Boletín

Panorama epidemiológico en población privada de la libertad

2021–2025 y 2026 a semana epidemiológica 32



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Alcalde Mayor de Bogotá
Carlos Fernando Galán Pachón

Secretario Distrital de Salud
Gerson Orlando Bermont Galavis

Subsecretaria de Salud Pública
Patricia Eugenia Molano Builes

Coordinación general del documento

Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
María Belén Jaimes Sanabria

Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
Claudia Milena Cuellar Segura

Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública
Martha Patricia López Pérez

Subdirectora de Laboratorio de Salud Pública
Mary Luz Gómez Mayorga

Directora de Salud Colectiva
Diana Sofia Rios Oliveros

Subdirectora de Acciones Colectivas
Marcela Martínez Contreras

Elaboración

Línea técnica y metodológica
Nelly Yaneth Rueda Cortes

Referentes
Jenny Alicia Mora Rozo
Martha Patricia Padilla Velasco
Johana Liceth Cortes Romero
Jenny Yazmin Sánchez Madrigal
Martha Patricia López Pérez

Coordinación Editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones

Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones
Estefanía Fajardo de la Espriella

Corrección de estilo
Adriana Helena Carrillo Monsalve

Líder equipo de diseño
Ana Gabriel Rodríguez Salamanca

Diseño y diagramación
Harol Giovanny León Niampira

Fotografía portada
https://www.scj.gov.co/

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Conmutador: (601) 364 9090
Bogotá, D. C. - 2026
www.saludcapital.gov.co

Panorama epidemiológico en población privada de la libertad

2021–2025 y 2026 a semana epidemiológica 32

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva
Bogotá, D. C.
2026

Introducción

La vigilancia epidemiológica en la población privada de la libertad (PPL) constituye un componente esencial de la salud pública. Esta población presenta condiciones de alta vulnerabilidad asociadas a determinantes sociales, ambientales y estructurales, tales como el hacinamiento, limitada ventilación, alta rotación poblacional y las restricciones en el acceso oportuno e integral a los servicios de salud [1]. Estas condiciones favorecen la progresión de patologías crónicas y la ocurrencia de eventos de interés en salud pública, lo que representa un riesgo no solo para la población intramural, sino también para el personal de custodia, los visitantes y la comunidad en general [1,2]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha documentado que los entornos penitenciarios concentran una mayor carga de enfermedades transmisibles, lo que requiere sistemas de vigilancia fortalecidos y continuos [1,2,3]. En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que estas problemáticas se ven exacerbadas por debilidades estructurales de los sistemas penitenciarios y de salud, y ha priorizado recientemente la eliminación de la tuberculosis, el VIH, las hepatitis virales y la sífilis, en los entornos de privación de la libertad de la región [2].

La OMS, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OPS han destacado que los sistemas penitenciarios constituyen escenarios estratégicos para la vigilancia epidemiológica, la detección temprana de brotes y la implementación de intervenciones de salud pública con enfoque preventivo y de derechos humanos [1,2]. En coherencia con ello, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) consagran el principio de "equivalencia de la atención"; este principio garantiza a las personas privadas de la libertad el acceso a servicios de salud con la misma calidad, oportunidad y continuidad que la población general, así como la integración de la atención sanitaria penitenciaria a los sistemas nacionales de salud y vigilancia epidemiológica [4].

La experiencia internacional respalda la afirmación de que el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica activa en contextos de privación de la libertad, junto con la articulación entre los sectores salud, justicia y protección social, contribuye de manera sustancial a la prevención y reducción de brotes, y a la mejora en la notificación de eventos de interés en salud pública.

Asimismo, esta coordinación intersectorial asegura la continuidad de la atención durante los procesos de ingreso, reclusión y egreso de los establecimientos penitenciarios. Estas recomendaciones adquirieron especial relevancia durante emergencias sanitarias recientes como la pandemia por COVID-19, cuando la OMS enfatizó la necesidad de sistemas de vigilancia sensibles, oportunos y adaptados a las particularidades de los centros de detención, caracterizados por entornos cerrados y alta densidad poblacional [1,2,5].

Colombia ha reconocido que la PPL es una población que requiere especial atención del sistema de salud y la gestión en salud pública debido a la persistencia del hacinamiento, brechas en infraestructura, limitada capacidad resolutiva de los servicios de salud intramurales y barreras en la continuidad de la atención [5,6]. Al respecto, un informe de contraste presentado por la Defensoría del Pueblo en 2026, elaborado a partir de inspecciones realizadas durante el segundo semestre de 2025 en veinte establecimientos de reclusión del país, demostró la persistencia de condiciones críticas de sobreocupación, deterioro estructural, fallas en la atención sanitaria y déficit de elementos básicos como camas propias [7].

Asimismo, diversos informes nacionales han evidenciado que las personas privadas de la libertad presentan una mayor carga de enfermedades transmisibles, en particular tuberculosis, VIH, hepatitis virales y enfermedades inmunoprevenibles, así como una alta prevalencia de eventos relacionados con la salud mental y la violencia [1,3].

Esta situación epidemiológica incrementa el riesgo de brotes y la presión sobre los sistemas de vigilancia y respuesta en salud pública [5,7]. Ante este panorama, el Sistema de Alerta Temprana (SAT) del Instituto Nacional de Salud (INS) se constituye como un mecanismo clave para la detección oportuna de eventos inusuales, brotes y comportamientos epidemiológicos atípicos en entornos de alta vulnerabilidad, incluyendo los establecimientos de reclusión [8,9].

El sistema penitenciario nacional reporta, con corte a marzo de 2026, un índice de hacinamiento del 27,1 %;

si bien esta cifra representa una leve disminución frente al 28,3 % registrado en diciembre de 2025, mantiene una tendencia al alza en el mediano plazo, pues el indicador pasó de 19,9 % en febrero de 2022 a 27,1 % en marzo de 2026. Este comportamiento obedece a un desbalance entre el crecimiento de la población privada de la libertad, que aumentó de 96 703 a 102 949 personas en ese mismo periodo, y la expansión de la capacidad instalada, que solo se incrementó en 378 cupos (de 80 647 a 81 025), lo que representa una sobrepoblación cercana a 22 000 personas a nivel nacional [10,11]. Dicho fenómeno se enmarca en una crisis estructural del sistema penitenciario, caracterizada por hacinamiento persistente, déficit de personal de custodia y limitaciones en la infraestructura carcelaria del país [7,11].

En respuesta a esta situación Bogotá, en concordancia con el modelo MÁS Bienestar, busca garantizar el derecho fundamental a la salud mediante acciones integrales centradas en las personas, con enfoque diferencial, territorial y de gestión del riesgo [12]. En contextos de alta vulnerabilidad como los establecimientos carcelarios y espacios de detención transitoria, este modelo prioriza la articulación intersectorial, la vigilancia epidemiológica activa y la respuesta oportuna ante brotes; asimismo, la implementación de rutas integrales de atención y el fortalecimiento de la capacidad instalada, con el propósito de mitigar los riesgos sanitarios en esta población. Al respecto, a febrero de 2026 la Secretaría Distrital de Salud reportó una cobertura de aseguramiento en salud superior al 97 % para las personas privadas de la libertad y retenidas en Unidades de Reacción Inmediata (URI), estaciones de Policía y la Cárcel Distrital, beneficiando a más de 4400 personas [12].

En este contexto la ciudad adopta los lineamientos técnicos y normativos orientados a garantizar la atención integral en salud de la población privada de la libertad y su inclusión en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Estas acciones se alinean con el nuevo modelo de atención en salud para esta población, regulado en abril del 2026 y adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social [5,6,8]. Adicionalmente, se contempla la activación por parte del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) ante la identificación de eventos en salud pública y la detección de señales obtenidas mediante el monitoreo de medios [8,9].

Estas acciones buscan fortalecer la vigilancia epidemiológica activa, asegurar la notificación oportuna de eventos de interés en salud pública y promover la articulación entre el sector salud, el sistema penitenciario y otras entidades distritales y del Estado [1,2,5]. Todo ello bajo un enfoque de derechos humanos y gestión del riesgo, en concordancia con los compromisos internacionales asumidos por Colombia y con el modelo de atención primaria en salud [1,2,4,5].

El análisis del contexto penitenciario en Bogotá muestra un panorama heterogéneo. Mientras la Cárcel Distrital opera sin hacinamiento, cuenta con certificación internacional y mantiene 1028 cupos en condiciones controladas [13], el panorama general de reclusión en la ciudad constituye un factor de riesgo crítico en salud pública. Los centros de detención transitoria, como las URI y las estaciones de Policía, llegaron a registrar un hacinamiento extremo del 172 % en agosto de 2025; gracias a los traslados masivos hacia establecimientos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) ordenados por la Corte Constitucional, este indicador descendió a 52,7 % en abril de 2026, aunque la congestión estructural persiste y continúa favoreciendo brotes de enfermedades transmisibles, deterioro de la salud mental y barreras en la atención [10,13].

Paralelamente, los centros penitenciarios de orden nacional ubicados en la capital (La Modelo, La Picota y El Buen Pastor) registran un índice de hacinamiento del 30,9 %, al albergar 13 026 personas en espacios diseñados para 10 279; se destaca el caso de la reclusión de mujeres El Buen Pastor, que presenta un 40,85 % de sobrepoblación en su componente femenino [14]. A este panorama se suman falencias operativas y de infraestructura documentadas por la Defensoría del Pueblo en 2026, tales como el deterioro de las instalaciones, el déficit de camas propias y fallas en el servicio médico, que agravan los riesgos sanitarios intramurales [7].

El objetivo del presente estudio es analizar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública en la población privada de la libertad de Bogotá a partir de los datos de la vigilancia epidemiológica, con el fin de identificar tendencias, patrones de distribución

y situaciones de mayor relevancia epidemiológica que orienten la toma de decisiones y el fortalecimiento de las acciones de prevención, control y respuesta en salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo para caracterizar el comportamiento de los eventos de interés en salud pública (EISP) en la población privada de la libertad de Bogotá. El análisis tuvo dos componentes: la tendencia por años epidemiológicos completos (SE 1 a 52) entre 2021 y 2025, según la disponibilidad de información de cada evento (2023 a 2025 para tuberculosis), y el comportamiento acumulado de 2026 hasta la semana epidemiológica (SE) 32, comparado con el mismo corte de 2025 (SE 1 a 32).

Los datos provienen del Sivigila para eventos transmisibles y no transmisibles, complementados con los registros de brotes y alertas del Subsistema de Urgencias y Emergencias, y del Subsistema de Salud Mental. La unidad de análisis correspondió a los casos notificados asociados a la PPL en el distrito. A partir de esta revisión inicial se priorizaron los eventos con mayor frecuencia de notificación, magnitud y relevancia epidemiológica en la PPL. Previo al análisis, se ejecutó un proceso de depuración y control de calidad para eliminar duplicados e inconsistencias. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, nacionalidad, localidad, clasificación del caso, mecanismo de transmisión, régimen de afiliación, comorbilidades y factores de riesgo. Para eventos de alto impacto como tuberculosis y VIH se incorporó la variable del establecimiento penitenciario específico, sujeta a la disponibilidad y calidad del registro en la ficha de notificación.

Se calcularon frecuencias absolutas, relativas, proporciones y variaciones porcentuales. En los eventos con registros consistentes y su población expuesta se estimaron tasas por 100 000 personas privadas de la libertad. Como denominador se emplearon los censos oficiales de población de cada vigencia suministrados por el INPEC y la Cárcel Distrital de Bogotá. Para mitigar sesgos de observación, la comparación del año 2026 con el año anterior se realizó utilizando de forma estricta el mismo corte acumulado (SE 1 a 32 de 2025 y 2026).

El procesamiento, depuración y análisis de la información se realizaron mediante Microsoft Excel, consolidando los resultados en tablas y representaciones gráficas. El alcance del estudio se limitó a la descripción de tendencias, variaciones interanuales y concentración por características demográficas y epidemiológicas, reconociendo de forma explícita que la naturaleza descriptiva del diseño metodológico no permite establecer relaciones de causalidad.

Resultados

A continuación, se describe el comportamiento epidemiológico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la tuberculosis, los brotes y conglomerados, y la ideación e intento suicida, en la población privada de la libertad de Bogotá. Para cada evento se presenta la tendencia en años completos y el acumulado de 2026 a la SE 32 comparado con el mismo periodo de 2025.

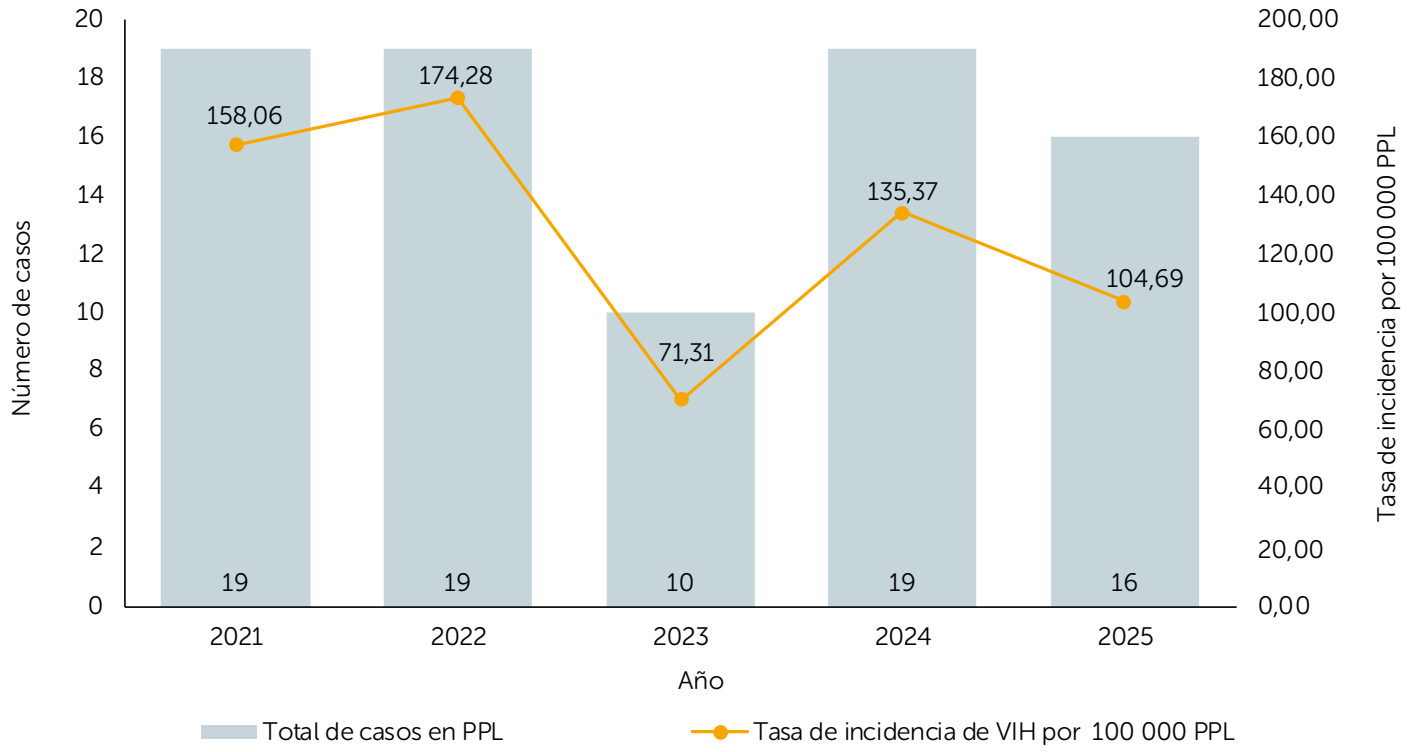
Virus de inmunodeficiencia humana

Durante el periodo 2021–2025 (SE 1 a 52 de cada año) los casos de virus de inmunodeficiencia humana en población privada de la libertad presentaron una variabilidad interanual, con fluctuaciones tanto en el número de casos como en la tasa por 100 000 PPL. En 2021 y 2022 se notificaron 19 casos cada año; sin embargo, la tasa pasó de 158,06 a 174,28 por 100 000 PPL. En 2023 se observó una disminución sustancial, con 10 casos y una tasa de 71,31 por 100 000 PPL, constituyéndose en el menor valor de la serie.

Para 2024 se evidenció nuevamente un incremento importante, con 19 casos y una tasa de 135,37 por 100 000 PPL, lo que representa un aumento cercano al 90 % respecto a 2023. En 2025 se registraron 16 casos, con una tasa de 104,69 por 100 000 PPL, observándose una reducción de 15,8 % en el número de casos y de 22,7 % en la tasa frente a 2024.

En conjunto, aunque entre 2021 y 2025 se observa una reducción de la tasa, el comportamiento no evidencia un descenso sostenido, debido a las fluctuaciones registradas durante el periodo y al incremento observado en 2024 (ver Figura 1).

Figura 1. Casos notificados e incidencia de virus de inmunodeficiencia humana en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2021-2025 (SE 1 a 52)



Fuente: Base final Sivigila año 2021-2025 (SE 1 a 52 de cada año).

La distribución de los casos de VIH por grupo de edad mostró cambios en la composición etaria entre 2024 y 2025 (SE 1 a 52): en 2024 los grupos de 30 a 34 años y de 40 a 44 años concentraron el mayor número de casos, con cinco casos cada uno, representando en conjunto el 52,6 % de los casos registrados, les siguieron las personas de 35 a 39 años, con tres casos (15,8 %).

Para 2025 se observó un desplazamiento de la mayor concentración hacia el grupo de 25 a 29 años, que registró cinco casos, equivalentes al 31,3 % del total. Los grupos de 20 a 24, 30 a 34 y 35 a 39 años aportaron dos, dos y tres casos, respectivamente.

Al comparar ambos años, se identificó un incremento de los casos en los grupos más jóvenes, particularmente entre los 20 y 29 años, que pasaron de tres casos en 2024 a siete en 2025, correspondiente a un aumento del 133,3 %. En contraste, los grupos de 30 a 34 y 40 a 44 años presentaron una reducción de cinco a dos casos en cada grupo (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de casos de virus de inmunodeficiencia humana por grupo etario en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Grupo de edad	2024	2025
20 a 24 años	1	2
25 a 29 años	2	5
30 a 34 años	5	2
35 a 39 años	3	3
40 a 44 años	5	2
45 a 49 años	2	1
50 a 54 años	1	0
60 a 64 años	0	1
Total	**19**	**16**

Fuente: Base final 2024 – 2025 Sivigila (SE 1 a 52 de cada año).

En cuanto al sexo, durante 2024 la mayoría de los casos notificados de VIH en la PPL correspondió a hombres, con un 84,2 % (n=16), mientras que las mujeres representaron el 15,8 % (n=3). Para 2025, la totalidad (100 %) de los casos notificados se presentó en hombres, con 16 casos.

Durante el periodo 2024-2025 (SE 1 a 52) se notificaron 35 casos de VIH: el 80,0 % (n=28) de los casos correspondió a personas de nacionalidad colombiana y el 20,0 % (n=7) a población migrante internacional. En relación con la distribución territorial, los casos notificados durante el periodo analizado se concentraron principalmente en las localidades de Rafael Uribe Uribe (n=10), Puente Aranda (n=8) y San Cristóbal (n=7). Para 2025 el mayor porcentaje de casos fue notificado por el Complejo Carcelario y Penitenciario con Alta, Media y Mínima Seguridad de Bogotá, incluyendo Reclusión Especial y Justicia y Paz, con 26,7 % (n=4), seguido de la Unidad de Servicios de Salud (USS) de la Cárcel Distrital, con 13,3 % (n=2), y del Establecimiento Carcelario La Modelo con 6,7 % (n=1).

En cuanto al mecanismo probable de transmisión, la exposición sexual heterosexual fue la categoría predominante entre los casos notificados de VIH en la población privada de la libertad durante 2024 y 2025, concentrando el 89,5 % (n=17) y el 75,0 % (n=12) de los casos, respectivamente. Aunque en 2025 se observó una mayor participación relativa de la exposición homosexual, que pasó de 5,3 % (n=1) a 18,8 % (n=3), la exposición heterosexual continuó siendo el mecanismo probable de transmisión más frecuente durante los periodos analizados (ver Tabla 2).

Durante 2024 y 2025 (SE 1 a 52) la mayor proporción de los casos de VIH notificados en PPL se clasificó en estadio VIH. En 2024 esta categoría concentró el 84,2 % (n=16) de los casos, mientras que en 2025 representó el 87,5 % (n=14) (ver Tabla 3).

Los casos clasificados en estadio sida se mantuvieron estables en ambos periodos, con 10,5 % (n=2) en 2024 y 12,5 % (n=2) en 2025. Por su parte, la condición de muerte se registró en el 5,3 % (n=1) de los casos notificados en 2024, mientras que en 2025 no se reportaron casos en esta categoría.

Tabla 2. Distribución de los casos de virus de inmunodeficiencia humana según mecanismo probable de transmisión en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Mecanismo probable de transmisión	2024		2025	
	Casos	%	Casos	%
Heterosexual	17	89,5	12	75,0
Homosexual	1	5,3	3	18,8
Bisexual	1	5,3	1	6,2
Total	**19**	**100**	**16**	**100**

Fuente: Base final 2024–2025 Sivigila (SE 1 a 52 de cada año).

De los cinco casos con estadio avanzado (sida y muerto) de la infección por VIH notificados entre 2024 y 2025 el 80,0 % (n=4) presentó coinfección tuberculosis-VIH, siendo la principal comorbilidad asociada a los casos con enfermedad avanzada en la población privada de la libertad (ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de virus de inmunodeficiencia humana según estadio clínico al diagnóstico en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Estadio clínico	2024		2025	
	Casos	%	Casos	%
VIH	16	84,2	14	87,5
Sida	2	10,5	2	12,5
Muerto	1	5,3	0	0,0
Total	**19**	**100**	**16**	**100**

Fuente: Base final 2024 – 2025 Sivigila (SE 1 a 52 de cada año).

Comportamiento epidemiológico del virus de inmunodeficiencia humana a semana epidemiológica 32 de 2026

A la SE 32 de 2026 se notificaron al Sivigila 8 casos de VIH en población privada de la libertad, correspondiente a una tasa de 51,1 casos por 100 000 PPL. En comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 11 casos y una tasa de notificación de 71,9 por 100 000 PPL, se evidencia una disminución de 27,3 % en el número de casos notificados y del 28,9 % en la tasa de notificación.

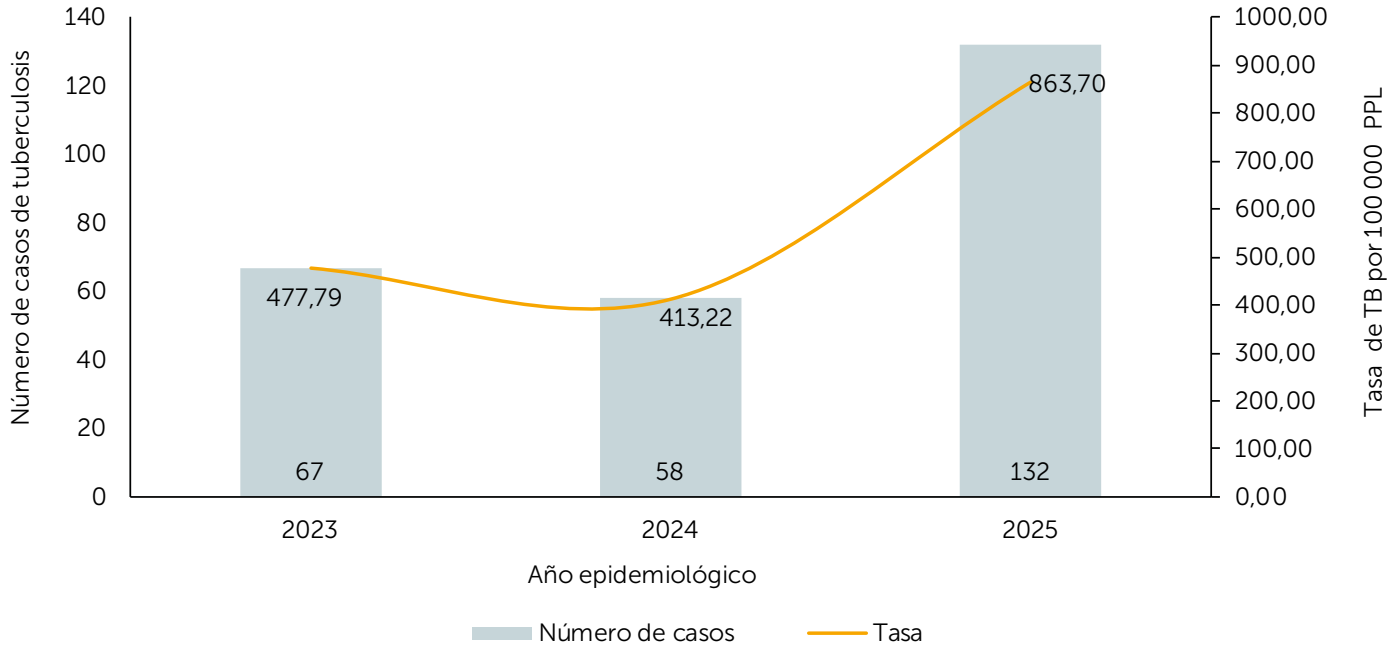
Los 8 casos de VIH notificados a la SE 32 corresponden a hombres con edades entre los 20 y 44 años: la mayor proporción se concentró en el grupo de 40 a 44 años con 3 casos (37,5 %), seguido del de 30 a 34 años con 2 casos (25,0 %), mientras que los grupos de 20 a 24, 25 a 29 y 35 a 39 años registran un caso cada uno (12,5 %). En cuanto el estadio clínico, 5 casos (62,5 %) fueron notificados en estadio VIH y 3 casos (37,5 %) en estadio avanzado (sida). El mecanismo probable de transmisión registrado en la totalidad de los casos fue sexual.

Tuberculosis

Durante el periodo 2023-2025 el comportamiento de la tuberculosis (TB) en la PPL en Bogotá presentó variaciones en el número de casos notificados y en la incidencia de la enfermedad. En 2023 se notificaron 67 casos de tuberculosis en todas sus formas, con una tasa de incidencia de 477,79 casos por 100 000 personas privadas de la libertad. Para 2024 se notificaron 58 casos, con una incidencia de 413,22 casos por 100 000 PPL, lo que representó una reducción del 13,4 % (n=9) en la notificación de los casos y del 13,5 % en la incidencia respecto a 2023.

En 2025 se notificaron 132 casos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales el 97,0 % (n=128) correspondieron a personas recluidas en establecimientos penitenciarios del INPEC y en la Cárcel Distrital. En comparación con 2024, la notificación aumentó un 127,6 % (n=74), mientras que la tasa de incidencia pasó de 413,22 a 863,70 casos por 100 000 personas privadas de la libertad, lo que representó un incremento del 109,0 % (ver Figura 2).

Figura 2. Casos notificados e incidencia de tuberculosis en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2023-2025 (SE 1 a 52)



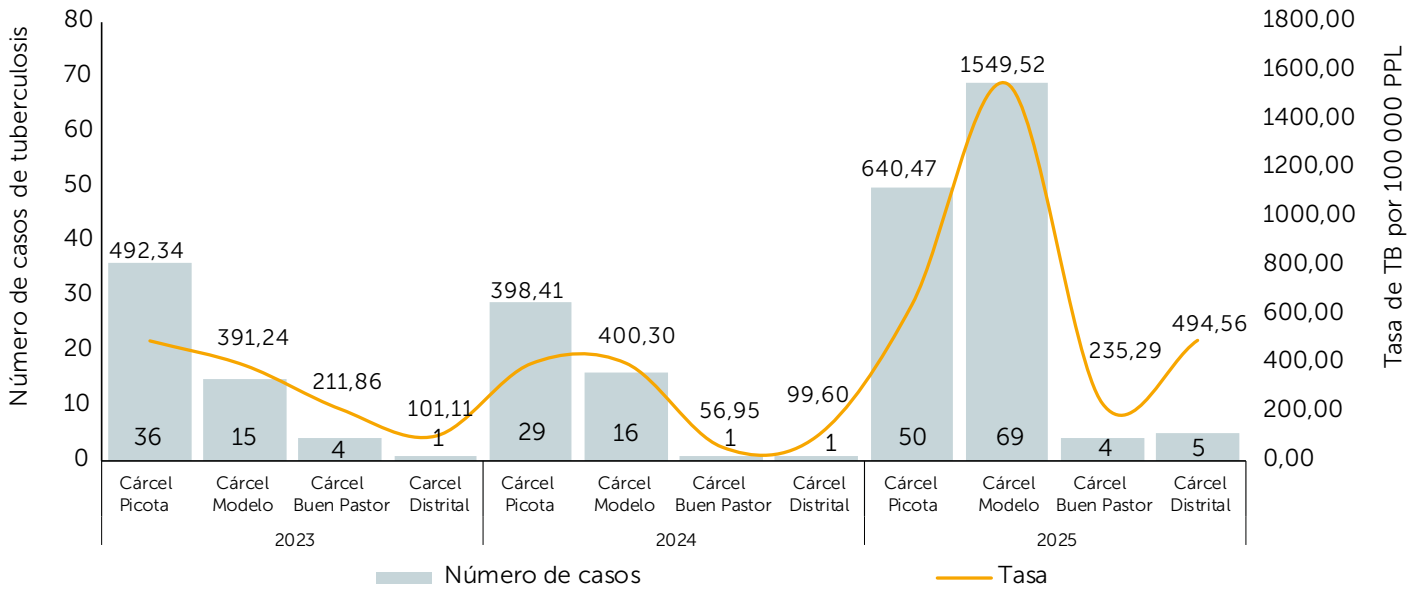
Fuente: Sivigila evento 813, 2023 a 2025 (SE 1 a 52 de cada año). Informe estadístico mensual de población privada de la libertad. Bogotá: INPEC y Cárcel Distrital; 2025.

En cuanto a la incidencia de tuberculosis por establecimiento penitenciario, durante 2025 se observó un incremento de las tasas en comparación con 2024 en todos los establecimientos de reclusión analizados. La mayor carga de enfermedad se concentró en La Modelo y La Picota, que notificaron 69 y 50 casos respectivamente y registraron las incidencias más elevadas del periodo (ver Figura 3).

La Cárcel Modelo registró la mayor incidencia del periodo analizado, con 1549 casos por 100 000 PPL, lo que representó un incremento del 287,1 % respecto a 2024. La Picota alcanzó una incidencia de 640,4 casos por 100 000 PPL, con 50 casos notificados, equivalente a un aumento del 60,7 % frente al año anterior.

La Cárcel de Mujeres El Buen Pastor presentó el mayor incremento relativo de la incidencia, pasando de 56,9 a 235,2 casos por 100 000 PPL entre 2024 y 2025. Por su parte, la Cárcel Distrital registró una incidencia de 494,6 casos por 100 000 PPL y notificó cinco casos durante 2025, constituyéndose en la tasa más alta observada para este establecimiento durante el periodo analizado. En conjunto, durante 2025 se observó un aumento de la incidencia de tuberculosis en los establecimientos penitenciarios de Bogotá, concentrándose el 90,2 % (n=119) de los casos notificados en La Modelo y La Picota (ver Figura 3).

Figura 3. Incidencia y casos notificados de tuberculosis por establecimiento penitenciario en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2023-2025 (SE 1 a 52)

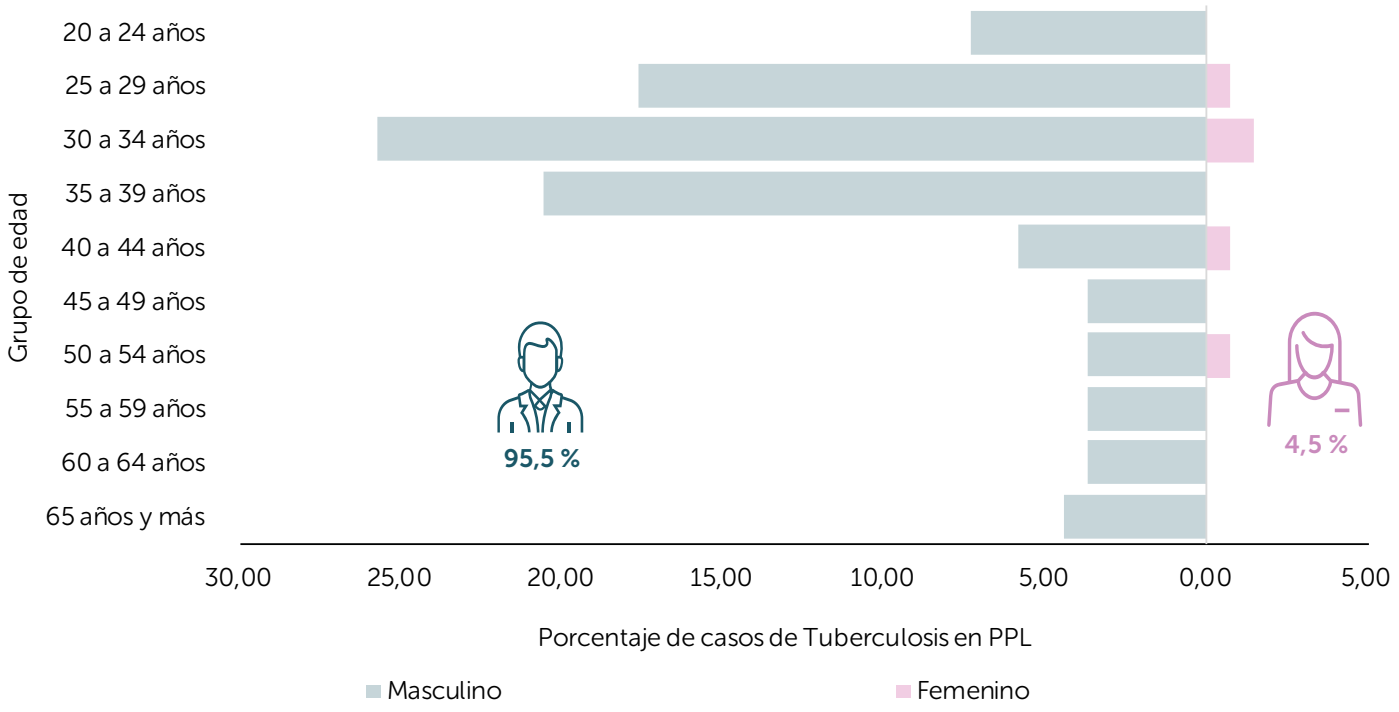


Fuente: Sivigila evento 813, 2023 a 2025 (SE 1 a 52 de cada año). Informe estadístico mensual de población privada de la libertad. Bogotá: INPEC y Cárcel Distrital; 2025.

En cuanto a las características demográficas, durante 2025 se observó un predominio en el sexo masculino, que concentró el 95,5 % (n=126) de los casos, mientras que el sexo femenino representó el 4,5 % (n=6). Este comportamiento es consistente con la composición demográfica de la población penitenciaria de Bogotá (ver Figura 4).

Al analizar el comportamiento de la TB por grupos de edad, la mayor concentración de casos se registró en personas entre 30 y 39 años, grupo que aportó el 47,7 % (n=63) de los casos notificados; de estos, el 26,5 % (n=35) correspondió al grupo de 30 a 34 años y el 21,2 % (n=28) al grupo de 35 a 39 años. En general, la tuberculosis afectó principalmente a adultos jóvenes, concentrándose cerca de la mitad de los casos en personas entre los 30 y 39 años (ver Figura 4).

Figura 4. Distribución de los casos de tuberculosis por grupo de edad y sexo en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2025



Fuente: Sivigila evento 813; 2025

Respecto al régimen de afiliación en salud, el 84,8 % (n=112) de los casos perteneció al régimen de excepción, seguido por los casos no asegurados con 9,1 % (n=12).

Según la forma clínica de la enfermedad, la tuberculosis pulmonar fue la presentación predominante con el 93,9 % (n=124) de los casos, mientras que la tuberculosis extrapulmonar representó el 6,1 % (n=8). Entre las formas extrapulmonares la localización pleural concentró el 50,0 % (n=4) de los casos, seguida de la meníngea con 25,0 % (n=2).

En relación con el antecedente de tratamiento, el 95,5 % (n=126) de los casos correspondió a casos nuevos. Con relación a los métodos de diagnóstico, el 96,2 % (n=127) fue confirmado mediante criterios bacteriológicos y el 3,8 % (n=5) por criterio clínico: la prueba molecular fue el método diagnóstico más utilizado, empleada en el 85,8 % (n=109) de los casos. Respecto a las comorbilidades asociadas, la coinfección tuberculosis/VIH fue la más frecuente con 10,6 % (n=14), seguida de la desnutrición con 9,1 % (n=12) y la diabetes con 4,5 % (n=6). Otras condiciones como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad renal y cáncer, se presentaron en menor proporción (ver Tabla 4 página 13).

Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis a semana epidemiológica 32 de 2026

A la SE 32 de 2026 se notificaron al Sivigila 94 casos de tuberculosis en población privada de la libertad, con una tasa de incidencia de 606,3 casos por 100 000 PPL. En comparación con el mismo periodo epidemiológico de 2025, cuando se registraron 96 casos y una tasa de incidencia de 628,2 por 100 000 PPL, se observó una disminución del 2,1 % en el número de casos y del 3,5 % en la tasa de incidencia.

La distribución de los casos por establecimiento penitenciario mostró una mayor concentración en la Cárcel La Picota, que aportó el 64,9 % (n = 61) de los casos notificados y registró una tasa de incidencia de 735,6 casos por 100 000 PPL, lo que representó un

incremento del 49,3 % respecto al mismo periodo de 2025. Por su parte, la Cárcel La Modelo concentró el 26,5 % (n = 25) de los casos y presentó una disminución del 52,7 % en la tasa de incidencia frente al año anterior. En conjunto, estos dos establecimientos concentraron el 91,4 % de los casos notificados, mientras que El Buen Pastor y la Cárcel Distrital aportaron el 8,6 % restante de los casos.

Tabla 4. Características epidemiológicas y clínicas de los casos de tuberculosis en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2025

Variable	Categoría	Población Privada de la Libertad	
		Casos	%
Clasificación de la tuberculosis	Pulmonar	124	94
	Extrapulmonar	8	6
Localización de la tuberculosis extrapulmonar	Pleural	4	50
	Meníngea	2	25
	Peritoneal	1	13
	Genitourinaria	1	13
Clasificación de caso basada en la historia del tratamiento	Nuevos	126	95
	Previamente tratados	6	5
Criterio de diagnóstico	Bacteriológico	127	96
	Clínico	5	4
Comorbilidades asociadas	Coinfección TB-VIH	14	11
	Desnutrición	12	9
	Diabetes	6	5
	EPOC	2	2
	Enfermedad renal	2	2
	Cáncer	1	1

Fuente: Sivigila evento 813 a 2025.

La distribución de los casos por establecimiento penitenciario mostró una mayor concentración en la Cárcel La Picota, que aportó el 64,9 % (n = 61) de los casos notificados y registró una tasa de incidencia de 735,6 casos por 100 000 PPL, lo que representó un incremento del 49,3 % respecto al mismo periodo de 2025. Por su parte, la Cárcel La Modelo concentró el 26,5 % (n = 25) de los casos y presentó una disminución del 52,7 % en la tasa de incidencia frente al año anterior. En conjunto, estos dos establecimientos concentraron el 91,4 % de los casos notificados, mientras que El Buen Pastor y la Cárcel Distrital aportaron el 8,6 % restante de los casos.

En cuanto a las características demográficas, se observó un marcado predominio de casos del sexo masculino, que concentró el 95,7 % (n=90) de los casos notificados, mientras que las mujeres representaron el 4,3 % (n=4). La mayor proporción de casos se registró en el grupo de 25 a 29 años representando el 22,3 % (n=21). Las personas entre 25 y 39 años concentraron el 58,5 % (n=55) de los casos, evidenciando una mayor afectación de la tuberculosis en adultos jóvenes privados de la libertad.

Respecto al régimen de afiliación al sistema de salud, la mayoría de los casos pertenecía al régimen de excepción (88,3 %; n=83), acorde con las características de aseguramiento de esta población.

En relación con la presentación clínica, la tuberculosis pulmonar predominó ampliamente, representando el 95,7 % (n=90) de los casos, mientras que las formas extrapulmonares correspondieron al 4,3 % (n=4). Entre estas últimas, la localización pleural fue la más frecuente.

Según la clasificación basada en antecedentes de tratamiento, el 96,8 % (n=91) correspondió a casos nuevos. Por otra parte, acerca del diagnóstico se identificó que el 94,7 % (n= 89) de los casos fue confirmado mediante criterios bacteriológicos y la prueba molecular constituyó el principal método diagnóstico al emplearse en el 87,2 % (n=82) de los casos.

En relación con las comorbilidades, la desnutrición fue la condición más frecuentemente reportada, presente en el 13,8 % (n=13) de los casos, seguida de la coinfección tuberculosis/VIH con el 10,6 % (n=10); otras condiciones, como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer, se registraron en menor proporción.

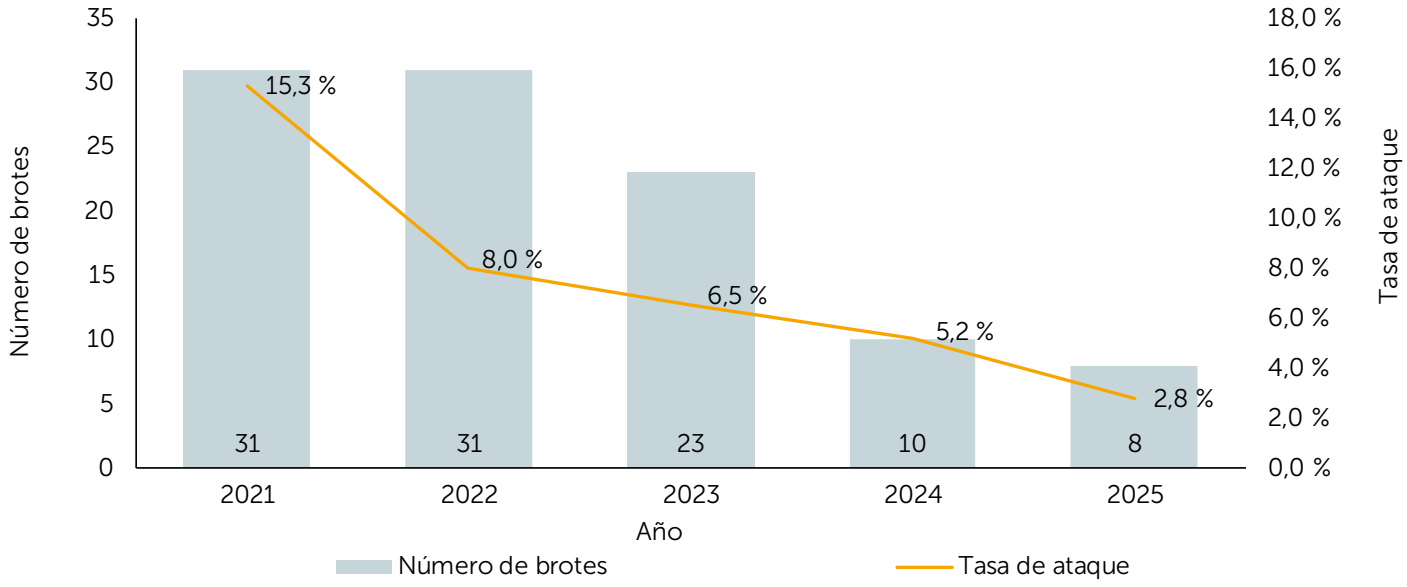
Brotes y conglomerados

Durante el periodo 2021-2025 (SE 1 a 52) se observó una tendencia sostenida de reducción en el número de brotes ocurridos en la población privada de la libertad de Bogotá, pasando de 31 en 2021 y 2022 a 8 en 2025, lo que representa una disminución del 74,2 %. De igual manera, el número de personas afectadas se redujo de 445 casos en 2021 a 82 en 2025, lo que equivale a una disminución del 81,6 %.

Es importante señalar que los brotes registrados durante 2021 y 2022 estuvieron asociados principalmente a la pandemia por COVID-19, situación que contribuyó al mayor número de eventos reportados durante los años de análisis.

Aunque la población expuesta presentó variaciones a lo largo del periodo, alcanzando su máximo en 2023 con 13 056 personas privadas de la libertad, la tasa de ataque mostró un descenso continuo, pasando de 15,3 % en 2021 a 2,8 % en 2025. Frente a 2024, cuando se registró una tasa de ataque de 5,2 %, se observó una reducción porcentual del 46,2 % en 2025. En conjunto, estos hallazgos evidencian una disminución sostenida de la magnitud e impacto de los brotes en la PPL durante el periodo analizado (ver Figura 5).

Figura 5. Número de brotes y tasa de ataque en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2021-2025 (SE 1 a 52)



Fuente: Base urgencias y emergencias en salud pública 2021 a 2025 (SE 1 a 52 de cada año).

Durante 2024 se intervinieron 10 brotes en población privada de la libertad: la varicela fue el evento más frecuente, representando el 60,0 % (n=6) de los brotes identificados, seguida de la enfermedad respiratoria aguda (ERA) con el 30,0 % (n=3) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) con el 10,0 % (n=1). No obstante, la ERA concentró la mayor proporción de casos asociados, con el 64,1 % (n=98), seguida de la EDA con el 23,5% (n=36) y la varicela con el 12,4% (n=19) (ver Tabla 5).

Para 2025 se intervinieron ocho brotes epidemiológicos en esta población; al igual que en el año anterior, la varicela fue el evento más frecuente, representando el 75,0 % (n=6) de los brotes registrados. Sin embargo, la enfermedad transmitida por alimentos (ETA), con un único brote, concentró el mayor número de casos asociados, aportando el 47,6 % (n=39) del total de casos reportados, seguida de la varicela con el 39,0 % (n=32). Por su parte, la ERA representó el 13,4 % (n=11) de los casos notificados. A diferencia de 2024, durante 2025 no se notificaron brotes de enfermedad diarreica aguda (EDA) (ver Tabla 5).

En comparación con 2024, el número de brotes disminuyó de 10 a 8, mientras que los casos asociados se redujeron de 153 a 82, lo que representa una disminución del 46,4% (n=71 casos menos).

Tabla 5. Distribución de brotes y casos asociados por evento en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Evento	2024		2025	
	No. Brotes	Total, Casos	No. Brotes	Total, Casos
Enfermedad transmitida por alimentos	0	0	1	39
Varicela	6	19	6	32
Enfermedad respiratoria aguda	3	98	1	11
Enfermedad diarreica aguda	1	36	0	0
Total	**10**	**153**	**8**	**82**

Fuente: Base urgencias y emergencia en salud pública 2024 – 2025 (SE 1 a 52 de cada año).

La distribución de los casos según el grupo de edad evidencia una concentración predominante en la población adulta (de 27 a 59 años) durante ambos años. En 2025 este grupo representó el 67,1 % de los casos, frente al 62,7 % en 2024, lo que corresponde a un incremento de 4,4 puntos porcentuales. Este comportamiento indica que, pese a las variaciones observadas en el número total de casos, la población adulta continúa concentrando la mayor proporción del evento.

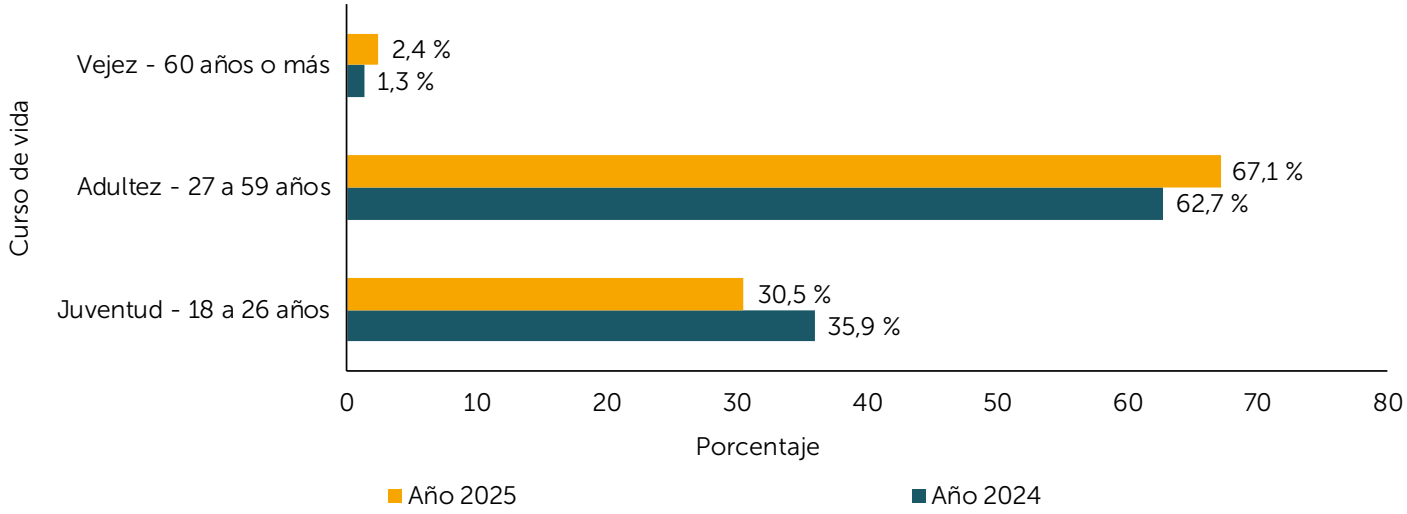
En el grupo de juventud (18 a 26 años) se observó el comportamiento contrario, con una reducción de su participación porcentual, pasando de 35,9 % en 2024 a 30,5 % en 2025, lo que equivale a una disminución de 5,4 puntos porcentuales; aunque se mantiene como el segundo grupo con mayor participación, su peso relativo dentro del total de casos disminuyó en 2025.

En las personas de 60 años o más se presentó un ligero incremento en la participación porcentual, de 1,3 % en 2024 a 2,4 % en 2025, lo que corresponde a un aumento de 1,1 puntos porcentuales; sin embargo, este grupo continúa representando una proporción reducida de los casos registrados.

En conjunto, los resultados muestran que cerca de siete de cada diez casos registrados en 2025 correspondieron a personas adultas de 27 a 59 años,

mientras que aproximadamente tres de cada diez correspondieron a población joven de 18 a 26 años. Por tanto, la población adulta constituye el grupo etario hacia el que se deben orientar principalmente las acciones de vigilancia, diagnóstico oportuno, prevención y seguimiento (ver Figura 6).

Figura 6. Distribución porcentual de los casos asociados a brotes según curso de vida en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)



Fuente: Base urgencias y emergencia en salud pública 2024 – 2025 (SE 1 a 52 de cada año).

Durante 2024 se notificaron 153 casos asociados a brotes, de los cuales el 82,4 % (n=126) correspondió a hombres y el 17,6 % (n=27) a mujeres. Para 2025 se registraron 82 casos asociados a brotes, observándose un predominio exclusivo del sexo masculino, con el 100 % (n=82) de los casos notificados.

En cuanto a la ocurrencia de brotes, durante 2024 se registraron 10 eventos y en 2025 un total de 8, lo que representa una reducción del 20,0%. Los centros carcelarios concentraron la mayor frecuencia de brotes en ambos años, con cinco eventos notificados anualmente, destacándose el Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá (COBOG La Picota), el Establecimiento Carcelario La Modelo y la Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres.

Desde el punto de vista territorial se observaron variaciones en la distribución de los brotes entre ambos años: mientras Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal mantuvieron la notificación de eventos, Puente Aranda incrementó de uno a dos brotes y Barrios Unidos no registró eventos durante 2025. En las estaciones de policía los brotes se redistribuyeron: de Ciudad Bolívar y Rafael Uribe Uribe en 2024, hacia las localidades de Los Mártires y Santa Fe en 2025. Por su parte, las Unidades de Reacción Inmediata (URI) pasaron de tres brotes concentrados en Puente Aranda en 2024 a un único evento registrado en Los Mártires durante 2025.

En conjunto, los centros carcelarios continuaron concentrando la mayor ocurrencia de brotes durante el periodo analizado, mientras que las estaciones de policía y las URI presentaron una menor frecuencia de eventos y cambios en su distribución territorial. Por otra parte, los casos asociados a brotes disminuyeron un 46,4 % (n=71 casos menos) entre 2024 y 2025, en concordancia con la reducción observada en el número total de brotes intervenidos (ver Tabla 6 página 17).

Comportamiento epidemiológico de brotes y conglomerados a semana epidemiológica 32 de 2026

A la SE 32 de 2026 se han intervenido 10 brotes epidemiológicos, relacionados principalmente con enfermedad diarreica aguda (n=3) y varicela (n=6). En

comparación con 2025, donde a la SE 32 se intervinieron ocho brotes, asociados a varicela (n=6), infección respiratoria aguda (n=1) y enfermedad transmitida por alimentos (n=1), se evidencia un incremento del 25,0 % en el número de brotes intervenidos durante 2026.

Tabla 6. Distribución de brotes epidemiológicos según lugar y localidad de ocurrencia en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Lugar de ocurrencia	Localidad de ocurrencia	Año 2024	Año 2025
Centro Carcelario	Barrios Unidos	1	0
	Puente Aranda	1	2
	Rafael Uribe Uribe	2	2
	San Cristóbal	1	1
Estación de policía	Ciudad Bolívar	1	0
	Los Mártires	0	1
	Rafael Uribe Uribe	1	0
	Santa Fe	0	1
Unidad de Reacción Inmediata - URI	Mártires	0	1
	Puente Aranda	3	0
Total		**10**	**8**

Fuente: Base urgencias y emergencia en salud pública 2024–2025 (SE 1 a 52 de cada año).

En ambos años la varicela fue el evento con mayor frecuencia de ocurrencia en la población privada de la libertad. En 2025 representó el 75,0 % de los brotes intervenidos (n=6), mientras que en 2026 correspondió al 60,0 % (n=6).

De los brotes notificados a la SE 32 de 2026 el 70,0 % (n=7) se presentaron en centros carcelarios y el 30,0 % (n=3) en estaciones de policía. Como resultado de estos eventos se identificaron 104 PPL afectadas durante las investigaciones epidemiológicas de campo. El grupo de edad más afectado fue el de 27 a 59 años que concentró el 70,2 % de los casos (n=73), seguido por el grupo de 18 a 26 años con el 24,0 % (n=25) y, finalmente, las personas de 60 años y más, con el 5,8 % (n=6).

Salud mental

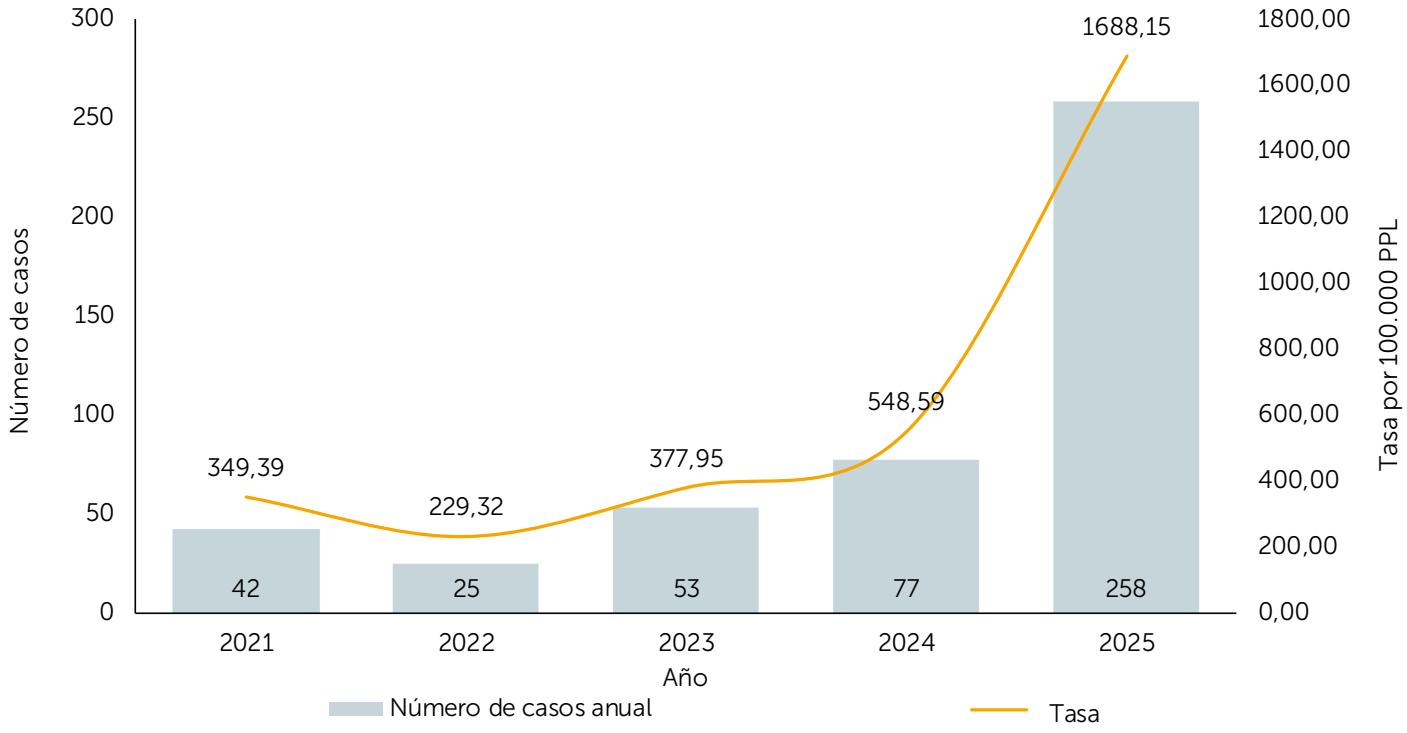
En este apartado se describe el comportamiento de la ideación y del intento de suicidio en la población privada de la libertad de Bogotá, a partir de los datos notificados al Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), durante 2021–2025 (años completos) y en el acumulado de 2026 a la SE 32.

Ideación suicida

En relación con la ideación suicida en la población privada de la libertad (PPL) se observó una tendencia ascendente en la notificación de casos durante el periodo 2021-2025 (SE 1 a 52). Si bien en 2021 se registraron 42 casos, con una tasa de 349,39 por 100 000 PPL, mientras que en 2022 se notificaron 25 casos y una tasa de 229,32 por 100 000 PPL, constituyéndose en el valor más bajo del periodo analizado, a partir de 2023 se evidenció un incremento sostenido tanto en el número de casos como en la tasa de notificación: durante ese año se registraron 53 casos, con una tasa de 377,95 por 100 000 PPL y en 2024 se notificaron 77 casos, con una tasa que ascendió a 548,59 por 100 000 PPL.

En 2025 se observó el mayor incremento del periodo, registrando 258 casos notificados y una tasa de 1688,15 por 100 000 PPL. En comparación con 2024, el número de casos aumentó un 235,1 % (181 casos más), mientras que la tasa de notificación se incrementó un 207,7%. En conjunto, se observa una tendencia creciente en la notificación de casos y en la tasa de ideación suicida en la población privada de la libertad, con un incremento particularmente marcado durante 2025 (ver Figura 7).

Figura 7. Casos notificados e incidencia de ideación suicida en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2021-2025 (SE 1 a 52)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), 2021–2025, corte al 12 de junio de 2026 (casos); Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), población privada de la libertad, 2021–2025 (denominador).

En cuanto al sexo, se mantuvo un predominio de casos en hombres durante 2024 y 2025. En 2024 el 81,8 % (n=63) de los casos correspondió a hombres y el 18,2 % (n=14) a mujeres, mientras que en 2025 estas proporciones fueron de 87,6 % (n=226) y 12,4 % (n=32) respectivamente.

Con relación al curso de vida, la mayor frecuencia de casos se concentró en la adultez, que representó el 66,3 % (n=171) de los casos notificados durante 2025.

Desde el punto de vista territorial, Rafael Uribe Uribe concentró el mayor número de casos en 2025 con el 60,5 % (n=156), seguida de San Cristóbal con el 23,3 % (n=60); en conjunto, estas dos localidades aportaron el 83,7 % (n=216) de los casos notificados durante el año, lo que evidencia una alta concentración territorial del evento en la población privada de la libertad. En contraste, algunas localidades no registraron casos en ninguno de los dos años, entre ellas Usaquén, Chapinero, La Candelaria y Sumapaz (ver Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de los casos de ideación suicida según sexo y localidad en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Localidad	2024				2025*			
	Hombre	Mujer	Total	Total %	Hombre	Mujer	Total	Total %
Rafael Uribe Uribe	16	0	16	20,8%	154	2	156	60,5%
San Cristóbal	32	9	41	53,2%	42	18	60	23,3%
Puente Aranda	3	1	4	5,2%	8	2	10	3,9%
Tunjuelito	2	1	3	3,9%	5	2	7	2,7%
Ciudad Bolívar	2	0	2	2,6%	5	1	6	2,3%
Fontibón	0	0	0	0,0%	5	0	5	1,9%
Teusaquillo	0	0	0	0,0%	3	1	4	1,6%
Suba	0	0	0	0,0%	1	2	3	1,2%
Santa Fe	2	0	2	2,6%	1	1	2	0,8%
Engativá	0	0	0	0,0%	2	0	2	0,8%
Usme	1	0	1	1,3%	0	1	1	0,4%
Barrios Unidos	0	0	0	0,0%	0	1	1	0,4%
Antonio Nariño	2	0	2	2,6%	0	1	1	0,4%
Bosa	1	1	2	2,6%	0	0	0	0,0%
Kennedy	1	1	2	2,6%	0	0	0	0,0%
Los Mártires	1	1	2	2,6%	0	0	0	0,0%
Bogotá	63	14	77	100%	226	32	258	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS): base de datos 2024 – 2025 (SE 1 a 52 de cada año), corte de información a 12-06-2026.

La distribución de los casos de ideación suicida en PPL durante 2025 mostró una mayor concentración en los cursos de vida de adultez y juventud: la adultez representó el 66,3 % (n=171) de los casos notificados, seguida de la juventud con 27,1 % (n=70). En conjunto, estos dos grupos concentraron el 93,4 % (n=241) de los casos registrados durante el año (ver Tabla 8).

En comparación con 2024, los mayores incrementos se observaron en los grupos de adultez y juventud, que pasaron de 40 a 171 casos y de 29 a 70 casos, respectivamente. Por su parte, durante este año la adolescencia registró el 1,9 % (n=5) de los casos y la vejez el 4,7 % (n=12), manteniéndose como los grupos con menor frecuencia de notificación.

En cuanto al sexo, se observó un predominio de casos en hombres en todos los cursos de vida durante ambos años; no obstante, se notificaron casos en mujeres, principalmente en los grupos de juventud y adultez, que concentraron la mayor proporción de las notificaciones femeninas registradas en 2025 (ver Tabla 8).

Respecto a los factores desencadenantes registrados en los casos de ideación suicida los problemas jurídicos

constituyeron la categoría más frecuentemente reportada, con 241 casos. Les siguieron los antecedentes de trastorno mental y los problemas económicos, con 144 casos cada uno, mientras que los problemas laborales y los conflictos de pareja registraron 89 y 71 casos respectivamente.

En menor proporción se identificaron desencadenantes de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y la muerte de un familiar, con 27 casos cada uno, así como la presencia de enfermedad crónica dolorosa, con 13 casos. Los eventos relacionados con maltrato físico o psicológico y el suicidio de un amigo registraron las menores frecuencias, con cuatro y dos casos respectivamente. No se reportaron factores desencadenantes asociados al ámbito escolar o educativo.

Tabla 8. Distribución de los casos de ideación suicida según sexo y curso de vida en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Curso de vida	2024						2025					
	Hombre	Mujer	Total	% hombre	% mujer	% total	Hombre	Mujer	Total	% hombre	% mujer	% total
Adolescencia	1	1	2	1,3	1,3	2,6	2	3	5	0,8	1,2	1,9
Juventud	24	5	29	31,2	6,5	37,7	55	15	70	21,3	5,8	27,1
Adultez	33	7	40	42,9	9,1	51,9	158	13	171	61,2	5,0	66,3
Vejez	5	1	6	6,5	1,3	7,8	11	1	12	4,3	0,4	4,7
Bogotá	63	14	77	81,8	18,2	100,0	226	32	258	87,6	12,4	100,0

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS): base de datos 2024–2025 (SE 1 a 52 de cada año), corte de información a 12-06-2026.

Comportamiento epidemiológico de ideación suicida a semana epidemiológica 32 de 2026

A la semana epidemiológica 32 de 2026 se notificaron 132 casos de ideación suicida en población privada de la libertad, correspondientes a una tasa de notificación de 842,9 casos por 100 000 PPL. En comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 170 casos y una tasa de 1112,9 casos por 100 000 PPL, se observó una disminución del 22,3 % en el número de casos notificados y del 24,3 % en la tasa de notificación.

Según las características demográficas, la mayor proporción de casos correspondió a hombres jóvenes de 18 a 28 años, quienes aportaron el 47,7 % (n=63) de los casos notificados, seguidos por los hombres de 29 a 59 años, con el 30,3 % (n=40). En los hombres de 60 años o más se registraron tres casos (2,3 %). En las mujeres los casos se concentraron principalmente en el grupo de 18 a 28 años con 11 casos (8,3 %), seguido por las mujeres de 29 a 59 años con nueve casos (6,8 %). Estos resultados evidencian una mayor frecuencia de la ideación suicida en hombres jóvenes privados de la libertad.

Intento suicida

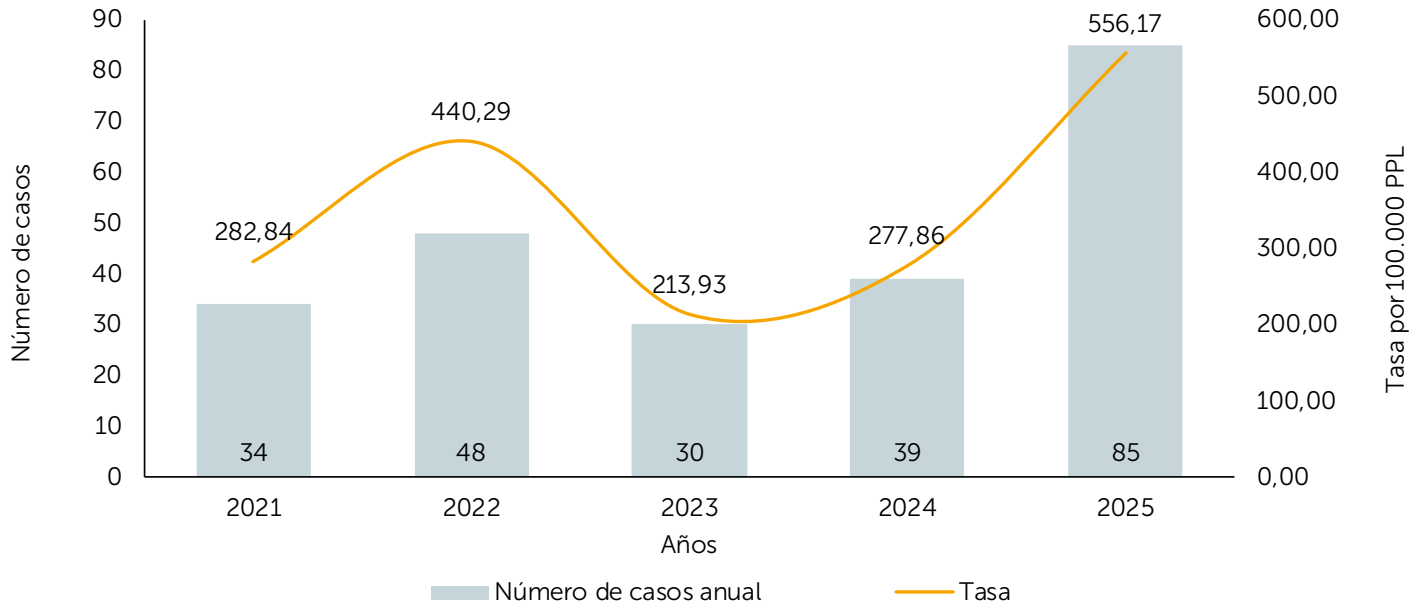
Durante el periodo 2021-2025 (años completos) el comportamiento de la notificación de intento de suicidio en la población privada de la libertad mostró fluctuaciones en el número de casos y en la tasa de incidencia. En 2021 se registraron 34 casos con una tasa de 282,84 por 100 000 PPL; para 2022 se notificaron 48 casos, lo que representó un incremento del 41,2% (n=14 casos más), alcanzando una tasa de 440,29 por 100 000 PPL.

En 2023 se registraron 30 casos y una tasa de 213,93 por 100 000 PPL, lo que representó una reducción del

37,5 % (18 casos menos) frente a 2022. Posteriormente, en 2024 se notificaron 39 casos y una tasa de 277,86 por 100 000 PPL, evidenciando un incremento del 30,0 % (9 casos más) respecto al año anterior.

En 2025 se observó el valor más alto del periodo analizado, con 85 casos notificados y una tasa de 556,17 por 100 000 PPL: en comparación con 2024, cuando se registraron 39 casos y una tasa de 277,86 por 100 000 PPL, el número de casos aumentó un 117,9 %, mientras que la tasa de notificación se incrementó un 100,2 %. En conjunto, se evidencia una tendencia ascendente durante los dos últimos años, alcanzando en 2025 el mayor número de casos y la tasa más alta del quinquenio (ver Figura 8).

Figura 8. Casos notificados e incidencia de intento suicida en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2021-2025 (SE 1 a 52)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), 2021–2025, corte al 12 de junio de 2026 (casos); Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), población privada de la libertad, 2021–2025 (denominador).

Durante 2025 se notificaron 85 casos de intento suicida en PPL frente a 39 casos registrados en 2024, lo que representa un incremento del 117,9 % (46 casos más). Este comportamiento coincide con el aumento observado en la tasa de notificación durante el mismo periodo.

Desde el punto de vista territorial, la localidad Rafael Uribe Uribe concentró el mayor número de casos en 2025 con el 60,0 % (n=51) de los casos, seguida de Puente Aranda con 10,6 % (n=9) y Barrios Unidos con 8,2 % (n=7). En conjunto, estas tres localidades aportaron el 78,8 % (n=67) de los casos notificados durante el año, concentrando la mayor carga del evento en la población privada de la libertad. En menor proporción se registraron casos en San Cristóbal y Tunjuelito con 5,9 % (n=5) cada una, continua Fontibón con el 3,5 % (n=3), mientras que cada una de las demás localidades notificó un caso.

En cuanto al sexo, se observó un predominio de casos en hombres durante ambos años. En 2024 el 87,2 % (n=34) de los casos correspondió al sexo masculino y el 12,8 % (n=5) al femenino; para 2025 estas proporciones fueron de 88,2 % (n=75) y 11,8 % (n=10) respectivamente.

En contraste, algunas localidades no registraron casos durante los periodos analizados, entre ellas Usme, Suba, Antonio Nariño, La Candelaria y Sumapaz (ver Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de los casos de intento suicida según sexo y localidad en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Localidades	2024				2025*			
	Hombre	Mujer	Total	% total	Hombre	Mujer	Total	% total
Rafael Uribe Uribe	15	0	15	38,5	51	0	51	60,0
Puente Aranda	3	1	4	10,3	8	1	9	10,5
Barrios Unidos	0	1	1	2,6	1	6	7	8,2
Tunjuelito	2	1	3	7,7	5	0	5	5,9
San Cristóbal	3	0	3	7,7	3	2	5	5,9
Fontibón	0	0	0	0	3	0	3	3,5
Los Mártires	0	0	0	0	1	1	2	2,4
Usaquén	1	0	1	2,6	1	0	1	1,2
Engativá	1	0	1	2,6	1	0	1	1,2
Teusaquillo	1	0	1	2,6	1	0	1	1,2
Chapinero	1	0	1	2,6	0	0	0	0
Santa Fe	2	0	2	5,1	0	0	0	0
Bosa	1	0	1	2,6	0	0	0	0
Kennedy	1	1	2	5,1	0	0	0	0
Ciudad Bolívar	1	1	2	5,1	0	0	0	0
Sin Dato	2	0	2	5,1	0	0	0	0
Bogotá	34	5	39	100	75	10	85	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS): base de datos 2024–2025 (SE 1 a 52 de cada año), corte de información a 12-06-2026.

El análisis de las cifras de casos de intento suicida en PPL evidenció una mayor concentración del evento en los cursos de vida de adultez y juventud durante 2025. La adultez representó el 60,0 % (n=51) de los casos notificados, seguida de la juventud con 35,3 % (n=30). En conjunto, estos dos grupos concentraron el 95,3 % (n= 81) de los casos registrados durante el año (ver Tabla 10).

En comparación con 2024 se observó un incremento en el número de casos, pasando de 39 a 85 notificaciones; este aumento se concentró principalmente en los grupos de adultez y juventud, que pasaron de 25 a 51 casos y de 14 a 30 casos respectivamente. Asimismo, durante 2025 se registraron casos en adolescencia, representando el 3,5 % (n=3), y vejez, con el 1,2 % (n=1), grupos que no habían notificado eventos durante el año anterior.

En cuanto al sexo, se observó un predominio de casos en hombres en todos los cursos de vida durante ambos años. Para 2025 el 88,2 % (n=75) de los casos correspondió al sexo masculino y el 11,8 % (n=10) al femenino (ver Tabla 10).

Respecto a los factores desencadenantes registrados, los problemas jurídicos constituyeron la categoría más frecuente con 30,7 % (n=87), seguidos por los

antecedentes de trastorno mental con 21,6 % (n=61), y los problemas económicos con 13,8 % (n=39). Asimismo, se identificaron problemas laborales (9,2 %; n=26), consumo de sustancias psicoactivas (9,5 %; n=27) y conflictos de pareja (5,3 %; n=15); en menor proporción se registraron factores asociados a enfermedad crónica dolorosa (4,9 %; n=14), muerte de un familiar (4,2 %; n=12), así como factores relacionados con el ámbito educativo y el maltrato físico o psicológico, con un caso cada uno.

En relación con los factores de riesgo asociados al intento suicida, la ideación suicida persistente fue la condición más frecuente, presente en el 27,7 % (n=76) de los casos, seguida de los antecedentes de trastorno mental, reportados en el 22,3 % (n=61), dentro de los cuales predominaron los trastornos depresivos con el 19,0 % (n=52); también se identificó un plan organizado de suicidio en el 12,8 % (n=35) de los casos. En menor proporción se registraron antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas (3,6 %; n=10), antecedentes familiares de conducta suicida (3,3 %; n=9), antecedentes de violencia o abuso (2,2 %; n=6) y trastorno bipolar (2,2 %; n=6). No se reportaron casos asociados al abuso de alcohol.

Tabla 10. Distribución de los casos de intento suicida según sexo y curso de vida en población privada de la libertad. Bogotá D. C., 2024-2025 (SE 1 a 52)

Curso de vida	2024						2025*					
	Hombre	Mujer	Total	% hombre	% mujer	% total	Hombre	Mujer	Total	% hombre	% mujer	% total
Adolescencia	0	0	0	0%	0%	0%	2	1	3	2,4%	1,2%	3,5%
Juventud	11	3	14	28,2%	7,7%	35,9%	27	3	30	31,8%	3,5%	35,3%
Adultez	23	2	25	59,0%	5,1%	64,1%	45	6	51	52,9%	7,1%	60,0%
Vejez	0	0	0	0%	0%	0%	1	0	1	1,2%	0%	1,2%
Bogotá	34	5	39	87,2%	12,8%	100%	75	10	85	88,2%	11,8%	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaria de Salud Pública, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS): base de datos 2024–2025 (SE 1 a 52 de cada año), corte de información a 12-06-2026.

Comportamiento epidemiológico de intento suicida a semana epidemiológica 32 de 2026

Con corte a la semana epidemiológica 32 de 2026 se notificaron 38 casos de intento suicida en población privada de la libertad, lo que corresponde a una tasa de notificación de 242,9 casos por 100 000 PPL. En comparación con el mismo periodo de 2025, cuando se registraron 59 casos y una tasa de 386,1 casos por 100 000 PPL, se observó una disminución del 35,6 % en el número de casos notificados y del 37,1 % en la tasa de notificación.

La distribución de los casos por sexo y grupo de edad evidenció un predominio en los hombres jóvenes entre 18 y 28 años, quienes concentraron el 36,8 % (n=14) de los casos notificados. En segundo lugar, se ubicaron los hombres adolescentes de 12 a 17 años y las mujeres adultas de 29 a 59 años, cada uno con 18,4 % (n=7) de los casos. En conjunto, los grupos de jóvenes y adultos concentraron el 78,9 % (n=30) de los intentos suicidas notificados, lo que indica una mayor ocurrencia de este evento en población privada de la libertad en edades tempranas y productivas.

Conclusiones

El comportamiento del VIH en la población privada de la libertad de Bogotá evidenció una tendencia favorable, justificada en la disminución en la tasa de incidencia

durante el periodo analizado. Este comportamiento podría estar relacionado con el fortalecimiento de las estrategias de prevención, el acceso a pruebas diagnósticas, la captación temprana de casos y la continuidad de la atención integral en salud. No obstante, la persistencia de casos en población joven y la presencia de coinfección con tuberculosis resaltan la importancia de mantener acciones de vigilancia, tamizaje y seguimiento clínico oportuno.

La tuberculosis continúa siendo uno de los principales retos de salud pública en la población privada de la libertad. El incremento de los casos reportados observado durante los últimos años sugiere estar relacionado con el fortalecimiento de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, la implementación de estrategias de detección temprana y la ampliación del acceso a pruebas moleculares rápidas, las cuales han mejorado la capacidad diagnóstica y la oportunidad en la identificación de casos.

Los brotes epidemiológicos registrados durante 2026 confirman la persistencia del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en los establecimientos de reclusión. Por ello es fundamental mantener la vigilancia intensificada, la identificación oportuna de casos, el seguimiento de contactos y la implementación de medidas de control. Estas acciones contribuyen a interrumpir las cadenas de transmisión, disminuir la morbilidad y prevenir la mortalidad, especialmente en las poblaciones con mayor vulnerabilidad a complicaciones graves y en población en condición de inmunosupresión e inmunocompromiso.

Todos estos eventos se asocian con la persistencia de factores estructurales que favorecen la transmisión, entre ellos el hacinamiento, las condiciones higiénico-sanitarias, y los comportamientos sociales y de convivencia propios de los establecimientos penitenciarios.

Los eventos de salud mental continúan siendo una prioridad en la atención a la población privada de la libertad. A la semana epidemiológica 32 de 2026 se observa una reducción en la notificación de ideación e intento de suicidio frente al mismo periodo de 2025; este comportamiento debe analizarse con precaución ya que hace alusión a datos preliminares. Esta reducción, por otra parte, podría relacionarse con el fortalecimiento de las acciones de identificación temprana del riesgo, seguimiento psicosocial y activación de las rutas de atención en salud mental; no obstante, las condiciones propias de la privación de la libertad y los factores individuales y sociales asociados, hacen necesario mantener y fortalecer las estrategias de promoción de la salud mental y prevención de la ocurrencia y reincidencia de las conductas suicidas.

En conjunto, los hallazgos evidencian la importancia de consolidar una vigilancia epidemiológica sensible y oportuna en la población privada de la libertad, fortaleciendo de manera articulada las capacidades diagnósticas, las acciones de prevención y control, la atención integral en salud mental y el abordaje de los determinantes que incrementan la vulnerabilidad de esta población. Estas acciones son fundamentales para reducir la carga de enfermedad, mejorar los desenlaces en salud y contribuir al bienestar de las personas privadas de la libertad.

Recomendaciones

1. Se recomienda a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) intramural y al Fondo Nacional de Salud para PPL fortalecer las estrategias de detección temprana de tuberculosis, VIH y eventos de salud mental, mediante la implementación sistemática de actividades de tamización, búsqueda activa de casos y seguimiento de contactos, garantizando el diagnóstico oportuno, el acceso a la atención integral, la continuidad del tratamiento y el seguimiento clínico de las personas afectadas, de acuerdo con los lineamientos nacionales vigentes.

2. El INPEC, la USPEC, los equipos de salud mental de las IPS intramurales, en articulación con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), deben fortalecer las intervenciones integrales en salud mental, priorizando a las personas jóvenes y adultas, así como aquellas con antecedentes de trastorno mental, ideación suicida persistente. Asimismo, se hace necesario fortalecer la implementación del Código Dorado, que es el protocolo nacional adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 347 del 26 de febrero 2026 en el que se establece la activación

inmediata de la atención ante la conducta suicida [15]. Estas acciones deben orientarse a la detección temprana, valoración del riesgo, atención integral y seguimiento continuo de los casos.

3. De igual manera, es necesario fortalecer las acciones de promoción de la salud mental, el desarrollo de habilidades para el afrontamiento y manejo de situaciones de crisis, y el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares, sociales e institucionales. De igual manera, se debe garantizar la activación oportuna y la continuidad de las rutas de atención en salud mental, fortalecer las capacidades del personal institucional para la detección y respuesta ante situaciones de riesgo, y mantener una vigilancia epidemiológica activa que permita mejorar la oportunidad y calidad de la notificación, seguimiento y análisis de los casos, orientando acciones de prevención de la conducta suicida en esta población.

4. Las IPS intramurales, el personal de custodia, la vigilancia del INPEC y la Secretaría Distrital de Salud deben mantener e intensificar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dirigidas a la población privada de la libertad y al personal que labora en los establecimientos de reclusión, promoviendo el reconocimiento temprano de signos y síntomas, la adherencia a los tratamientos, el autocuidado y la adopción de medidas orientadas a reducir los factores de riesgo asociados a enfermedades transmisibles y problemas de salud mental.

5. Garantizar la acción coordinada y permanente entre los sectores de salud, justicia y seguridad, para intervenir estructuralmente sobre los determinantes sociales de la salud que propician la aparición y propagación de eventos de importancia en salud pública. Esta articulación debe priorizar la mitigación de las condiciones de vulnerabilidad tales como: el entorno físico, el acceso y calidad de los servicios de salud y la gobernanza.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Prisons and health [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289050593

2. Pan American Health Organization. Hablemos de Salud, Ep. 6: Salud en las prisiones [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2025 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/hablemos-salud-ep-6-salud-prisiones

3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924

4. United Nations Office on Drugs and Crime. United Nations Standards and Norms: the Nelson Mandela Rules [Internet]. Vienna: UNODC; [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/justice-and-prison-reform/NMRules.html

5. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el fortalecimiento de las acciones de prevención de enfermedades transmisibles generadoras de brotes en población privada de la libertad [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2024 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/lineamiento-fortalecimiento-prevencion-enfermedades-brotes-poblacion-privada-libertad.pdf

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Población privada de la libertad: modelo de atención en salud [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2026 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://minsalud.gov.co/Proteccion-Social/Paginas/afiliacion-poblacion-privada-de-la-libertad.aspx

7. Jaimes Reátiga SJ. Defensoría alerta por crisis humanitaria en cárceles y centros de detención del país. Cambio [Internet]. Mayo de 2026 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://cambiocolombia.com/pais/articulo/2026/5/defensoria-alerta-por-crisis-humanitaria-en-carceles-y-centros-de-detencion-del-pais

8. Instituto Nacional de Salud. Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA [Internet]. Bogotá: INS;

[citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/SIVIGILA.aspx

9. Instituto Nacional de Salud. Gestión del riesgo y respuesta inmediata: Sistema de Alerta Temprana (SAT) [Internet]. Bogotá: INS; [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Grupo-gestión-del-riesgo-y-respuesta-inmediata.aspx

10. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. Boletín estadístico primer trimestre de 2026 [Internet]. Bogotá: INPEC; 2026 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.inpec.gov.co/documents/d/guest/boletin-primer-trimestre-2026

11. Nomesqui Rivera J. El Inpec que encontrará De la Espriella: más de 300 hallazgos de irregularidades, problemas de hacinamiento y falta de personal. Infobae [Internet]. 24 de julio de 2026 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.infobae.com/colombia/2026/07/24/el-inpec-que-encontrara-de-la-espriella-mas-de-300-hallazgos-de-irregularidades-problemas-de-hacinamiento-y-falta-de-personal/

12. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá garantiza atención integral en salud a población privada de la libertad [Internet]. Bogotá; 23 de julio de 2025 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/bogota-garantiza-atencion-en-salud-personas-privadas-de-la-libertad

13. Ospina D. Por qué la Cárcel Distrital II en Bogotá no ha iniciado construcción: este es su estado actual. Infobae [Internet]. 13 de abril de 2026 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.infobae.com/colombia/2026/04/13/por-que-la-carcel-distrital-ii-en-bogota-no-ha-iniciado-construccion-este-es-su-estado-actual/

14. El Nuevo Siglo. Hacinamiento carcelario en Bogotá es de 30,9 % [Internet]. 24 de mayo de 2025 [citado el 6 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.elnuevosiglo.com.co/nacion/hacinamiento-carcelario-en-la-ciudad-es-de-309

15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 347 de 2026, por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en personas con conducta suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones [Internet]. Diario Oficial, 53412 (27 feb 2026) [citado el 27 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=192239&dt=S


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ