

VENEZUELA, REPÚBLICA BOLIVARIANA DE

Venezuela es uno de los pocos países de las Américas donde han aumentado los casos desde el 2000 y es el país con el mayor aumento, del 205%. En el 2014 se notificaron 90.708 casos, más que los que el país había notificado en más de 50 años (figuras 1 y 2). En los años cincuenta, Venezuela de hecho sirvió de modelo para las tareas de eliminación y la OMS certificó que se había eliminado la malaria en el norte del país. A pesar de la morbilidad alarmante de la actualidad, las tasas de mortalidad no han reflejado las tendencias de morbilidad y han disminuido un 79% desde el 2000.

La malaria se produce principalmente en los estados de Amazonas y Bolívar, en el sur del país. Sifontes, municipio del estado Bolívar que colinda con Guyana, notifi-

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

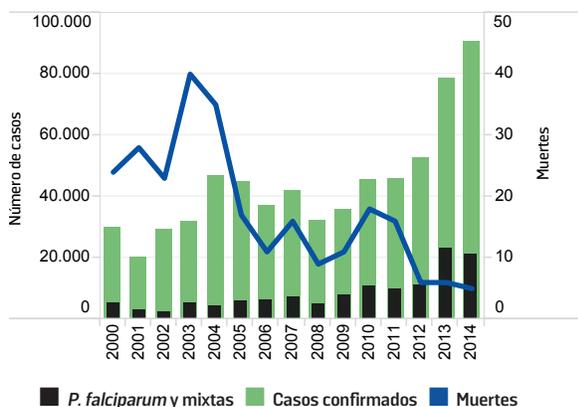
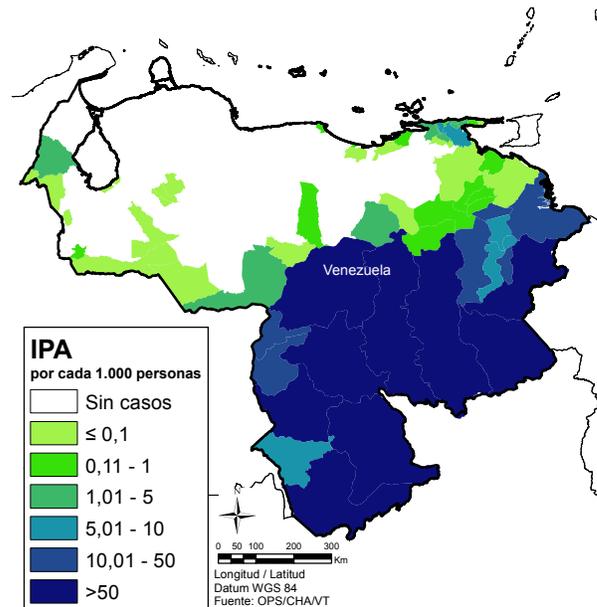


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM2), Venezuela, 2014



có un 58% de los casos en el país (figura 3). Las zonas más afectadas son aquellas donde se extrae oro. La gran densidad de población, las condiciones de vida desfavorables y la falta de desarrollo han llevado a un aumento de la malaria en las zonas mineras.

En el 2014, *P. vivax* causó el 69,3% de las infecciones maláricas en el país, mientras que *P. falciparum* causó el 23,2% de los casos. También se notificaron 15 casos por *P. malariae* en el 2014. *Anopheles darlingi* es el vector predominante en el país.

Figura 3. Municipios (ADM2) con el mayor número de casos de malaria en Venezuela, 2012-2014

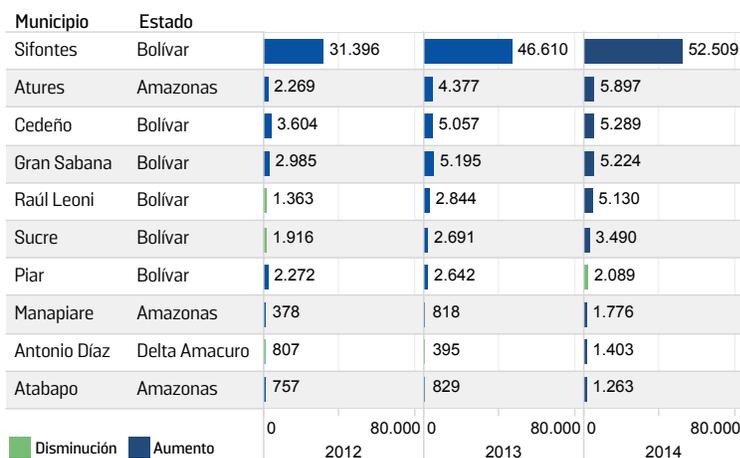
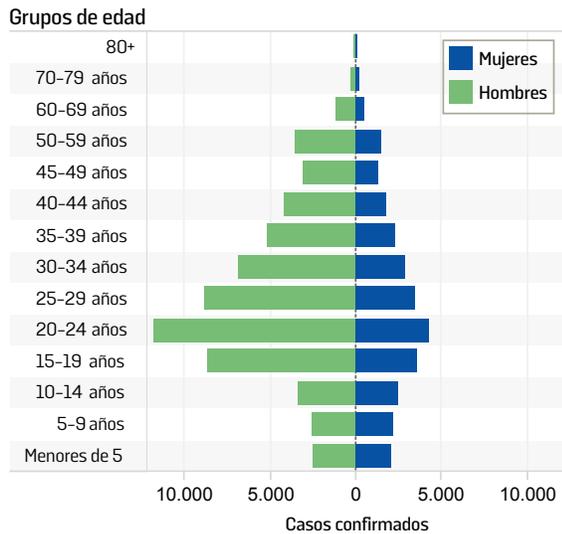


Figura 4. Casos de malaria por edad y sexo en Venezuela, 2014



En general, los hombres jóvenes de 20 a 24 años fueron los más afectados (figura 4). La incidencia de la malaria en las mujeres (14,5 casos por 100.000 mujeres) fue menos de la mitad de la incidencia en los hombres (36,5 casos por 100.000 hombres) en el 2014 (figura 5). La ocupación es un factor de riesgo para los hombres. La incidencia en las embarazadas fue de 69 casos de malaria por 100.000 embarazadas en el 2014, mucho menor que en las mujeres en edad fértil no embarazadas (267 casos por 100.000 mujeres ese año). Eso podría deberse a que la malaria se transmite en gran medida al aire libre.

Grupos prioritarios

Los mineros del oro son el principal motivo de preocupación, así como las personas que viven en zonas pobladas cerca de las minas de oro. También hay muchos indíge-

Figura 5. Incidencia de malaria por edad y sexo en Venezuela, 2014

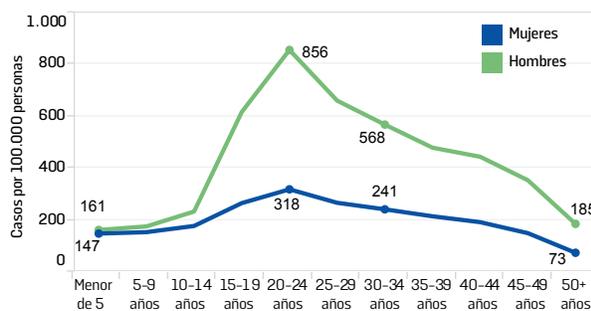
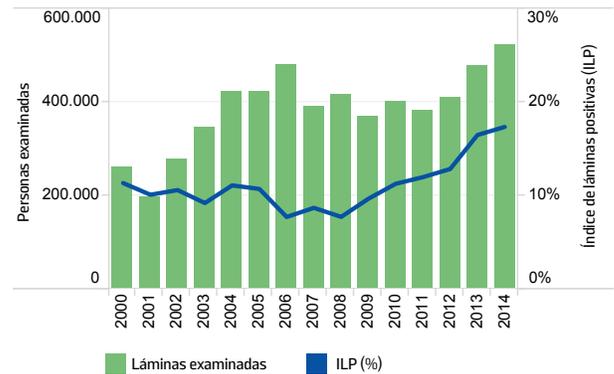


Figura 6. Láminas examinadas e ILP en Venezuela, 2000-2014

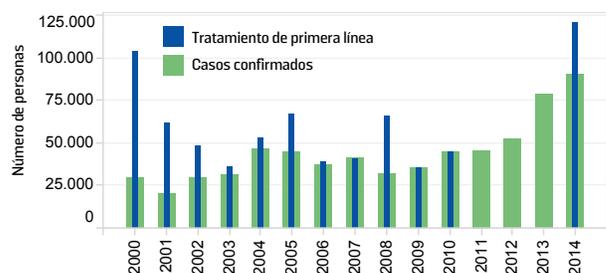


nas afectados, entre ellos los guahibos y los yanomamis que viven en la zona amazónica cerca de la frontera con Colombia y con Brasil.

Diagnóstico y tratamiento

Se usa microscopía para diagnosticar la malaria, aunque el Fondo Mundial, por medio de PAMAFRO, donó PDR en el 2007 para un estudio piloto realizado en la selva amazónica (figura 6). En el 2014, el ILP fue del 17,36%, pero ha subido en los últimos años junto con la tasa de incidencia. Los medicamentos son gratuitos en el sistema de salud pública, pero se han notificado desabastecimientos. Un tratamiento de 14 días con cloroquina y primaquina es el tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. vivax*, pero para las infecciones por *P. falciparum* se usa una combinación de artesunato-mefloquina-primaquina. No se han notificado estudios de la eficacia de los medicamentos en los últimos 10 años, a pesar de que la probabilidad de que aparezca resistencia a la artemisinina sigue siendo alta en la zona del Escudo Guayanés.

Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Venezuela, 2000-2014



*No se dispone de datos sobre el tratamiento de primera línea para el 2011-2013.

Control de vectores

Se han realizado extensas intervenciones de control de vectores en los últimos siete años. Se calcula que, en el 2014, se protegió a más de 4 millones de personas con el RRI (figura 8). También se han usado los MTI como medio del control de vectores, pero su uso ha mermado desde el 2008 y protegió solamente a unas 5.400 personas en el 2014.

Financiamiento

Los fondos para el control de la malaria han provenido principalmente del gobierno durante los últimos cinco años (figura 9). Actualmente, Venezuela no reúne los requisitos para recibir financiamiento del Fondo Mundial. Desde el 2010, el financiamiento gubernamental ha disminuido \$11 millones, aunque la disminución del financiamiento notificada para el 2009-2010 podría deberse a irregularidades en la notificación, y posteriormente aumentó entre el 2012 y el 2014. Sin embargo, el financiamiento notificado en el 2014 es menor que el notificado en el 2000, mientras que la incidencia de la malaria ha alcanzado un nivel sin precedentes. El aumento del financiamiento notificado durante el 2012-2014 no es proporcional al aumento notable de los casos de malaria.

Figura 8. Personas protegidas por RRI y por MTI en Venezuela, 2000-2014

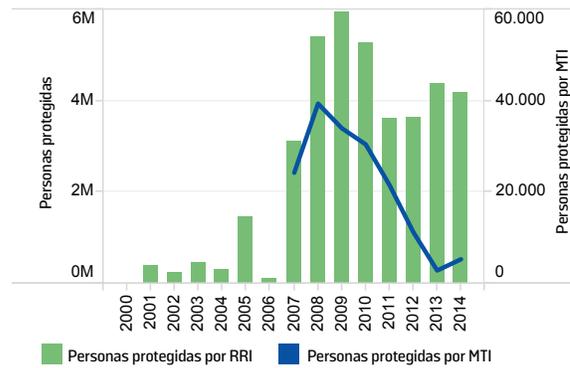
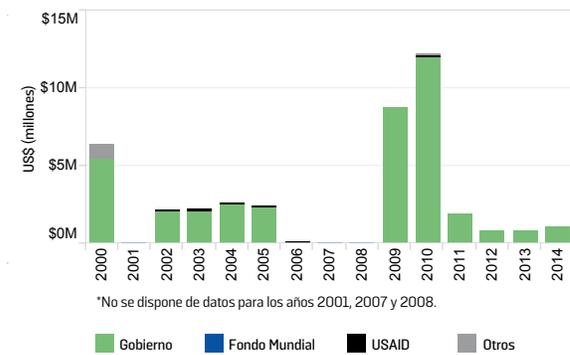


Figura 9. Financiamiento para la malaria en Venezuela, 2000-2014



*No se dispone de datos para los años 2001, 2007 y 2008.