

Informe de evento Malaria

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Coordinador

Henry Sepúlveda Medina

Subdirector

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Elaborado por:

Jessica Pedraza Calderón

Grupo de enfermedades
endoepidémicas y ETS.
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Mónica Marcela Benavides Ruiz

Grupo Análisis de Casos Especiales

Revisado por:

José Leonardo Gómez Gómez

Grupo de enfermedades
endoepidémicas y ETS.
Dirección de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública

Aprobado por:

Claudia Yaneth Rincón Acevedo

Subdirector Prevención, Vigilancia y
Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla

Director de Vigilancia y Análisis del
Riesgo en Salud Pública (E)

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

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

© Junio, 2025. Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia

Página - 1 - de 32

www.ins.gov.co



@INSColombia



@insaludcolombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia

Informe de evento de Malaria, Colombia, 2024

1. Introducción

La malaria, también conocida como paludismo, es una enfermedad infecciosa aguda, de carácter febril, que puede poner en riesgo la vida del paciente. Representa un importante desafío para la salud pública a nivel mundial, causando más de 400.000 muertes cada año, con mayor impacto en la población infantil menor de cinco años. La infección es causada por parásitos del género *Plasmodium*, entre los que se destacan *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* y *P. knowlesi*. Estos parásitos se transmiten a través de la picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*, que se alimentan de sangre. En sus etapas iniciales, la malaria puede ser asintomática, pero posteriormente se manifiesta con fiebre, escalofríos, sudoración, cefalea, vómito y diarrea. En algunos casos, los síntomas pueden agravarse y poner en peligro la vida del paciente, dependiendo de factores como la especie parasitaria, la carga de parásitos en sangre y el estado del sistema inmunológico del afectado, los cuales también influyen en el diagnóstico y la evolución clínica de la enfermedad. (1).

La malaria representa un desafío persistente para la salud pública global. Su abordaje exige la identificación de las poblaciones en riesgo, el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento, el seguimiento continuo de los casos y la ejecución de estrategias sostenidas enfocadas en su eliminación. A lo largo del tiempo, diversas entidades internacionales han contribuido al control de esta enfermedad mediante intervenciones específicas. Desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha intensificado sus acciones, monitoreando indicadores clave en 67 países con menos de 100 casos autóctonos reportados. De mantenerse esta tendencia, se proyecta que para el año 2030 la transmisión de la malaria podría eliminarse en aproximadamente 35 países. (2).

Según el informe mundial de la OMS, en 2022 y datos publicados para el 2023, se estimaron 263 millones de casos de malaria en 83 países con malaria endémica, aproximadamente 597.000 muertes a nivel mundial. La Región de África concentró el 94 % de los casos y el 95 % de las muertes, siendo los niños menores de cinco años los más afectados. Más del 50 % de los fallecimientos se produjeron en cuatro países: Nigeria (30,9 %), la República Democrática del Congo (11,3 %), Níger (5,9 %) y la República Unida de Tanzania (4,3 %) (3). Durante el 2022 según el informe mundial OMS los principales países que contribuyeron al incremento fueron Pakistán, Etiopía, Nigeria, Uganda y Papúa Nueva Guinea. En 2015, hubo aproximadamente 231 millones de casos. La incidencia de malaria disminuyó de 81 por 1 000 habitantes en riesgo en 2000 a 57 en 2019, y tras un ligero aumento del 3 % en 2020, se ha mantenido estable en los últimos tres años, con 58 casos por 1 000 habitantes en riesgo en 2022. Veintinueve países representaron el 95 % de los casos globales de malaria, con Nigeria (27 %), la República Democrática del Congo (12 %), Uganda (5 %) y Mozambique (4 %) sumando casi la mitad de todos los casos (4).

En el año 2023, la región de las Américas experimentó un incremento en los casos de malaria, con un total de 505.600 notificaciones, lo que representa un aumento del 5 % respecto a 2022. Este repunte evidencia una desaceleración en los avances hacia la meta regional de reducir los casos a 120.000 para 2025. La mayoría de las infecciones (92 %) se concentraron en Sudamérica, con Brasil, Venezuela

y Colombia acumulando el 80 % de los casos. Cabe destacar que Colombia reportó el mayor número de infecciones por *Plasmodium virulenta*. (5).

En Colombia, la malaria sigue siendo un problema relevante en salud pública, debido a que gran parte del territorio nacional presenta condiciones que facilitan su aparición y persistencia. Factores como la geografía, las prácticas socioculturales y los cambios ambientales —intensificados por fenómenos como El Niño y La Niña— influyen directamente en la dinámica de transmisión de esta enfermedad. A esto se suma el constante movimiento poblacional, tanto interno como externo, especialmente de migrantes provenientes de África y Venezuela, lo que incrementa el riesgo de dispersión del parásito. Cerca del 66 % de los municipios del país (alrededor de 740) están localizados por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar, una altitud favorable para el desarrollo del mosquito transmisor. Colombia ha establecido una clasificación por macro focos para orientar su vigilancia y control: la región del Pacífico concentra casi la mitad de los casos (51,2 %), seguida por Magdalena Medio y Urabá Antioqueño (26,7 %), la Amazonía-Orinoquía (17,8 %) y la frontera Colombo Venezolana (2,7 %). Es en la zona Pacífica donde se registra la mayor afectación por esta enfermedad. En el país, predomina la infección por *Plasmodium vivax* (63,1 % de los casos), seguida por *Plasmodium falciparum* (35,9 %) e infección mixta (1,0 %); no se han encontrado focos de *Plasmodium malariae*. Debido a que el 2019 se caracterizó por ser hiperendémico, se tuvo en cuenta para comparar información con 2023, Se recalca que a finales de 2023 se presentó desabastecimiento de algunos medicamentos para tratar la malaria (6,7,12).

Para enfrentar adecuadamente la malaria, es fundamental adoptar un enfoque integral (8,14) que combine estrategias de prevención, diagnóstico temprano, tratamiento eficaz y la articulación con otros sectores. En el contexto colombiano, se ha implementado la Estrategia Técnica Mundial para la Eliminación de la Malaria 2016-2030, promovida por la OMS, la cual busca frenar y eliminar la transmisión de la enfermedad a través del fortalecimiento de la red de diagnóstico y tratamiento, asegurando la detección oportuna de casos y la interrupción de las cadenas de contagio. En este marco, la vigilancia en salud pública se consolida como una herramienta clave de intervención.

Actualmente, el país ha avanzado en esta dirección mediante la expedición de la Resolución 2073 de 2023 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo propósito es establecer lineamientos técnicos y operativos para avanzar en la eliminación de la malaria. Esta normativa tiene como meta principal cerrar las brechas existentes en el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno en las comunidades afectadas, mediante la implementación de la estrategia de Colaboradores Voluntarios (ColVol), quienes recibirán formación para realizar pruebas de diagnóstico y entregar tratamientos antimaláricos (9). Adicionalmente, la Resolución 2283 de 2023 detalla los lineamientos para implementar esta estrategia en 55 municipios priorizados, seleccionados con base en criterios epidemiológicos e históricos (10).

En la vigilancia en salud pública se articula la recolección de datos, el análisis, la interpretación y la divulgación de información, de acuerdo con las características propias de los eventos a vigilar. Como parte de esta articulación, se establece el proceso de unidades de análisis, el cual permite clasificar los

casos de eventos priorizados, además, delimitar las necesidades de los sistemas de salud, de las regiones y de las dinámicas del proceso salud y enfermedad en el marco en los determinantes sociales en salud. El uso de esta metodología está limitado a un grupo de eventos de interés en salud pública (11); aquí incluida la malaria.

Las unidades de análisis constituyen un proceso metodológico estandarizado que permite caracterizar los eventos priorizados objeto de vigilancia en salud pública, mediante el estudio sistemático de sus fuentes de información, con el fin de clasificarlos e identificar los factores asociados a su ocurrencia. Así mismo, estas unidades se consideran un insumo técnico para la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública, conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016.

Como producto de esta metodología, se obtiene el tablero de problemas, herramienta que facilita la formulación de directrices y políticas públicas orientadas a intervenir los problemas de salud y sus determinantes sociales. Durante el año 2023, se identificaron un total de 157 situaciones, correspondientes a 74 características de individuo y 83 situaciones problema, en 10 entidades territoriales. Las entidades que identificaron situaciones problema o características individuales: Chocó (59), Antioquia (35), Risaralda (14), Bolívar (10), Vichada (9), Córdoba (8), Quindío (7), La Guajira (6), Santander (5) y Amazonas (4) (13).

El presente informe tiene como objetivo analizar y describir el comportamiento epidemiológico de la malaria en Colombia durante el año 2024, a partir del análisis de los principales indicadores de vigilancia en salud pública. Se busca identificar tendencias, áreas de riesgo, poblaciones más afectadas y oportunidades de mejora en la respuesta institucional, con el fin de orientar la toma de decisiones, fortalecer las acciones de prevención y control, e impulsar intervenciones estratégicas que contribuyan a la eliminación de la enfermedad, en coherencia con los lineamientos establecidos a nivel nacional.

2. Materiales y Métodos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y básicas del evento, considerando el tiempo, persona y lugar. Los datos para este análisis provienen de la notificación individual de casos al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) que consolida el Instituto Nacional de Salud (INS) bajo el código 465 durante el 2024.

En el proceso de análisis, no se identificaron datos atípicos, por lo que no fue necesario realizar ajustes sobre las variables evaluadas. Todos los casos de malaria incluidos en el estudio correspondieron a confirmaciones por laboratorio.

Para el análisis, las bases de datos fueron depuradas mediante un módulo de expertos especializado en identificar duplicados, considerando la fecha de inicio de síntomas y la fecha de finalización del tratamiento para descartar recaídas o recrudescencias. Se revisaron complicaciones, hospitalizaciones, la condición final del caso, y se verificó la calidad y completitud de la información e cada variable, eliminando los casos notificados con errores de digitación. Todos los casos que cumplieron con la definición según Protocolo de vigilancia y las diferentes variables, se incluyeron en el análisis del evento, se calcularon frecuencias absolutas y relativas, incidencias y se realizaron

análisis bivariados. Los datos se procesaron y fueron analizados usando estadística descriptiva y procesados en hojas de cálculo de Excel®, el software estadístico Open Epi versión 3.01. Finalmente, la información se presentó en gráficos de líneas de dispersión y tablas, y se elaboraron mapas usando el software QGIS.

Para analizar la información, se llevó a cabo un análisis de tendencia mediante la elaboración de canales endémicos a nivel nacional, departamental y municipal, utilizando la metodología de la mediana para identificar situaciones inusuales de alerta y brote. Esto requirió el número de casos por semana epidemiológica durante un período de cinco años. Así, se definieron los límites de control que permiten evidenciar la tendencia del evento: la zona de éxito, por debajo de la curva inferior; la zona de seguridad, entre la curva inferior y la media; la zona de alerta, entre la curva media y la superior; y la zona de epidemia, por encima de la curva superior. También se realizó un análisis de comportamiento inusual de casos se llevó a cabo utilizando una combinación de dos enfoques metodológicos. En aquellas entidades territoriales con una baja frecuencia de igual o menos de 30 casos a la semana analizada, se aplicó la distribución de probabilidad de Poisson. Para los departamentos y distritos con una mayor frecuencia de más de 30 casos a la semana analizada, se empleó una adaptación del método Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). En ambos casos, el periodo de referencia fue el promedio de los datos comprendidos entre 2019 y 2024, con corte hasta la semana de análisis, y se presentaron solo los resultados con significancia estadística ($p < 0,05$).

Para calcular los indicadores del evento de malaria como oportunidad de diagnóstico, oportunidad de tratamiento entre otros descritos en el protocolo se realizan con departamento y municipio de notificación, la oportunidad del diagnóstico para el evento se considera oportuno casos que tienen un diagnóstico en menos de 48 horas a partir de la fecha de inicio de síntomas y la oportunidad de tratamiento se considera oportuna antes de las 24 horas desde que el paciente tiene su diagnóstico positivo de malaria hasta que inicia tratamiento, se consideró la población en riesgo definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, proyección población DANE por edad, sexo, zonas, basándose en la presencia del vector y la altitud (municipios situados por debajo de los 1 600 m.s.n.m), excepto población afrocolombiana e indígena donde se identificaron limitaciones en relación con los datos del Censo DANE, ya que la información más reciente disponible corresponde a la versión del 2018. La proporción de *P. vivax*/*P. falciparum* se calculó así: en el numerador, el número de casos de malaria por *P. vivax* y en el denominador utilizando el departamento y municipio de procedencia/ocurrencia, el número de casos de malaria por *P. falciparum*. Además, se contabilizaron las muertes confirmadas por unidad de análisis durante todo el año, el total de casos confirmados, los casos de malaria notificados como complicados, y de estos, cuántos fueron hospitalizados. También se utilizaron las fechas de inicio de síntomas, inicio de tratamiento y fecha de consulta.

Para el país, se realizó una estratificación de riesgo de malaria, definida en cinco estratos basados en los siguientes criterios: receptividad (posibilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria, considerando territorios con altitud por debajo de 1 600 msnm y presencia del vector), intensidad de la transmisión (número de casos autóctonos en los últimos 10 años) y riesgo de importación del parásito (asociado a la movilización de personas y movimientos migratorios). El análisis de los estratos muestra que el Estrato 1 no presenta receptividad ni riesgo de importación y no ha

registrado casos autóctonos en los últimos 10 años, 3 años ni en el último año, ubicándose a una altitud mayor o igual a 1,600 msnm. En contraste, los Estratos 2 y 3 son receptivos y presentan riesgo de importación (variable en el Estrato 3), pero no han reportado casos autóctonos en el mismo periodo y tienen focos eliminados. El Estrato 4 muestra receptividad y riesgo de importación con casos autóctonos en los últimos 3 años y en el último año, reflejando focos activos y residuales. Finalmente, el Estrato 5 es receptivo y presenta riesgo de importación, con casos autóctonos en los últimos 10 años, 3 años y en el último año, además de mantener focos activos y residuales.

Se realizó unidad de análisis a los casos de mortalidad por malaria con resultado de laboratorio positivo, identificando los factores relacionados con el evento a partir de la elaboración de los tableros de problemas en el aplicativo web UACE. 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). Se depuró y analizó la información de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos para el 2024. Se realiza la exclusión de cuatro registros (uno correspondiente a la categoría individuo y tres correspondiente a la categoría servicios de salud) por no contar con la información correspondiente a problema identificado.

Se identificaron limitaciones en relación con los datos del Censo DANE en cuanto a la población Afrocolombiana e indígena, ya que la información más reciente disponible corresponde a la versión del 2018.

Consideraciones éticas

Este informe examina la notificación de eventos relevantes para la salud pública, clasificándose como un análisis de bajo riesgo según lo establecido en la Resolución No. 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Los datos provienen del Sivigila y se ha garantizado la confidencialidad de la información, en concordancia con los principios de responsabilidad y equidad. No se han realizado alteraciones deliberadas en las variables. Estos resultados aportarán al fortalecimiento de las acciones y decisiones en el ámbito de la vigilancia de la salud pública a nivel nacional y territorial.

3. Resultados

Para el año 2024, en el país se notificaron al Sivigila 135 298 casos correspondientes al código INS 465 evento malaria. Mediante el proceso de depuración se descartaron 7698 casos, dentro de los hallazgos que hace que se descarten del análisis:

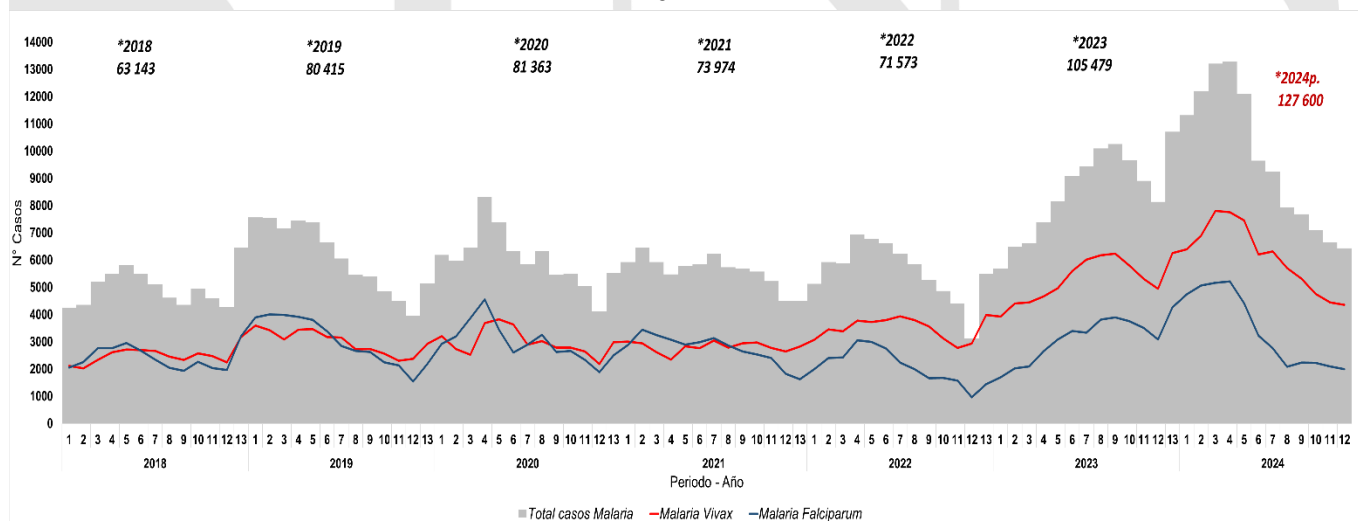
- Registros Repetidos: 6 843 (5,1 %)
- Registros Excluidos por zonas con focos no activos de malaria 125 (0,1 %)
- Por prueba de laboratorio negativa o por no cumplir con la definición de caso 135 (0,5 %)
- Errores de digitación 559 (0,4 %)

Obteniendo así 127 600 (94,3%) casos que cumplían con la definición de caso establecida por el protocolo.

Al realizar el análisis del evento se tienen 127 600 casos de malaria, de los cuales 125 728 fueron casos de malaria no complicada y 1 872 de malaria complicada, incluyendo 28 fallecimientos. La especie parasitaria predominante fue el *Plasmodium vivax*, representando el 62,5 % (79 733 casos), seguido del *Plasmodium falciparum* con el 35,7 % (45 578 casos), y un 1,8 % (2 289 casos) de infección mixta. No se detectaron casos de *Plasmodium malariae*. En cuanto a la distribución por especies parasitarias se evidencia que el país desde el 2020 al 2024 ha presentado una variación en la distribución de las mismas teniendo históricos del 2020 con 49 % de distribución para *P. vivax* y el 49 % para *P. vivax*, mientras que desde el 2022 se evidencia disminución de casos para *P. falciparum*, esto se debe al aumento de casos en algunas zonas donde transita con mayor prevalencia la especie de *P. vivax*, adicional de las estrategias en pro de la eliminación e *P. falciparum* se atribuye el cambio en la distribución de especies parasitarias (Anexo 1).

En el 2024, el país experimentó una situación de brote este inicio desde la semana epidemiológica 20 del año 2023, con un aumento del 20,9 % en comparación con el mismo período en 2023 y una tendencia al alza. Entre 2020 y 2024, el 2019 se destacó por ser hiperendémico en términos de comportamiento de especies parasitarias, con una tendencia similar observada en los años siguientes. La especie parasitaria *P. vivax* mostró la mayor prevalencia en el país, mientras que se registraron picos de malaria por *P. falciparum* a lo largo de todos los años. En los últimos trimestres de 2020 y a 2024, se notó una diferencia significativa entre ambas especies, predominando *P. vivax*, esto se atribuye al aumento de casos en ciertas regiones del país donde predomina la transmisión de esta especie (figura 1).

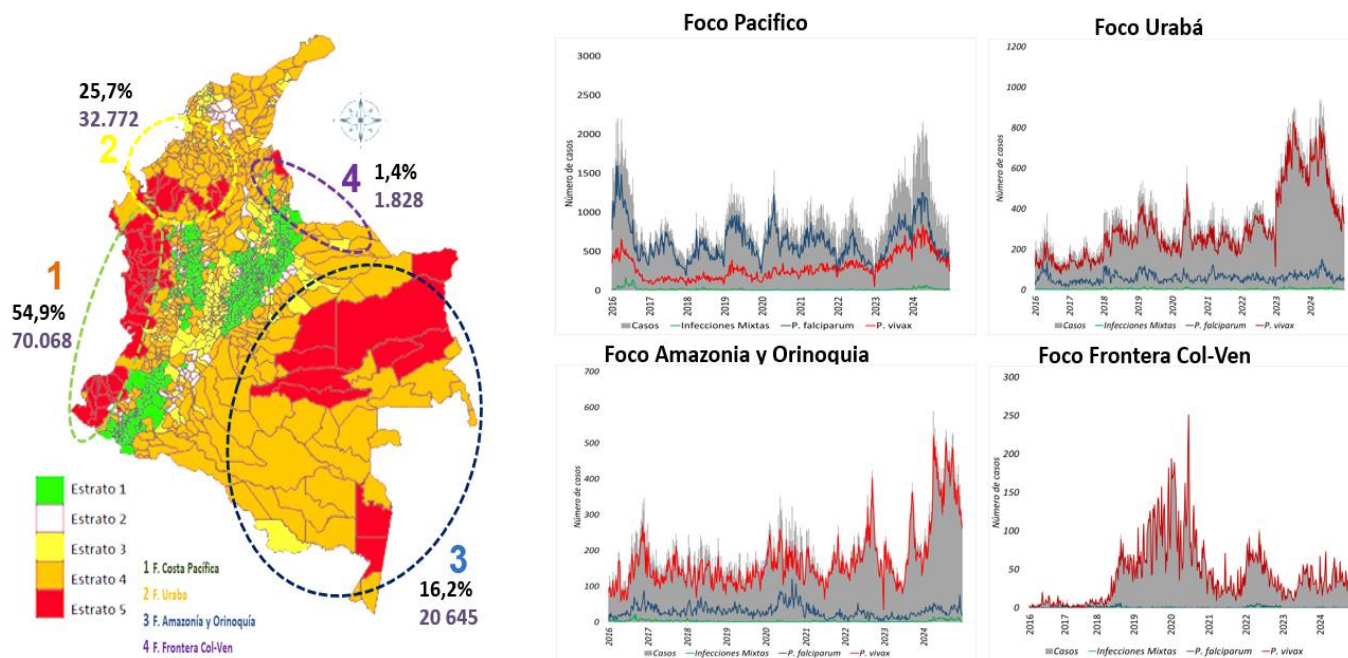
Figura 1. Distribución de casos de malaria por especie parasitaria y periodo epidemiológico en Colombia, 2018–2024.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020- 2024

Históricamente para el país, los cuatro focos o las zonas donde principalmente se ha presentado la mayor carga de malaria incluyen: la costa Pacífica (Chocó, Cauca, Nariño y Buenaventura D.E.) con el 54,9 %, foco Urabá (Córdoba, Bolívar, Antioquia) con 25,7 %, foco de región amazónica y Orinoquía (Putumayo, Caquetá, Vaupés, Vichada, Guainía, Guaviare, Meta y Casanare) con 16,2 % y el foco de frontera Colombo-Venezolana (Norte de Santander y casos procedentes de Venezuela) con 1,4 %. Con respecto a la distribución parasitaria en los focos de transmisión en el foco de la región del pacifico predomina *P. falciparum* como se ve en la gráfica, pero ha presentado un cambio en especie parasitaria, aumentando los casos de *P. vivax*; en los focos de Urabá, Amazonia y Orinoquia predomina *P. vivax*, en el foco de la frontera colombo-venezolana se observa una disminución de casos en los últimos años. El foco con mayores complicaciones es la Costa Pacífica y está atribuido al alto número de casos que se presentan (figura 2).

Figura 2. Comportamiento epidemiológico focos de trasmisión de malaria Colombia, 2016 – 2024.

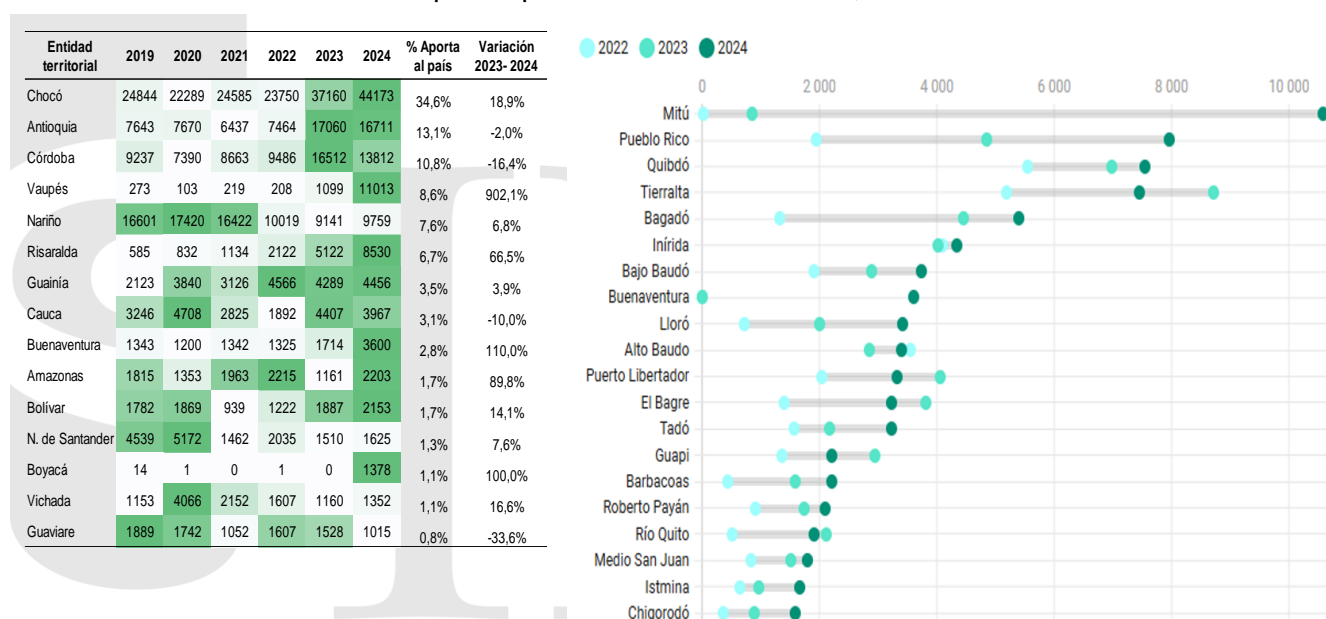


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016- 2024

En cuanto a la distribución de casos por entidad territorial de procedencia, los departamentos que aportan el 92,8 % de los casos de malaria: Chocó 34,6 %, Antioquia 13,1 %, Córdoba 10,8 %, Vaupés 8,6 %, Nariño 7,6 %, Risaralda 6,7 %, Guainía 3,5 %, Cauca 3,1 %, Buenaventura D.E. 3,1 %, Amazonas 1,7 %, para la mayoría de entidades territoriales el año 2024 es donde se presentó mayor número de casos, excepto los departamentos de Nariño, Norte de Santander, Vichada y Guaviare (figura 3). En la revisión de Comportamientos inusuales se encuentran en situación de aumento los departamentos de Amazonas, Antioquia, Arauca, Bolívar, Boyacá, Buenaventura, Caldas, Caquetá,

Cauca, Cesar, Choco, Córdoba, Guainía, La Guajira, Putumayo, Quindío, Risaralda, Tolima, Valle Del Cauca Y Vaupés y en decremento los departamentos de Casanare, Guaviare, Meta, Norte de Santander y Vichada. A nivel municipal se presentan mayor número de casos en: Mitú-Vaupés 8,3 %, Pueblo Rico-Risaralda 6,2 %, Quibdó-Chocó 5,9 %, Tierralta-Córdoba 5,8 %, Bagadó- Chocó 4,2 %, Inírida-Guainía 3,4%, Bajo Baudó-Chocó 2,9 %, Buenaventura D.E. 2,8 %, Lloró y Alto Baudó-Chocó cada uno con 2,7 %, Puerto Libertador-Córdoba 2,6 %, El Bagre y Tadó 2,5 % respectivamente, Guapi-Cauca y Barbacoas- Nariño cada uno con 1,7%, Roberto Payán- Nariño 1,6 %, Río Quito- Chocó 1,5 %, Medio San Juan- Chocó 1,4 % y Istmina- Chocó 1,3 %.(Anexo 2).

Figura 3. Comportamiento de malaria número de casos por departamento del 2019 a 2024 y municipio de procedencia 2022 a 2024, Colombia.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2019- 2024

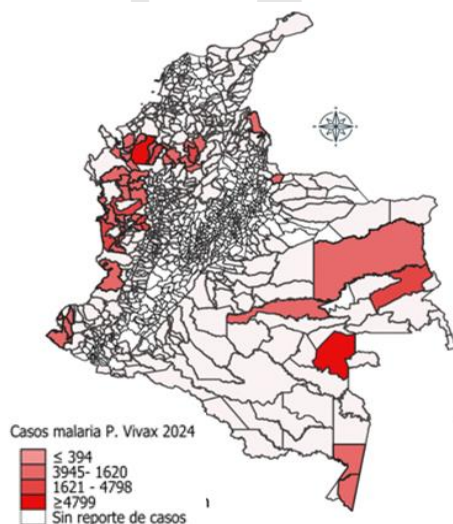
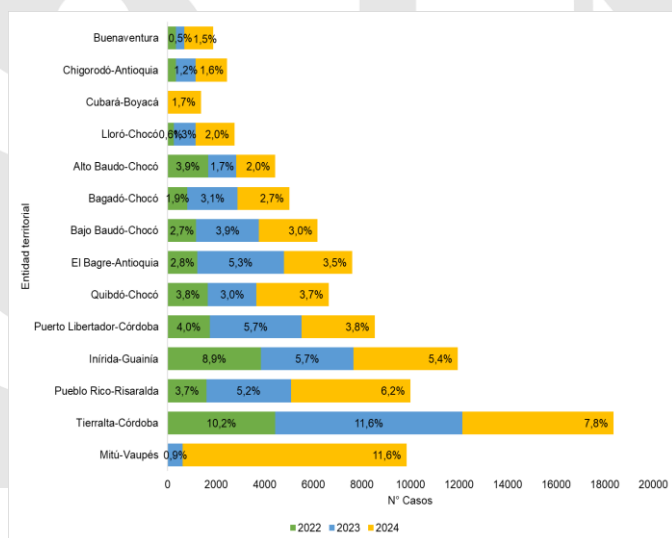
Al realizar el análisis de la distribución de la especie parasitaria *Plasmodium vivax* por entidad territorial, se observa una variación con incremento en los casos reportados en comparación con el mismo periodo del año anterior para los departamentos de: Chocó, Vaupés, Risaralda, Guainía, Nariño, Amazonas, Bolívar, Norte de Santander y Boyacá y decremento en las entidades territoriales de Córdoba y Antioquia (Anexo 3), los municipios que aportan el 53,4 % de los casos para esta especie son: Mitú-Vaupés 11,6 % (9 217), Tierralta-Córdoba 7,8 % (6 218), Pueblo Rico-Risaralda 6,2 % (4 913), Inírida-Guainía 5,4 % (4 296), Puerto Libertador-Córdoba 3,8% (3 018), Quibdó-Chocó 3,7 % (2 980), El Bagre Antioquia 3,5 % (2 812), Bajo Baudó- Chocó 3,0 % (2 415), Bagadó-Chocó 2,7 % (2 134), Alto Baudó 2,0 % (1 617), Lloró- Chocó 2,0 % (1 604) y Cubará-Boyacá 1,7 % (1 377), al hacer un análisis de variación municipal con respecto al año 2023 se observa aumento en los municipios de Mitú, Pueblo

Rico, Inírida, Quibdó, Alto Baudó, Lloro, Cubará, Chigorodó y Buenaventura y decremento en Tierralta, Puerto Libertador, EL Bagre y Bajo Baudó (figura 4).

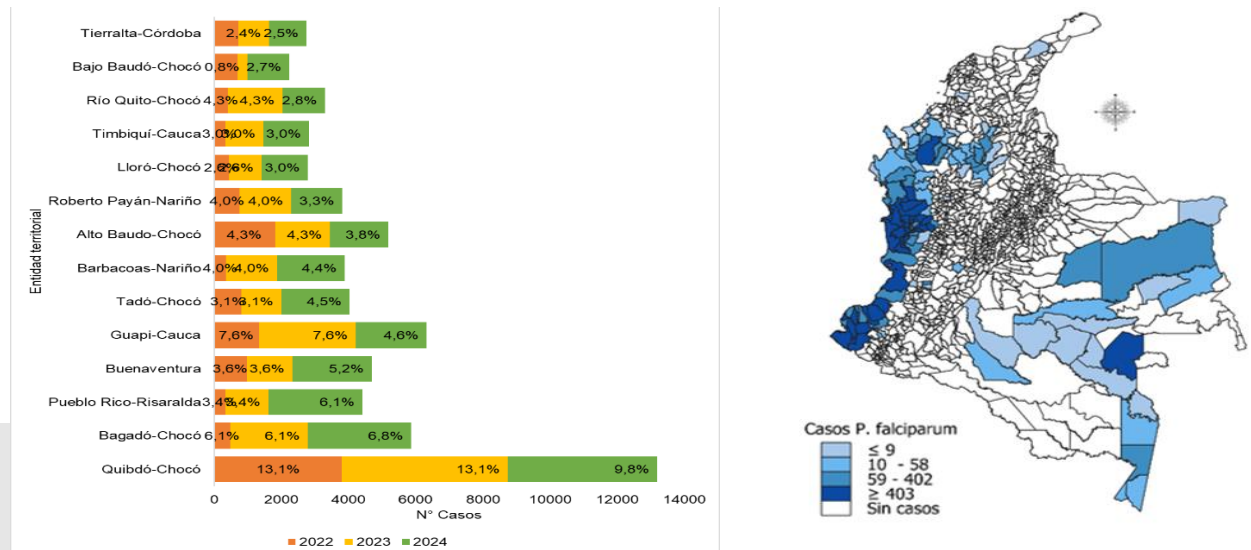
Con respecto a la distribución de casos por *P. falciparum* las entidades territoriales que presentan mayor número de casos y aumento comparado con el mismo corte del año anterior son: Chocó, Nariño, Risaralda, Buenaventura D.E., Antioquia, Córdoba, Vaupés, Vichada y Amazonas (Anexo 3). En la distribución para *P. falciparum* 14 municipios aportan el 62,6 % de los casos: Quibdó-Chocó 9,8 % (4 463), Bagadó-Chocó 6,8 % (3 086), Pueblo Rico- Risaralda 6,1 % (2 792), Buenaventura D.E. 5,2 % (2 379), Guapi-Cauca 4,6 % (2 106), Tadó-Chocó 4,5 % (2 046), Barbacoas-Nariño 4,4 % (2 018), Alto Baudó- Chocó 3,8 % (1 728), Roberto Payán-Nariño 3,3 % (1 523), Lloró-Chocó 3,0 % (1 374), Timbiquí Cauca 3,0% (1 361), Rio Quito-Chocó 2,8 % (1 278), Bajo Baudó-Chocó 2,7 % (1 238) y Tierralta-Córdoba 2,5 % (1 125). Cabe destacar que en todos los departamentos se observó un aumento de casos durante el 2023 y otro pico en 2024 (figura 4).

Figura 4. Distribución de casos por entidad territorial municipal y aporte nacional 2022 al 2024 por especie parasitaria, Colombia.

P. vivax



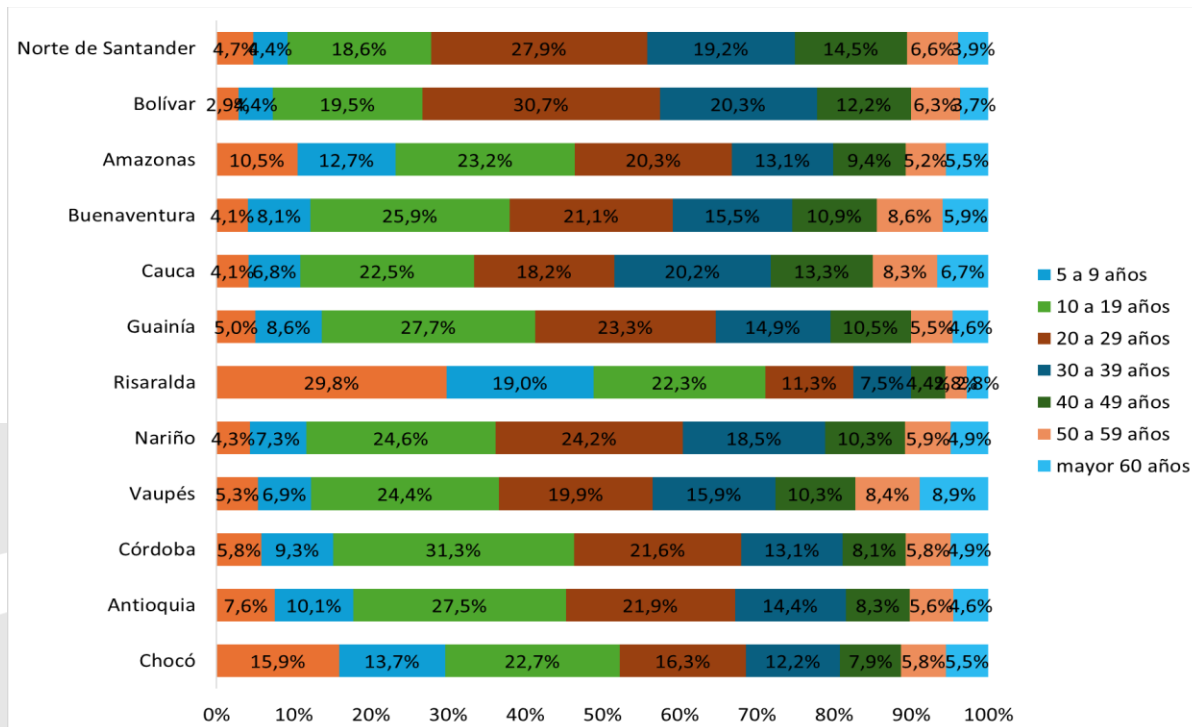
P. falciparum



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022- 2024

Con relación a las características sociales y demográficas de los casos de malaria el 56,8 % (72 438) corresponde a hombres, el 24,7 % (31 555) se presenta en personas de 10 a 19 años, en cuanto a la distribución de casos por edad por entidad territorial tenemos que principalmente los casos se presentan en menores de un año en los departamentos de Risaralda y Chocó, en edades entre 10 a 19 años, en los departamentos de Chocó, Antioquia, Córdoba, Vaupés, Nariño, Guainía, Cauca, Buenaventura y Amazonas, en las edades de 20 a 29 años en los departamentos de Antioquia, Nariño, Guainía, Buenaventura, Amazonas, Bolívar y Norte de Santander (figura 5).

Figura 5. Casos de malaria por rango de edad por entidad territorial con mayor carga, Colombia,2024.

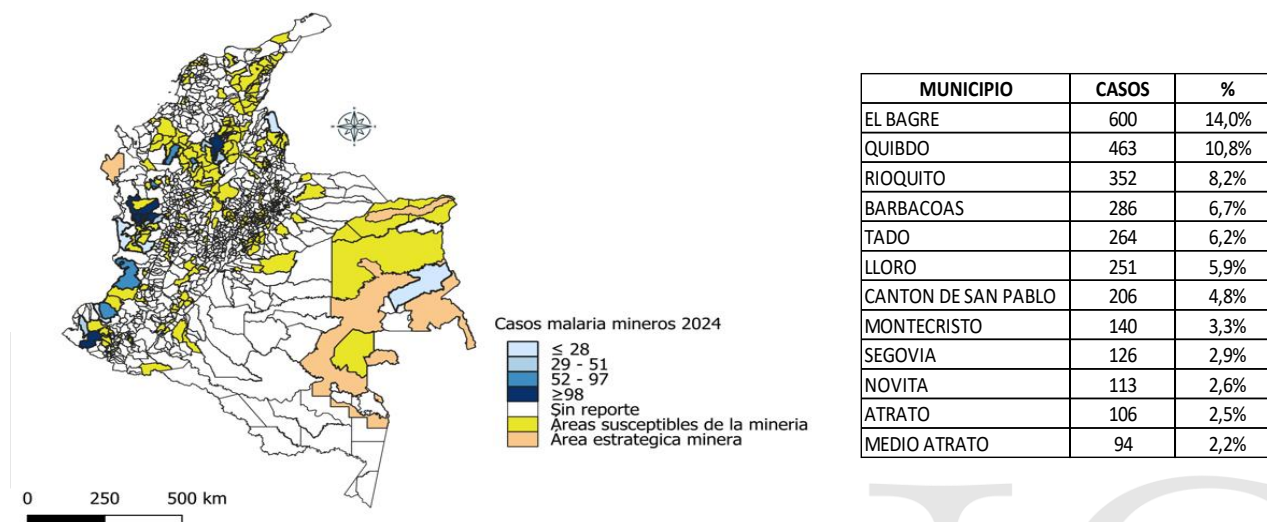


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022- 2024

En cuanto a la distribución étnica, el 32,7 % de los casos de malaria (7 950) se presentó en población afrocolombiana y el 12,8 % (16 322) en población indígena. Al analizar el comportamiento por pertenencia étnica, se observa que en la población indígena los casos han aumentado progresivamente entre 2021 y 2024, con un fuerte repunte en 2024, alcanzando 50 995 casos hasta la semana epidemiológica 47. La especie predominante ha sido *Plasmodium vivax*, con un crecimiento sostenido, mientras que la malaria complicada se ha mantenido en niveles bajos. En la población afrocolombiana también se evidenció una tendencia creciente entre 2021 y 2024, con un aumento de 549 a 868 casos en ese periodo. El año con menor número de casos fue 2022 (281). Predominó igualmente *Plasmodium vivax* y se identificó una baja proporción de malaria complicada. Se observó un patrón estacional, con incrementos entre las semanas epidemiológicas 15 y 30. (Anexo 4).

La malaria está estrechamente vinculada a las ocupaciones de mineros y canteros, representando un desafío que involucra factores sociales, ambientales y clínicos. La migración, las condiciones ambientales y la automedicación contribuyen a la propagación y resistencia de la enfermedad, según la ANNA las áreas susceptibles y estratégicas de minería como se muestran en el mapa coinciden con los casos presentados en mineros. El 3,4 % de los casos (4 288) se concentra en estas poblaciones, principalmente en los municipios de El Bagre 14 %, Quibdó 10,8 %, Rio Quito 8,2 %, Barbacoas 6,7 %, Tadó 6,2 %, Lloró 5,9 %, Cantón de San Pablo 4,8 %, Montecristo 3,3 % y Segovia 2,8 %. (figura 6).

Figura 6. Casos de malaria en población minera 2024 y Estimación de áreas susceptibles de minería para Colombia, 2024.



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024 y Agencia Nacional de Minería (ANNA)

Con respecto a las complicaciones se han notificado 1 872 casos de malaria complicada, notificados de 36 entidades territoriales. 7 entidades territoriales aportan el 66,5 % así: Antioquia 17,5 %, Vaupés 15,1 %, Amazonas 13,6 %, Nariño 5,6 %, Chocó 5,2 %, Risaralda 4,9 % y Córdoba 4,5 %; en la gráfica se muestran los municipios que aportan el 58,3 % de casos de malaria complicada, en la revisión desde el 2020 al 2024 los municipios que ha presentado la mayor carga de casos de malaria complicada es San Andrés de Tumaco y Quibdó Chocó, se observa que todos los municipios presentaron una mayor carga de casos en el año 2024, esto atribuido a la alta carga de casos. (figura 7).

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum* el 58,9 % (1 143) presentaron complicaciones hematológicas; el 27,2 % (528) complicaciones hepáticas; el 6,5 % (127) complicaciones renales, el 3,5 % (67) complicaciones pulmonares y el 3,8 % (74) complicaciones cerebrales.

Figura 7. Casos notificados de malaria complicada por entidad territorial municipal con mayor carga. Colombia, 2024.

Entidad territorial	2020	2021	2022	2023	2024	Comportamiento 2020 a 2024	% Aportan
Mitú-Vaupés	0	0	4	52	285		15,2%
Leticia-Amazonas	1	4	6	9	138		7,4%
Quibdó-Chocó	40	29	52	63	114		6,1%
Buenaventura	16	0	25	46	84		4,5%
Tumaco-Nariño	120	134	79	105	68		3,6%
Puerto Nariño-Amazonas	0	0	4	8	45		2,4%
Tierralta-Córdoba	22	38	41	41	41		2,2%
Cubará-Boyacá	0	0	1	0	40		2,1%
Pueblo Rico-Risaralda	18	30	28	27	40		2,1%
Apartadó-Antioquia	39	26	70	76	39		2,1%
Exterior-Perú	0	0	0	8	39		2,1%
Puerto Gaitán-Meta	33	12	80	42	39		2,1%
Mutató-Antioquia	10	5	5	17	29		1,5%
Bajo Baudó-Chocó	1	16	11	11	29		1,5%
Turbo-Antioquia	7	19	24	40	28		1,5%

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020- 2024

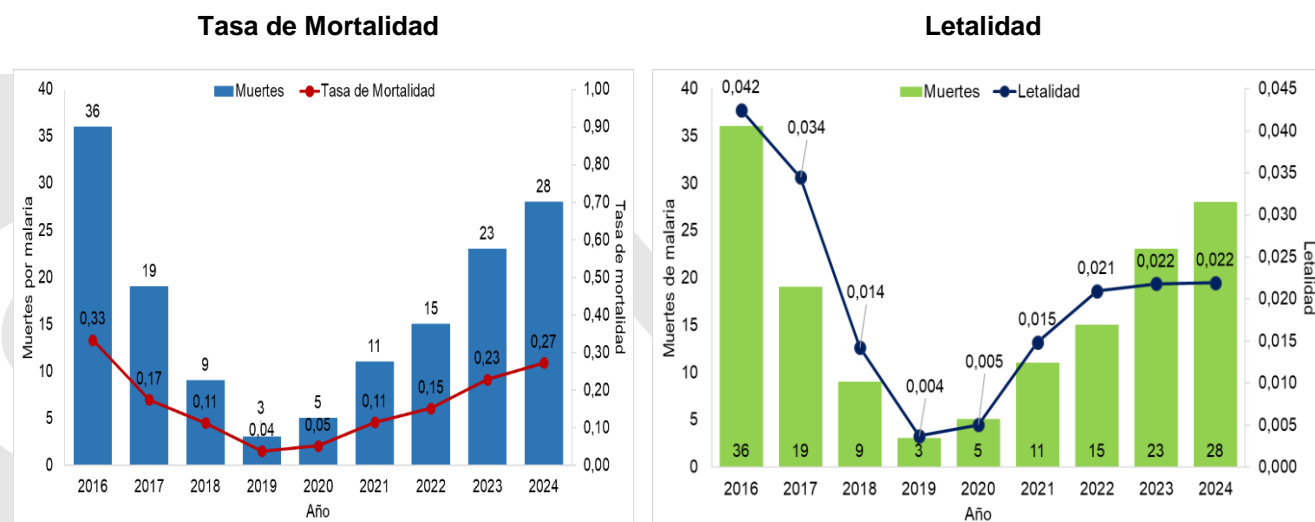
En cuanto al tipo de prueba utilizada para el diagnóstico de malaria en los casos confirmados durante 2024, se observó un aumento en la realización de pruebas rápidas diagnósticas (PDR), que alcanzaron el 41,4 %, en comparación con el 22,0 % registrado en 2023. Este incremento se atribuye principalmente a la detección de casos por parte de los Colaboradores Voluntarios. La gota gruesa representó el 58,4 % de los casos confirmados. Al analizar la distribución por especie parasitaria y tipo de prueba, para *Plasmodium vivax* el 60,2 % de los casos fueron diagnosticados mediante gota gruesa y el 39,6 % por PDR; para *Plasmodium falciparum*, el 57,0 % de los casos fueron detectados con gota gruesa y el 42,8 % por PDR; mientras que, en las infecciones mixtas, el 76,6 % fueron identificadas mediante PDR y el 23,1 % por gota gruesa (Anexo 5).

En el análisis de coinfecciones con otras enfermedades transmitidas por vectores para el año 2024, considerando un periodo de ocho días antes y ocho días después del inicio de síntomas, se identificaron 4.257 casos de coinfección con dengue, asociados a 4 muertes. Los municipios con mayor número de casos fueron Quibdó, Tierralta, Buenaventura, Tumaco, Istmina, Montecristo, El Bagre, San José del Guaviare, Puerto Libertador y Puerto Inírida. En cuanto a otros eventos, se registró un caso de fiebre amarilla en Mitú, un caso de enfermedad de Chagas en Los Córdoba, y un caso sospechoso de Chikunguña que fue descartado. No se reportaron casos de infección por virus Oropouche ni Zika durante este año.

En relación con las muertes notificadas por malaria, se reportaron un total de 44 casos, de los cuales 28 fueron confirmados como atribuibles a este evento (Anexo 6). Se observó un aumento en el número de muertes en los años 2016, 2017, 2023 y 2024. La tasa de mortalidad más alta se registró en 2016, con 0,33 muertes por cada 100.000 habitantes, y una letalidad de 0,042 por cada 100 personas diagnosticadas con malaria. Para el año 2024, la tasa de mortalidad fue de 0,27 muertes por cada 100.000 habitantes, mientras que la letalidad se redujo a 0,022 por cada 100 personas con malaria (figura 8). Las entidades territoriales de procedencia de estas muertes confirmadas fueron: Chocó-

Quibdó (3), Bagadó (2), Carmen del Darién y Bajo Baudó (1), Vaupés-Mitú (5), Risaralda-Pueblo Rico (2), La Virginia y Pereira (1), Antioquia-Mutatá, Zaragoza y Nechí (1), Bolívar-Montecristo (1), Cauca-Guapi (1), Guainía-Inírida (1), Valle-El Dovio (1), Vichada-Cumaribo (1), Buenaventura (1), y dos casos provenientes del exterior. En 2024, la mayor proporción de muertes confirmadas por malaria correspondió a hombres con un 54 %, frente a un 46 % en mujeres. Las edades más afectadas fueron hombres entre 20 y 24 años (19 %) y niños de 0 a 4 años entre las mujeres (14 %). De los casos confirmados, 13 correspondieron a población indígena y 2 a afrocolombianos.

Figura 8. Tendencia de tasa de mortalidad y letalidad de malaria, Colombia, 2016 – 2024

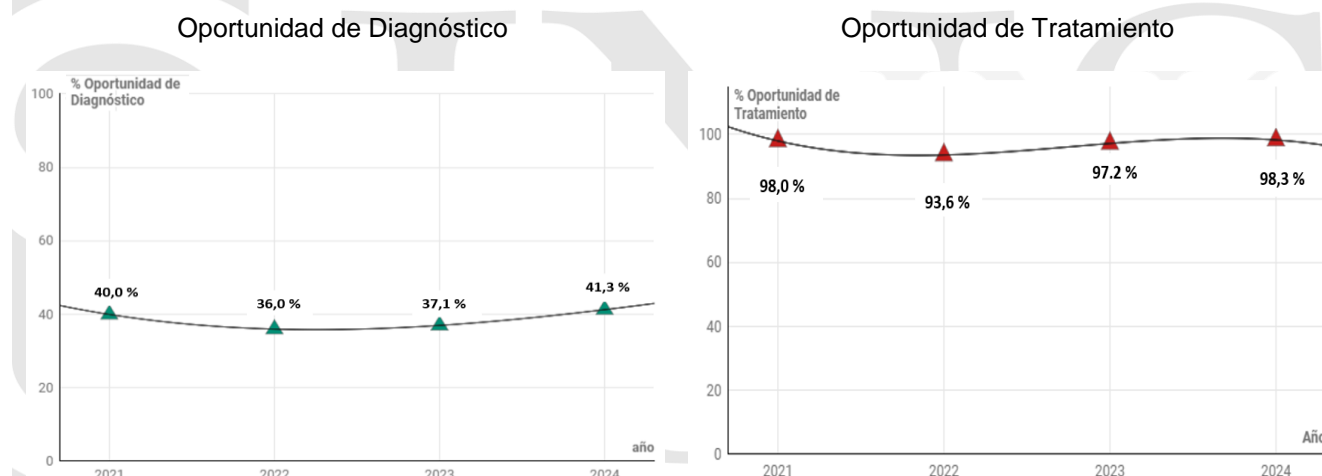


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016- 2024
Denominador de mortalidad población a riesgo para malaria.

De estas muertes solo se realizaron 22 unidades de análisis con tablero de problemas de malaria, en la categoría en la cual se identificaron más situaciones problema fue en la categoría del individuo con un 51,8 % (88/170). El 63,1 % de las características individuales / situaciones problema reportadas corresponde a las entidades de Risaralda (44), Antioquia (40) y Vaupés (24). Para la categoría individuo, los factores con mayor número de características identificadas fueron conocimientos, actitudes y prácticas en salud con el 36,4 % (32 características) del total de esta categoría. Al analizar la información teniendo en cuenta las 32 características del individuo se identifica que el 50 % de los casos con unidad de análisis realizadas para el evento corresponden a indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal o ROM. Respecto a la categoría de servicios de salud, se identificó que el factor predominante fue prestación de servicios individuales con el 40,2 % (33 situaciones problemas), dentro de este factor el incumplimiento de las acciones establecidas en las guías de atención clínica fue la situación problema predominante identificándose en el 45,4 % de los casos (Anexo 7 y 8).

En los indicadores de oportunidad del diagnóstico en el país en el año 2024 se encontró que el 41,3 % (52 760 casos) de los casos notificados fueron diagnosticados en menos de 2 días desde que iniciaron síntomas, comparándolo con el año anterior que se encontraba en 37,1 % (39 131 casos) (figura 9), a nivel departamental se observó que la mayoría de entidades territoriales presentaron el porcentaje por debajo del promedio nacional excepto Cauca (67,1 %), Norte de Santander (52,8 %), Chocó (49,9 %), Risaralda (47,4 %) y Nariño (45,1 %). Para la oportunidad de tratamiento, en el país se tiene que el 98,3 % (125 438 casos) fueron tratados en el 1 día posterior al diagnóstico, comparándolo con el año anterior que fue del 95,3 % (100 518 casos), a nivel departamental se encuentra por encima del promedio nacional Vichada (99,7 %), Guainía (99,5 %), Vaupés (99,3 %), Risaralda (99,1 %), Chocó (99,0 %), Nariño (99,0 %), Guaviare (98,9 %), Córdoba (98,7 %), Amazonas (98,3 %) y Amazonas (98,3 %) (Anexo 9).

Figura 9. Indicadores de Oportunidad de Diagnóstico y oportunidad de tratamiento malaria Colombia 2022 a 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021- 2024

4. Discusión

Colombia, al igual que otros países con alta carga de malaria como Brasil y Nigeria, enfrenta múltiples desafíos para el control y eliminación de esta enfermedad. Aunque cada país presenta particularidades epidemiológicas, sociales y operativas, también comparten barreras estructurales comunes que dificultan la consolidación de estrategias sostenibles de respuesta. En el caso colombiano, la malaria sigue siendo un problema prioritario de salud pública, particularmente en regiones selváticas y rurales donde la transmisión permanece activa y focalizada. La movilidad de la población, los conflictos

armados, la minería informal, y las barreras geográficas y culturales, inciden directamente en la persistencia de focos endémicos.

Entre los años 2020 y 2024, Colombia notificó más de 127 600 casos de malaria, siendo *Plasmodium vivax* la especie predominante con un 62,5 %, seguido por *P. falciparum* con un 35,7 %. Esta distribución coincide con la observada en países amazónicos como Brasil y Perú, donde *P. vivax* también predomina, dificultando los esfuerzos de erradicación debido a su capacidad para generar recaídas por la presencia de hipnozoítos en el hígado (14,15). Aunque en Colombia se ha registrado una disminución relativa de los casos de *P. falciparum*, atribuida a intervenciones focalizadas para su eliminación, el incremento de *P. vivax* supone un nuevo desafío en zonas con transmisión persistente, especialmente en los departamentos del Pacífico y la región amazónica. Tendencias similares han sido reportadas en países como Venezuela y Bolivia, donde condiciones socioambientales desfavorables y fallas en la continuidad de los programas de control han derivado en la reaparición de la enfermedad en áreas previamente controladas.

En cuanto a la distribución territorial de los casos en Colombia, se observa una alta concentración en diez departamentos, con Chocó, Antioquia y Nariño a la cabeza, aportando conjuntamente el 56,1 % de los casos del país. Esta concentración está estrechamente vinculada a factores estructurales como la pobreza, la dispersión rural y las limitaciones en la cobertura de los servicios de salud, características que también se presentan en las zonas amazónicas de Brasil y Perú. Además, durante el año 2024 se identificó un incremento de casos en departamentos que no son tradicionalmente endémicos, como Caldas, Boyacá y Tolima, lo que sugiere una expansión del riesgo geográfico posiblemente influenciada por el cambio climático, la migración interna, la deforestación y la debilitación de las acciones de prevención (4).

A nivel municipal, territorios como Mitú, Pueblo Rico, Quibdó y Tierralta presentan una alta carga de casos de malaria, lo que exige intervenciones integrales con enfoque territorial y étnico. Experiencias en países como Surinam y Guatemala han demostrado que la focalización de estrategias en áreas con alta transmisión, combinadas con vigilancia comunitaria activa, pueden ser efectivas para reducir la carga de enfermedad en contextos similares.

En Surinam, se ha fortalecido la vigilancia de la malaria a través de la formación de agentes comunitarios de salud conocidos como Malaria Service Deliverers (MSD). Estos agentes, en su mayoría personas sin formación profesional en salud, pero adecuadamente entrenadas, prestan servicios esenciales de diagnóstico y tratamiento en zonas de difícil acceso, incluyendo regiones mineras remotas y comunidades migrantes móviles. Esta estrategia subraya la importancia de la detección oportuna de síntomas y signos clínicos de la enfermedad, lo que garantiza un tratamiento adecuado y a tiempo, evitando que los casos pasen desapercibidos (16).

En el caso de Guatemala, destaca la Red de Colaboradores Voluntarios (RCV), una iniciativa emblemática de participación comunitaria en la lucha contra la malaria. Activa desde 1958, esta red está compuesta por personas seleccionadas por sus propias comunidades, sin recibir remuneración,

quienes son capacitadas por el Servicio Nacional de Malaria. Sus funciones incluyen la recolección de muestras de sangre, el diligenciamiento de formularios de notificación y la administración de tratamientos presuntivos. Las muestras son enviadas a laboratorios especializados para su análisis, y si se confirma la presencia del parásito, el tratamiento específico es remitido al colaborador para su administración. Actualmente, más de 5.000 puestos de voluntarios están operativos en las zonas endémicas del país, facilitando el acceso rápido y efectivo a la terapia antimalárica en contextos rurales (17).

No obstante, los avances en la reducción de la letalidad, persisten desafíos significativos en regiones como Chocó, Vaupés y Guainía, donde el acceso limitado a servicios de salud continúa contribuyendo a una alta carga de enfermedad. Las muertes por malaria en estos territorios afectan principalmente a hombres jóvenes, especialmente en el grupo de edad entre 20 y 24 años, así como a niños menores de cinco años. Cerca de la mitad de los casos confirmados se registraron en población indígena, lo cual pone de manifiesto profundas desigualdades estructurales en salud y evidencia la necesidad urgente de acciones diferenciales.

Un factor que ha incidido en el resurgimiento de la malaria en ciertos territorios es la minería, particularmente la informal. Esta actividad no regulada promueve la formación de criaderos para el mosquito vector, como cuerpos de agua estancada generados por prácticas extractivas, al tiempo que atrae a poblaciones migrantes que carecen de acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento. La combinación de condiciones laborales precarias, movilidad humana y ambientes propicios para la transmisión intensifica la exposición y la vulnerabilidad de las comunidades locales. En este contexto, resulta fundamental implementar un enfoque intersectorial e integral, que aborde de manera simultánea los determinantes sociales, ambientales y económicos asociados a la malaria (18).

En términos de mortalidad, entre 2016 y 2024 se registraron 28 muertes confirmadas por malaria en Colombia, con picos en los años 2016, 2017, 2023 y 2024. Si bien la letalidad disminuyó notablemente en 2024 (0,022 por cada 100 casos), las muertes afectaron principalmente a hombres jóvenes y niños menores de cinco años, y casi la mitad ocurrieron en población indígena. Estas cifras reflejan desigualdades estructurales en salud, y evidencian la urgencia de reforzar las capacidades de vigilancia, diagnóstico precoz y atención diferencial, alineadas con la Estrategia Técnica Mundial para la Eliminación de la Malaria 2016-2030 de la OMS (2).

La malaria complicada sigue representando un desafío adicional. Durante el periodo 2020-2024 se registraron 1 872 casos, concentrados en Antioquia, Vaupés, Amazonas y otros cuatro departamentos. Las formas clínicas más frecuentes fueron las hematológicas (58,9 %) y hepáticas (27,2 %), lo que coincide con la literatura internacional sobre las manifestaciones graves de *P. falciparum* y *P. vivax*. Municipios como Tumaco y Quibdó destacaron por su carga significativa, lo cual indica no solo una transmisión sostenida, sino también deficiencias en la atención oportuna y continua.

Un fenómeno emergente que complejiza aún más el panorama sanitario es la coinfección de malaria con otras enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue. En 2024 se notificaron más de 4

200 casos de coinfección malaria-dengue, con cuatro muertes confirmadas. Las áreas más afectadas fueron Quibdó, Tumaco y Buenaventura, donde confluyen condiciones sociales y ecológicas que favorecen la circulación simultánea de múltiples arbovirus. Aunque enfermedades como fiebre amarilla, Chagas, Zika y Oropouche mostraron cifras mínimas o nulas, su vigilancia activa sigue siendo fundamental, dado el riesgo latente de reemergencia.

A nivel de implementación, Colombia ha evidenciado progresos importantes en cuanto a la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de la malaria. En 2024, el 41,3 % de los casos fueron confirmados dentro de los dos días siguientes al inicio de los síntomas, lo que representa una mejora frente al 37,1 % registrado en 2023. Asimismo, el 98,3 % de los pacientes recibieron tratamiento en las primeras 24 horas posteriores al diagnóstico, lo que indica una respuesta más eficaz del sistema de salud. No obstante, persisten disparidades regionales, dado que varios departamentos aún reportan indicadores por debajo del promedio nacional. En contraste, territorios como Vichada, Guainía, Vaupés y Chocó presentan un mejor desempeño, posiblemente debido a la implementación de intervenciones contextualizadas, lo que subraya la relevancia de una descentralización funcional y adaptada de las acciones en salud pública.

A nivel internacional, Brasil ha consolidado una infraestructura sólida a través de su Programa Nacional de Control de la Malaria, obteniendo avances significativos. Sin embargo, continúa enfrentando retos en la región amazónica relacionados con la dispersión territorial, la movilidad poblacional y la atención en comunidades indígenas. Nigeria, en cambio, registra una de las cargas más altas de malaria a nivel global y presenta obstáculos más marcados, como la debilidad estructural de su sistema sanitario, la distribución inequitativa de los recursos y la fragmentación en la implementación de políticas. Estas diferencias ponen de relieve que, aunque algunos desafíos son comunes, el éxito en el control y eliminación de la malaria depende en gran medida de la capacidad para adaptar las estrategias a los contextos locales, fortalecer los sistemas de salud y garantizar la sostenibilidad de las políticas públicas (19,20).

Teniendo en cuenta los resultados del tablero de problemas de malaria en Colombia para 2024 se presenta mayor identificación de características del individuo, este hallazgo coincide con estudios previos que señalan que los factores socioeconómicos, culturales y de acceso geográfico son determinantes críticos en la ocurrencia y desenlace de eventos en salud pública, incluyendo la malaria (21). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha destacado que las condiciones laborales y de vivienda, junto con dificultades para acceder a los servicios de salud, constituyen barreras significativas para la eliminación de la malaria en comunidades vulnerables (22).

Así mismo, se pone en manifiesto la necesidad de implementar estrategias que consideren los determinantes sociales y culturales en el control de la malaria, fortalecer la formación del personal de salud en contextos rurales, mejorar la adherencia a los protocolos de atención y promover la participación comunitaria en la prevención y control de la enfermedad pueden contribuir a minimizar el impacto teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos. Finalmente, La Organización Panamericana de la salud ha resaltado que la eliminación de enfermedades transmisibles favorece la vida de las

comunidades más desprotegidas, incluyendo pueblos indígenas y afrodescendientes, y ha aplaudido la decisión de Colombia de adoptar la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria bajo el enfoque Una Sola Salud (23).

En conclusión, aunque Colombia ha registrado avances significativos en la atención oportuna, el control de brotes y la vigilancia integrada de la malaria, persisten desafíos estructurales, especialmente en territorios con alta vulnerabilidad social y étnica. El análisis comparativo con países como Brasil y Nigeria evidencia que el progreso sostenible en la reducción de la carga de la enfermedad requiere enfoques integrales, multisectoriales y culturalmente sensibles, alineados con los compromisos internacionales y las metas regionales de eliminación. En este contexto, resulta esencial continuar fortaleciendo la vigilancia en salud pública, ya que constituye una herramienta clave para la toma de decisiones a nivel territorial. La vigilancia de casos complicados y de mortalidad asociada aporta información estratégica para optimizar los planes de control y eliminación, mientras que el análisis de comportamientos inusuales y el uso de la vigilancia como intervención permiten caracterizar con mayor precisión la incidencia, facilitando la implementación de respuestas más focalizadas y contextualizadas.

5. Conclusiones

Entre 2020 y 2024, Colombia notificó 127.600 casos de malaria, en su mayoría clasificados como no complicados, y se reportaron 28 muertes relacionadas. La especie más común fue *Plasmodium vivax*, responsable del 62,5 % de los casos, seguida por *P. falciparum* y, en menor medida, infecciones mixtas. No se identificaron casos de *P. malariae*. Desde 2022, se ha observado una disminución progresiva de casos por *P. falciparum*, atribuida al fortalecimiento de estrategias de eliminación y al aumento de la transmisión de *P. vivax* en ciertas zonas del país.

A partir de la semana epidemiológica 20 de 2023, se detectó un brote que se extendió durante 2024, con un aumento del 20,9 % respecto al mismo periodo del año anterior. El análisis geográfico mostró que la enfermedad sigue concentrándose en cuatro regiones clave: la costa Pacífica, Urabá, la Amazonía-Orinoquía y la frontera con Venezuela. La costa Pacífica no solo presentó el mayor número de casos, sino también la mayor proporción de casos complicados, lo que indica una fuerte relación entre la carga de enfermedad y el riesgo de complicaciones.

La malaria presenta marcadas desigualdades territoriales. Trece departamentos concentraron el 92 % de los casos, siendo Chocó, Antioquia y Nariño los más afectados. A nivel municipal, Mitú, Pueblo Rico y Quibdó destacaron por su alta incidencia. También se registró un aumento en Inírida, Alto Baudó y Cubará, mientras que Tierralta y El Bagre mostraron una tendencia a la baja.

La distribución por especie varió según el territorio. *P. vivax* aumentó en departamentos como Chocó, Vaupés, Risaralda y Guainía, con una alta concentración en municipios de la Amazonía y la región Andina occidental. Por su parte, *P. falciparum* mostró incrementos en Chocó, Nariño, Risaralda y Buenaventura, siendo Quibdó y Bagadó los municipios más afectados.

La enfermedad afecta principalmente a hombres jóvenes, especialmente entre los 10 y 19 años, con mayor incidencia en Chocó, Antioquia y Córdoba. Las comunidades afrocolombianas e indígenas presentan una alta carga, con un aumento sostenido de casos en pueblos indígenas, especialmente por *P. vivax*. La malaria está estrechamente vinculada a actividades extractivas como la minería, reflejando su relación con condiciones sociales vulnerables y ocupaciones de alto riesgo.

Las complicaciones se han presentado con mayor frecuencia en Antioquia, Vaupés y Amazonas, predominando las de tipo hematológico. En 2024, se incrementó el uso de pruebas rápidas, impulsado por el trabajo de colaboradores comunitarios, aunque la gota gruesa sigue siendo el método diagnóstico principal.

Se han registrado coinfecciones con dengue, especialmente en Quibdó y Tumaco, y muertes por malaria, principalmente en hombres jóvenes y niños menores de cinco años. A pesar del aumento de la mortalidad en 2024, se han mejorado los tiempos de diagnóstico y tratamiento, lo que refleja avances en la respuesta del sistema de salud.

Finalmente, la detección de patrones inusuales en varios departamentos resalta la importancia de mantener una vigilancia intensificada, con enfoques adaptados a las realidades territoriales, sociales y culturales. Comprender las dinámicas locales de transmisión y responder rápidamente a los brotes es clave para reducir de forma sostenida la carga de malaria en el país.

6. Recomendaciones

A las entidades territoriales:

- Se propone reforzar las acciones de vigilancia en salud pública en el ámbito local, alineándolas con lo establecido en el protocolo nacional correspondiente. Esto implica el análisis constante de los canales endémicos y la identificación de comportamientos atípicos de la malaria en cada entidad territorial, con el objetivo de orientar y priorizar las medidas de gestión del riesgo en los municipios, y socializar esta información con los equipos técnicos para facilitar intervenciones oportunas.
- Asimismo, se destaca la necesidad de revisar de forma periódica el tablero de control de malaria, actualizado semanalmente, y de establecer Salas de Análisis del Riesgo en los territorios, especialmente durante brotes o cuando se requiera una evaluación detallada que permita decisiones conjuntas.
- Es fundamental mejorar la calidad de la información recolectada en el país, asegurando mayor exactitud, integridad y precisión de los datos, así como perfeccionar la clasificación de los casos de malaria complicada para optimizar su abordaje clínico. Se recomienda mantener una vigilancia activa mediante búsquedas institucionales y comunitarias, particularmente en escenarios de silencio epidemiológico o ante cambios inesperados en el comportamiento del evento.
- Debe intensificarse el monitoreo en municipios con brotes activos o con disminución sostenida de casos, promoviendo la búsqueda activa institucional en aquellos municipios priorizados dentro del proceso de eliminación, especialmente si presentan silencio epidemiológico. Del

mismo modo, se requiere fortalecer el seguimiento de los casos de malaria complicada, verificando el cumplimiento de los criterios diagnósticos y asegurando el tratamiento conforme a las guías clínicas, con la participación de autoridades de salud departamentales, municipales y las UPGD.

- Es indispensable realizar un seguimiento sistemático a los indicadores relacionados con la oportunidad del diagnóstico, el tratamiento, las variaciones inusuales y la tendencia de la enfermedad, tanto a nivel municipal como departamental, así como reforzar la vigilancia sobre los indicadores de positividad. Finalmente, se debe consolidar la articulación entre los componentes de vigilancia en salud pública, los programas de malaria, los prestadores de servicios y las EAPB. Las entidades territoriales deben adherirse a las directrices emitidas por los referentes nacionales del evento, así como a los documentos técnicos vigentes para cada año, incluyendo protocolos, lineamientos, manuales y anexos, recordando que estos procesos son dinámicos y se ajustan conforme a la evolución del evento.

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

- Es fundamental fortalecer la capacidad técnica y operativa de las IPS para garantizar un manejo clínico adecuado y oportuno de los casos de malaria. Esto debe lograrse mediante una articulación permanente entre las entidades territoriales, las EAPB y las IPS, que permita un seguimiento efectivo de los pacientes y asegure la prestación de servicios con altos estándares de calidad, minimizando así el riesgo de complicaciones graves y muertes asociadas a la enfermedad.
- En este sentido, también se requiere reforzar la vigilancia de los casos de malaria complicada, mediante la verificación del cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos y la garantía de un tratamiento acorde con las guías de práctica clínica. Para ello, es clave la participación activa de las secretarías de salud departamentales, municipales y las Unidades de Programación y Gestión del Diagnóstico (UPGD).

7. Bibliografía.

1. Nazari N, Hamzavi Y, Rezaei M, Khoshbo P. A brief review of malaria epidemiological trend in Kermanshah province, Iran, 1986 – 2014. J Med Life. 2022 Mar;15(3):392-396. doi: 10.25122/jml-2021-0374. PMID: 35449995; PMCID: PMC9015178. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9015178/>
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030 [Internet] 19 de julio de 2021. Fecha de consulta: 2 de mayo de 2025. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/who-global-technical-strategy-malaria-2016-2030-2021-update?psafe_param=1&qclid=Cj0KCQjwTO-kBhDIARIsAL6LordGGZzCgOpMmtYQY8mBvT20BTooVdxCf4c0PZIO8Lrd8A5wNLEako8aAgiEALw_wcB
3. Organización Mundial de la Salud. El Informe anual de la OMS sobre el paludismo pone de relieve la creciente amenaza del cambio climático. Fecha de consulta: 25 abril 2025, Disponible

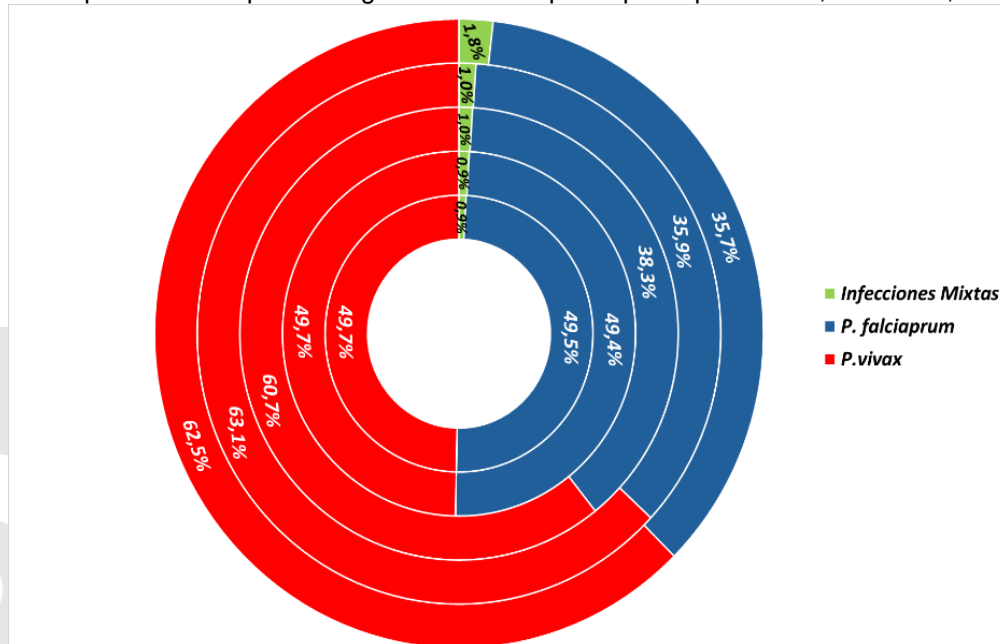
- en: <https://www.who.int/es/news/item/30-11-2023-who-s-annual-malaria-report-spotlights-the-growing-threat-of-climate-change>.
4. Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2023. Fecha de consulta: 10 abril 2025, Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086173>.
 5. Organización Panamericana de la Salud. Día de la Malaria en las Américas: La OPS hace un llamado a ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento. Fecha de Consulta: 18 mayo 2025, Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/6-11-2024-dia-malaria-americas-ops-hace-llamado-ampliar-acceso-al-diagnostico-tratamiento?utm_source
 6. Instituto Nacional de Salud. (2025). Boletín epidemiológico semanal 17 de 2025. Boletín epidemiológico semanal, 1–47. Fecha de consulta: 19 mayo 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2025.17>.
 7. Ministerio de Salud y Protección social. Páginas - Abastecimiento de Medicamentos. Gov.co. Recuperado el 22 de julio de 2024, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/desabastecimiento.aspx>.
 8. Ministerio de Salud y Protección social. Plan estratégico nacional de malaria 2019- 2022. [Internet]. 2020. Fecha de consulta: 7 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/plan-estrategico-malaria.pdf>
 9. Ministerio de salud y Protección Social- Circular 2073 de 2023. Fecha de Consulta: 2 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/A-trav%C3%A9s-de-Resoluci%C3%B3n-2073-MinSalud-establece-nuevos-lineamientos-para-la-prevenci%C3%B3n-y-control-de-la-malaria-en-Colombia.aspx#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20y,de%20la%20Malaria%20en%20Colombia.>
 10. Ministerio de salud y Protección Social. Lineamientos Técnicos y Operativos para la Implementación de Colaboradores Voluntarios. Fecha de Consulta: 3 de mayo 2025. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/A-trav%C3%A9s-de-Resoluci%C3%B3n-2073-MinSalud-establece-nuevos-lineamientos-para-la-prevenci%C3%B3n-y-control-de-la-malaria-en-Colombia.aspx>
 11. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento de malaria 2019. [Internet] 2019. Fecha de consulta: 22 de mayo de 2024. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>.
 12. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento de malaria 2022. [Internet] 2022. Fecha de consulta: 12 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>.
 13. Instituto Nacional de Salud. Informe tablero de problemas, Colombia, 2023. 2024 [cited 2025 May 21];1–41. Disponible en: <file:///C:/Users/mbenavides/OneDrive%20-%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD/Unidad%20de%20An%C3%A1lisis/Unidad%20de%20Análisis/Gesti%C3%B3n%20UACE/Eventos/Tablero%20de%20problema%202023.pdf>.

14. Bôtto-Menezes, C., Silva Dos Santos, M. C., Lopes Simplício, J., Menezes de Medeiros, J., Barroso Gomes, K. C., de Carvalho Costa, I. C., Batista-Silva, E., Teixeira do Nascimento, C., da Silva Chagas, E. C., Jardim Sardinha, J. F., Simões de Santana Filho, F., Brock, M., Bardají, A., & Martínez-Espinosa, F. E. (2015). Plasmodium vivax malaria in pregnant women in the Brazilian Amazon and the risk factors associated with prematurity and low birth weight: A descriptive study. *PLoS One*, 10(12), e0144399. Fecha de Consulta: 28 mayo de 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144399>
15. Oliveira-Ferreira, J., Lacerda, M. V. G., Brasil, P., Ladislau, J. L. B., Tauil, P. L., & Daniel-Ribeiro, C. T. (2010). Malaria in Brazil: An overview. *Malaria Journal*, 9(1), 115. Fecha de Consulta: 28 mayo de 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1475-2875-9-115>
16. Nov, 30. (s/f). Suriname enhances malaria surveillance with specialized capacity building for community Health workers. Paho.org. Fecha de Consulta: 22 mayo de 2025, Disponible en: https://www.paho.org/en/news/30-11-2023-suriname-enhances-malaria-surveillance-specialized-capacity-building-community?utm_source
17. Ruebush, T. K., 2nd, & Godoy, H. A. (1992). Community participation in malaria surveillance and treatment. I. The Volunteer Collaborator Network of Guatemala. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 46(3), 248–260. Fecha de Consulta: 20 mayo de 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.1992.46.248>
18. Salas, D., Sánchez, D. Y., Achury, G., & Escobar-Díaz, F. (2021). Malaria en poblaciones con ocupación minera, Colombia, 2012-2018. *Biomedica: Revista Del Instituto Nacional de Salud*, 41(Supl. 1), 121–130. Fecha de Consulta: 20 mayo de 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.7705/biomedica.5899>
19. Eliminación de la malaria en Nigeria: cinco formas en que la Iniciativa contra la malaria para los estados del presidente de EE. UU. Está marcando la diferencia. (2021, abril 29). *Management Sciences for Health*. Fecha de Consulta: 21 mayo de 2025, Disponible en: https://msh.org/es/story/eliminating-malaria-in-nigeria-five-ways-the-us-presidents-malaria-initiative/?utm_source
20. Braz, R. M., & Barcellos, C. (2018). Análise do processo de eliminação da transmissão da malária na Amazônia brasileira com abordagem espacial da variação da incidência da doença em 2016. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 27(3). Fecha de Consulta: 20 mayo de 2025, Disponible en: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300010>
21. Knudson Ospina RA, Barreto Zorza YM, Olaya Másmela LA, Castillo CF, Mosquera LY, Apráez Ippolito G, et al. Barreras para la eliminación de la malaria en Guapi-Cauca, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2020 Nov 1;22(6):1–8.
22. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación. 2011 [cited 2025 May 23]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-reorientacion-programas-control-malaria-con-miras-eliminacion>
23. Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Colombia lanza el Plan Nacional de Eliminación y Erradicación de Enfermedades Transmisibles. 2024 [cited 2025 May 23]; Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-5-2024-colombia-lanza-plan-nacional-eliminacion-erradicacion-enfermedades-transmisibles>
24. Kruk M, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018; 6 (11): e1196–e252. World Health Organization.

- Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva, 2017.
25. Domingos J, Casimiro A, Portugal-calisto D, Varandas L. Clinical, laboratorial and immunological aspects of severe malaria in children from Guinea-Bissau. *Acta Trop.* 2018;185(July 2017):46–51.
 26. Araya Calvo P, Polanco Méndez D. Malaria: revisión bibliográfica. CS [Internet]. 1 de agosto de 2020. Fecha de consulta 11 de junio de 2024];4(4):Pág. 162-175. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/193>
 27. Pinedo-Cancino V, Arista KM, Valle-Campos A, Saavedra-Langer R, Roca C, Ramos-Rincón JM, Calderón M, Branch OH. Perfiles hematológicos de pacientes infectados por malaria en un área endémica del Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [internet]. 30 de septiembre de 2022. Fecha de consulta 27 de mayo de 2024;39(3):336-44. disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/11908>
 28. Chaparro, P., & Padilla, J. (2012). Mortalidad por paludismo en Colombia, 1979-2008. *Biomédica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 32, 95–105. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572012000500011
 29. De Bruycker M, Van den Bergh R, Dahmane A, et al. Non-adherence to standard treatment guidelines in a rural paediatric hospital in Sierra Leone. *Public Health Action.* 2013;3(2):118-124. doi:10.5588/pha.12.0060
 30. Guía para la atención clínica integral del paciente con malaria. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, [Internet] 2022. Fecha de consulta 11 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Guia-atencion-clinica-malaria.pdf>.

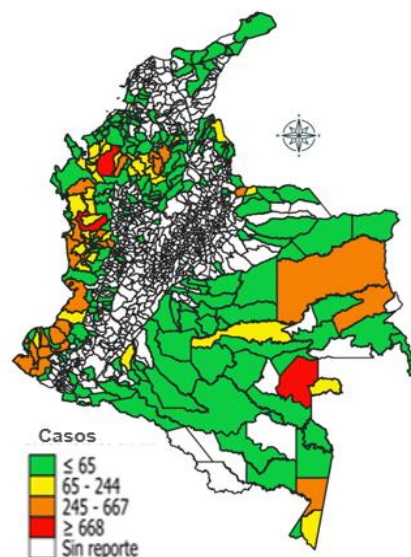
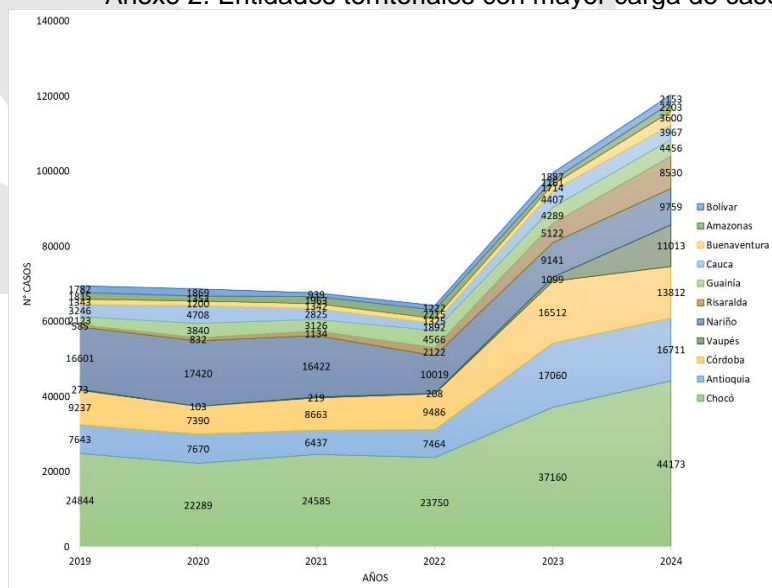
Anexos

Anexo 1. Comportamiento epidemiológico de malaria por especie parasitaria, Colombia, 2020 -2024.



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

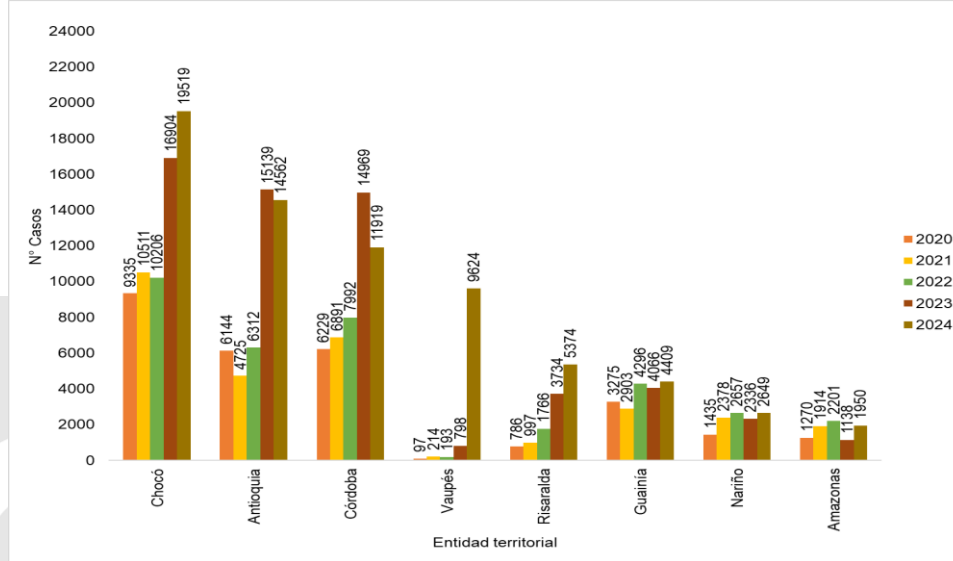
Anexo 2. Entidades territoriales con mayor carga de casos de malaria, Colombia, 2019- 2024.



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

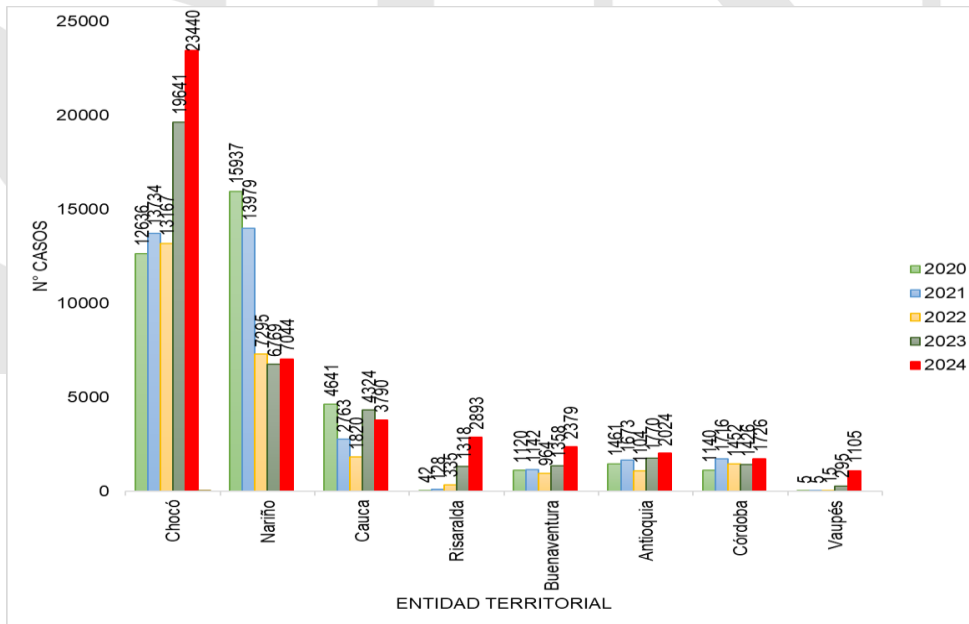
Anexo 3. Distribución de casos por especie parasitaria por entidad territorial, Colombia 2020-2024.

P. vivax



Departamento	Casos 2024	% Aporte Nacional	Variación
Chocó	19519	24,5%	15,5%
Antioquia	14562	18,3%	-3,8%
Córdoba	11919	14,9%	-20,4%
Vaupés	9624	12,1%	1106,0%
Risaralda	5374	6,7%	43,9%
Guainía	4409	5,5%	8,4%
Nariño	2649	3,3%	13,4%
Amazonas	1950	2,4%	71,4%
Bolívar	1901	2,4%	18,5%
Norte de Santander	1618	2,0%	7,4%
Boyacá	1377	1,7%	100,0%

P. falciparum

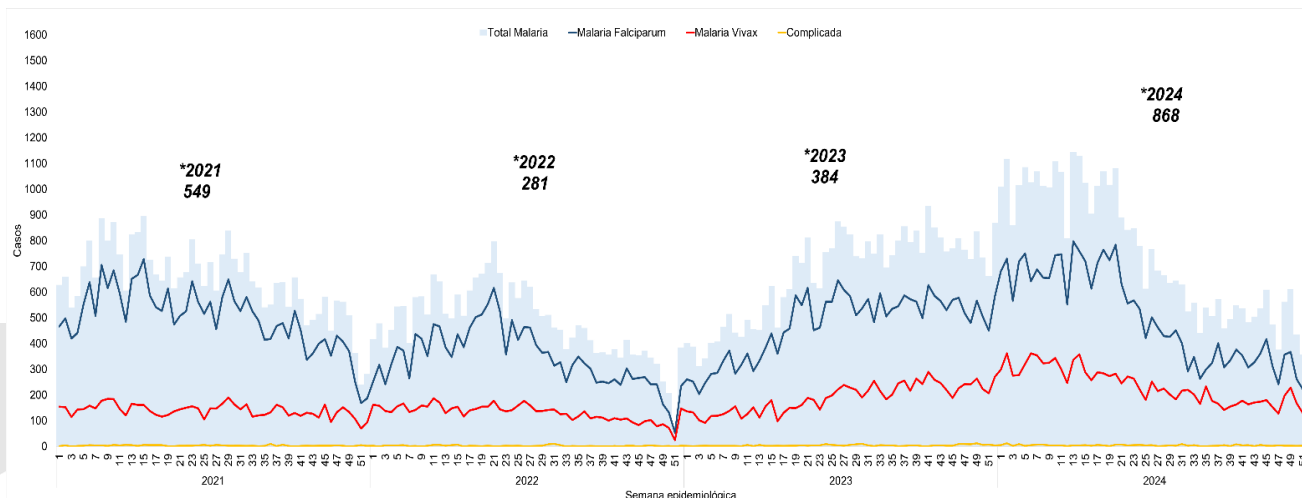


Departamento	Casos 2024	% Aporte Nacional	Variación
Chocó	23440	51,4%	19,3%
Nariño	7044	15,5%	4,1%
Cauca	3790	8,3%	-12,3%
Risaralda	2893	6,3%	119,5%
Buenaventura	2379	5,2%	75,2%
Antioquia	2024	4,4%	14,4%
Córdoba	1726	3,8%	21,0%
Vaupés	1105	2,4%	274,6%
Vichada	276	0,6%	72,5%
Amazonas	232	0,5%	1121,1%
Bolívar	222	0,5%	-15,3%

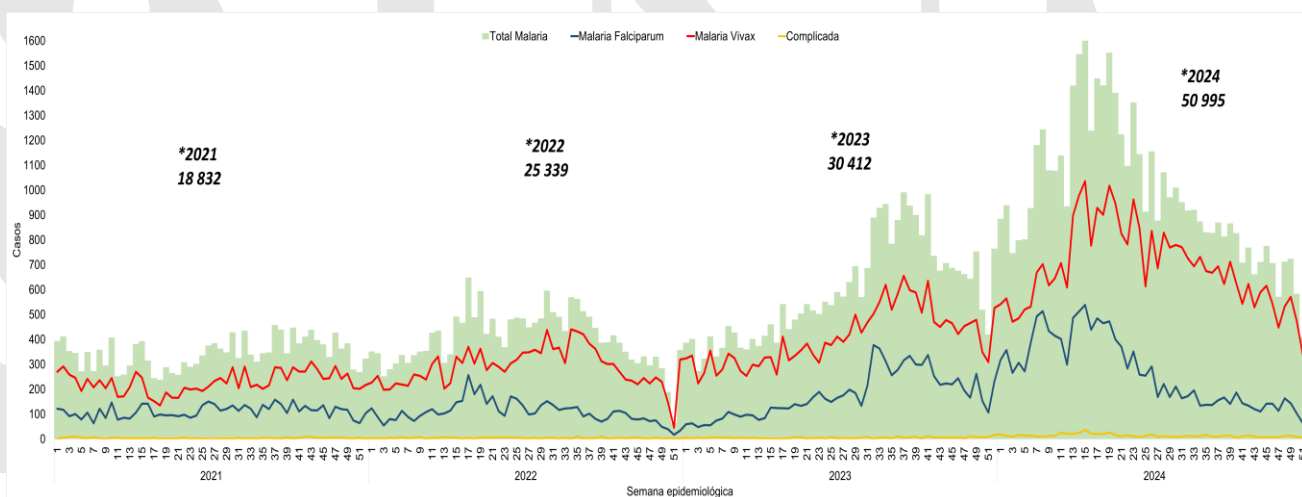
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Anexo 4. Distribución de casos por pertenencia étnica por especie parasitaria 2021 a 2024

Casos en Afrocolombianos 2021 a 2024



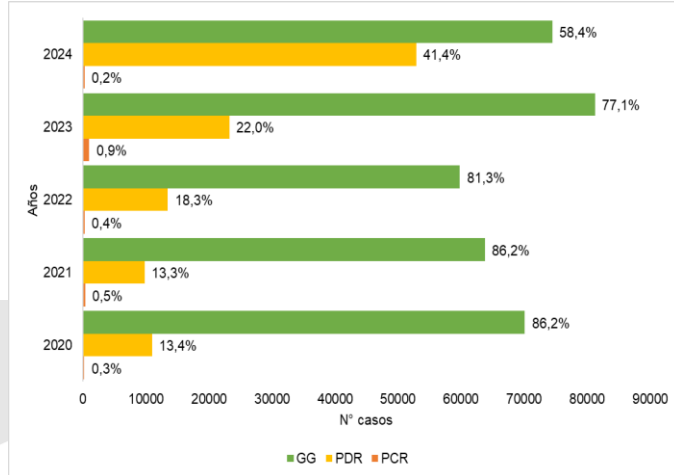
Casos en Indígenas 2021 a 2024



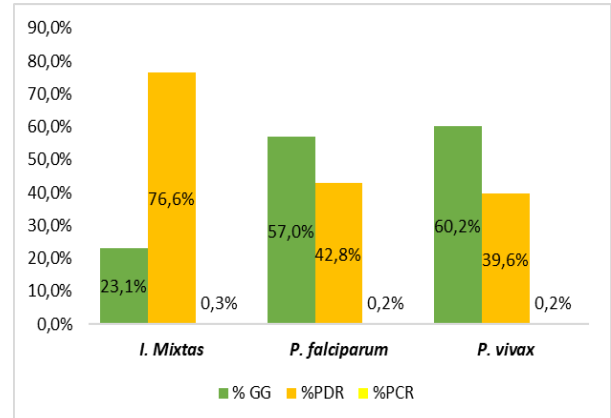
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2024

Anexo 5. Tipo de prueba realizada de los casos confirmados de malaria, Colombia 2020-2024

Proporción de casos y tipo de prueba 2020-2024

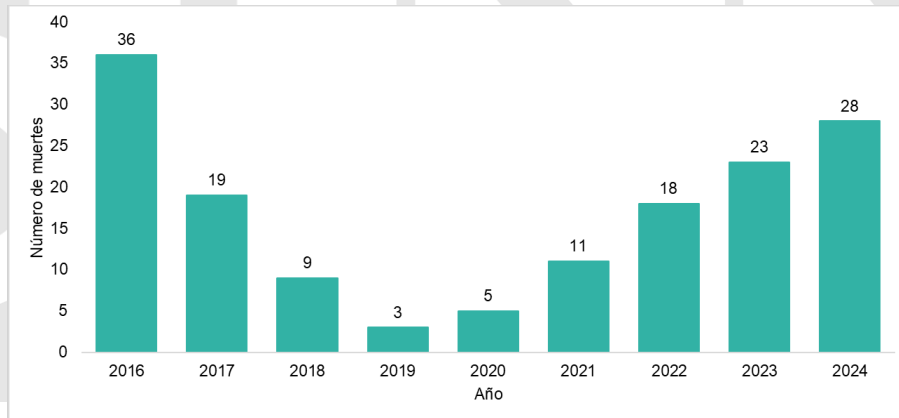


Tipo de Prueba por especie parasitaria 2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020- 2024

Anexo 6. Muertes atribuidas a malaria, Colombia 2016-2024



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016- 2024

Anexo 7. Muertes atribuidas a malaria, Colombia 2024.

Entidad Territorial	Tasa de Mortalidad			% Letalidad		
	Numerador (Número de Muertes Malaria)	Denominador (Población a Riesgo Malaria 2024)	Resultado *100 000	Numerador (Número de Muertes Malaria)	Denominador (Casos Malaria 2024)	Resultado *100
Chocó	7	561026	1,25	7	44173	0,016
Vaupés	5	57934	8,63	5	11013	0,045

Risaralda	4	167299	2,39	4	8530	0,047
Antioquia	3	1222301	0,25	3	16711	0,018
Buenaventura	2	324130	0,62	2	3600	0,056
Exterior	2	NA	NA	2	437	0,458
Bolívar	1	616559	0,16	1	2153	0,046
Cauca	1	461957	0,22	1	3967	0,025
Guainía	1	57934	1,73	1	4456	0,022
Valle del Cauca	1	575224	0,17	1	164	0,610
Vichada	1	115653	0,86	1	1352	0,074

Anexo 8. Características individuales y situaciones problema identificadas en los tableros de problemas de malaria, 2024, Colombia.

Factores	n
Individuo	88
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud.	32
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	9
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	1
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del paciente o cuidador	9
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	3
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	10
Determinantes estructurales.	25
Desplazado	1
Identidad de género	2
Menor de edad	3
Migrante	1
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, raizal, ROM	11
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	7
Determinantes intermedios.	16
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	5
Consumidor de sustancias psicoactivas	1
Desocupado	2
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	5
No disponibilidad o acceso a los alimentos	1
Ocupado informal	2
Acceso a los servicios de salud.	15
Lenguaje e idioma que retrasan el acceso al servicio de salud	2
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	2
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan el acceso al servicio de salud	6
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	4
Situaciones de orden público que retrasan el acceso al servicio de salud	1
Servicios de salud	82
Prestación de servicios individuales.	33
Diagnostico tardío o inadecuado	7
Falla en los mecanismos de seguimiento	2

Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención	2
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	5
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	10
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	2
No se realizó la remisión a otras especialidades requeridas de acuerdo a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	2
Tratamiento inadecuado o inoportuno	3
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud.	31
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	8
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	5
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	7
Incumplimiento en las acciones de protección específica	4
Incumplimiento en las estrategias para comunicar el riesgo al paciente	7
Gestión del aseguramiento.	10
Barreras administrativas para acceder a la atención en salud	3
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios	3
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	2
No se realiza la atención integral de su población afiliada	1
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	1
Gobernanza.	5
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	2
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	2
No se han desarrollado planes, programas o proyectos para el control y mitigación de los eventos de interés en salud pública	1
Prestación de servicios colectivos.	3
Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales	1
Inaccesibilidad a las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas	1
Inoportunidad o ausencia de contratación para la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas	1
Total general	170

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

Anexo 9. Indicadores de oportunidad de diagnóstico y oportunidad de tratamiento malaria por entidad territorial, Colombia, 2024.

Departamento	Denominador total casos notificados	Numerador N° casos Oportunos de Diagnóstico menos de 2 días	Resultado % Oportunidad de Diagnóstico	Numerador N° casos Oportunos de Tratamiento menos de 1 día	Resultado % Oportunidad de Tratamiento
Chocó	41213	20577	49,9%	40815	99,0%
Antioquia	17934	5927	33,0%	17528	97,7%
Córdoba	13892	4606	33,2%	13709	98,7%
Vaupés	10892	4187	38,4%	10815	99,3%
Nariño	9569	4311	45,1%	9474	99,0%
Risaralda	9429	4465	47,4%	9341	99,1%
Guainía	4619	1329	28,8%	4595	99,5%
Cauca	3813	2560	67,1%	3702	97,1%
Buenaventura	3479	1242	35,7%	3385	97,3%
Amazonas	2320	590	25,4%	2281	98,3%
Amazonas	2320	590	25,4%	2281	98,3%
Norte de Santander	1653	872	52,8%	1619	97,9%
Bolívar	1491	420	28,2%	1458	97,8%
Boyacá	1422	349	24,5%	1397	98,2%
Vichada	1259	275	21,8%	1255	99,7%
Guaviare	1010	263	26,0%	999	98,9%
Calí	551	95	17,2%	486	88,2%
Sucre	445	114	25,6%	382	85,8%
Meta	429	84	19,6%	392	91,4%
Bogotá, D.C.	409	83	20,3%	390	95,4%
Valle	273	65	23,8%	243	89,0%
Arauca	247	35	14,2%	233	94,3%
Caquetá	209	51	24,4%	186	89,0%
Cesar	139	35	25,2%	102	73,4%
Caldas	138	44	31,9%	125	90,6%
Santander	118	32	27,1%	81	68,6%
Quindío	96	23	24,0%	70	72,9%
Putumayo	75	17	22,7%	71	94,7%
Cartagena	75	17	22,7%	59	78,7%
Tolima	65	15	23,1%	26	40,0%
Cundinamarca	60	13	21,7%	43	71,7%
Casanare	58	13	22,4%	38	65,5%
Huila	50	10	20,0%	39	78,0%
La Guajira	35	8	22,9%	27	77,1%
Atlántico	23	5	21,7%	14	60,9%
Santa Marta	21	4	19,0%	8	38,1%
Magdalena	16	6	37,5%	10	62,5%

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