación de casos de Chagas en fase crónica. Nota: se recomienda al laboratorio que realiza las pruebas de ELISA usar una sola toma de suero para realizar el análisis.

## Tipo de caso: Caso descartado

Caso probable para Chagas agudo o crónico con resultados de pruebas de laboratorio negativas en las cuales no se evidencia presencia de infección en el paciente. Chagas agudo descartado: paciente probable con pruebas parasitológicas negativas o con pruebas de biología molecular negativas o con pruebas serológicas negativas. Chagas crónico descartado: paciente probable con serologías (Elisa de antígenos totales y/o Elisa de antígenos recombinantes) negativas.

## Ajustes

Los ajustes a la información de casos probables o confirmados de la enfermedad de Chagas en fase aguda o crónica se deben realizar máximo en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

## Puntos clave para la notificación (SIVIGILA)

**Periodicidad:** la notificación de casos de Chagas es **semanal**.

**Pruebas requeridas:** para casos crónicos, el [Instituto Nacional de Salud](#) exige que las dos muestras de suero se tomen con un intervalo mínimo de **21 días** si la primera fue reactiva.

## El Panorama Epidemiológico Actual (2025 - 2026)

**Población en riesgo:** el Ministerio de Salud mantiene la alerta de que aproximadamente 12 millones de colombianos viven en zonas con riesgo de contraer la infección, existen 595 municipios en el país con condiciones climáticas y de infraestructura que favorecen la presencia del vector (el insecto triatomino, conocido popularmente en Colombia como "pito").

**Los casos y letalidad:** los últimos consolidados anuales confirman un promedio de 947 casos crónicos y 18 casos agudos notificados al sistema de vigilancia, la letalidad por Chagas agudo se sitúa en un 5,6%.

Para EPS Famisanar se reporta una incidencia para el año 2025 de (1,19 \* 100.000 afiliados) con 32 casos notificados esto frente al país que reporto una incidencia de (1,85 \* 100.000 afiliados) podemos extraer las siguientes conclusiones epidemiológica donde Famisanar presenta una incidencia de Chagas que está por debajo de la media nacional.

Esto se explica principalmente por la distribución geográfica de su población afiliada. Famisanar tiene una alta concentración de usuarios en Bogotá, Cundinamarca y grandes cascros urbanos, áreas donde no existe transmisión vectorial activa, dada la naturaleza de la EPS (con un fuerte componente en el régimen contributivo y zonas urbanas), es altamente probable que estos 32 casos correspondan a pacientes en fase crónica y no a brotes agudos recientes, personas que migraron o viajaron de zonas endémicas como Santander, Boyacá o Casanare) y casos detectados a través de tamizaje materno (mujeres embarazadas) o en bancos de sangre, más que por picadura reciente del vector.

## Avances y control de salud pública

Colombia tiene como meta eliminar la enfermedad de Chagas como problema de salud pública para el año 2031. Para 2026, los avances destacados en los boletines son:

- **Certificación de municipios:** 66 municipios ya han sido certificados como "Libres de transmisión vectorial intradomiciliaria", y otros 34 se encuentran en proceso de certificación tras demostrar la interrupción del contacto del vector con los humanos dentro de las viviendas.

- **Prevención de transmisión congénita:** Se ha intensificado el tamizaje materno. En los últimos cinco años se han realizado más de 382.000 tamizajes a mujeres gestantes, logrando detectar más de 520 casos a tiempo para evitar la transmisión de madre a hijo (transmisión vertical).
- **Control transfusional:** Se mantiene el tamizaje del 100% de la sangre donada en el territorio nacional, lo que ha controlado casi por completo la transmisión por esta vía.

## Estrategia operativa 2026

**Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS):** El país sigue expandiendo la RIAS para Chagas, buscando que el diagnóstico y el tratamiento antiparasitario se garanticen desde el primer nivel de atención (puestos y centros de salud locales), sin necesidad de que el paciente deba desplazarse a hospitales de alta complejidad.

## Medidas de prevención

Dado que el parásito se transmite de varias formas, la prevención se divide en diferentes frentes, el enfoque principal está en el control del entorno y el cuidado materno-infantil:

### 1. Prevención vectorial (contra el insecto "pito" o "vinchuca"):

- **Mejoramiento de viviendas:** educar a la población en la importancia de sellar grietas y huecos en las paredes y techos, ya que ahí es donde se esconden los insectos durante el día.
- **Higiene del hogar:** educar mantener la casa limpia, mover los muebles periódicamente y ventilar las habitaciones.
- **El control de animales:** mantener a los perros, gatos y animales de corral (gallinas, cerdos) fuera del área donde duermen las personas.
- **Protección personal:** fomentar en la población afiliada el uso de mosquiteros tratados con insecticida sobre las camas, especialmente en zonas rurales endémicas.

### 2. Prevención de la transmisión oral (por alimentos):

- Lavar y desinfectar muy bien las frutas, verduras y utensilios.
- Tapar adecuadamente los alimentos y bebidas, especialmente los jugos artesanales (como caña de azúcar, asái o guayaba), para evitar que los insectos o sus heces caigan en ellos.

### 3.Prevencción de la transmisión congénita (madre a hijo):

Realizar pruebas de sangre obligatorias (tamizaje) a todas las mujeres embarazadas que vivan o hayan vivido en zonas de riesgo. Si la madre es positiva, no se le da tratamiento durante el embarazo, pero se garantiza el diagnóstico y tratamiento del bebé apenas nace, logrando una tasa de curación cercana al 100%.

### 4.Prevencción transfusional:

Análisis riguroso del 100% de las donaciones de sangre y órganos, una medida que hoy en día está prácticamente estandarizada en toda América Latina.

## Tratamiento actual

El tratamiento de la enfermedad de Chagas tiene dos objetivos principales: eliminar el parásito y manejar los signos y síntomas si la enfermedad ya ha causado daños.

**1. Tratamiento antiparasitario (para eliminar al *Trypanosoma Cruzi*)** Actualmente se utilizan dos medicamentos principales: Benznidazol y Nifurtimox.

**2. Tratamiento sintomático (manejo de daños crónicos)** Si la enfermedad ya avanzó y causó daños (recuerda que esto pasa en aproximadamente el 30% de los pacientes), el tratamiento antiparasitario ya no revierte el daño. En estos casos, el enfoque es cardiológico o digestivo.



# Notificación de EPS Famisanar frente a la Enfermedad Chagas

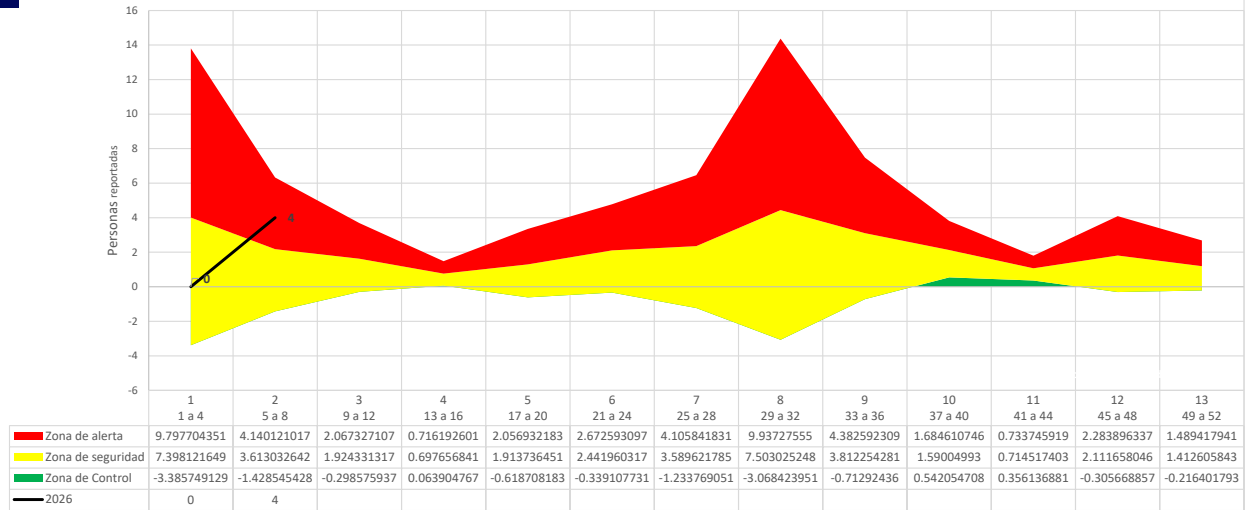
Para el análisis del comportamiento se elaboran canales endémicos con los casos reportados durante los últimos 5 -6 años y la trazabilidad de lo reportado durante el año 2026. En EPS Famisanar se realiza para todos los eventos, ya que permite visualizar los picos de notificación de los eventos y así reforzar las actividades de información, educación y comunicación.

Se actualiza algunos eventos transmisibles a los canales endémicos de Bortman que son una metodología para elaborar corredores endémicos basándose en el cálculo de la media geométrica de tasas históricas.





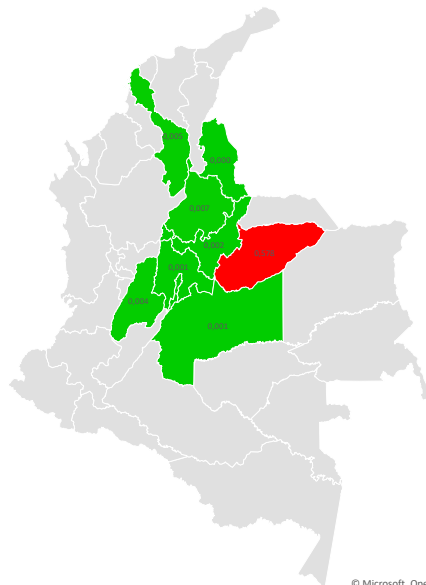
Canal endémico de Chagas, por periodos epidémicos. Años 2020 a 2025 (A periodo XIII). Año comparado 2026 (A periodo II) EPS Famisanar



La enfermedad de Chagas, pertenece al grupo de las enfermedades transmitidas por vectores que a periodo II de 2026 representa el 13,56% de la notificación general a periodo II de 2026, este evento se constituye en el sexto evento del grupo con mayor notificación (0,41%) dentro del grupo (4 reportes), de estos el 25% se han confirmado por laboratorio y el 75% restante (3/4) están pendientes por confirmar. El canal refleja que, a periodo II del año 2026 los casos reportados son mayores que los observados en los últimos 6 años, ubicándose en la zona de alerta, sin embargo, al no evidenciarse un comportamiento sostenido en esta zona ni por encima de ella no se podría configurar un brote o una endemia.

Fuente: SIVIGILA EPS Famisanar año 2025

Tasa de notificación de Chagas por departamento de procedencia y por cien mil afiliados, año 2025. EPS Famisanar



TASA\*100 MIL 2025  
0 578.0346821

Con tecnología de Bing  
© Microsoft, OpenStreetMap, Overture Maps Foundation

En cuanto a la tasa de notificación para el año 2025 (a periodo XIII) se evidencia que la mayor tasa por cien mil afiliados, el Casanare (1/173) representa la mayor notificación con 578 reportes por cada cien mil afiliados, sin embargo, es importante aclarar que este departamento no está habilitado para la prestación de servicios de la EPS y los afiliados que viven allí son por portabilidad; dentro de los que si están habilitados se encuentra que la mayor tasa de notificación está en Cesar con 8,13 por cada cien mil afiliados (3 reportes) y Santander con una tasa de 6,68 (7/104.714).

Para este año, el género más afectado fue el femenino con un 93, 3% de afiliadas (28/30), los grupos de edad que presentaron mayor porcentaje en la notificación fueron adultez con un 40% (12/30) y juventud con un 33% (10/30)

Fuente: SIVIGILA EPS Famisanar año 2025

## Variación de tasas y casos reportados al SIVIGILA por departamento de procedencia. Chagas. EPS Famisanar años 2024 y 2025 a periodo XIII.

EVENTOS DE NOTIFICACIÓN	2024 A PERIODO XIII	2025 A PERIODO XIII	TASA NOT X 100 MIL AF	VAR TASAS 25-24	VAR CASOS 25-24
Distrito Capital	4	2	0.169	-50.00%	-50.00%
Bolívar	0	1	5.109	-	-
Boyacá	8	2	1.648	-75.00%	-75.00%
Casanare	0	1	578.035	-	-
Cesar	1	3	8.129	200.02%	200.00%
Cundinamarca	8	10	1.162	25.00%	25.00%
Meta	0	1	1.443	-	-
Norte de Santander	1	0	0.000	-100.00%	-100.00%
Santander	3	7	6.685	133.35%	133.33%
Tolima	1	3	3.994	200.01%	200.00%
<b>Total general</b>	<b>26</b>	<b>30</b>	<b>1.15</b>	<b>15.39%</b>	<b>15.38%</b>

\*Departamentos donde se tiene permiso de funcionamiento por parte de la SNS. Fuente información: SIVIGILA EPS Famisanar, corte periodo epidemiológico XIII, años 2024 a 2025.

Para conocer el verdadero impacto de un evento de interés en salud pública se calculan tasas y se especifican acorde al grupo poblacional que es sujeta a afectarse o susceptible, en el caso particular de las enfermedades transmitidas por vectores, se calcularon las tasas con población general de cada departamento de procedencia de los años 2024 y 2025 a periodo XIII.

En general, tanto la tasa como el reporte de eventos presentan un aumento del 15,4% en la tasa y en los casos reportados, situación que en parte está relacionada con la disminución de la población afiliada.

En cuanto al reporte de afiliados, los departamentos con mayores tasas y reportes de afiliados son Cesar y Tolima con 200% en el aumento de la variación de los eventos como de la tasa.

Para los años 2024 y 2025, a periodo XIII, no se han reportado mortalidades en el SIVIGILA.



## Fuentes

- <https://www.msf.org.co/actualidad/dia-mundial-de-la-enfermedad-de-chagas-sintomas-y-prevencion/>
- OMS (Organización Mundial de la Salud): Notas descriptivas y hojas informativas sobre la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana)
- OPS (Organización Panamericana de la Salud): Informes sobre la interrupción de la transmisión vectorial en las Américas, lineamientos para el tamizaje en bancos de sangre y la iniciativa.
- ETMI-Plus (Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas).
- Coalición Global de la Enfermedad de Chagas: Publicaciones y estimaciones sobre la carga de la enfermedad, especialmente en mujeres en edad fértil y prevalencia poblacional.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia: Lineamientos técnicos y operativos de la RIAS (Ruta Integral de Atención en Salud) para enfermedades infecciosas y el Plan Decenal de Salud Pública, que establecen las metas de eliminación y manejo de la enfermedad en el país.
- Fuentes propias (análisis de la EPS Famisanar) programa ETV, SGI