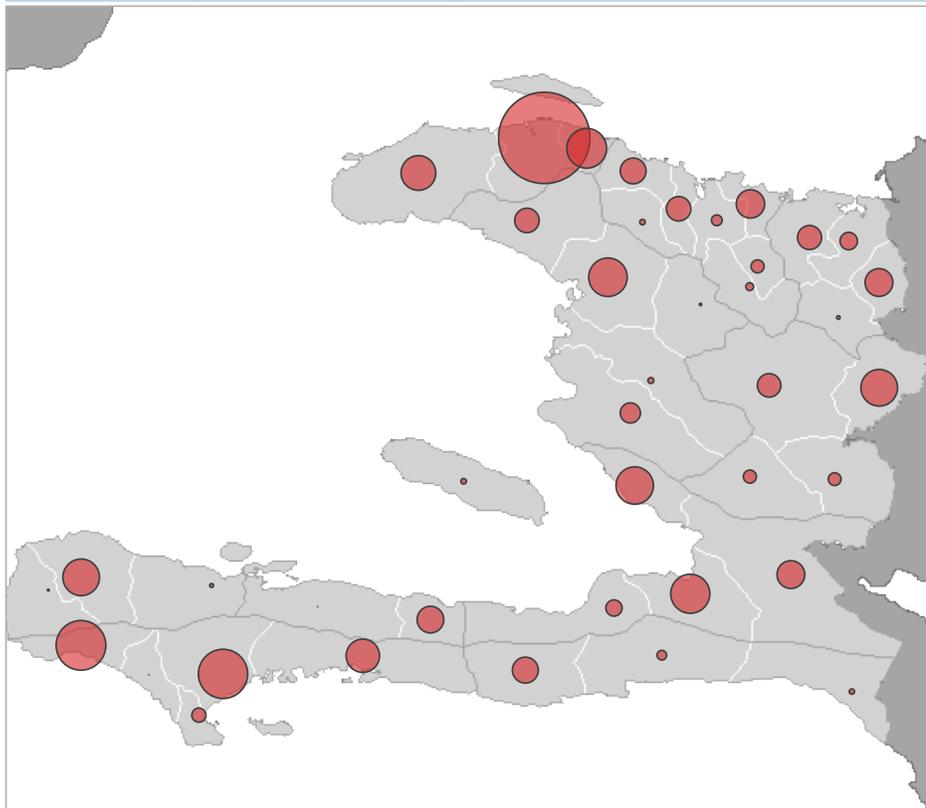


Haití

7

Figura 1. Número de casos según especie por municipio. 2008



N° de casos de malaria en 2008	36,774
P. falcip y mixtos	36,769
P. vivax	6

Número de casos

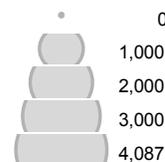
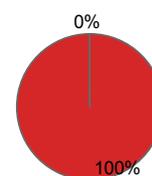


Figura 2. Proporción de casos según especie

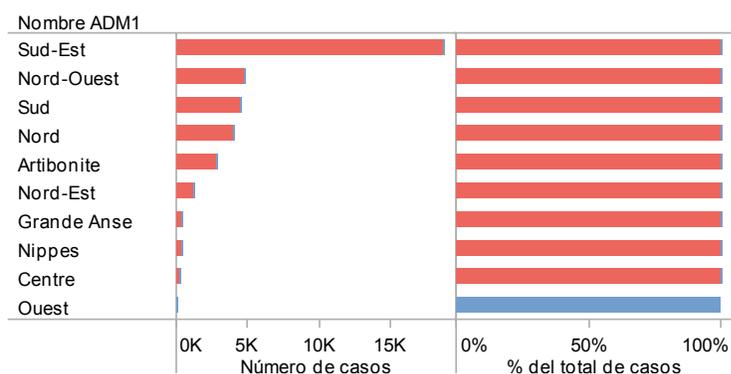


Especie de Plasmodium

■ P. falciparum

Figura 3. Número y proporción de casos de malaria por especie a nivel ADM1 (estado/departamento/provincia/región)

Nombre ADM1	Pfal+mixtas	P. vivax	Total casos
Sud-Est	18,617		18,617
Nord-Ouest	4,653		4,653
Sud	4,496		4,496
Nord	4,029		4,029
Artibonite	2,773		2,773
Nord-Est	1,205		1,205
Grande Anse	379		379
Nippes	358		358
Centre	264		264
Ouest		6	6



Descripción general de la situación

Figuras 1-5

La isla La Española, que Haití, comparte con República Dominicana es el único territorio de las islas del Caribe con transmisión endémica de malaria y la situación en estos dos países se caracteriza por ser exclusivamente de malaria por *P. falciparum* y por tratarse de cepas todavía sensibles a la cloroquina. En el 2008 se notificaron en Haití 36.775 casos, de los cuales solo 6 fueron por *P. vivax*. En los últimos cinco años Haití ha venido experimentando un incremento en la notificación de casos de malaria con respecto a lo notificado en los años 2000, 2001 y 2004 (ausencia de notificación en 2002 y 2003).

La transmisión de malaria en Haití ocurre durante todo el año, pero históricamente se evidencian picos en los meses de noviembre a enero, después de la temporada de lluvias que va de Junio a Agosto, aunque los cambios ambientales que el país ha sufrido han modificado el comportamiento estacional.

La transmisión ocurre en prácticamente todo el territorio, de forma que toda la población está en riesgo. Las zonas más bajas, con más intensidad de lluvias y donde existen cultivos de arroz, con canales de irrigación, son particularmente propicias para la proliferación de los anofelinos. En Haití el vector incriminado en la transmisión es el *An albimanus* con transmisión localizada por *An pseudopunctipennis*.

Los movimientos internos de población para intercambiar productos en los mercados y los desplazamientos por causa de la inestabilidad política de los últimos 20 años determinan también la diseminación y la perpetuación de la endemia. La importante carga de enfermedad en Haití y los movimientos de población permanente con República Dominicana, afectan también de forma importante el comportamiento de la enfermedad en dicho país.

Tendencias en morbilidad y mortalidad

Figuras 4 - 9

Desde el 2005 la notificación anual de casos de malaria ha superado los 20.000 casos, alcanzando un pico máximo en el 2008. El incremento desde el 2005 podría atribuirse a una mayor detección de casos. En dicho año el programa se fortaleció con un proyecto financiado por el Fondo Global que incluye a 10 departamentos y ha tenido un componente dirigido a mejorar al diagnóstico. En el 2007 se evidenció un descenso importante en el número de casos, con una disminución también en el índice de laminas positivas, que podría corresponder a una fase de consolidación de acciones, después de haber corregido la deficiencia en la atención y notificación. En el 2008 sin embargo se presenta nuevamente un incremento en la notificación.

Las variaciones anuales en el número de casos han estado determinadas por problemas de notificación, por insuficiencia en personal y de equipos y se atribuyen también a variaciones en la disponibilidad de diagnóstico parasitológico. De forma que en algunos períodos la notificación incluye casos probables.

En 2008 no se reportaron muertes por malaria a la OPS, sin embargo Haití ha sido uno de los países de la Región con mayor mortalidad y letalidad por malaria. En la última década la mortalidad ha seguido un comportamiento semejante a la morbilidad, con reducción en 2002 y ausencia de notificación en 2003 y 2004. El incremento en el número de casos en 2006 haría sospechar un subregistro de dicho evento en el último año.

Dispersión / focalización de la transmisión

Figuras 1, 12-19

La malaria en Haití tiende a estar concentrada en focos. Dependiendo de las condiciones ambientales, localidades, en las cuales el índice de laminas positivas pasa de 10% pueden ser encontradas cerca a lugares donde el mismo parámetro es 0. Los datos incluidos en este informe corresponden a la distribución de los casos

Informe de la Situación del Paludismo en las Américas, 2008 (Documento de Trabajo)

Figura 4. Número de casos por especie, 2000 - 2008

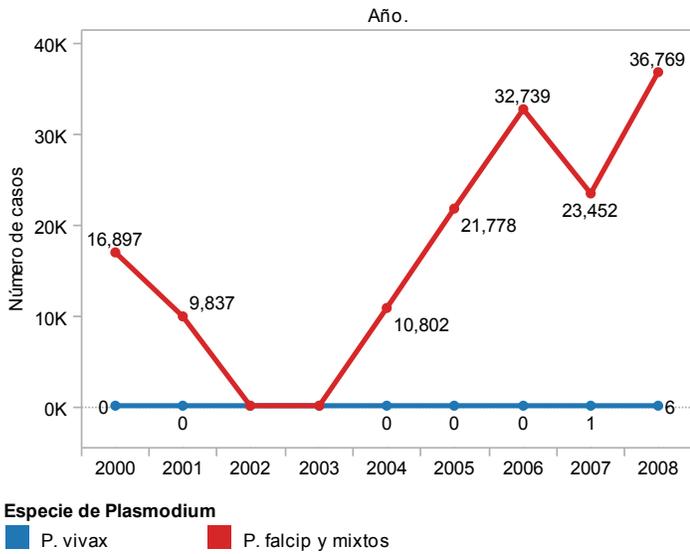


Figura 8. Variaciones anuales en el número de casos por especie

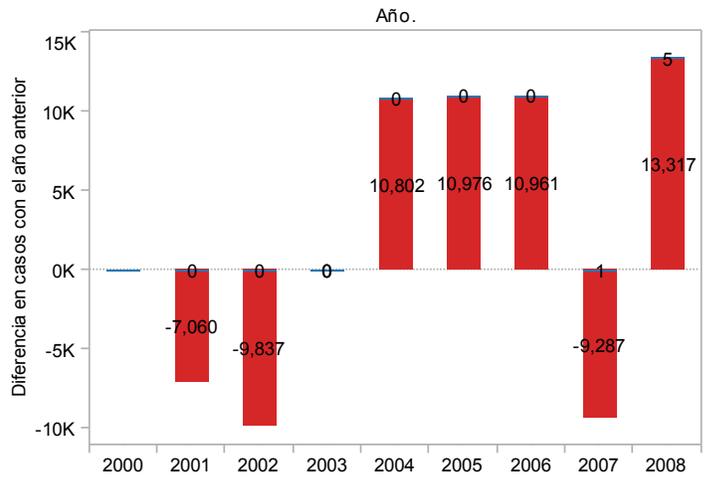


Figura 5. Número de casos de malaria, 2000 - 2008

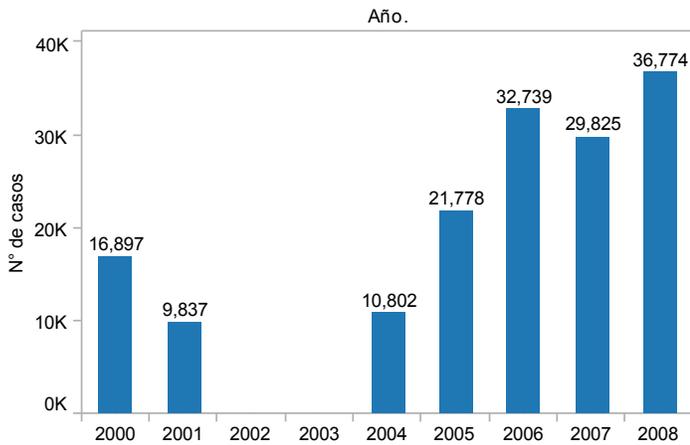


Figura 9. Diferencia (%) en número de casos con relación al año 2000

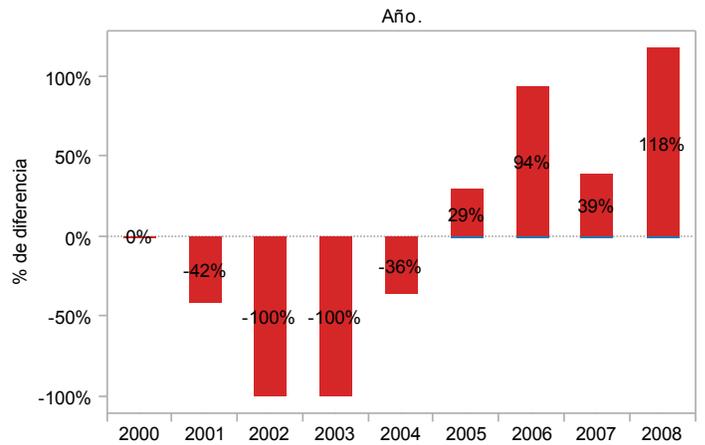


Figura 6. Número de muertes por malaria, 2000 - 2008

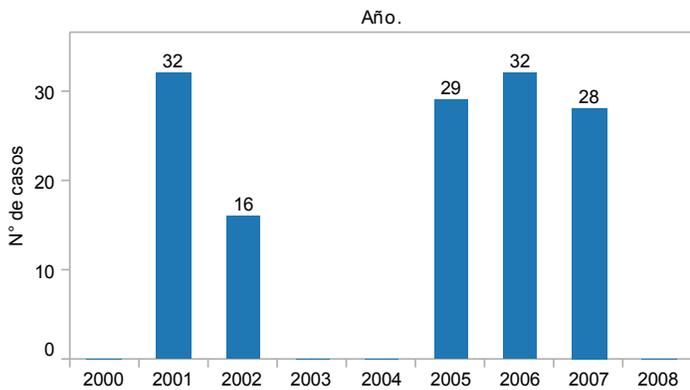


Figura 10. N° de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015

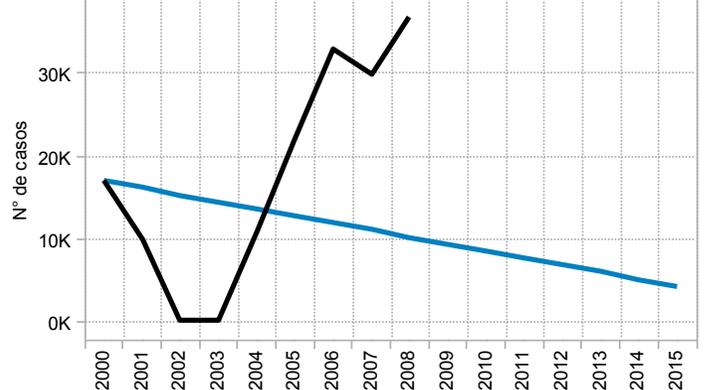


Figura 7. Número de casos de malaria hospitalizados, 2000 - 2008

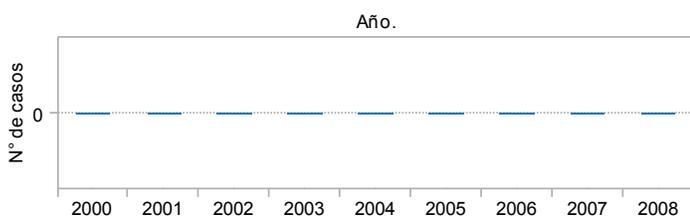


Figura 11. % hospitalización, 2008

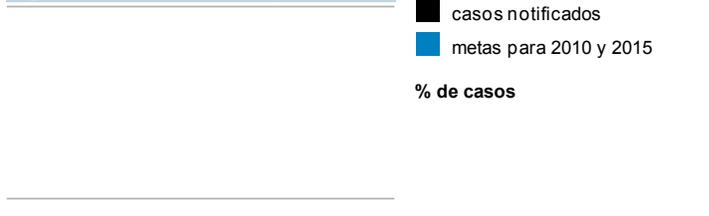


Figura 12. Número de casos de malaria y proporción acumulada por nivel ADM2 (municipio/ distrito), 2008

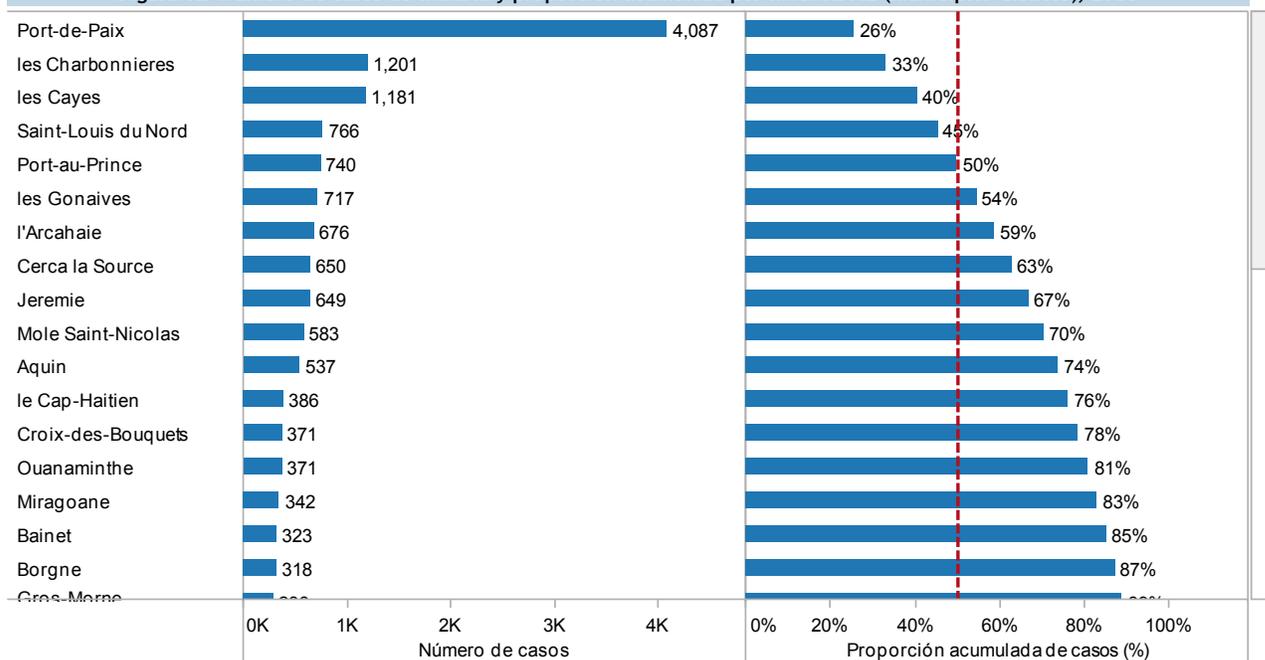


Figura 13. Municipios según número de casos de malaria, 2008

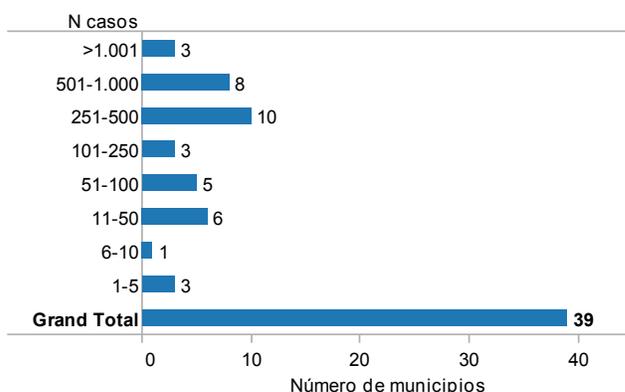


Figura 14. Municipios según número de casos de P. falciparum

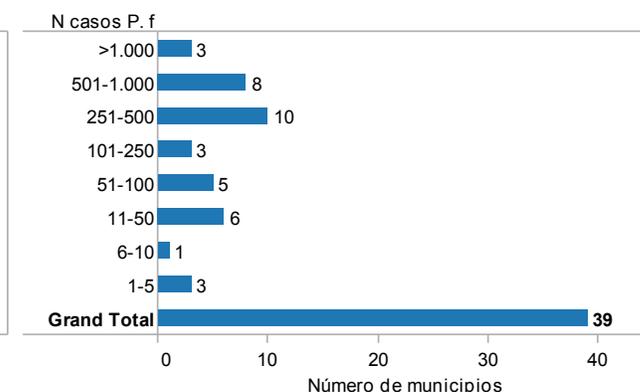


Figura 15. Municipios según número de casos, IPA y % de P. falciparum en 2008

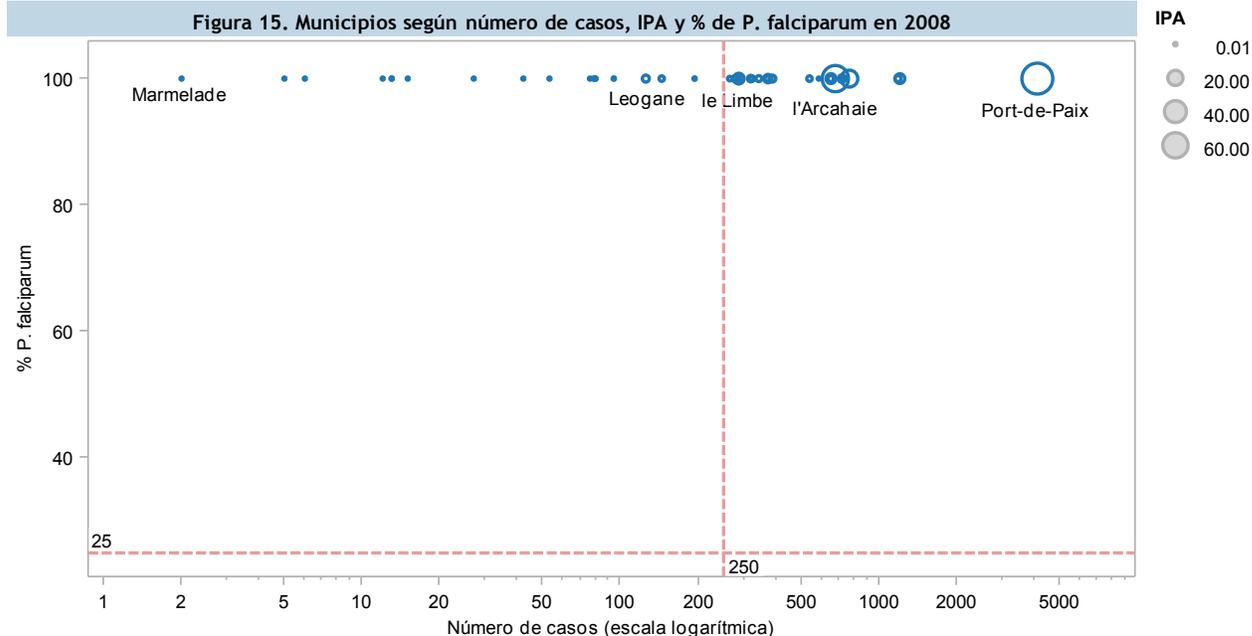


Figura 16. Incidencia anual (IPA) por municipio, 2008

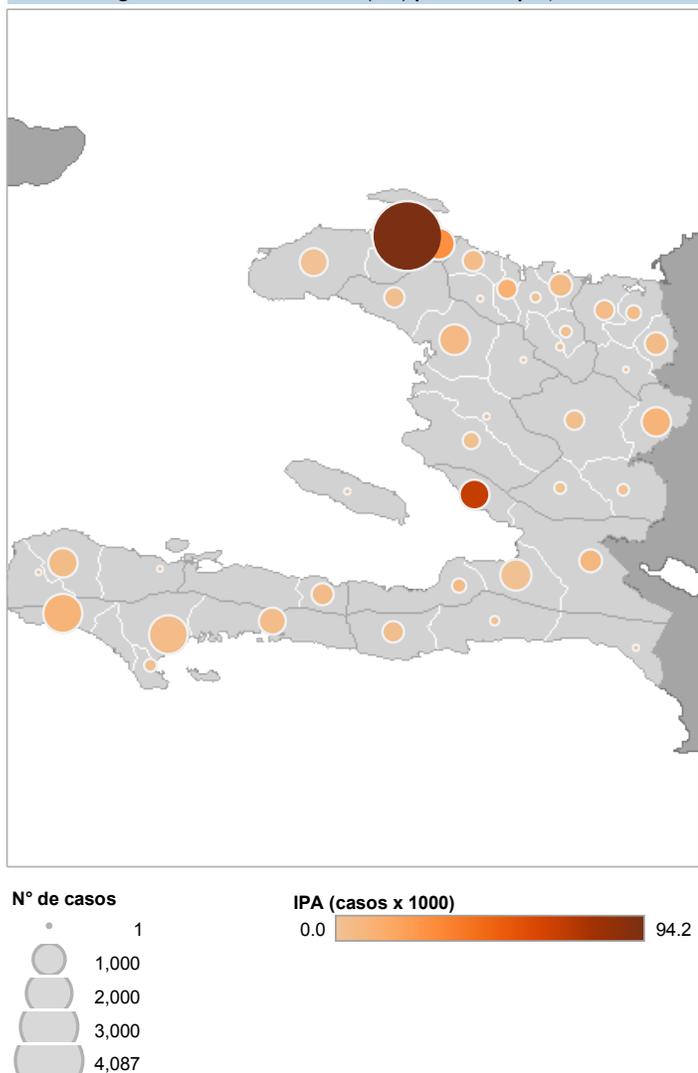


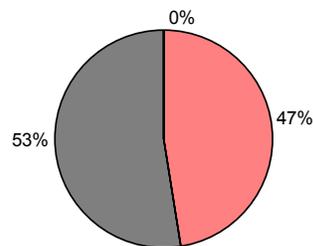
Figura 18. Incidencia anual (IPA) y número de casos por municipio



Figura 17. Población según áreas de riesgo de transmisión de malaria

Año.	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Medio riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Areas libres de malaria (No transmisión a..)
2000				0
2001	0	4,758,000	3,242,000	0
2002	0	4,758,000	3,242,000	0
2003	0	4,758,000	3,242,000	0
2004	0	4,758,000	3,242,000	0
2005	445,000	3,320,000	4,164,000	0
2006	445,000	3,320,000	4,164,000	0
2007	907,132	6,780,432	0	1,921,891
2008		3,764,952	4,164,096	0

Figura 19. Población según áreas de riesgo de transmisión



Población

- Medio riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)
- Bajo riesgo (IPA < 1/1000)
- Areas libres de malaria (No transmisión autóctona)

según lugar del diagnóstico y no del origen de los casos, lo que limita el análisis sobre la dispersión de la transmisión. En 2008, Port-de Paix, la capital del departamento de Nort-Ouest, concentró 25% de los casos notificados en el país. Sin embargo distritos de todas las regiones del país notificaron casos en el período. En 2008 solo hubo 3 distritos con más de 1.000 casos, y 18 distritos que notificaron entre 250 - 1.000 casos en el año. A nivel de localidades la malaria se comporta con una importante focalización dada por la confluencia de determinantes socio ecológicos.

El distrito de Ouanaminthe, en la frontera con república dominicana reviste particular importancia para la situación al otro lado del río Massacre, en Dajabón, en la República Dominicana.

La deforestación que afecta a gran parte del territorio y los cambios en el uso de la tierra relacionados con los movimientos de población deben ser determinantes importantes de dichas variaciones.

Malaria en poblaciones especiales Figuras 25-28

Las zonas urbanas también son afectadas por transmisión de malaria en Haití, incluso hay transmisión en zonas suburbanas de Port-au-Prince, sin embargo la información suministrada sobre el comportamiento en el 2008 no diferencia los casos que fueron de transmisión rural o urbana.

La distribución por edad de los casos notificados de malaria muestra un porcentaje de casos en menores de 5 años mucho mayor que lo notificado por la mayoría de los países, lo que coincide con observaciones anteriores en el sentido de los lactantes y niños representar un proporción importante del problema de la malaria en este país. Una elevada proporción de casos en niños es compatible con una dinámica de transmisión relacionada con el domicilio. Diferente a patrones de transmisión de un carácter más

laboral afectando esencialmente a población adulta como se observó en el 2008 en Costa Rica.

Diagnóstico y tratamiento Figuras 20-24, 29-30

Haití ha tenido inestabilidad política desde 1986 con dificultades para organizar estrategias efectivas de diagnóstico y tratamiento. En 2008 el índice de láminas positivas fue de 21.8 %, menor que en el año inmediatamente anterior, a pesar del incremento de casos. La serie histórica desde el 2000 de láminas examinadas muestra variaciones importantes y ausencia de información en algunos años. El índice de láminas positivas es elevado para el promedio de la Región, pero habría disminuido con respecto a otros períodos.

En la Región le sigue Colombia con una proporción de 17% de láminas positivas. Algunas zonas, sin embargo, registraron un índice alto de positividad (37% en Nord-Oest), que significaría una deficiencia en la búsqueda de casos para diagnóstico y tratamiento precoz.

Al igual que la mayoría de países, el sistema de información de malaria no permite monitorear el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico.

El uso de pruebas rápidas no ha sido reportado por el país como una herramienta en uso para mejorar el acceso a diagnóstico, y no se suministró información sobre el número de exámenes realizados con este método en el 2008.

El número notablemente mayor de tratamiento distribuidos, con relación a los casos diagnosticados en los años 2006 y 2007 es compatible con una política de tratamiento presuntivo de casos, como ocurre en algunos países de Centroamérica. En 2008 no se reportó a lo OPS el número de tratamientos distribuidos.

Las dificultades políticas han interferido con el programa de control. Después de un período de casi 20 años, solo en el 2006 Haití comenzó a tener un programa de

Informe de la Situación del Paludismo en las Américas, 2008 (Documento de Trabajo)

Figura 20. Índice de láminas positivas, 2000 - 2008

Año.	Láminas examinadas	Láminas positivas	% láminas positivas
2000	21,190	16,897	79.7
2001	51,067	9,837	19.3
2002			
2003			
2004	30,440	10,802	35.5
2005	3,541,506	21,778	0.6
2006	87,951	32,739	37.2
2007	142,518	29,825	24.3
2008	168,950	36,774	21.8

Figura 23. Índice de láminas positivas por ADM1, 2008

Nombre ADM1	Examinados	Total casos	ILP (%)
Sud-Est	85,851	18,617	21.7
Nord-Ouest	12,564	4,653	37.0
Sud	13,611	4,496	33.0
Nord	25,583	4,029	15.7
Artibonite	15,158	2,773	18.3
Nord-Est	7,319	1,205	16.5
Grande Anse	1,423	379	26.6
Nippes	3,743	358	9.6
Centre	3,698	264	7.1

Figura 21. Casos examinados por microscopía y por pruebas rápidas

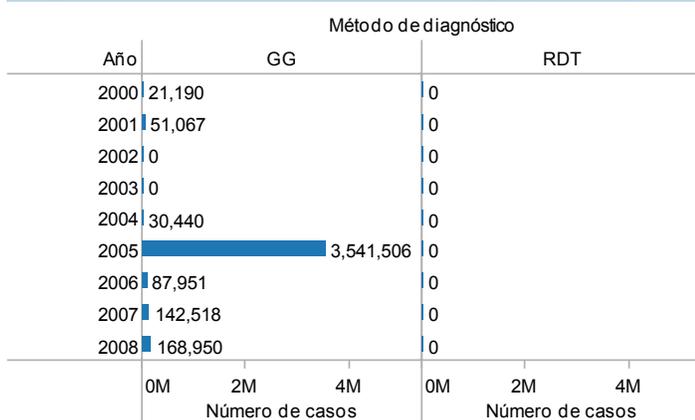


Figura 22. Casos confirmados vs tratamientos distribuidos, 2000-2008

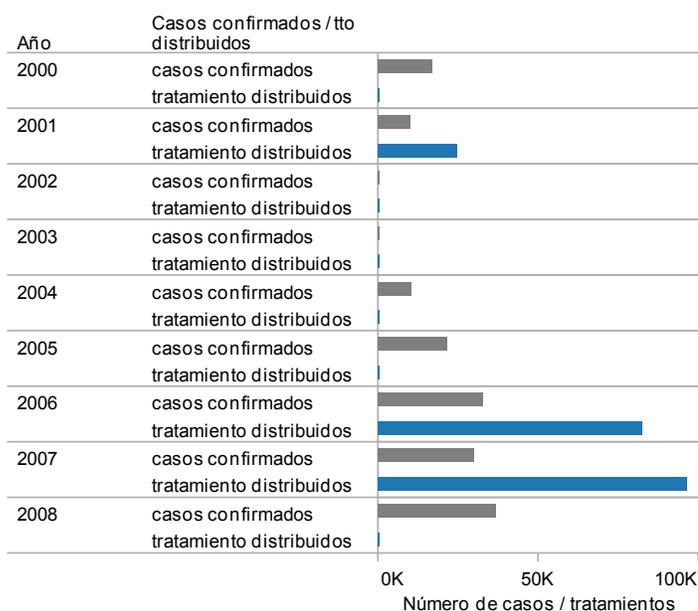
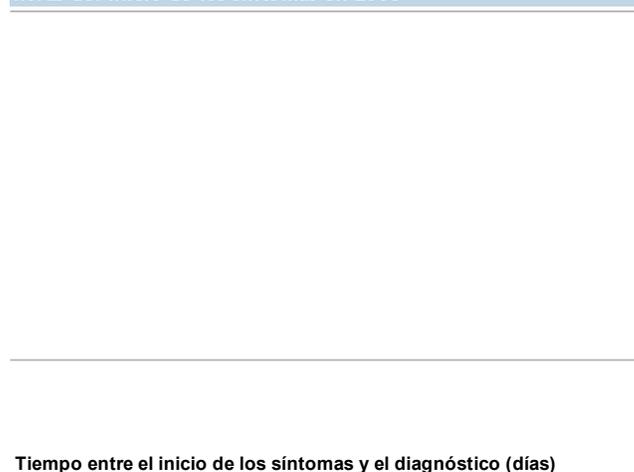


Figura 24. Número de casos diagnosticados en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas en 2008



Tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico (días)

Informe de la Situación del Paludismo en las Américas, 2008 (Documento de Trabajo)

Figura 25. Número y % de casos por grupos de edad

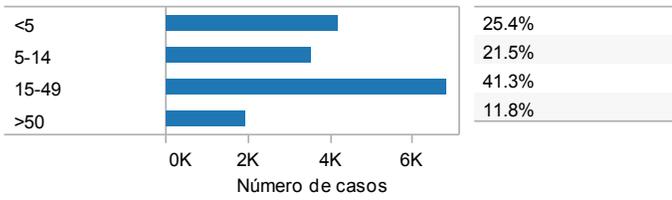


Figura 26. Número y % de casos por tipo de localidad

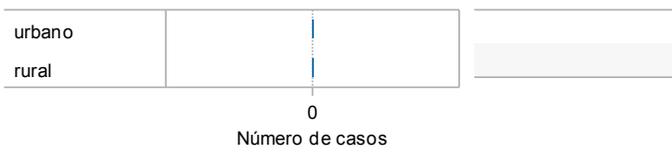


Figura 27. Número y % de casos en mujeres embarazadas



Figura 28. Número y % de casos en población indígena

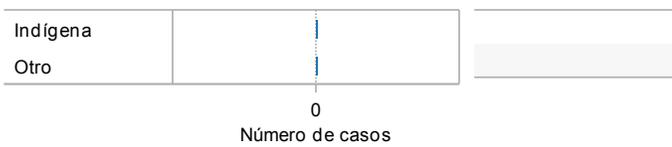


Figura 29. % de casos de P. falciparum del total de casos

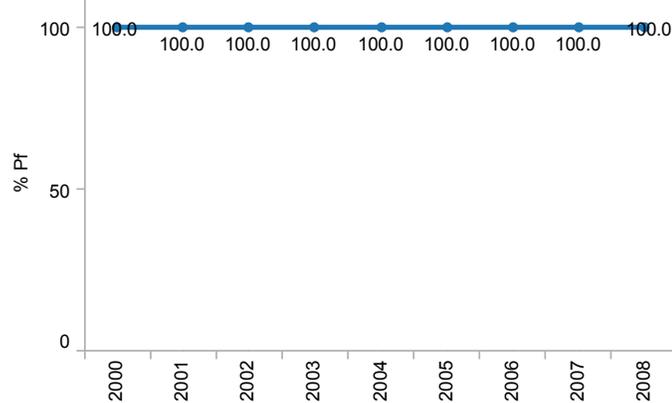


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año

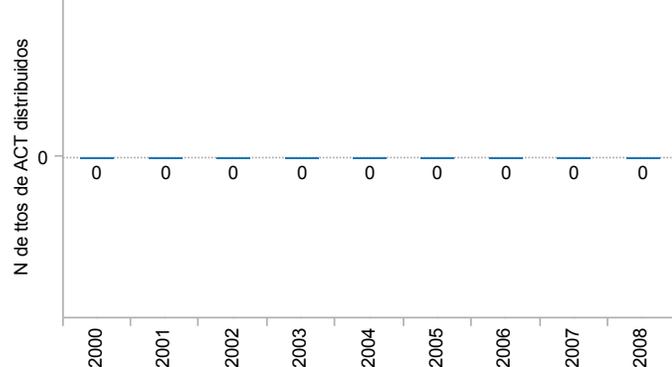


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliar

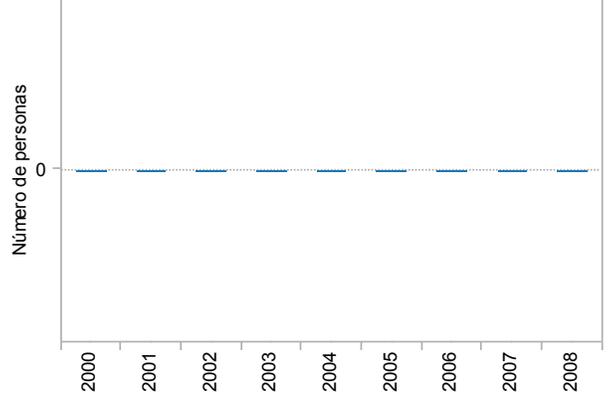


Figura 32. Cobertura con mosquiteros de larga duración

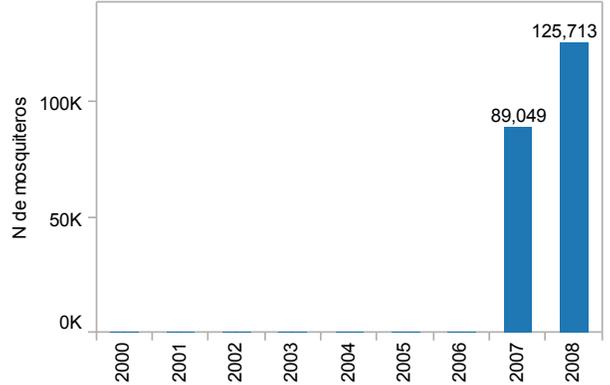


Figura 33. Cobertura con mosquiteros impregnados convencionales

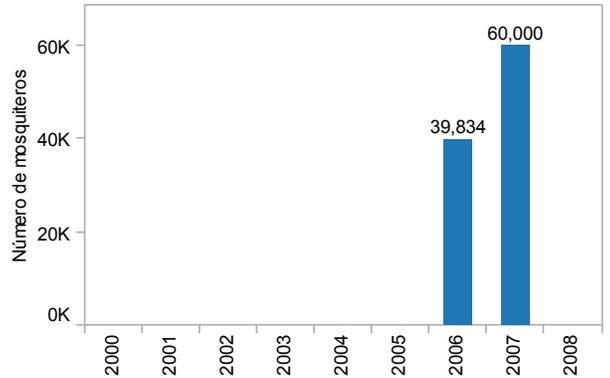
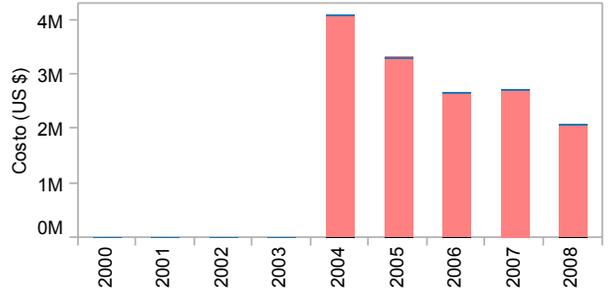


Figura 34. Fuentes de financiamiento



control activo. En enero de 2005 comenzó un proyecto de control financiado por el Fondo Global, donde la primera fase estuvo dirigida a fortalecer aspectos de vigilancia epidemiológica, gestión clínica, prevención y diagnóstico de laboratorios. El proyecto beneficia tres departamentos del país. El tratamiento combinado de artemisinina (TCA) no se ha considerado en este programa.

acciones para eliminar la malaria en la isla. Entre otras, las acciones de esta cooperación han incluido apoyo técnico, vigilancia, capacitación y apoyo con métodos de control para actividades conjuntas con República Dominicana.

Prevención y control vectorial Figuras 31-33

Hay serias limitaciones en infraestructura física y la capacidad humana para estructurar debidamente un programa de control. En la actualidad no se realizan acciones rociamiento intradomiciliario con insecticida de acción residual. En los últimos años se ha comenzado a implementar el uso de mosquiteros impregnados de larga duración. Una distribución inicial se hizo durante el brote en noviembre de 2005. Un total de 60.000 mosquiteros impregnados fueron ordenados a principios de 2006. En 2007 y 2008 se distribuyó un número importante de mosquiteros. Se realizan también acciones focalizadas de control de criaderos con uso de larvicidas.

Financiamiento del control de la malaria Figura 34

Prácticamente todo el financiamiento del control de la malaria en Haití proviene de la cooperación externa. Un proyecto para cinco años fue financiado por el Fondo Mundial por un monto de 14.8 millones de dólares y empezó en enero de 2005. Este proyecto es un esfuerzo colaborativo del Ministerio de Salud y once organizaciones no gubernamentales (ONG), con la asistencia técnica y apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), la Cooperación francesa y el UNICEF.

En 2008 el Centro Carter apoyó un proyecto piloto binacional dirigido a promover