

Malaria en Venezuela – Informe Situacional

Una epidemia resurgente como parte de una emergencia humanitaria compleja

Este informe fue producido por el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO) y Global Development One (GDO). El informe se enfoca en la situación de malaria en Venezuela entre enero del 2000 y junio 2019, resaltando el impacto que ha tenido la emergencia humanitaria compleja en años recientes.
www.icaso.org

Por *Leopoldo Villegas* y *Mary Ann Torres*

RESUMEN

- **En los años 60s, Venezuela fue el primer país del mundo que eliminó malaria en el 70% de su territorio.** Este logro ayudó a redefinir la salud pública en el país.
- **Las tasas actuales de morbilidad y mortalidad de malaria son asombrosas.** Entre 2000 y 2018, hubo 1,97 millones de casos reportados – un aumento del 1260%, de 29736 casos en 2000 a 404,924 en 2018. Para junio 2019, la mayoría de las entidades federales en el país estaban notificando transmisión local de malaria. Con el paso del tiempo, la situación está empeorando, ya que muchas áreas que eran libres de malaria están reportando la reintroducción de la enfermedad.
- **Existe el riesgo de un brote regional que afectaría a países múltiples en Latinoamérica y el Caribe.** Esta epidemia está afectando áreas fronterizas con Brasil, Colombia y Guyana, así como a otros países vecinos como Trinidad y Tobago, Surinam, Ecuador, Argentina y Chile. El flujo de migrantes y refugiados venezolanos en la región -como resultado de la crisis política y económica en el país- hace que el riesgo de un brote de malaria sea más elevado. Es crítico que la malaria sea abordada y contenida de manera apropiada en Venezuela y que los refugiados y migrantes venezolanos reciban atención (prevención y tratamiento) para malaria adecuados en los países receptores.
- **La respuesta a la epidemia de malaria en Venezuela es ineficaz.** Mientras la estrategia presente se base principalmente en el acceso rápido a diagnóstico y tratamiento, la epidemia de malaria en curso no será controlada con este enfoque habitual. La disponibilidad, distribución y acceso a todas las medicinas antimaláricas se han visto obstaculizadas por los problemas políticos y económicos en años recientes. Las comunidades vulnerables, como las mujeres embarazadas, infantes, niños y niñas menores de 5 años, personas que viven con VIH y las poblaciones migrantes y móviles que no son inmunes, han sido particularmente impactadas negativamente por la respuesta inadecuada.
- **Hay una distribución limitada de mosquiteros tratados con insecticidas y el sistema de manejo de la cadena de compra y distribución no puede cubrir las necesidades de la población.** El Ministerio de Salud y otros actores interesados tienen una capacidad técnica limitada para responder a esta emergencia. Aun cuando hay personal de alto nivel técnico en las organizaciones de la sociedad civil, estas no participan plenamente en la respuesta por asuntos políticos y financieros.
- **La crisis de malaria en Venezuela es la peor epidemia en el hemisferio occidental en el siglo 21.** Esta epidemia ha erosionado progresivamente los avances en la eliminación de malaria. Existe una necesidad de acciones globales para implementar soluciones costo efectivas y sostenibles – adaptadas a las condiciones locales – y en alianza con las poblaciones afectadas.

Mary Ann Torres es Directora Ejecutiva de ICASO, en Toronto.

Leopoldo Villegas es Director de Servicios Técnicos en Global Development One, en Washington, D.C.

CONTEXTO

- **Venezuela está viviendo una emergencia humanitaria compleja.** Esta crisis ha sido reportada por organizaciones de la sociedad civil desde 2013. La respuesta nacional e internacional no está alineada con la magnitud de las necesidades humanitarias. El deterioro sustancial de las condiciones de vida está afectando el acceso de las personas a sus más básicos derechos humanos, incluyendo salud, economía, seguridad y protección, educación, alimentación y nutrición, servicios, soberanía y libertad de asociación entre otros.
- **La compleja situación sociopolítica y económica ha impactado negativamente los resultados sociales y de salud en todas partes del país.** Brotes de difteria, sarampión, tosferina, hepatitis virales, diarrea y malaria se han extendido rápida y simultáneamente. Hay otras preocupaciones de salud pública relacionadas con el aumento de la mortalidad (neonatal, infantil y materna), tuberculosis, así como mortalidad relacionada con VIH, malnutrición, violencia y salud mental.
- **El sistema de salud es frágil y fragmentado y no puede responder a las necesidades de la población.** Hay un acceso muy limitado a medicinas, alimentos y servicios de salud adecuados.
- **El programa nacional de eliminación de malaria es de estructura vertical, un legado de la época de la erradicación.** El pilar del programa es el sistema de información que reporta casos semanalmente desde los años 40s con tasas de reporte de >80% anual. El informe semanal de malaria no ha circulado desde octubre 2014.

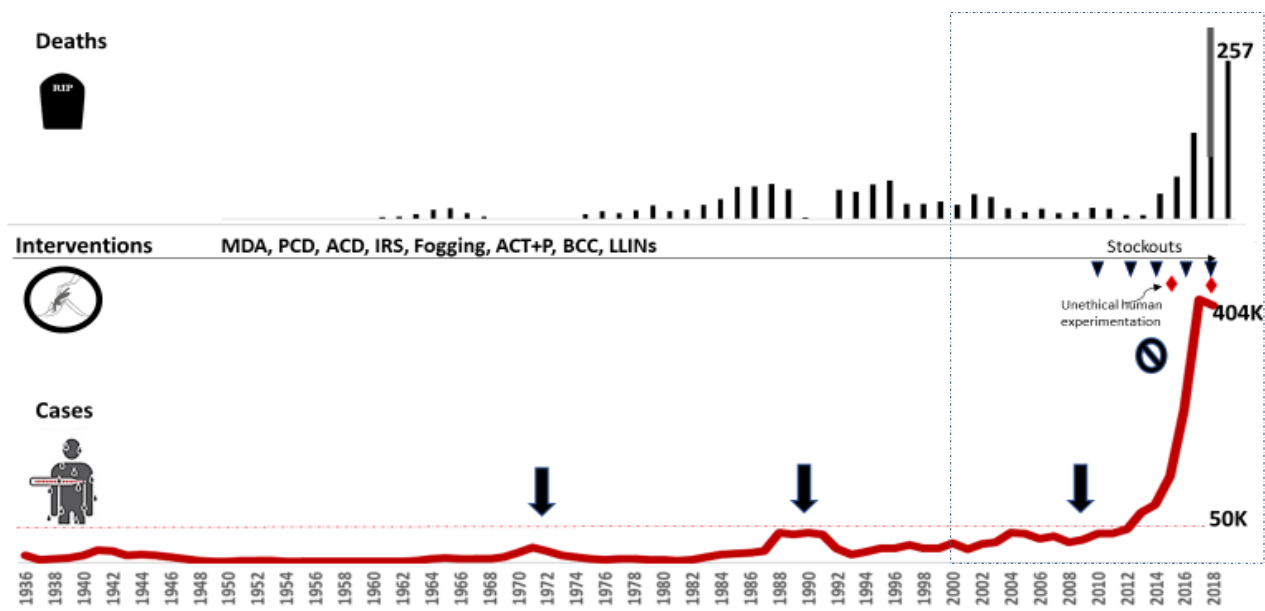
DATOS CLAVE

1. **Venezuela tiene la peor emergencia humanitaria** en el hemisferio occidental.
 2. La **migración** en Venezuela es la más alta en la región, con **>4 millones de personas** que han dejado el país de acuerdo con las Naciones Unidas.
 3. **Los resultados de salud** en Venezuela se han **deteriorado en todo el país**, como lo ha declarado la Alianza Venezolana por la Salud.
- **La data es limitada, no está disponible ni actualizada.** La negativa de las autoridades nacionales de proporcionar data que sea verificable sobre los indicadores clave de desarrollo dificulta la medición de la escala de las necesidades humanitarias en Venezuela.
 - **La mayoría de la población vive en condiciones infrahumanas con acceso inadecuado a una dieta sana en un contexto de hiperinflación, corrupción, injusticia y crimen.** Para el final de 2018, los niveles de pobreza alcanzaron 94% y se estima que la inflación llegue al 10,000,000% en 2019. Los apagones nacionales, la crisis de agua y escasez de gasolina han empeorado la emergencia humanitaria.
 - **La crisis tiene una dimensión amplia a nivel regional debido al número de venezolanos emigrando a países vecinos.** Desde 2014, más de 4 millones de venezolanos han abandonado el país. Se estima que este flujo de personas va a continuar, con casi 5 millones que dejarán el país para finales de 2019 y 8 millones para el 2020.

VISIÓN GENERAL DE LA MALARIA

- **Venezuela tiene condiciones favorables para la transmisión de malaria.** Hay ecosistemas propensos a la malaria en la mayoría de las entidades federales. La población en riesgo de contraer malaria está aumentando con la reintroducción en nuevas zonas (>16 M).
- **La morbilidad y mortalidad por malaria están aumentando.** De 2000 a 2018, el número de casos confirmados aumentó en un 1260% y las muertes relacionadas con la malaria aumentaron en un 971% (ver gráfico 1). En 2017, Venezuela representó el 84% del aumento de casos en la región de las Américas, con más de 411.000 casos confirmados, incluyendo 310 muertes. En 2018, hubo 404.492 casos confirmados y 257 muertes. Entre el 1ro de enero y el 22 de junio de 2019, se notificaron 208.027 casos en 21 estados. Se ha criminalizado la denuncia de muertes por malaria en el país, por lo que la subestimación es común.

Gráfico 1. Casos de malaria y muertes en Venezuela 1936-2018

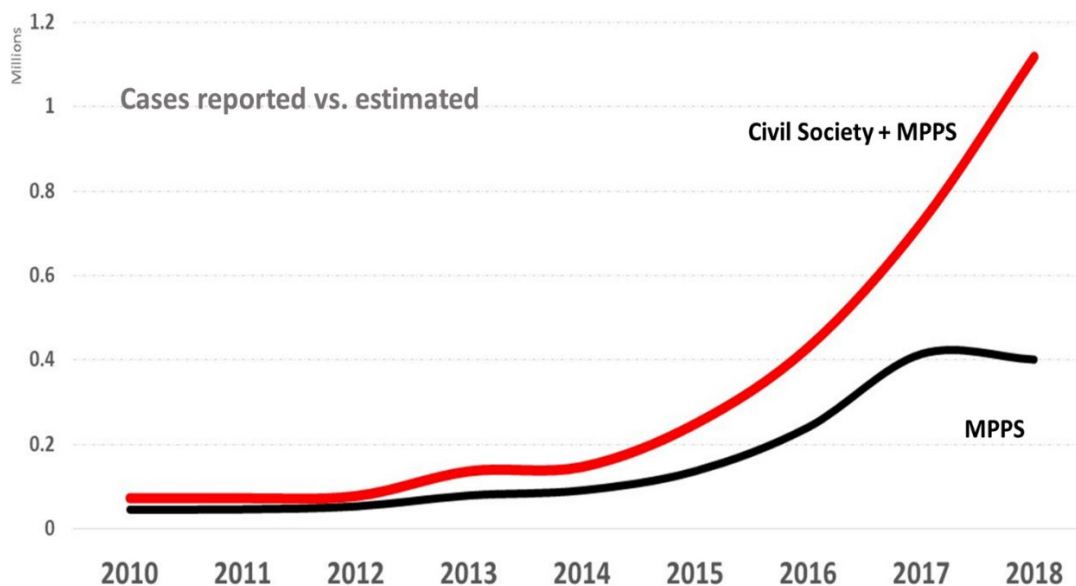


Fuente: OMS Informe de malaria 2018, Ministerio de Salud de Venezuela, AVS, ASOCIS, GDO, ICASO.

- **Las razones del aumento de la transmisión son muchas y variadas.** Existe desabastecimiento de medicamentos antimaláricos y de herramientas de diagnóstico, falta de inversión, logística limitada, reducción del acceso a los servicios de salud en zonas endémicas, priorización inadecuada de las intervenciones, migración interna y expansión de la minería/actividades ilegales en los estados del sur.
- **La distribución geográfica de vectores, parásitos y poblaciones es heterogénea.** Por ejemplo, en el estado Sucre (región noreste) la mayoría de los casos se deben a *Plasmodium vivax* y el principal vector es *Anopheles aquasalis* y los agricultores son la principal población afectada. Mientras que en los focos meridionales (Bolívar, Amazonas y parte oriental del estado Apure) hay una mayor diversidad de vectores (*An. darlingi*, *An. marajoara*, *An. nuneztovari*, etc.), parásitos (*P. vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae* e infecciones mixtas) y las poblaciones indígenas "criollas" que existen en sus propias comunidades/aldeas son la principal población afectada.

- **La mayoría de los casos de malaria en 2018 se debieron a *P. vivax* (75,9%); seguido de *P. falciparum* (17,7%), *P. malariae* 0,002%; e infecciones mixtas (*P. falciparum* y *P. vivax*) 6%.** Se cree que los tratamientos son eficaces, aunque no ha habido información actualizada sobre la eficacia de los tratamientos de primera línea para las infecciones no complicadas por *P. vivax* y *P. falciparum* en los últimos 15 años.
- **El municipio Sifontes (en el estado Bolívar) ha sido el epicentro de la transmisión de la malaria en el país desde 2002.** También es el epicentro de la resistencia a los medicamentos antimaláricos en todo el continente. El área es rica en minerales como oro, diamante, bauxita y aluminio, siendo las actividades mineras la principal vía de subsistencia. En 2009, las concesiones mineras fueron confiscadas por el gobierno venezolano con invasión posterior de la tierra por mineros artesanales y grupos ilegales. La fiebre del oro aumentó con la creación de la Ley de Minería de Venezuela en 2016. Las condiciones de vida en la zona son difíciles, con un alto nivel de pobreza y varias epidemias que afectan a la población.
- **La reintroducción de la malaria en zonas previamente libres de malaria está afectando a la mayoría de los estados.** El número total de áreas afectadas cambió significativamente: de 144 en 2016 a 398 en 2018 (176% de aumento). El flujo migratorio interno a las zonas mineras, principalmente al estado Bolívar, alimenta la propagación de la malaria en el país.
- **Venezuela no reporta todos los casos diagnosticados y tratados de malaria.** El sistema nacional de información sobre malaria ha estado ocultando los recrudescimientos y recaídas a lo largo de los años. Esta omisión representa entre el 40% y el 50% de los casos adicionales en las estadísticas nacionales (ver el gráfico 2). La información disponible recopilada por el sector de la salud pública, incluida la información procedente de fuentes espontáneas y no oficiales, confirma que ha habido una epidemia de malaria en Venezuela desde 2012.

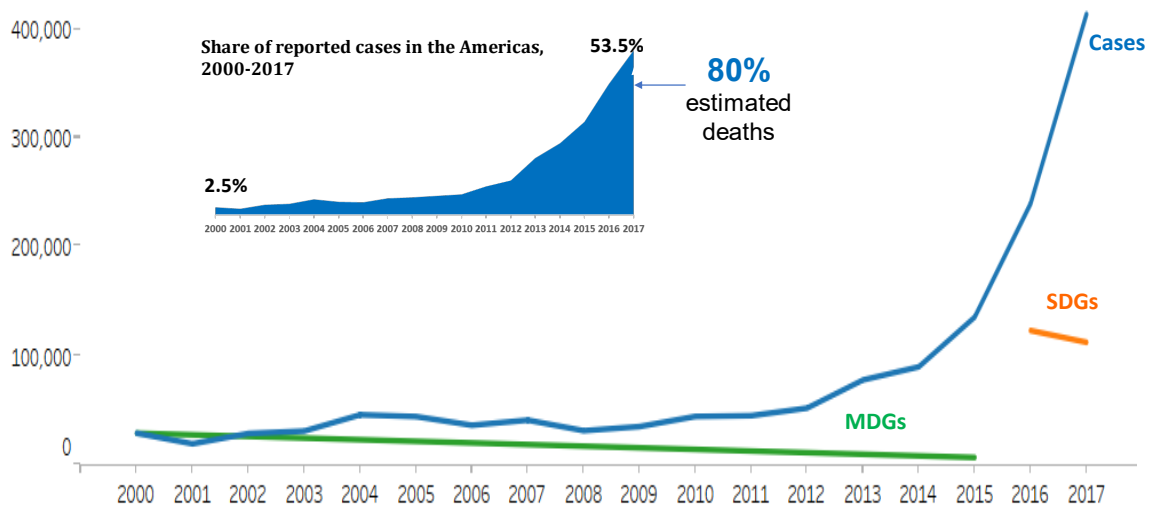
Gráfico 2. Malaria en Venezuela 2000-2018



Fuente: OMS Informe de Malaria 2018, organizaciones venezolanas MPPPS, AVS, ASOCIS, GDO, ICASO. MPPPS= Ministerio de Salud de Venezuela (todas las fuentes).

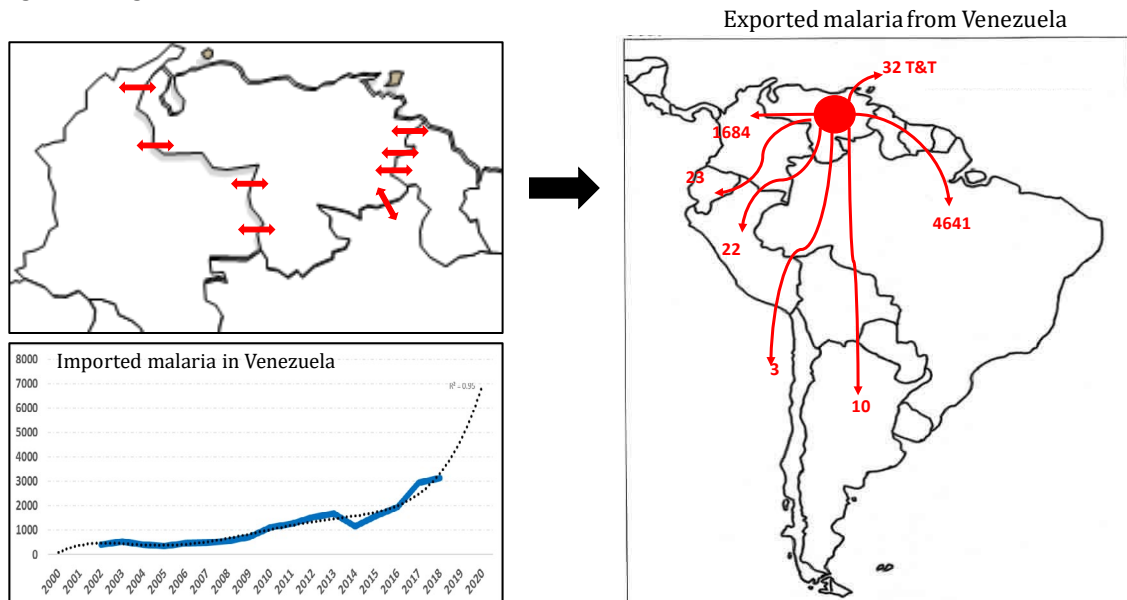
- La epidemia de malaria en Venezuela está afectando a todo el continente.** En 2017, Venezuela representó el 53% de la proporción de casos notificados en la región y más de 6.000 casos importados de malaria en países vecinos (véanse los gráficos 3 y 4).

Figure 3: Malaria in Venezuela 2000-2017: cases vs. targets



Source: PAHO/WHO

Figure 4: Regional Threat



Fuente: OMS Informe de Malaria 2018, organizaciones venezolanas MPPPS, AVS, ASOCIS, GDO, ICASO. MPPPS= Ministerio de Salud de Venezuela (todas las fuentes).

RESPUESTAS Y RECOMENDACIONES

En este contexto de sufrimiento, devastación económica y apoyo externo limitado, se debe tener una estrategia clara. La respuesta a la malaria debería enfocarse en reducir muertes, interrumpir la transmisión y fortalecer el sistema de salud. Todos los esfuerzos deben intentarse simultáneamente a pesar de los desafíos.

(1) Se debe crear un grupo asesor con los recursos necesarios para que trabajen semanalmente. Ese grupo debería incluir expertos y socios nacionales/internacionales (incluyendo al menos un miembro de las poblaciones afectadas para (1) monitorear la ejecución de las intervenciones, y (2) atender efectivamente todos los desafíos que se presenten mientras se ataca la epidemia. Todas las organizaciones con trabajo en malaria deberían ser identificadas y apoyadas. De manera simultánea, el grupo asesor debería supervisar una evaluación externa del Programa de Malaria y el Desarrollo de un Plan Nacional Estratégico de Malaria (incluyendo un plan de evaluación y monitoreo) para 2020-2025.

(2) La selección de intervenciones debe ser adaptada a las condiciones

locales. Eso requiere que la información epidemiológica esté ampliamente disponible a todos los ejecutores. Las intervenciones deberían enfocarse en obtener el mayor impacto y así interrumpir la transmisión de malaria.

- Una intervención clave es un mayor acceso a diagnósticos y tratamiento de malaria y debería expandirse a nivel nacional. Los kits de emergencia (diagnóstico y tratamiento) deberían estar disponibles a todos los niveles en las 24 entidades federales.
- Para reducir aún más la cantidad de parásitos circulantes, se necesita de ciclos múltiples integrales de una administración masiva de medicamentos (AMM), al menos 3 veces por año por 2 años en los estados con altas incidencia (Amazonas, Bolívar y Sucre). Esto involucra actividades de campo, para cubrir más de dos millones de personas, con grandes desafíos logísticos; algo que necesitará aumentar las capacidades locales mientras se implementan las actividades.
- Hacer un piloto con el uso de *ivermectina* como intervención de control vectorial. Con esa AMM, hay una oportunidad única de aumentar el impacto al agregar *ivermectina* como estrategia de control de vector de malaria, controlando enfermedades tropicales descuidadas. La adición de *ivermectina* cubrirá una de las brechas más importantes en el control de la malaria en el país al cubrir poblaciones en los momentos más críticos de picaduras de mosquitos (entre 6 y 10 pm). La implementación de mosquiteros tratados con insecticidas tipo hamacas-cama y/o rociamiento con insecticida residual debe estar basado en data entomológica y monitoreado con las comunidades afectadas.

(3) La respuesta nacional a la malaria necesita de un apoyo financiero sustancial. Una respuesta integral y plenamente financiada que tenga como fuentes tanto sectores públicos como privados será esencial para ayudar a Venezuela a retomar el camino en el control de la malaria. Ese apoyo financiero debería también incluir todas las potenciales contribuciones de las comunidades locales, gobiernos locales y sector minero. Es importante que, debido a lo grave de la mayor carga de la epidemia de malaria, que se consiga apoyo de donantes nacionales e internacionales (especialmente de mecanismos como el Fondo Mundial, USAID, Banco Mundial, etc.) a pesar del estatus de Venezuela de país con altos ingresos. Será de vital importante que todos los procesos sean transparentes e inicialmente monitoreados por una unidad ejecutiva multisectorial de proyectos o equipo gerencial. Se deberían incorporar auditorías financieras y técnicas en el ejercicio.

La meta de estos tres principios es optimizar un proceso que de otra manera sería complicado. La planificación, reestructuración e implementación de este tipo de respuesta a la malaria será compleja, pero con un impacto potencial significativo. **ICASO y GDO están comprometidos a apoyar las organizaciones de la sociedad civil y otros actores interesados en las actividades de respuesta a la malaria en Venezuela.** Continuaremos promoviendo más incidencia política en la movilización de recursos para el suministro de experticia técnicamente avanzada y la reevaluación de intervenciones costo-efectivas basadas en el escenario epidemiológico altamente cambiante.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS

ICASO y GDO recomiendan una respuesta multisectorial coordinada y basada en evidencias con tres principios básicos:

1. Que se cree **un grupo asesor** que preste apoyo semanalmente.
2. La selección de las **intervenciones** debe ser **adaptada a las condiciones locales**.
3. La **respuesta nacional a la malaria** necesitará **apoyo financiero sustancial**.