

# Situación de la Malaria en la Región de las Américas, 2000-2016<sup>1</sup>



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



**Organización  
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

---

<sup>1</sup> Documento preparado por el Programa Regional de Malaria, Organización Panamericana de la Salud, con los datos recibidos de los países correspondientes al informe anual del 2016

**Situación General en los Países Endémicos**

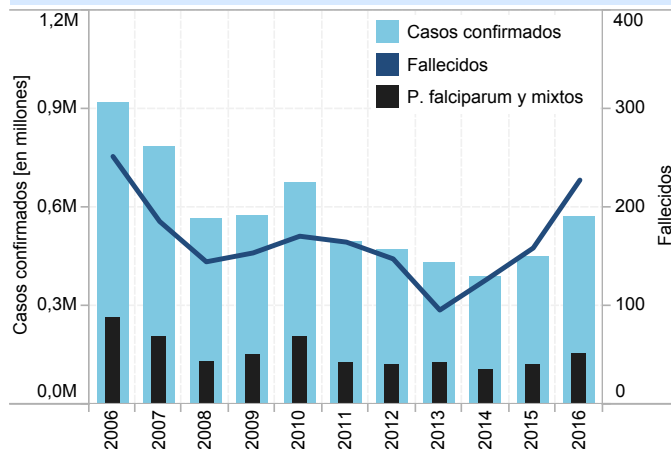
Los países endémicos de la Región de las Américas reportaron un total de 568,283 casos confirmados de malaria en 2016, 116 mil casos más con respecto al 2015. Sin embargo, tomando como línea base el año 2010 (677,297 casos), en 2016 se logró reducir en un 16% la malaria (Figura 1). Asimismo, entre 2010 y 2016, la proporción de personas viviendo en zonas de riesgo para la transmisión de malaria disminuyó en un 11%. No obstante, 109 millones de personas aún habitan en zonas de riesgo; seis de cada 100 de ellas, reside en lugares de alto riesgo (>10 casos/1,000 habitantes). En 2016, el número de personas que fallecen por malaria aumentó en un 33% con respecto al 2010 (de 171 a 228 muertes, Fig. 1). Basado en estimaciones, la mitad de las defunciones que se presentaron en las Américas pudieron haber ocurrido en Venezuela. Sin embargo, la Región exhibe una tendencia a la baja en las tasas de morbilidad y mortalidad de la malaria (Fig. 1 y 2). Asumiendo que las tasas del 2010 se hubiesen mantenido constantes, se estima que al 2016, las acciones emprendidas lograron evitar más de 1.2 millones de casos de malaria y un centenar de muertes por esta causa.

**Entre 2010 y 2016:** 19 de los 21 países endémicos reportaron la presencia de casos de malaria por transmisión autóctona. La mayor carga de la enfermedad (94% del total de casos de las Américas) la concentraron seis naciones: Brasil, Colombia, Guyana, Haití, Perú y Venezuela. El reciente surgimiento de brotes en estos países, ha favorecido la afluencia de casos durante los últimos años. Por el contrario, durante ese mismo periodo (2010-2016), en 17 de los 21 países endémicos se observó una reducción de la malaria; incluso en naciones caracterizadas por altas tasas de morbilidad de la enfermedad como: Haití, Brasil, Guyana y Colombia. Belice, Guayana Francesa y Suriname reportaron disminuciones por encima del 75% en ese periodo; mientras que cuatro países presentaron aumentos (Fig. 2). Esto muestra avances en la reducción de la malaria, así como la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas para el 2015, en camino a lograr las metas de la Estrategia Técnica Mundial contra la malaria para el año 2020.

Especialmente, seis países (Belice, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Suriname) presentaron importantes disminuciones en la incidencia de casos autóctonos exhibiendo potencial para eliminar la malaria en 2020, de acuerdo al reporte "Eliminando la malaria" de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en 2016 (E2020, Fig. 2: Cuadro 1).

Paraguay y Argentina, no registran casos autóctonos de malaria desde 2011 y 2012, respectivamente. Los últimos brotes de malaria en Paraguay ocurrieron en los departamentos de Canindeyú (2007) y Alto Paraná (2009). Los 10 casos de malaria detectados en territorio paraguayo en 2016, provinieron de países africanos. Ese mismo año, el único caso reportado por Argentina en áreas históricamente maláricas también fue importado desde otro país. Por su parte, en municipios fronterizos de Bolivia también se observa reducción de la malaria, lo que ha conducido a un menor riesgo de introducción de casos hacia Argentina. No obstante, en el municipio endémico de Yacuiba

**Figura 1. Morbilidad y mortalidad por paludismo en las Américas, 2006 - 2016**



(Departamento de Tarija, Bolivia), los casos han incrementado en años recientes (de 15 en 2014 a 96 en 2016). La estrecha cercanía geográfica de Yacuiba con la frontera argentina favorece la constante migración de personas entre ambos países. Por tanto, resulta necesario para Argentina mantener los esfuerzos en vigilancia epidemiológica para la identificación oportuna de eventos de introducción de casos desde territorio boliviano. Hoy en día, Argentina y Paraguay han solicitado oficialmente a la OMS dar inicio al proceso de certificación de eliminación de la malaria en sus territorios.

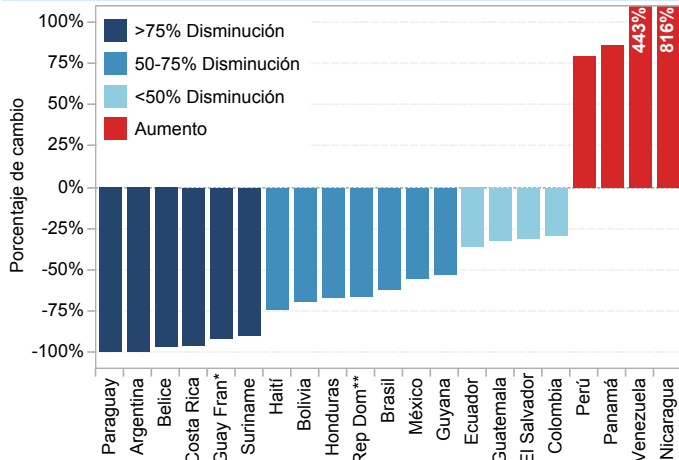
Costa Rica notificó cuatro casos autóctonos en 2016; los primeros por transmisión local desde 2013. Estos casos provinieron del municipio de Matina en la provincia de Limón. Históricamente, este municipio presenta altas tasas de morbilidad por malaria. Lo anterior, se relaciona a la principal actividad económica de los habitantes de Matina (cultivo de banana) que favorece la migración de trabajadores desde otros países endémicos colindantes, y el establecimiento de viviendas cerca de las plantaciones bananeras donde prevalecen condiciones de vulnerabilidad favorables para la transmisión.

Entre 2010 y 2016, El Salvador, redujo casi a la mitad el número de casos de malaria (de 24 a 14 casos) a pesar de problemas de delincuencia y violencia que en la última década han amenazado su desarrollo social y económico. Sin embargo, en 2016 el país reportó un brote de malaria en el municipio de Sonsonate. Aunque se tiene registro de sólo un caso importado, es muy probable que varios de los demás casos reportados como autóctonos, en realidad también hayan sido importados. Es común que los salvadoreños que habitan en las zonas fronterizas con Guatemala, crucen hacia este país vecino a través de pasos irregulares para evitar trámites y aranceles migratorios; situación que dificulta al personal de salud recabar información confiable sobre los movimientos recientes los pacientes.

El aumento de casos en Venezuela y Nicaragua siguen siendo importantes. Este último, pasó de 692 casos en 2010 a 6,284 casos en 2016. Venezuela y Perú aumentaron sus casos 4.3 y 0.8 veces, respectivamente. Mientras que Panamá casi duplicó la cantidad de casos registrados entre ambos años (de 418 a 811 casos) (Fig. 2).

**Entre 2015 y 2016:** la malaria aumentó en un 26% en la Región de las Américas. Si bien, se observó una disminución en las tasas de morbilidad de países con alta carga de la enfermedad (Bolivia, Brasil, Guayana Francesa, Guatemala, Perú y Suriname), en los otros 11 de los 21 países endémicos (Colombia, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y Venezuela) se observó aumento de casos de malaria. Entre estos países, Venezuela presentó el incremento más importante (76%), posicionándose por primera vez en décadas por encima de Brasil con respecto al número de casos (Cuadro 2). Aproximadamente, la mitad del total de casos de malaria de la Región en 2016 tuvieron lugar en territorio venezolano; la mayoría de éstos, por transmisión autóctona en 16 de los 23 estados del país. El municipio Sifontes en el estado Bolívar (Venezuela), concentró la mayor cantidad de casos a nivel nacional (43%). La movilización de población itinerante desde otros estados y países a Sifontes debido al auge de la minería ilegal ha favorecido el asentamiento de personas en lugares con condiciones propicias para la transmisión de la malaria. A su vez, tanto la Organización de las

**Figura 2. Disminución en morbilidad por paludismo según países de las Américas, 2010 - 2016**



\* Guay Fran - Guayana Francesa, \*\* Rep Dom - República Dominicana

**Cuadro 1. Paludismo en los países en la Región de las Américas, 2014 - 2016**

País	Año	Población total en riesgo	Láminas examinadas	Casos confirmados	P. falciparum e infecciones mixtas	Índice de láminas positivas (x100)	Índice Parasitario Anual (x1000)
Bolivia	2014	0	124.900	7.401	341	5,93	
	2015	4.549.215	159.167	6.907	96	4,34	1,52
	2016	4.549.215	155.407	5.553	9	3,57	1,22
Brasil	2014	35.965.912	1.658.976	143.415	23.409	8,59	3,99
	2015	25.933.921	1.488.072	143.162	16.791	9,53	5,52
	2016	33.469.323	1.341.669	129.250	14.548	9,47	3,86
Colombia	2014	10.596.997	325.713	41.054	20.504	10,17	3,87
	2015	10.176.936	316.451	56.548	30.870	17,22	5,56
	2016	10.792.295	242.973	84.490	31.910	28,54	7,83
Guatemala	2014	12.270.000	264.269	4.931	92	1,87	0,40
	2015	12.600.000	295.246	5.540	51	1,88	0,44
	2016	10.361.230	333.535	4.854	4	1,46	0,47
Guayana Francesa	2014	125.004	14.651	448	150	3,06	3,58
	2015	136.831	11.558	434	91	3,75	3,17
	2016	136.388	9.430	258	80	2,74	1,89
Guyana	2014	747.884	142.843	12.353	5.139	8,65	16,52
	2015	767.000	132.941	9.984	3.950	7,51	13,02
	2016	747.884	110.891	11.108	4.547	9,55	14,85
Haití	2014	10.466.500	134.766	17.696	17.696	6,77	1,69
	2015	10.243.693	69.659	17.583	17.583	5,81	1,72
	2016	9.600.395	61.210	21.430	21.430	7,09	2,23
Honduras	2014	5.598.244	151.420	3.380	567	2,23	0,60
	2015	5.717.174	150.854	3.575	933	2,32	0,63
	2016	7.897.968	167.836	4.097	1.351	2,24	0,52
Nicaragua	2014	0	605.357	1.163	163	0,19	
	2015	3.523.063	604.418	2.307	345	0,38	0,65
	2016	2.762.132	553.615	6.284	1.311	1,13	2,28
Panamá	2014	183.428	80.701	874	8	1,08	4,76
	2015	717.489	64.511	562	6	0,87	0,78
	2016	3.905.565	50.772	811	38	1,60	0,21
Perú	2014	11.778.357	864.413	64.676	6.988	7,48	5,49
	2015	4.453.082	865.980	66.609	13.682	7,69	14,96
	2016	3.273.897	566.230	56.623	15.319	10,00	17,30
República Dominicana	2014	0	362.304	496	491	0,14	
	2015	6.319.676	316.947	661	651	0,18	0,10
	2016	5.549.499	280.124	755	722	0,20	0,14
Venezuela	2014	5.916.153	522.617	90.708	27.843	17,36	15,33
	2015	6.165.291	625.174	136.402	35.509	21,82	22,12
	2016	10.712.823	852.556	240.613	61.034	25,80	22,46

**Cuadro 2. Paludismo en los países de E2020 en la Región de las Américas, 2014 - 2016**

País	Año	Casos Confirmados	Casos Investigados	Importados	Autóctonos P. falciparum	Importados P. falciparum	Importados P. vivax	Focos Activos
Argentina	2014	4	4	4	0	0	4	0
	2015	1	1	1	0	0	1	0
	2016	1	1	1	0	0	1	...
Belice	2014	19	19	0	0	0	0	8
	2015	13	13	4	0	0	4	11
	2016	5	5	1	0	0	1	2
Costa Rica	2014	6	6	5	0	3	2	0
	2015	8	0	8	0	4	4	0
	2016	13	13	9	0	3	6	1
Ecuador	2014	241	...	...	...	...	...	...
	2015	686	686	68	184	43	25	20
	2016	926	1.191	56	403	27	29	23
El Salvador	2014	8	8	2	0	0	2	2
	2015	9	9	6	0	0	6	4
	2016	14	14	1	0	0	1	6
México	2014	666	666	10	0	8	2	56
	2015	551	551	34	0	6	27	50
	2016	596	596	45	0	14	31	43
Paraguay	2014	8	0	8	0	1	1	0
	2015	8	0	8	0	2	2	0
	2016	10	0	10	0	3	3	0
Suriname	2014	401	...	1	...	...	...	...
	2015	376	376	295	17	91	170	...
	2016	327	327	251	6	94	147	...

... No datos disponibles

Naciones Unidas (ONU) como el Banco Mundial coinciden en que Venezuela atraviesa una situación compleja debido a problemas sociales, políticos y económicos. Aunque la falta de acceso a los datos oficiales dificulta evaluar la magnitud de la crisis, este escenario también ha conducido al deterioro del sistema de salud venezolano, mermando su capacidad para atender las necesidades básicas de la población e impactando negativamente el desempeño actual del control de la malaria. Tan sólo del 2015 al 2016, el número de casos rociados con insecticidas se redujo de 547 mil a menos de 6,000. Mientras que en años anteriores (2010-2014), el promedio anual era de 633 mil viviendas rociadas. A pesar de esto, la proporción de casos ocasionados por *Plasmodium falciparum* se mantiene igual a la de años anteriores. El aumento de casos en Venezuela puede relacionarse al debilitamiento de las actividades de control de la malaria que propician la exposición de un mayor número de personas a condiciones de susceptibilidad.

En 2016, Colombia fue el segundo país con mayor aumento en el número de casos de malaria en las Américas (27,942 casos más que en 2015) (Cuadro 2); siendo los grupos afrodescendientes los principales afectados (25-50% del total de casos). El departamento selvático del Chocó, situado en la costa del Pacífico y fronterizo con Panamá, se ha caracterizado por sus altos índices de minería ilegal y transmisión de la malaria. En 2016, más de la mitad (55%) del total de los casos reportados de Colombia ocurrieron en municipios del Chocó. A diferencia de Venezuela, en Colombia ha incrementado la malaria por *P. falciparum* en los últimos años, alcanzando el 60% de total de casos autóctonos en 2015 y 2016. Dentro de las causas relacionadas al incremento de la malaria en Colombia se encuentra la finalización en 2014 de la subvención del proyecto Malaria Colombia financiada por el Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial), lo que limitó las actividades de diagnóstico y control vectorial. Siendo esta situación, un claro ejemplo de la apremiante necesidad de acciones sostenibles contra la enfermedad en Colombia. Además, en este país se ha observado un comportamiento epidémico cíclico asociado a la ocurrencia del fenómeno de El Niño-Oscilación Sur (El Niño) cuyas variables hidrometeorológicas favorecen el desarrollo de las poblaciones de mosquitos. Entre 2015 y 2016, se presentó uno de los eventos más intensos de El Niño en Colombia. Por otra parte, la colindancia geográfica entre Colombia y Venezuela —aunado a la situación crítica que atraviesa este último— ha favorecido el desplazamiento transfronterizo de casos desde territorio venezolano. De forma similar, el reporte de 249 casos más en 2016 en Panamá con respecto al 2015, está relacionado a movimientos migratorios entre áreas colombianas endémicas de la región de Urabá (p. ej., Chocó) y las comunidades indígenas fronterizas de la provincia Darién, en el país centroamericano. En 2016, el Ministerio de Salud de Panamá notificó la presencia de un brote de casos de malaria por *P. falciparum* en Darién. Ya que desde hace varios años no se registraba transmisión autóctona por esta especie en Panamá; dicho evento fue resultado del movimiento de personas entre los territorios colombiano y panameño, a través de la región del Pacífico.

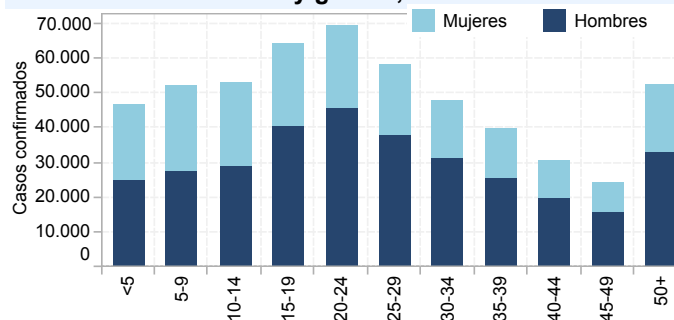
Nicaragua y Honduras reportaron más casos en 2016, con respecto al 2015 (Cuadro 2). Estos incrementos pueden asociarse a brotes que desde 2015 afectan a la región tropical de La Moskitia en la frontera nororiental de Honduras con Nicaragua. El auge de la pesca artesanal de medusa en las localidades costeras de Gracias a Dios en el Caribe hondureño y Puerto Cabezas en la franja costera del Caribe nicaragüense, así como el arraigado conflicto de uso y tenencia de tierras entre pueblos indígenas ha propiciado el asentamiento irregular de viviendas en entornos naturales vírgenes con condiciones propicias para la transmisión. A mediados del año 2015, un conflicto territorial en Waspán (Nicaragua) provocó el desplazamiento de aproximadamente mil indígenas miskitos hacia los barrios mayormente afectados, lo que condujo a la aparición de un brote en Puerto Cabezas. A pesar del aumento de la malaria en Nicaragua y Honduras, entre siete y ocho casos de cada 10 son ocasionados por *P. vivax*, y sólo Honduras presentó un ligero aumento de casos por *P. falciparum* (7%) en 2016, comparado con el 2015.

En los últimos años, Ecuador exhibe una marcada tendencia de reducción de la malaria y la proporción de casos por *P. vivax* y *P. falciparum* se ha mantenido con una mínima variación. La notificación de 505 casos más en 2016 que un año anterior, puede relacionarse a varias causas. Entre éstas: la reorganización del sistema actual de salud; los factores climáticos originados por El Niño; las consecuencias

del terremoto ocurrido a principios de 2016, así como la alta migración desde otros territorios endémicos. Recientemente se han registrado brotes en provincias amazónicas ecuatorianas de la frontera oriental con Perú (Zamora Chinchipe y Pastaza) y en las regiones colindantes con Colombia (Provincia de Esmeraldas).

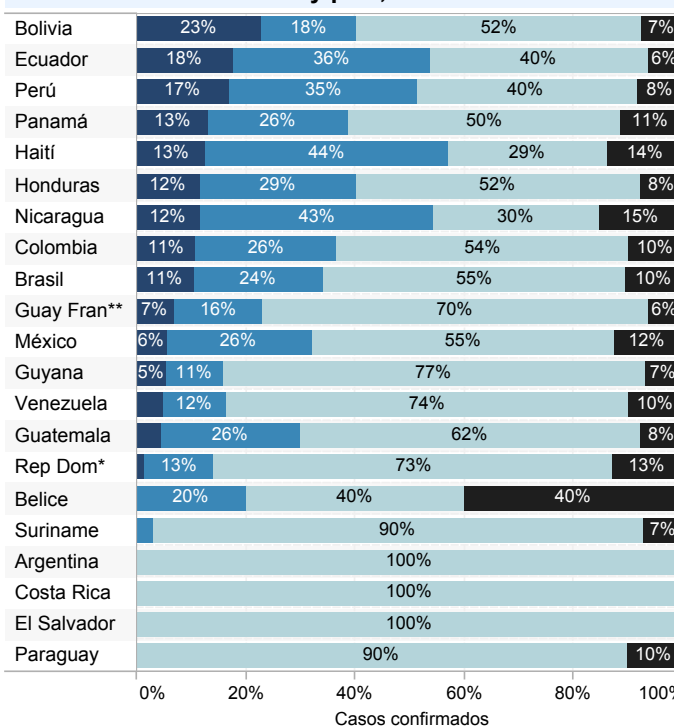
En 2016, Haití registró un aumento en el número de casos del 22% en relación al 2015 (Cuadro 2). Este incremento, coincidió con un brote por *P. falciparum* que se presentó a finales de 2015 y principios de 2016 en el municipio Roseaux del estado de Grand'Anse. En este lugar, los casos aumentaron de 323 en 2014 a cerca de dos mil en 2016. Además, el paso del huracán Matthew ese mismo año, dejó una estela de muerte y desolación en Haití. Las precipitaciones y mareas traídas por Matthew causaron la afectación de una gran cantidad de viviendas, fuertes inundaciones en las comunidades de la costa sur, y el cierre temporal de numerosos centros de salud. Estas condiciones, aunadas a la deficiente infraestructura sanitaria, problemas políticos y el bajo índice de desarrollo humano que prevalece en Haití, se han atribuido al aumento de la morbilidad de diversas enfermedades, incluida la malaria. A su vez, este escenario ha propiciado el exilio de miles de ciudadanos haitianos hacia las regiones vecinas.

Figura 3. Casos de paludismo por grupos de edad y género, 2016



\* Información para Haití y Nicaragua disponible según grupos de edad diferentes a los usados aquí. Información según sexo no disponible por Guayana Francesa.

Figura 4. Casos de paludismo por grupos de edad y país, 2016



\* República Dominicana; \*\* Guayana Francesa

Grupo de Edad  
 Menos de 5 años (azul oscuro)  
 5 a 14 años (azul medio)  
 15 a 49 años (azul claro)  
 50 y más (negro)



En su mayoría, estas personas terminan estableciéndose en asentamientos irregulares de áreas sub-urbanas de Santo Domingo, capital de la República Dominicana. La alta densidad de haitianos y dominicanos en condiciones precarias de vivienda se ha relacionado al aumento de casos de malaria en ambos territorios. A pesar de todo, Haití ha mejorado su sistema de vigilancia, lo que se ha visto reflejado en una mayor proporción y confiabilidad de los datos epidemiológicos que reporta. Por ejemplo, los datos de 2016 representan el 91% de los reportes esperados, comparado con el 65% recibido en 2013. Asimismo, Haití ya cuenta con municipios con adecuada vigilancia, en los cuales, no se ha presentado ningún caso de malaria durante tres años consecutivos (La Victoire, Nord; Marmelade, Artibonite; Ferrier, Nord-Est).

Actualmente, en México persisten algunas regiones endémicas, pero desde 1998 no se presenta ninguna muerte por transmisión autóctona en el país. En 2016, México reportó un ligero aumento de casos, sin embargo, el país muestra una tendencia a la baja de malaria desde hace más de una década. La mayor parte de los casos en México se registran en los estados de la frontera sur (Quintana Roo, Campeche y Chiapas); lugares donde existe una gran movilización de personas centroamericanas. En 2014, se presentó un brote de malaria en el municipio de Candelaria, situado en el estado de Campeche, junto a los límites con Guatemala. Todos los casos por *P. falciparum* en 2015 y 2016 fueron importados de otros países. El problema de migración irregular aunado a la amplia proporción de población indígena viviendo en zonas remotas del estado de Chiapas, representan importantes retos para las intervenciones contra la malaria en México.

#### Casos de malaria por sexo y edad

Entre 2010 y 2016, seis de cada 10 casos reportados en la Región se presentaron en hombres. En 2016, la proporción de casos en hombres (61%) fue ligeramente más alta que en los años 2015 (59%) y 2010 (55%) (Fig. 3). Aunque la malaria puede afectar a personas de todas las edades, la mayoría de los casos de la Región se reportaron en personas de 15-24 años (indistintamente del sexo) con alrededor del 22% del total de casos notificados entre 2010 y 2016 (Fig. 3). La infección por malaria durante las etapas de mayor productividad económica de los hombres es una condición que puede acarrear estragos al bienestar de las familias que dependen de sus ingresos.

Por otro lado, en 2016 se presentó menos de un caso de malaria por cada 10 en niños menores de cinco años de edad (indistintamente del sexo). Sin embargo, una importante proporción ocurrieron en este grupo de edad en: Bolivia, Ecuador, Perú, Panamá y Haití (Fig. 4), o que apunta a que una fracción significativa de la transmisión de la malaria en estos países ocurre dentro de las viviendas. Argentina, Costa Rica y Paraguay no registran ningún caso dentro de este grupo de edad desde 2012; lo que indica que el riesgo de malaria en estos países es por viajeros (casos importados). Tomando como línea de base el año 2010, en 2016 se previnieron más de 12 mil casos en niños menores de cinco años en la Región, lo que implica una reducción del 20%.

#### Subregión de Amazonas

Los 25 municipios de Amazonas con mayor carga de malaria en las Américas reportaron el 52% del total de casos de la Región en 2016 (Fig. 5). Comparado con el año anterior, en la mayoría (23) de los 25 municipios se observaron incrementos de la malaria en 2016. Por sí sólo, el municipio de Sifontes del estado Bolívar en Venezuela reportó 18% del total de casos de la Región. La malaria continúa incrementando en Sifontes y se extiende hacia municipios aledaños como El Callao debido a la persistencia de la minería ilegal y los conflictos que aquejan al país. La escasez de insumos en el sistema de salud venezolano, así como la reducción en la cobertura de las acciones de control vectorial han propiciado el aumento de la malaria en varios municipios de Venezuela, especialmente en los estados de Bolívar y Amazonas.

**Figura 5. Municipios (ADM-2) con alta carga de paludismo en países de la subregión Amazonas, 2014 - 2016**

Municipio	Departamento	País	2014	2015	2016
Sifontes	Bolívar	Venezuela	52.509	71.934	102.543
Cruzeiro do Sul	Acre	Brasil	17.210	14.979	20.591
Gran Sabana	Bolívar	Venezuela	5.224	8.354	15.662
Quibdó	Choco	Colombia	5.008	7.120	13.372
Atures	Amazonas	Venezuela	5.897	9.812	12.856
Cedeno	Bolívar	Venezuela	5.289	6.898	11.727
Raul Leoni	Bolívar	Venezuela	5.130	7.777	11.250
El Callao	Bolívar	Venezuela	574	4.462	11.135
São Gabriel**	Amazonas	Brasil	4.533	5.071	10.415
Andoas	Loreto	Perú	6.842	7.898	10.112
Manaus	Amazonas	Brasil	7.443	9.748	9.699
Caroni	Bolívar	Venezuela	187	922	9.004
Sucre	Bolívar	Venezuela	3.490	3.820	8.944
Mancio Lima	Acre	Brasil	6.207	5.552	7.885
San Juan Bautista	Loreto	Perú	10.616	8.006	6.930
Casacoima	Delta Amacuro	Venezuela	759	1.916	6.736
Tigre	Loreto	Perú	5.194	4.764	6.151
Benitez	Sucre	Venezuela	246	935	6.104
Piar	Bolívar	Venezuela	2.089	2.115	5.447
Andres Eloy***	Sucre	Venezuela	46	774	5.047
Rodrigues Alves	Acre	Brasil	4.774	4.380	4.757
Napo	Loreto	Perú	3.207	4.344	4.478
Atabapo	Amazonas	Venezuela	1.263	1.706	4.180
Bolivar	Monagas	Venezuela	1	1.247	4.023
Alto Baudo*	Choco	Colombia	262	1.267	3.911

\* Alto Baudo (Pie De Pato), \*\* São Gabriel da Cachoeira, \*\*\*Andres Eloy Blanco  
Datos a nivel de distrito (ADM-3) usados por Perú.

#### Cambio con respecto al año anterior

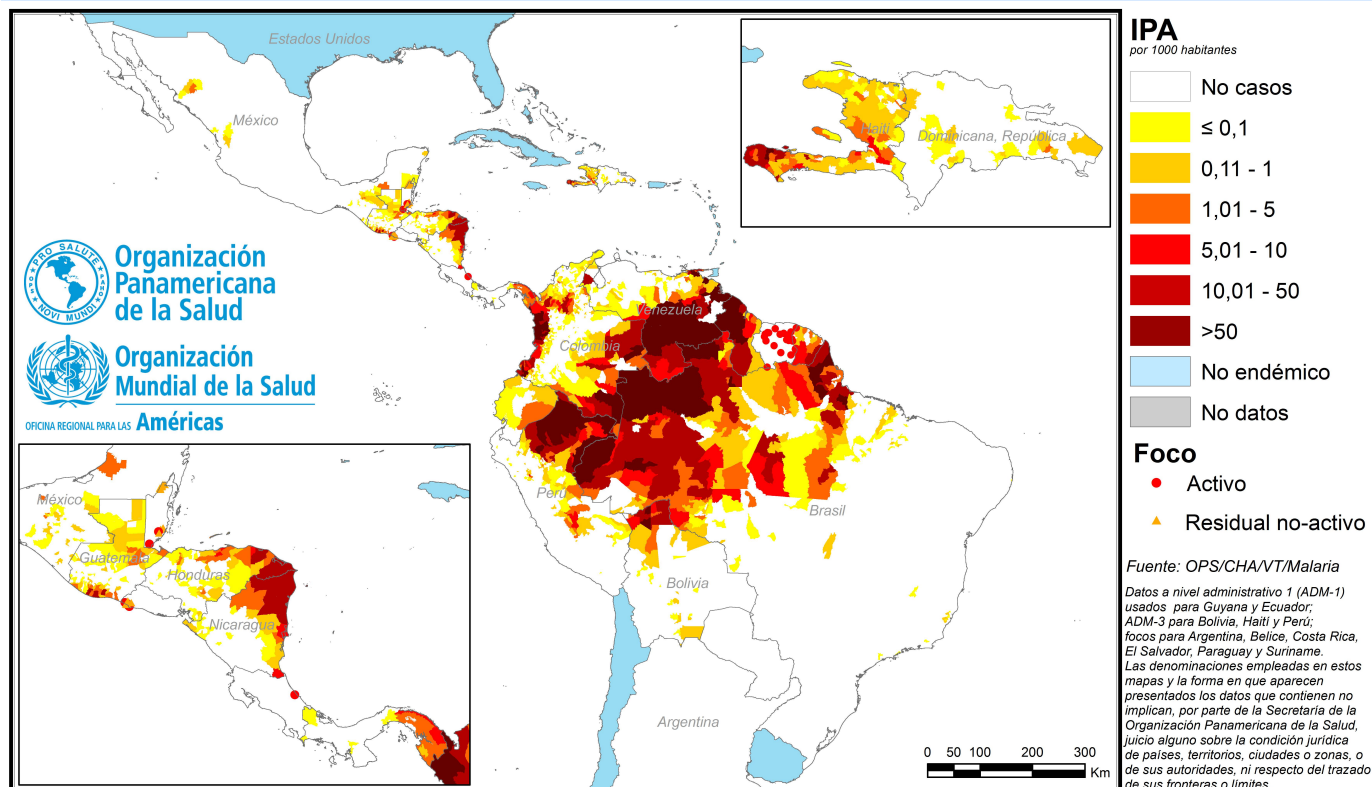
■ Aumento ■ Disminución

**Figura 6. Municipios (ADM-2) con alta carga del paludismo en países de la subregión de Mesoamérica, 2014 - 2016**

Municipio	Departamento	País	2014	2015	2016
Puerto Lempira	Gracias A Dios	Honduras	742	954	1.854
La Gomera	Escuintla	Guatemala	1.700	1.935	1.655
Puerto Cabezas	RACCN	Nicaragua	179	673	1.309
Rosita	RACCN	Nicaragua	263	340	818
Tiquisate	Escuintla	Guatemala	223	424	615
Masagua	Escuintla	Guatemala	666	807	565
Waspan	RACCN	Nicaragua	305	414	441
Sonaguera	Colón	Honduras	217	167	274
El Progreso	Yoro	Honduras	34	191	273
Guna Yala	Guna Yala	Panamá	153	200	270
Villeda Morales	Gracias A Dios	Honduras	238	149	239
El Estor	Izabal	Guatemala	39	301	235
Chepo	Panamá	Panamá	432	136	216
Santa Lucía C*	Escuintla	Guatemala	284	246	211
Brus Laguna	Gracias A Dios	Honduras	182	217	202
Panzos	Alta Verapaz	Guatemala	383	453	172
Tocoa	Colón	Honduras	460	402	166
Olanchito	Yoro	Honduras	86	130	158
Fray Bartolome**	Alta Verapaz	Guatemala	1	14	150
Roatan	Islas de la Ba..	Honduras	80	88	150
Puerto Barrios	Izabal	Guatemala	63	69	118
Chiquimulilla	Santa Rosa	Guatemala	0	24	117
Santa Catalina	Ngobe-Bugle	Panamá	61	34	107
La Democracia	Escuintla	Guatemala	206	178	104
Desembocadura ..	RACCS	Nicaragua	50	22	104

\* Santa Lucía Cotzumalguapa, \*\* Fray Bartolome de las Casas; RACCN-Región Autónoma de la Costa Caribe Norte; RAACS-Región Autónoma de la Costa Caribe Sur

**Figura 7. Paludismo por el Índice Parasitario Anual (IPA) en el segundo nivel administrativo (ADM-2) en las Américas - 2016**



La disminución en cobertura por RRI en los municipios de Brasil entre 2015 y 2016 fue asociado con aumento de malaria en varios municipios; los municipios Cruzeiro do Sul al oeste (78%) de Acre y São Gabriel da Cachoeira (75%) en el estado de Amazonas presentaron disminución de 78% y 75% respectivamente en cobertura de RRI. (Fig. 5) Esta misma situación ocurrió en los municipios Andoas y Tigre, en el estado de Loreto en Perú, donde la presencia de poblaciones remotas a las orillas de los ríos ha representado una de las principales limitantes logísticas para reducir la malaria que, junto con disminución en actividades de control vectorial en últimos años. Por lo que resulta indispensable mejorar el acercamiento de los trabajadores de la salud a estas comunidades para la distribución de mosquiteros y el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno. Por otro lado, 9 de los primeros 25 municipios en base a los casos reportados en 2015 tuvieron disminución de la malaria; especialmente los municipios de Eurinepe (90%) e Ipixuna (81%) del estado Amazonas de Brasil.

**Subregión de Mesoamérica**

Los 25 municipios con más alta carga de la enfermedad en 2016 en Mesoamérica reportaron el 63% del total de casos de los países que conforma esta subregión (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá) (Fig. 6). En 17 de estos municipios se presentó aumento de la malaria. El municipio Puerto Lempira del estado Gracias a Dios en Honduras, continúa con el más alto número de casos del país, y la mayor carga de infecciones por *P. falciparum* (34% del total de casos en Mesoamérica). El aumento se debe a brotes relacionados a cambios en las actividades económicas de los habitantes de este municipio, tal como la cosecha de medusa. La misma situación existe en municipios de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN). Por el contrario, en La Gomera, municipio del estado de Escuintla en Guatemala, se consiguió detener el aumento de casos que se suscitó en 2015, lográndose una reducción mayor a la de 2014. El refuerzo de la vigilancia epidemiológica, además de los efectos hidrometeorológicos de El Niño, puede ser las causas más probables del incremento de malaria en 2015. En Tiquisate dentro de ese mismo estado de Escuintla, aun no se alcanza este objetivo. Sin embargo, seis de los ocho de municipios que consiguieron reducir la malaria en 2016, son guatemaltecos; cuatro de éstos, del estado de Escuintla. Lo que exhibe el impacto de reajuste de actividades, como mejor acceso al

diagnóstico y tratamiento con puestos de colaboradores voluntarios usando pruebas de diagnóstico rápido (PDR) e instalación masiva de los MTILD.

**Isla La Hispaniola**

La transmisión de malaria se concentró principalmente en los estados de Grand'Anse y Ouest, que en conjunto reportaron cerca del 70% del total de casos de Haití. En 2016, hubo brotes en los municipios de Roseaux y otros cercanos (Fig. 8). Entre los municipios de Jeremie, Dame Marie y Roseaux, sumaron el 57% de todos los casos reportados en Grand'Anse. Por otro lado, en República Dominicana, la malaria se está concentrado casi exclusivamente en Santo Domingo; lugar con alta densidad de asentamientos suburbanos con condiciones de vulnerabilidad.

**Especies de Plasmodium**

Existen cuatro especies de plasmodios que afectan a las personas (*P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae* y *P. ovale*). *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* son las especies de mayor prevalencia mundial, siendo la infección por esta última, la que conduce a las consecuencias más graves en la salud de quienes la padecen. Mientras que, a diferencia de *P. falciparum*, la especie *P. vivax* logra persistir en estado latente por meses o incluso años en el hígado de las personas infectadas y causar recaídas. En este sentido, la capacitación del personal de los sistemas de salud, responsable de la identificación de las especies de plasmodios, es un componente primordial para la comprensión de la epidemiología de la enfermedad. En la Región, *Plasmodium vivax* se mantuvo como la especie de mayor incidencia, responsable del 70% de las infecciones registradas entre 2010 y 2016. Durante este periodo de tiempo, el total de casos autóctonos reportados por Belice, Costa Rica, El Salvador y México fueron ocasionados por *P. vivax*.

*Plasmodium falciparum* ocasionó el 23% de los casos de las Américas, y casi 100% de las infecciones de República Dominicana y Haití. En Ecuador y Honduras, la proporción de casos por *P. falciparum* aumentó 20% en 2016, con respecto al 2010. Entre 2010 y 2016, *P. malariae*, fueron detectadas en menos del 0.01% del total de casos de la Región. En 2016, la proporción de casos por las diferentes especies de plasmodios se mantuvo similar a la observada en años anteriores; *P. vivax* causó la mayoría de los casos (67%), seguido de *P. falciparum* (20%).

Pero, en comparación con el 2010, 12 de los 21 países endémicos redujeron en promedio 12% los casos por *P. falciparum*. *Plasmodium malariae* produjo una mínima proporción de casos (0.02%) en 2016. No obstante, el sub-registro de los casos ocasionados por esta especie es común en la Región y su prevalencia podría ser más alta.

### Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico y tratamiento oportuno, son los principales ejes estratégicos para el control de la malaria. En 2016, se amplió en más de medio millón, la cantidad de pruebas de diagnóstico rápido de la malaria (PDR) realizadas en los países endémicos, en comparación con el 2010 (de 66,843 a 594,372), mostrando la adopción de la estrategia a nivel regional y la mejora a su acceso. La proporción de casos tratados dentro de las primeras 72 horas posteriores al inicio de los síntomas, superó el 80%, tal como lo reportado por Bolivia, Perú y Suriname (Fig. 8). No obstante, se estudia la posibilidad de que esto pueda deberse a confusión por parte de los países que reportan el tiempo transcurrido entre la toma de muestra (no desde inicio de los síntomas) y el acceso al tratamiento.

El fortalecimiento de las capacidades de los programas nacionales para maximizar el abasto y suministro de insumos para combatir la malaria, es un requisito indispensable para el adecuado acceso a diagnóstico y tratamientos antimaláricos.

### Casos importados de malaria en países endémicos

En 2016, 18 países endémicos de la Región notificaron un total de 7,775 casos importados. En la mitad de estos casos, las infecciones ocurrieron en territorio venezolano (3,658 casos). A esto también puede deberse que 53% de los casos importados en Brasil — nación que encabezó la lista de los países con más casos importados (5,071) — hayan provenido de Venezuela.

En las Américas, nueve de cada 10 casos importados reportados durante el 2016 tuvieron origen en cuatro países (Venezuela, Guyana, Guayana Francesa y Perú). Paradójicamente, en 2015, Venezuela también reportó el mayor número de casos que detectados en su territorio importados desde otros países (1,593 casos); más del 97% de estos provinieron desde Colombia (884 casos) y Guyana (670).

**Cuadro 3. Tratamiento de primera línea para paludismo en la Región de las Américas**

País	<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>
Argentina	AS+MQ; AL+PQ(1d)	CQ+PQ(7)
Belice	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Bolivia	AL+PQ	CQ+PQ(7)
Brasil	AL+PQ; AS+MQ+PQ	CQ+PQ(7); CQ+PQ(14)
Colombia	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Costa Rica	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(7); CQ+PQ(14)
Ecuador	AL+PQ	CQ+PQ(7)
El Salvador	AL	CQ+PQ(14)
Guatemala	CQ+PQ(3d)	CQ+PQ(14)
Guayana Francesa	AL; AQ+PG	CQ+PQ
Guyana	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Haití	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Honduras	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
México	CQ+PQ	CQ+PQ
Nicaragua	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(7)
Panamá	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(7); CQ+PQ(14)
Paraguay	AL+PQ	CQ+PQ(14)
Perú	AS+MQ+PQ(1d)	CQ+PQ(7)
República Dominicana	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Suriname	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(14)
Venezuela	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(14)

CQ- Cloroquina PQ- Primaquina MQ- Mefloquina AS- Artesunato  
AL- Arteméter y Lumefantrina PG- Proguanil AQ- Atovaquone  
Para *P. falciparum*- (3d): 3 días de Primaquina de 15 mg (adultos)  
(1d): 1 día de Primaquina de 45 mg (adultos)

Para *P. vivax*- (14): 14 días de Primaquina de 15 mg (adultos)  
(7): 7 días de Primaquina de 30 mg (adultos)

\*Tratamiento combinado basado en Artemisinina (TCA) usado por casos importados de *P. falciparum* en países que usan CQ como tratamiento de primera línea para este especie.

**Figura 8. Municipios (ADM-2) con alta carga del paludismo en países de La Isla de la Hispaniola, 2014 - 2016**

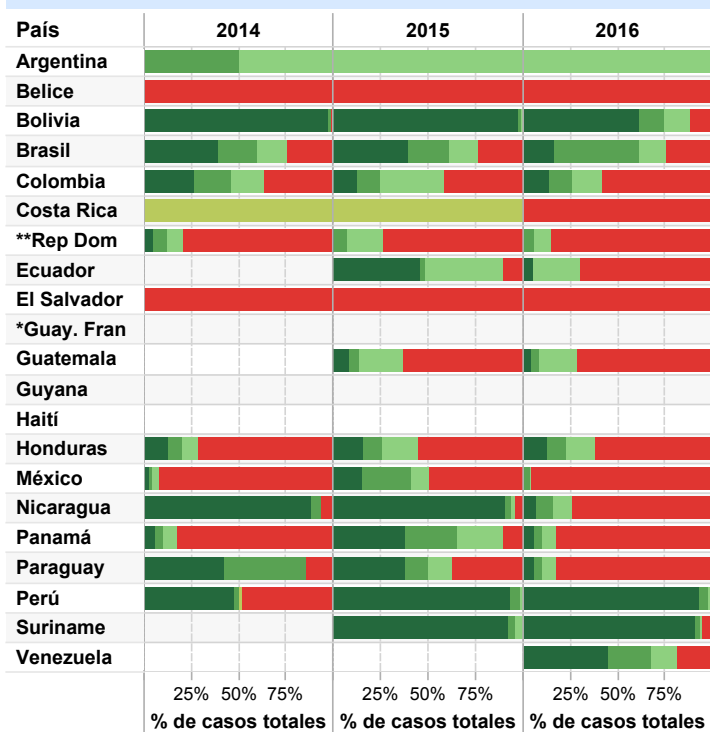
Municipio	Departamento	País	2014	2015	2016
Jeremie	Grand'Anse	Haití	465	1.801	2.029
Roseaux	Grand'Anse	Haití	323	1.183	1.981
Dame-Marie	Grand'Anse	Haití	642	1.332	1.746
Croix-Des-Bouquets	Ouest	Haití	1.989	1.077	1.468
Anse d'Hainault	Grand'Anse	Haití	334	777	1.462
Les Anglais	Sud	Haití	200	371	1.238
Delmas	Ouest	Haití	1.822	1.628	831
Les Irois	Grand'Anse	Haití	65	365	781
Abricots	Grand'Anse	Haití	130	282	606
Port-au-Prince	Ouest	Haití	767	659	562
St. Louis du Sud	Sud	Haití	17	10	537
Arnaud	Nippes	Haití	11	564	529
Pestel	Grand'Anse	Haití	67	336	499
Carrefour	Ouest	Haití	1.036	542	439
Corail	Grand'Anse	Haití	113	433	417
Tiburon	Sud	Haití	204	131	335
Les Cayes	Sud	Haití	139	90	316
Verrettes	Artibonite	Haití	121	113	299
Leogane	Ouest	Haití	370	335	293
Chardonnières	Sud	Haití	329	124	280
Ganthier	Ouest	Haití	502	247	245
Arcahaie	Ouest	Haití	90	320	241
Port-Salut	Sud	Haití	26	42	234
Bonbon	Grand'Anse	Haití	23	53	222
Gressier	Ouest	Haití	359	260	213

Datos a nivel de communes usados por Haití

### Cambio desde año anterior

- Aumento
- Disminución

**Figura 9. Tiempo entre inicio de síntomas y tratamiento, 2014 - 2016**



\* Rep Dom - República Dominicana, \*\* Guay. Fran - Guayana Francesa

### Tiempo

- Mismo día
- 1 día
- 2-3 días
- >3 días
- Menos de 3 días



## Poblaciones vulnerables

En las Américas, las personas de identidad indígena representaron el 13% del total de casos de malaria, así como el 7% de las defunciones, entre 2010 a 2016. Entre los países endémicos, Brasil presentó la mayor cantidad de casos en indígenas durante este periodo de tiempo (192,972 casos). Asimismo, uno de cada 10 casos fue padecido por personas dedicadas a la minería. La proporción de casos en mineros es significativa en países sudamericanos, especialmente en el Escudo guayanés. En Venezuela, hasta el 40% de los casos fueron en personas dedicadas a la minería (Fig. 10).

En tanto, uno de cada 100 casos reportados entre 2010 y 2016, se presentó en mujeres embarazadas, lo que condujo a un total de 14 defunciones en este grupo poblacional. La vigilancia epidemiológica de la malaria en mujeres embarazadas es débil en varios países. Dentro de las causas, se encuentran aspectos culturales (p. ej., en pueblos indígenas de Loreto en Perú, los trabajadores o promotores de la salud varones se sienten incómodos de preguntar a una mujer si se encuentra embarazada), así como problemas en sistemas informáticos de vigilancia (p. ej., sistemas que no consideran variables que recopilan esta información). A raíz de dichas debilidades y contrario a lo esperado, en siete países (Bolivia, Colombia, Guatemala, Haití, Panamá, Perú y Venezuela), la incidencia de malaria reportada en mujeres en edad reproductiva fue mayor que la de mujeres embarazadas con más de 50 casos entre 2015-2016. Sin embargo, en otros cinco países (Nicaragua, Brasil, Ecuador, Honduras y Guyana), la incidencia fue mayor en mujeres embarazadas, lo que probablemente es indicativo de la robustez de sus sistemas de vigilancia. Por su parte, Nicaragua, Honduras y Guatemala, reportan aumento del riesgo de malaria en mujeres embarazadas, lo que también puede ser resultado de la mejora de sus sistemas de vigilancia que reflejan de forma más precisa la realidad actual.

## Intervenciones de Control Vectorial

En 2016, poco más de 476 mil viviendas y 2.5 millones de personas fueron protegidas a través del rociado residual intradomiciliario (RRI) y otros 4.2 millones de personas se protegieron con mosquiteros tratados con insecticidas (MTI). En los últimos años, la cobertura por RRI ha disminuido. Entre 2015-2016 el número de personas protegidas por RRI se redujo en un 39% aunque el número de MTI aumentó 24% (Fig. 10).

Entre 2015 y 2016, Venezuela, México, Perú y República Dominicana fueron los países que reportaron los mayores descensos en cobertura por RRI. Entre estos países, Venezuela mostró las reducciones más drásticas (99%), en comparación con el 2015. Por el contrario, Colombia, Honduras y Nicaragua exhibieron las alzas más importantes en cobertura de RRI. Especialmente, en Colombia la cobertura por RRI y MTI aumentó alrededor de 4.6 veces (de 252 mil a 1.2 millones de personas protegidas), y dos veces (de 385 a 680 mil personas protegidas), respectivamente. Lo anterior, obedece a la respuesta contra el brote de malaria en Chocó y otros departamentos del país.

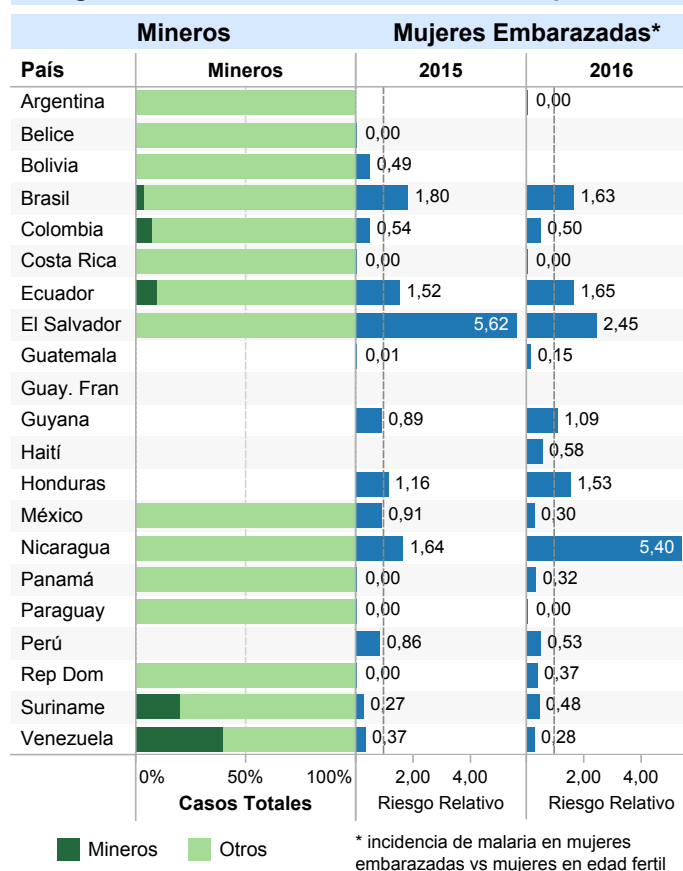
## Resistencia a insecticidas

Hasta el 2016, cuatro países han completado sus planes de vigilancia y manejo de resistencia a insecticidas en *Anopheles* (Honduras, México, Nicaragua y Venezuela), mientras que otros 10 países endémicos se encuentran en la fase de elaboración de sus respectivos planes (Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití, Perú, Belice, Paraguay y Ecuador). Así, estos países reafirman su compromiso para fortalecer la vigilancia a todos los niveles del sistema de salud, con el objetivo de detectar y responder oportunamente ante amenazas relacionadas con la malaria, incluida la aparición de resistencia a insecticidas en las especies de vectores.

En 2016, los países endémicos: Guyana, Panamá y Costa Rica, no habían iniciado aún con el desarrollo del plan de vigilancia y manejo de resistencia a insecticidas, sin embargo, expresaron su deseo por cumplir las políticas y los marcos estratégicos en torno a la malaria.

Gracias a estos esfuerzos, entre 2010 y 2016, se ha logrado identificar la presencia de resistencia a insecticidas en *Anopheles* de diversas áreas geográficas de 12 países endémicos. Entre 2015 y 2016, tres países reportaron la presencia de poblaciones de *Anopheles* resistentes a piretroides (Bolivia, Colombia y Honduras). Durante el mismo periodo, otros tres países (Guatemala, Haití y Nicaragua) también realizaron ensayos de sensibilidad de *Anopheles*.

### Figura 10. Paludismo en Poblaciones Especiales



De esta manera, los países endémicos de la Región contribuyen a la ejecución del control integrado de los vectores a través de estrategias fundamentadas en datos locales epidemiológicos y entomológicos; ambos, componentes básicos para la eliminación de enfermedades transmitidas por vectores como la malaria.

## Financiamiento

La mayor parte del presupuesto para el control de la malaria entre 2010 y 2016 provino de recursos gubernamentales. Durante este periodo de tiempo, el gobierno invirtió poco más de mil noventa millones de dólares (mdd), lo que representó aproximadamente 75% del financiamiento total de la Región (Fig. 11).

México fue el país que incrementó en mayor medida los recursos económicos gubernamentales destinados al combate de la malaria (de US\$ 23.1 mdd en 2010 a US\$ 43.4 mdd en 2016). En otros países que al igual que México, lograron disminuir la malaria entre 2010 y 2016, tal como Belice y Haití, también aumentó el presupuesto de gobierno destinado a este fin. Por su parte, República Dominicana, Bolivia, Honduras y Guyana, lograron aminorar la malaria en sus territorios a pesar de haber tenido reducciones presupuestales que oscilaron entre US\$ 0.4 y 1.1 mdd. En cambio, durante el 2016, los gobiernos panameño y nicaragüense invirtieron un promedio de US\$ 4.5 mdd más que en 2010, y aun así no lograron revertir el incremento de la enfermedad. Mientras que Venezuela y Perú redujeron significativamente su partida gubernamental (menos US\$ 9.8 y US\$ 11 mdd, respectivamente), lo que pudo haber contribuido al aumento de la enfermedad en estas naciones. Entre 2010 y 2016, la inversión del Fondo Mundial para la Región ascendió a US\$ 177.6 mdd, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) contribuyeron con US\$ 2.8 mdd, mientras que otros US\$ 167.3 mdd fueron aportados por diversas fuentes externas de financiamiento (Fig. 11).

En 2016, el financiamiento gubernamental alcanzó US\$ 101.7 mdd, lo que también sumó 75% del presupuesto total para ese año, sin embargo, este monto fue 37% menor al de 2015 (US\$ 161.7 mdd). Seis países endémicos (Ecuador, Panamá, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Haití) aumentaron su presupuesto gubernamental en 2016 en comparación con el 2015.



No obstante, en todos estos, excepto Guatemala, se presentaron aumentos de la malaria. Además de notificar las mayores cifras de casos en la Región en 2016, Venezuela y Colombia también tuvieron altos recortes de presupuesto gubernamental para el control de la malaria, en comparación con el 2015 (US\$ 7.7 y US\$ 2.9 mdd, respectivamente). Por el contrario, Brasil logró reducir los casos de malaria aun cuando en 2016 presentó la merma más grande de recursos económicos de gobierno (menos US\$ 60.8 mdd) entre los países endémicos. Otras fuentes de financiamiento reportados como los fondos asignados por el Fondo Mundial pasaron de US\$ 17.2 mdd en 2015 a US\$ 27.4 mdd en 2016, lo que representó un incremento del 60% para la prevención y control de la enfermedad en la Región (Fig. 11).

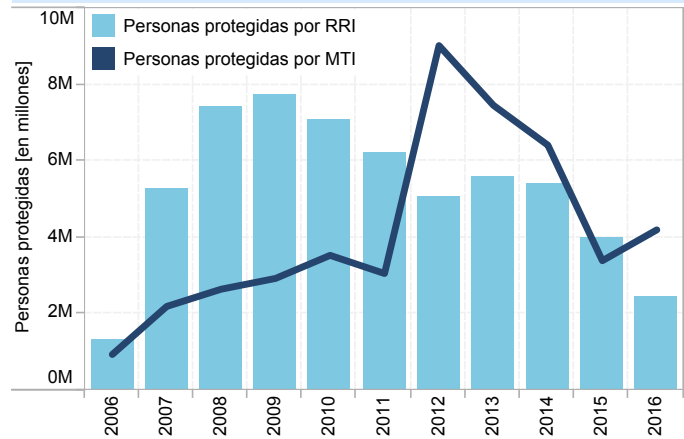
**Situación general de los países no-endémicos**

En 2016, 10 países no-endémicos de las Américas reportaron un total de 1,874 casos importados de malaria y tres muertes asociadas a esta causa (Cuadro 4). Dicha cifra, representa una disminución en un 13% con respecto al 2015 (2,146 casos) y en un 8% en comparación con el los años 2010 y 2014. Sin embargo, se debe tener en consideración que los datos disponibles de EUA y Canadá aún son preliminares para el año 2016. Históricamente, ambos países, debido a su extensa afluencia de viajeros e inmigrantes; reportan la mayor cantidad de casos de malaria entre las naciones no-endémicas de la Región. Aun contando los datos preliminares del 2016, EUA, Canadá y Cuba notificaron el 98% del total de casos de los países no-endémicos.

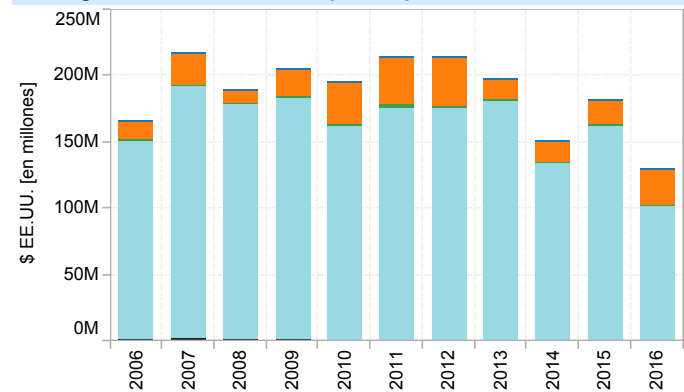
Cuba, el tercer país no-endémico por número de casos importados, mantiene una tendencia al alza en el número de casos de malaria. Trinidad y Tobago acumuló 96 casos de malaria en los últimos siete años (2010-2016). Aunque durante 2016, este país presentó la mitad de casos (11 casos) del total registrado en 2010 (23 casos), Trinidad y Tobago se ha convertido en el lugar al que arriban los migrantes venezolanos por razones varias debido a la cercanía geográfica con Venezuela. El riesgo de tener restablecido la transmisión de la malaria en este país es alto y necesita una vigilancia robusta.

En los demás países no-endémicos, los casos de malaria muestran variaciones mínimas o disminuciones entre 2010 y 2016. Cabe señalar que, de los 10 países no-endémicos que reportaron casos en 2016, la mitad, notificó sólo entre uno y tres casos. Del total de casos en países no-endémicos notificados entre 2014 y 2016, el 60% fueron causados por *P. falciparum* e infecciones mixtas y se desconoce la especie en 20% de casos. Siete de cada 10 casos reportados por países no-endémicos, entre 2014 y 2015, provinieron de África, especialmente Nigeria y la República de Ghana (Cuadro 4). En las Américas, casos fueron reportados importados desde 7 de los 21 países endémicos. Un brote de los casos importados por EEUU desde Punta Cana en República Dominicana fue reportado en el 2015; razón por que parece un importante casos importados desde este país.

**Figura 10. Personas protegidas por Rociado Residual Intradomiciliario (RRI) y Mosquiteros Tratados con Insecticidas (MTI), 2006 - 2016**



**Figura 11. Financiamiento para el paludismo, 2006 - 2016**

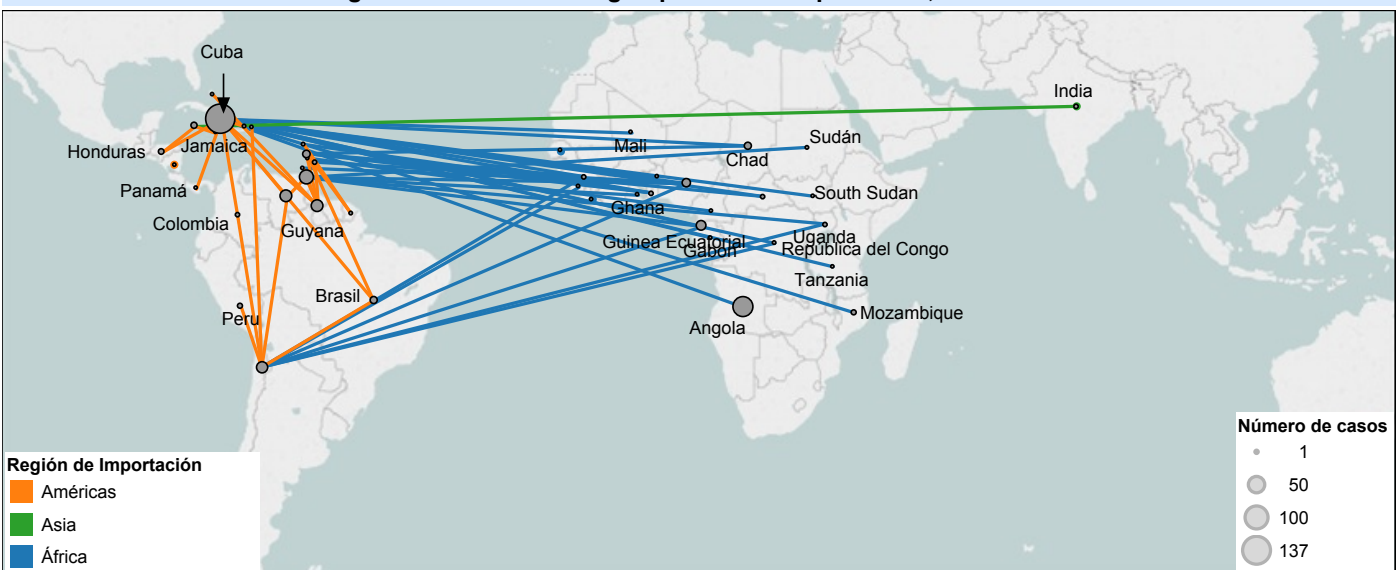


\* Datos no disponibles para los años 2000-12 para Haití, desde 2005-11 para Surinam y 2006-08 para Venezuela. Datos disponibles solamente para el año 2006 para Guayana Francesa

- Bilaterales
- USAID
- Agencias NU
- Fondo Mundial
- Gubernamental\*
- Banco Mundial



**Figura 12. Paludismo según países\* de importación, 2014 - 2016**



\*No incluye casos importados reportados por Canadá y Estados Unidos de América.

**Cuadro 4. Número de casos de paludismo en los países No-endémicos de la Región de las Américas, 2006 - 2016**

País / Territorio	Año										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anguila			0	0		0	0	0			
Antigua y Barbuda			1	0	1	1	0	0	0	0	
Bahamas	49	6	14		1	6	2	2	3	0	0
Barbados				2	2	10	9	5	2	2	
Bermuda									2	2	2
Canadá	333	384	372	364	514	517	480	490	449	554	103
Chile	3	5		4	3	5	10	6	4	8	0
Cuba	33	35	19			28	32	48	37	29	71
Dominica		0		0	1	1	0				
Estados Unidos de América	1.564	1.505	1.298	1.484	1.691	1.925	1.687	1.742	1.724	1.517	1.665
Granada	0	0	0	1	0	0	1	2	0	1	
Guadalupe	6		12	0	8	1	2	2	1	1	2
Islas Caimán	1				1	1	3		0	5	1
Islas Vírgenes (EUA)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Islas Vírgenes Británicas*	0		0		0			0	0	0	
Jamaica	194	199	22	22	12	9	5	6			
Martinica	10		14	11	7	13	2	9	5	4	2
Montserrat			0	0	0	0	0	0			
Puerto Rico	2	3	2	3	5	2	1	1	1	7	3
Saba									0	0	0
Saint Barthélemy				0			1				
San Cristóbal y Nieves			0	1	1	1	0	0			
San Martín				2	1	7	1	0	0	0	
San Vicente y las Granadinas	0	0	1		2	0	0				
Santa Lucía		0		1		1	2	1	1	1	
Trinidad y Tobago	8	16	22	24	23	10	19	13	12	8	11
Uruguay	15		12	5		2	7	13	2	7	14
<b>Gran Total</b>	<b>2.218</b>	<b>2.153</b>	<b>1.789</b>	<b>1.924</b>	<b>2.273</b>	<b>2.540</b>	<b>2.264</b>	<b>2.340</b>	<b>2.243</b>	<b>2.146</b>	<b>1.874</b>

\*Islas Virgenes Británicas (Reino Unido) \*\*Espacios vacios implican no datos reportados

**Cuadro 5. Casos importados en países No-endémicos de las Américas según país / Región de origen, 2014 - 2016**

País / Región desde cual el caso fue importado	País / Territorio												Países de las Américas 1 32	Otras Regiones 1 2.538	*EE.UU. - Estados Unidos de América **Datos no disponibles para los países no mostrados en el cuadro. Datos no disponibles para: 2016 - EE.UU. y Sint Maarten, 2012 - Barbados, Trinidad y Tobago, y Uruguay, 2011 - Santa Lucía, y 2011 y 2013 - Saint Barthélemy.	
	Bahamas	Barbados	Bermuda	Canadá	Chile	Cuba	EE.UU.	Granada	Guadalupe	Islas Caimán	Martinica	Santa Lucía				Trinidad y Tobago
Bolivia							1									
Brasil					4	3	6				1					
Colombia					2	1	3									
Costa Rica							1									
El Salvador							2									
Guatemala				1			20									
Guyana	1	1				12	17	0				0	8			
Guyana Francesa								1		1						
Haití				3		2	16									
Honduras				4		1	12		4							
Jamaica									1							
México							1									
Nicaragua			1				1									
Panamá						1										
Perú				4	4		26									
República Dominicana				2	1		32									
Venezuela					2	9	2							11		
Caribe, no especificado							1									
Centroamérica, no especificado							5									
French Guiana + Guyana										1						
Trinidad													2			
<b>África</b>		2	3	212	7	108	2.538	1	1		6	1	10			
<b>Asia</b>			2	22			282			1						
<b>Oceania</b>				1			8									
<b>Desconocido</b>	1	1		376			204									