

Descripción general de la situación

Figuras 1-5

La isla La Española, compartida por Haití y la República Dominicana, es la única del Caribe en la que hay transmisión endémica de paludismo. La enfermedad se caracteriza en ambos países por su agente, que corresponde exclusivamente a cepas de *Plasmodium falciparum*, y por el hecho de que tales cepas responden a la cloroquina. El total de casos notificados en Haití en 2008 fue de 36.775, de los cuales solo 6 fueron por *P. vivax*. En los últimos cinco años, se ha experimentado un aumento del número de casos de paludismo notificados con respecto a los años 2000, 2001 y 2004 (no hubo notificación en 2002 ni en 2003).

La transmisión del paludismo en Haití se da durante todo el año, pero históricamente se han observado picos de noviembre a enero, después de la temporada de lluvias (junio a agosto). No obstante, los cambios ambientales que el país ha sufrido han modificado el comportamiento estacional de la enfermedad.

Hay transmisión en prácticamente todo el territorio, por lo tanto, toda la población está en riesgo. La zonas más bajas, donde la intensidad de las lluvias es mayor y donde se cultiva arroz con canales de irrigación, son particularmente propicias para la proliferación de los anofeles. El vector más frecuente del paludismo es el mosquito *Anopheles albimanus*, aunque también hay

transmisión localizada por la especie *An. pseudopunctipennis*.

Los desplazamientos internos de población con el fin de intercambiar productos en los mercados y los debidos a la inestabilidad política de los últimos 20 años determinan también la diseminación y la perpetuación de la endemia. La carga de enfermedad en Haití y los movimientos de población permanentes entre Haití y la República Dominicana son factores que afectan también el comportamiento de la enfermedad.

Tendencias de la morbilidad y la mortalidad

Figuras 4 a 9

Desde 2005 el número anual de casos de paludismo ha sido superior a 20.000, y alcanzó su máximo en 2008. Este aumento podría atribuirse a una mejor detección de casos. En 2005 el Programa se fortaleció con un proyecto financiado por el Fondo Mundial que cubre 10 departamentos y tiene un componente dirigido a mejorar el diagnóstico. En 2007 se observó un descenso del número de casos acompañado de una disminución del índice de láminas positivas; no obstante no se dispone de información fidedigna para determinar si esto es una tendencia. Sin embargo, en 2008 hubo nuevamente un aumento del número de casos notificados, que podría deberse a un artefacto de notifica-

ción, es decir, habría habido un subregistro en los años precedentes.

El número anual de casos notificados tiene variaciones que son consecuencia de problemas de notificación, insuficiencia de personal y equipo y de disponibilidad de pruebas de diagnóstico parasitológico. En algunos períodos la notificación incluye casos probables.

En 2008 no se notificaron defunciones por paludismo a la OPS, sin embargo, Haití ha sido uno de los países de la Región con mayores tasas de mortalidad y letalidad por la enfermedad. En el último decenio la mortalidad ha tenido un comportamiento semejante al de la morbilidad, es decir, con una 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 y focalización de la transmisión

Figuras 1 y 12 a 19

El paludismo en Haití tiende a concentrarse en focos. Dependiendo de las condiciones ambientales, es posible encontrar localidades con ILP >10% cerca de lugares donde el mismo parámetro es igual a 0.

Los datos incluidos en este informe corresponden a la distribución de los casos según lugar de diagnóstico y no necesariamente de origen de los casos, lo que limita el análisis sobre la dispersión de la transmisión. En 2008, 25% de los casos del país se concentraron en Port-de Paix, capital del departamento de Nort-Ouest, aunque en todas las regiones del país hubo distritos que notificaron casos. En 2008, hubo solo tres distritos con más de 1.000 casos, y 18 distritos que notificaron entre 250 y 1.000 casos en el año. A nivel

de localidades el paludismo se comporta con una importante focalización dada por la confluencia de determinantes socioecológicos.

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

La deforestación que afecta a gran parte del territorio haitiano y los cambios en el uso de la tierra relacionados con los movimientos de población probablemente sean factores determinantes de las variaciones temporales y espaciales de la transmisión del paludismo.

Paludismo en poblaciones especiales

Figuras 25–28

En Haití, incluso en las zonas urbanas se encuentra transmisión del paludismo. Es más, hay transmisión en zonas suburbanas de Puerto Príncipe, sin embargo la información epidemiológica correspondiente a 2008 no diferencia los casos que fueron de transmisión rural o urbana.

La distribución por edad de los casos notificados de paludismo muestra que la proporción de casos de menores de 5 años es mucho más alta que la de la mayoría de los países. Esta distribución coincide con observaciones anteriores acerca de que lactantes y niños representan una proporción importante de la población afectada por el paludismo en Haití. Asimismo, una proporción elevada de casos infantiles es compatible con una dinámica de transmisión domiciliaria, a diferencia de los patrones de transmisión de carácter más laboral que afectan esencialmente a la población adulta.

Diagnóstico y tratamiento

Figuras 20 a 24, 29 y 30

La inestabilidad política presente en el país desde 1986 dificulta la organización puesta en marcha de estrategias eficaces de diagnóstico y tratamiento. En 2008, el índice de láminas positivas fue de 21,8%, más baja que en 2007, a pesar de que hubo un aumento del número de casos. Algunas zonas, sin embargo, registraron un índice alto de positividad (por ejemplo, 37% en el noroeste), lo cual señala una deficiencia en la búsqueda de casos para hacer el diagnóstico y dar tratamiento oportuno. Colombia, que sigue a Haití en cuanto a láminas positivas, tiene una proporción de 17% de positividad. La serie histórica de láminas examinadas (2000 a 2008) muestra variaciones importantes y carencia de información en algunos años. El índice de láminas positivas es elevado en relación con el promedio de la Región, pero habría disminuido con respecto a otros períodos en el país.

Al igual que en muchos países, el sistema de información de paludismo no permite determinar el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. Por otra parte, no hay información de que se estén usando pruebas rápidas con el fin de mejorar el acceso al diagnóstico ni se recibió información sobre el número de exámenes realizados con este método en 2008.

El número de tratamientos distribuidos en 2006 y 2007 fue significativamente mayor que el número de casos diagnosticados en esos años, lo que es compatible con una estrategia de tratamiento presuntivo de los casos, al igual que en algunos países de América Central. En 2008 no se notificó a la OPS el número de tratamientos distribuidos.

Las dificultades políticas han repercutido en el programa de control. Después de un período de casi 20 años, solo en 2006 se inició un programa de control activo. En enero de 2005 se puso en marcha un proyecto para el control del paludismo financiado por el Fondo Mundial, cuya primera fase tuvo por objeto fortalecer la vigilancia epidemiológica, la gestión clínica, la prevención y el diagnóstico de laboratorio. Este proyecto beneficia a tres departamentos del país. El tratamiento combinado con base en artemisinina no es parte de este programa.

Prevención y control vectorial

Figuras 31 a 33

Hay limitaciones graves de infraestructura física y capacidad humana para estructurar debidamente un programa de control. En la actualidad no se realizan acciones de rociamiento intradomiciliario con insecticida de acción residual. En los últimos años se ha comenzado a utilizar MTILD, gracias a una distribución inicial realizada en ocasión de un brote en noviembre de 2005. Se ordenó un total de 60.000 mosquiteros impregnados a principios de 2006, que se distribuyeron en gran parte en 2006 y 2007. Se realizan también acciones focalizadas de control de criaderos por medio de la aplicación de larvicidas.

Financiamiento del control del paludismo

Figura 34

Prácticamente todo el financiamiento del control del paludismo en Haití proviene de la cooperación externa. En 2005 comenzó la ejecución de un proyecto de cinco años de duración aprobado por el Fondo Mundial por un monto total de US\$14,8 millones. Este proyecto es un esfuerzo colaborativo del Ministerio de Salud y 11 organizaciones no gubernamentales, que cuenta con colaboración técnica y apoyo de la OPS/OMS, los CDC, la Cooperación Francesa y UNICEF.

En 2008 el Centro Carter apoyó un proyecto piloto binacional que tiene por objeto realizar acciones para eliminar el paludismo de la isla. Entre otras, el proyecto financia actividades de apoyo técnico, vigilancia epidemiológica, capacitación y métodos de control para Haití y la República Dominicana.

Figura 1. Número de casos según especies por municipio, 2008

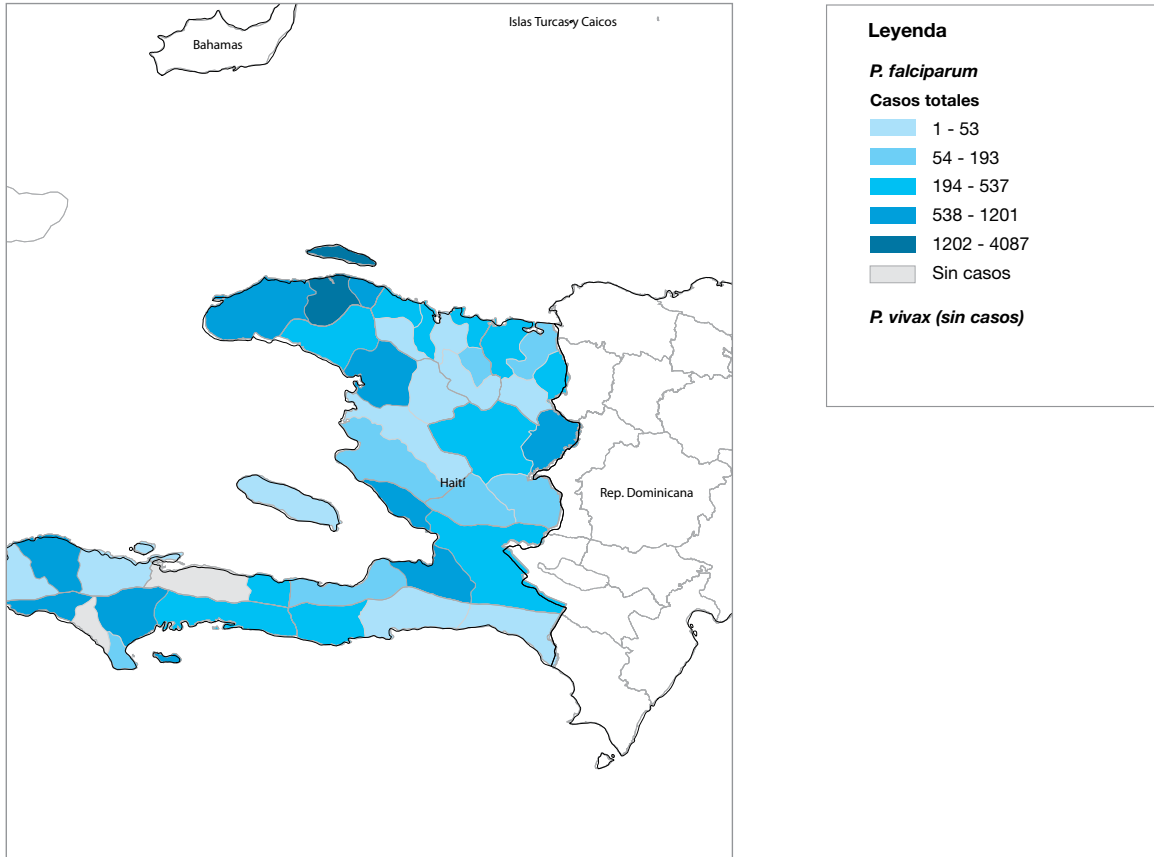
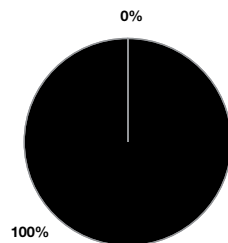


Figura 2. Proporción de casos según especies, 2008

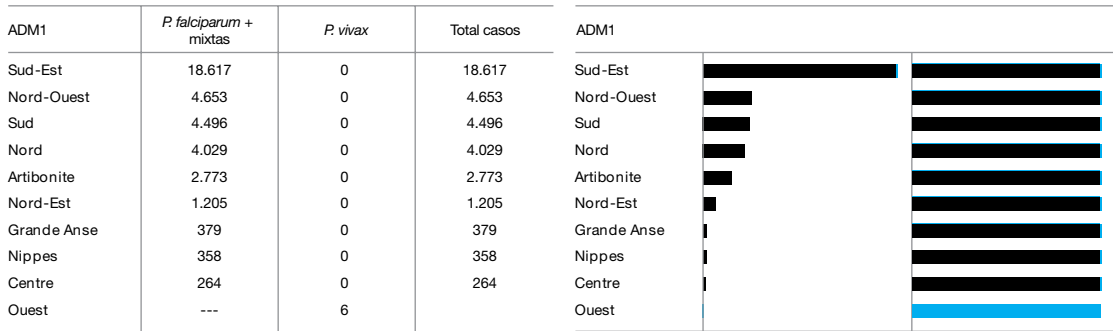


Especie de *Plasmodium*

■ *P. vivax*

■ *P. falciparum* y mixtas

Figura 3. Número y proporción de casos de paludismo por especie a nivel ADM1 (estado/departamento/provincia/región), 2008



Especie de *Plasmodium*

■ *P. falciparum* y mixtas ■ *P. vivax*

--- Sin Datos Disponibles

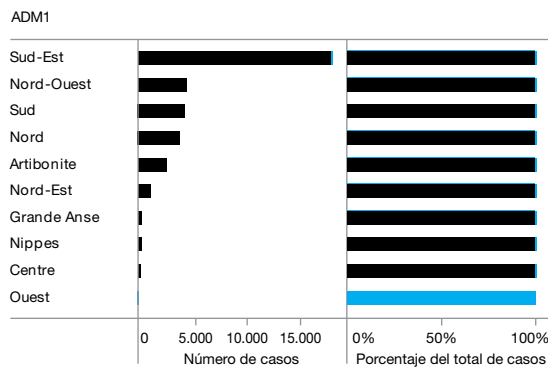
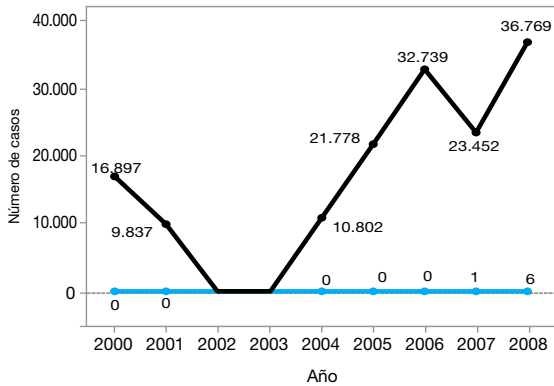


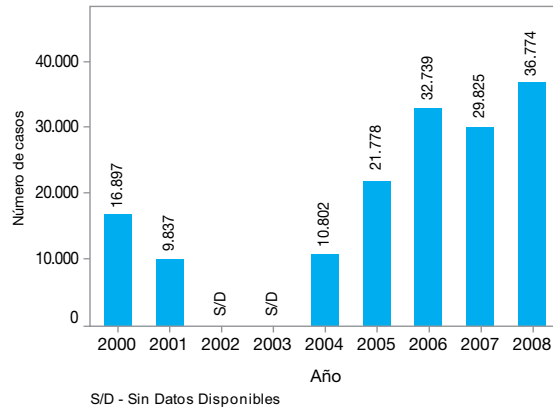
Figura 4. Número de casos por especie, 2000 a 2008



Especie de *Plasmodium*

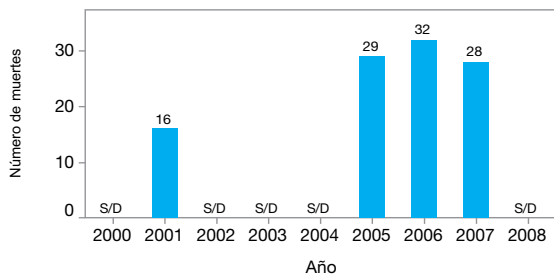
■ *P. falciparum* y mixtas ■ *P. vivax*

Figura 5. Número de casos de paludismo, 2000 a 2008



S/D - Sin Datos Disponibles

Figura 6. Número de muertes por paludismo, 2000 a 2008



S/D - Sin Datos Disponibles

Figura 7. Número de casos de paludismo hospitalizados, 2000 a 2008



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

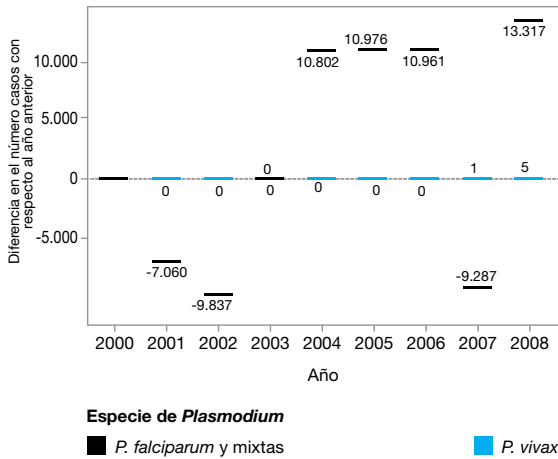


Figura 9. Cambio porcentual del número de casos de paludismo con relación a 2000

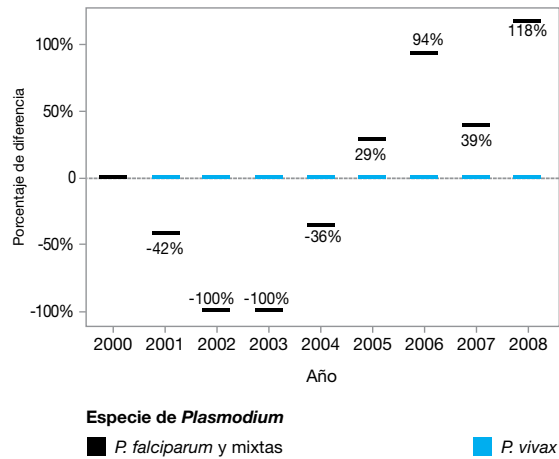


Figura 10. Número de casos y metas de RBMI y MDG para 2010 y 2015

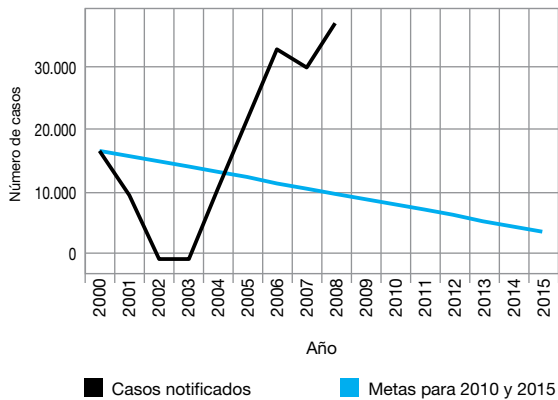
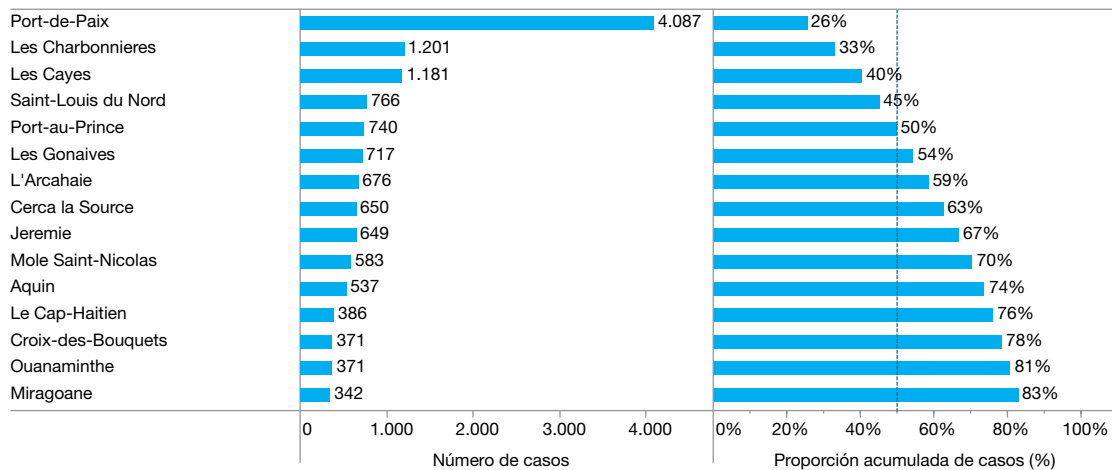


Figura 11. Porcentaje de casos hospitalizados, 2008



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



* Ver Anexo A con la lista completa.

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

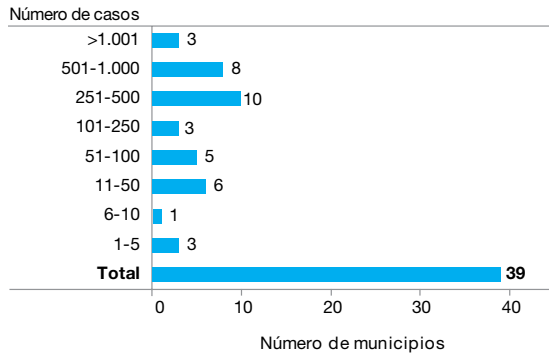


Figura 14. Municipios según número de casos de paludismo por *P. falciparum*, 2008

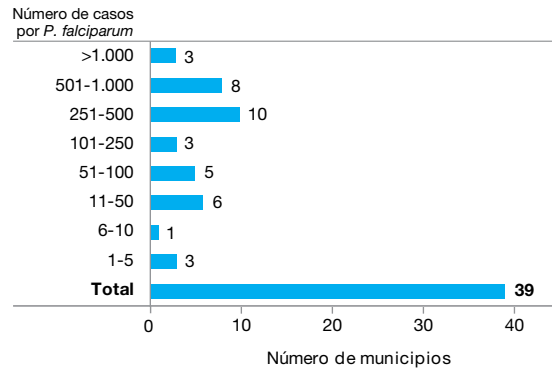


Figura 15. Municipios según número de casos, IPA y porcentaje de Paludismo por *P. falciparum*, 2008

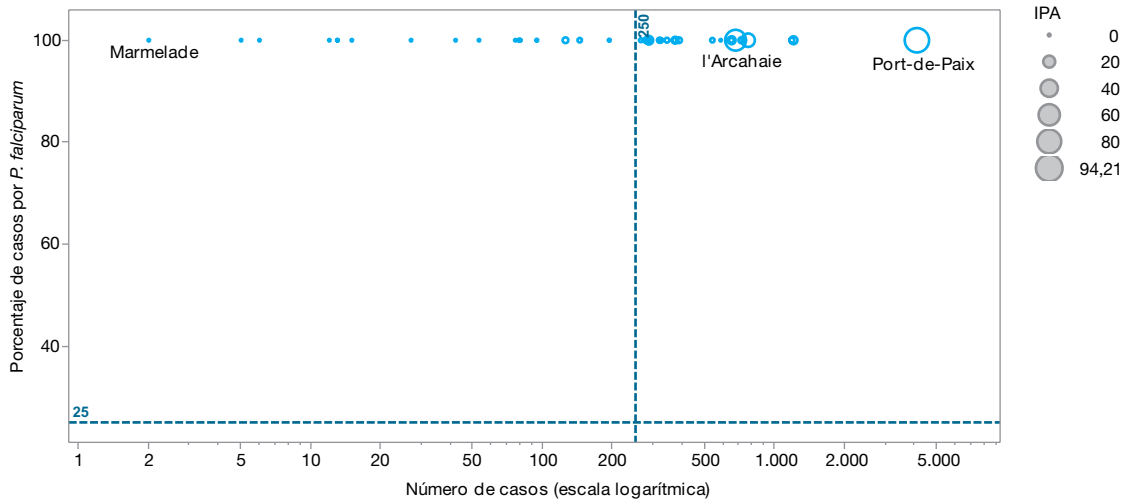


Figura 16. Índice Parasitario Anual (IPA) por municipio, 2008

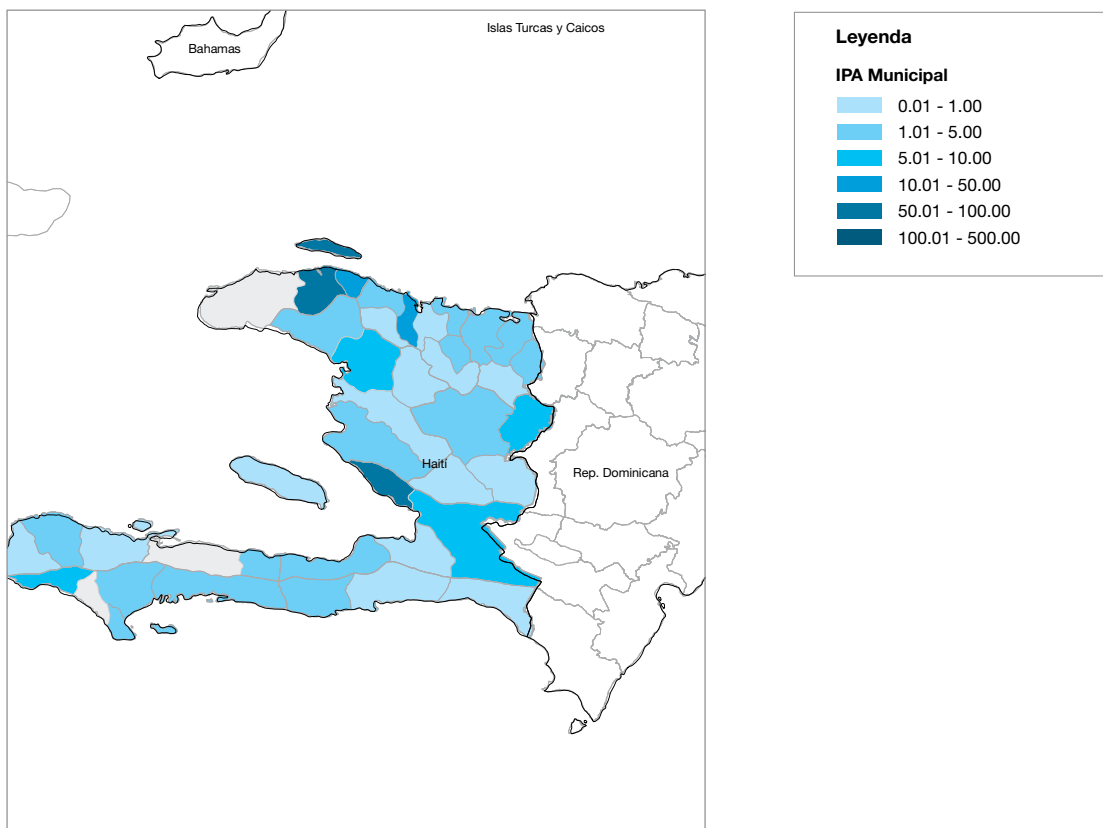
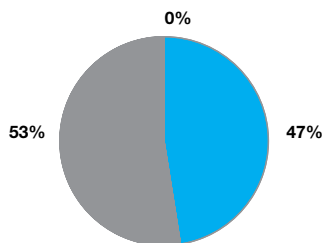


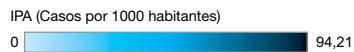
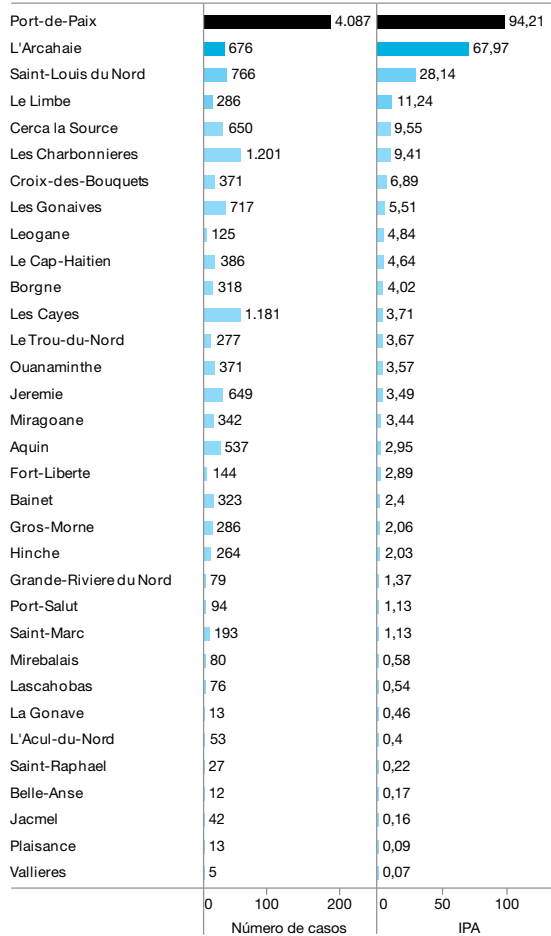
Figura 17. Población según área de riesgo de transmisión, 2008



Población

- Alto riesgo (IPA > 10/1000)
- Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)
- Bajo riesgo (IPA < 1/1000)
- Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)

Figura 18. IPA de paludismo y número de casos por municipio, 2008



* Ver Anexo A con la lista completa.

Figura 19. Población según área de riesgo de transmisión de paludismo por año, 2000 a 2008

Año	Alto riesgo (IPA > 10/1000)	Mediano riesgo (1/1000 < IPA < 10/1000)	Bajo riesgo (IPA < 1/1000)	Áreas libres de paludismo (Sin transmisión autóctona)
2000	---	---	---	---
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	0	3.764.952	4.164.096	0

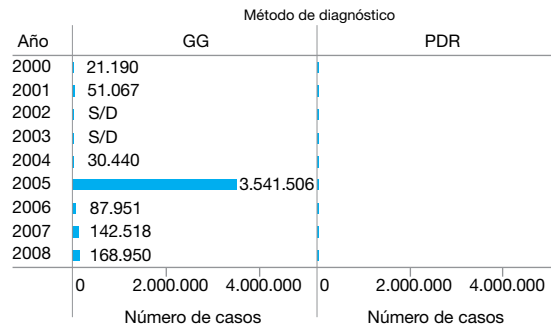
--- Sin Datos Disponibles

Figura 20. Índice de láminas positivas, 2000 a 2008

Año	Número de láminas examinadas	Número de láminas positivas	Porcentaje de láminas positivas
2000	21.190	16.897	79,74
2001	51.067	9.837	19,26
2002	---	---	---
2003	---	---	---
2004	30.440	10.802	35,49
2005	3.541.506	21.778	0,61
2006	87.951	32.739	37,22
2007	142.518	29.825	24,32
2008	168.950	36.774	21,77

--- Sin Datos Disponibles

Figura 21. Casos examinados según método de diagnóstico, 2000 a 2008



S/D- Sin Datos Disponibles

Figura 22. Número de casos confirmados y de tratamientos distribuidos por año, 2000 a 2008

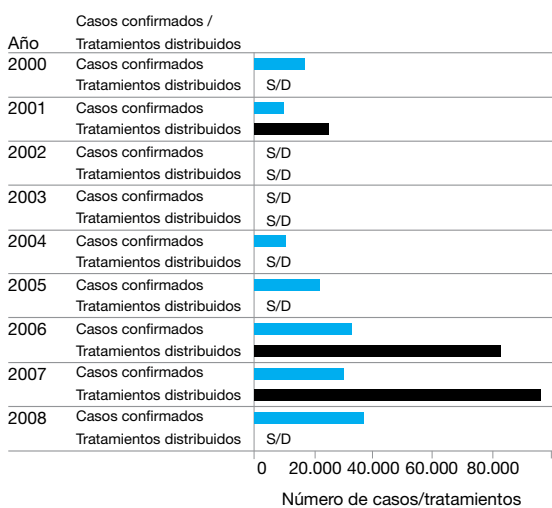


Figura 23. Índice de láminas positivas (ILP) por ADM1, 2008

ADM1	Examinadas	Total casos	ILP (%)
Sud-Est	85.851	18.617	21,69
Nord-Ouest	12.564	4.653	37,03
Sud	13.611	4.496	33,03
Nord	25.583	4.029	15,75
Artibonite	15.158	2.773	18,29
Nord-Est	7.319	1.205	16,46
Grande Anse	1.423	379	26,63
Nippes	3.743	358	9,56
Centre	3.698	264	7,14

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

Sin Datos disponibles

Figura 25. Número y porcentaje de casos por grupos de edad, 2008

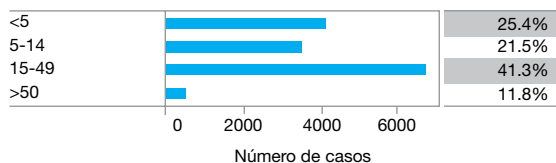


Figura 26. Número y porcentaje de casos por tipo de localidad, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 27. Número y porcentaje de casos en mujeres embarazadas, 2008

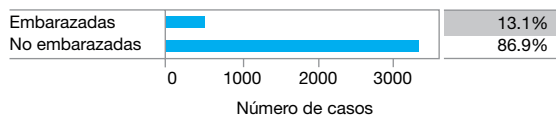


Figura 28. Número y porcentaje de casos en población indígena, 2008

Sin Datos Disponibles

Figura 29. Porcentaje de casos de *P. falciparum* del total de casos, 2000 a 2008

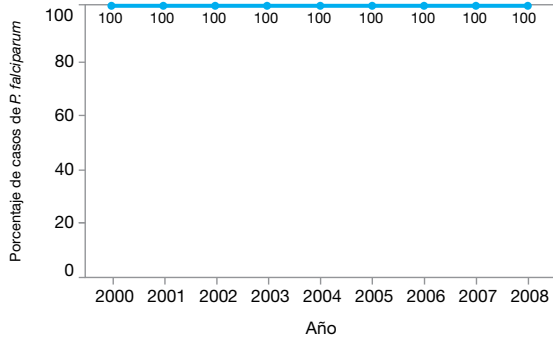


Figura 30. Número de tratamientos de ACT distribuidos por año, 2000 a 2008

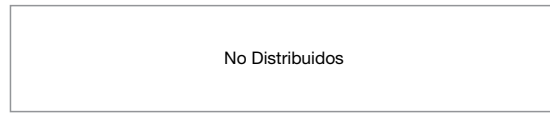


Figura 31. Cobertura de rociado residual intradomiciliario, 2000 a 2008

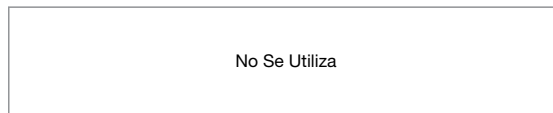


Figura 32. Número de MTILDs distribuidos por año, 2000 a 2008

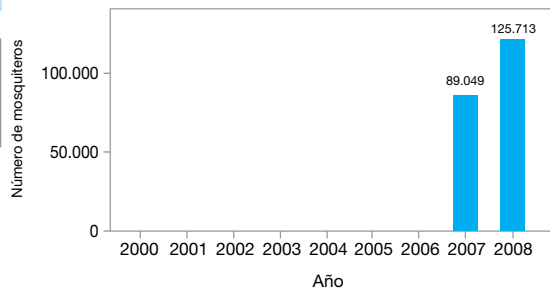


Figura 33. Número de MTIs distribuidos por año, 2000 a 2008

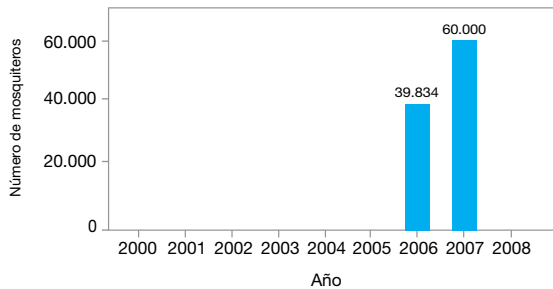
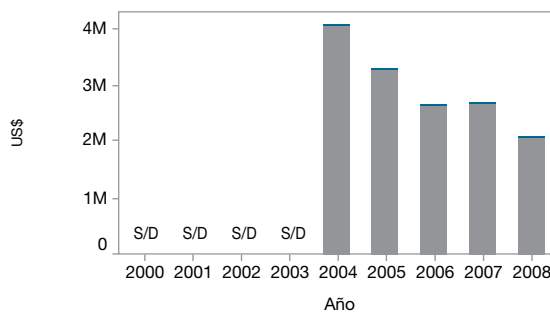


Figura 34. Fuentes de financiamiento por año, 2000 a 2008



Fuente de financiamiento

- USAID
- Otros bilaterales
- Gobierno
- Agencias UN
- Fondo Mundial

S/D - Sin Datos Disponibles