



Asamblea General

Distr. general
3 de agosto de 2006
Español
Original: inglés

Sexagésimo primer período de sesiones

Tema 47 del programa provisional*

2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África

2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud de conformidad con la resolución 60/221 de la Asamblea General, titulada “2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África”.

Resumen

En el presente informe se destacan las actividades y los avances realizados desde el último informe (A/60/208) sobre el cumplimiento de los objetivos fijados para 2010 en relación con el paludismo, en el contexto de la resolución 60/221 de la Asamblea General y la Declaración de Abuja sobre la regresión del paludismo en África (2000). El informe ofrece una evaluación del programa para la regresión del paludismo para el período comprendido entre 2000 y 2005 y una visión del control de la enfermedad de 2006 en adelante. Examina, entre otras cosas, la evolución de la prevención y el tratamiento de casos y las perspectivas de eliminación de la enfermedad, incluyendo cuestiones relativas a investigación y desarrollo y movilización de recursos. El informe examina también los problemas vinculados al paludismo en las mujeres embarazadas y los problemas específicos de las epidemias de paludismo en las situaciones complejas de emergencia, y ofrece algunas conclusiones y recomendaciones para que las examine la Asamblea General.

* A/61/150.



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción y antecedentes	1–2	3
II. Evaluación del programa para la regresión del paludismo en el período comprendido entre 2000 y 2005	3–12	4
III. Control del paludismo: de 2006 en adelante	13–16	7
IV. Tratamiento de casos	17–22	9
V. El paludismo durante el embarazo	23–25	11
VI. Prevención del paludismo	26–32	11
VII. Vigilancia, supervisión y evaluación	33–35	14
VIII. Epidemias de paludismo y situaciones complejas de emergencia	36–37	15
IX. Eliminación del paludismo	38–39	16
X. Investigación y desarrollo	40–43	16
XI. Movilización de recursos y financiación	44–50	18
XII. Conclusiones y recomendaciones	51–52	20

I. Introducción y antecedentes

1. El paludismo es, fundamentalmente, una enfermedad que ocasiona la muerte de niños y de personas sin recursos económicos. Sigue amenazando a no menos de 3.000 millones de personas en 107 países y territorios y, aunque la mayor parte de los casos se registran en África, el paludismo es un problema mundial, que sigue dificultando el desarrollo económico y social de Asia, América Latina, el Oriente Medio, Europa y la región del Pacífico. Todos los años hay más de 500 millones de personas aquejadas de paludismo grave, con un resultado de más de 1 millón de muertes, de las cuales al menos el 86% se registra en el África subsahariana. Se calcula que todos los días mueren 3.000 niños y lactantes a consecuencia del paludismo y, cada año, hay aproximadamente 50 millones de mujeres embarazadas en países de todo el mundo donde el paludismo es endémico, y más de la mitad de ellas viven en regiones tropicales de África donde la transmisión del *Plasmodium falciparum* es elevada. Aunque durante el embarazo el paludismo es predominantemente asintomático en esas regiones, no deja de ser una de las principales causas de anemia materna grave y responsable también de aproximadamente un tercio de los casos prevenibles de nacimientos de bebés con bajo peso. En consecuencia, se calcula que cada año el paludismo contribuye a la muerte de 10.000 mujeres embarazadas y de hasta 200.000 lactantes sólo en África. En las zonas donde el nivel de transmisión es bajo o se produce en determinadas estaciones, las mujeres embarazadas corren un riesgo mayor de morir por las complicaciones del paludismo grave y de sufrir abortos espontáneos, partos prematuros o muertes intrauterinas del feto. Fuera de África todos los grupos de edad corren el riesgo de contraer el paludismo, si bien la incidencia de esta enfermedad se concentra mayoritariamente en poblaciones pobres y “marginadas” como los refugiados y los desplazados internos. El paludismo puede afectar también a los más de 125 millones de viajeros no inmunizados que cada año visitan países en los que el paludismo es endémico. Todos los años contraen la enfermedad entre 10.000 y 30.000 viajeros, que en ocasiones fallecen por esa causa.

2. El paludismo tiene efectos importantes para el desarrollo y el crecimiento económico a largo plazo de los países. Se ha demostrado que los países con una alta incidencia de paludismo causado por *Plasmodium falciparum* presentaron en 1965 tasas anuales de crecimiento económico inferiores en un 1,3% a las de otros países en el período comprendido entre 1965 y 1990, aun después de introducir en la ecuación otros factores determinantes del crecimiento. Está demostrado que el paludismo no permite a la gente pobre salir de la pobreza, que le cuesta a África 12.000 millones de dólares de los EE.UU. al año por el producto interno bruto perdido y que consume hasta un 25% de los ingresos de las familias y un 40% del gasto público en salud. El paludismo afecta desproporcionadamente a las personas pobres (casi un 60% de los casos de paludismo se producen entre el 20% de las personas más pobres del mundo). La enfermedad puede provocar un menor crecimiento económico y contribuir a la pobreza por numerosas vías, entre otras cosas, al generar gastos derivados de la atención médica, tanto pública como privada; hacer disminuir la productividad de los enfermos de paludismo y las personas encargadas de su cuidado; reducir el tamaño de la fuerza de trabajo con respecto al conjunto de la población por influir en las decisiones sobre fecundidad y, por tanto, en la estructura demográfica de las sociedades; y desalentar la inversión extranjera directa, el turismo y el comercio e inhibir la circulación de la mano de obra. El paludismo tiene efectos que perduran toda la vida para el desarrollo

cognitivo y los niveles educativos, debido a la anemia que induce y a que redundan en perjuicio de la asistencia escolar y del aprendizaje. En vista de la enorme carga que el paludismo representa para las economías de los países, resulta imperativo que los programas nacionales de lucha contra la pobreza destinen acciones y recursos expresos para combatirlo.

II. Evaluación del programa para la regresión del paludismo en el período comprendido entre 2000 y 2005

3. En la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, establecida en 1998 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), participan países en que el paludismo es endémico, sus asociados bilaterales y multilaterales en el desarrollo, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias, fundaciones e instituciones académicas y de investigación. Todas estas entidades están representadas en la Junta de la Alianza.

4. La secretaría de la Alianza, que se ha instalado en los locales de la OMS, es responsable de conseguir que el apoyo que reciben las iniciativas nacionales se rentabilice todo lo posible, de coordinar las contribuciones de los asociados a la iniciativa para lograr la regresión del paludismo y de asegurarse de que respondan a las necesidades de los países. El principal objetivo de la Alianza es reducir en un 50% la mortalidad ocasionada por el paludismo para 2010, y en un 75% para 2015. Las metas provisionales de la Alianza eran respaldar los siguientes objetivos establecidos en la Declaración de Abuja: a) que al menos el 60% de las personas afectadas por el paludismo pudieran tener acceso a un tratamiento correcto, asequible y apropiado en un plazo de 24 horas a contar desde el inicio de los síntomas, y a hacer uso de él; b) que al menos el 60% de las personas con riesgo de contraer el paludismo, especialmente las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años, se beneficiaran de medidas adecuadas de protección personal y comunitaria, como los mosquiteros impregnados de insecticida; y c) que al menos el 60% de todas las mujeres embarazadas con riesgo de contraer paludismo, especialmente las que se hallaran en su primer embarazo, recibieran tratamiento preventivo intermitente.

5. Desde 1998 la comunidad internacional ha vuelto a prestar atención y apoyo a la lucha contra esta enfermedad, por lo que existe la oportunidad de lograr un descenso de la mortalidad y la morbilidad derivados de ella que debería haberse conseguido hace ya mucho tiempo. Empiezan a estar disponibles varios nuevos instrumentos para prevenir, diagnosticar y tratar el paludismo, como mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado, procedimientos de diagnóstico rápido y tratamientos combinados con artemisinina altamente eficaces. Además, los aumentos de la financiación bilateral se han visto acompañados por la puesta en marcha del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y los anuncios del Banco Mundial de que aumentaría considerablemente los fondos destinados a la lucha contra esta enfermedad. Sin embargo, no se ha sacado el máximo provecho posible de estas oportunidades, lo que ha provocado un progreso desigual entre los distintos países por lo que respecta a la lucha contra el paludismo en los últimos cinco años.

6. Con respecto a los objetivos de Abuja para los países africanos, de 1999 a 2004 las encuestas nacionales realizadas en 35 países africanos muestran que la proporción mediana de niños tratados con un fármaco antipalúdico fue de aproximadamente el 50%. Sin embargo, puede que la mayoría de estos tratamientos resultasen ineficaces debido a que, en el 95% de ellos, el fármaco empleado fue la cloroquina, al cual muestra resistencia el *Plasmodium falciparum*, a que en un porcentaje considerable de los casos el fármaco no se administró en las 24 horas siguientes al inicio de la fiebre y a que la dosis no se evaluó. Según los datos recopilados en países africanos desde 2001, la tasa de utilización de mosquiteros impregnados de insecticida para proteger a niños menores de 5 años se ha venido situando en seis países entre el 34% y el 54%, y en 27 países, por debajo del 30%. En ocho países, entre un 36% y un 45% de las mujeres embarazadas duermen protegidas por mosquiteros impregnados de insecticida y, en 21 países, la cifra sigue situándose por debajo del 30%. No obstante, la tasa de utilización de mosquiteros de todo tipo (incluidos los no tratados con insecticidas) es muy superior. El uso de la fumigación secundaria de interiores en los hogares de la región de África pasó de 2,7 millones en 1999 a 4 millones en 2003, y se está aplicando ya en 17 países de África meridional y oriental. Según las citadas encuestas, parece que ningún país ha logrado alcanzar los objetivos de Abuja.

7. Por otro lado, no se sabe con certeza cuál ha sido el progreso general en la consecución de esos objetivos, puesto que su seguimiento se ha basado en encuestas nacionales que no se ajustaban a los indicadores básicos de la regresión del paludismo ni a los objetivos provisionales de la Alianza. Recientemente parece que en algunos países se ha avanzado hacia un mayor uso efectivo de intervenciones específicas como el uso de mosquiteros impregnados de insecticida en Eritrea, el Níger, el Togo, Zambia y Zanzíbar (República Unida de Tanzania), entre otros países; la fumigación secundaria de interiores en Botswana, Sudáfrica y Swazilandia, entre otros; y el empleo de tratamientos combinados con artemisinina en Burundi, Etiopía, Sudáfrica, Zambia y Zanzíbar (República Unida de Tanzania), entre otros. El progreso experimentado en muchos de esos países se debe en parte a una mayor cantidad de fondos procedentes del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y a la ayuda técnica prestada por la OMS.

8. Esta clara e importante discrepancia entre los objetivos fijados y los resultados conseguidos hasta ahora puede atribuirse a diversos factores clave. En primer lugar, la falta de un liderazgo técnico sólido de la OMS se tradujo en un “vacío” de liderazgo que trataron de llenar otros miembros de la Alianza, lo que provocó competencia entre ellos y que su asesoramiento fuese a menudo contradictorio. Esta estructura de gestión tan “laxa” en el seno de la Alianza dio origen a un proceso ineficiente de toma de decisiones y no se coordinaron adecuadamente las contribuciones de los diversos asociados. En segundo lugar, y en gran parte como consecuencia de lo anterior, se adoptaron políticas técnicas incorrectas en los países, o se adoptaron las adecuadas, pero no con la suficiente rapidez como para salvar vidas. Por ejemplo, aunque se conocía la importancia de cambiar la política de tratamiento del paludismo en favor de tratamientos combinados con artemisinina, la OMS no hizo el suficiente hincapié en ello, o no de forma lo suficientemente enérgica, y hasta hace poco los organismos de financiación seguían respaldando la adquisición de fármacos antipalúdicos ineficaces. La fumigación secundaria de interiores no recibió la atención que merecía como importante medio de lucha contra los vectores del paludismo, y no se emitieron recomendaciones claras de política

acerca del uso del tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo hasta ya tarde, a pesar de la resistencia cada vez mayor del *Plasmodium falciparum* a la sulfadoxina-pirimetamina, el fármaco empleado para esta intervención. En los debates mundiales seguía sin resolverse si lo que convenía era la distribución gratuita de los mosquiteros impregnados de insecticida o su comercialización social, y mientras tanto se iban perdiendo vidas y un tiempo valiosísimo. En tercer lugar, aunque los miembros de la Alianza se pusieron de acuerdo sobre sus objetivos, no consiguieron alcanzar un consenso en torno a estrategias claras para su consecución. Y en cuarto lugar, el seguimiento y la evaluación resultaron en su mayor parte ineficaces, lo que no permitió pedir cuentas a los países y los asociados. En la mayoría de los países, la cobertura y la repercusión de las intervenciones de lucha contra el paludismo se han venido supervisando, fundamentalmente, mediante encuestas que resultan costosas y son susceptibles de importantes desfases cronológicos.

9. Debido en parte a estas deficiencias, no se han proporcionado muchos de los fondos que se habían prometido para combatir el paludismo o su concesión ha sufrido importantes retrasos. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria no empezó a desembolsar fondos para este fin hasta principios de 2003. De 2000 a 2005 la financiación del Banco Mundial para el tratamiento del paludismo fue muy inferior a lo prometido, y apenas han empezado a recibirse más compromisos de fondos. La creación de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el paludismo en 2005 aumenta, sin embargo, la esperanza de poder disponer de una cantidad mucho mayor de recursos para combatir el paludismo en los próximos cinco años. En términos de financiación a nivel nacional, Botswana es el único país que ha cumplido el objetivo, fijado por los dirigentes africanos, de destinar un 15% del presupuesto del Estado a la salud.

10. Un rápido aumento de la demanda, combinado con la insuficiente atención prestada a la gestión de la cadena de suministro, condujo a una escasez mundial de productos antipalúdicos clave, sobre todo de tratamientos combinados con artemisinina suministrados por un único proveedor o de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado suministrados por un número limitado de proveedores. Este problema ha sido especialmente grave en el caso del artemetero y la lumefantrina, fabricados exclusivamente por Novartis Pharma AG. Los pedidos de estos productos tratamiento aumentaron rápidamente a partir de 2001, cuando la OMS pidió 220.000 dosis para el sector público. En 2004 estaba prevista una demanda de 10 millones de dosis, pero la empresa fabricante no ha llegado siquiera a surtir la mitad de esos pedidos debido a un suministro insuficiente de artemetero (el ingrediente clave) por parte de sus proveedores chinos. La escasez obedece a que no hay existencias suficientes de artemisinina, la materia prima extraída de la planta *Artemisia annua* necesaria para fabricarlo. Esta planta requiere un mínimo de seis meses de cultivo, y para la extracción, el procesamiento y la fabricación del producto final se necesitan entre tres y cinco meses más. El reciente incremento de la demanda de artemisinina ha ejercido, temporalmente, cierta presión sobre su disponibilidad en el mercado. La escasez mundial de artemetero y lumefantrina duró hasta finales de 2005. A partir del último trimestre de ese año su fabricante ha invertido en ampliar sus instalaciones de fabricación, conseguir la materia prima para la fabricación de artemisinina y aumentar su capacidad de producción para satisfacer la demanda en todo el mundo.

11. Aunque en un principio la mayoría de las artemisininas se producían en un número muy limitado de países, fundamentalmente China y Viet Nam, hoy por hoy la capacidad mundial de producción se ha ampliado a varios países más. Tanto el programa de preselección de las Naciones Unidas como los procedimientos de adquisición de la OMS y el UNICEF, que permiten la selección y adquisición de tratamientos combinados con artemisinina de calidad para los que no se dispone aún de un producto preseleccionado, han posibilitado la obtención de tratamientos combinados con artemisinina de calidad en cantidades suficientes como para satisfacer la demanda mundial. Ambos sistemas están abiertos tanto a productos innovadores como de calidad y han contribuido a aumentar la competencia de precios entre los fabricantes y los proveedores de estos tratamientos de calidad. Con los años se ha conseguido un descenso considerable de los precios gracias a los procedimientos de licitación conjunta de la OMS y el UNICEF, a una mayor financiación internacional de los tratamientos combinados con artemisinina y a los esfuerzos conjuntos por consolidar las previsiones y la demanda de los países. Para 2006 la capacidad de producción de tratamientos combinados con artemisinina de las seis principales empresas farmacéuticas se calcula en 130 millones de dosis, lo cual supera la demanda del sector público de este tipo de tratamientos, calculada en 110 millones de dosis a principios de 2006. La demanda de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado aumentó súbitamente desde un 20% de los pedidos de todo tipo de mosquiteros realizados por los países en 2004 hasta más de un 80% en 2005, lo que ocasionó que la capacidad de producción resultase insuficiente. No obstante, esta capacidad aumentó rápidamente y en la actualidad se sitúa en algo más de 5 millones de mosquiteros mensuales, a diferencia de 1,6 millones mensuales aproximadamente en febrero de 2005, y está previsto que aumente hasta aproximadamente 7 millones mensuales para junio de 2007 y bastante más para diciembre de 2007.

12. Todos estos factores han provocado una falta de cohesión y coordinación en el apoyo prestado a los países donde el paludismo es endémico. En los últimos cinco años, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo no ha conseguido aplicar con éxito las políticas y estrategias más adecuadas en los países, y los efectos sobre el terreno han sido insignificantes si se tienen en cuenta las inversiones realizadas.

III. Control del paludismo: de 2006 en adelante

13. Consciente de estas deficiencias críticas, la OMS decidió modificar la estrategia de su programa de lucha contra el paludismo creando el Programa Mundial contra la Malaria a principios de 2006, a fin de poder dar una respuesta cohesionada y firme a las necesidades de los Estados miembros en los que el paludismo es endémico. Este Programa incluye personal en la sede y a nivel nacional y regional. La orientación estratégica revisada cuenta con una serie de componentes clave: a) suministro por parte de la OMS de un liderazgo sólido en materia de políticas y estrategias de lucha contra el paludismo y de apoyo a los países; b) ampliación de la atención a países con paludismo endémico de todo el mundo, no sólo del continente africano; c) apoyo a los países en los que el paludismo es endémico para que se utilicen los mejores instrumentos disponibles, como la fumigación secundaria de interiores cuando resulte indicado, la distribución gratuita o altamente subvencionada de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado a todos los grupos de riesgo o el diagnóstico y tratamiento de los

casos de paludismo con terapias combinadas con artemisinina, y estrecha colaboración con los países para asegurarse de que las intervenciones se adaptan al perfil epidemiológico y socioeconómico de cada país; d) garantía de que las acciones de lucha contra el paludismo contribuyen a fortalecer los sistemas de salud y a una prestación integrada de servicios de salud esenciales; e) fomento de un enfoque multisectorial, con un sólido liderazgo del sector de la salud, para lograr respaldo político a las inversiones a largo plazo en dicho sector y para vincular las prioridades nacionales en materia de salud a los programas de desarrollo; f) mayor atención y rigor con respecto a la elaboración y aplicación de instrumentos eficaces de seguimiento y evaluación que midan los resultados de los programas y la efectividad de su cobertura y su repercusión; g) apoyo a investigaciones prioritarias para desarrollar nuevos métodos y herramientas y hacer frente a los obstáculos en la ejecución de los programas; y h) búsqueda de asociaciones bien coordinadas en los países para asegurar que el apoyo está armonizado y alineado con los planes y las estrategias nacionales.

14. Para que resulte viable y sostenible, la lucha contra el paludismo debe situarse en el contexto del refuerzo de los sistemas de salud. La OMS presta especial atención a este punto. En la actualidad, las intervenciones de lucha contra el paludismo se ven dificultadas por un suministro insuficiente de fármacos esenciales, la escasez de medidas preventivas, recursos humanos ineficaces y una infraestructura deficiente de atención médica. Se necesitan con urgencia estrategias para capacitar a un número cada vez mayor de personas en las especialidades requeridas (entomólogos médicos, especialistas en salud pública y directores de programa, por ejemplo) e incentivos para evitar la “fuga de cerebros” resultante de la emigración a otros países. Además, los países en los que el paludismo es endémico necesitan ayuda para crear: a) la capacidad de gestión necesaria para supervisar al personal de atención sanitaria a nivel nacional y de distritos; y b) mecanismos eficaces de creación de unos buenos servicios de laboratorio que garanticen un diagnóstico fiable y un tratamiento eficaz de los casos. Lo anterior debe complementarse con un sistema para la adquisición y distribución de medicamentos, reactivos, insecticidas y otros productos esenciales.

15. Desde su puesta en marcha en febrero de 2006, el Programa Mundial contra la Malaria ya ha comenzado a demostrar el éxito de esta nueva orientación estratégica. Para empezar, las partes interesadas han alcanzado un amplio consenso en torno a las tres principales intervenciones (diagnóstico de los casos de paludismo y tratamiento con medicamentos eficaces, distribución de mosquiteros impregnados de insecticida para una cobertura total de la población en riesgo de contraer la enfermedad y fumigación secundaria de interiores como medio importante de combatir los vectores del paludismo a fin de reducir la transmisión y eliminar la enfermedad), mediante mecanismos como el Grupo estratégico, técnico y consultivo de la OMS que asesora al Director General. Esas intervenciones han demostrado su rentabilidad aun en países de muy bajos ingresos¹. También se ha promovido enérgicamente la defensa de la eficacia de los tratamientos combinados con artemisinina, que tantas vidas salvan, mediante una prohibición mundial de las monoterapias con este componente.

16. La propia Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo ha iniciado un “proceso de cambio” para que la secretaría y la Junta respondan mejor a las necesidades. Este

¹ Bremen y otros, *Conquering Malaria* (2a. edición, abril de 2006) cap. 21.

proceso ha incluido la revisión de sus objetivos, mediante el aumento de la cobertura hasta alcanzar el 80%, y la búsqueda de formas de aumentar la eficacia de la Alianza. La OMS trabaja en el mando de este proceso de cambio y su contribución a la Alianza consiste en proporcionar un liderazgo técnico y estratégico más firme en materia de intervenciones de prevención y curación, garantizar la aplicación de las políticas más apropiadas a nivel de país e incrementar la capacidad de los países para lograr los objetivos de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Declaración del Milenio en relación con el paludismo de aquí a 2015. En los países, la OMS colabora, con buenos resultados, con asociados como el UNICEF para ampliar la distribución de mosquiteros impregnados de insecticida, y está empezando a trabajar también con el Banco Mundial para asegurar la adopción de políticas apropiadas en materia de fármacos y un mayor acceso a los tratamientos combinados con artemisinina en todo el mundo.

IV. Tratamiento de casos

17. Los países en los que el paludismo es endémico siguen modificando su política de tratamiento del paludismo causado por *Plasmodium falciparum*, abandonando las monoterapias, que han perdido su eficacia debido a la resistencia desarrollada por el parásito. Por lo general, los tratamientos combinados con artemisinina se consideran el mejor modo existente para tratar el paludismo sin complicaciones causado por el *Plasmodium falciparum*. Actualmente, 67 países, 41 de ellos en África, han adoptado los tratamientos combinados con artemisinina que recomienda la OMS como tratamiento de primera o segunda línea. Esta organización sigue prestando ayuda a los países en su transición hacia el uso de los tratamientos combinados con artemisinina mediante su colaboración en la revisión de los resultados de estudios de la eficacia terapéutica de los tratamientos antipalúdicos de primera línea, reuniones nacionales de consenso para actualizar las políticas en materia de tratamientos antipalúdicos, la elaboración de directrices nacionales de tratamiento, la capacitación de trabajadores del ámbito de la salud y la adquisición y aplicación de la nueva política en materia de tratamientos combinados con artemisinina. En 2005 se adquirieron aproximadamente 32 millones de dosis de este tratamiento a nivel mundial (25.539.044 en la región de África).

18. Hasta la fecha, se están aplicando tratamientos combinados con artemisinina en 39 países, 21 de ellos en África. En febrero de 2006, la OMS publicó sus directrices para el tratamiento del paludismo, cuya finalidad es proporcionar recomendaciones claras y sencillas para el tratamiento de esta enfermedad, fundamentadas en datos empíricos sólidos, y que puedan aplicarse eficazmente en la mayor parte de los contextos. La OMS está elaborando manuales operativos para apoyar la aplicación de los tratamientos combinados con artemisinina y también está ayudando a las distintas comunidades a supervisar el uso y los efectos de estos nuevos tratamientos mediante la creación de indicadores y de formularios para la presentación de informes a nivel comunitario y de las instalaciones de salud. La OMS está elaborando también nuevo material de información, educación y comunicación como apoyo a la aplicación de estos tratamientos combinados.

19. La resistencia del parásito causante del paludismo a los medicamentos sigue socavando los esfuerzos destinados a combatirlo. Por ello, la OMS ha instado también a que se realice un seguimiento continuado de la eficacia de los tratamientos combinados con artemisinina de reciente inicio, y está ayudando a los

países a reforzar sus sistemas de supervisión de la resistencia a los fármacos. Para salvaguardar la eficacia de las artemisininas como componente esencial de los tratamientos combinados con esta sustancia que tantas vidas salvan, la OMS ha hecho un llamamiento a diferentes niveles, incluidos los fabricantes, los proveedores internacionales de fármacos, las autoridades nacionales de salud y los organismos internacionales de ayuda y financiación involucrados en la concesión de fondos para medicamentos antipalúdicos esenciales, para que se prohíba el uso de monoterapias orales con artemisinina. También está actualizando las directrices sobre supervisión de los efectos de los medicamentos para asegurarse de que se vigila el perfil de inocuidad de los medicamentos recién introducidos. En septiembre de 2005 se publicó un informe mundial sobre la situación de la resistencia a los fármacos antipalúdicos.

20. La eficacia y la calidad de la atención sanitaria se ven enormemente favorecidas cuando se refuerzan los servicios de diagnóstico en todos sus niveles. Por ese motivo, la OMS está proporcionando asistencia técnica a los países para la adquisición y el empleo de pruebas diagnósticas rápidas del paludismo y la supervisión de su calidad, así como para mejorar la calidad de los diagnósticos de paludismo por microscopía. También se están elaborando, para su divulgación a finales de 2006, herramientas y manuales de capacitación sobre garantía de calidad tanto de las pruebas con microscopía como de las pruebas diagnósticas rápidas.

21. En África, 22 países han adoptado la idea de que los enfermos de paludismo reciban cuidados en el hogar para mejorar el acceso de las poblaciones vulnerables (especialmente niños menores de 5 años) a tratamientos eficaces en países donde los servicios sanitarios presentan un escaso alcance. Las artemisininas que se administran por vía rectal se usan cada vez más en los niveles periféricos del sistema de salud, entre enfermos de paludismo grave, como tratamiento previo a la remisión del enfermo a un centro de salud. Esa intervención tiene el potencial de salvar vidas de niños al reducir rápidamente las altas densidades del parásito hasta que los niños logran acceder a una institución sanitaria donde se les pueda suministrar tratamiento por vía parenteral.

22. La calidad de los productos (fármacos y material de diagnóstico) y de los servicios resulta vital para unos buenos resultados clínicos, y sin embargo crea enormes problemas en los países. Cada vez se encuentran más en los mercados de los países africanos y asiáticos medicamentos antipalúdicos falsificados. La OMS, la Wellcome Trust y la Interpol están colaborando en un intento de poner freno a la falsificación de comprimidos de artesunato que se está observando en el sudeste asiático, y para ello investigan su procedencia y alertan a las autoridades nacionales reguladoras de los medicamentos para que traten de detectarlas. El precio de los tratamientos combinados con artemisinina es muy superior al de las monoterapias previas (cloroquina y sulfadoxina-pirimetamina), lo que hace que muchas personas pobres no puedan permitírselos. El servicio internacional de adquisición de medicamentos, UNITAID puesto en marcha por el Brasil, Chile, Francia y Noruega y que se financiará mediante un gravamen sobre el transporte aéreo, está avanzando e iniciará sus primeras acciones efectivas de financiación de tratamientos combinados con artemisinina en octubre de 2006. El objetivo de UNITAID es servir como fuente fiable y sostenible de financiación para garantizar el acceso a medicamentos a precios asequibles para el tratamiento del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo.

V. El paludismo durante el embarazo

23. Además de pronunciarse por la reducción de la transmisión de la enfermedad mediante intervenciones de lucha contra los vectores del paludismo, la OMS recomienda el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo para la prevención de la enfermedad en zonas de transmisión estable, de moderada a alta, junto con un tratamiento eficaz de los casos de paludismo y anemia. No obstante, el tratamiento preventivo intermitente no se recomienda para la prevención del paludismo en mujeres embarazadas en las zonas de transmisión escasa e inestable de África, Asia y América Latina.

24. El tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina se ha adoptado como política en 33 (94%) de los 35 países de África con un patrón de transmisión del paludismo adecuado, y este tipo de tratamiento se encuentra en diversas fases de aplicación en 22 de ellos. No obstante, el rápido aumento que actualmente registra la resistencia del *Plasmodium falciparum* a la sulfadoxina-pirimetamina y la carencia de datos sobre la eficacia y la inocuidad de otros medicamentos antipalúdicos alternativos para la prevención y el tratamiento de la enfermedad suponen un enorme problema para el control eficaz del paludismo durante el embarazo. La OMS recomienda actualmente que, en los países donde la sulfadoxina-pirimetamina presente unos índices de fracaso parasitológico superior al 50% en niños pequeños, no se empiece a aplicar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina, y que en aquéllos donde ya se esté aplicando se realice un seguimiento de la eficacia de los programas y de los marcadores de resistencia a esta sustancia. La OMS está colaborando con asociados en el ámbito de la investigación para asegurarse de que se generan, con carácter urgente, datos sobre la inocuidad y la eficacia de medicamentos distintos de la sulfadoxina-pirimetamina tanto para la prevención como para el tratamiento del paludismo. Puesto que la mayoría de los países de África han cambiado ya a las terapias combinadas con artemisinina para el tratamiento de primera o segunda línea del paludismo, existe una necesidad imperiosa de obtener datos acerca de la inocuidad del uso inadvertido de tratamientos combinados con artemisinina en los tres primeros meses del embarazo. La OMS está apoyando la creación de registros de embarazo que faciliten el seguimiento de mujeres que hayan estado expuestas a este tipo de tratamiento durante ese período crítico.

25. Aunque la tasa de utilización de mosquiteros entre las mujeres embarazadas suele ser baja, las recientes iniciativas encaminadas a la distribución gratuita o altamente subvencionada de mosquiteros a estas mujeres cuando asisten a las clínicas de atención prenatal han ampliado la cobertura de esta intervención hasta situarla por encima del 50% en Kenya, Malawi y la República Unida de Tanzania.

VI. Prevención del paludismo

26. La OMS, en colaboración con el UNICEF, está centrando sus esfuerzos en el acceso universal a los mosquiteros impregnados de insecticida (mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado). Ambos organismos siguen abogando por la distribución gratuita o altamente subvencionada de mosquiteros impregnados de insecticida de forma regular o mediante campañas para alcanzar a las poblaciones más vulnerables. Concretamente, para contribuir a reducir la mortalidad infantil de manera sostenible, el suministro de mosquiteros debería integrarse en la atención

prenatal, el Programa Ampliado de Inmunización (rutinario y mediante campañas) y otras actividades relacionadas con la salud infantil, a fin de aumentar rápidamente su uso y hacer que éste se mantenga. En los 31 países de la región de África que proporcionaron datos al respecto en 2005, se distribuyeron 18.166.488 mosquiteros impregnados de insecticida de forma gratuita o altamente subvencionada, y 7.568.439 mosquiteros se volvieron a someter a tratamiento. En la actualidad el único país que casi ha logrado alcanzar el objetivo fijado en Abuja de que el 60% de los niños menores de 5 años estén protegidos con mosquiteros impregnados de insecticida es Eritrea. Se calcula que en 2005 se distribuyeron en África septentrional y el Oriente Medio 685.000 mosquiteros.

27. En las siguientes situaciones se ha logrado una alta tasa de utilización de mosquiteros con un elevado nivel de equidad: distribución gratuita a comunidades enteras (Eritrea); distribución gratuita o altamente subvencionada a mujeres embarazadas como parte de los cuidados prenatales (Kenya, Malawi y la República Unida de Tanzania); y distribución gratuita a niños de menos de 5 años de edad en combinación con campañas de vacunación (Ghana, el Níger, el Togo y Zambia). A menor escala se ha logrado también una alta tasa de utilización en combinación con los servicios ordinarios del Programa Ampliado de Inmunización y con jornadas de salud infantil, tales como los proyectos del Programa para la supervivencia y el desarrollo acelerado del niño que el UNICEF ha apoyado en África occidental. Lamentablemente, los proyectos comunitarios nunca han sido capaces de alcanzar por norma general altos niveles de cobertura en las zonas rurales pobres. Aunque la comercialización social ha resultado útil en ocasiones para crear una demanda, se ha cuestionado su rentabilidad, además de que con esa opción no se ha conseguido una elevada cobertura entre las poblaciones rurales pobres, especialmente cuando se necesitan juegos de insecticidas para volver a tratar los mosquiteros.

28. Los obstáculos al aumento del uso de los mosquiteros impregnados de insecticida han sido los siguientes: a) la necesidad de volver a tratarlos de forma regular; b) su disponibilidad; c) su asequibilidad; y d) su aplicación. Para evitar el problema de tener que volver a tratar los mosquiteros con insecticidas, se han fabricado mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado. La súbita y elevada demanda de éstos por parte de los países, respaldada por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y otros organismos de financiación, creó un estrangulamiento de la oferta en 2005 y principios de 2006. Esta situación ha sido mayoritariamente resuelta mediante un drástico aumento de la capacidad de producción de los fabricantes ya existentes y la entrada prevista en el mercado de varios productores nuevos entre diciembre de 2006 y junio de 2007. Actualmente resulta ya menos costoso conseguir una cobertura elevada mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado que mediante el uso de mosquiteros impregnados de insecticidas tradicionales, puesto que el precio de los primeros es de 5 dólares en promedio, y con ellos se puede proteger a dos personas durante un plazo de tres a cinco años. Aun así, los mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado (y en realidad también los mosquiteros impregnados de insecticida convencional) siguen siendo, por lo general, inasequibles para la mayoría de la población rural de África y tienen que suministrarse de forma gratuita o altamente subvencionada para poder ampliar su uso, puesto que, cuando los mosquiteros se encuentran al alcance de la población (tanto física como financieramente), su demanda es elevada. Hasta la fecha, el 64% de los países de la región de África han eliminado los impuestos que gravan los

mosquiteros impregnados de insecticida. Es necesario que los países reciban ayuda para incrementar la capacidad de planificación, organización y gestión de campañas de distribución a gran escala, que incluyan también un componente de información y educación, puesto que algunas poblaciones siguen mostrándose reticentes a dormir bajo estos mosquiteros o no los usan de forma sistemática.

29. La otra intervención con una amplia aplicabilidad en la lucha contra los vectores del paludismo es la fumigación secundaria de interiores, es decir, la aplicación de insecticidas a las superficies interiores de las viviendas con el fin de reducir el ciclo de vida de los mosquitos hasta el punto de que no puedan transmitir el paludismo. Esta medida se ha venido utilizando de forma sistemática y a gran escala principalmente en los países que estuvieron involucrados en la campaña mundial de erradicación del paludismo de los decenios de 1950 y 1960, es decir, Asia, África septentrional, el Cuerno de África, África meridional y el continente americano. La selección del insecticida para este tipo de fumigación en un lugar determinado se basa en factores como la resistencia al insecticida de los vectores del paludismo, viabilidad, costes e inocuidad, el tipo de superficie que va a fumigarse y la experiencia local. De los 12 insecticidas recomendados actualmente por la OMS para la fumigación secundaria de interiores, el diclorodifeniltricloreto (DDT) es el que presenta una mayor acción residual. También es el más barato por metro cuadrado fumigado, pero debido a su peso y su volumen, cuando el transporte es caro puede resultar más costoso que otras alternativas.

30. Las tendencias en la aplicación de la fumigación secundaria de interiores varían entre las diferentes regiones. En África, nueve países de los 17 que aplican este tipo de fumigación han proporcionado regularmente datos a la OMS en los últimos años, y en ellos (Eritrea, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, el Sudán, Swazilandia, Uganda y Zambia) la cifra total de hogares protegidos por esta técnica aumentó de 1.897.000 en 2000 a 2.755.000 en 2003, mientras que en Asia, en cuatro países de los 22 que emplean esta fumigación regularmente (el Iraq, Myanmar, Tailandia y Viet Nam), la cifra de hogares cubiertos aumentó de 2.297.000 a 3.052.000 en ese mismo período. En el continente americano, esta cifra descendió de 411.000 a 229.000 en nueve de los 21 países que aplican esta técnica de forma regular (la Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Nicaragua, Panamá, la República Bolivariana de Venezuela y la República Dominicana). La India sigue siendo el país del mundo con más personas protegidas por la fumigación secundaria de interiores (42 millones en 2004), fundamentalmente con DDT.

31. En junio de 2006, la Oficina Regional de la OMS para África organizó una consulta sobre el uso del DDT para la fumigación secundaria de interiores en Brazzaville. Entre los principales resultados pueden citarse los dos siguientes: a) el reconocimiento de que este tipo de fumigación debería aplicarse en el contexto de una estrategia integrada de gestión de los vectores del paludismo, puesto que la combinación de sinergias de intervenciones adecuadas a nivel local potenciaría al máximo los efectos del programa sobre la incidencia local de la enfermedad; y b) un llamamiento a los países para que i) garantizaran un proceso cuidadoso de adopción de decisiones, así como flexibilidad en la selección de las intervenciones y la asignación de recursos a las distintas opciones, con el objetivo a largo plazo de conseguir una cobertura total viable y sostenible; ii) crearan o reforzaran las capacidades necesarias para planificar, aplicar, supervisar y evaluar las acciones oportunas de lucha contra los vectores del paludismo, incluida la fumigación

secundaria de interiores con DDT; iii) establecieran sistemas para el seguimiento prospectivo de los posibles efectos adversos de los insecticidas, especialmente del DDT; iv) documentaran y divulgaran la experiencia adquirida con el uso del DDT; y v) siguieran las directrices y recomendaciones existentes de la OMS acerca del uso del DDT para la fumigación secundaria de interiores.

32. La OMS está por finalizar la elaboración de un manual completo actualizado y de nuevos sistemas de seguimiento de la fumigación secundaria de interiores, y el año próximo intensificará enormemente su labor de ayuda a los países para que hagan un mejor uso de esta técnica.

VII. Vigilancia, supervisión y evaluación

33. El muy considerable aumento de recursos y esfuerzos destinados a ampliar las intervenciones de lucha contra el paludismo entre las poblaciones en situación de riesgo (especialmente a través del Proyecto de refuerzo del Banco Mundial, la aplicación de propuestas del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en este ámbito y la Iniciativa sobre el paludismo) exigen un seguimiento y una evaluación rigurosos en los países. La evaluación del progreso de las medidas destinadas a combatir el paludismo ha resultado muy difícil, en parte porque, por lo general, los países carecen de una referencia con respecto a la cual evaluar ese progreso. Los sistemas ordinarios de notificación de datos de salud no son suficientemente representativos, puesto que amplios sectores de la población (sobre todo los quintiles inferiores) no tienen acceso a los servicios de salud y porque, en muchos países, la información todavía no se recopila de forma sistemática. Dada la complejidad del paludismo como enfermedad y las múltiples intervenciones destinadas a combatirlo, muchas de las cuales se realizan fuera del sistema de salud pública, las soluciones para su seguimiento y evaluación deben ser lo suficientemente flexibles como para llegar a los niveles comunitario y doméstico. Además, los métodos actuales se centran fundamentalmente en evaluar la eficacia de la cobertura y el impacto de las intervenciones, sin prestar atención suficiente a los resultados de los programas. Las encuestas por hogares, como las encuestas demográficas y de salud y las encuestas de indicadores múltiples, resultan caras, desfasadas e inadecuadas como herramienta de gestión de los programas nacionales. Todos esos factores han provocado evaluaciones ineficaces de los programas y la incapacidad de informar de forma oportuna y eficaz sobre el progreso realizado.

34. Para hacer frente a esta situación, la OMS: a) se esfuerza por conseguir que se aproveche más eficazmente la información recopilada mediante el seguimiento y la evaluación rutinarios de los programas, a fin de mejorarlos y orientar la asignación de sus recursos; y b) proporciona el liderazgo y las directrices necesarias, así como instrumentos y metodologías normalizados, para elaborar encuestas sobre paludismo sencillas y específicas que puedan llevarse a cabo, a nivel comunitario y en las instalaciones de salud, con un menor coste y un menor desfase temporal que las encuestas de que se dispone actualmente. Cuando sea posible, esas encuestas especiales sobre el paludismo deberán combinarse con otras que sean útiles pero insuficientes para satisfacer las necesidades de seguimiento y evaluación del control de la enfermedad. En un principio será necesario invertir una cantidad considerable de recursos financieros en el diseño de estas encuestas, en la elaboración de los instrumentos conexos y en su posterior puesta a prueba y aplicación.

35. La OMS está ayudando a los países a crear y aplicar una base de datos nacionales con indicadores probados sobre el terreno. En esa base de datos, que incluirá indicadores de la situación epidemiológica, la política y las estrategias en materia de paludismo, los resultados de los programas, la resistencia a los fármacos y los insecticidas y las corrientes de recursos, se reunirá de forma sistemática información y datos existentes sobre la enfermedad. La OMS se ha comprometido a asegurar que ese sistema se encuentre en funcionamiento en la totalidad de los 107 países en los que el paludismo dentro de los próximos dos años.

VIII. Epidemias de paludismo y situaciones complejas de emergencia

36. Las zonas del mundo en que la población se ve más afectada por situaciones complejas de emergencia son a menudo aquellas con la incidencia más alta de paludismo. De ahí que el paludismo sea una causa importante de muerte y enfermedad en las situaciones de emergencia. Se calcula que más del 30% de la mortalidad ocasionada por el paludismo en el mundo se registra en países comprendidos en esas zonas. Las circunstancias en que se dan las situaciones complejas de emergencia socavan todas las medidas preexistentes de control del paludismo y provocan el colapso de los servicios de salud. Los desplazamientos y movimientos de población, el aumento de la vulnerabilidad debido a la malnutrición y las infecciones concomitantes, la falta de vivienda o las viviendas en malas condiciones, el deterioro del medio ambiente con el consiguiente aumento del número de vectores y los conocimientos insuficientes con que cuentan los organismos de salud participantes contribuyen a una mayor incidencia del paludismo. Como resultado de todo ello, la población se vuelve más vulnerable a ataques de paludismo, paludismo grave y muerte por paludismo. Se necesitan estrategias especialmente adaptadas para luchar contra esta enfermedad en las situaciones de emergencia. En diciembre de 2005, la OMS publicó un manual interinstitucional para uso sobre el terreno titulado "Control del paludismo en las situaciones complejas de emergencia". El manual proporciona a las autoridades normativas, planificadores, directores de programas sobre el terreno y coordinadores médicos una orientación práctica actualizada sobre el diseño y aplicación de medidas para reducir la morbilidad y mortalidad ocasionadas por el paludismo, en particular durante la fase aguda de una situación de emergencia. La OMS continúa prestando apoyo práctico sobre el terreno durante crisis graves a los países afectados, como lo hizo en las zonas afectadas por el tsunami y en el Níger durante la crisis alimentaria, así como un apoyo continuo a los países en crisis en el contexto de la elaboración y aplicación de propuestas relacionadas con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La red de atención al paludismo en situaciones de emergencia, que la OMS ha hecho posible, empezó a funcionar en abril de 2005 mediante teleconferencias transmitidas tres veces al mes y una lista de correo electrónico que permite el intercambio inmediato de información vital con un grupo amplio de asociados en situaciones de emergencia.

37. A los países les resulta difícil asignar recursos para epidemias, sobre todo cuando no disponen de medios suficientes para satisfacer las necesidades diarias de atención sanitaria de las poblaciones afectadas por el paludismo. La OMS ha respaldado las actividades destinadas a mejorar la preparación, la detección temprana y los mecanismos de respuesta eficaz y puntual, incluida la utilización de

sistemas de alerta temprana del paludismo. Sin embargo, la mejor preparación para las epidemias consiste en fortalecer los sistemas de información sobre la salud con el fin de disponer de informes semanales sobre la enfermedad en zonas y estaciones de alto riesgo, que además sirven como puestos de control para su detección temprana. Se calcula que 144 millones de personas viven actualmente en zonas expuestas al paludismo epidémico en África.

IX. Eliminación del paludismo

38. En el curso del último decenio, varios países donde el paludismo es endémico han combatido esta enfermedad en forma tan resuelta que se están alcanzando las metas fijadas para su eliminación y, a nivel nacional, se está interrumpiendo su transmisión local. En 2003, los Emiratos Árabes Unidos se convirtieron en el primer país, desde el decenio de 1980, en solicitar oficialmente a la OMS que certificara que su territorio se mantenía libre de paludismo; en marzo de 2006 la OMS llevó a cabo una evaluación con miras a otorgar esa posible certificación. Es probable que antes de 2015 presenten solicitudes similares otros 10 o 15 países más, ya que una certificación de eliminación del paludismo puede tener consecuencias para la imagen política y socioeconómica internacional de un país, y para su capacidad de atraer turismo e inversiones internacionales. En vista de los hechos registrados, la OMS ha decidido volver a centrar la atención en la eliminación del paludismo, lo que incluye la elaboración de directrices sobre programas nacionales que permitan alcanzar ese objetivo, la prestación de apoyo técnico y operacional a los países que se encuentren próximos a la fase de eliminación y el establecimiento de mecanismos para la expedición de certificados oficiales.

39. Las regiones de Europa y del Mediterráneo oriental de la OMS ya han integrado la eliminación del paludismo a sus estrategias regionales, como una ampliación lógica de los éxitos alcanzados por sus Estados miembros en la lucha contra esa enfermedad. En lo que respecta a la región de Europa de la OMS, todos los países afectados por el paludismo convinieron en adoptar la declaración regional de 2005 sobre el avance de la lucha contra el paludismo hacia su eliminación. Por su parte, la región del Mediterráneo oriental de la OMS apoya la eliminación del paludismo en los países donde la interrupción de la transmisión es viable y potencialmente sostenible, es decir, Egipto, Marruecos, Omán y Siria.

X. Investigación y desarrollo

40. Con el fin de asegurar el éxito a largo plazo de las medidas de control del paludismo, se necesitan mayores inversiones en labores de investigación y desarrollo relacionadas con el paludismo, que guarden proporción con la escala de la enfermedad. En octubre de 2005, la Fundación Bill y Melinda Gates aportó la suma de 258,3 millones de dólares en subvenciones para la investigación del paludismo. Con estas subvenciones, el monto aproximado de los desembolsos efectuados en todo el mundo en actividades de investigación de la enfermedad será de 375 millones de dólares anuales. Sin embargo, los fondos disponibles para investigación y desarrollo en la lucha contra el paludismo son todavía muy insuficientes en comparación con la incidencia de la enfermedad. En 2004, se efectuaron inversiones en investigación y desarrollo sobre el paludismo por un total

de 323 millones de dólares, suma que equivale aproximadamente al 0,3% de la inversión total en investigación y desarrollo en la esfera de la salud. El efecto del paludismo para la humanidad es, no obstante, 10 veces superior a esa cantidad, puesto que se le atribuye el 3,1% de la incidencia de morbilidad mundial. El desarrollo constante de nuevos medicamentos antipalúdicos tendrá un importe mínimo de 30 millones de dólares anuales, y posiblemente más después de 2006, cuando un mayor número de proyectos pasen a la fase costosa del desarrollo clínico.

41. Hay nuevos productos medicinales contra el paludismo en proceso de investigación y desarrollo. Se trata de tres nuevas fórmulas del tratamiento combinado con artemisinina: dos de ellas son el resultado de una labor conjunta de la Iniciativa para obtener medicamentos para combatir enfermedades desatendidas y de empresas farmacéuticas (para estas fórmulas se espera obtener el registro en 2006 y en 2007 como combinaciones de dosis fija), mientras que el desarrollo de la tercera corresponde a Novartis y a la Operación Medicamentos Antipalúdicos (en este caso, se espera obtener el registro a principios de 2007 como fórmula para uso pediátrico). En la cartera de proyectos de desarrollo de la Operación Medicamentos Antipalúdicos hay tres nuevos tratamientos combinados con artemisinina que se encuentran en etapas avanzadas de investigación y su registro empezará en 2007. Las investigaciones que realiza el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en materia de enfermedades tropicales aportan información importante sobre la manera de mejorar el suministro de tratamientos a nivel de la comunidad y contribuyen a la elaboración de políticas sobre el empleo de pruebas de diagnóstico rápido en zonas de transmisión elevada. Hacia finales del año en curso, la OMS examinará los datos relativos a la seguridad, eficacia y rentabilidad del tratamiento preventivo intermitente para los lactantes y a la administración de medicamentos antipalúdicos, junto con las vacunas ordinarias, durante el primer año de vida a los lactantes que no presentan síntomas, como una nueva estrategia para el control del paludismo que tiene posibilidades de éxito. Durante el año en curso se avanzó más en la investigación de vacunas contra el paludismo y, en el caso particular de la vacuna RTSS, ésta se encuentra en las etapas más avanzadas de ensayo clínico y pasa actualmente por las pruebas correspondientes a la fase III.

42. La OMS y sus asociados han trabajado en estrecha colaboración para estimular el desarrollo de tecnologías de tratamiento de larga duración para mosquiteros y su transferencia con el fin de que los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración se fabriquen localmente en África. En relación con la lucha contra los vectores, el desarrollo de instrumentos más eficaces y de uso fácil, incluidos otros insecticidas distintos del DDT y los piretroides, ha sido últimamente objeto de un interés cada vez mayor, como lo demuestra en especial una importante iniciativa de la Fundación Bill y Melinda Gates. También se ha reforzado el seguimiento que los Estados miembros hacen de la resistencia de los vectores a los insecticidas en el marco de las redes regionales de la OMS y de la búsqueda de políticas prácticas para resolver los problemas derivados de dicha resistencia.

43. El programa mundial de investigación debe ocuparse de las lagunas en los conocimientos y de los instrumentos que hoy en día tienen importancia decisiva para el control del paludismo. La OMS definirá las prioridades de la investigación sobre el control del paludismo mediante un análisis crítico de las lagunas en los datos empíricos y de los problemas de ejecución para asegurar la integración de una cartera mundial de proyectos de investigación sobre el paludismo de gran pertinencia, que comprenda la definición del perfil de los productos, su desarrollo,

la investigación operacional y de ejecución y datos empíricos sobre políticas y estrategias. A medida que cobra impulso la ampliación de las intervenciones de lucha contra el paludismo van surgiendo nuevos obstáculos y problemas. Para asegurar su pronta y eficaz solución, la OMS ha expandido el ámbito de sus actividades a la investigación y el desarrollo, lo que supone establecer y definir el programa de investigaciones prioritarias para el control del paludismo, como también coordinar o encargar las tareas de investigación. Tendrá prioridad la búsqueda de datos empíricos sobre la rentabilidad de las intervenciones nuevas y en curso para combatir el paludismo, de manera que en los países se adopten decisiones fundamentadas sobre las intervenciones que conviene adoptar y sobre la elección de la combinación óptima entre muchas alternativas posibles.

XI. Movilización de recursos y financiación

44. La OMS calcula que para evitar la muerte por paludismo de 100.000 niños cada año habría que disponer de unos 100 millones de dólares en costos de los recursos para la sociedad. Se estima que los recursos mundiales necesarios para un control eficaz del paludismo ascienden a 3,4 mil millones de dólares al año (de este total se destinan en promedio 1,8 mil millones de dólares a África y 1,6 mil millones de dólares a otras regiones del mundo donde el paludismo es endémico). En esas estimaciones se han considerado factores como la necesidad de suministrar tratamientos combinados con artemisinina que, pese a ser más caros que otros medicamentos antipalúdicos, resultan necesarios en países donde se da el paludismo farmacorresistente causado por *Plasmodium falciparum*; la asistencia técnica; y el desarrollo de sistemas de salud conexos. El recurso al sector privado no estructurado para el tratamiento del paludismo, aunado a sistemas deficientes de información sobre la salud, plantea un problema para el cálculo exacto de los gastos efectuados en la lucha contra el paludismo.

45. En los países no se dispone de información fehaciente sobre la incidencia de la enfermedad ni sobre la financiación de las actividades de prevención y control del paludismo, y por ello se dificulta la determinación de políticas fundamentadas y la asignación eficaz de los recursos. En 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno de África se comprometieron a reducir o eliminar los impuestos y aranceles que gravan los principales productos para el control del paludismo, como medicamentos antipalúdicos, mosquiteros e insecticidas, pero sólo el 50% aproximadamente de los países de África lo han hecho hasta la fecha. En 2001, los dirigentes africanos se comprometieron a que su meta sería destinar el 15% de los presupuestos nacionales anuales al sector de la salud. Pese a que algunos Estados miembros han realizado progresos modestos en este sentido, todavía es pequeña la proporción del presupuesto nacional que en muchos países se destina a la salud (hasta la fecha, sólo Botswana ha destinado el 15% de su presupuesto nacional a ese sector).

46. La financiación internacional para la lucha contra el paludismo registró un importante aumento en el período comprendido entre 1999 y 2004, con una brusca subida en 2001 tras el establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En un estudio sobre los organismos de desarrollo, realizado en 2005, se llegó a la conclusión de que el importe de los fondos disponibles (no desembolsados) para el combate del paludismo fue de unos 600 millones de dólares en 2004, y se señaló que, desde 2001, el África subsahariana había recibido más del 75% de los recursos. El Fondo Mundial ha comunicado que

en 2005 sus desembolsos internacionales relacionados con el paludismo sumaron 308 millones de dólares aproximadamente, de modo que a fines de julio de 2006 los desembolsos totales ascienden a unos 748 millones de dólares. El Fondo Mundial lleva a cabo actividades en 73 países, donde financia 99 subvenciones para combatir el paludismo; todas estas subvenciones han recibido aportaciones de la OMS en todas las etapas del proceso de preparación y ejecución, o en algunas de ellas.

47. Además, las promesas que recientemente han formulado algunos de los principales donantes han incrementado las expectativas de que habrá más fondos disponibles para la lucha contra el paludismo. Entre 2002 y 2005 se duplicaron los fondos que los Estados Unidos proporcionaron por este concepto, al pasar de 118 millones de dólares a 246 millones de dólares. La Iniciativa sobre el paludismo ha anunciado que los fondos destinados a la prevención y tratamiento de la enfermedad registrarán un aumento superior a 1,2 mil millones de dólares en un período de cinco años. En junio de 2006, se agregaron otros cuatro países (Malawi, Mozambique, Rwanda y Senegal) a la Iniciativa sobre el paludismo como países prioritarios. En la cumbre del Grupo de los Ocho, celebrada en 2005, los dirigentes se comprometieron a ampliar las actividades de lucha contra el paludismo para alcanzar al 85% de la población vulnerable con intervenciones esenciales y a hacer contribuciones por la suma adicional de 1,5 mil millones de dólares que se necesita cada año. Hasta ahora, los cálculos más optimistas siguen mostrando que apenas se ha cumplido la mitad de ese objetivo.

48. En abril de 2005, se puso en marcha la Estrategia Mundial y Programa de refuerzo a la lucha contra el paludismo como el plan del Banco Mundial para controlar la enfermedad durante el período 2005-2010. En septiembre de 2005, se presentó el Programa de refuerzo a la lucha contra el paludismo en África, que es un plan de apoyo del Banco a las actividades de lucha contra el paludismo en África. En el curso del último año el Banco Mundial aprobó ocho proyectos, con los cuales el total de los fondos comprometidos para la lucha contra el paludismo en África asciende a 167 millones de dólares. Hay proyectos en preparación en otros siete países, y los fondos en tramitación para respaldarlos son del orden de 260 millones de dólares. El Banco Mundial pone de relieve la coordinación de los donantes para la lucha contra el paludismo, y está tratando de movilizar recursos complementarios de sus asociados. Se prevé que, en el ejercicio económico en curso, el Programa de refuerzo financie proyectos de lucha contra el paludismo por un valor de 190 millones de dólares.

49. La cumbre extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unidad Africana sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, celebrada en Abuja del 2 al 4 de mayo de 2006, volvió a examinar sus objetivos fijados en 2000 e instó a que se adoptaran medidas aceleradas para propiciar el acceso universal a los servicios de atención del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo en África. Los Jefes de Estados resolvieron intensificar la lucha contra las tres enfermedades, y asegurar en particular que se acelerara la prevención y el control de paludismo hasta lograr su eliminación mediante la aplicación de todas las estrategias eficaces, como la fumigación secundaria de interiores, los mosquiteros impregnados de insecticida, los tratamientos combinados con artemisinina y el tratamiento preventivo intermitente.

50. A pesar de esos indicios positivos, los recursos disponibles para el control del paludismo aún siguen estando muy por debajo del nivel necesario para luchar

eficazmente contra la enfermedad. Además, aunque la financiación destinada concretamente al paludismo ha ido en aumento, también se concentra cada vez más en la adquisición de productos sin que se registren incrementos simultáneos de fondos para asistencia técnica que permitan crear una capacidad nacional. Con la falta de fondos y la falta de capacidad se forma un círculo vicioso: sin capacidad, los países no pueden absorber los fondos disponibles y sin fondos, no pueden desarrollar su capacidad. Diversas iniciativas tropiezan, por consiguiente, con problemas de ejecución y no producen los efectos previstos, de forma que la morbilidad y mortalidad por causa del paludismo permanecen en niveles inaceptablemente elevados.

XII. Conclusiones y recomendaciones

51. La cobertura eficaz de las intervenciones para el control del paludismo es actualmente insuficiente, debido sobre todo a la escasez de fondos, la falta de conocimientos técnicos y deficiencias de los sistemas de salud. Una planificación inadecuada y el empleo de productos de calidad inferior o ineficaces agravan la situación. Un aumento de la financiación destinada a los programas nacionales de lucha contra el paludismo debe complementarse con fondos para asistencia técnica porque, sin incrementos paralelos de la capacidad de absorción —mediante recursos humanos debidamente capacitados, una infraestructura sólida y un apoyo técnico firme que sirvan de fundamento a las estrategias y políticas más adecuadas para el entorno local—, la financiación para la lucha contra el paludismo no llega a las poblaciones a la que está destinada ni alcanza sus objetivos. También es necesario que la financiación sea previsible para que los programas nacionales de control de la enfermedad puedan planificar inversiones a largo plazo, por ejemplo en materia de adquisiciones o recursos humanos. Además, se debe definir con mayor precisión la función del sector privado en la prestación de la atención de salud y mejorar su colaboración con el sector público para asegurar la calidad de la atención, el acceso a los servicios de salud y la protección financiera. El Ministerio de Salud de cada país debe dirigir las actividades de lucha contra el paludismo y fundir los enfoques horizontales y verticales en una estrategia global para el sector de la salud. Aunque se han logrado algunos avances desde 2000, persiste una escasez crítica de datos completos y puntuales sobre el paludismo, sin los cuales no es posible vigilar los resultados o medir los efectos producidos.

52. Sobre la base de las observaciones consignadas en el presente informe y en la resolución 58/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomienda que la Asamblea General inste a los países donde la malaria es endémica:

a) **A que utilicen, con apoyo de la OMS, las bases de datos nacionales para reunir y analizar sistemáticamente la información disponible sobre la situación prevaleciente en relación con el paludismo, en particular la epidemiología, los resultados de las políticas y programas nacionales, la cobertura de las intervenciones, la financiación y la situación de resistencia a los medicamentos y los insecticidas;**

b) **A que apliquen a sus contextos respectivos las políticas, estrategias e instrumentos que recomienda la OMS y a que, a partir de datos empíricos, establezcan a nivel nacional políticas, planes operacionales y procedimientos de seguimiento y evaluación basados en los resultados con el fin de ampliar la**

cobertura efectiva de las principales intervenciones preventivas y curativas a la población en situación de riesgo y evaluar los resultados de los programas, la cobertura de las intervenciones y sus efectos de manera eficaz y puntual;

c) A que evalúen la capacidad de sus programas nacionales de lucha contra el paludismo, en particular sus recursos humanos, y aseguren que en todos los niveles del sistema de salud se cuenta con personal calificado en número suficiente para satisfacer las necesidades técnicas y operacionales cuando haya mayores fondos disponibles para los programas de lucha contra el paludismo;

d) A que respondan a la necesidad de fortalecer sus sistemas de salud y asegurar una prestación integral de servicios de salud en los distritos, incluida la atención al personal de salud, el suministro de fármacos, la aplicación de medidas preventivas y la creación de una infraestructura de salud adecuada;

e) A que alienten la colaboración intersectorial, en particular en las instancias más altas de la administración pública, es decir, los Ministerios de Hacienda, Educación, Agricultura, Desarrollo Económico y Medio Ambiente, y mantengan y refuercen las redes existentes entre países, instituciones y sectores para combatir el paludismo;

f) A que prohíban la comercialización de monoterapias con artemisinina administrada por vía oral y a que exhorten a los organismos de financiación a que contribuyan a este esfuerzo y dejen de proporcionar fondos para la adquisición de monoterapias con artemisinina administrada por vía oral o con otros medicamentos, incluidos los fármacos antirretrovirales preseleccionados, de fabricantes que siguen comercializando productos para ese tipo de monoterapias;

g) A que eliminen los impuestos y aranceles con que se gravan los mosquiteros, medicamentos y otros productos necesarios para la lucha contra el paludismo, tanto para reducir el precio de esos productos para los consumidores como para estimular su libre comercio;

h) A que fortalezcan, con el apoyo de la OMS, los sistemas de vigilancia de la resistencia a los fármacos y a que pidan a la OMS que coordine una red de vigilancia mundial para seguir de cerca y gestionar la resistencia a los fármacos;

i) A que se ocupen, con el apoyo de la OMS, de desarrollar sistemas de vigilancia de la resistencia a los insecticidas y a que pidan a la OMS que coordine una red mundial para el seguimiento y gestión de la resistencia a los insecticidas.

53. Sobre la base de las observaciones consignadas en el presente informe y en la resolución 58/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomienda que la Asamblea General inste:

a) A los asociados internacionales a que utilicen los sistemas de seguimiento y evaluación que la OMS llegue a desarrollar como indicadores básicos mínimos en lugar de adoptar sistemas paralelos, y exhorta a la OMS a que, en unión de otros países y asociados, elabore metodologías de investigación sencillas y menos costosas para evaluar los efectos y la cobertura de las intervenciones contra el paludismo de manera eficaz y puntual;

b) A los asociados en la financiación bilateral y multilateral a que se familiaricen totalmente con las políticas y estrategias técnicas de la OMS, como la fumigación secundaria de interiores, los mosquiteros impregnados de insecticida y el tratamiento de casos, para asegurar que la financiación se utilice para apoyar sólo los proyectos que se ajusten a dichas políticas y estrategias, y a que estudien la posibilidad de presentar a la OMS, para su examen, los componentes técnicos de los proyectos aún no aprobados con el objeto de asegurar que cumplen las recomendaciones técnicas más recientes de la OMS;

c) A todos los organismos donantes y países importadores de alimentos a que hagan pública una declaración en que claramente definan su posición con respecto al uso del DDT para la fumigación secundaria de interiores, cuando ésta se realice en los lugares indicados y de conformidad con las directrices de la OMS, y a que proporcionen todo el apoyo posible a los países donde el paludismo es endémico para que puedan gestionar eficazmente la intervención e impedir la contaminación de los productos agrícolas con DDT y otros insecticidas empleados para la fumigación secundaria de interiores;

d) A los fabricantes de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración a que aceleren la transferencia de tecnología a los países en desarrollo, y exhorta al Banco Mundial y a los fondos regionales de desarrollo a que estudien la posibilidad de prestar apoyo a los países donde el paludismo es endémico para que establezcan fábricas con el fin de ampliar la producción de esos mosquiteros;

e) A la comunidad internacional a que combata el comercio de medicamentos falsificados en los países en desarrollo y que llegue a un consenso sobre los niveles y fuentes apropiados de subvenciones para los productos esenciales, es decir, los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y los tratamientos combinados con artemisinina, para que la población expuesta al paludismo pueda tener mayor acceso a los medicamentos de buena calidad y a las medidas de prevención;

f) A la OMS a que efectúe un examen del programa mundial de investigación sobre el paludismo desde la perspectiva del control de la enfermedad, en el que participen la comunidad científica (en que estarían incluidos los principales interesados, como la Fundación Bill y Melinda Gates, los Institutos Nacionales de la Salud y la Unión Europea) y los programas nacionales de lucha contra el paludismo. El examen se centraría en nuevos medicamentos para prevenir y tratar el paludismo, pruebas de diagnóstico, nuevos insecticidas y fórmulas, vacunas, investigación operacional y sobre ejecución y nuevas metodologías e instrumentos para evaluar los efectos y la rentabilidad de las intervenciones de lucha contra el paludismo, por sí solas y en combinación con otras y en diferentes entornos, con el fin de afinar las estrategias nacionales de control de la enfermedad;

g) A la comunidad internacional, entre otras cosas, a que aumente los recursos financieros del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria para que pueda seguir prestando apoyo a los países y a que proporcione recursos complementarios adecuados destinados a la asistencia técnica, en particular a la OMS y al UNICEF, para asegurar que los países estén en condiciones de absorberla y utilizarla con eficacia.