

Informe de evento Dengue

Código 210, 220, 580

2024

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Henry Sepulveda Medina

Subdirectora

Claudia Yaneth Rincon Acevedo

Elaborado por:

Andrea Jineth Rodríguez Reyes
Grupo De Enfermedades Endoepidémicas
Y Enfermedades De Transmisión Sexual
Yohanna Catalina Chaparro Rodríguez
Grupo Análisis De Casos Especiales
Ruth Mariela Castillo Morales
Laboratorio Nacional De Referencia Grupo
Entomología

Revisado por:

Carlos Alberto Hernandez Londoño
Grupo de Gestión del Riesgo y
Respuesta Inmediata

Aprobado por:

Hernan Quijada Bonilla
Dirección de Vigilancia y Analisis del riesgo
en salud Publica

El documento requirió revisión por la Oficina Asesora de Jurídica: SI ☐ NO ☒

El documento requirió revisión por una instancia externa asesora: SI ☐ NO ☒ ¿Cuál?

© 30 de junio de 2025. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de dengue, Colombia, 2024

1. Introducción

El dengue es una infección vírica transmitida por la picadura de mosquitos infectados principalmente de la especie *Aedes aegypti* (1,2), esta enfermedad es causada por el virus dengue (DENV) el cual pertenece al género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae* y del que se han identificado cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4)(1,3). Se reconoce un espectro de manifestaciones de la enfermedad que va desde procesos asintomáticos hasta cuadros severos y desde 2009, la Organización Mundial de la Salud clasifica el dengue según la complejidad del caso en dengue sin signos de alarma (grupo A), dengue con signos de alarma (grupo B), y dengue grave (grupo C); donde se encuentra incluido el síndrome de choque por dengue (SCD) y otras complicaciones, tales como: miocarditis, encefalitis y hepatitis que han sido asociadas a letalidad por dengue grave (4–8).

La transmisión del virus dengue (DENV) se ha convertido en un importante problema de salud pública en los últimos 40 años (9–12). En las últimas décadas ha aumentado la incidencia del dengue en el mundo, los casos notificados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) han pasado de 505 430 en 2000 a 5,2 millones en 2019. El mayor número de casos de dengue se registró en 2023, y afectaron a más de 80 países de todas las regiones de la OMS, con la notificación de un máximo histórico de más de 6,5 millones de casos y más de 7 300 muertes relacionadas con esta enfermedad (13).

En la actualidad, las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental son las más gravemente afectadas, y en Asia se concentra alrededor del 70 % de la carga mundial de la enfermedad (13). Se estima que aproximadamente 3 900 millones de personas en el mundo están en riesgo de infección en más de 128 países endémicos, con un registro de 390 millones de infecciones por dengue cada año (intervalo creíble del 95 %: 284 a 528 millones), de los cuales 96 millones (67 a 136 millones) se manifiestan clínicamente (13–16). En la Región de las Américas, el 2024 fue un año en el que se registró un incremento histórico de casos de dengue con 13 027 747 casos notificados y 8 186 casos fatales, para una letalidad de 0,063%. Los países que notificaron la mayor proporción de casos fueron: Brasil, Argentina, México, Colombia y Paraguay (17).

En Colombia, el dengue es un evento prioritario en salud pública que impacta la salud de la población colombiana. De este evento se han identificado brotes cada 3 a 4 años (2010, 2013, 2016, 2019, 2023), circulación desde el 2001 de los cuatro serotipos del DENV y una amplia distribución del *Aedes* en el territorio nacional, por lo que su vigilancia pretende orientar las estrategias de prevención y control, enfocadas principalmente al diagnóstico precoz, atención integral, control vectorial y fortalecimiento de las actividades de educación e información a la comunidad (18).

Con respecto a la situación nacional, durante 2019, el país registró una incidencia de 465,9 casos por 100 000 habitantes en riesgo, superior a la registrada en 2016 (313,5), pero inferior a la observada a los periodos epidémicos de 2010 (809,9) y 2013 (586,7) (19); esta fase se prolongó hasta la semana epidemiológica 12 de 2020, disminuyendo tras la detección del SARS-CoV-2 y la implementación de medidas sanitarias (20). En 2021, la situación del evento se mantuvo dentro de los valores esperados; en 2022, permaneció en situación de alerta, mientras que en 2023-2024 se presentó

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

un aumento significativo de casos, lo que motivó la activación del Comité Estratégico en Salud a nivel nacional y la emisión de medidas orientadas al fortalecimiento de las acciones de vigilancia, prevención, atención integral y control del dengue en Colombia (21–23).

Por lo anterior, el presente informe tiene como objetivo describir el comportamiento epidemiológico de dengue en Colombia y los resultados de la vigilancia entomológica durante el 2024, para orientar las estrategias en el marco de las acciones de vigilancia, promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores a nivel nacional.

2. Materiales y Métodos

Vigilancia epidemiológica

Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar las características epidemiológicas, clínicas y el comportamiento de los casos notificados de dengue en Colombia, entre las semanas epidemiológicas (SE) 01 a 52 de 2024. Los datos fueron obtenidos de la notificación individual de casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) que consolida el Instituto Nacional de Salud (INS) bajo los códigos 210 (dengue), 220 (dengue grave) y 580 (mortalidad por dengue).

Las bases de datos del evento se depuraron de acuerdo con la rutina para el análisis de datos de dengue del Instituto Nacional de Salud, mediante el cual se verificó en primer lugar, la completitud y consistencia de cada uno de los registros de las bases. Las bases con código INS 210 y 220 se unieron para realizar el proceso de depuración; una vez unidas, se realizó exclusión de los registros descartados mediante ajuste 6 (descartado) o ajuste D (error de digitación) y de los registros repetidos (registros de una misma persona con fecha de inicio de síntomas menor a 30 días). La depuración de registros repetidos se realizó teniendo en cuenta en su orden las variables: clasificación, hospitalización y la combinación de tipo de caso y ajuste, y se conservó para el análisis el registro que presentó la mayor ponderación en cada una de las variables. La depuración de la base código INS 580 (mortalidad por dengue) se realizó a partir de la clasificación final de la unidad de análisis, dejando para el análisis los casos con clasificación final confirmado o compatible.

Para el análisis de la información se tuvo en cuenta las definiciones de caso establecidas en el protocolo de vigilancia en salud pública (24). Los casos se caracterizaron teniendo en cuenta variables cualitativas: semana epidemiológica de ocurrencia, sexo, grupos de edad, pertenencia étnica, tipo de afiliación al sistema de salud, estado de embarazo, hospitalización, lugar de procedencia y notificación (departamento y municipio), tipo de caso, clasificación final del caso y características clínicas, y la variable cuantitativa: edad (años).

Para las variables cualitativas se calcularon proporciones y para la variable cuantitativa, medidas de tendencia central (promedio, mediana) y dispersión (desviación estándar). Con el propósito de comparar las proporciones entre las diferentes categorías de las variables sociodemográficas y las clasificaciones del evento (sin signos de alarma, con signos de alarma y dengue grave), se aplicó la prueba ji-cuadrado de Pearson (χ^2) y cuando los valores esperados eran menores a 5 se realizó la prueba exacta de Fisher, considerándose una diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de p es $< 0,05$.

Se usó la regresión de Poisson para calcular la razón de incidencia acumulada (RIA) comparando hombres con mujeres, con sus respectivos intervalos de confianza del 95,0 % mediante Epidat 4.2. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson con el fin de cuantificar la asociación lineal entre las variables número de casos dengue y los periodos cálidos y fríos, basados en un umbral de $\pm 0,5^{\circ}\text{C}$ para el Índice de El Niño Oceánico (ONI)(25); y con el fin de determinar los factores sociales, demográficos y clínicos relacionados con una mayor probabilidad de morir por dengue grave, se calculó un *odds ratio* (OR) con los respectivos intervalos de confianza de 95 % ($\text{IC}_{95\%}$) utilizando la librería epiR del software R versión R 4.4.1.

Se calcularon los indicadores definidos en el protocolo del evento (24), utilizando para el cálculo de la incidencia la población a riesgo generada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el 2024, basada en las proyecciones de población con la actualización post COVID-19 realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (26).

Para el análisis del comportamiento epidemiológico a nivel nacional, departamental y municipal se elaboró canal endémico con la metodología descrita por Bortman, definiendo unos límites de control así: decremento de casos, cuando está por debajo del intervalo de confianza inferior; dentro de lo esperado, entre intervalo de confianza inferior y la media geométrica; en alerta, entre la media geométrica y el intervalo de confianza superior; y en epidemia, por encima del intervalo de confianza superior(27). Se consideró situación de *brote* para dengue, cuando el evento se ubicó por más de tres semanas seguidas por encima del límite superior comparado con su comportamiento histórico (2017 – 2022), se excluye 2019 y 2023 por ser años epidémicos para el evento. Se calculó el número de municipios en situación de *brote* por semana epidemiológica según la estratificación del riesgo indicada en el Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para Arbovirosis en Colombia 2020-2023 del Ministerio de Salud y Protección Social (28).

Se realizó un análisis de agrupamiento de series temporales utilizando el algoritmo *Time Series K-Means* con la métrica Soft Dynamic Time Warping (Soft-DTW), con el objetivo de identificar patrones temporales similares en la evolución semanal de los casos reportados por municipio durante el año 2024. Para focalizar el análisis en los territorios con mayor carga del evento, se filtraron los municipios que registraron un promedio superior a 3 casos semanales. Las series fueron normalizadas y sometidas al proceso de clusterización, evaluando distintas soluciones de agrupamiento con base en la inercia del modelo. Aunque el valor más bajo de inercia se obtuvo con dos clústeres, se optó por la clasificación en tres grupos, dado que esta permitió una mejor diferenciación e interpretación epidemiológica de los patrones de comportamiento.

Se identificaron los factores relacionados con las muertes por dengue a partir del análisis de los tableros de problemas consolidado por cada entidad territorial y remitido al grupo de unidad de análisis del nivel nacional para su consolidación, depuración, procesamiento y análisis de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para el 2024 (29). Se realizó cruce de los datos nominales del tablero de indicadores con los datos del tablero de problemas para medir la correspondencia de los casos confirmados con tablero de problemas. Los tableros de problemas constan de dos categorías, 10 factores y 62 características y situaciones problema. La primera categoría corresponde a las características del individuo (4 factores y 31 características) y, la segunda categoría, corresponde a las situaciones problema de los servicios de salud (6 factores y 31 características) (30).

Vigilancia entomológica

Se actualizaron los mapas de registro de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* en Colombia de acuerdo con los registros procedentes de los levantamientos entomológicos y actividades de vigilancia entomológica realizados en cada una de las entidades territoriales durante el 2024, enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) – Entomología.

Se realizó categorización del riesgo entomológico empleando la metodología de categorización por terciles de los diferentes índices aédicos (Índices de vivienda (IV), el Índice de depósitos (ID)), empleando la información que cada entidad territorial remite de cada uno de los municipios que reportaron levantamiento de información entomológica durante el año (divididos en primer y segundo semestre).

La información fue procesada y analizada empleando hojas de cálculo de Microsoft Excel, así como los lenguajes de programación R (RStudio versión 2025.05.1+513) y Python (versión 3.13.3). Los resultados se presentaron mediante tablas y gráficos de líneas. Para la representación espacial, se elaboraron mapas de calor y coropletas usando los sistemas de información geográfica Qgis (versión 3.22.7) y ArcGIS Desktop (versión 10.0).

Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis *sin riesgo* de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (31). La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Vigilancia epidemiológica

Durante el 2024 se notificaron 524 266 casos de dengue, correspondientes a los códigos INS 210, 220 y 580. En la base de datos código INS 220 se agregaron 41 registros que corresponden a casos confirmados de mortalidad por dengue que no estaban previamente notificados en esta base, para un total de 524 307 registros, de los cuales 519 444 registros correspondían al código INS 210, 4 219 registros al código INS 220 y 644 registros al código INS 580. Antes de iniciar con el proceso de depuración se unieron las bases código INS 210-220 consolidando 523 663 registros. Durante el proceso de depuración de la base código INS 210-220, se descartaron del análisis: 33 783 registros repetidos, 170 569 con ajuste 6, 6 487 con ajuste D, 181 casos que correspondían al año epidemiológico 2023 y se pasaron 11 casos de la base de datos cód. INS 210 a cód. 220 debido a que cumplían con la definición de caso de dengue grave. Mientras que, de la base código INS 580 se descartaron del análisis: 7 registros repetidos, 350 con ajuste 6 y 3 con ajuste D. El análisis del evento se realizó con 312 643 casos notificados en la base código INS 210-220 y 284 muertes confirmadas por dengue, notificadas bajo el código INS 580.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Con respecto a la clasificación clínica de los casos, 193 446 (61,9 %) se clasificaron sin signos de alarma, 116 178 (37,2 %) con signos de alarma y 3 019 (1,3 %) dengue grave (Tabla 1). El 0,15 % (489) de los casos notificados en Sivigila procede del exterior y el 99,8 % (312 154) proceden de Colombia distribuidos en 32 departamentos, 5 distritos y 954 municipios.

Con respecto a las variables sociales y demográficas, durante el 2024 se registraron diferencias estadísticas en función de la clasificación del evento con respecto a las categorías de las variables sexo, edad, pertenencia étnica, seguridad social en salud, estrato socioeconómico, y tipo de caso, observándose que la mayor proporción de casos se registró en el grupo de edad de 10 a 14 años y 20 a 39 años, el régimen en salud subsidiado y contributivo, estrato socioeconómico 1. Bajo-bajo y 2. Bajo y en la pertenencia étnica de otros grupos y negro, mulato, afrocolombiano (Tabla 1).

Según el manejo clínico de los casos, se observó diferencias significativas en la clasificación del evento con respecto a las categorías de las variables hospitalización y tipo de caso, identificándose que de acuerdo con lo registrado por la Unidad Primaria Generadora de Datos (UPGD) notificadora, el 79,0 % (91 774) de los casos con signos de alarma y el 96,4 % (2 909) de dengue grave fueron hospitalizados, y el 73,6 % (230 199) de los casos reportados fueron confirmados por laboratorio (Tabla 1).

Por grupo poblacional, los migrantes y la población gestante registraron la mayor proporción de casos de dengue con 0,9 % (2 705) y 0,5 % (1 678). Por otro lado, se observó en la población carcelario, desplazado, discapacitado, gestante y migrantes diferencias significativas en la proporción de casos en función de la clasificación del evento, mientras que en la población desmovilizado y madres comunitarias no se observaron diferencias significativas en sus proporciones (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas, demográficas y sociales de los casos notificados de dengue según la clasificación del caso, Colombia, 2024

Características	Sin signos de alarma		Con signos de alarma		Grave		Total		2024		Variación porcentual 2024 con respecto a la proporción total de				
	n= 193 446	%	n= 116 178	%	n= 3 019	%	n= 312 643	%	χ²	p	2019	2020	2021	2022	2023
Sexo															
Mujer	96792	50,0	59619	51,3	1543	51,1	157954	50,5	48,1 (gl=2)	< 0,01	4,1%	6,6%	8,9%	7,7%	5,1%
Hombre	96654	50,0	56559	48,7	1476	48,9	154689	49,5			-3,9%	-5,9%	-7,7%	-6,8%	-4,7%
Edad															
0 a 4 años	16407	8,5	7304	6,3	219	7,3	23930	7,7	2077,2 (gl=12)	< 0,01	-49,8%	-39,9%	-43,7%	-27,3%	-15,6%
5 a 9 años	29646	15,3	15413	13,3	469	15,5	45528	14,6			-35,9%	-18,1%	-28,3%	-27,0%	-17,1%
10 a 14 años	31900	16,5	19989	17,2	546	18,1	52435	16,8			-7,6%	-4,1%	-21,6%	-26,0%	-16,4%
15 a 19 años	22891	11,8	17661	15,2	510	16,9	41062	13,1			14,2%	6,0%	1,8%	-6,0%	-3,8%
20 a 39 años	53814	27,8	31106	26,8	638	21,1	85558	27,4			36,8%	17,5%	41,8%	33,8%	16,1%
40 a 64 años	29644	15,3	16951	14,6	345	11,4	46940	15,0			59,2%	22,5%	63,2%	60,9%	23,1%
65 años y más	9144	4,7	7754	6,7	292	9,7	17190	5,5			87,1%	35,8%	66,6%	78,4%	42,3%
Etnia															
Indígena	1954	1,0	1409	1,2	44	1,5	3407	1,1		< 0,01	-10,4%	36,2%	9,0%	-54,8%	-41,4%

ROM, Gitano	49	0,0	19	0,0	2	0,1	70	0,02			-91,8%	-88,8%	-88,8%	-88,7%	-81,1%
Raizal	170	0,1	113	0,1	1	0,0	284	0,1			-5,4%	-9,2%	-54,6%	-41,5%	-15,7%
Palenquero	20	0,0	18	0,0	1	0,0	39	0,01	136,8 (gl=10)		-35,0%	0,01%	-87,5%	-72,1%	-87,4%
Negro, Mulato, Afrocolombiano	5689	2,9	2725	2,3	78	2,6	8492	2,7			67,7%	-22,4%	-67,3%	-41,7%	-34,0%
Otros grupos	185564	95,9	111894	96,3	2893	95,8	300351	96,1			-0,7%	0,8%	6,4%	3,8%	2,5%
Seguridad social en salud															
Contributivo	99718	51,5	51072	44,0	1161	38,5	151951	48,6			27,3%	9,7%	29,3%	46,1%	20,0%
Especial	1604	0,8	1034	0,9	26	0,9	2664	0,9			343,8%	-73,4%	0,9%	998,4%	702,8%
Indeterminado	1106	0,6	646	0,6	15	0,5	1767	0,6	1833,5 (gl=10)	< 0,01	-36,9%	-52,9%	-19,3%	-9,1%	-40,8%
No asegurado	1481	0,8	1002	0,9	35	1,2	2518	0,8			-65,1%	-77,6%	-77,0%	-70,8%	-41,5%
Excepción	6597	3,4	4370	3,8	104	3,4	11071	3,5			-18,9%	18,0%	-38,9%	-31,5%	-25,9%
Subsidiado	82940	42,9	58054	50,0	1678	55,6	142672	45,6			-15,6%	2,3%	-13,1%	-21,5%	-12,7%
Estrato socioeconómico															
1. Bajo-bajo	71380	36,9	46953	40,4	1219	40,4	119552	38,2			-14,6%	2,0%	-18,5%	-29,4%	-18,2%
2. Bajo	72996	37,7	43119	37,1	1177	39,0	117292	37,5			15,4%	4,8%	1,9%	16,4%	8,7%
3. Medio-bajo	30283	15,7	17093	14,7	356	11,8	47732	15,3			91,6%	46,9%	67,8%	116,8%	31,5%
4. Medio	7246	3,7	3131	2,7	62	2,1	10439	3,3	771,0 (gl=12)	< 0,01	182,9%	87,4%	138,5%	195,3%	68,1%
5. Medio-alto	2234	1,2	891	0,8	16	0,5	3141	1,0			167,2%	41,2%	151,2%	174,9%	71,9%
6. Alto	813	0,4	341	0,3	4	0,1	1158	0,4			-31,1%	6,8%	23,5%	53,3%	12,5%
Sin dato	8494	4,4	4650	4,0	185	6,1	13329	4,3			-66,3%	-68,3%	-13,0%	-11,1%	0,8%
Grupo poblacional															
Carcelario	58	0,03	54	0,05	2	0,07	114	0,04		0,020*	-80,7%	-69,7%	-63,5%	-60,6%	-24,6%
Desmovilizados	31	0,02	18	0,02	0	0,00	49	0,02		0,884*	-48,4%	34,6%	0,02%	-4,5%	43,4%
Desplazado	650	0,34	300	0,26	6	0,20	956	0,3	15,5 (gl=2)	< 0,01	-38,0%	-19,3%	-23,6%	-32,1%	-40,9%
Discapacitados	218	0,11	215	0,19	10	0,33	443	0,1	34,6 (gl=2)	< 0,01	-17,2%	-8,0%	41,7%	-15,9%	-4,4%
Gestante	795	0,41	828	0,71	55	1,82	1678	0,5	218,1 (gl=2)	< 0,01	33,4%	12,7%	7,3%	-7,8%	8,5%
Migrantes	1489	0,77	1159	1,00	57	1,89	2705	0,9	81,1(gl=2)	< 0,01	-8,7%	21,8%	-51,9%	-50,3%	-25,1%
Madres comunitarias	11	0,01	7	0,01	1	0,03	19	0,01		0,814*	-52,5%	-41,3%	0,01%	-41,8%	-13,5%
Hospitalización															
Sí	14849	7,68	91774	79,0	2909	96,4	109532	35,0	167245,0 (gl=2)	< 0,01	-28,4%	-23,3%	-31,2%	-34,8%	-23,0%
Tipo de caso															
Confirmado por laboratorio	128014	66,18	99232	85,4	2953	97,8	230199	73,6			45,8%	47,9%	13,8%	0,7%	2,5%
Confirmado por nexo	7370	3,81	2492	2,1	0	0,0	9862	3,2	14860,9 (gl=4)	< 0,01	-67,4%	-49,1%	-23,1%	-5,3%	-61,6%
Probable	58062	30,01	14454	12,4	66	2,2	72582	23,2			-41,7%	-47,2%	-25,6%	-1,5%	16,4%

gl= grados de libertad

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2023

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia

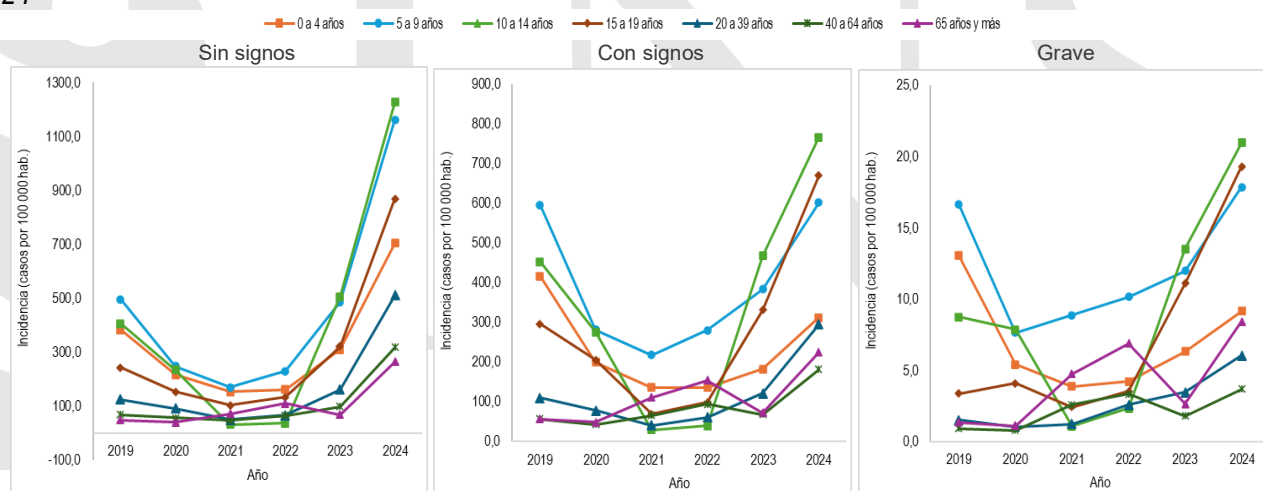


Instituto Nacional de Salud de Colombia

A nivel nacional, la incidencia acumulada de dengue en Colombia fue de 937,4 casos por 100 000 habitantes, según clasificación, la incidencia de dengue sin signos de alarma fue 580,4 casos por 100 000 habitantes, para dengue con signos de alarma fue 348,1 casos por 100 000 habitantes y para dengue grave fue 9,0 casos por 100 000 habitantes. Por sexo se observó que, la incidencia de dengue en hombres fue de 955,6 casos por 100 000 habitantes y en mujeres de 920,3 casos por 100 000 habitantes, siendo estadísticamente superior en la población de hombres respecto a la población de mujeres (razón de tasas incidencia, hombres respecto mujeres: 1,037 IC 95 % 1,031 - 1,045).

Por grupos de edad, las tasas de incidencias más altas se observaron en el grupo de 10 a 14 años (2 015,1 casos por 100 000 habitantes), 5 a 9 años (1 782,4 casos por 100 000 habitantes) y 15 a 19 años (1 561,0 casos por 100 000 habitantes) (Figura 1). Por clasificación y grupos de edad se observó que, la incidencia en hombres fue significativamente mayor con respecto a las mujeres en los casos de dengue sin signos de alarma de los grupos de 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años; y en la clasificación de dengue con signos de alarma en los grupos de edad de 10 a 14 años, 15 a 19 años y más de 65 años; mientras que, la incidencia en mujeres fue significativamente mayor con respecto a los hombres en los casos de dengue sin signos de alarma de los grupos 20 a 39 años y 40 a 64 años, en la clasificación de dengue con signos de alarma en los grupos de 5 a 10 años, 20 a 39 años y 40 a 64 años, y en la clasificación de dengue grave en el grupo de edad de 20 a 39 años (Anexo 1).

Figura 1. Incidencia de dengue por grupos de edad, clasificación clínica y año de ocurrencia, Colombia, 2019-2024



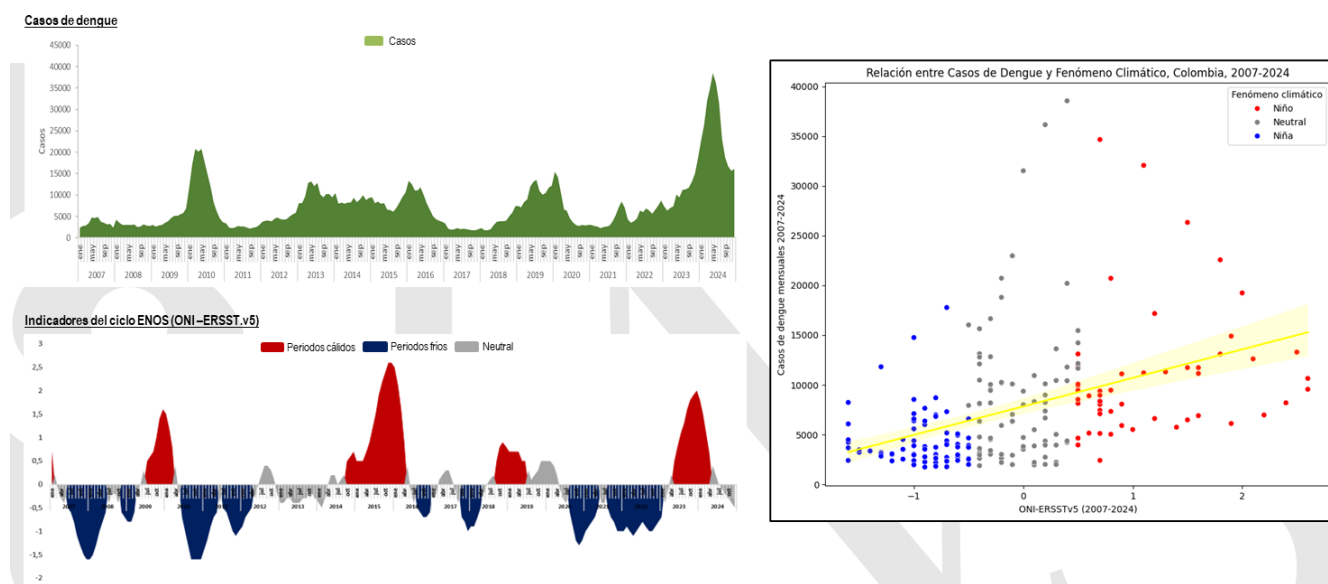
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Con respecto al comportamiento de dengue en Colombia, durante el 2024 el evento se ubicó *por encima de lo esperado* comparado con su comportamiento histórico, observándose que entre la semana epidemiológica 20 a la 25 se notificó el mayor número de casos, con un promedio semanal de 8 800 casos (Anexo 2). La distribución de casos según clasificación clínica se mantuvo relativamente estable a lo largo de las semanas epidemiológicas, siendo la categoría de dengue sin signos de alarma la que aportó la mayor proporción de casos con un promedio semanal de 61 %, seguido por la clasificación de dengue con signos de alarma que presentó una proporción semanal de 37 %; por su parte, clasificación de dengue grave, mostró un comportamiento más variable, con una proporción que fluctuó entre 0,7 % y 1,5 % (Anexo 2). Por entidad territorial, se observó que, en Atlántico, Caquetá, Cesar,

Exterior, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Sucre la proporción de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave superaron el 50,0 % del total de casos notificados.

En referencia al comportamiento de dengue entre 2007 a 2024 vs el índice ONI –ERSST.v5, el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,40 lo que sugirió una relación positiva moderada entre el índice ONI-ERSST.v5 y los casos de dengue, mostrando un mayor registro de casos de dengue cuando aumenta la temperatura del océano Pacífico (periodos cálidos tipo El Niño) (Figura 2).

Figura 2. Comportamiento de dengue en Colombia vs. el índice ONI –ERSST.v5, 2007 – 2024



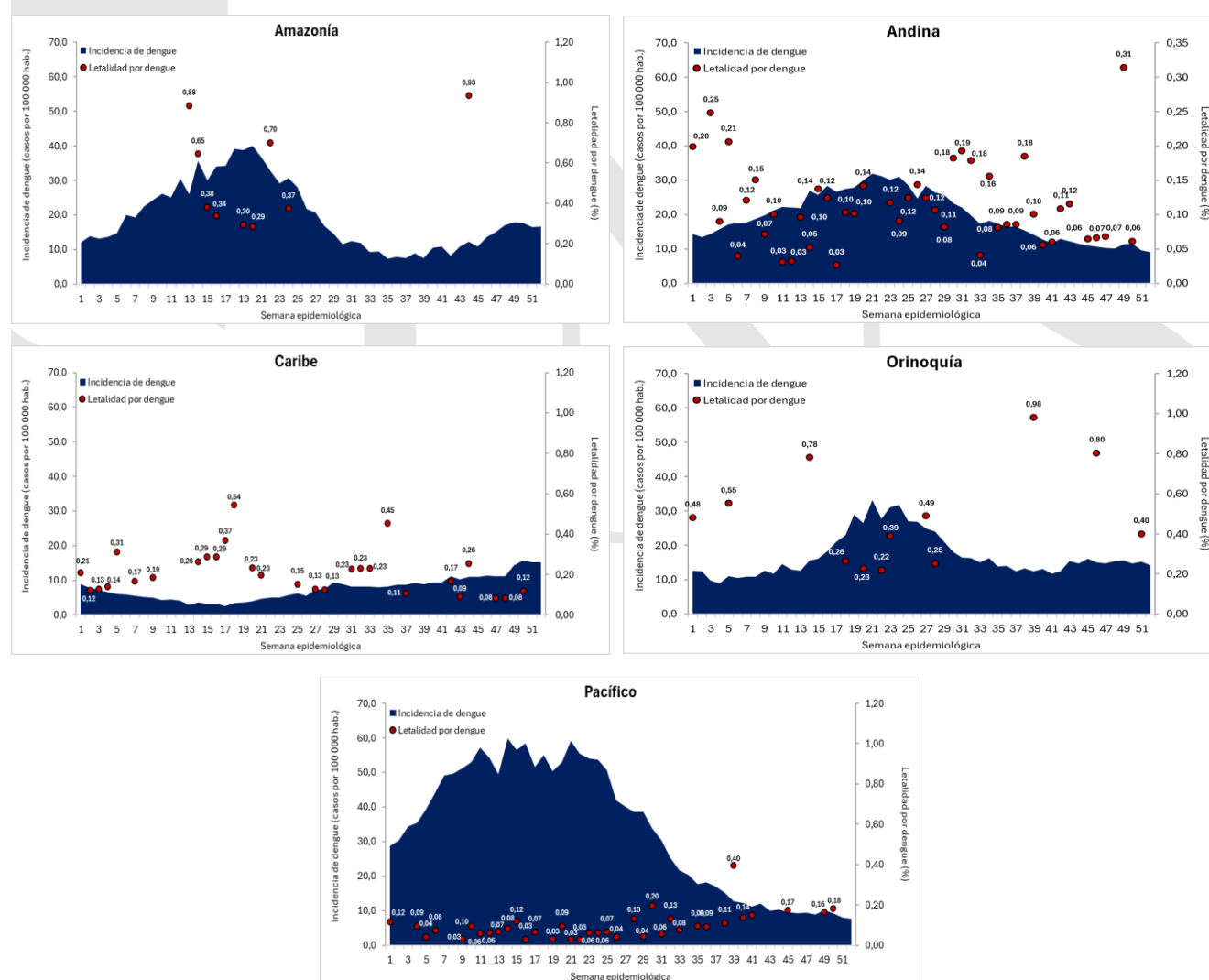
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Por región geográfica, el 45,8 % (142 921) de los casos de dengue notificados a nivel nacional se registraron en la región Andina, seguido por la región Pacífica con el 33,1 % (103 471). Según la incidencia del evento, la región Pacífica registró el valor más alto con 1 733,2 casos por 100 000 habitantes, seguido por la región Amazonía y Andina con 1 015,8 casos por 100 000 habitantes y 1 013,1 casos por 100 000 habitantes, respectivamente, regiones que superaron a su vez la incidencia nacional.

En la región *Amazonía*, el comportamiento del evento estuvo principalmente dado por la notificación de casos en Caquetá y Putumayo concentrando el 80,2 % (7 099) de los casos de la región. Durante el primer semestre del año, la incidencia semanal en esta región fue significativamente superior a la observada durante el segundo semestre, con un promedio semanal de 25 casos por 100 000 habitantes, este comportamiento fue similar en todos los departamentos de la región, con una mayor variación en Amazonas, Putumayo y Vaupés (superior al 100 %) (Figura 3). De acuerdo con la situación epidemiológica, en los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guainía, Putumayo y Vaupés el evento se ubicó por más de 30 semanas *por encima del límite superior esperado* con respecto a su histórico (Anexo 3).

En la región *Orinoquía*, el comportamiento del evento estuvo dado principalmente por la notificación de casos en Meta que aportó el 55,7 % (8 104) de los casos. En esta región, se observó aumento de la incidencia entre la semana epidemiológica 17 a 29 relacionado principalmente por el comportamiento registrado en Meta, Arauca y Casanare que también presentaron durante este periodo un aumento significativo de casos concentrando el 68,8 % (5 576) del total regional (Figura 3), mientras que Vichada presentó un aumento significativo de los casos entre la semana epidemiológica 27 a 36, periodo donde se concentró el 43,6 % (193) de los casos a nivel departamental. De acuerdo con la situación epidemiológica, en los departamentos de Arauca, Meta y Vichada el evento se ubicó por más de 47 semanas *por encima del límite superior esperado* con respecto a su histórico, diferente a lo observado en Casanare donde solamente se mantuvo en esta situación durante 20 semanas (Anexo 3).

Figura 3. Incidencia de dengue y letalidad por dengue grave según región geográfica y semana epidemiológica, Colombia, 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

En la región *Andina*, el comportamiento del evento estuvo principalmente dado por la notificación de casos en Antioquia, Huila, Santander y Tolima que concentraron el 69,6 % (99 487) de los casos. Con respecto al comportamiento del evento en la región, se observa una clara tendencia al aumento de la incidencia semanal desde la semana epidemiológica 01 a la 26, a partir de la semana epidemiológica 27 la incidencia semanal empieza a disminuir gradualmente; este comportamiento fue similar al observado en todos los departamentos de esta región que durante el primer semestre presentaron el mayor número de casos del evento, excepto en Antioquia, Caldas y Risaralda que presentaron un comportamiento diferente, aunque desde la semana epidemiológica 39 también mostraron un descenso paulatino de los casos (Figura 3). De acuerdo con la situación epidemiológica, todos los departamentos se ubicaron en más de 35 semanas *por encima del límite superior esperado* con respecto a su histórico, siendo las entidades territoriales de Antioquia, Cundinamarca, Quindío, Risaralda y Santander las que se ubicaron en todo el año en esta situación (Anexo 3).

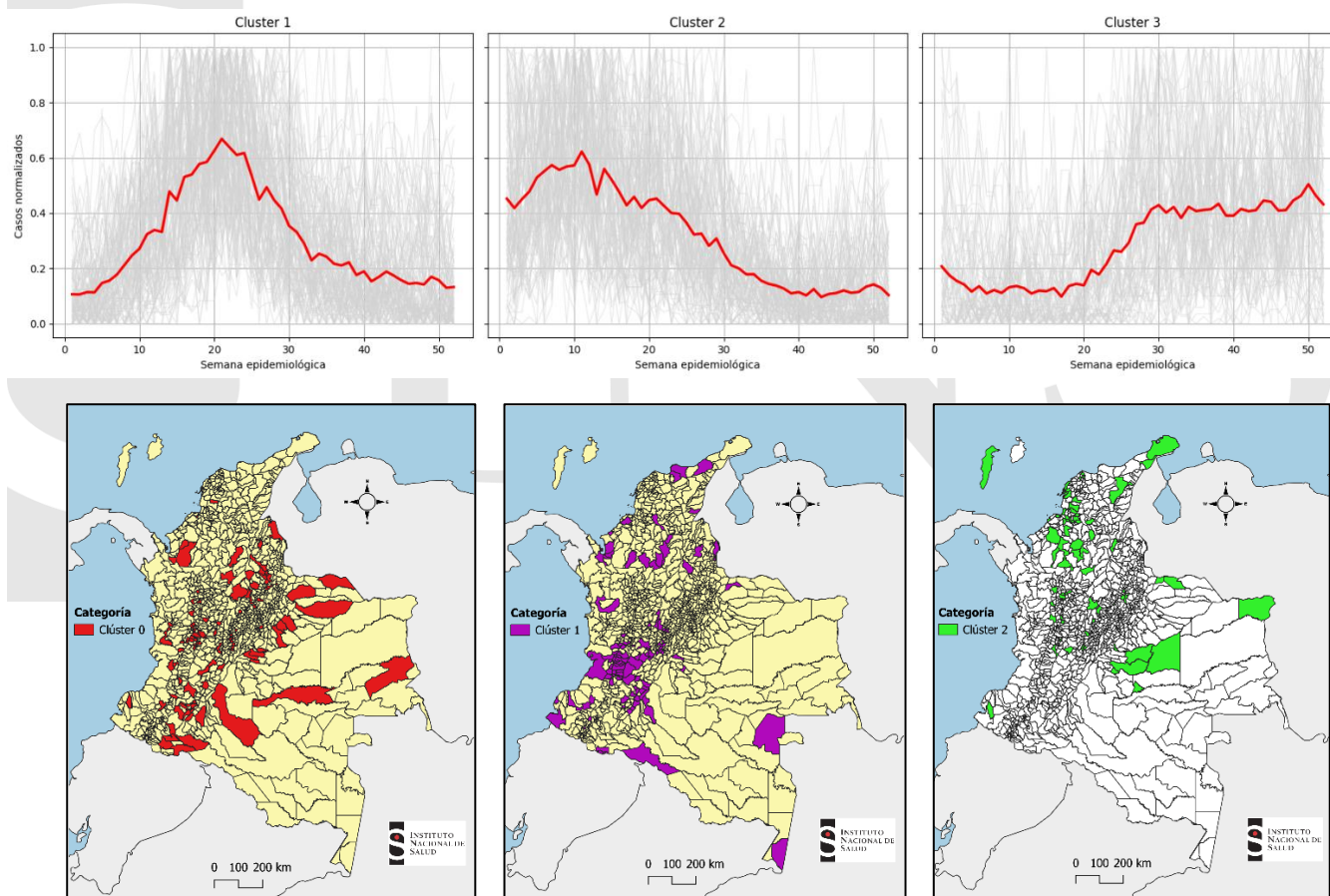
En la región *Caribe*, el comportamiento del evento estuvo principalmente dado por la notificación de casos en Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Córdoba y Sucre que aportaron el 74,3 % (31 463) de los casos. En esta región, se observa la mayor incidencia semanal durante el segundo semestre del 2024 con un promedio de 10,2 casos por 100 000 habitantes, comportamiento similar en todos los departamentos de la región excepto Cesar, Magdalena y Santa Marta donde la mayor notificación de casos se registró durante el primer semestre del año (Figura 3). De acuerdo con la situación epidemiológica, en los departamentos de Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Córdoba y el Archipiélago de San Andrés y Providencia el evento se ubicó en más de 30 semanas *por encima del límite superior esperado* con respecto a su histórico (Anexo 3).

En la región *Pacífica*, el comportamiento del evento estuvo principalmente dado por la notificación de casos en Valle del Cauca y Cali que concentraron el 85,0 % (87 914) de los casos. Con respecto al comportamiento del evento, se observa un aumento significativo de la incidencia semanal durante el primer semestre de 2024 con un promedio semanal de 49,1 casos por 100 000 habitantes, comportamiento que fue similar al observado en los departamentos de la región (Figura 3). De acuerdo con la situación epidemiológica, en los departamentos de Cauca, Chocó y Nariño el evento se ubicó por más de 50 semanas *por encima del límite superior esperado* con respecto a su histórico (Anexo 3).

A nivel municipal sin tener en cuenta los distritos, los municipios que registraron la mayor proporción de casos concentrando el 33,6 % (104 831) fueron: Ibagué – Tolima (13 442), Bucaramanga – Santander (11 479), Neiva – Huila (6 687), Floridablanca – Santander (6 416), Jamundí – Valle del Cauca (5 837), Palmira – Valle del Cauca (5 582), Guadalajara de Buga – Valle del Cauca (4 973), Medellín – Antioquia (4 926), Pereira – Risaralda (4 750), Yumbo – Valle del Cauca (4 259), Tuluá – Valle del Cauca (4 231), Cúcuta – Norte de Santander (3 909), Villavicencio – Meta (3 745), Popayán – Cauca (3 709), Pitalito – Huila (3 662), Piedecuesta – Santander (3 642), Armenia – Quindío (3 591), Cartago – Valle del Cauca (3 564), Fusagasugá – Cundinamarca (3 386), Florida – Valle del Cauca (3 041). Las incidencias de dengue (casos por 100 000 habitantes) más altas se observaron en los municipios de Saladoblanco – Huila (18 869,0), Ancuyá – Nariño (17 647,1), Oporapa – Huila (13 932,7), Vijes – Valle del Cauca (11 560,7), Vergara – Cundinamarca (8 174,7), Nuquí – Chocó (7 607,9), Tiquisio – Bolívar (7 539,3), San Agustín – Huila (7 473,5), Belén de Umbría – Risaralda (6 879,1), San Pablo de Borbur – Boyacá (6 582,4), Rioblanco – Tolima (6 543,5), El Charco – Nariño (6 306,8), Montecristo – Bolívar (6 263,9), La Unión – Valle del Cauca (6 014,4).

Mediante el agrupamiento de series temporales de los municipios en riesgo por dengue, se seleccionaron 288 municipios para el análisis de clustering al cumplir con el umbral establecido de 3 casos semanales en promedio durante el 2024. El análisis permitió identificar tres patrones temporales diferenciados: el clúster 0, agrupó municipios con un patrón epidémico ascendente desde las primeras semanas del año, alcanzando su pico entre las semanas 20 y 25, seguido de un descenso progresivo, similar al comportamiento observado en general a nivel país, en este grupo se identificaron 113 municipios que en su mayoría se ubicaron en la región Andina (62,8 %). El clúster 1, evidenció un incremento más temprano, con un pico hacia la semana 10 y posterior descenso sostenido; en este grupo se identificaron 101 municipios, que en su mayoría se ubicaron en la región Andina (48,5 %) y Pacífico (33,7 %). Finalmente, el clúster 2 se caracterizó por una notificación baja durante el primer semestre del año, con un ascenso gradual que alcanzó su punto máximo hacia las semanas 45 a 50, en este grupo se identificaron 74 municipios con este comportamiento, ubicados principalmente en la región Andina (37,8 %) y Caribe (47,3 %) (Figura 4).

Figura 4. Patrones temporales y distribución geográfica de municipios agrupados mediante clustering de series temporales de dengue, Colombia, 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Por otro lado, los municipios en los que el comportamiento de dengue se ubicó por encima del límite superior por más de 40 semanas epidemiológicas fueron:

Municipios de muy alta transmisión: Medellín y Bello – Antioquia, Magangué – Bolívar, Florencia – Caquetá, Girardot y Villota – Cundinamarca, Neiva y Pitalito – Huila, San Andrés de Tumaco – Nariño, Villa del Rosario – Norte de Santander, Armenia – Quindío, Pereira – Risaralda, Bucaramanga, Floridablanca, Girón, Piedecuesta y San Gil – Santander, Ibagué, Espinal y Líbano – Tolima, Guadalajara de Buga, Cartago y Tuluá – Valle del Cauca, Puerto Asís – Putumayo.

Municipios de alta transmisión: Copacabana y Envigado – Antioquia, Tierralta – Córdoba, Fusagasugá y La Mesa – Cundinamarca, Restrepo – Meta, Tibú – Norte de Santander, Calarcá, Montenegro y Quimbaya – Quindío, Dosquebradas – Risaralda, Jamundí y Yumbo – Valle del Cauca, San Antonio – Tolima, Arauca – Arauca, Paz de Ariporo – Casanare, Mocoa y Villagarzón – Putumayo.

Municipios de mediana transmisión: Cáceres, Caldas, Caucasia, La Estrella, Remedios y San Juan de Urabá – Antioquia, Tiquisio y Turbaco – Bolívar, Otanche – Boyacá, Viterbo – Caldas, San Agustín y Gigante – Huila, Chinácota – Norte de Santander, Circasia – Quindío, Barichara, Charalá, Landázuri, Los Santos – Santander, Icononzo, Ortega y Rioblanco – Tolima, Alcalá, Caicedonia, Dagua, Guacarí, La Unión, Pradera, Riofrío, Roldanillo, Sevilla, Trujillo y Zarzal – Valle del Cauca, Fortul y Tame – Arauca, Puerto Guzmán – Putumayo, San Andrés – Archipiélago de San Andrés.

Municipios de baja transmisión: Achí y Montecristo – Bolívar, San Pablo de Borbur – Boyacá, Belalcázar, Salamina – Caldas, Popayán, Caloto, Guachené – Cauca, Anolaima, Arbeláez, Cachipay, La Peña, Sasaima y Tena – Cundinamarca, Saladoblanco – Huila, El Charco, Olaya Herrera y Roberto Payán – Nariño, Mistrató, Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal – Risaralda, Curití, Málaga, Puerto Parra y Vélez – Santander, Cajamarca, Villarrica – Tolima, Andalucía, Calima, El Dovio, Ginebra, La Cumbre, San Pedro, Toro y Vijes – Valle del Cauca.

Durante el 2024, se notificaron al sistema de vigilancia en salud pública - Sivigila 634 muertes posiblemente atribuidas a dengue, el 98,7 % (626) procedente de Colombia y el 1,3 % (8) con procedencia Exterior (Venezuela). De las muertes probables por dengue notificadas, en el 44,8 % (284) se estableció el evento de dengue como causa del fallecimiento. El 98,2 % (279) de las muertes por dengue proceden de Colombia y el 1,8 % (5) proceden del Exterior (Venezuela). De acuerdo con el comportamiento de la mortalidad, en el primer semestre de 2024 se presentaron el 56,7 % (161) de las muertes por dengue con un registro promedio de 6 casos confirmados por semana epidemiológica. A nivel nacional, la letalidad por dengue fue de 0,09 % (Anexo 4), mientras que la letalidad por dengue grave fue de 9,3 %.

Por región geográfica, la región que registró el mayor número de muertes confirmadas por dengue fue la región Andina con 141 fallecimientos, mientras que las mayores letalidades por dengue se observaron en la región Amazonia con 0,19 % y región Orinoquía con 0,12 %, con 17 muertes confirmadas por dengue cada una. Las entidades territoriales que concentran el 60,1 % de las muertes atribuidas al evento son Santander (33), Valle del Cauca (28), Tolima (23); Antioquia (22), Cali (21), Huila (19), Putumayo (12) y Risaralda (12); mientras que, las entidades con la letalidad por dengue más alta y que superan a su vez la meta establecida por Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (> 0,10 %) son en su orden: Buenaventura, Guainía, La Guajira, Putumayo, Cesar, Vichada, Arauca, Guaviare, Santa Marta, Bolívar, Sucre, Risaralda, Antioquia, Caquetá, Norte de Santander, Cartagena, Caldas, Quindío, Boyacá, Chocó (Figura 3, Anexo 4).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

De las 279 muertes por dengue procedentes del país, el 51,6 % (144) correspondieron a mujeres y el 48,4 % (135) a hombres. En cuanto a la edad, el 46,3 % (129) de los fallecimientos se concentraron en personas mayores de 40 años, siendo el grupo de 65 años y más el más afectado, con el 28,7 % (80) de las muertes, seguido del grupo de 40 a 64 años con el 20,4 % (57). Por pertenencia étnica, el 3,9 % (11) se identificaron como indígenas y el 5,0 % (14) como población Negro, Mulato, Afrocolombiano. En términos de afiliación al sistema de salud, el 59,5 % (166) estaban afiliados al régimen subsidiado y el 36,6 % (102) al contributivo. En cuanto al estrato socioeconómico, el 40,1 % (112) de las muertes correspondieron al estrato 1 (Bajo-bajo) y el 38,7 % (108) al estrato 2 (Bajo). En relación con los grupos poblacionales identificados, se reportaron muertes en personas con discapacidad (3 casos), gestantes (2 casos) y migrantes (2 casos). Por grupo de edad, la letalidad más alta se observó en el grupo de 65 y más años con un indicador de 0,47 %, seguido por el grupo de 40 a 64 años (0,12 %) y 0 a 4 años (0,09 %).

Durante el 2024, se observó una mayor probabilidad de morir por dengue en pacientes con dengue grave que presentaron las siguientes características: edad de 40 a 64 años (OR: 2,17; IC 95 %: 1,58–2,98) y 65 años o más (OR: 4,85; IC 95 %: 3,61–6,52), personas pertenecientes a la población indígena (OR: 3,26; IC 95 %: 1,63–6,50) y afrocolombiana (OR: 2,10; IC 95 %: 1,17–3,79); así como en personas procedentes de la región Amazonía (OR: 2,33; IC 95 %: 1,36–4,01) y con ocupación ama de casa (OR: 1,73; IC 95 %: 1,26–2,38). A nivel clínico, se asoció significativamente con mayor letalidad los signos de somnolencia o irritabilidad (OR: 3,21; IC 95 %: 2,43–4,24), hipotensión (OR: 4,67; IC 95 %: 3,59–6,08), hipotermia (OR: 6,43; IC 95 %: 3,52–11,73), acumulación de líquidos (OR: 1,50; IC 95 %: 1,10–2,04), hemorragia con compromiso hemodinámico (OR: 2,66; IC 95 %: 2,01–3,53), shock (OR: 13,69; IC 95 %: 9,96–18,81) y daño grave en órganos (OR: 1,81; IC 95 %: 1,41–2,32) (Figura 5).

Por otro lado, se identificó una menor probabilidad de fallecer en el grupo de edad de 10 a 14 años (OR: 0,32; IC 95 %: 0,20–0,52), 15 a 19 años (OR: 0,46; IC 95 %: 0,30–0,70), en otros grupos poblacionales (OR: 0,41; IC 95 %: 0,26–0,64) y en personas con ocupación de estudiante (OR: 0,35; IC 95 %: 0,26–0,47) (Figura 5).

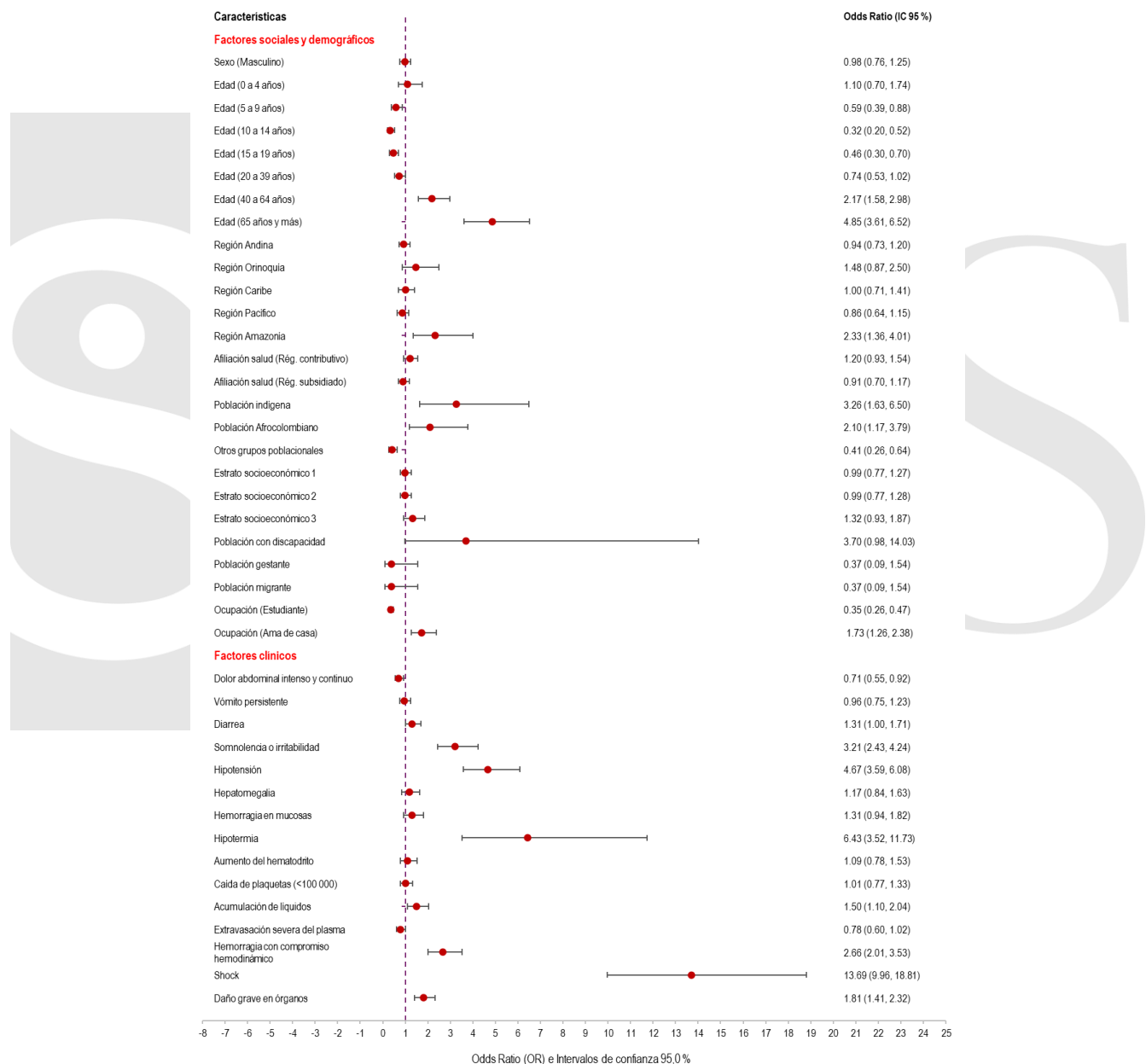
Para 2024, de 629 muertes atribuidas al evento se realizaron 270 unidades de análisis con tablero de problemas de mortalidad por dengue, con la siguiente distribución: Santander (33), Valle Cauca (28), Tolima (24), Cali (21), Antioquia (20), Huila (19), Norte Santander (14), Putumayo (12), Risaralda (12), Bolívar (9), Cundinamarca (8), Meta (8), Quindío (8), Cesar (8), Cartagena (7), La Guajira (5), Sucre (5), Buenaventura (4), Arauca (4), Caldas (3), Casanare (3), Caquetá (3), Boyacá (2), Atlántico (2), Chocó (2), Barranquilla (1), Guaviare (1), Cauca (1), Santa Marta (1), Córdoba (1) y Guainía (1).

Se identificaron en total 1 834 características o situaciones problema siendo la categoría de servicios de salud la que más características o situaciones problema fueron relacionadas 62,7 % (1 150). El 16 % corresponde a la entidad territorial de Santander. Respecto a esta categoría, se identificó que el factor predominante fue prestación de servicios individuales con el 62,7 % (721 situaciones problemas), dentro de este factor el no cumplimiento a las acciones establecidas en las guías de atención clínica fue la situación problema más reportada en el 30 % de los casos, seguido de inadecuado diligenciamiento de la historia clínica en el 16,7 % de los casos (Anexo 5).

Para la categoría individuo, se identificaron 684 características individuales; el factor con mayor número de características identificadas fue conocimientos, actitudes y prácticas en salud con el 56,4 % (386 características) del total de esta categoría, siendo baja percepción de riesgo en salud para acudir a

servicios de salud la característica más identificada en el 30,5 % (118) de los casos. El factor con menos características identificadas fue acceso a los servicios de salud (74 características), no obstante, el 60,8 % de los casos indicaron prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud (Anexo 5).

Figura 5. Factores sociales, demográficos y clínicos relacionados con la probabilidad de morir en pacientes notificados como dengue grave, Colombia, 2024



www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

De acuerdo con los indicadores relacionados con la atención de los casos (hospitalización y confirmación), se observó que las entidades territoriales de La Guajira, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Guainía, Guaviare y Vaupés confirmaron el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma; mientras que, Atlántico, Boyacá, Buenaventura, Caquetá, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Chocó, La Guajira, Magdalena, Quindío, Santander, Sucre, Putumayo, Guainía, Guaviare y Vaupés confirmaron el 100 % de los casos de dengue grave notificados (Anexo 6).

Con respecto al porcentaje de hospitalización, Barranquilla, Bolívar, Boyacá, Cartagena, Córdoba, Chocó, La Guajira, Magdalena, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada hospitalizaron el 100 % de los casos de dengue grave notificados; por el contrario, al revisar el porcentaje de hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades territoriales de Cesar, Putumayo y Vaupés registraron un indicador superior al 99,0 % (Anexo 6).

Vigilancia entomológica

Con respecto a la actualización de los mapas de registro de la especie *Aedes aegypti*, acorde con el registro histórico de los levantamientos entomológicos realizados desde el 2020 y hasta diciembre del 2024, esta especie se encuentra en 759 de los 1123 municipios en Colombia. Expresado en términos de porcentaje de cobertura, esta especie se encuentra distribuida en un 67,6% del territorio colombiano. Durante el año 2024, la presencia de esta especie se registró en 548 municipios y 1571 localidades.

Para la especie *Aedes albopictus*, acorde con el registro histórico de los levantamientos entomológicos entre el 2020 y diciembre del 2024, esta especie se encuentra en 416 de los 1123 municipios en Colombia. Expresado en términos de porcentaje de cobertura, se encuentra distribuida en un 37% del territorio colombiano. Durante el año 2024, la presencia de esta especie se registró en 215 municipios y 329 localidades. Vale la pena mencionar que *Ae. albopictus* se registró en 24 localidades nuevas, pertenecientes a los departamentos de Antioquia (3 localidades), Boyacá (9 localidades), Cesar (3 localidades), Córdoba (5 localidades), Guainía, Cauca, Guaviare y Tolima (cada uno de ellos con 1 localidad) (Anexo 7).

Para el año 2024 se realizó el levantamiento de índices aélicos en 1099 localidades para el primer semestre y en 697 localidades para el segundo semestre. La categorización en niveles de riesgo empleando el Índice de vivienda (ILV) arrojó que, para el primer semestre del año, en nivel de riesgo “alto” se encontraron 143 localidades pertenecientes a 23 departamentos; en nivel de riesgo “medio” 148 localidades pertenecientes a 23 departamentos y en nivel de riesgo “bajo” se categorizaron 158 localidades de 21 departamentos (Anexo 7).

Para el segundo semestre del año, en nivel de riesgo “alto” se encontraron 130 localidades pertenecientes a 23 departamentos; en nivel de riesgo “medio” 118 localidades pertenecientes a 20 departamentos y en nivel de riesgo “bajo” se categorizaron 123 localidades de 17 departamentos (Anexo 7).

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

4. Discusión

Durante el 2024 la notificación de dengue a nivel nacional se mantuvo *por encima del límite superior esperado* del canal endémico, evidenciando una tendencia creciente que se prolongó hasta la semana epidemiológica 21 de 2024, comportamiento que había iniciado desde finales de 2023. En este periodo de mayor notificación, Valle del Cauca, Cali, Santander, Tolima y Huila concentraron la mayor proporción de casos reportados en el país. Ante este escenario, se mantuvieron vigentes las directrices establecidas en 2023 para la intensificación y fortalecimiento de las acciones en las distintas líneas estratégicas: gestión integral de la contingencia, vigilancia en salud pública, promoción de la salud y prevención primaria, manejo integral de casos y, comunicación del riesgo y para la salud), estas orientaciones fueron dispuestas a través de las circulares conjuntas externas N° 002 “*Instrucciones para la intensificación y fortalecimiento de las acciones de prevención, atención integral, vigilancia y control de dengue en Colombia*” y N° 013 “*Instrucciones para la organización y respuesta para el control del dengue en Colombia*” (1,2).

En Colombia, el comportamiento del dengue durante este periodo fue similar al observado en la región de las Américas, donde también se registró el mayor número histórico de casos, superando los años epidémicos previos y alcanzando su punto máximo entre la SE 12 a 14 de 2024. Esta tendencia regional estuvo influenciada principalmente por el elevado número de casos notificados en Brasil (10 272 999 casos), país que a su vez presentó la misma tendencia regional; seguido por Argentina, México Colombia, Paraguay, Perú, Guatemala y Honduras, los cuales reportaron más de 100 000 casos durante el 2024 (3).

Con respecto a la incidencia de dengue por país (casos por 100 000 habitantes), Colombia se ubicó en la posición 18 a nivel regional, por debajo de países como Guyana (5 650,1), Guayana Francesa (5 047,6), Brasil (4 720,2), Paraguay (4 257,6), Guadalupe (2 781,8), Martinica (2 011,8), Isla de San Martín – Francia (1 931,2), Honduras (1 847,0), San Bartolomé (1 573,7), Nicaragua (1 288,4), Argentina (1 282,7) y Guatemala (1 027,2). En cuanto al indicador de letalidad por dengue, Colombia ocupó el décimo lugar junto con otros países como Perú, Honduras y México que también reportaron una letalidad de 0,09 %, por debajo de países como Suriname (3,16 %), Trinidad y Tobago (0,95 %), República Dominicana (0,34 %), Uruguay (0,28 %), Panamá (0,14 %), Puerto Rico (0,13 %), Ecuador (0,12 %), El Salvador (0,11 %) y Guatemala (0,10 %) (3).

En 2024, la incidencia de dengue nacional (casos por 100 000 habitantes) presentó un aumento significativo en comparación con los valores históricos registrados incluidos los años epidémicos. En particular, se registró un incremento del 41,1 % con respecto a 2010 (664,2), del 97,6 % frente a 2013 (474,5), del 163,2 % en comparación con 2016 (356,1), del 101,2 % respecto a 2019 (465,9) y del 142,1 % en relación con 2023 (387,2). Por otro lado, la letalidad por dengue en 2024 fue superior a la registrada en 2007 (0,06 %), 2008 (0,05 %) y 2017 (0,08 %); inferior a la observada en los años 2010 (0,18 %), 2011 (0,14 %), 2012 (0,16 %), 2013 (0,15 %), 2014 (0,15 %), 2015 (0,16), 2016 (0,12), 2018 (0,15 %), 2019 (0,10 %), 2021 (0,15 %) y 2022 (0,12 %); y similar a la registrada en 2009, 2020 y 2023, años en las que la letalidad también fue de 0,09 % (4).

Por entidad territorial, la mayoría de los departamentos y distritos presentaron un aumento significativo en la notificación de casos por encima del 30 % con respecto al promedio notificado (2014-2023), siendo Caldas, Cauca, Cundinamarca, Nariño, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés, Santander y Valle del Cauca, las entidades con las mayores variaciones; mientras que entidades

territoriales como Cesar, Magdalena y Santa Marta presentaron las menores variaciones con porcentajes entre 3,5 % y 15,3 %. Comportamiento similar se observó con la notificación de casos de dengue grave, donde la mayoría de las entidades territoriales presentaron un aumento significativo de los casos, excepto en las entidades territoriales de Amazonas, Casanare, Guainía, Guaviare, Archipiélago de San Andrés y Providencia y Vichada las cuales presentaron un comportamiento estable con respecto al promedio notificado (2014-2023); mientras que Atlántico, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Santa Marta presentaron un descenso significativo con respecto al promedio histórico.

Al comparar la notificación de casos de dengue en 2024 con la reportada en 2023, año en el que se inició la fase epidémica en el país, se evidenció un aumento significativo en la mayoría de las entidades territoriales. Sin embargo, en los departamentos de Amazonas, Cesar, La Guajira, Guaviare, Magdalena, Meta, Vaupés y en el distrito de Santa Marta, se observó una disminución en la notificación de casos en 2024 en comparación con 2023, con reducciones que oscilaron entre el 20 % a 44 %. Con relación a los casos de dengue grave, la mayoría de las entidades territoriales presentaron aumento significativo de los casos excepto Bolívar, Casanare, Cesar, Chocó, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Meta, los cuales presentaron un descenso significativo, y Amazonas, Nariño, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santa Marta, Sucre y Vaupés que presentaron un comportamiento estable con respecto a 2023 (4).

Con respecto al número de casos fatales por entidad territorial se observó que, en 2024 las entidades que aumentaron significativamente el número de casos fatales con respecto al promedio histórico (2014 – 2023) fueron: Antioquia, Arauca, Buenaventura, Caldas, Cali, Cauca, Cundinamarca, Huila Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Risaralda, Santander, Sucre, Tolima y Valle del Cauca; mientras que Córdoba y Magdalena, presentaron un descenso en la notificación y las demás entidades presentaron un comportamiento estable. Por otro lado, las entidades que en 2024 superaron el promedio histórico (2014- 2023) del indicador de letalidad por dengue fueron: Antioquia, Arauca, Cali, Casanare, Cesar, Chocó, Guainía, Guaviare, Huila, Meta, Norte de Santander, Putumayo y Quindío, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (4). Al comparar la letalidad por dengue en 2024 con la reportada en 2023, se observó que, Arauca, Atlántico, Bolívar, Cali, Cartagena, Casanare, Cesar, La Guajira, Huila, Meta, Santa Marta, Santander y Tolima.

Por otro lado, entre 2007 a 2024 se observó una moderada relación positiva entre los periodos cálidos y la frecuencia de casos de dengue ocurridos en el país, considerando así que durante el 2023-2024, el cambio climático relacionado con el aumento de las temperaturas y posterior declaración del Fenómeno del Niño (5,6), fue un factor que incidió en el incremento de casos en el territorio, similar a lo observado en los diferentes países de la Región (7); sin embargo, otros factores que pudieron estar relacionados con este incremento en la Región fueron: los elevados movimientos poblacionales dentro y entre países, planificación urbana desordenada, crecimiento demográfico, cambios en los serotipos circulantes o co-circulación de múltiples serotipos, entre otros factores (7,8); por lo anterior, desde la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, instó a los países a desarrollar y fortalecer acciones para manejo eficaz de casos, prevención y control del dengue y otras Arbovirosis (9).

Durante el 2024, la incidencia de dengue en el país fue mayor en hombres que en mujeres, comportamiento similar al observado en años anteriores (32), pero diferente a lo reportado por otros autores que sugieren que la población más afectada con este virus son las mujeres, relacionado posiblemente con la domiciliación del vector *Aedes aegypti* y la labor típica de cada sexo, en el que las

mujeres suelen estar más tiempo en las viviendas (33–35); sin embargo, durante el 2024 se observó que la mayor proporción de muertes por dengue se presentó en el sexo femenino, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Por otro lado, en Colombia se reportaron casos de dengue en todos los grupos de edad durante el 2024, sin embargo, la población con la mayor incidencia fue el grupo de edad de 5 a 19 años, similar a lo registrado históricamente en el país (2019-2023) y en la región de las Américas en los últimos años, siendo los niños y jóvenes los que tienen una carga de la enfermedad considerable y quienes además, pueden presentar un alto grado de severidad de la enfermedad, por lo que es necesario activar en las instituciones prestadoras de salud los protocolos para la identificación temprana de los signos de alarma en niños y adolescentes con dengue para prevenir la progresión de la enfermedad y evitar la mortalidad por el evento (36–40).

Por otro lado, la letalidad por dengue en 2024 presentó un descenso al compararlo con el promedio 2019-2023, en los grupos de edad 0 a 5 años, 5 a 9 años, 10 a 17 años y 18 a 39 años, mientras que se observó un aumento de la letalidad por dengue en el grupo de 65 y más años con respecto al periodo histórico, aunque este no fue estadísticamente significativo. Sin embargo, durante este análisis se observó que, el grupo de 40 a 64 años y 65 años y más, presentaron un mayor riesgo de morir por dengue grave, coincidiendo con estudios en los que principalmente la infección por dengue en personas mayores de 60 años se asocia con un riesgo más alto de complicaciones, en comparación con otros grupos de edad (41–44), por lo tanto, cada vez se hace más necesario identificar oportunamente la población con mayor probabilidad de progresión a una enfermedad grave y realizar un manejo clínico adecuado, siguiendo las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social (45).

Durante el 2024, se identificó que los pacientes con dengue grave y con manifestaciones hemorrágicas y afectación sistémica presentaban una mayor probabilidad de riesgo de morir por la enfermedad, similar a lo observado en otros estudios realizados en otros países de la región (46–49); asimismo, se identificaron otras características clínicas en pacientes con una mayor probabilidad de riesgo de morir por la enfermedad, como somnolencia o irritabilidad, hipotensión y acumulación de líquidos, manifestaciones que se describen en la definición de caso de dengue con signos de alarma, resultados que apoyan la importancia de identificar oportunamente los signos de alarma en los pacientes con dengue para que puedan recibir un manejo clínico adecuado y así evitar la mortalidad por el evento (40,44,45,50).

Por otro lado, en las muertes por dengue si bien el número de casos reportados durante el 2024 fue superior con respecto a 2023, los factores y las situaciones problema muestran cierta similitud con lo descrito en el año anterior (23), donde, el factor que más se presentó fue prestación de servicios individuales y dentro de este factor, el no cumplimiento a las acciones establecidas en las guías de atención clínica fue la situación problema más reportada. En la categoría individuo, sigue siendo la baja percepción de riesgo en salud la característica más identificada, seguido desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador; lo que a su vez implica una falla en los diferentes sistemas de educación y comunicación del riesgo. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los determinantes sociales de la equidad en salud, la pobreza y la desigualdad económica conducen a unos bajos niveles de salud de la población, en un sentido más amplio, dañan las economías y las sociedades, donde los más afectados se ven obligados a desplazarse a zonas rurales dispersas expuestos en áreas endémicas con modificación de su productividad económica, con

barreras para los servicios de salud, donde los mismos son limitados por su capacidad instalada lo que conduce a costos de protección social y de atención médica aumentados y evitables (51).

De acuerdo con el resultado de los indicadores de gestión se observó que, a nivel nacional no se cumplió con la meta establecida de confirmación y hospitalización del 100 % de los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave, comportamiento similar a lo observado en años anteriores (32,52), esta situación incide en que al tener una baja confirmación no es posible realizar un diagnóstico diferencial con enfermedades clínicamente semejantes como sarampión, leptospirosis, entre otras; asimismo, denota problemas en la prestación de los servicios en salud al no garantizar el acceso efectivo a las tecnologías en salud a pesar que se encuentren establecidas en el Plan de Beneficios en Salud (53). Con respecto a la no hospitalización, esta situación puede aumentar la complicación de los casos al no recibir un manejo clínico adecuado, esta premisa se refuerza la observar que, durante este año uno de los principales problemas asociados a las muertes por dengue se relacionó con la prestación de servicios individuales, situación ha sido constante a través de los últimos años (32,54).

La expansión a nivel mundial de *Ae. aegypti* desde los bosques africanos y de *Ae. albopictus* desde Asia durante el último siglo se debió a un cambio de hábitos zoonóticos a antropofílicos, la adaptación de estas especies a criaderos en entornos domésticos y peri domésticos, el rápido crecimiento de la población humana y el aumento en el comercio internacional. Actualmente, las tendencias en la expansión de estas especies sugieren un proceso más complejo y estructurado a nivel espacial, donde los principales factores incidentes son el clima, la creciente urbanización y factores socioeconómicos en cada región (55,56).

En Colombia, el registro de los cambios en los patrones de distribución de los diferentes mosquitos vectores constituye uno de los principales objetivos de la vigilancia entomológica, así como la descripción de su biología y dinámicas de dispersión en diferentes condiciones ambientales. El registro de nuevas localidades con presencia de estas especies hace parte de las actividades enmarcadas en la vigilancia entomológica y contribuye a conocer las dinámicas poblacionales de los mosquitos en ecosistemas urbanos, con el fin de identificar factores de importancia en las actividades de prevención y control (57).

Para *Ae. aegypti*, la información obtenida de estos estudios entomológicos representa un panorama temporal de la densidad de esta especie en las localidades muestreadas y permite realizar una categorización de riesgo empleando los índices entomológicos para larvas y pupas (Índice de vivienda, índice de depósitos) con el fin de priorizar áreas de intervención.

Vale la pena destacar que desde el año 2020 se ha venido registrando un aumento en el número de municipios donde se ha reportado la especie *Ae. albopictus*, pasando de 57 localidades en el 2020 a 329 localidades en el 2024. Aunque esta no es una especie considerada como vector primario en la transmisión de arbovirus, se ha encontrado naturalmente infectado con dengue de manera esporádica en algunos países de las Américas (58).

Acorde con proyecciones de distribución para *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus* basados en factores climáticos (cambio climático), a medida que aumentan las temperaturas globales, se espera que muchas regiones experimenten sequías más frecuentes y severas. Considerando que los huevos de *Ae. albopictus* presentan una menor resistencia a la desecación en comparación con los huevos de *Ae.*

aegypti, estas condiciones climáticas podrían limitar a futuro su distribución, abundancia y la dinámica de transmisión de arbovirus (56).

5. Conclusiones

- En 2024 la incidencia de dengue en el país presentó un aumento significativo en comparación con los valores históricos registrados; sin embargo, la proporción de casos de dengue sin signos de alarma fue superior a los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave, diferente a lo observado en la última epidemia (2019-2020); aunque en entidades territoriales como Atlántico, Caquetá, Cesar, Exterior, La Guajira, Magdalena, Santa Marta y Sucre, la proporción de casos de dengue con signos de alarma y dengue grave superaron el 50,0 % del total de casos notificados.
- Durante el 2024, el evento a nivel nacional se ubicó por encima del límite superior del canal endémico, en comparación con su comportamiento histórico. Este comportamiento estuvo influenciado principalmente por el aumento en la notificación de casos en Valle del Cauca, Santander, Cali, Tolima, Huila, Antioquia y Cundinamarca.
- El 54,0 % (20) de las entidades territoriales en riesgo para dengue se ubicaron durante más de 40 semanas epidemiológicas del 2024 por encima del límite superior esperado comparado con su histórico: Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Caldas, Cauca, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vichada.
- Por entidad territorial, Valle del Cauca, Huila, Vaupés, Tolima, Cundinamarca, Santander, Cali, Vichada, Quindío, Amazonas, Putumayo y el Archipiélago de San Andrés y Providencia reportaron las tasas de incidencia más altas (superior a 1290 casos por 100 000 habitantes), mientras que las letalidades por dengue más altas (superior a 0,10 %) se registraron en su orden en Buenaventura, Guainía, La Guajira, Putumayo, Cesar, Vichada, Arauca, Guaviare, Santa Marta, Bolívar, Sucre, Risaralda, Antioquia, Caquetá, Norte de Santander, Cartagena, Caldas, Quindío, Boyacá y Chocó.
- Las tasas de incidencia más altas se observaron en los menores de 19 años (> 1 500 casos por 100 00 habitantes), mientras que las tasas de letalidad por dengue más altas se observaron en el grupo mayor de 65 años (0,47 %).
- Durante el 2024, los pacientes de dengue grave que tuvieron una mayor probabilidad de fallecer por el evento mostraron las siguientes características: edad entre 40 a 64 años y más de 65 años, población indígena y afrocolombiana, procedentes de la región Amazonía, ocupación ama de casa; a nivel clínico, presentaron somnolencia o irritabilidad, hipotensión, hipotermia, acumulación de líquidos, hemorragia con compromiso hemodinámico, shock y daño grave en órganos.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

- De acuerdo con el análisis de problemas realizado por las entidades territoriales, durante el 2024 los problemas de servicios de salud más frecuentes fueron los relacionados con el factor *prestación de servicios individuales y acciones de promoción y mantenimiento de la salud*; mientras que, las principales características relacionadas con el individuo, fueron *conocimientos, actitudes y prácticas en salud*, siendo de este el factor de la *baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud* la más identificada por las entidades.
- Para el año 2024, *Ae. albopictus* presentó una distribución en el 37% del territorio nacional, resaltando que 24 localidades corresponden a nuevos registros de esta especie, representando un factor de riesgo a considerar en la transmisión del virus del dengue (DENV).

6. Recomendaciones

A las entidades territoriales:

- Fortalecer las acciones de vigilancia en salud pública del evento desde el nivel local, siguiendo con lo establecido en el protocolo de vigilancia en salud pública (15) y las directrices dadas desde el nivel nacional a través de las diferentes circulares; analizando además de la tendencia del evento, los indicadores de gestión y predictores tempranos de gravedad de la enfermedad, (proporción de dengue con signos de alarma, dengue grave, entre otros indicadores) y difundirlos con los demás integrantes del grupo funcional, con el fin de evitar casos fatales por la enfermedad.
- Mantener una vigilancia activa del evento, mediante la realización de búsquedas activas institucionales y comunitarias, en situaciones de silencio epidemiológico o comportamientos inusuales.
- Mantener la vigilancia virológica del evento recolectando muestras biológicas en fase aguda según las directrices emitidas por el LNR de virología, con el fin de correlacionar estos resultados con el análisis epidemiológico, así como para orientar las actividades de control, promoción, prevención y vigilancia, enfocadas especialmente a la atención clínica de los casos e identificación oportuna de brotes.
- Implementar Salas de Análisis del Riesgo a nivel territorial en situaciones de brote o en las que se amerite el análisis y la orientación para la toma de decisiones, articulando acciones con los diferentes actores del grupo funcional.
- Focalizar las acciones a nivel territorial analizando conjuntamente la información epidemiológica, virológica y entomológica, que permitan mejorar el manejo integral de los casos y las acciones de promoción, prevención y control, según las orientaciones del Ministerio de Salud y Protección Social.
- En los casos de mortalidad por dengue es necesario fortalecer el envío de muestras de suero y tejido al Instituto Nacional de Salud para el análisis adecuado de los mismos, así como también la identificación de problemas de orden intersectorial insumo para evaluar las estrategias de promoción, prevención, control y vigilancia en las entidades territoriales, así como para fortalecer y dar regularidad al trabajo entre los diferentes sectores, con el fin de enfrentar los factores estructurales e intermedios determinantes del problema, e incidir a largo plazo y en forma sostenida en la carga de estas enfermedades en el marco de las garantías del derecho

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

fundamental a la salud de la población en riesgo y de los afectados por las enfermedades de transmisión vectorial.

- Fortalecer las acciones de información, educación y comunicación dirigidas a la comunidad para incidir en el factor problema relacionado a los conocimientos, prácticas y actitudes como la baja percepción del riesgo, el desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador, la inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud, entre otras situaciones problemas relacionadas a este factor.
- Ejecutar acciones de vigilancia entomológica en localidades que no hayan reportado levantamientos entomológicos previos con el fin de actualizar los registros de *Ae. albopictus* y de vectores de fiebre amarilla y encefalitis.
- Ampliar el levantamiento de índices aélicos pupales, con el fin de caracterizar y conocer los niveles de riesgo por localidad y desarrollar las acciones de control pertinentes.
- Garantizar el análisis en conjunto de los datos obtenidos de vigilancia entomológica y vigilancia epidemiológica con el fin de priorizar áreas de intervención.
- Generar informes entomológicos a nivel departamental como fuente de información fundamental para el trazado de acciones de control eficaces, oportunas y focalizadas a nivel municipal. Asimismo, actualizar la información entomológica relacionada con la estratificación de riesgo entomológico para *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus* a nivel municipal, así como la focalización de acciones de intervención a nivel de barrio permite hacer un seguimiento en la efectividad de las intervenciones realizadas.

A las Instituciones Prestadoras de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios:

- Fortalecer la capacidad técnica y operativa en cada una de las IPS para el manejo adecuado y oportuno de los casos, mediante una articulación constante entre la entidad territorial, la EAPB y la IPS para hacer el seguimiento correspondiente y garantizar la atención clínica adecuada para disminuir el riesgo de complicaciones y mortalidad, mediante la identificación de dificultades para el cumplimiento de los indicadores de gestión del evento (confirmación y hospitalización) y generación de planes de mejora.
- Fortalecer el envío de muestras de suero y tejido al Instituto Nacional de Salud en los casos de mortalidad por dengue para el análisis y confirmación de estos.
- Cumplir con los planes de mejora frente a los factores y situaciones problemas identificados en las unidades de análisis, así como con el fortalecimiento periódico de capacidades frente a las guías de manejo del evento

7. Referencias

1. Khetarpal N, Khanna I. Dengue Fever: Causes, Complications, and Vaccine Strategies. J Immunol Res [Internet]. 2016 [citado el 2 de junio de 2019];2016:6803098. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27525287>
2. Andraud M, Hens N, Marais C, Beutels P. Dynamic epidemiological models for dengue transmission: a systematic review of structural approaches. PLoS One [Internet]. 2012 [citado el 2 de junio de 2019];7(11):e49085. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23139836>

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

3. Mustafa MS, Rasotgi V, Jain S, Gupta V. Discovery of fifth serotype of dengue virus (DENV-5): A new public health dilemma in dengue control. Med journal, Armed Forces India [Internet]. enero de 2015 [citado el 2 de junio de 2024];71(1):67–70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25609867>
4. World Health Organization. DENGUE GUIDELINES FOR DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL [Internet]. 2009 [citado el 31 de enero de 2024]. Disponible en: www.who.int/tdr
5. Li GH, Ning ZJ, Liu YM, Li XH. Neurological manifestations of dengue infection. Front Cell Infect Microbiol [Internet]. 2017 [citado el 2 de junio de 2019];7(OCT):449. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29119088>
6. Li Y, Hu Z, Huang Y, Li J, Hong W, Qin Z, et al. Characterization of the Myocarditis during the worst outbreak of dengue infection in China. Medicine (Baltimore) [Internet]. julio de 2016 [citado el 2 de junio de 2019];95(27):e4051. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27399087>
7. Castellanos J, Bello J, Velandia-Romero M. Manifestaciones neurológicas durante la infección por el virus del dengue. Infectio [Internet]. el 1 de octubre de 2014 [citado el 2 de junio de 2019];18(4):167–76. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123939214000101>
8. Pereda MG, López M, Mariluz M. Dengue complicado y miocarditis: comunicación de un caso. Rev Chil infectología [Internet]. abril de 2015 [citado el 2 de junio de 2019];32(2):238–9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Bruzzone OA, Utgés ME. Analysis of the invasion of a city by Aedes aegypti via mathematical models and Bayesian statistics. Theor Ecol [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 7 de noviembre de 2023];15(1):65–80. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12080-022-00528-y>
10. Rodríguez-Morales AJ. No era suficiente con dengue y chikungunya: Llegó también Zika. Arch Med. 2015;11(2):1–4.
11. Rodríguez-Morales AJ. Aedes: Un eficiente vector de viejos y nuevos arbovirus (dengue, chikungunya y zika) en las Américas. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2015 [citado el 7 de noviembre de 2023];8(2):50–2. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/192>
12. Weaver SC, Lecuit M. Chikungunya Virus and the Global Spread of a Mosquito-Borne Disease. N Engl J Med [Internet]. el 26 de marzo de 2015 [citado el 7 de noviembre de 2023];372(13):1231–9. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra1406035>
13. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. 23 de abril de 2024. 2024 [citado el 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
14. Brady OJ, Gething PW, Bhatt S, Messina JP, Brownstein JS, Hoen AG, et al. Refining the Global Spatial Limits of Dengue Virus Transmission by Evidence-Based Consensus. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2012;6(8):15. Disponible en: www.healthmap.org/dengue/
15. LE DB, EC BT, R FD, J I, Y ZF, IC GR. Características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de dengue en Cienfuegos, Cuba. Biotempo. 2017;14(2):121–30.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Dengue: prevención y control [Internet]. 68.ª Asamblea

Mundial De La Salud. 2015. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253671/A68_29-sp.pdf;jsessionid=CEE2EFF710ACFE25898E144420937D45?sequence=1

17. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.; 2025 feb [citado el 26 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html>.
18. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de dengue [Internet]. 2018 [citado el 2 de junio de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Dengue PROTOCOLO.pdf>
19. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento dengue, Colombia, 2019 [Internet]. 2019 [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE_2019.pdf
20. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento dengue, Colombia, 2020 [Internet]. 2020 [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE_2020.pdf
21. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Dengue 2021. 2021; Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE INFORME 2021.pdf>
22. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Dengue Colombia 2022. 2022.
23. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Dengue 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/DENGUE INFORME DE EVENTO 2023.pdf>
24. Instituto Nacional de Salud - INS. Protocolo de vigilancia de Dengue: Código 210-2020-580. Inst Nac Salud [Internet]. 2022;1–29. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Dengue.pdf
25. NOAA. Climate Prediction Center [Internet]. National Weather Service. 2018 [citado el 16 de julio de 2024]. p. 2. Disponible en: https://origin.cpc.ncep.noaa.gov/products/analysis_monitoring/ensostuff/ONI_v5.php
26. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Proyecciones de población 1985-2020 [Internet]. [citado el 19 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
27. Bortman M. Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Rev Panam Salud Pública [Internet]. enero de 1999 [citado el 2 de junio de 2019];5(1):1–8. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, Instituto Nacional de Salud - INS. Lineamiento metodológico para la estratificación y estimación de la población en riesgo para arbovirosis en Colombia 2020-2023 [Internet]. 2022. 1–34 p. Disponible en:

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/lineamiento-metodologico-estimacion-poblacion-arbovirosis-colombia-2020-2023.pdf>

29. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos nacionales para la vigilancia en salud pública 2024. Bogotá; 2024.
30. Instituto Nacional de Salud. Manual para la realización de unidades de análisis de eventos de interés en salud pública priorizados. Bogotá; 2025.
31. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
32. Instituto Nacional de Salud. Publicaciones Informe de Evento [Internet]. [citado el 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
33. Álvarez Escobar M del C, Torres Álvarez A, Torres Álvarez A, Semper AI, Romeo Almanza D. Dengue, chikungunya, Virus de Zika. Determinantes sociales. Rev Médica Electrónica [Internet]. 2018 [citado el 3 de junio de 2019];40(1):120–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100013
34. Jaramillo AC. Infecciones por arbovirus. Rev MVZ Córdoba. 2000;5(1):51–6.
35. Ochoa Ortega MR, Casanova Moreno M de la C, Díaz Domínguez M de LÁ. Análisis sobre el dengue, su agente transmisor y estrategias de prevención y control. Rev Arch Médico Camagüey [Internet]. 2015 [citado el 3 de junio de 2019];19(2):189–202. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000200013
36. Torres-Galicia I, Cortés-Poza D, Becker I. Dengue en México: incremento en la población juvenil durante la última década. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. el 1 de julio de 2014 [citado el 3 de junio de 2019];71(4):196–201. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665114614000045>
37. Martha Salgado D, Panqueba CA, Rocío Vega M, Garzón M, Castro D, Antonio Rodríguez J. Dengue hemorrhagic fever mortality in children: beyond shock. 2008 [citado el 3 de junio de 2019];12(1). Disponible en: www.graphprism.com
38. Méndez Á, González G. Dengue hemorrágico en niños : diez años de experiencia clínica. 2003;
39. Dueñas L, Luque M, Melgar M, Rica C. Epidemiología del dengue en Centroamérica y República Dominicana. 2019;36(6):698–706.
40. Izquierdo Estévez A, Martínez Torres E. Utilidad de la identificación de los signos de alarma en niños y adolescentes con dengue. Rev Cuba pediatr [Internet]. 2019;91(2):e644–e644. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312019000200005
41. Karunakaran A, Ilyas WM, Sheen SF, Jose NK, Nujum ZT. Risk factors of mortality among dengue patients admitted to a tertiary care setting in Kerala, India. J Infect Public Health [Internet]. el 1 de marzo de 2014 [citado el 13 de junio de 2025];7(2):114–20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034113001470>
42. Rowe EK, Leo YS, Wong JGX, Thein TL, Gan VC, Lee LK, et al. Challenges in Dengue Fever in the Elderly: Atypical Presentation and Risk of Severe Dengue and Hospital-Acquired Infection. PLoS Negl Trop Dis [Internet]. 2014 [citado el 13 de junio de 2025];8(4):e2777. Disponible en:

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3974675/>

43. Rosso F, Vanegas S, Rodríguez S, Pacheco R. Prevalencia y curso clínico de la infección por dengue en adultos mayores con cuadro febril agudo en un hospital de alta complejidad en Cali, Colombia. Biomédica [Internet]. el 1 de agosto de 2016 [citado el 13 de junio de 2025];36(2):179–86. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2961/3258>
44. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. [Internet]. Organizaci. Organización panameriaca de la Salud. 2016. Disponible en: <http://www.hirrc.org/Guía dengue OPS 2016.pdf>
45. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika. 2021.
46. Aldama Negrete AF, Montiel-Jarolín D, Real R. Mortalidad en pacientes con dengue en la epidemia 2012-2013. Del Nac. 2015;7(1):17–23.
47. Arismendi-Morillo G, Mauriello-Rivas C, Maldonado-Reverol M, Fernández-Abreu M, Larreal M, Torres-Nava G, et al. Correlación clínico-patológica en casos fatales de dengue en Maracaibo, Venezuela. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2011;63(1):44–51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602011000100007&lang=es
48. Palacios-Polanía E, Rico-Turca MA. Factores Asociados Con La Presencia De Dengue Grave En Pacientes Colombianos Con Diagnóstico Confirmado De Dengue 2013 – 2015 Investigadores. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
49. James-Giraldo IC, Restrepo BN, James-Giraldo IC, Restrepo BN. Hallazgos postmortem en infección por el virus del dengue. CES Med [Internet]. 2017 [citado el 16 de julio de 2024];31(1):93–103. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87052017000100093&lng=en&nrm=iso&tlng=es
50. Frantchez V, Fomelli R, Pérez-Sartori G, Arteta Z, Cabrera S, Sosa L, et al. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. Rev Médica del Uruguay [Internet]. 2016;32(1):43–51. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
51. Organización Mundial de la Salud. World report on social determinants of health equity. 2025.
52. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue [Internet]. 2010 [citado el 31 de enero de 2022]. Disponible en: http://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2019/03/guia_para_atencion.pdf
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 5857 de 2018 [Internet]. Bogotá; 2018 [citado el 3 de junio de 2019]. Disponible en: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/01/nuevo_plan_de_beneficios_en_salud_2019_-_resolucion_5857_de_2018_-_consultorsalud.pdf
54. Instituto Nacional de Salud - INS. Informe tablero de problemas 2021. 2021;1–39. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-final-tp-2021-poa.pdf>
55. Kraemer MUG, Reiner RC, Brady OJ, Messina JP, Gilbert M, Pigott DM, et al. Past and future spread of

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



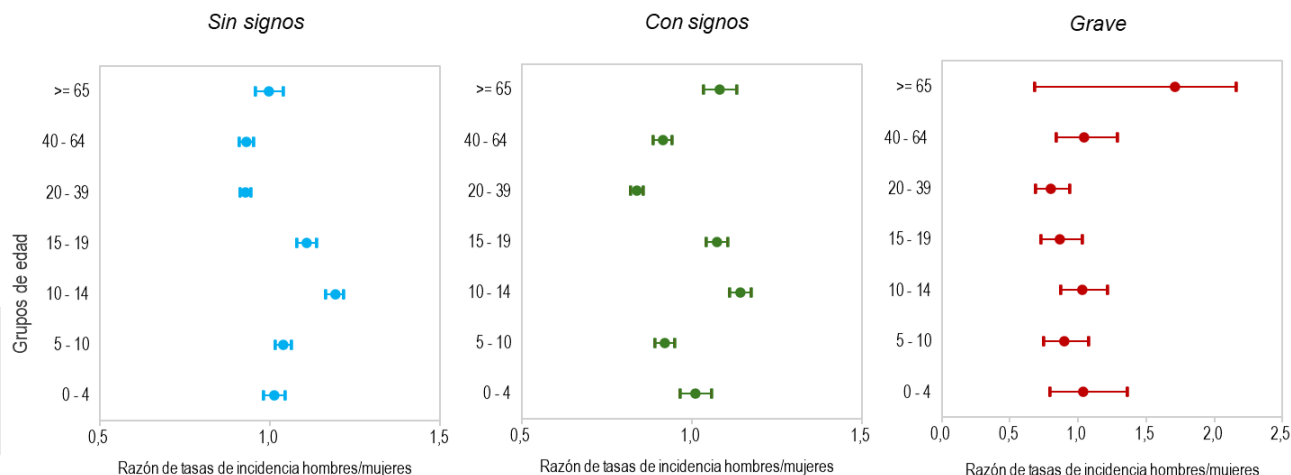
contactenos@ins.gov.co

- the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus*. *Nat Microbiol* [Internet]. el 1 de mayo de 2019 [citado el 30 de junio de 2025];4(5):854–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30833735/>
56. Martín ME, Estallo EL, Estrada LG, Matiz Enriquez C, Stein M. Desiccation Tolerance of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* Eggs of Northeastern Argentina Origin. *Trop Med Infect Dis* [Internet]. el 1 de abril de 2025 [citado el 30 de junio de 2025];10(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/390995208_Desiccation_Tolerance_of_Aedes_aegypti_and_Aedes_albopictus_Eggs_of_Northeastern_Argentina_Origin
57. Calderón-Arguedas Ó, Avendaño A, Mora-Pineda G, Troyo A. Reevaluación de los índices larvales para *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) en dos localidades con historia epidemiológica de dengue, Costa Rica. *Rev BIOMÉDICA* [Internet]. 2013 [citado el 16 de julio de 2024];24(1):3–11. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/84>
58. Echeverry-Cárdenas E, López-Castañeda C, Carvajal-Castro JD, Aguirre-Obando OA. Potential geographic distribution of the tiger mosquito *Aedes albopictus* (Skuse, 1894) (Diptera: Culicidae) in current and future conditions for Colombia. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. el 1 de mayo de 2021 [citado el 16 de julio de 2024];15(5). Disponible en: [/pmc/articles/PMC8112644/](https://pmc/articles/PMC8112644/)

INS

8. Anexos

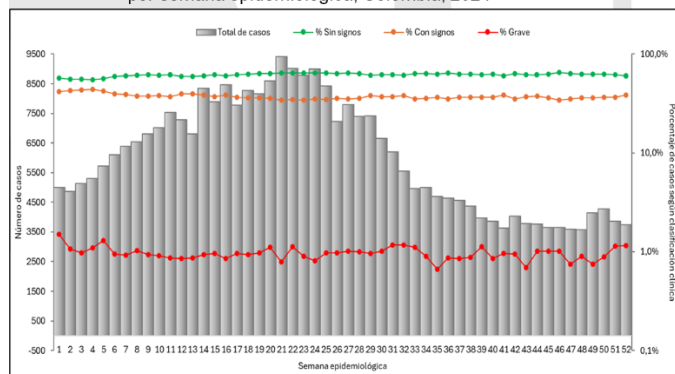
Anexo 1. Razón de tasas de incidencia de dengue entre hombres y mujeres, Colombia, 2024



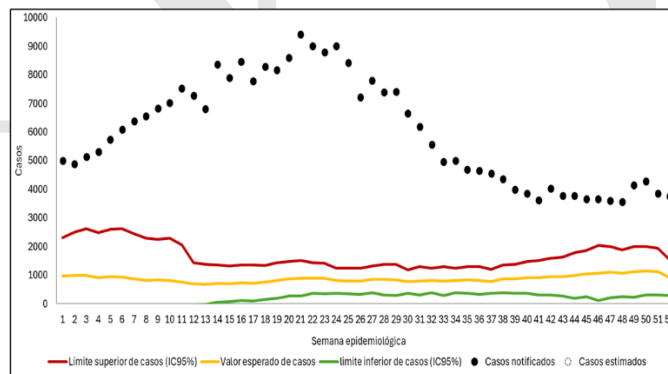
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Anexo 2. Comportamiento de dengue en Colombia según canal endémico y clasificación de casos según gravedad de la enfermedad por semana epidemiológica, 2024

a. Clasificación de casos según gravedad de la enfermedad por semana epidemiológica, Colombia, 2024



b. Canal endémico de dengue, Colombia, 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Anexo 3. Comportamiento de dengue por entidad territorial de procedencia y semana epidemiológica, Colombia, 2024

[illegible]

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Anexo 4. Incidencia, tasa de mortalidad y letalidad por dengue por entidad territorial, Colombia, 2024

DPTO	Departamento	INCIDENCIA			TASA DE MORTALIDAD			% LETALIDAD		
		Numerador ¹	Denominador ²	Resultado ³	Numerador ⁴	Denominador ²	Resultado ³	Numerador ⁴	Denominador ¹	Resultado ⁶
05	ANTIOQUIA	17684	5370598	329,27	22	5370598	0,41	22	17684	0,12
08	ATLANTICO	3004	1488152	201,86	2	1488152	0,13	2	3004	0,07
11	BOGOTA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
13	BOLIVAR	6992	1108627	630,69	9	1108627	0,81	9	6992	0,13
15	BOYACA	1833	214937	852,81	2	214937	0,93	2	1833	0,11
17	CALDAS	2668	436589	611,10	3	436589	0,69	3	2668	0,11
18	CAQUETA	2490	314738	791,13	3	314738	0,95	3	2490	0,12
19	CAUCA	9463	925643	1022,32	8	925643	0,86	8	9463	0,08
20	CESAR	3434	1395486	246,08	8	1395486	0,57	8	3434	0,23
23	CORDOBA	7504	1816087	413,20	1	1816087	0,06	1	7504	0,01
25	CUNDINAMARCA	13849	759810	1822,69	9	759810	1,18	9	13849	0,06
27	CHOCO	1893	437083	433,10	2	437083	0,46	2	1893	0,11
41	HUILA	20430	911657	2240,97	19	911657	2,08	19	20430	0,09
44	GUAJIRA	1895	710656	266,66	5	710656	0,70	5	1895	0,26
47	MAGDALENA	1339	525173	254,96	0	525173	0,00	0	1339	0,00
50	META	8104	868067	933,57	8	868067	0,92	8	8104	0,10
52	NARIÑO	3375	403907	835,59	0	403907	0,00	0	3375	0,00
54	NORTE SANTANDER	8503	1488855	571,11	10	1488855	0,67	10	8503	0,12
63	QUINDIO	7178	543355	1321,05	8	543355	1,47	8	7178	0,11
66	RISARALDA	9403	928515	1012,69	12	928515	1,29	12	9403	0,13
68	SANTANDER	36101	2242327	1609,98	33	2242327	1,47	33	36101	0,09
70	SUCRE	5445	782098	696,20	7	782098	0,90	7	5445	0,13

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

73	TOLIMA	25272	1211281	2086,39	23	1211281	1,90	23	25272	0,09
76	VALLE	51962	1668292	3114,68	28	1668292	1,68	28	51962	0,05
81	ARAUCA	2646	314304	841,86	5	314304	1,59	5	2646	0,19
85	CASANARE	3369	431899	780,04	3	431899	0,69	3	3369	0,09
86	PUTUMAYO	4609	351663	1310,63	12	351663	3,41	12	4609	0,26
88	SAN ANDRES	610	47140	1294,02	0	47140	0,00	0	610	0,00
91	AMAZONAS	638	48424	1317,53	0	48424	0,00	0	638	0,00
94	GUAINIA	286	51004	560,74	1	51004	1,96	1	286	0,35
95	GUAVIARE	601	94525	635,81	1	94525	1,06	1	601	0,17
97	VAUPES	223	10591	2105,56	0	10591	0,00	0	223	0,00
99	VICHADA	443	30319	1461,13	1	30319	3,30	1	443	0,23
09	BARRANQUILLA	5333	1333887	399,81	1	1333887	0,07	1	5333	0,02
14	CARTAGENA	6189	936997	660,51	7	936997	0,75	7	6189	0,11
48	SANTA MARTA	608	561281	108,32	1	561281	0,18	1	608	0,16
76001	CALI	35952	2283846	1574,19	21	2283846	0,92	21	35952	0,06
76109	BUENAVENTURA	826	251047	329,02	4	251047	1,59	4	826	0,48
	EXTERIOR	489	No aplica	No aplica	5	No aplica	No aplica	5	489	1,02
170	COLOMBIA	312154	33298860	937,4	279	33298860	0,84	279	312 154	0,09

¹ Casos de dengue por entidad territorial de procedencia

² Población a riesgo de arbovirus. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Población en riesgo de Arbovirus 2020-2024 disponible <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/Sistema-vigilancia-SP.aspx>

Las poblaciones de Magdalena, Bolívar, Atlántico y Valle del Cauca no incluyen la población de los distritos de Santa Marta, Cartagena, Barranquilla, Cali y Buenaventura."

³ Por 100.000 habitantes en riesgo

⁴ Casos de mortalidad por dengue confirmados por procedencia

⁵ Casos de dengue por entidad territorial de procedencia

⁶ Por 100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

Anexo 5. Factores problema identificados en las unidades de análisis de muerte por dengue. Colombia, 2024

Factores, características y situaciones problema	Frecuencia
Categoría Individuo	684
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	386
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	118
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	108
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	97
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	23
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	19
Experiencias negativas en los servicios de salud o con el aseguramiento	12
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	9
Determinantes estructurales.	123
Menor de edad	67
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	36
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	11
Identidad de género	4
Migrante	4
Sin afiliación al SGSSS	1
Determinantes intermedios.	101
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	28
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	27
Ocupado informal	16
Población con afectaciones en la salud mental	11
Población con discapacidad	9
Desocupado	7
Consumidor de sustancias psicoactivas	2
Habitante de calle	1
Acceso a los servicios de salud.	74
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	45
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	22
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	4
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	2
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)	1
Servicios de salud	1150
Prestación de servicios individuales.	721
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	214
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	121
Diagnostico tardío o inadecuado	103
Tratamiento inadecuado o inoportuno	89
Falla en los mecanismos de seguimiento	69
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	62
No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	39
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	13
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	11
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	273
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	87
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	84
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	46
Incumplimiento en las acciones de protección específica	28
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	28
Gestión del aseguramiento.	81
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	27
La EAPB o entidad territorial no garantiza una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	20
No se realiza la atención integral de su población afiliada	18
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	8
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	4
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	4
Prestación de servicios colectivos.	39
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	13
Inoportunidad o ausencia de contratación para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	12
Inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	11
Deficiente gestión para la adquisición o mantenimiento de insumos para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	3
Gobernanza.	23
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	18
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	4
Fallas en la identificación y canalización a programas de protección social de acuerdo con la necesidad del paciente y a la oferta disponible del estado	1
Procesos de gestión del talento humano.	13
Insuficiente disponibilidad del talento humano	12
Deficiencias en el trato respetuoso y de cuidado establecido en los derechos del paciente	1
Total general	1834

Fuente: consolidado nacional tablero de problemas, GUACE - INS, 2024.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Anexo 6. Indicadores de vigilancia de dengue por entidad territorial, Colombia, 2024

DPTO	Departamento	CONFIRMACIÓN DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA			CONFIRMACIÓN DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA			CONFIRMACIÓN DENGUE GRAVE			HOSPITALIZACIÓN DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA			HOSPITALIZACIÓN DENGUE GRAVE		
		Numerador ¹	Denominador ²	Resultado	Numerador ¹	Denominador ²	Resultado	Numerador ¹	Denominador ²	Resultado	Numerador ³	Denominador ²	Resultado	Numerador ³	Denominador ²	Resultado
05	ANTIOQUIA	9451	11251	84,0%	5509	6333	87,0%	125	130	96,2%	3191	6333	50,4%	115	130	88,5%
08	ATLANTICO	1022	1031	99,1%	1122	1125	99,7%	28	28	100,0%	869	1125	77,2%	27	28	96,4%
11	BOGOTA	2391	2404	99,5%	1985	1989	99,8%	42	43	97,7%	1475	1989	74,2%	41	43	95,3%
13	BOLIVAR	2950	3294	89,6%	2013	2150	93,6%	12	14	85,7%	1669	2150	77,6%	14	14	100,0%
15	BOYACA	1284	1332	96,4%	679	698	97,3%	13	13	100,0%	457	698	65,5%	13	13	100,0%
17	CALDAS	1574	1763	89,3%	794	904	87,8%	5	6	83,3%	637	904	70,5%	4	6	66,7%
18	CAQUETA	1123	1139	98,6%	1261	1269	99,4%	25	25	100,0%	1102	1269	86,8%	24	25	96,0%
19	CAUCA	5323	5509	96,6%	2732	2790	97,9%	38	40	95,0%	1970	2790	70,6%	33	40	82,5%
20	CESAR	1304	1345	97,0%	2117	2147	98,6%	69	69	100,0%	2135	2147	99,4%	68	69	98,6%
23	CORDOBA	2889	3735	77,3%	3911	4044	96,7%	12	12	100,0%	3605	4044	89,1%	12	12	100,0%
25	CUNDINAMARCA	6251	7173	87,1%	4993	5265	94,8%	67	67	100,0%	4443	5265	84,4%	66	67	98,5%
27	CHOCO	1355	1355	100,0%	248	249	99,6%	5	5	100,0%	138	249	55,4%	5	5	100,0%
41	HUILA	12110	12115	100,0%	7590	7603	99,8%	564	565	99,8%	5836	7603	76,8%	541	565	95,8%
44	GUAJIRA	737	737	100,0%	1037	1037	100,0%	17	17	100,0%	771	1037	74,3%	17	17	100,0%
47	MAGDALENA	379	437	86,7%	619	666	92,9%	4	4	100,0%	512	666	76,9%	4	4	100,0%
50	META	1531	5241	29,2%	1769	2625	67,4%	73	82	89,0%	2186	2625	83,3%	76	82	92,7%
52	NARIÑO	2399	2421	99,1%	1094	1104	99,1%	23	24	95,8%	844	1104	76,4%	21	24	87,5%

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



contactenos@ins.gov.co

54	NORTE SANTANDER	3312	4605	71,9%	3568	3931	90,8%	163	165	98,8%	3614	3931	91,9%	160	165	97,0%
63	QUINDIO	3268	4849	67,4%	1976	2313	85,4%	28	28	100,0%	1714	2313	74,1%	26	28	92,9%
66	RISARALDA	3925	5883	66,7%	2804	3434	81,7%	61	68	89,7%	2208	3434	64,3%	60	68	88,2%
68	SANTANDER	13071	22861	57,2%	11939	12727	93,8%	269	269	100,0%	11264	12727	88,5%	268	269	99,6%
70	SUCRE	1785	2419	73,8%	2443	3228	75,7%	67	67	100,0%	2724	3228	84,4%	66	67	98,5%
73	TOLIMA	6072	14144	42,9%	7180	9243	77,7%	267	282	94,7%	7758	9243	83,9%	274	282	97,2%
76	VALLE	18895	34089	55,4%	9859	13228	74,5%	130	136	95,6%	9368	13228	70,8%	129	136	94,9%
81	ARAUCA	596	1711	34,8%	616	837	73,6%	21	22	95,5%	699	837	83,5%	21	22	95,5%
85	CASANARE	1785	2250	79,3%	929	1057	87,9%	21	21	100,0%	1003	1057	94,9%	21	21	100,0%
86	PUTUMAYO	2253	3008	74,9%	1335	1518	87,9%	36	36	100,0%	1506	1518	99,2%	35	36	97,2%
88	SAN ANDRES	333	333	100,0%	217	217	100,0%	0	0	No aplica	89	217	41,0%	0	0	No aplica
91	AMAZONAS	87	432	20,1%	66	230	28,7%	0	1	0,0%	219	230	95,2%	1	1	100,0%
94	GUAINIA	197	205	96,1%	94	94	100,0%	3	3	100,0%	84	94	89,4%	3	3	100,0%
95	GUAVIARE	480	484	99,2%	132	132	100,0%	2	2	100,0%	128	132	97,0%	2	2	100,0%
97	VAUPES	181	181	100,0%	27	27	100,0%	3	3	100,0%	27	27	100,0%	3	3	100,0%
99	VICHADA	288	295	97,6%	117	120	97,5%	1	2	50,0%	48	120	40,0%	2	2	100,0%
09	BARRANQUILLA	3683	3737	98,6%	2439	2471	98,7%	88	89	98,9%	2255	2471	91,3%	89	89	100,0%
14	CARTAGENA	4072	4685	86,9%	2403	2528	95,1%	137	138	99,3%	2270	2528	89,8%	138	138	100,0%
48	SANTA MARTA	196	224	87,5%	327	344	95,1%	13	14	92,9%	236	344	68,6%	13	14	92,9%
76001	CALI	16341	24234	67,4%	13613	16331	83,4%	517	525	98,5%	12576	16331	77,0%	514	525	97,9%
76109	BUENAVENTURA	491	535	91,8%	167	170	98,2%	4	4	100,0%	144	170	84,7%	3	4	75,0%
	EXTERIOR	0	0	No aplica	0	0	No aplica	0	0	No aplica	0	0	No aplica	0	0	No aplica
170	COLOMBIA	135384	193446	70,0%	101724	116178	87,6%	2953	3019	97,8%	91774	116178	79,0%	2909	3019	96,4%

¹ Casos confirmados por entidad territorial de notificación

² Total de casos notificados por entidad territorial de notificación (probables y confirmados)

³ Casos hospitalizados por entidad territorial de notificación

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



Avenida Calle 26 # 51 - 20 / Bogotá D.C. - Colombia



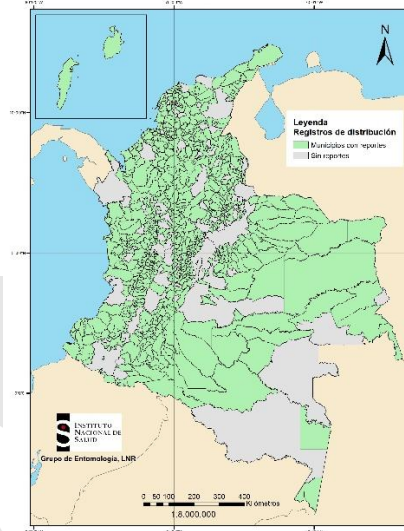
PBX: (601) 220 77 00 / exts. 1101 - 1214



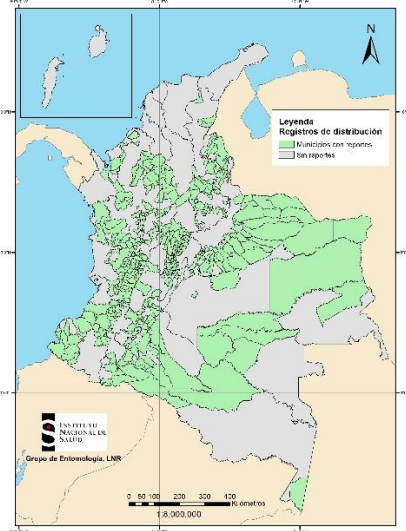
contactenos@ins.gov.co

Anexo 7. Registro de *Aedes aegypti* (izquierda) y *Aedes albopictus* (Derecha) en Colombia desde el año 2020 hasta el 2024.

Municipios con reportes de distribución de *Aedes aegypti*, 2020-2024.



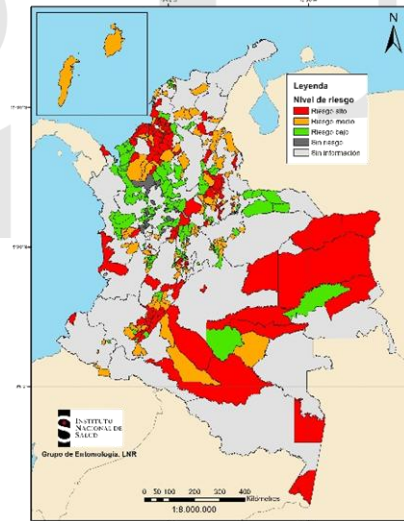
Municipios con reportes de distribución de *Aedes albopictus*, 2020-2024.



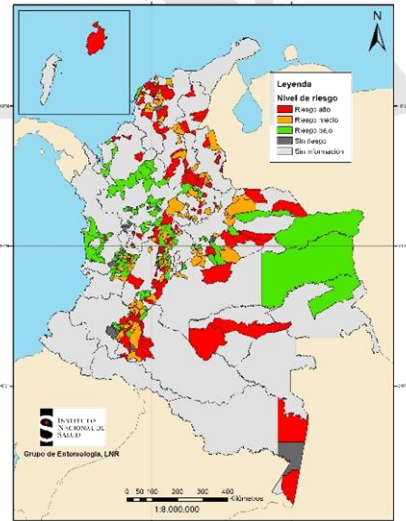
Fuente: Datos de vigilancia entomológica 2024, Grupo de Entomología, SLNR-DRSP.

Anexo 7. Mapas de riesgo entomológico de *Ae. aegypti* basados en el Índice larval de vivienda (ILV) para el 1er (izquierda) y 2do (derecha) semestre del año 2024.

Estratificación del riesgo de *Aedes aegypti*
Índice larval de viviendas, Semestre 1 – 2024.



Estratificación del riesgo de *Aedes aegypti*
Índice larval de viviendas, Semestre 2 – 2024.



Fuente: Datos de vigilancia entomológica 2024, Grupo de Entomología, SLNR-DRSP.

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia