

4.9. Venezuela

Durante los años treinta, la morbilidad por malaria alcanzó 109.334 casos, y en 1936 se creó el Ministerio de Salud y Bienestar con una División de Malaria especial, la cual lucha contra la enfermedad principalmente mediante la ingeniería sanitaria. En 1945 comenzó el rociamiento con DDT en el interior de los hogares a nivel nacional, alcanzando la meta de erradicación de la malaria en 407.975 km² del territorio venezolano y restringiendo la enfermedad a áreas silvestres de difícil acceso.

A partir de los años ochenta, la situación económica del país ocasionó un desplazamiento masivo de poblaciones a zonas mineras muy dentro de la selva, lo cual dificultó la aplicación de medidas de control y permitió la reinfección en áreas donde se había erradicado la enfermedad.

La malaria en Venezuela (1999): en la Figura 8 del Anexo 1 se presenta el mapa epidemiológico por niveles de riesgo.

Durante el año 2000, se notificó malaria en 20 entidades federales del país, con un aumento de la incidencia durante los primeros cinco meses. La situación fue complicada debido a la existencia de focos de malaria en zonas selváticas que limitan con las repúblicas de Colombia, Brasil y Guyana donde es difícil aplicar adecuadamente medidas de control. La transmisión de la enfermedad en el país afecta principalmente a nueve estados federales (Bolívar, Sucre, Amazonas, Delta Amacuro, Apure, Táchira, Barinas, Portuguesa y Zulia) con zonas vulnerables y receptivas que muestran brotes que se han controlado.

La tendencia de la malaria en los últimos seis meses de 1999 hasta la semana epidemiológica No. 20 del año 2000 revela un aumento estimado de 50,0% para fines de diciembre en relación al número de casos oficialmente notificados para el año anterior. El aumento de 8.046 casos implicaría la transferencia de la morbilidad por malaria hacia la zona epidémica del canal endémico durante el año 2000, y los estados Amazonas, Bolívar y Sucre serían responsables por 97,0% del número total de casos notificados en el país. La malaria es una enfermedad estacional, de naturaleza focal que se vincula a desplazamientos poblacionales; el futuro de la situación epidemiológica dependerá de los esfuerzos de los países en su prevención y control.

En conformidad con políticas sanitarias actuales, Venezuela ratifica la estrategia mundial para RBM, anunciada por la OMS en 1998, proponiendo como objetivo final reducir la morbilidad, la mortalidad y las pérdidas económicas, mediante el mejoramiento progresivo y el fortalecimiento de la capacidad total, sobre la base de la estrategia de diagnóstico temprano y tratamiento rápido, formulación de medidas preventivas adecuadas, lucha antivectorial adaptada a condiciones epidemiológicas locales, monitoreo epidemiológico respaldado por la red de centros de salud, investigación básica de factores determinantes ecológicos, sociales y económicos de la enfermedad y mediante el seguimiento y la evaluación de las medidas aplicadas.

La delegación venezolana destacó los siguientes temas:

- En Venezuela el Ministerio de Salud está tomando medidas para la puesta en práctica de la iniciativa RBM. Sin embargo, es aun demasiado temprano para evaluar su repercusión.
- En 1998, el Ministro de Salud concurrió a la OMS en Ginebra para presentar información acerca del problema de la malaria en el país, y como una decisión política el gobierno actual ha asignado prioridad a la malaria y el Chagas.
- En abril de 2000, se celebró una reunión de coordinación en Maracay con la participación de los Representantes de la OPS/OMS y después el Ministro se reunió con los Directores de Salud y promulgó un decreto que instaba a todas las personas a unirse en la lucha contra la malaria.
- En Venezuela, el Programa contra la Malaria siempre ha sido vertical pero en 2000 se integró con el Programa contra Enfermedades Transmisibles. En abril de 2000, se celebró la primera reunión entre malariólogos y epidemiólogos.
- Los directores regionales de salud organizaron un comité de malariólogos y epidemiólogos.
- Estas acciones expandieron el alcance de las responsabilidades que antes se limitaban a la unidad técnica responsable de la malaria.
- Actualmente se celebran talleres sobre estratificación y coordinación.
- Los estados Sucre y Bolívar han recibido prioridad debido a la gran incidencia de la malaria. El Estado Bolívar ocupa la tercera parte del país y está habitado principalmente por indígenas.
- Se constituyeron industrias privadas en el Estado Bolívar, al sur del país, y esto ha facilitado la capacitación de personas. Se previó un aumento de las actividades en esta zona debido a la minería de oro.
- La capacitación en diagnóstico y tratamiento se ha llevado a cabo incluyendo a personal del programa, personas de la comunidad, el Ejército y profesores. El tiempo transcurrido entre la extracción de sangre y el tratamiento es inferior a 48 horas.
- Las actividades educativas han incluido la elaboración de carteles y la capacitación de 30 pueblos indígenas en 30 comunidades en planes sencillos de tratamiento en una zona remota lindante con el Brasil. Cada una de estas personas recibió un juego denominado “Caja feliz” para realizar acciones en la comunidad. Incluye microscopios, suministros y medicamentos para el tratamiento de casos diagnosticados.
- La última epidemia de malaria fue detectada por el personal capacitado.
- Se están adquiriendo microscopios nuevos a fin de ampliar la red de diagnóstico.
- Una ONG supervisa a estos trabajadores comunitarios en relación con el control de la calidad.
- Hay algunas limitaciones en lo referente a la sostenibilidad. Recientemente, se cambió a los directores de salud y se mantiene pendiente una reunión con los nuevos directores.
- Se mantendrán los talleres de coordinación.
- Apoyo financiero por US\$ 1 millón está actualmente disponible para insecticidas.
- Se pondrá en práctica un programa de impregnación de mosquiteros.