

BOLIVIA, ESTADO PLURINACIONAL DE

Bolivia alcanzó en el 2011 lo establecido en la resolución WHA58.2 con respecto a la meta 6C de los ODM y ha mantenido sus logros. En el 2014, la morbilidad había disminuido un 76,5% respecto del 2000. También han disminuido las muertes y en el 2014 se notificó una sola muerte por primera vez en 10 años.

La zona amazónica, en el norte del país, tiene la incidencia más alta, particularmente en los departamentos de Pando y Beni, donde se notificaron un 96,2% de los casos confirmados en el 2014 (figuras 1-3). Muchas de las personas que viven en los municipios (ADM3 en Bolivia) de Guayaramerín y Riberalta, en el Beni, se ganan la vida cosechando castañas en la vecina selva amazónica, del otro lado de la frontera. Durante la temporada de la cosecha aumenta la población en esta zona debido a la

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

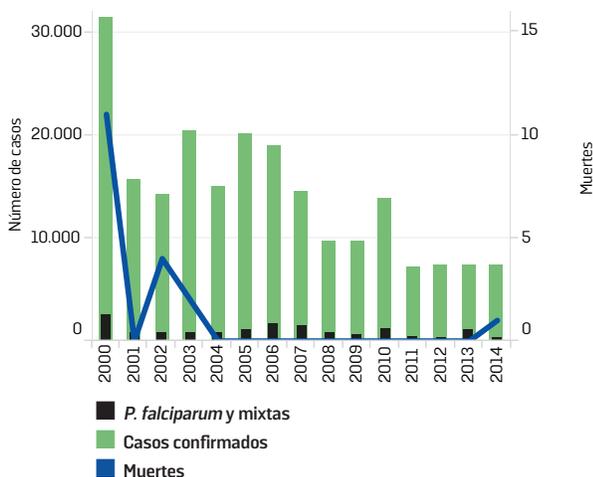
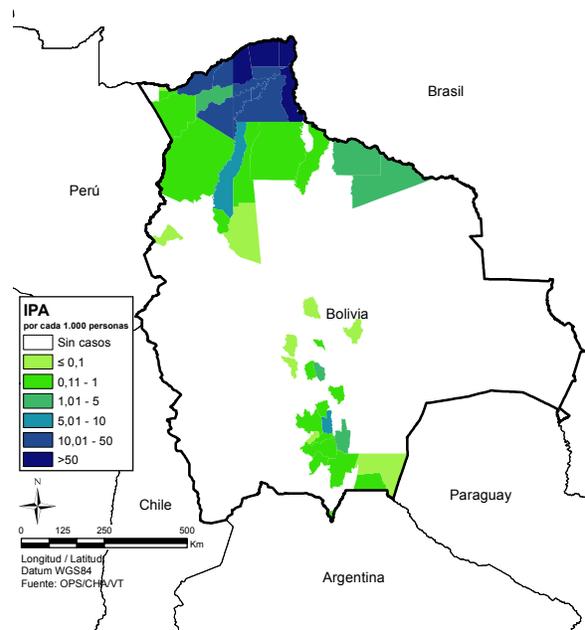


Figura 1. Malaria por índice parasitario anual (IPA) a nivel de municipio (ADM3), Bolivia, 2014



afluencia de trabajadores. En Guayaramerín, el arroyo Las Arenas es un criadero de vectores de la malaria y es muy probable que esté relacionado con los casos de malaria en los alrededores, donde viven personas cerca del arroyo en viviendas precarias (21). Alrededor del 95,4% de los casos en el país se debieron a *P. vivax*, mientras que el resto se debió a *P. falciparum* y a infecciones mixtas. Los casos causados por *P. falciparum* han disminuido un 66,1% desde el 2013. La mayoría de las infecciones por *P. falciparum* en Bolivia se han notificado en Guayaramerín, donde un 9,4% de los casos se debieron a infecciones por *P. falciparum*. En la mayoría de los municipios del país se transmite casi exclusivamente *P. vivax*. En un 8,7% de los municipios se notificaron más de 10 casos de malaria, en un 9,3% se notificaron de 1 a 10 casos y en el resto no se notificó ningún caso. No se notificaron casos en los departamentos de Potosí y Oruro.

Figura 3. Municipios (ADM3) con el mayor número de casos de malaria en Bolivia, 2012-2014

Municipio	Departamento	2012	2013	2014
Guayaramerín	Beni	3.857	3.897	3.240
Riberalta	Beni	1.074	1.547	2.137
Nueva Esperanza	Pando	155	215	308
Santos Mercado	Pando	24	353	300
El Sena	Pando		340	272
Villa Nueva	Pando	39	117	141
Ingavi	Pando	54	74	108
Cobija	Pando	82	124	54
Bella Flor	Pando	52	85	46
Ixiamas	La Paz	1	187	1

Los vectores más comunes en el país son *An. darlingi*, que afecta principalmente la zona amazónica del norte del país, y *An. pseudopunctipennis*, que afecta la parte sur, cerca de Argentina.

Los hombres se ven más afectados por la malaria que las mujeres y representan el 61,9% de los casos, con una incidencia de 85 casos por 100.000 hombres en comparación con 51 casos por 100.000 mujeres (figura 4). Los hombres jóvenes de 15 a 19 años son el grupo más afectado (figura 5). La tasa de malaria en el embarazo era de 71 casos por 100.000 embarazadas, es decir, 1,3 veces mayor que en las mujeres en edad fértil no embarazadas.

Grupos prioritarios

Alrededor de 35.000 cosechadores de castañas, conocidos como "zafreros", son la población que mayor riesgo corre en Bolivia. Los zafreros migran con su familia para

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

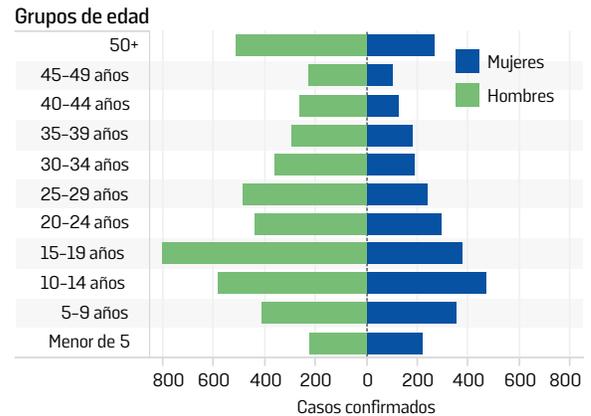


Figura 5. Incidencia de la malaria por edad y sexo en Bolivia, 2014

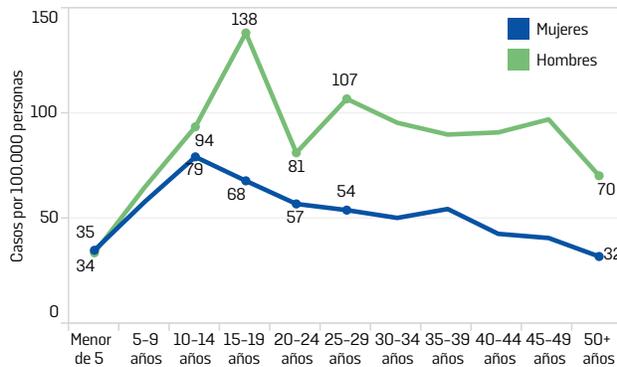


Figura 6. Láminas examinadas, PDR examinadas e ILP en Bolivia, 2000-2014

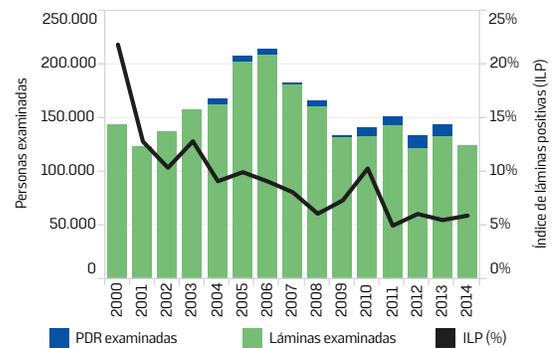
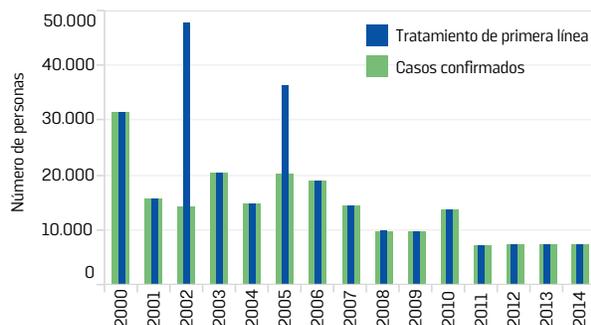


Figura 7. Número de casos de malaria y personas que recibieron tratamiento de primera línea en Bolivia, 2000-2014

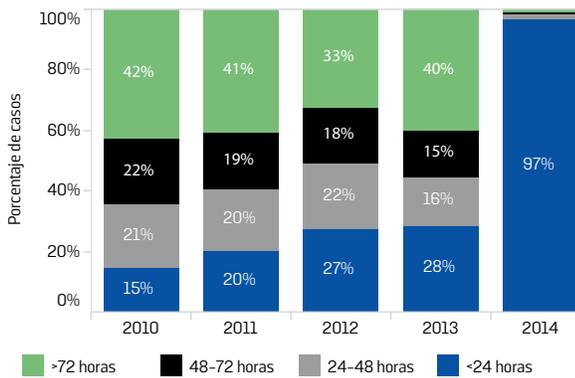


cosechar en distintas zonas y viven en condiciones precarias, en lugares a los que solo se puede llegar por río o por caminos en mal estado y, a menudo, intransitables. En la selva amazónica también viven indígenas, que se ven afectados por la malaria. En estos lugares casi no hay servicios de salud.

Diagnóstico y tratamiento

Para diagnosticar los casos de malaria se usa principalmente la microscopía, aunque se han usado también PDR, en particular en zonas rurales. No se notificó el uso de PDR en el 2014 (figura 6). En un estudio de la eficacia realizado en el 2011 se determinó que el 6,5% de 96 pacientes con infecciones por *P. vivax* presentaban resistencia a la cloroquina (22).

Figura 8. Tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento en Bolivia, 2010-2014

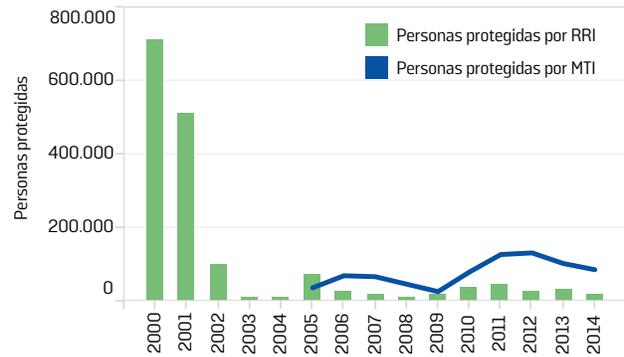


Un curso de siete días con cloroquina y primaquina es el tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. vivax*, mientras que el tratamiento de primera línea para *P. falciparum* consiste en una combinación de artesunato y mefloquina (figura 7). El tiempo informado entre inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento disminuyó notablemente en el 2014 (figura 8). Sin embargo se necesitarán datos en los próximos años para determinar si esto se debe a un mejoramiento real en el acceso al diagnóstico y tratamiento.

Control de vectores

El RRI ha disminuido considerablemente respecto del 2000 y en el 2014 protegió a unas 16.500 personas (figura 9). Se detectó resistencia confirmada a los piretroides en Guayaramerín en el 2013. El control de vectores con MTI protegió a unas 87.000 personas en el 2014. La distribución de los mosquiteros se ha centrado en comunidades amazónicas específicas, así como en las embarazadas que viven en zonas de alto riesgo durante las consultas prenatales.

Figura 9. Personas protegidas por RRI y por MTI en Bolivia, 2000-2014



Financiamiento

El gobierno ha proporcionado fondos regularmente para la malaria a lo largo de los años. El Fondo Mundial también ha dado apoyo para la malaria y contribuyó \$1,6 millones el año pasado (figura 10). Hasta el 2012 se dispuso de fondos proporcionados por la USAID en Bolivia.

Figura 10. Financiamiento para la malaria en Bolivia, 2000-2014

