

## Sociedad Venezolana de Salud Pública Red Defendamos la Epidemiología Nacional

4 de agosto de 2017

### Situación de la epidemia de malaria en Venezuela, en 2017, confirma que superará ampliamente las cifras record de 2016.

### ¿Podrá el nuevo Plan Zamora 200, erradicar la enfermedad?

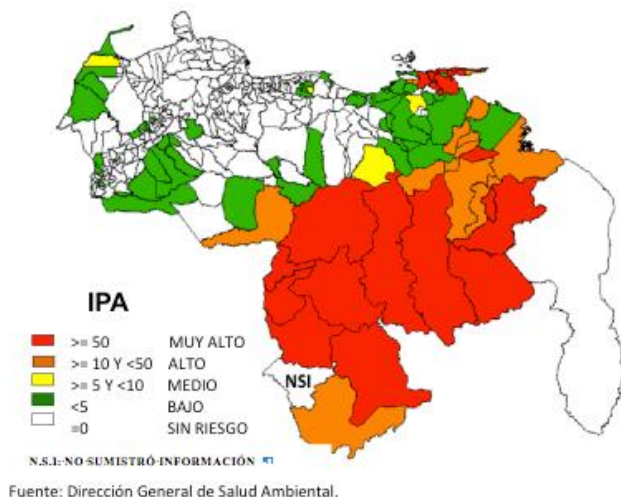
#### 1. Situación actual de la epidemia

Las cifras oficiales de **casos acumulados de malaria autóctona en Venezuela en 2016, ascendieron a una cifra record de 242.976 casos**, cifras que no han sido divulgadas por el MPPS; **un aumento de incidencia nacional de 84% de casos, al comparar con el año 2015 (n: 132.015)** (1) (Boletín Integral de Salud Ambiental N° 52, 2016, no disponible para el público) Esta incidencia nacional acumulada de casos autóctonos, es algo mayor que la informada a OPS por el MPPS. (2) Esta cifra no incluye las recaídas, recrudescencias y el subregistro de casos, lo que elevaría la cifra real, anual, nacional estimada de casos de malaria a 437.097.

Al cierre del primer semestre del año 2017, (a partir de fuentes oficiales no divulgadas,) (3) hasta la semana epidemiológica N° 26, (25 de junio al 1 de julio de 2017), el número de casos nuevos, autóctonos, notificados fue de **184.225 casos: un aumento de 63,1%**, al comparar con el lapso equivalente de 2016 (n. 112.932). El número provisional de casos nuevos, autóctonos, en la semana epidemiológica N° 26 fue de **4.787 casos. El pico máximo de la epidemia, ocurrió en la semana epidemiológica N° 11. con más de 9.000 casos en una sola semana. La incidencia Parasitaria Anual (IPA), se disparó a 32,1 x 1.000 habitantes en municipios con transmisión de la enfermedad, a nivel nacional.**

Además, hasta el 1 de julio, se identificaron **975 casos importados, acumulados**, provenientes, principalmente de Guyana (589), Colombia (282), Brasil (54) y Guyana Francesa (1).

FIGURA 1. ÁREAS DE RIESGO DE MALARIA – MUNICIPIO SEGÚN IPA, HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 26. VENEZUELA, 2017



Catorce estados con transmisión de la enfermedad, están en epidemia o alerta. (Figura 1) En 92 municipios ha habido transmisión activa de la enfermedad, (1,3) lo que confirma la ampliación del área de malaria endémica (en 20 años, aumentó en 93,8%, el número de municipios afectados).

El estado Bolívar registró el mayor número de casos acumulados (116.612), equivalente al 63,29% de los casos nacionales y 1,28 veces más que los ocurridos en el período similar de 2016.

Le sigue con una severa epidemia, el estado Amazonas con 32.797 casos acumulados, (17,80%) de los casos nacionales y 3,55 veces más casos que en 2016.

También el estado Sucre, presenta una aceleración muy importante de la epidemia, con 25.334 casos (13,75%) de los casos nacionales y un aumento alarmante de 4,26 veces más que los acumulados para la misma fecha en 2016.

Delta Amacuro, ocupa el cuarto lugar, con 4.150 casos acumulados, 2,25 % del total nacional y un aumento de 1,03 veces más que el año pasado.

En orden decreciente, sigue Monagas, con 2.323 casos acumulados, 1,26 % del total nacional y 1,30 veces más que en 2016.

Un notable aumento se ha registrado en Anzoátegui que pasó de 42 casos acumulados en las primeras 26 semanas de 2016, a 972 casos acumulados en el lapso correspondiente de 2017, equivalente a 23,14 veces más y 0,52% de los casos nacionales.

El estado Zulia ha acumulado 1.147 casos en el mismo lapso con 0,62 % del total nacional y un aumento de 1,17 veces más casos, al comparar con 2016.

Preocupa el notable aumento de casos en el estado Miranda que ha acumulado 520 casos en 26 semanas (0,28% del total nacional), el número de casos aumentó 130 veces al comparar con el mismo período de 2016 y casi cuadruplica la totalidad de casos notificados en 2016 (n: 138) El número de municipios afectados en este estado, aumentó a 8. El más afectado, el municipio Independencia (Santa Teresa del Tuy con 301 casos y El Cartanal con 5). Cabe mencionar que la mayoría de estos municipios son ahora focos reactivados de transmisión, luego de haberse erradicado la enfermedad 40-50 años antes.

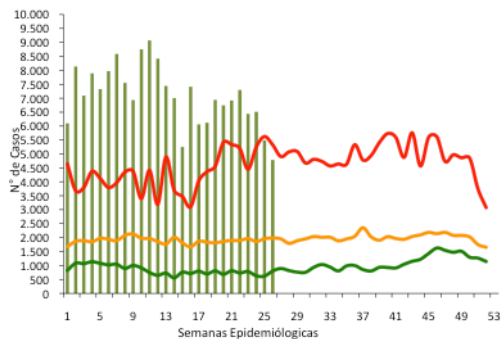
Mientras que Apure ha contribuido con 298 casos nuevos autóctonos, acumulados (0,16%) y 3,38 más casos que en 2016.

Otros estados con epidemia o alarma son: Barinas, Guárico, Portuguesa, Trujillo y Táchira.

Si bien el número absoluto de casos en el estado Bolívar sigue aumentando, otros focos activos en numerosos estados, hacen que el porcentaje de casos adquiridos en Bolívar se haya reducido, en

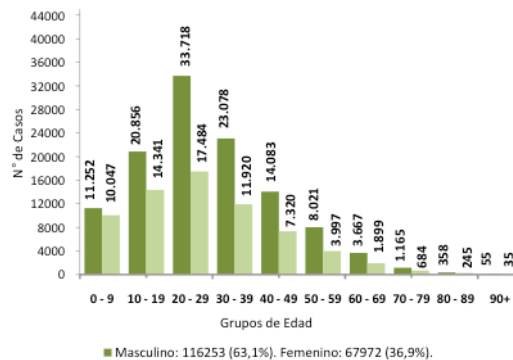
comparación a los porcentajes identificados en 2016 y simultáneamente, los porcentajes de casos identificados en Amazonas, Sucre Delta Amacuro, Monagas, Anzoátegui, Zulia, Miranda y Apure, en conjunto, estén aportando, un proporción cada vez mayor en 2017.

GRÁFICO 1. CANAL ENDÉMICO DE MALARIA, HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 26. VENEZUELA, 2017



Fuente: Dirección General de Salud Ambiental.

GRÁFICO 2. CASOS DE MALARIA SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO, HASTA SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 26. VENEZUELA, 2017



Fuente: Dirección General de Salud Ambiental.

En los primeros seis meses de 2017, al menos 14.842 casos de malaria adquirida en el estado Bolívar fueron identificados en el resto de Venezuela, (12,73 % de los casos adquiridos en el estado). A la vez, el estado Amazonas exportó 674 casos (2,0 % de los casos adquiridos en el estado), también a todas las entidades federales. Lo que indica la fuerza y la complejidad actual de la dispersión de la malaria, proveniente de dos de los focos calientes más activos de la enfermedad, sin desestimar la gran importancia del foco nor oriental, especialmente el estado Sucre, que exporta casos a Monagas, Anzoátegui, Nueva Esparta, Delta Amacuro y otros estados. En Venezuela en 2015, diez y seis por ciento de la población del país, (cerca de 5 millones de personas, habitaban en territorios de alto riesgo de transmisión de la enfermedad (1 caso por cada 1.000 habitantes por año) y 4% más (1.220.000 personas), en territorios de bajo riesgo de transmisión. (Según estimaciones de la OMS) (4) Estas cifras están aumentando aceleradamente.

**21.299 casos han ocurrido en menores entre 0 y 9 años. (11,56% de los casos).**

**116.253 casos (63,1%) han ocurrido en varones y 67.972 en hembras (36,9%). (Gráfico 2)**

## 2. ¿Podrá el nuevo Plan Zamora 200 erradicar la enfermedad?

Un nuevo Plan, el Plan Zamora 200, fue anunciado en marzo de 2017, para sustituir a la Micromisión Malaria. Esta vez para erradicar la enfermedad en un lapso de 3 años (2019). El Plan fue aprobado a partir de abril de 2017. Se aplicaría primero en los 3 estados con mayor número de casos y se extendería luego a 5. Esto ocurre en un momento de cambio de autoridades ministeriales, y para que no sea un nuevo cambio cosmético o de nombre, debería partir de un análisis serio de los datos epidemiológicos y una evaluación independiente y externa de los resultados de la Micromisión Malaria que la precedió.

Muy escasa información oficial sobre este Plan está disponible. Si bien una presentación-resumen (5) admite que el foco más importante de actividad de la enfermedad, corresponde al Municipio Sifontes del estado Bolívar, que en dos parroquias acumuló en 2016, el 42,3% de los casos nacionales y el 12% de los casos del Continente, con una Incidencia Parasitaria Anual (IPA) mayor de 2.000 casos por cada 1.000 habitantes en un año, cuyas causas están estrechamente ligadas a las condiciones ecológicas, climáticas, con asentamientos humanos desordenados, de las personas dedicadas a la minería ilegal, con viviendas precarias e improvisadas, que carecen de servicios básicos y que reciben escasa atención sanitaria. Que tales condiciones no han sido corregidas durante años, por lo que la enfermedad está provocando un aumento de la mortalidad materna e infantil, tempranas. Si bien identifica los efectos lesivos de la enfermedad sobre la

seguridad sanitaria del turismo, del comercio internacional y del desarrollo del Plan Arco Minero del Orinoco, parece obviar su importancia sobre la seguridad y soberanía nacional, en las extensas fronteras selváticas con Guyana, Brasil y Colombia. No contempla el impacto ambiental y sobre las poblaciones indígenas del Plan Arco Minero del Orinoco, provocado por las grandes migraciones humanas que se producirán adicionalmente, como consecuencia de este plan que afectará a 114.000 Km cuadrados de tierras vírgenes, protegidas. Poco toma en cuenta el efecto de la epidemia como problema y emergencia de salud pública de importancia internacional y la ampliación progresiva del área de transmisión de la enfermedad en el país, con pérdida de territorios libre de malaria y el aumento de la población expuesta a riesgo, que se ha multiplicado, especialmente, en los últimos 5 años, por reactivación de focos que habían sido erradicados desde hace varias décadas, en áreas sin transmisión continua, como en Vargas, Aragua y Miranda. No tomar en cuenta este nuevo patrón de distribución geográfica de casos y la intensa migración de personas, (mineros, sus familiares, acompañantes, comerciantes, trabajadoras sexuales, personal militar y etnias indígenas, dentro y fuera del país, hacia y desde los focos calientes de la enfermedad, podría erradamente enfocar, exclusivamente, como un problema sanitario de malaria focalizada, cuando realmente se trata de un problema de compleja dinámica eco-epidemiológica en expansión.

**Atribuir el fracaso de las acciones de vigilancia y control de la malaria, hasta ahora emprendidas por el MPPS a la "guerra económica" , como falsamente afirma la presentación-resumen oficial, (5) es solo una burda propaganda del régimen dictatorial, que intenta ocultar las verdaderas causas. El Plan Zamora 200 pretende erradicar en 3 años la malaria de Venezuela, objetivo que no luce factible ni realizable. Convoca a una acción intersectorial, muy amplia, con actores sin experiencia en medidas sanitarias; no define las responsabilidades y competencias de cada organismo, las actividades que realizarán ni que organismo coordinará el Plan. Los objetivos específicos están enumerados, pero no están definidas las metas a cumplir ni los recursos económicos que serán comprometidos para su ejecución. Tampoco, los indicadores de gestión. Se contempla a mediano plazo, ensayar el uso del antimalárico Tafenoquina, (una 8-aminoquinolina, en fase de ensayo III), a dosis única, para prevenir las recaídas de malaria producida por P. vivax.**

**Las causas reales del fracaso del Programa Nacional de Malaria, las enumeramos en el informe que preparamos en abril de 2017:** (Sociedad Venezolana de Salud Pública. Red Defendamos la Epidemiología Nacional. La epidemia de malaria en Venezuela, en 2017, superará ampliamente las de 2016. Abril, 2017).

- **El Programa Nacional de Malaria, no ha coordinado sus respuestas, para identificar y enfocar las barreras a nivel local, debidas al retraso de la detección, tratamiento y seguimiento de los casos,** que impiden reducir la carga de la enfermedad y los riesgos de transmisión a nivel nacional, por lo que deben priorizarse las medidas de control de la malaria en las principales áreas de transmisión.
- **Venezuela necesita acentuar y mantener los esfuerzos para alcanzar las metas del Plan de Acción para la Eliminación de la malaria 2016-2020, específicamente la interrupción efectiva de la transmisión local, la reducción de la incidencia de casos, y la mortalidad, asegurando la calidad, la efectividad, el acceso permanente de los medicamentos antimaláricos y el cumplimiento y supervisión del tratamiento completo de los casos.**(6,7)
- **Para eso será necesario que el Gobierno Nacional entienda la importancia de la malaria como problema prioritario de salud pública y la necesidad de asignar recursos financieros suficientes, en forma continua y oportuna.** Deploramos que esto no haya ocurrido en los últimos años y desde que denunciemos en septiembre de 2016, (8) el agotamiento crítico de las reservas nacionales de medicamentos antimaláricos. Esta situación requirió ser atendida con urgencia, mediante el apoyo y auxilio de donaciones y préstamos por parte del Fondo Estratégico de la OPS, Unicef y otros organismos y mediante la compra extraordinaria de numerosos medicamentos antimaláricos, reactivos para el diagnóstico con pruebas rápidas y mosquiteros impregnados en insecticidas residuales. Las cantidades adquiridas fueron dadas a conocer por la Representación de OPS en Venezuela (9). Estas medidas no fueron suficientes para atender las necesidades nacionales.

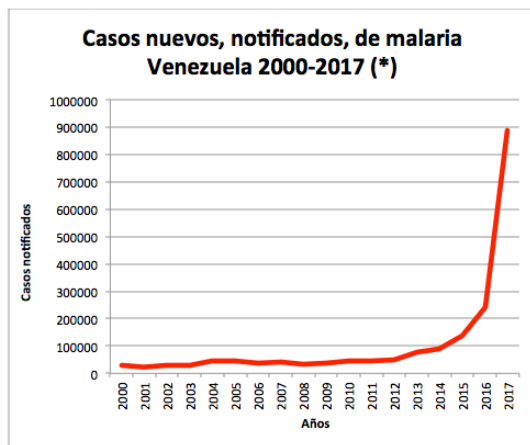
- **Las recomendaciones de la OPS y la OMS para controlar la epidemia, mediante intervenciones efectivas, (4,6) se han venido desarrollando de manera lenta, no siempre coordinada y poco efectiva, hasta este momento.** Una Comisión de tres expertos de la OPS ha sido asignada a Venezuela, desde hace seis semanas, para asesorar y cooperar, en el terreno, con las medidas que deben implementarse en esta compleja situación. Las conclusiones y recomendaciones de esta comisión no han sido divulgadas y son confidenciales. Tampoco la Comisión ha celebrado reuniones con especialistas en salud pública o expertos en malaria, fuera de las reuniones oficiales con el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Por lo que se ha perdido una valiosa oportunidad para intercambiar opiniones y experiencias en la lucha contra la enfermedad.
- **El control de la malaria en áreas de transmisión activa y la prevención de la diseminación de la enfermedad, requiere medidas pro activas de vigilancia epidemiológica y sobre los determinantes y fenómenos sociales que condicionar la transmisión,** (como los movimientos de población por razones económicas, actividades agrícolas o de minería). Así como la movilización de otros actores en intervenciones adaptadas al contexto de las poblaciones afectadas. (4,6,7)
- **La situación se ha hecho más compleja, porque ha aumentado la demanda de antimaláricos, dada la presencia simultánea de focos calientes de la enfermedad, en numerosos estados,** situación que obliga a una cuidadosa coordinación de esfuerzos de planificación, ejecución y evaluación, ajustados a las necesidades, condiciones y factores sociales, geográficos, ecológicos, ambientales, específicos de cada región y de los complejos determinantes locales de la transmisión de la enfermedad.
- La planificación de la procura y distribución de estos insumos para este año, que debía realizarse antes de diciembre de 2016, se hizo incompleta, solo para seis meses; permitió la adquisición parcial de las cantidades requeridas de medicamentos para atender los casos. Cuyos despachos y entregas están retrasados; **en consecuencia, en el momento actual, al igual que en agosto del año pasado, nos encontramos en situación crítica, atribuida en parte, a un significativo retraso en la disponibilidad y asignación de recursos financieros, para la adquisición de los pedidos necesarios, que no se han hecho efectivos, para atender oportunamente los casos estimados de 2017 y garantizar la demanda de tratamientos; para realizar los diagnósticos o para prevenir los casos, mediante los mosquiteros impregnados en insecticidas. Por ejemplo: esta agotada desde hace tres semanas la primaquina a nivel nacional y la cantidad de cloroquina es limitada. Por lo que puede esperarse un número muy grande de recaídas, recidivas, complicaciones y casos mortales. El número de casos nuevos, mensuales, de malaria por P. vivax que requieren estos medicamentos y no lo están recibiendo se estima entre 16.324 y 32.668.** Estos dos medicamentos debían haber llegado a Venezuela en noviembre de 2016, en despachos de: primaquina de 5 mg (75.000 tabletas); de 7,5 mg (75.000 tabletas); de 15 mg (3.500.000 tabletas) y de Cloroquina de 250 mg, (1.350.000 tabletas) (8). ¿Porqué están agotadas en este momento?
- La formación y el entrenamiento del personal de salud calificado, para el control de la enfermedad es uno de los retos más exigentes en este momento, ya que existe un importante déficit en todas las regiones. **Para ello será necesario un esfuerzo mancomunado entre el MPPS, los gobiernos regionales y locales, las universidades nacionales, los institutos de investigación y las organizaciones gremiales y científicas, que aún no han sido convocadas para cooperar y contribuir en esta tarea de dimensiones nacionales.**

El Plan Zamora 200 pretende erradicar en 3 años la malaria de Venezuela, objetivo que no luce factible ni realizable. Convoca a una acción intersectorial de múltiples entes, la mayoría sin experiencia en vigilancia y control de la malaria, no define las responsabilidades y competencias de cada organismo, las actividades que realizarán, ni que organismo coordinará el Plan. Supone actividades centradas en la "estrategia Barrio Adentro 100% cobertura". Los objetivos específicos están enumerados, pero no están definidas las metas a cumplir, ni la disponibilidad de los recursos económicos que serán comprometidos para su ejecución, tampoco los responsables que los administrarán. Se desconocen los indicadores de gestión que se usarán para evaluar los resultados.

De no aplicarse oportuna y eficientemente, intervenciones efectivas e impactantes, estimamos que el número de casos de malaria en Venezuela, en el año 2017, con nuevas proyecciones que hemos realizado, aumentará a una cifra entre 888.869 casos y 951.465 casos, (entre casos nuevos autóctonos, recaídas, recrudescencias y no registrados), (Gráfico 3) con grave impacto sobre la salud de la población, situación que se agravará luego de la activación del Arco Minero, aprobado en febrero de 2016, por el Gobierno Nacional, proyecto considerado por expertos: un "ecocidio generacional", que afectará irreparablemente, la ecología y el ambiente de 114.000 Km<sup>2</sup> de territorio, en áreas protegidas del estado Bolívar, donde se permitirán y estimularán las actividades mineras, que ampliarán, sin lugar a dudas, las zonas de alto riesgo de transmisión de malaria en nuestro país.

### Gráfico 3 Casos de malaria. Venezuela. Años 2000 a 2017. Valores ajustados

Gráfico 3  
Casos de malaria. Venezuela. Años 2000 a 2017. Valores ajustados



Fuente: MPPS, Boletines Epidemiológicos Semanales. No publicados en 2015 y 2016.

(\*) 2017, proyección de cifras estimadas y ajustadas. Incluye casos autóctonos, recaídas, recrudescencias y no registrados)

Fuente: MPPS, Boletines Epidemiológicos Semanales. No publicados en 2015 y 2016.

(\*) 2017, proyección de cifras estimadas y ajustadas. Incluye casos autóctonos, recaídas, recrudescencias y no registrados)

José Félix Oletta L  
 Ángel Rafael Orihuela  
 Pablo Pulido M.  
 Carlos Walter V  
 Leopoldo Villegas  
 Ana C. Carvajal  
 Oswaldo Godoy  
 Julio Castro M

Saúl O. Peña  
Andrés Barreto

### Referencias

1. Boletín Integral de Salud Ambiental, MPPS, N° 52, 2016. No divulgado.
2. Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological Alert: Increase in cases of malaria. 15 February, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2017. Disponible en: [www.paho.org](http://www.paho.org)
3. Boletín Integral de Salud Ambiental, MPPS, N° 26. 2017. No divulgado.
4. Report on the Situation of Malaria in the Americas, 2014. Washington, D.C.: PAHO, 2016. Available at: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12851%3AReport-on-the-situation-of-malaria-in-the-americas-2014&catid=1617%3Amalaria-statistics-maps&Itemid=42230&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12851%3AReport-on-the-situation-of-malaria-in-the-americas-2014&catid=1617%3Amalaria-statistics-maps&Itemid=42230&lang=en)
5. MPPS.-MPPD. Plan Zamora. Versión Preliminar 2. Febrero de 2017. (no divulgado)
6. Informe Mundial de Malaria, 2016. Perfil de Países. Venezuela. Disponible en: <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/WMR-2016-profiles.pdf?ua=1>
7. The T3 initiative against malaria. Available at: [http://www.who.int/malaria/areas/test\\_treat\\_track/en/](http://www.who.int/malaria/areas/test_treat_track/en/)
8. Oletta López JF, Walter C, Orihuela A, Pulido P, Carvajal A, Godoy O, Castro J, Peña S, Barreto S. Carta Pública a la Directora de la Organización Panamericana de la Salud. Dra. Carissa F. Etienne: Crisis de la Malaria en Venezuela. Un entorno operativo complejo. Septiembre, 2016.(2016). Gaceta Med. Caracas 124: (4). 322-326. Disponible en: <http://www.anm.org.ve/anm/saciverrevista.php>
9. Organización Panamericana de la Salud.
9. Representación en Venezuela. OPS/OMS Venezuela apoya al MPPS en la lucha contra la malaria. 23 de septiembre de 2016. Disponible en: [http://www.paho.org/ven/index.php?option=com\\_content&view=article&id=213:ops-oms-venezuela-apoya-al-mpps-en-la-lucha-contra-la-malaria&Itemid=215](http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=213:ops-oms-venezuela-apoya-al-mpps-en-la-lucha-contra-la-malaria&Itemid=215)