

Resumen de la novena reunión del ITFDE (II)
Mayo 12, 2006
(revisado)

La Novena reunión del *Grupo de trabajo Internacional para la Erradicación de Enfermedades* (ITFDE) fue convocada en el Carter Center el día 12 de mayo de 2006 de 9:00am a 3:00pm. El *Grupo de trabajo* analizó la situación del control de la malaria en tres países de América.

Los miembros del Grupo de trabajo son el Dr. Olusoji Adeyi, del Banco Mundial; Sir George Alleyne, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Dr. Julie Gerberding, de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC); Dr. David Heymann, de la Organización Mundial de la Salud (OMS); Dr. Donald Hopkins, del Carter Center (Presidente); Dr. Adetokunbo Lucas, de la Universidad de Harvard; Profesor David Molyneux, de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool; Dr. Mark Rosenberg, del Grupo de trabajo para el Desarrollo y la Supervivencia Infantil; Dr. Harrison Spencer, de la Asociación de Escuelas de Salud Pública; Dr. Pascal Villeneuve, del UNICEF; Dr. Dyann Wirth, de la Escuela de la Salud Pública de Harvard y Dr. Yoichi Yamagata, del Organismo de Cooperación Internacional de Japón (JICA). Seis de los miembros del grupo (Adeyi, Hopkins, Lucas, Molyneux, Wirth, Yamagata) asistieron a esta reunión y otros tres fueron representados por un alternativo (Sra. Lisa Hayes por Rosenberg, Dr. Kopano Mukelabai por Villeneuve, Dr. Laurence Slutsker por Gerberding).

Control de la malaria

Las presentaciones sobre malaria fueron dadas por la Dra. Marie Denise Milord (Haití), Ing. Angel T. Solis-Montero (República Dominicana), y el Dr. Hector M. Ramos-Hernandez (El Salvador). El Dr. Jorge F. Méndez-Galván de México, no pudo asistir, pero envió una copia de su presentación.

La malaria es una enfermedad parasitaria transmitida por mosquitos que causa arriba de 300 millones de casos clínicos y más de un millón de muertes por año, ocurriendo como el 80% de los casos y el 90% de las defunciones en Sub-Sahara África, principalmente en las zonas rurales. La mortalidad es aún mayor entre dos grupos especialmente vulnerables: las embarazadas y los niños menores de cinco años de edad. Solo en África, la malaria es responsable de un estimado del 25%-35% de las consultas ambulatorias, del 20%-45% del ingreso en los hospitales, de la reducción del 1%-4% del Producto Bruto Nacional, o de pérdidas económicas de hasta doce mil millones de dólares por año. En el continente americano, la malaria todavía es un problema en 19 países de América Central y América del Sur, y en dos países del Caribe (República Dominicana y Haití).

Haití

La malaria se transmite durante todo el año en Haití (población de 8 millones), en casi todo el país (hasta 600 metros sobre el nivel del mar), especialmente en zonas de terrenos planos con cultivos de arroz. La población entera corre el riesgo de contraer la malaria. Las zonas urbanas son afectadas tanto como las zonas rurales. Un total de 19.680 casos fueron diagnosticados oficialmente en 2005 (informes parciales, de 7 de 10 departamentos del país), incluido un brote en noviembre – todos ellos causados por el letal *P. falciparum*. El número de defunciones por causa de la malaria en Haití se desconoce, pero se cree que es significativa la subnotificación de casos, debido a que los establecimientos, el personal y los equipos son inadecuados. El parásito de la malaria es todavía sensible a la cloroquina. El vector pertinente es el *Anopheles albimanus*.

Después de un período de casi 20 años, recién ahora Haití tiene un programa antimalárico activo. Un proyecto de cinco años financiado por el Fondo Mundial sobre la infección por el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria por un monto de \$ 14.8 millones empezó

República Dominicana

La malaria se transmite durante todo el año en la República Dominicana (población de 9 millones), principalmente en ciertas zonas rurales al sudeste y al oeste del país. Está asociada con indígenas dominicanos, trabajadores agrícolas haitianos inmigrantes (principalmente de caña de azúcar) y con los obreros de la construcción. De los 2.354 casos oficialmente notificados en 2004, 1.547 fueron de cuatro provincias (Bahoruco, Barahona, La Altagracia y Azua), 1.670 pacientes eran ciudadanos dominicanos y 667 eran ciudadanos de Haití. Cerca de las dos terceras partes de los casos son hombres. Los

Las intervenciones contra la malaria empezaron en El Salvador en 1932 con asistencia de

importación continua de casos de malaria de otros países centroamericanos donde los programas de control aún no han tenido el mismo éxito.

4. Haití y la República Dominicana son instados a cooperar en la eliminación de la malaria y de la filariasis linfática, convocando reuniones bilaterales regulares de funcionarios apropiados de salud, con coordinación de mapeo, investigaciones epidemiológicas, evaluación y seguimiento, políticas de farmacoterapia en conjunto, etc.
5. El ITFDE es unánime en su opinión enfática que mosquiteros impregnados duraderos (LLINs) deben distribuirse en forma gratuita lo más rápido posible a toda la población de Haití, país más pobre de América y que sufre sustancialmente de malaria por *P. falciparum*. Si el tamaño del hogar promedio es de 5 personas, a dos LLINs por hogar, Haití requiere aproximadamente 3.2 millones de LLINs para proteger a la población en riesgo.
6. Para máxima eficacia, los mosquiteros tratados con insecticida deben complementarse con otras medidas de control de vectores, como el rociado residual de insecticida focalizado, larvicidas y reducción de fuentes.
7. Haití, la República Dominicana, y sus soci

Prevalencia de la malaria y la filariasis linfática en la isla Hispaniola

