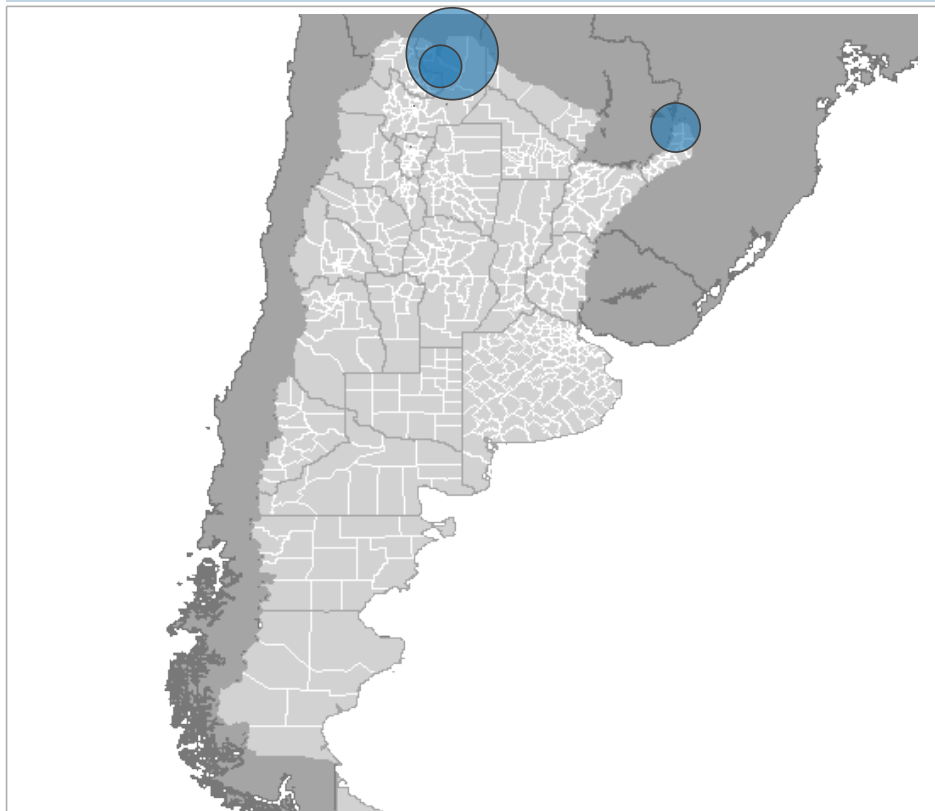


Argentina

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



N° de casos de malaria en 2008	106
--------------------------------	-----

P. falcip y mixtos	0
P. vivax	106

Número de casos

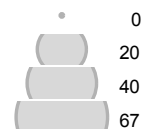
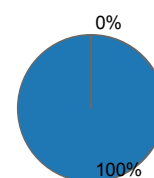


Figura 2. Proporción de casos según especie

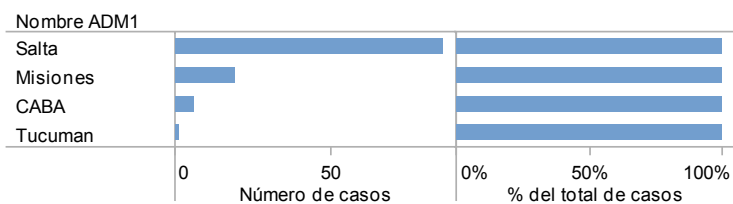


Especie de Plasmodium

■ P. vivax

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
Salta	0	86	86
Misiones	0	19	19
Tucuman	0	1	1
CABA	0	0	0



Descripción general de la situación

Figuras 1-5

Argentina es uno de los países con menor número de casos de malaria en la Región. En el 2008 el país notificó 106 casos por esta enfermedad, todos de malaria por *P. vivax*. Se trata de un foco residual al noroccidente del país, en la provincia de Salta, que en el mapa de la malaria en Suramérica, parece una continuación del foco del departamento de Tarija en Bolivia. Al Nororiente del país hay otro foco menos estable, en la provincia de Misiones, cerca a la frontera con Paraguay. La transmisión en la provincia de Salta está limitada a un municipio. Es la zona que ha sido históricamente la de mayor endemicidad en los últimos 30 años, donde la transmisión depende de la presencia de *An. pseudopunctipennis*. Ecológicamente esta zona del territorio argentino corresponde al límite sur de la floresta central suramericana, la zona de los “yungas”. Más al sur la transmisión de malaria se dificulta debido a las bajas temperaturas, por lo que la zona endémica es esta región entre la provincia de Salta en Argentina y el Departamento de Tarija en Bolivia.

Los criaderos de *An. pseudopunctipennis* son activos durante todo el año y esta estabilidad del vector determina el mantenimiento de la endemia, sin embargo hay una importante relación con el régimen de lluvias que determina aumento en la población del vector. El comportamiento del *An. pseudopunctipennis*, con importante antropofilia y endofilia, determina que la transmisión ocurra especialmente al interior de los domicilios .

En Salta normalmente, la proximidad con la frontera con Bolivia determinó focos de predominio de casos importados. En las áreas aisladas con transmisión autóctona, el comportamiento de la enfermedad ha estado determinado por los movimientos de población y los cambios en el uso del suelo con modificación del ambiente para fines de agricultura, lo cual se ha relacionado con proliferación del vector.

En la provincia de Misiones el vector es *An. darlingi*, siendo que en esta zona la

transmisión tiene un carácter más epidémico por la presencia esporádica del vector.

Tendencias en morbilidad y mortalidad

Figuras 4 - 9

Después de un importante descenso en el número de casos durante los años 2001 a 2004, en el 2005 en Argentina, al igual que muchos otros países de la Región, se registró un incremento. Durante 2006 y 2007 el número de casos se estabilizó alrededor de 200 y en el 2008 el número de casos por malaria disminuyó en aproximadamente un 50% con relación al año anterior. Con respecto al año 2000 la disminución ha sido de 76%. Si bien cerca del 80% de los casos reportados en el 2000 fueron notificados como importados, la disminución sigue siendo muy significativa. Desde el 2001 Argentina no ha notificado casos de malaria por *P. falciparum* y en la última década no hay registros de malaria grave ni de mortalidad por malaria.

Dispersión / focalización de la transmisión

Figuras 1, 12-19

La transmisión de la malaria en Argentina está altamente focalizada en el municipio de General José de San Martín, en la provincia de Salta, siendo que 67% de todos los casos reportados en el 2008 fueron registrados en dicho municipio. Con los municipios de Orán (también en Salta) e Iguazú, de la provincia de Misiones, definen prácticamente las zonas de transmisión.

En los últimos 30 años el área endémica se transformó en pequeños focos diseminados, donde predominaban localidades próximas a la frontera con Bolivia, que podían ser consideradas pseudofocos por limitarse a casos importados y focos activos donde la perpetuación de la transmisión estaba relacionada con migraciones y cambio en el uso del suelo. El área epidémica se redujo, entonces, en la década de los 80, con una pequeña expansión en los noventa y ahora nueve a finales de la década presenta una alta focalización. En el 2008 fueron pocos municipios con notificación de malaria, siendo todos los casos *P. vivax*. En los municipios de Tafi Viejo, Salta capital y

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

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

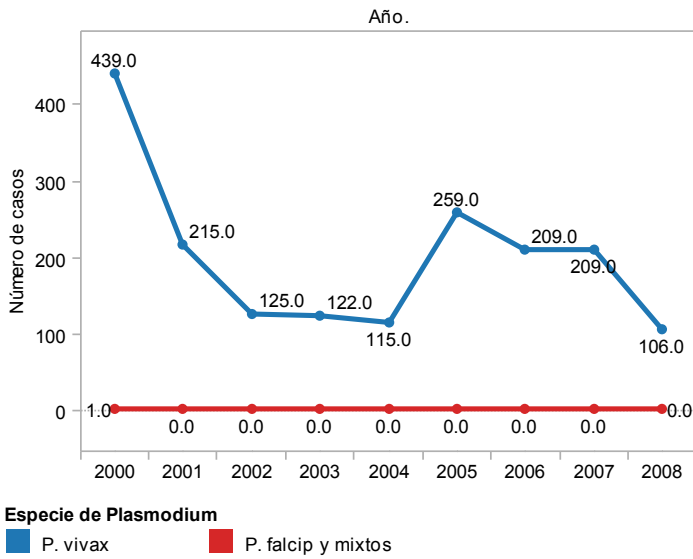


Figura 8. Variaciones anuales en el número de casos por especie

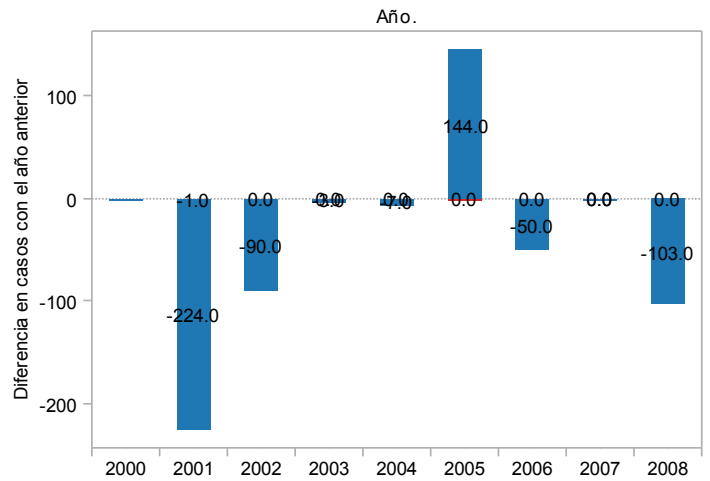


Figura 5. Número de casos de malaria, 2000 - 2008

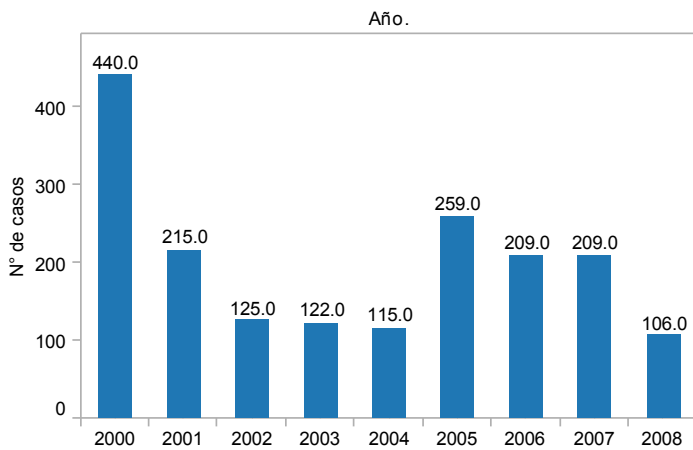


Figura 9. Diferencia (%) en número de casos con relación al año 2000

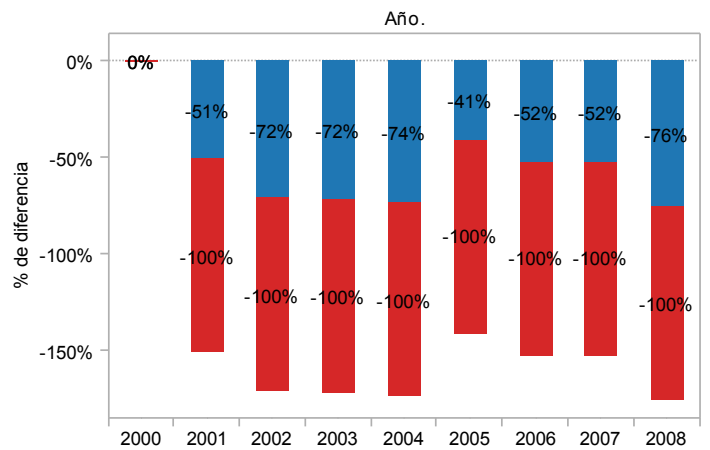


Figura 6. Número de muertes por malaria, 2000 - 2008

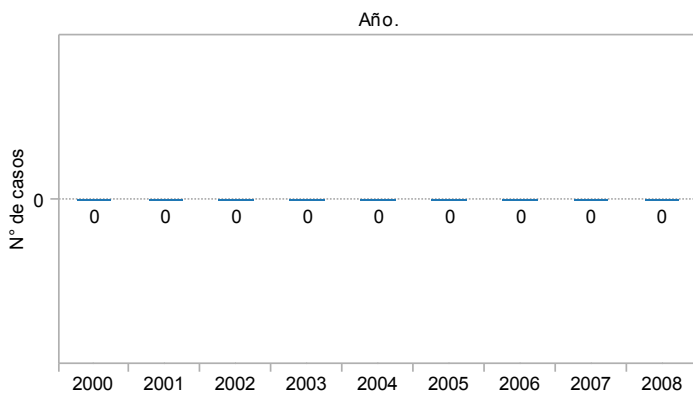


Figura 10. N° de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015

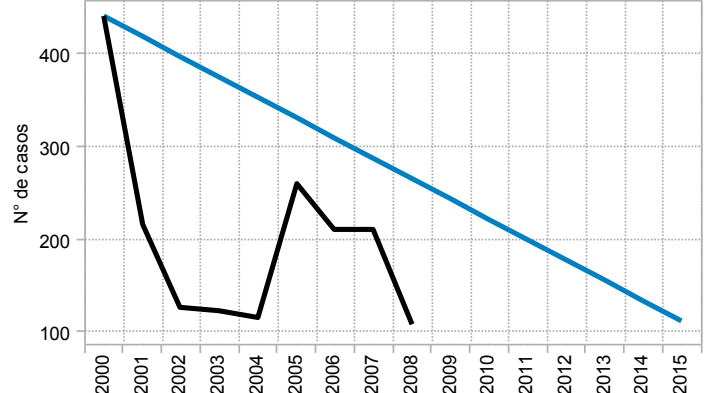


Figura 7. Número de casos de malaria hospitalizados, 2000 - 2008

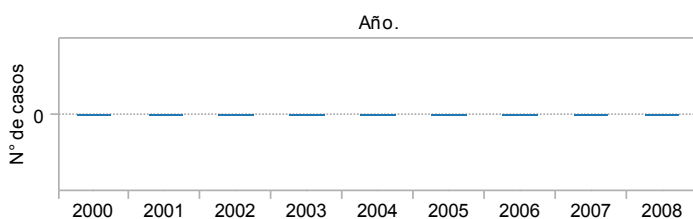


Figura 11. % hospitalización, 2008

Nº de casos
 ■ casos notificados
 ■ metas para 2010 y 2015

% de casos

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

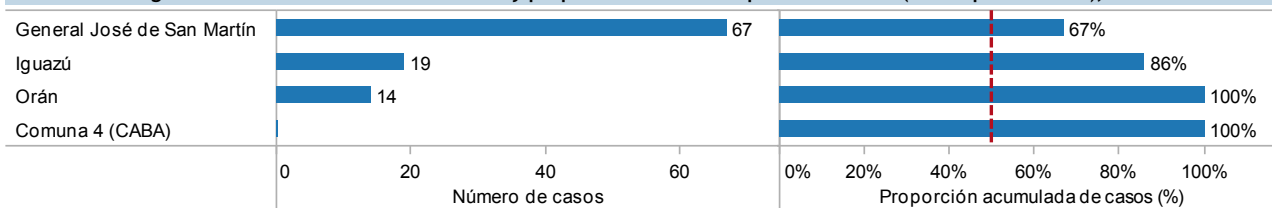


Figura 13. Municipios según número de casos de malaria, 2008

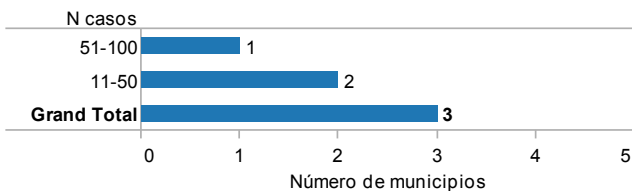


Figura 14. Municipios según número de casos de P. falciparum

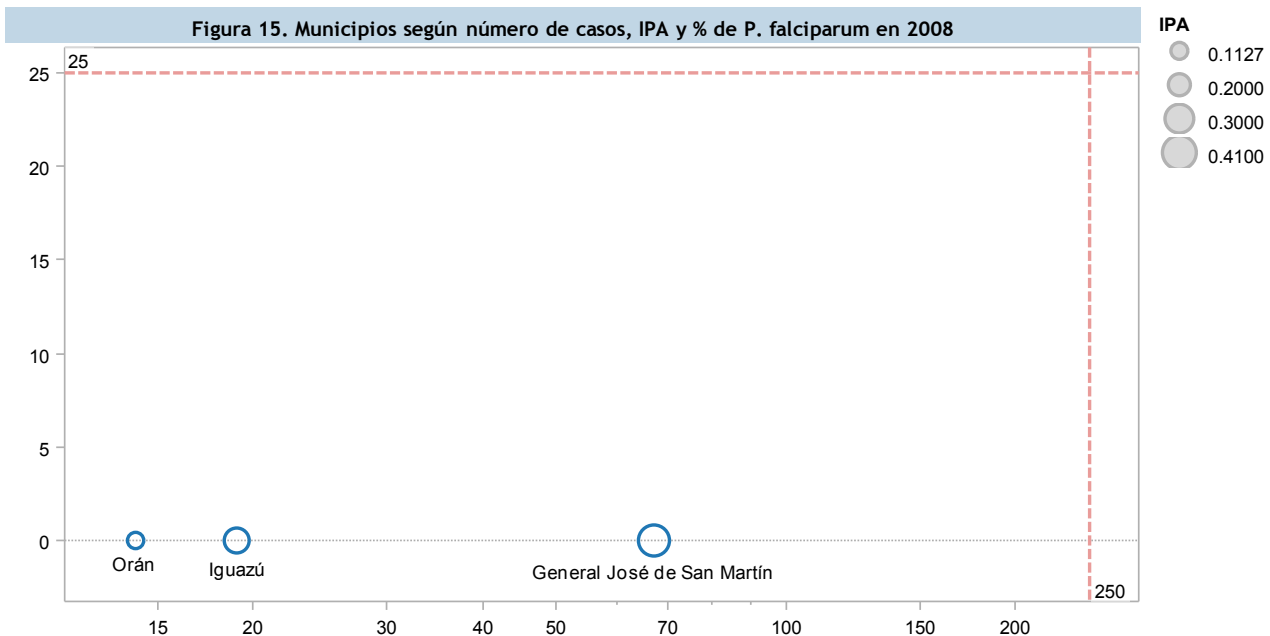


Figura 16. Incidencia anual (IPA) por municipio, 2008

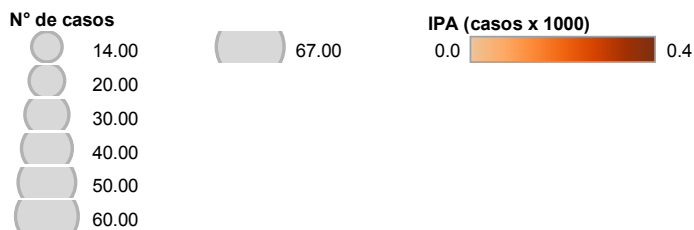
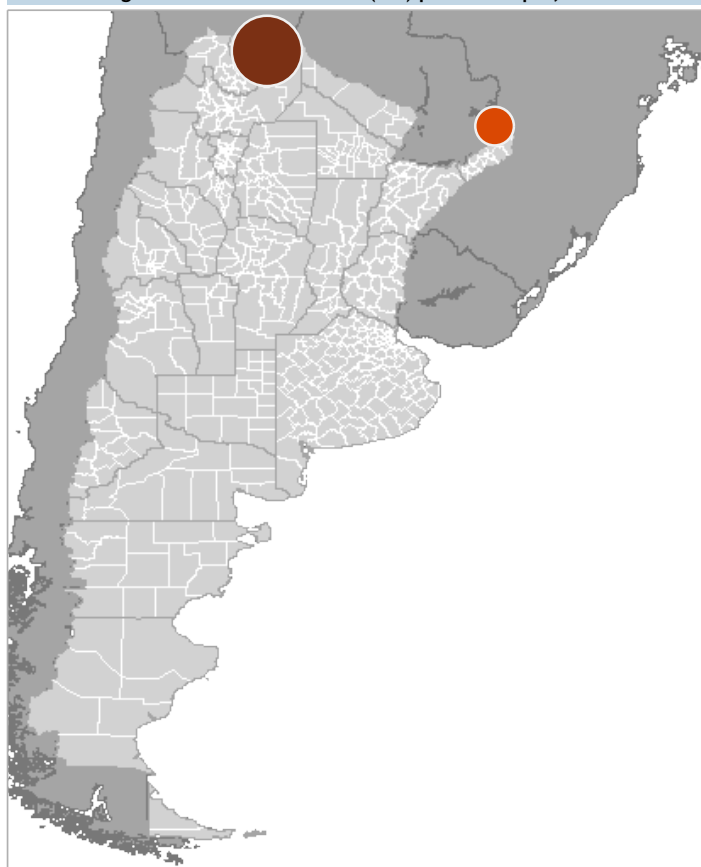


Figura 18. Incidencia anual (IPA) y número de casos por municipio

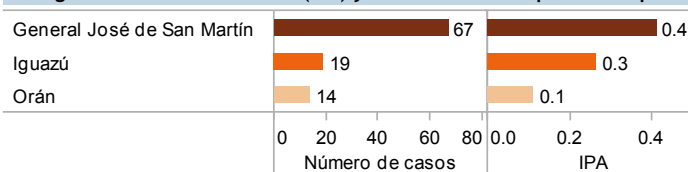
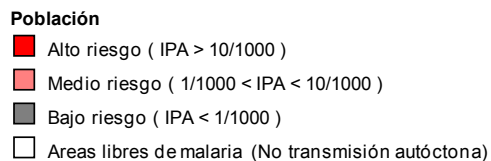
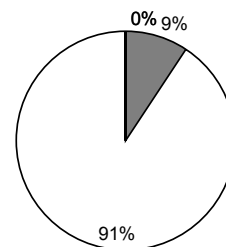


Figura 17. Población según áreas de riesgo de transmisión de malaria

Año.	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Medio riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Áreas libres de malaria (No transmisión autóctona)
2000	0	947,000	2,642,000	33,443,194
2001	0	947,000	1,949,000	34,136,000
2002	0	222,000	3,143,000	32,858,595
2003	0	222,000	3,143,000	32,858,595
2004	0	222,000	3,143,000	32,858,595
2005	0	222,000	3,143,000	32,858,595
2006	0	0	2,329,000	36,641,295
2007	0	0	2,329,000	36,641,295
2008	0	0	3,365,352	32,858,595

Figura 19. Población según áreas de riesgo de transmisión



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	7,949	440	5.5
2001	6,685	215	3.2
2002	5,043	125	2.5
2003	3,977	122	3.1
2004	3,018	115	3.8
2005	3,018	259	8.6
2006	6,353	209	3.3
2007	6,353	209	3.3
2008	5,157	106	2.1

Figura 23. Índice de láminas positivas por ADM1, 2008

Nombre ADM1	Examinados	Total casos	ILP (%)
Salta		86	
Misiones		19	
Tucuman		1	

Figura 21. Casos examinados por microscopía y por pruebas rápidas

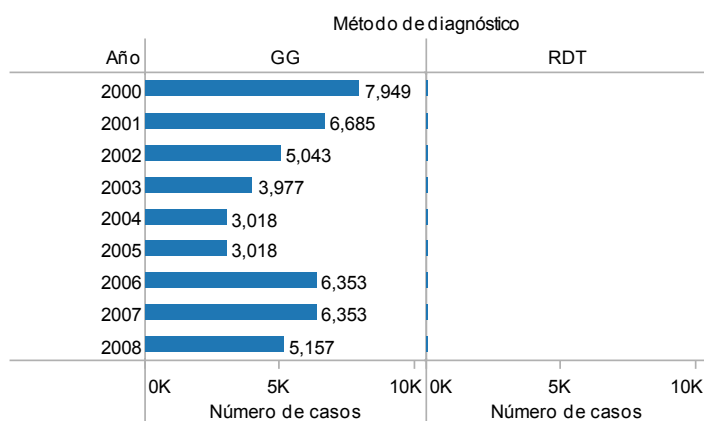


Figura 22. Casos confirmados vs tratamientos distribuidos, 2000-2008

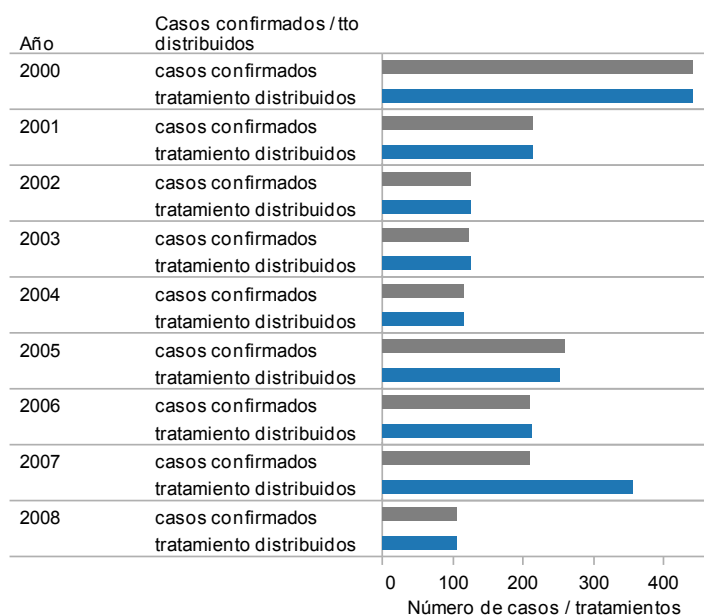
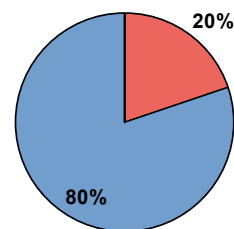


Figura 24. Número de casos diagnosticados en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas en 2008



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

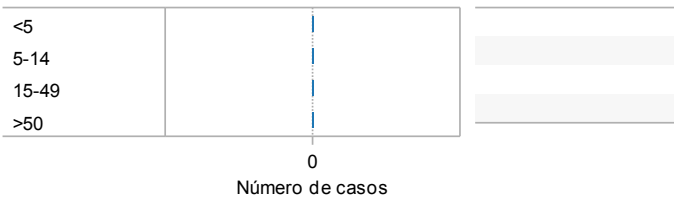


Figura 26. Número y % de casos por tipo de localidad

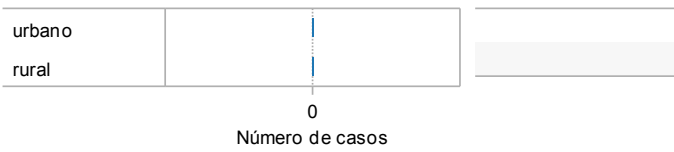


Figura 27. Número y % de casos en mujeres embarazadas

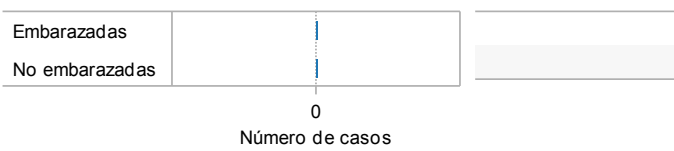


Figura 28. Número y % de casos en población indígena

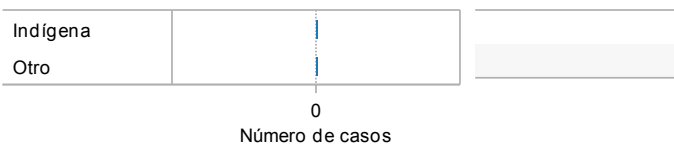


Figura 29. % de casos de P. falciparum del total de casos

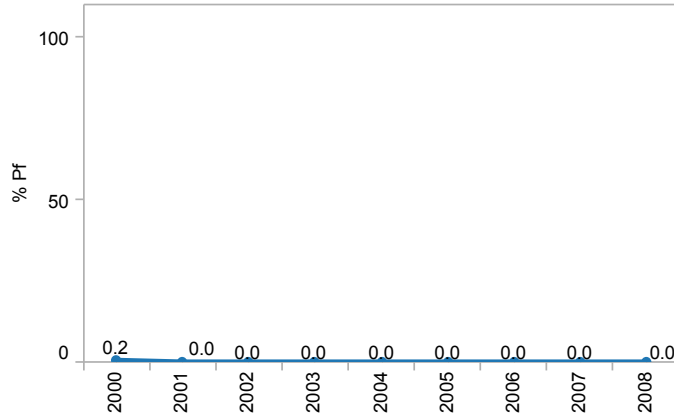


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año

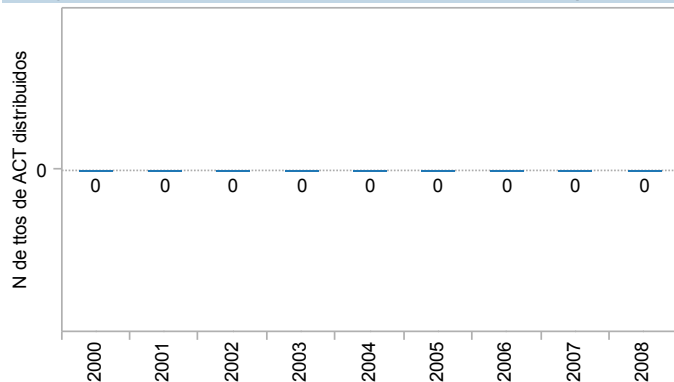


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliar

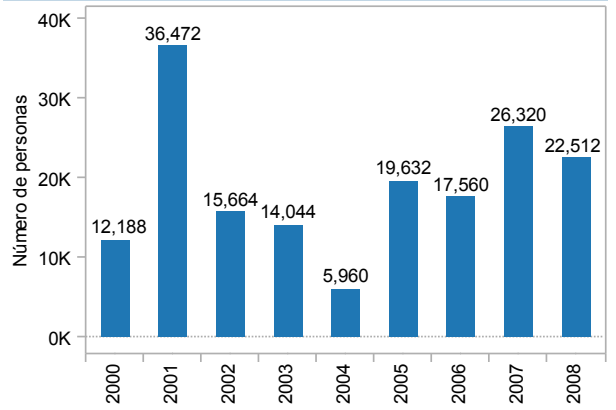


Figura 32. Cobertura con mosquiteros de larga duración

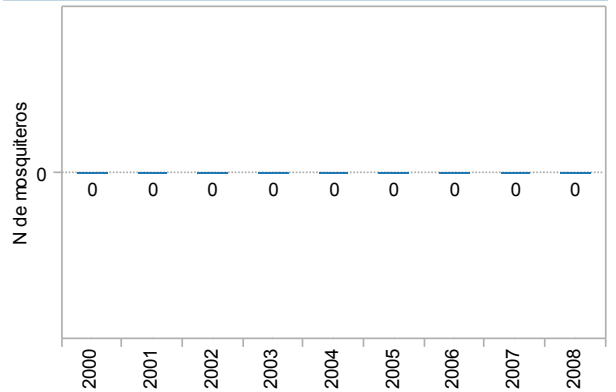


Figura 33. Cobertura con mosquiteros impregnados convencionales

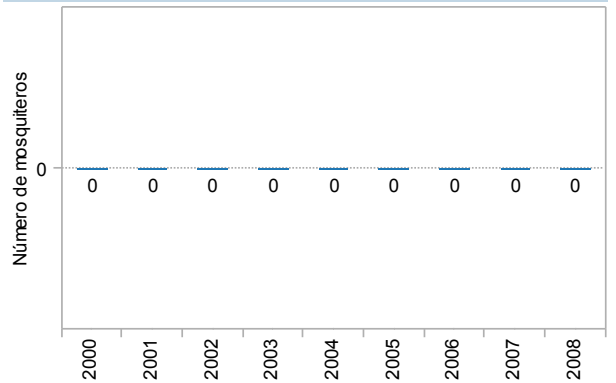
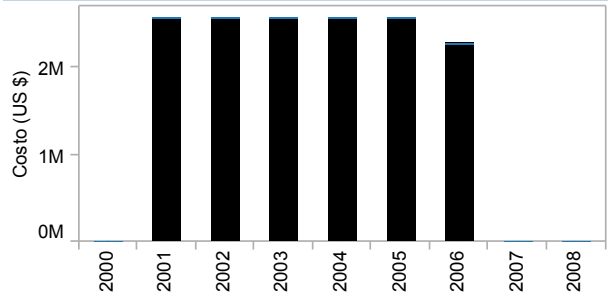


Figura 34. Fuentes de financiamiento



Fuente de financiamiento

- USAID
- Agencias NU
- Otros bilaterales
- Fondo Global
- Gobierno

Anta se registraron respectivamente 1, 3 y 2 casos, considerados importados.

Malaria por tipos de población

Figuras 25-28

14 (10%) de los 130 casos reportados en el 2008 fueron en niños menores de 5 años

Diagnóstico y tratamiento

Figuras 20-24, 29-30

Durante el 2008 se realizaron en Argentina 5.157 láminas de gota gruesa para diagnóstico de malaria, con una positividad de 2.1%, un porcentaje más elevado que lo observado en varios de los países de centroamérica, pero notablemente más bajo que lo registrado en la mayoría de países amazónicos. El índice de láminas positivas se redujo con respecto al 2007, siendo que el número de láminas examinadas y la positividad fue muy parecido a lo observado en el 2002. En la serie histórica parece evidenciarse después del 2002 una disminución en la intensidad del diagnóstico hasta el 2005 con un consecuente incremento en el número de casos; lo que puede llamar la atención sobre la importancia de mantener la intensidad de la búsqueda de casos a pesar de la reducción en la morbilidad.

El diagnóstico de malaria en Argentina es realizado 100% con microscopía, no hay registros de uso de pruebas de diagnóstico rápido de malaria en el país.

De los 106 casos registrados, 85 fueron notificados con menos de 72 horas de evolución.

Prevención y control vectorial

Figuras 31-33

En el 2008, en Argentina fueron protegidas 22.512 personas con acciones de rociado intradomiciliar con insecticidas de efecto residual, con relación al número de casos, fue para este periodo, uno de los países de la Región con mayor cobertura en este tipo de acción de control vectorial. El número de personas protegidas con esta medida se ha mantenido relativamente estable desde el 2005, incluso en los últimos dos años representó un leve incremento con

respecto al 2005 y al 2006, cuando el número de casos había sido mayor.

El uso de mosquiteros impregnados no es una medida de control en uso por el programa de control de malaria en Argentina y no hay notificación de su uso en los años anteriores

Financiamiento del control de la malaria

Figura 34

El presupuesto del Programa Nacional de Paludismo está incorporado en la Coordinación Nacional de Control de Vectores, que coordina también las acciones de control de Dengue, Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis.

El apoyo presupuestario del Programa cubre un piso de prestaciones de control rutinario; sin embargo no es suficiente para la implementación de medidas de control intensificadas. El desarrollo de situaciones de epidemias por enfermedades transmitidas por vectores afecta directamente el direccionamiento del presupuesto hacia las emergencias.