

# Panorama Epidemiológico de Leishmaniasis Visceral en Colombia (2007-2023)

## Epidemiological Landscape of Visceral Leishmaniasis in Colombia (2007-2023)

Valentina Trujillo-Rozo<sup>1</sup>\*, María José Tengonó-Guarin<sup>1</sup>, Mariana Vásquez-Ponce<sup>1</sup>, Francisco Palencia-Sánchez<sup>1</sup>, Mario Javier Olivera<sup>2</sup>, Julio Cesar Padilla<sup>2</sup>

 \*valentina\_trujillo@javeriana.edu.co

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia

Recibido: 20/06/2025. Aprobado: 15/09/2025

### Resumen

**Introducción:** La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa transmitida por vectores, siendo la leishmaniasis visceral la forma clínica más grave. En Colombia, representa un problema de salud pública, especialmente en poblaciones rurales y marginadas. El objetivo del estudio fue describir la distribución espacio-temporal y caracterizar la magnitud de los casos de leishmaniasis visceral en Colombia durante el periodo 2007-2023. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, a partir de datos secundarios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Se analizaron casos confirmados de leishmaniasis visceral en Colombia mediante estadística descriptiva, considerando variables de tiempo, persona y lugar. El análisis incluyó distribución anual, edad, sexo, pertenencia étnica, régimen de afiliación en salud, procedencia geográfica, y el cálculo de tiempos entre aparición de síntomas, atención médica y hospitalización si necesaria. **Resultados:** Durante el periodo analizado se reportaron 354 casos. La mayoría se concentró en los departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba, representando el 77,68% de los casos. El grupo etario más afectado fue el de menores de 5 años (82,20%), con predominio masculino (53,39%) y alta proporción en población indígena (87%). El 75,71% de los casos tenían afiliación al régimen subsidiado. 41% de los casos fue reportado en zonas rurales. Respecto a atención médica, 83,33% de los casos requirió hospitalización y la letalidad fue baja (4%). El tiempo promedio entre inicio de síntomas y consulta médica fue de 27,14 días. **Conclusiones:** Se concluye que la leishmaniasis visceral mantiene su carácter endémico en Colombia, con distribución focalizada en regiones rurales de la región Caribe y predominancia en poblaciones vulnerables (indígenas, niños, inmunosuprimidos). Persisten desafíos como la detección oportuna, el subregistro y las barreras de acceso a salud. Se resalta la necesidad de fortalecer la vigilancia activa, mejorar los sistemas diagnósticos y reforzar las estrategias de control vectorial y prevención en comunidades de alto riesgo.

**Palabras clave:** Población Rural; Leishmaniasis Visceral; Estrategias de Salud Nacionales; Demografía.

**Forma de citar:** Trujillo-Rozo V, Tengonó-Guarin MJ, Vásquez-Ponce M, Palencia-Sánchez F, Olivera MJ, Padilla JC. Panorama Epidemiológico de Leishmaniasis Visceral en Colombia (2007-2023). Salud UIS. 2025; 57: e25v57a26. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a26>



## Abstract

**Introduction:** Leishmaniasis is a vector-borne infectious disease, with visceral leishmaniasis being the most severe clinical form. In Colombia, it represents a public health problem, especially in rural and marginalized populations. The aim of this study was to analyze the spatiotemporal distribution and quantify the burden of visceral leishmaniasis cases in Colombia between 2007 and 2023. **Methodology:** An observational, retrospective, and descriptive study was conducted using secondary data from the Public Health Surveillance System (SIVIGILA). Confirmed cases of visceral leishmaniasis in Colombia were analyzed using descriptive statistics, considering variables of time, person and place. The analysis included annual distribution, age, sex, ethnicity, health affiliation regime, geographic origin, and the calculation of time between symptom onset, medical care and hospitalization if necessary. **Results:** During the period analyzed, 354 cases were reported. Most were concentrated in the departments of Bolívar, Sucre and Córdoba, representing 77,68% of the cases. The most affected age group was children under 5 years of age (82,20%), with a male predominance (53,39%) and a high proportion in the indigenous population (87%). Of the cases, 75,71% were affiliated to the subsidized system. Forty-one percent of the cases were reported in rural areas. Regarding medical care, 83,33% of cases required hospitalization and case fatality was low (4%). The average time between symptom onset and medical consultation was 27,14 days. **Conclusions:** It is concluded that visceral leishmaniasis remains endemic in Colombia, with focused distribution in rural regions of the Caribbean region and predominance in vulnerable populations (indigenous, children, immunosuppressed). Challenges persist, such as timely detection, underreporting, and barriers to access to health care. There is a need to strengthen active surveillance, improve diagnostic systems, and reinforce vector control and prevention strategies in high-risk communities.

**Keywords:** Rural Population; Leishmaniasis, Visceral; National Health Strategies; Distribution

## Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad transmitida por vectores infectados por protozoarios, con más de 20 especies que pueden afectar al ser humano. Clínicamente se clasifica en: leishmaniasis mucocutánea, cutánea (la más frecuente) o visceral –también conocida como kala-azar. La leishmaniasis visceral (LV) cuenta con el cuadro clínico más severo, pues el parásito invade órganos como la médula ósea, hígado y bazo<sup>1</sup>. Debido a lo anterior, se ha demostrado que la LV puede ser fatal, en Colombia la tasa de letalidad en el 2017 fue de casi 9%<sup>2</sup>; además, una de las poblaciones en riesgo son los menores de 5 años e inmunosuprimidos, por lo que se convierte en un evento de interés en salud pública y de notificación obligatoria<sup>3</sup>.

A nivel mundial, la leishmaniasis afecta principalmente a población pobre en África, Asia y América Latina. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 99 países y territorios son endémicos. El 95% de los casos se concentra en las Américas, Este del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia central. En 2022 se reportaron 37.890 casos de leishmaniasis cutánea y mucosa en América Latina, con una incidencia de 17,42 casos por 100.000 habitantes, encontrándose Colombia en el tercer lugar con más casos notificados (5.685 casos)<sup>3</sup>.

Los altos índices en estas regiones se explican por factores socioeconómicos y ecológicos como pobreza, deficientes condiciones de vivienda y saneamiento, que favorecen la reproducción de los flebótomos. La malnutrición y desnutrición asociado a un sistema inmunológico débil, aumentan el riesgo de progresión de enfermedad y tasas de hospitalización. La migración y el desplazamiento poblacional, representan un factor adicional por la movilización de personas no inmunes hacia áreas con alta transmisión<sup>4</sup>. En Portugal, país del Mediterráneo occidental endémico para *Leishmania infantum*, los migrantes representan el 19,1% de casos de LV. No obstante, se estima un subregistro dado que no existen programas sistemáticos dirigidos a esta población<sup>5</sup>. La urbanización, deforestación y cambio climático también modifican la distribución geográfica de los flebótomos<sup>4</sup>. La LV concentra el 85% de sus casos en 7 países; entre estos Etiopía, India, Kenia, Somalia, Sudán, Sudán del Sur y Brasil; este último concentra la mayor parte de los estudios y de individuos evaluados, con una prevalencia del 43% y más del 96% de casos regionales durante 2012-2018<sup>3</sup>.

En Colombia la leishmaniasis es endémica en casi todo el territorio exceptuando San Andrés Islas, Atlántico y Bogotá D.C. Se han documentado que alrededor de 11 millones de personas están en riesgo, principalmente en áreas rurales o marginalizadas. Las cifras reportadas de nuevos casos en el territorio colombiano desde 2005-2006 se acercaba a los 20.000 casos por año notificados al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). A

partir 2011 hay un descenso, encontrándose en 2022 5.755 casos<sup>3</sup>. Recientemente se han encontrado nuevos focos de la LV en municipios de la Guajira y Córdoba. Históricamente, los departamentos con más casos son Sucre, Córdoba, Tolima y Bolívar<sup>3,6</sup>.

La marcada brecha socioeconómica en Colombia, asociado a un predominio de comunidades rurales, desnutrición infantil y marginalización social, resalta la necesidad determinar la condición epidemiológica de la leishmaniasis. Para ello, se realizó un análisis de datos secundario, en el cual se usa estadística descriptiva para procesar la información de la base de datos abierta y gubernamental del SIVIGILA, correspondiente a los casos de LV notificados entre los años 2007 y 2023, con el objetivo de describir el comportamiento epidemiológico en el país, identificar los territorios con mayor carga de enfermedad y posibles patrones de riesgo poblacional. Adicionalmente, se realizó una búsqueda sistemática de literatura para contextualizar la enfermedad y responder la pregunta: ¿cómo han sido los cambios en la distribución espacio-temporal de la LV en las poblaciones rurales y marginadas de Colombia de acuerdo con los casos reportados al SIVIGILA entre 2007 y 2023?

## Metodología

### Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo utilizando información secundaria proveniente del SIVIGILA. El análisis incluyó los registros de casos confirmados y notificados de LV en Colombia entre los años 2007 y 2023, con el objetivo de describir su comportamiento epidemiológico durante este periodo.

### Fuentes de información

Los datos se obtuvieron del SIVIGILA, que recopila información de eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria, entre ellos la LV. La notificación inicia en las Unidades Generadoras de Datos Primarios de los municipios, donde cada caso sospechoso se registra en un formulario individual con variables clínicas, sociodemográficas y epidemiológicas. Estos registros son procesados y validados en las unidades municipales y remitidos posteriormente a las Unidades Departamentales de Notificación. Finalmente, la información se consolida, valida y analiza a nivel nacional en el Instituto Nacional de Salud (INS)<sup>7</sup>.

La confirmación de los casos se realiza mediante prueba positiva de antígeno rK39, examen parasitológico en aspirado de médula ósea o bazo, o inmunofluorescencia indirecta con títulos de anticuerpos IgG anti-*Leishmania*  $\geq 1:32$ .

Para este estudio, se incluyeron los casos confirmados de LV en personas con residencia permanente en Colombia y con registros completos en variables clave (edad, sexo, localización geográfica y fechas del evento). Se excluyeron los registros con inconsistencias temporales o errores de diligenciamiento

### Metodología de búsqueda

La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, EBSCO, Scopus y Embase, para los cuales se establecieron las siguientes categorías de palabras clave para la búsqueda: Rural population (Rural Populations, Rural Spatial Distribution, Rural Communities, Rural Residences), Leishmaniasis Visceral (Visceral Leishmaniasis, Kala-Azar, Kala Azar), Control strategies (prevention and control, preventive measures, control prevention), Distribution (Demographic\* Demographic Factor\*, Population Distribution). De igual manera se utilizaron operadores booleanos AND, OR, NOT. Como criterios de inclusión se consideraron los artículos relacionados con la LV. Se excluyeron no relacionados con la enfermedad. La revisión incluyó publicaciones en inglés y español. Se obtuvo 5 artículos con filtros para últimos 10 años para PubMed; Scopus 13 artículos con filtros de: Medicina, Open Access; Embase 14 artículos sin filtros utilizados, EBSCO 7 artículos sin filtros utilizados, filtros últimos 10 años y artículos de revisión. Los resúmenes de los artículos que se reconocieron como potencialmente relevantes fueron evaluados por los investigadores y se procedió a clasificar la información en Excel de acuerdo al título, autores, año, tipo de estudio, objetivos y hallazgos principales encontrados.

### Variables del estudio

Se analizaron variables agrupadas en tres dimensiones principales: tiempo, persona y lugar. En cuanto a las variables temporales, se consideraron el año calendario, la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta médica, entre otras. En la dimensión de persona se incluyeron variables como grupo etario, sexo, pertenencia étnica y régimen de afiliación en salud. Respecto al lugar, se analizó la ubicación geográfica de ocurrencia (departamento y municipio) y la procedencia urbana o rural del caso. Adicionalmente, se construyeron variables derivadas como el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la consulta médica.

### Análisis de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software Microsoft Excel, aplicando técnicas de estadística descriptiva. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y medidas de tendencia central y dispersión como promedios, medianas y desviación estándar para un análisis comprensivo de los datos. El análisis incluyó la evolución temporal de los casos, su distribución por características demográficas, y la carga geográfica de la enfermedad. La tasa anual de casos notificados se estimó a nivel departamental y nacional como el número de casos confirmados reportados en un año dividido por la población proyectada para ese mismo año, multiplicado por 100.000 habitantes. Las proyecciones poblacionales se obtuvieron del Censo Nacional del DANE. Se utilizó la mediana de la tasa anual como medida de resumen para comparaciones regionales. Los resultados se visualizaron mediante gráficos elaborados en Excel, incluyendo línea de tendencia anual, pirámide poblacional por sexo y edad y mapa de calor departamental de la mediana de la tasa.

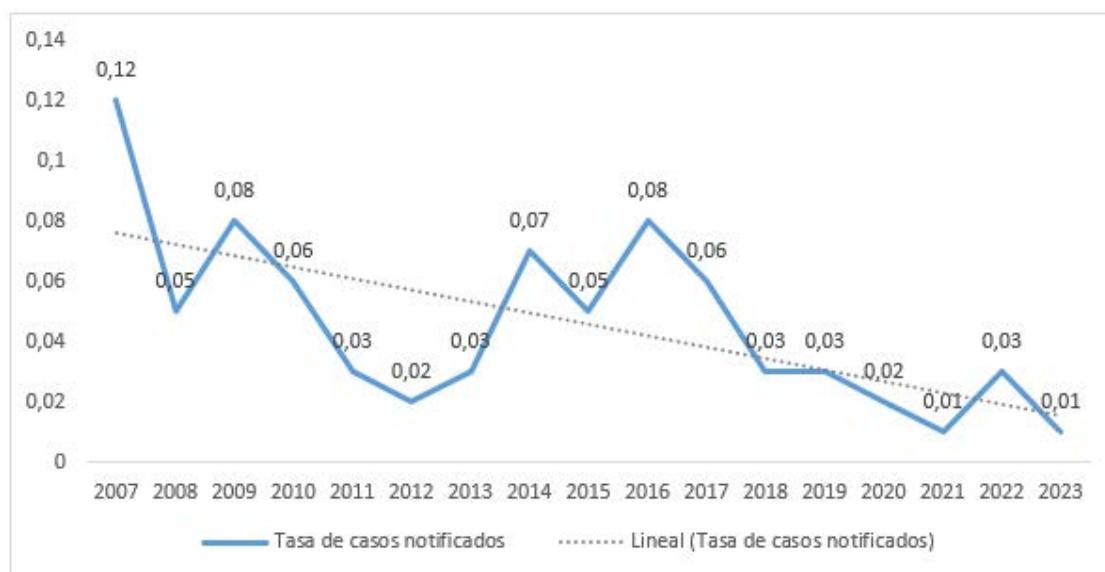
## Resultados

### Distribución geográfica

De 2007 a 2023 en Colombia, se reportaron 354 casos totales de LV. Los años con más casos reportados fueron 2007 (52 casos), 2016 (37 casos), 2009 (35 casos). En contraste, el año con menor número de casos registrados fue 2023 con 6 casos (**Tabla I**). En el análisis de la serie temporal no se observa una tendencia lineal consistente a lo largo del periodo; no obstante, a partir del 2016 se evidencia una tendencia general a la baja del reporte de casos (**Figura I**). El promedio anual de casos fue de 20,82, con una desviación estándar de 12,73.

**Tabla I:** Casos de leishmaniasis reportados por año, Colombia, 2007-2023

Año	Frecuencia (n)	Porcentaje
2007	52	14,69
2008	23	6,50
2009	35	9,89
2010	26	7,34
2011	13	3,67
2012	9	2,54
2013	13	3,67
2014	31	8,76
2015	21	5,93
2016	37	10,45
2017	29	8,19
2018	16	4,52
2019	15	4,24
2020	8	2,26
2021	7	1,98
2022	13	3,67
2023	6	1,69
Total	354	100

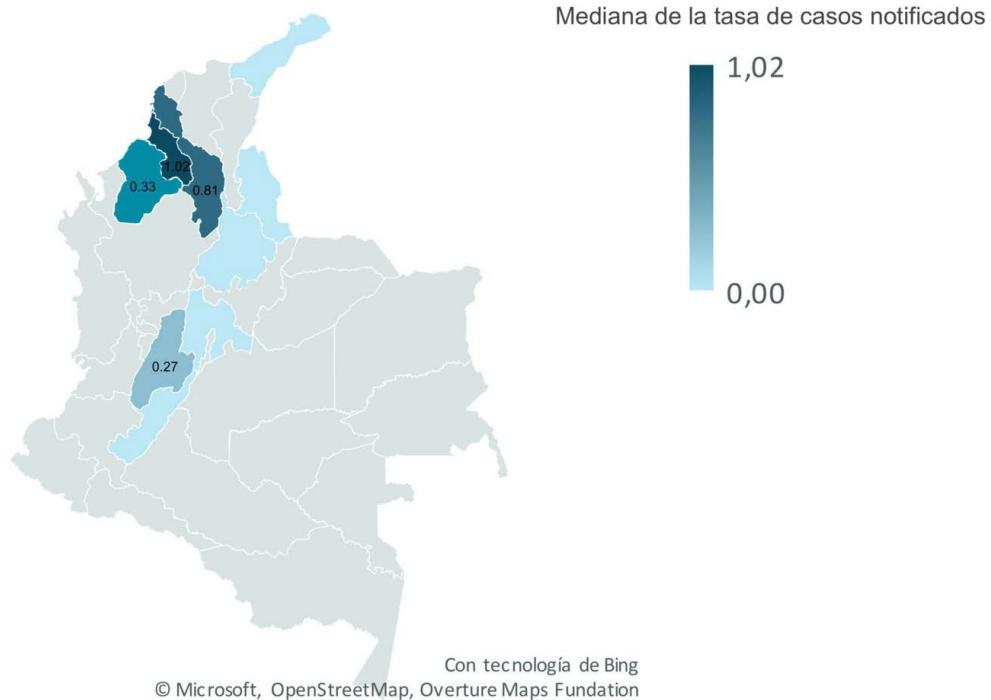


**Figura 1.** Tendencia temporal de la tasa de casos notificados de leishmaniasis visceral por año, Colombia 2007-2023

Se evidencia una alta concentración de casos reportados particularmente en Bolívar (112 casos), Sucre (85 casos) y Córdoba (78 casos), en la cual la sumatoria de sus casos reportados, concentran más de 3/4 del total (275 casos; 77,68%). Adicionalmente, hay un predominio en áreas rurales dispersas (145 casos; 41%). El departamento con mayor número de casos rurales es Bolívar (62 casos). Se definió área rural por la suma de rural disperso y de centro poblado, y urbano en referencia a cabecera municipal. Se encontró que la tasa por 100.000 habitantes para el área rural de 2007-2023 fue la correspondiente a 2,26 a comparación de la urbana con 0,26. Para Bolívar la tasa de notificación por 100.000 habitantes en zona rural corresponde al 18,38, seguido de Sucre con 18,28. En zona urbana la mayor tasa corresponde a Sucre con 4,50. Se presentan 16 casos sin reporte de área especificada y 1 como procedencia desconocida, lo cual representa una limitación para el análisis espacial en la recolección de datos (**Tabla 2**). La mediana de las tasas de notificación de casos por 100.000 habitantes tomando la población en riesgo de 2007-2023 fue Sucre 1,02, Bolívar 0,81, Córdoba 0,33 (**Figura 2**).

**Tabla 2.** Número de casos y tasa de casos notificados por 100.000 habitantes reportados por departamento de leishmaniasis visceral, Colombia 2007-2023

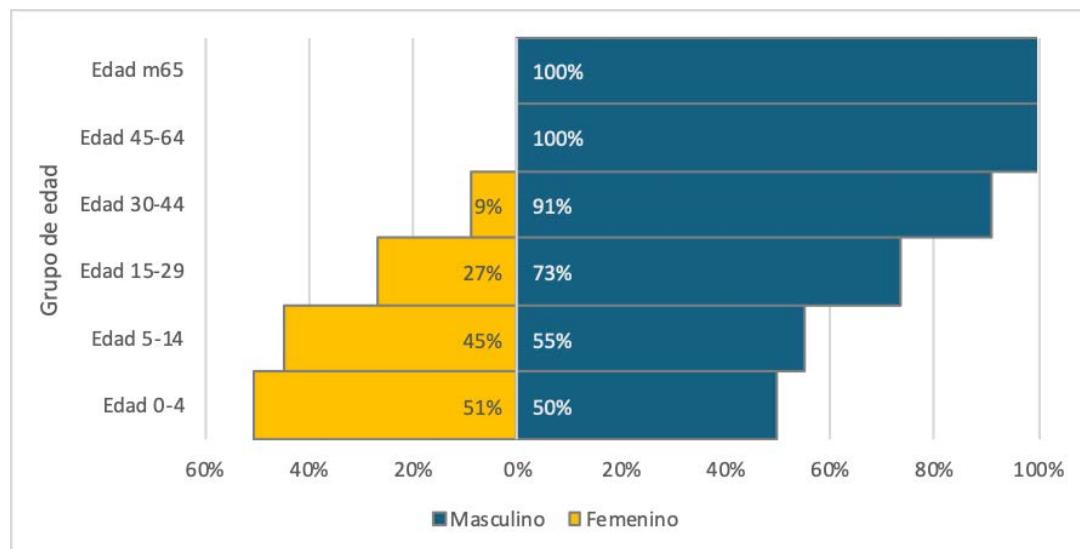
Departamento	Casos	Tasa de casos notificados por 100.000 habitantes
Bolívar	112	5,56
Córdoba	78	4,48
Cundinamarca	6	0,23
Guajira	3	0,36
Huila	27	2,53
Norte Santander	1	0,07
Santander	2	0,09
Sucre	85	9,61
Tolima	13	0,98
Exterior	8	
Procedencia desconocida	3	
Sin reporte	16	
Total	354	



**Figura 2.** Mediana de la tasa de casos notificados de leishmaniasis visceral por 100.000 habitantes según departamento, Colombia 2007-2023

#### Características demográficas

El 46,61% (165 casos) de los casos notificados de LV corresponden al sexo femenino y el 53,39% (189 casos) corresponde al sexo masculino. En el análisis por grupos de edad, el mayor número de casos reportados se registró en la población de 0 a 4 años (291 casos), en contraste el menor número de casos corresponde al grupo de 45 a 64 años con 2 casos. Así mismo, se evidencia que, en todos los grupos por edad, a excepción del rango de 0-4 años, predomina la presentación en el sexo masculino (**Figura 3**).



**Figura 3.** Pirámide poblacional por grupo de edad y sexo por frecuencia relativa, Colombia 2007-2023

En cuanto a los casos según pertenencia étnica, se notificaron más casos en la población indígena (309 casos) y afrocolombiano (15 casos). En el análisis por régimen de afiliación, el 75,71% (268 casos) de los casos pertenecía al subsidiado y el 8,47% al contributivo (30 casos).

### Atención médica

Del total de pacientes hospitalizados (295 casos), 281 fueron reportados con condición final de vivo y 14 como fallecidos. En contraste, entre los pacientes que no requirieron hospitalización (59 casos), la totalidad se registró con condición final de vivo. En relación con la atención médica, el tiempo promedio transcurrido desde la fecha de inicio de síntomas a la fecha de consulta fue de  $27,14 \pm 59,93$  días. Por su parte, el tiempo promedio entre el inicio de síntomas y la fecha de hospitalización fue de  $25,82 \pm 58,93$  días.

### Discusión

La LV continúa siendo una enfermedad endémica en Colombia, con mayor impacto en zonas rurales y comunidades históricamente excluidas. En este estudio, se identificaron 354 casos notificados a SIVIGILA entre 2007 y 2023, con una tendencia general a la baja desde el 2016. La mayoría de los casos se concentró en los departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba. Así mismo, hubo un predominio en áreas rurales con una tasa de notificación por 100.000 habitantes de 2,26 a comparación del área urbana con un valor de 0,26, siendo el principal departamento de presentación Bolívar<sup>8</sup>, reflejando desigualdades estructurales en salud. La alta concentración en el Caribe sugiere la influencia conjunta de factores socioeconómicos y ambientales que favorecen la transmisión de la enfermedad. El clima tropical cálido y húmedo con presencia de bosques secos tropicales, humedales y ríos corresponde al hábitat del género *Lutzomyia*<sup>9</sup>. La elevada densidad vectorial se a vegetación y termíteros, que incrementan 2,4 veces el riesgo de transmisión<sup>10</sup>. A ello se suman actividades socioeconómicas como la agricultura, ganadería y minería que constituyen las principales actividades productivas, las cuales aumentan la exposición y la probabilidad de infección. Dado que la mayoría de los casos ocurren en áreas rurales, el contacto con el vector y la transmisión también puede darse intra y peridomicilio<sup>11</sup>.

En el análisis demográfico, hay una ligera predominancia de casos reportados en el sexo masculino (53,39%) principalmente en mayores de 15 años, lo cual podría explicarse por la mayor exposición laboral al vector en actividades productivas al aire<sup>12</sup>. En regiones endémicas como Etiopía, se encontró que los hombres tenían un riesgo 67% mayor de infección por LV en comparación con las mujeres; hallazgos similares a los registrados en India y Nepal, donde el riesgo de los varones fue 2,3 veces superior<sup>10</sup>. No obstante, estudios señalan que la predominancia masculina se observa principalmente en grupos etarios menores debido a la inmadurez del sistema inmunológico y la elevada prevalencia de desnutrición, lo que aumenta la susceptibilidad a formas clínicas más graves de la enfermedad<sup>12-14</sup>. Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por Ahmed et al y Al-Warid, quienes identificaron una mayor concentración en niños entre los 3-5 años<sup>14,15</sup>. De manera similar, en África Oriental durante 2022, se registró el 73% de los casos mundiales de LV, de los cuales la mitad correspondió a menores de 15 años<sup>10</sup>. Por otro lado, el 87% de los casos ocurrió en comunidades indígenas, donde confluyen condiciones sociales, estructurales y ambientales como una mayor exposición al vector, especialmente en zonas rurales, y barreras estructurales para el acceso a salud que al retraso diagnóstico y pronóstico<sup>16,17</sup>.

La distribución geográfica de la enfermedad encontrada coincide con reportes del INS, que ha identificado alta carga en Bolívar, Sucre y Córdoba<sup>6</sup>. Sin embargo, la carga de enfermedad en Colombia es significativamente menor a la observada en otros países de América Latina. Por ejemplo, en Brasil se reportaron más de 48.000 casos entre 2007 y 2021<sup>18</sup>, donde la LV afecta predominantemente a niños y comunidades en condición de pobreza<sup>7,19</sup>. La expansión urbana del vector y el retraso diagnóstico son factores comunes en ambos países, aunque Brasil ha desarrollado sistemas de vigilancia robustos y ha facilitado el acceso a pruebas diagnósticas rápidas, lo que podría explicar en cierta medida la diferencia en el número de casos notificados<sup>20,21</sup>. Por otro lado, estudios en India y Sudán han demostrado que la implementación de estrategias comunitarias de diagnóstico activo, vigilancia centinela y búsqueda de casos puerta a puerta ha sido clave para el control de la enfermedad<sup>22,23</sup>. Colombia ha tenido un enfoque pasivo de notificación que podría limitar la detección temprana, especialmente en territorios rurales dispersos e indígenas. La LV es de notificación obligatoria en nuestro país; no obstante,

persisten problemas de subregistro secundario a las concepciones, actitudes y prácticas propias de su cultura, o por la similitud clínica con otras patologías que dificultan el diagnóstico<sup>11</sup>.

La tendencia decreciente desde el año 2016 puede relacionarse con intervenciones institucionales dirigidas a la prevención y control de la enfermedad, en particular el Subprograma Nacional de Promoción y Prevención y Control de la Leishmaniasis 2018-2022, que incluyó estrategias de capacitación, control vectorial, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y seguimiento de zonas priorizadas<sup>2</sup>. Sin embargo, dado que la disminución de los casos comienza antes de la implementación formal del programa, es plausible un subregistro de casos, especialmente en regiones y poblaciones de difícil acceso y por un sistema de notificación pasiva que depende del diagnóstico y registro oportuno en el primer nivel de atención<sup>7,24</sup>. Situaciones similares se han documentado en el Mediterráneo occidental. En Portugal, la notificación a las autoridades es obligatoria dentro de un sistema de vigilancia pasiva; sin embargo, entre 2014 y 2018 solo se reportaron 6 de 14 casos anuales estimados, lo que evidencia un subregistro considerable<sup>5</sup>.

El tiempo promedio desde el inicio de síntomas a la fecha de consulta fue de 27,14 días. Por su parte, el tiempo promedio hasta la fecha de hospitalización fue de 25,82 días. En ambos casos, la búsqueda de atención fue prolongada, esto puede relacionarse con el acceso limitado a servicios de salud, baja capacidad diagnóstica en los centros de atención primaria por cuadros clínicos inespecíficos, desconocimiento comunitario, baja percepción de riesgo e indiferencia a medidas de autoprotección y prevención como se evidenció en un estudio en Ovejas (Sукре), foco de LV en el Caribe colombiano en 2023<sup>25</sup>. Además, en áreas endémicas la proporción de infecciones asintomáticas es de 5 a 10 veces mayor que los casos sintomáticos en huéspedes inmunocompetentes<sup>26</sup>. La pandemia por COVID-19 probablemente tuvo un efecto indirecto en la notificación entre 2020 y 2022, reduciendo las consultas por enfermedades transmisibles debido al temor a acudir a servicios de salud, la saturación del sistema, la suspensión de actividades de campo por parte de los equipos de vigilancia y captación<sup>27,28</sup>. En Medellín, Colombia, tras la declaratoria de la emergencia sanitaria, se presentó una caída en los casos de arbovirosis, asociado al confinamiento, la priorización diagnóstica de COVID-19 y la congestión en las líneas de atención<sup>29</sup>. De manera similar, en el Nordeste de Brasil se documentaron alteraciones en la notificación de LV en niños y adolescentes, atribuibles al distanciamiento social y cambios en el funcionamiento del Sistema Único de Salud que redujo diagnósticos, consultas médicas y cribados, especialmente en regiones con mayor vulnerabilidad social. En general, la vigilancia de enfermedades tropicales desatendidas se vio afectada por suspensión de las actividades de promoción de la salud, interrupción en la distribución de medicamentos y el temor de los pacientes a acudir a las unidades de salud, potenciales puntos de transmisión de COVID-19<sup>30</sup>.

El 83,33% de los pacientes con LV fueron hospitalizadas, aunque solo el 4% falleció. Estos datos sugieren baja letalidad, pero alta carga clínica que condujo a la hospitalización médica, resaltando la importancia del diagnóstico temprano, manejo oportuno e implementación de estrategias de prevención primaria.

Se concluye que la LV es una enfermedad endémica en Colombia, frecuente en los grupos etarios de menor edad, procedentes de zonas rurales y departamentos de la región Caribe. Los tiempos de atención y el acceso a salud en las poblaciones con menores recursos y geográficamente marginalizadas constituyen un desafío. Abordar eficazmente el impacto de la LV requiere un enfoque multifacético, el fortalecimiento de la vigilancia activa, diagnóstico oportuno y sensibilización comunitaria y del personal de salud. Además de mejorar el control vectorial y los sistemas de notificación.

Este estudio presenta limitaciones por un análisis de datos de vigilancia pasiva, susceptibles a subregistro, desigual capacidad diagnóstica por área en cada municipio y variabilidad en la calidad del dato entre departamentos. Estas limitaciones pueden distorsionar tanto la magnitud como la distribución geográfica aparente de la enfermedad. El uso exclusivo de SIVIGILA puede no capturar la totalidad de la carga de enfermedad en zonas remotas; estudios con metodología de campo o bases complementarias podrían ofrecer una visión más amplia. Tampoco se contó con datos sobre métodos.

## Conclusiones

La leishmaniasis visceral sigue siendo endémica en Colombia, con alta concentración de casos en los departamentos de Bolívar, Sucre y Córdoba, y mayor afectación en niños menores de cinco años, población indígena y zonas rurales. Aunque se observa una disminución en los casos desde 2016, persisten importantes retos en detección oportuna, acceso a servicios de salud y subregistro. El elevado tiempo entre inicio de síntomas y consulta, junto con el alto porcentaje de hospitalización, refleja barreras estructurales en la atención. Es fundamental fortalecer la vigilancia activa, mejorar el diagnóstico temprano por medio del acceso a pruebas rápidas en atención primaria en salud, reforzar las estrategias de prevención y control en comunidades de alto riesgo y zonas endémicas y realizar una integración de la vigilancia de leishmaniasis con otras ETV para optimización de recursos.

## Contribuciones de autores

VTR: Contribuyó a la concepción y diseño del estudio, recogida de datos, análisis de los mismos y redacción del artículo. MJTG: Contribuyó a la concepción y diseño del estudio, recogida de datos, análisis de los mismos y redacción del artículo. MVP: Contribuyó a la concepción y diseño del estudio, recogida de datos, análisis de los mismos y redacción del artículo. FPS: Contribuyó con la asesoría conceptual y metodológica, revisión de versiones del documento y aprobación final de la versión publicada. JVO: Contribuyó con la asesoría conceptual y metodológica, revisión crítica del documento y aprobación final de la versión publicada. JCP: Contribuyó con la asesoría conceptual y metodológica, revisión crítica del documento y aprobación final de la versión publicada

## Consideraciones éticas

No se incluyeron seres humanos en este estudio porque se hizo un análisis secundario de datos del SIVIGILA. Por tanto, no se requirió comité de ética.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés para la elaboración de esta investigación.

## Financiación

No se recibió financiación para realizar la investigación.

## Apoyo tecnológico de IA

Para la redacción de este manuscrito, se utilizó inteligencia artificial (ChatGPT, OpenAI) para mejorar la redacción y claridad del lenguaje del texto. Las ideas, el análisis de datos, la interpretación de los resultados y la estructura conceptual del artículo fueron desarrollados íntegramente por el equipo de investigación.

## Referencias

1. Fauser I, Salaiza Suazo NL. Leishmaniasis. Parasitología Médica, 6e. McGraw Hill Education 2023.
2. Mendigaña-Paez FA. Plan estratégico Leishmaniasis 2018-2022. Enfermedades Endemico-Epidémicas ETV y Zoonosis. Ministerio de salud y protección social. 2020; 1–64. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-estrategico-leishmaniasis-2018-2022.pdf>
3. Rubiano García HG, Prieto Alvarado FE. Protocolo de vigilancia en salud pública de Leishmaniasis. Bogotá; 2024. [Internet] Available from: [https://www.ins.gov.co/busquedas-eventos/Lineamientos/Pro\\_Leishmaniasis.pdf](https://www.ins.gov.co/busquedas-eventos/Lineamientos/Pro_Leishmaniasis.pdf)
4. World Health Organization. Leishmaniasis. 2023. [Internet] Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>

5. Rocha R, Conceição C, Gonçalves L, Maia C. Epidemiological and clinical trends of visceral leishmaniasis in Portugal: retrospective analysis of cases diagnosed in public hospitals between 2010 and 2020. *Infect Dis Poverty*. 2024; 13(1): 1–25. doi: <https://doi.org/10.1186/s40249-024-01204-5>
6. Gómez JL. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Leishmaniasis, Colombia, 2022. Bogotá; INS 2023. [Internet] Available from: <https://www.ins.gov.co/busrador-eventos/Informesdeevento/LEISHMANIASIS%20INFORME%202022.pdf>
7. Instituto Nacional de Salud. PortalSivigila2019 Buscador. 2023. [Internet] [cited 2025 May 13]. Available from: <https://portalsivigila.ins.gov.co/Paginas/Buscador.aspx#>
8. DANE - Proyecciones de población. [Internet] Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
9. Contreras Gutiérrez, María Angélica, M. Lutzomyia spp. (Diptera: Psychodidae) en zonas cafeteras de la región andina colombiana: taxonomía e importancia médica. 2013. [Internet] [cited 2025 May 20] Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/11926>
10. Geto AK, Berihu G, Berhanu L, Desye B, Daba C. Prevalence of human visceral leishmaniasis and its risk factors in Eastern Africa: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024; 12: 1488741. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1488741>
11. Sanchez JP, Cañola J, Molina JP, Bejarano N, Vélez-Mira A, Vélez ID, et al. Ecoepidemiología de la leishmaniasis visceral en Colombia (1943-2019): revisión sistemática. *Hechos Microbiológicos*. 2020; 11(1 y 2): 22–60. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.hm.v11n1a03>
12. Nackers F, Mueller YK, Salih N, Elhag MS, Elbadawi ME, Hammam O, et al. Determinants of Visceral Leishmaniasis: A Case-Control Study in Gedaref State, Sudan. 2015; doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004187>
13. Kafetzis DA. An overview of paediatric leishmaniasis. *J Postgrad Med*. 2003; 49(1): 31–8. [https://journals.lww.com/jopm/abstract/2003/49010/an\\_overview\\_of\\_paediatric\\_leishmaniasis.8.aspx](https://journals.lww.com/jopm/abstract/2003/49010/an_overview_of_paediatric_leishmaniasis.8.aspx)
14. Al-Warid HS, Al-Saqur IM, Kadhem AJ, Al-Tuwaijri, Al-Zadawi KM, Gompper ME. Spatial and demographic aspects of kala-azar (visceral leishmaniasis) in Iraq during 2011-2013. *Trop Biomed*. 2019; 36(1): 22–34. <https://www.msptm.org/files/Vol36No1/022-034-Al-Warid-HS.pdf>
15. Ahmed MAA, Ahmed AA, Omar SM, Adam GK, Abdallah TM, Ali AAA. Epidemiology of visceral leishmaniasis among children in Gadaref hospital, eastern Sudan. *BMC Public Health*. 2016; 16(1): 1234–1234. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3875-2>
16. Mejia, W. Acceso a servicios de salud y calidad de vida relacionada con la salud, en personas con leishmaniasis cutánea de zonas indígenas. *Municipios de Pueblo Rico y Mistrató*. 2019, 2020 y primer semestre de 2021. 2024. [Internet] [cited 2025 May 20]. Available from: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/entities/publication/eceec19d-d91d-4f58-bddf-4f646633e415>
17. Romero MH, López MC, Sanchez JA. Búsqueda activa de casos de leishmaniasis visceral zoonótica en población infantil indígena y canina colombiana. *Revista de Salud Pública*. 2009; 11(6): 944–51. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2009.v11n6/944-951>
18. Nina LNS, Caldas AJM, Soeiro VMS, Ferreira TF, Silva TC, Rabelo PPC. Distribuição espaço-temporal da leishmaniose visceral no Brasil no período de 2007 a 2020. *Rev Panam Salud Pública*. 2023; 47: e160. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP2023.160>

19. Werneck GL. Forum: geographic spread and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. Introduction. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(12): 2937–40. doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008001200023>
20. de Almeida Marzochi MC, Soeiro Barbosa D, Silva Belo V, Rotondo de Araújo G, Fagundes da Silva A, Pimentel MI, Belizia Feldman Marzochi K. Visceral leishmaniasis in Brazil: scenarios and challenges for the surveillance and control. *Rev Patol Trop*. 2023; 52(1): 1–10. <https://revistas.ufg.br/iptsp/article/view/74769>
21. Dantas-Torres F, Brandão-Filho SP. Visceral leishmaniasis in Brazil: revisiting paradigms of epidemiology and control. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2006; 48(3): 151–6. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652006000300007>
22. Kumar V, Siddiqui NA, Pollington TM, Mandal R, Das S, Kesari S, et al. Impact of intensified control on visceral leishmaniasis in a highly-endemic district of Bihar, India: an interrupted time series analysis. *Epidemics*. 2022; 39: 100562. doi: <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2022.100562>
23. Reithinger R. Xenodiagnosis leads the way: elimination of visceral leishmaniasis from the Indian subcontinent is feasible and sustainable. *Lancet Microbe*. 2021; 2(1): e2–3. doi: [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(20\)30222-6](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(20)30222-6)
24. Olimpo Restrepo C. Poca atención a leishmaniasis, su mayor impulsor. Universidad de Antioquia. 2022. [Internet] Available from: [https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!ut/p/z0/fYyxCsJAER\\_xSal7Krx1DJYCGJhIZjsl0vuMKvxNvHO4OebaCE2NsPM8GaAlAf3MmZo6jnus8FmdNytZ5OshR3aFKDmdmn88V0MzscEbZA\\_4H-QS5tSxIQqT66Z4S80Xvk-mEdj8jhN1V6cx8\\_6MhrlFI4JPhee7E6UN86aCnOsk2wdhKqsXTsobIS8QLNm-sD/](https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!ut/p/z0/fYyxCsJAER_xSal7Krx1DJYCGJhIZjsl0vuMKvxNvHO4OebaCE2NsPM8GaAlAf3MmZo6jnus8FmdNytZ5OshR3aFKDmdmn88V0MzscEbZA_4H-QS5tSxIQqT66Z4S80Xvk-mEdj8jhN1V6cx8_6MhrlFI4JPhee7E6UN86aCnOsk2wdhKqsXTsobIS8QLNm-sD/)
25. Mejía-Chimá W, Hernández-Vera S, Pérez-Vargas O, Rivero-Rodríguez M. Aproximación a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre leishmaniasis en un foco del Caribe colombiano. *Duazary*. 2023; 20(4): 233–41. doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.5579>
26. Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Cortes-Bonilla I, García-Zuluaga LM, Holguin-Rivera Y, Ospina-Arzua HD, et al. Human visceral leishmaniasis prevalence by different diagnostic methods in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Infezioni in Medicina*. 2021; 29(2): 199–208. [https://www.infezmed.it/index.php/article?Anno=2021&numero=2&ArticoloDaVisualizzare=Vol\\_29\\_2\\_2021\\_199](https://www.infezmed.it/index.php/article?Anno=2021&numero=2&ArticoloDaVisualizzare=Vol_29_2_2021_199)
27. Rodriguez-Morales AJ, Camacho-Moreno G, Mendoza-Ramírez H, Rodríguez-Sabogal IA, Millán Oñate J, Rodriguez-Morales AJ, et al. Challenges and Visions for Infectious Diseases in Colombia during the COVID-19 Peripandemic Transition 2021–2023. *Infectio*. 2022; 26(2): 103–6. doi: <https://doi.org/10.22354/in.v26i2.1007>
28. Butala CB, Cave RNR, Fyfe J, Coleman PG, Yang GJ, Welburn SC. Impact of COVID-19 on the neglected tropical diseases: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2024; 13(1): 1–16. doi: <https://doi.org/10.1186/s40249-024-01223-2>
29. Rojo-Ospina RA, Quimbayo-Forero M, Calle-Tobón A, Bedoya-Patiño SC, Gómez M, Ramírez A, et al. El programa del manejo integrado de vectores en el marco de la pandemia por COVID-19 en Medellín, Colombia. *Biomédica*. 2023; 43(1): 131–44. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6679>
30. Santos PHF Dos, Santos BRR Dos, Farias KF de. Impact of COVID-19 on the incidence of visceral leishmaniasis in children and adolescents in the Northeast region, 2007–2022: time series study. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2025; 34: e20240382. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12176430/>