

COLOMBIA

Colombia, donde los casos de malaria han disminuido en los últimos años, está en buen camino para alcanzar lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM para el 2015. En el 2014, los casos habían disminuido un 71,8% desde el comienzo del milenio (figuras 1 y 2). Colombia notificó 17 muertes relacionadas con la malaria en el 2014 (solo Brasil notificó un número mayor), aunque esta cifra representa una disminución del 86,3% desde el 2000.

El departamento del Chocó, a lo largo de la frontera con Panamá, tuvo el mayor número de casos en el 2014, con un aumento del 39,4% desde el 2013 (figura 3). Quibdó, en el departamento del Chocó, notificó el mayor número de casos de todos los municipios, con 5.008. Previamente, Antioquia había tenido el mayor número de ca-

Figura 2. Número de casos y muertes por malaria en Colombia, 2000-2014

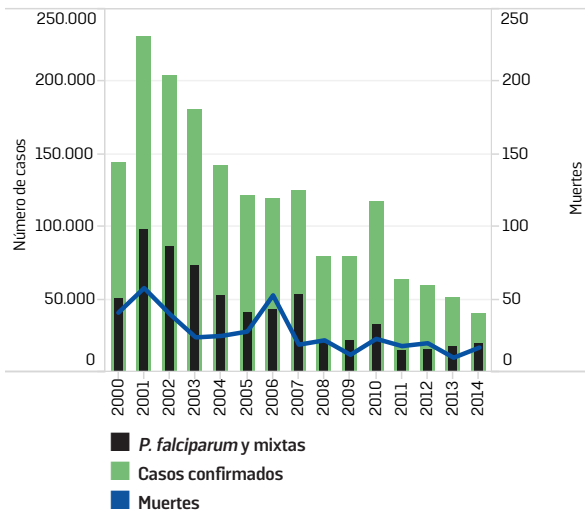
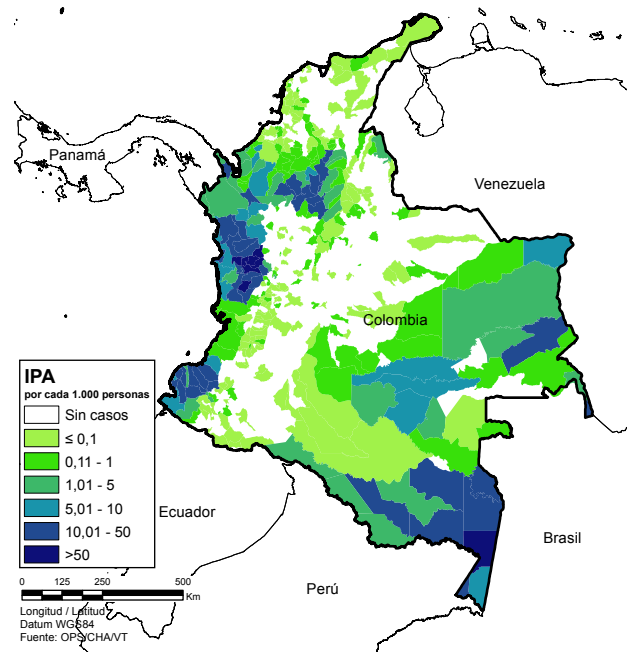


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM2), Colombia, 2014



sos, pero en este departamento la malaria ha disminuido 55,4% desde el 2013.

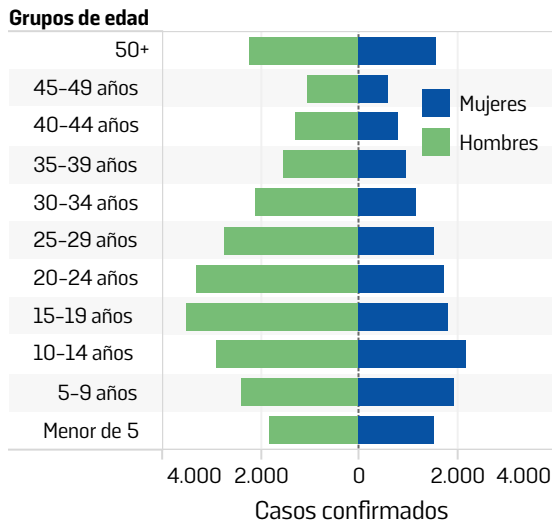
Hay varias especies de vectores de la malaria en Colombia: *Anopheles darlingi*, *An. pseudopunctipennis*, *An. albimanus*, *An. nunezovari*, *An. neivai* y *An. punctimacula*. Las infecciones por *P. falciparum* representaron cerca de la mitad de los casos en el 2014, lo cual representa un aumento respecto del año anterior (34%). Anteriormente, la mayoría de los casos se debían a *P. vivax*, pero en el 2014 hubo un brote de malaria por *P. falciparum* en el Chocó.

Figura 3. Municipios (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Colombia, 2012-2014

Municipio	Departamento	2012	2013	2014
Quibdó	Choco	1.703	4.232	5.008
Tadó	Choco	1.560	1.814	3.472
El Bagre	Antioquia	6.570	4.572	2.109
Nóvita	Choco	392	668	1.886
Caceres	Antioquia	1.922	5.061	1.419
Tumaco	Narino	1.524	1.422	1.330
Medio San Juan	Choco	21	406	1.165
Río Iró	Choco	8	522	1.077
Zaragoza	Antioquia	1.738	1.732	961
Bagadó	Choco	686	556	894

■ Disminución ■ Aumento

Figura 4. Casos de malaria por edad y sexo en Colombia, 2014

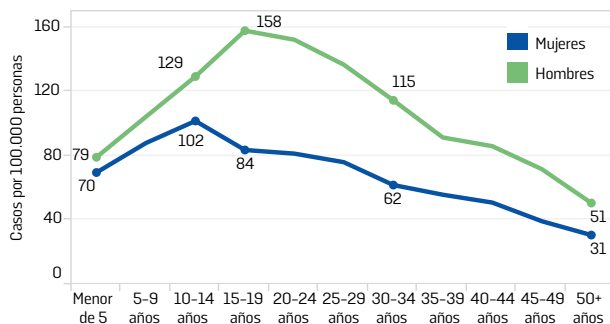


Los hombres corren un riesgo mayor de contraer malaria que las mujeres y representaron un 61% de los casos en el 2014 (figura 4). Ese año, la incidencia normalizada por la edad fue de 102 casos por 100.000 hombres y 65 casos por 100.000 mujeres. En todos los grupos etarios, la incidencia de malaria fue mayor en los hombres que en las mujeres, alcanzando el nivel máximo en los hombres en el grupo de 15 a 19 años (figura 5). En las mujeres, la incidencia fue más alta en el grupo de 10 a 15 años.

Diagnóstico y tratamiento

Aunque actualmente se usan tanto la microscopía como las PDR, la microscopía es el método principal de diagnóstico de la malaria (figura 6). Las PDR se introdujeron en el 2007 y su uso ha variado de año a año. En el 2014 el ILP era de más de 10,1, una disminución con respecto al ILP de más de 30 que se registraba al comienzo del milenio. En Colombia se usa cloroquina y primaquina (0,25 mg/kg durante 14 días) como tratamiento de primera línea para las infecciones por *P.*

Figura 5. Incidencia de la malaria por edad y sexo en Colombia, 2014



vivax y una combinación de arteméter-lumefantrina para los casos de *P. falciparum*.

En el 2014, el acceso al tratamiento fue mejor que el año anterior, cuando casi la mitad de los pacientes de malaria recibieron tratamiento más de 72 horas después del inicio de los síntomas (figura 8). Actualmente solo un 36% de los pacientes de malaria tienen que

Figura 6. Láminas examinadas, PDR examinadas e ILP en Colombia, 2000-2014

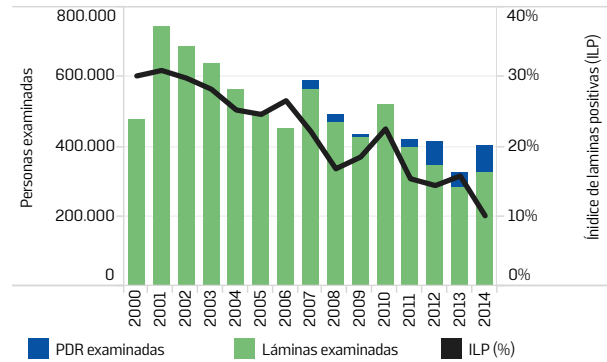
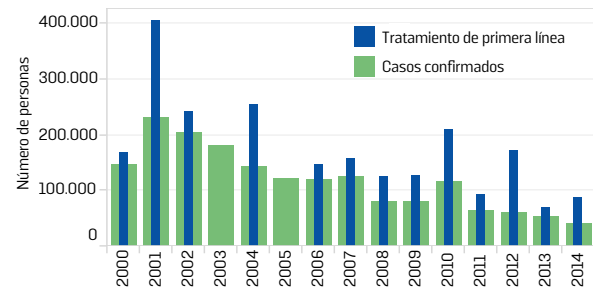
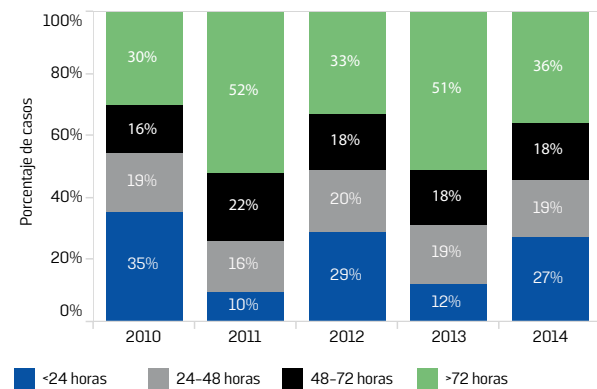


Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Colombia, 2000-2014



*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para los años 2003 y 2005.

Figura 8. Tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento en Colombia, 2010-2014

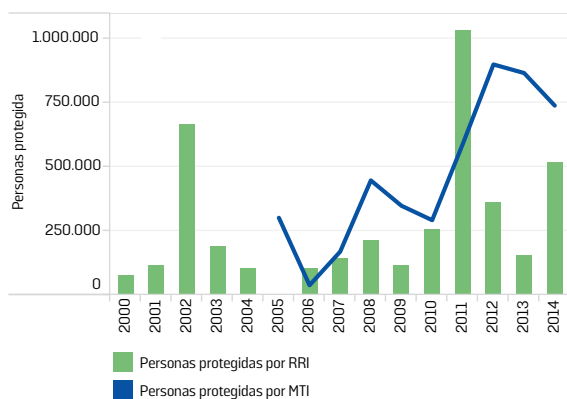


esperar más de 72 horas para recibir tratamiento, factor especialmente importante durante los brotes causados por *P. falciparum*. Sin embargo, los datos han variado mucho de un año para otro, lo cual plantea dudas acerca de la calidad de la información disponible para evaluar las tendencias en el acceso al diagnóstico y el tratamiento.

Control de vectores

En Colombia se han distribuido MTI, particularmente en el 2005, 2008 y 2012. Se calcula que unas 750.000 personas están protegidas con MTI (figura 9). El RRI aumentó en el 2014 respecto del año anterior y protege a unas 520.000 personas. En las pruebas realizadas en el 2013 y 2014 se encontró resistencia confirmada en *An. darlingi* a los insecticidas organoclorados y piretroides en el Chocó, el departamento con la mayor incidencia de malaria en el país.

Figura 9. Personas protegidas por RRI y por MTI en Colombia, 2000-2014



*No se dispone de datos sobre el RRI para el 2005.

Financiamiento

Aunque diversas fuentes externas han contribuido al financiamiento de la malaria, la mayor parte de los fondos proviene del gobierno. Sin embargo, según se informa, en el 2014 estos fondos se redujeron a la mitad de la suma asignada en el 2013 (figura 10). El Fondo Mundial ha proporcionado apoyo financiero, aunque la última subvención terminó en el 2014 y el país ya no reúne los requisitos para recibir fondos. La USAID ha proporcionado recursos desde el 2002 por medio de la Iniciativa AMI/RAVREDA. En el pasado, otros fondos externos han provenido de la OPS/OMS. La disminución reciente del financiamiento puede poner en peligro el progreso realizado, ya que los casos tienden a aumentar cuando disminuyen los recursos, especialmente en el Chocó y en otras zonas donde la malaria es endémica y la subvención del Fondo Mundial estaba apoyando las actividades relacionadas con la malaria hasta el 2014.

Figura 10. Financiamiento para la malaria en Colombia, 2000-2014

