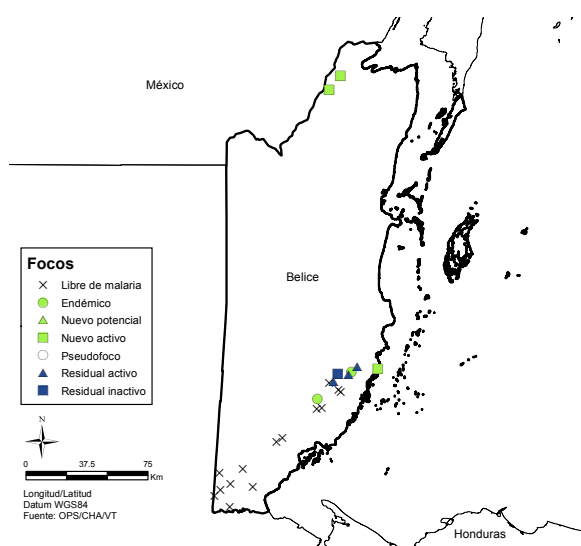


BELICE

Belice ha logrado una reducción de casi un 99% en los casos de malaria desde el 2000, sobrepasando la meta establecida en la resolución WHA58.2 de una reducción del 75% de los casos de malaria para el 2015 en comparación con el año 2000 y alcanzando la meta 6C de los ODM de "haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves". Belice se encuentra actualmente en la fase de preeliminación y notificó 19 casos en el 2014, cifra que representa una disminución del 26,9% respecto del año anterior (figuras 1-2). Se notificaron solo dos muertes relacionadas con la malaria durante el período 2000-2014.

Actualmente, la transmisión se limita casi en su totalidad a infecciones por *P. vivax*, aunque hubo un brote causado por *P. falciparum* en el 2005. Todos los casos de malaria se investigaron en el 2014 y se determinó que se debieron a transmisión local, excepto uno que fue una recaída. La malaria sigue concentrándose en el distrito (ADM1 en Belice) de Stann Creek, en el sur del país, donde se notificaron 12 casos en el 2014 en tres focos: Trio, Santa Rosa y Riversdale (Sagitun Farms) (figura 1). En esta zona, el riesgo de transmisión de la malaria está relacionado con el trabajo en plantaciones bananeras y fincas agropecuarias. Desde el 2009, la malaria se ha limitado a solo dos de las ocho localidades donde había malaria en ese distrito.

Figura 1. Malaria en Belice por focos, 2014



En términos generales, se notificaron casos de malaria solamente en cinco localidades en el 2014, en comparación con 50 en el 2009. En el 2014 se restableció la transmisión en los distritos de Corozal y Orange Walk, en el norte del país, con seis casos notificados en dos focos: San Narciso y Nuevo San Juan. Estos distritos colindan con México, y el desplazamiento de trabajadores y visitantes que van y vienen de zonas adyacentes de ese país donde actualmente hay transmisión (Othon P. Blanco en Quintana Roo) son factores que aumentan la vulnerabilidad en estos distritos.

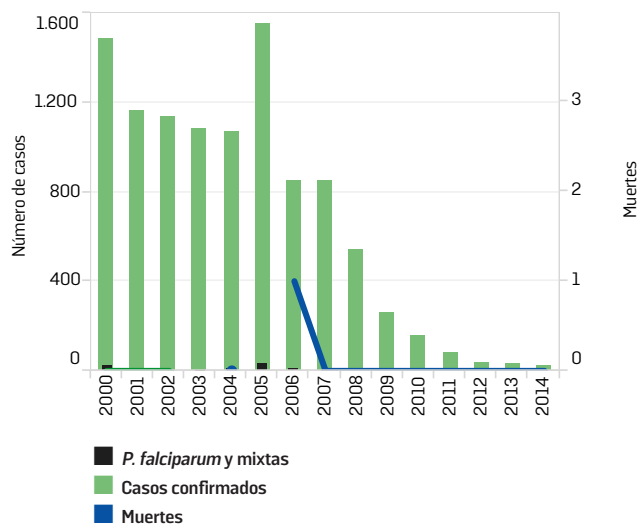
En años anteriores se notificaron casos importados, principalmente de Guatemala y Honduras. En el 2014 se observó que más mujeres tuvieron malaria y representaban un 57,9% de los casos, aunque en años anteriores los hombres habían sido los más afectados (60,9% de los casos en el 2013 y 67,6% en el 2012) (figura 3).

Al analizar la información del período 2000-2014 se observa que el grupo más afectado es el de niños de 5 a 9 años. Sin embargo, en los últimos años (2013-2014), el grupo de 15 a 19 años ha presentado la incidencia más alta, lo cual pone de manifiesto que la malaria está relacionada en gran medida con la ocupación en los focos restantes de transmisión.

Diagnóstico y tratamiento

En Belice no se usan PDR para diagnosticar la malaria. El número de láminas examinadas ha permanecido en

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



Cuadro 1. Perfil de eliminación en Belice, 2011-2014

	2011	2012	2013	2014
Total de casos	79	37	26	19
Casos investigados	1	1	26	19
Casos autóctonos	78	36	22	19
Autóctono- P.f.	0	0	0	0
Autóctono- P.v.	78	36	22	0
Casos importados	1	1	4	0
Importado- P.f.	1	1	0	0
Importado- P.v.	0	0	4	0

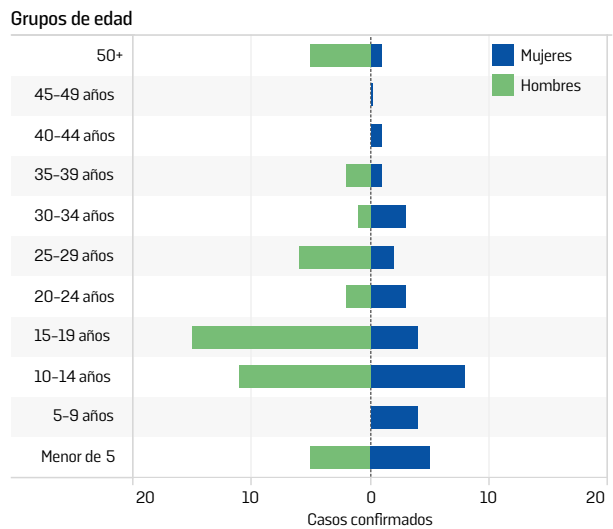
*P. f: *Plasmodium falciparum*

*P. v: *Plasmodium vivax*

gran medida estable con el transcurso de los años (figura 5). Sin embargo, en el 2014 casi la mitad (48%) de las láminas examinadas y un 16% de los casos confirmados se detectaron mediante la vigilancia activa. Ambas proporciones han aumentado en los últimos tres años, lo cual indica una mejora de la calidad de la vigilancia a medida que el país avanza hacia la eliminación.

Para las infecciones tanto por *P. falciparum* como por *P. vivax* se administra cloroquina y primaquina como tratamiento de primera línea. Los pacientes no tuvieron acceso oportuno al diagnóstico y el tratamiento en el 2013

Figura 3. Casos de malaria por edad y sexo en Belice, 2012-2014



y el 2014, ya que todos recibieron tratamiento más de 72 horas después del inicio de los síntomas. Cada siete días se hace la recolección de las láminas tomadas por los colaboradores voluntarios y agentes comunitarios de salud, y se administra tratamiento presuntivo con cloroquina por un día a todos los casos sospechosos a ese nivel debido a la demora de los resultados del diagnóstico. El tratamiento presuntivo a los casos sospechosos debe eliminarse y se deben realizar esfuerzos para tratar de acortar el tiempo transcurrido entre la obtención de una lámina y el diagnóstico, usando PDR si se justifica hacerlo así.

Figura 4. Láminas examinadas e ILP en Belice, 2000-2014

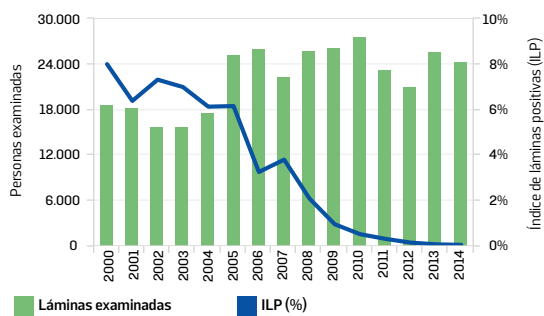
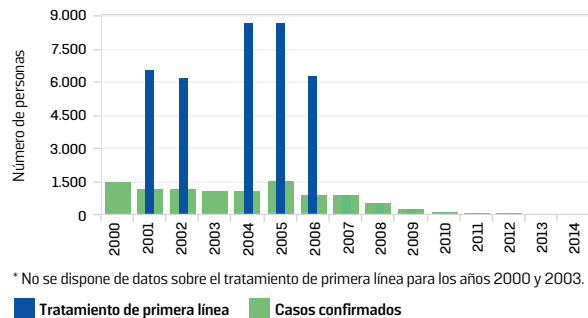


Figura 5. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Belice, 2000-2014



* No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para los años 2000 y 2003.

■ Tratamiento de primera línea ■ Casos confirmados

Control de vectores

Con el transcurso de los años, el RRI ha disminuido y actualmente protege a cerca de 21.000 personas, cifra que representa una disminución del 78,8% respecto de lo que era hace 10 años (figura 6). Eso se debe principalmente a la disminución de los casos de malaria y del número de focos con transmisión activa durante el período, de casi 50 en el 2009 a solo cinco en el 2014. Se usan MTI junto con el RRI para el control de vectores, especialmente para los trabajadores de plantaciones. Se protegió a alrededor de 9.600 personas con mosquiteros en el 2014. No se ha hecho una vigilancia sistemática de la sensibilidad a los insecticidas. En el último estudio, realizado en el 2007 por la Universidad de los Servicios Uniformados de las Ciencias de la Salud, se encontró una posible resistencia a la permetrina y resisten-

cia confirmada a los organofosforados y organoclorados en *Anopheles albimanus* en el norte del país (19). *An. albimanus* es el vector principal de la malaria en el país, mientras que *An. darlingi* predomina durante la transición entre la estación de las lluvias y la estación seca en los distritos del sur del país (20).

Financiamiento

El gobierno ha proporcionado la mayor parte de los fondos para la malaria, contribuyendo con \$270.000, aproximadamente, en el 2014 (figura 7) y el financiamiento ha seguido aumentando desde el 2007. La USAID ha proporcionado apoyo adicional anualmente por medio de la Iniciativa AMI/RAVREDA desde el 2010. En el 2014, el Fondo Mundial también proporcionó financiamiento inicial por medio de la iniciativa EMMIE. Aunque no se lo ha contabilizado específicamente, un proyecto de la Unión Europea centrado en el manejo integrado de vectores también ha contribuido a la prevención de la malaria en los últimos años.

Figura 6. Tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento en Belice, 2012-2014

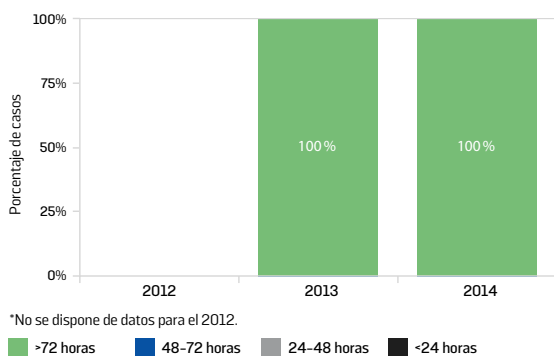


Figura 8. Financiamiento para la malaria en Belice, 2000-2014

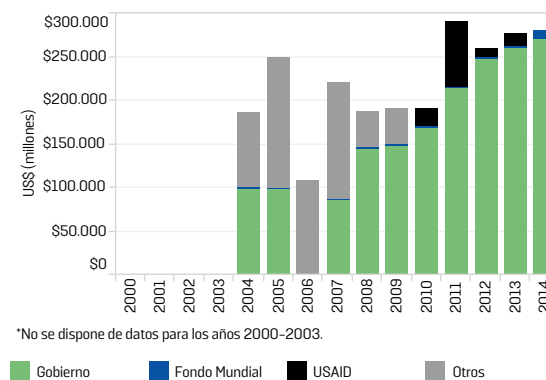


Figura 7. Personas protegidas por RRI y por MTI en Belice, 2000-2014

