



Asamblea General

Distr. general
2 de agosto de 2010
Español
Original: inglés

Sexagésimo quinto período de sesiones

Tema 12 del programa provisional*

**2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria
en los países en desarrollo, en particular en África**

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

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe preparado por la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 64/79 de la Asamblea.

* A/65/150.



Informe de la Organización Mundial de la Salud titulado “2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África”

Resumen

En el presente informe se señalan los avances en la consecución de los objetivos de lucha contra la malaria para 2010, en el contexto de la resolución 62/180 de la Asamblea General. El informe se basa en los siguientes informes recientes: *Informe Mundial sobre la malaria* (2009), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS); *Malaria Funding and Resource Utilization: The First Decade of Roll Back Malaria* (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), OMS y Programa para la tecnología apropiada en salud (PATH), 2010); *World Malaria Day 2010: Africa Update* (UNICEF y PATH, 2010) y *Saving Lives with Malaria Control: Counting Down to the Millennium Development Goals* (Universidad de Tulane, Universidad de Johns Hopkins, PATH y OMS, 2010), elaborados por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. También se utilizan datos de países donde la malaria es endémica y de otros asociados para lograr la regresión de la malaria, como la Alianza para la Prevención de la Malaria. El informe termina con algunas recomendaciones que se someten a la consideración de la Asamblea.

Durante el último decenio, las actividades de lucha contra la malaria han atraído una atención política y un apoyo financiero considerables en los ámbitos internacional, regional y nacional. En la Cumbre africana para hacer retroceder el paludismo, celebrada en Abuja en 2000, los Jefes de Estado africanos se comprometieron a reducir a la mitad para 2010 la mortalidad a causa de la malaria de la población de África mediante la aplicación de estrategias y medidas encaminadas a lograr la regresión de la enfermedad. Los líderes mundiales lanzaron el desafío de “haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves en 2015” como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. A principios de 2008, el Secretario General Ban Ki-moon nombró a un Enviado Especial para la lucha contra la malaria con objeto de movilizar apoyo mundial para las actividades relacionadas con esa enfermedad. Tras el llamamiento que hizo el Secretario General en pro de la cobertura universal y en respuesta a los crecientes esfuerzos internacionales por lograr un compromiso a largo plazo en la lucha contra la malaria, la comunidad que combate esa enfermedad elaboró colectivamente el Plan de Acción Mundial contra el Paludismo. Los objetivos del plan son acelerar y mantener las actividades de lucha contra la malaria, para eliminar la enfermedad donde sea posible, y asegurar que se invierta en la investigación con objeto de conseguir nuevos instrumentos que permitan erradicar la enfermedad a largo plazo. Con el apoyo del Enviado Especial para la lucha contra la malaria y de la Alianza de Dirigentes Africanos para Combatir la Malaria, de reciente creación, en 2010 sigue atribuyéndose gran prioridad a la lucha contra esa enfermedad en el programa mundial de desarrollo.

En respuesta a las actividades de promoción a escala mundial, los compromisos internacionales para la financiación de la lucha contra la malaria han aumentado de menos de 200 millones de dólares en 2000 a 1.600 millones en 2009, debido principalmente al establecimiento del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la

Tuberculosis y la Malaria y a unos mayores compromisos financieros de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el Paludismo, el Banco Mundial y otros organismos. Este aumento de fondos ha permitido multiplicar de forma espectacular las actividades para combatir la enfermedad en muchos contextos y conseguir una disminución tangible de la carga de la malaria.

Se estima que en 2008 el porcentaje de hogares africanos que poseía al menos un mosquitero tratado con insecticidas (31%) era superior al de 2006 (17%), y en 2008 aumentó la proporción de niños menores de 5 años que utilizaban ese tipo de mosquiteros (24%) en comparación con años anteriores. En 13 países africanos con una alta carga de malaria, el porcentaje de hogares que poseía mosquiteros tratados con insecticidas superó el 50%. El porcentaje de niños que utiliza mosquiteros es inferior al objetivo del 80% establecido por la Asamblea Mundial de la Salud, principalmente porque en varios de los grandes países africanos el porcentaje de hogares que poseen mosquiteros es bajo. Actualmente se están facilitando recursos para distribuir más mosquiteros, gracias a lo que se entregarán más de 88 millones en 2009 y otros 70 millones en la primera mitad de 2010.

Aunque la utilización de terapias combinadas basadas en la artemisinina ha aumentado en comparación con 2006, sigue siendo muy baja en la mayoría de los países africanos. En 11 de los 13 países estudiados en el período 2007-2008, menos del 15% de los niños menores de 5 años afectados de fiebre recibieron ese tipo de terapia, un porcentaje muy inferior a la meta del 80% fijada por la Asamblea Mundial de la Salud. Esa cifra da una estimación artificialmente baja del tratamiento apropiado, ya que a la mayoría de los niños afectados de fiebre no se les hizo una prueba de diagnóstico para confirmar que se trataba de casos de malaria. En 2008, aproximadamente el 22% de los casos presuntos de malaria en África se confirmaron con una prueba de diagnóstico.

En los países africanos con una alta carga de malaria que han logrado una amplia cobertura de su población con mosquiteros y programas de tratamiento, los casos de malaria y de muerte, por la enfermedad registrados han disminuido en un 50%, lo que indica que es posible alcanzar las metas del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio destinadas a reducir la incidencia de la malaria si se consigue una cobertura adecuada con intervenciones decisivas. Aunque estos resultados se observaron en algunos entornos insulares (Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania)), también se lograron en países del África continental (por ejemplo, Eritrea, Rwanda y Zambia). Los datos relativos a Santo Tomé y Príncipe, Zambia y Zanzíbar indican que la importante disminución de casos de malaria y de muerte por la enfermedad ha ido acompañada por una pronunciada disminución de la mortalidad general de los niños menores de 5 años, lo que indica que las iniciativas de lucha intensiva contra la malaria ayudarán a muchos países africanos a reducir en dos terceras partes para 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años, de conformidad con el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

Un análisis reciente del seguimiento de la propagación de la malaria en 35 países africanos reveló que entre 2000 y 2009 se habían salvado más de 560.000 vidas, y que aproximadamente el 75% se habían salvado desde 2006. En general, más de un tercio de los 108 países palúdicos (9 africanos y 29 no africanos) documentaron que en 2008 los casos confirmados de malaria se habían reducido más de un 50% en comparación con 2000, aunque las reducciones más modestas se registraron en los países con una mayor tasa de incidencia. Diez países están

ejecutando programas de eliminación a escala nacional y ocho han iniciado la fase previa a la eliminación. Otros ocho países han interrumpido la transmisión y están en la fase de prevención de la reaparición de la malaria. En mayo de 2010, la OMS certificó que Marruecos estaba libre de malaria, con lo que se ha reducido a 107 el número de países donde la malaria es endémica.

La resistencia del parásito a los fármacos antipalúdicos y la resistencia del mosquito a los insecticidas constituyen graves amenazas para la lucha contra la malaria en el mundo. El primer caso de resistencia a la artemisinina se notificó en 2008 en la zona occidental de Camboya. Desde enero de 2009 se ha estado llevando a cabo una rápida respuesta de contención que incluye la detección y el tratamiento de todos los casos en zonas seleccionadas y el aumento de la distribución de mosquiteros a la población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad. Los primeros resultados indican que prácticamente ha desaparecido la malaria de la cepa *Plasmodium falciparum* resistente a la artemisinina. No obstante, en muchos países se sigue comercializando la monoterapia de artemisinina, a pesar de que la OMS ha pedido que se deje de utilizar, y sigue siendo una grave amenaza para la vida terapéutica útil de las terapias combinadas a base de artemisinina.

Los desembolsos a los países donde la malaria es endémica, que ascendieron aproximadamente a 1.500 millones de dólares en 2009, todavía no alcanzan los 5.000 millones de dólares que se necesitan anualmente para asegurar una amplia cobertura y la máxima repercusión en el mundo. El logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigirá no solo un nivel suficiente de recursos económicos, sino también, por un lado, reforzar los sistemas de salud para que puedan luchar contra el vector, dotarse de medios de diagnóstico de confirmación parasitológica y al mismo tiempo administrar terapias combinadas basadas en la artemisinina a los enfermos, y por el otro instituir sistemas de vigilancia sistemática de la enfermedad y de la aparición de resistencias a los fármacos antipalúdicos en el parásito y a insecticidas en el mosquito.

I. Antecedentes y contexto

1. En 2008, se registraron aproximadamente 243 millones de casos de malaria (de 5 a 95 centiles, entre 190 y 311 millones) en todo el mundo. La gran mayoría de casos se dieron en la Región de África de la OMS (85%), y después en la Región de Asia Sudoriental (8%) y la Región del Mediterráneo Oriental (4%). Según las estimaciones, en 2008 se registraron 863.000 muertes (de 5 a 95 centiles, entre 708.000 y 1.003 millones) de las cuales el 91% se produjeron en la Región de África, seguida a continuación por la Región del Mediterráneo Oriental (6%) y la Región de Asia Sudoriental (3%).

2. La malaria es una de las principales causas de mortalidad de los niños africanos, de modo que la lucha contra esta enfermedad representará una contribución directa al logro del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir en dos terceras partes para 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años. La lucha contra la malaria también contribuirá a la consecución del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad materna.

3. En 2007, las Naciones Unidas (mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio), la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo se habían fijado objetivos coherentes en relación con la cobertura y la repercusión de las intervenciones para 2010 y 2015. La cobertura debería abarcar a más del 80% de la población para 2010, con cuatro intervenciones esenciales: los mosquiteros tratados con insecticidas para personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad; los medicamentos apropiados para la malaria para casos probables o confirmados; la fumigación de interiores con efecto residual en hogares en situación de riesgo; y, en entornos de transmisión moderada a alta, el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. Los objetivos fijados a escala mundial son la reducción del número de casos y de defunciones per cápita por causa de la malaria en un 50% o más entre 2000 y 2010, y en un 75% o más entre 2000 y 2015.

4. En 2008, con ocasión del Día Mundial de la Malaria, el Secretario General hizo un llamamiento para que se emprendieran iniciativas a fin de poner término a las muertes por causa de la malaria garantizando la cobertura universal de las intervenciones de lucha contra esa enfermedad para finales de 2010. En consecuencia, la comunidad mundial que lucha contra la malaria estableció tres objetivos adicionales como parte del Plan de Acción Mundial contra el Paludismo, iniciado por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo en septiembre de 2008. El primer objetivo es reducir el número global de muertes por malaria evitables prácticamente a cero en 2015. Este objetivo es más ambicioso que el anterior de lograr una reducción del 75% del número de muertes por malaria para 2015. El segundo objetivo es eliminar la malaria de 8 ó 10 países para 2015 y posteriormente de todos los países que actualmente se hallan en la fase previa a la eliminación (2008). El tercer objetivo es, a largo plazo, erradicar la malaria del mundo reduciendo a cero la incidencia mediante una eliminación progresiva de la enfermedad en los países.

II. Políticas y estrategias de lucha contra la malaria

5. Las dos intervenciones más eficaces y de aplicación más generalizada para prevenir la malaria combatiendo los mosquitos son los mosquiteros tratados con

insecticidas de larga duración y la fumigación de interiores con efecto residual. Habida cuenta de que se necesita una alta tasa de cobertura para conseguir los mejores resultados con ambas intervenciones, la OMS recomienda la “cobertura universal” de las personas expuestas a la enfermedad en zonas seleccionadas para la prevención de la malaria. En el caso de los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, esto significa que todas las personas en situación de riesgo de las zonas seleccionadas para la prevención de la malaria, independientemente de su edad o género, deberían disponer de mosquiteros.

6. La OMS recomienda que los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración se proporcionen gratuitamente o se ofrezcan a precios altamente subvencionados. Los costos no deberían ser un obstáculo para ponerlos a disposición de todas las personas expuestas a la malaria, en particular las que corren mayor riesgo de sufrir las consecuencias perjudiciales de la enfermedad, como los jóvenes y las mujeres embarazadas.

7. La cobertura universal de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración puede alcanzarse y mantenerse mediante una distribución que combine una rápida cobertura inicial con campañas masivas periódicas, complementada con la distribución sistemática a mujeres embarazadas y niños durante las actividades de inmunización de las clínicas de atención prenatal e infantil.

8. Los programas nacionales de lucha contra la malaria y los asociados en la lucha contra esa enfermedad solo deberían adquirir los mosquiteros que recomienda el plan de evaluación de plaguicidas de la OMS. Esos mosquiteros están diseñados para mantener su acción biológica contra el mosquito vector de la malaria al menos durante tres años si se cumplen las condiciones de uso recomendadas, y evitan la necesidad de proceder a un tratamiento periódico con insecticidas.

9. Actualmente, el plan de la OMS recomienda fumigar interiores con 12 insecticidas de acción residual que pertenecen a cuatro categorías químicas. El diclorodifeniltricloroetano (DDT) tiene en comparación una acción residual más prolongada (más de 6 meses) contra los vectores de la malaria y desempeña una función importante en la reducción de la resistencia del vector. Los países pueden usar DDT para la fumigación de interiores tanto tiempo como sea necesario y en las cantidades que se precisen, siempre que se cumplan las directrices y recomendaciones de la OMS y el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, y hasta que se disponga de alternativas con el mismo grado de eficacia en función de los costos para realizar una transición sostenible y abandonar el uso del DDT.

10. La resistencia a los insecticidas, en especial los piretroides, supone una amenaza urgente y creciente para la sostenibilidad de los actuales métodos de control de los vectores. Es esencial vigilar y reducir la resistencia a los insecticidas utilizados, tanto en los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración como en la fumigación de interiores con efecto residual.

11. El tratamiento oportuno y efectivo contra la malaria disminuye la morbilidad, impide la muerte y reduce el reservorio de infección, dando con ello lugar a una lucha eficaz contra la malaria. En 2010 se publicó la versión actualizada de las Directrices de la OMS para el tratamiento del paludismo.

12. En todos los casos presuntos de malaria se recomienda la confirmación parasitológica sin demora (en las dos horas de la recepción de un paciente) mediante

pruebas de microscopio o diagnóstico rápido antes de iniciar el tratamiento. La administración de tratamiento atendiendo únicamente a indicios clínicos solo será procedente cuando resulte imposible efectuar un diagnóstico parasitológico. Cada vez es más importante la confirmación parasitológica de la malaria antes de iniciar el tratamiento, porque al disminuir la transmisión también disminuye el porcentaje de casos de fiebre atribuibles a la malaria. Cuando todos los casos de fiebre se tratan como casos de malaria no solo se hace un uso excesivo de las terapias combinadas a base de artemisinina, sino que tampoco se ofrece la atención adecuada a las personas con fiebre a causa de otras enfermedades. Una mayor utilización de pruebas de diagnóstico rápido ayudará a reducir el sobrediagnóstico de malaria y el uso excesivo de medicamentos contra esa enfermedad.

13. En los casos confirmados de malaria por *Plasmodium falciparum* que no presentan complicaciones se administrará una terapia combinada basada en la artemisinina, mientras que a los afectados por *Plasmodium vivax* se les administrará cloroquina cuando esta sea eficaz, o una terapia combinada basada en la artemisinina en las zonas donde el parásito sea resistente al fármaco. El tratamiento contra *Plasmodium vivax* deberá combinarse con la administración de primaquina durante 14 días a fin de evitar recaídas, tras confirmar que el paciente no tiene una deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.

14. Las terapias combinadas a base de artemisinina no solo son eficaces, sino que también ayudan a prevenir la aparición y difusión de las cepas de *Plasmodium* resistentes a los medicamentos. Actualmente, debido a su seguridad y eficacia, se recomienda la utilización de cinco terapias de ese tipo: artémeter-lumefantrina, artesunato-amodiaquina, artesunato-mefloquina, artesunato con sulfadoxina-pirimetamina y dihidroartemisinina-piperquina. La elección de la terapia debería basarse en la eficacia de la combinación en el país o la zona donde se va a utilizar.

15. En el caso de las mujeres embarazadas que se encuentren en zonas de intensa transmisión se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina dos o tres veces en los trimestres segundo y tercero del embarazo durante las visitas de atención prenatal. El tratamiento preventivo intermitente, que entraña el uso de una sola dosis de sulfadoxina-pirimetamina suministrada tres veces en el primer año de vida durante las visitas de rutina previstas en el Programa Ampliado de Inmunización, sigue siendo eficaz como tratamiento preventivo.

16. Debido a la resistencia del parásito, los fármacos antipalúdicos utilizados anteriormente han perdido toda su eficacia en buena parte del mundo, lo que pone en peligro la lucha contra la enfermedad. Otro tanto podría ocurrir con los derivados de la artemisinina y los fármacos que se combinan con ellos, por ahora extremadamente eficaces. La OMS recomienda retirar del mercado las monoterapias orales de artemisinina y sustituirlas por tratamientos de combinación basados en ese fármaco.

III. Financiación de la lucha contra la malaria

17. Debido a las actividades de promoción realizadas a nivel mundial, regional y nacional durante los últimos 10 años han aumentado los compromisos políticos y financieros con las iniciativas de lucha contra la malaria.

18. Los compromisos financieros para luchar contra la malaria contraídos por instituciones externas se multiplicaron por cinco y pasaron de aproximadamente 300 millones de dólares anuales en 2003 a 1.600 millones en 2009, registrándose un aumento particularmente considerable en 2009. Aunque los compromisos son fundamentales, el factor que determina el progreso son los desembolsos internacionales para la lucha contra la malaria en los países donde esa enfermedad es endémica. Esos desembolsos aumentaron de 35 millones de dólares en 2000 a más de 1.000 millones en 2008, y según las estimaciones habrían aumentado a 1.500 millones de dólares en 2009, es decir, 40 veces más.

19. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aportó 2.600 millones de dólares, es decir el 66% de todos los fondos externos desembolsados para los países donde la malaria es endémica entre 2000 y 2007. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, incluida la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el Paludismo, ocupó el segundo lugar después del Fondo Mundial en la aportación de fondos desde 2000 a 2007 al multiplicar su contribución a la lucha contra la malaria por 19, pasando de 10 millones de dólares en 2000 a 188 millones en 2007. El Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido ocupó el tercer lugar, aumentando sus contribuciones de 2 millones de dólares en 2000 a 19 millones en 2007.

20. Entre 2000 y 2007, el Fondo Mundial fue el principal proveedor de fondos externos en todas las regiones, excepto en la Región de Asia Sudoriental donde los fondos del Banco Mundial representaron el 55% de los desembolsos de las instituciones exteriores. En la Región de Europa, los fondos del Fondo Mundial representaron el 96% de los desembolsos de los organismos exteriores entre 2000 y 2007; en la Región del Mediterráneo Oriental representaron el 94% y en la Región de las Américas el 90%. En la Región de África, el apoyo del Fondo representó el 76% de la ayuda externa en comparación con el 12% del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, el 3% de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el 2% del Banco Mundial y el 1% del Japón.

21. Entre 2000 y 2007, los desembolsos de las instituciones externas para la lucha contra la malaria se multiplicaron por 28 en la Región de África de la OMS, por 27 en la Región del Mediterráneo Oriental (desde 2003), por 18 en la Región de Europa, por 13 en la Región del Pacífico Occidental y por 8 en la Región de las Américas. Únicamente en la Región de Asia Sudoriental no se registró un aumento sustancial de la asistencia externa, y los fondos de 2007 solo fueron 1,4 veces mayores que los de 2000.

22. El número de países que recibió asistencia externa para luchar contra la malaria aumentó de 29 en 2000 a 76 en 2007 (de un total de 109 países donde la malaria era endémica), y a África le correspondió el mayor aumento. Tan solo dos países del África Subsahariana donde la malaria es endémica no recibieron asistencia externa: Botswana y el Chad.

23. En general, los países menos poblados (por ejemplo Suriname, Santo Tomé y Príncipe y Eritrea) recibieron más fondos per cápita que los más poblados (como el Pakistán, China y la India). Estos niveles de desembolsos aparentemente bajos en los países más poblados podrían obedecer en parte al hecho de que las estimaciones sobre las poblaciones expuestas al riesgo de contraer la enfermedad son menos precisas y objeto de sobreestimación. Por consiguiente, aunque la observación de

que los países más poblados recibieron menos financiación externa es motivo de preocupación, debería tenerse en cuenta la falta de precisión al definir los grupos de población que se hallan en situación de riesgo en esos países, así como otros factores que determinan la necesidad de financiación externa, como la disponibilidad de fondos internos.

24. La información sobre la financiación interna de la lucha contra la malaria es menos completa. Al parecer, esa financiación ha aumentado en países de todas las regiones pero se observa una tendencia a la baja de 2007 a 2008 en dos regiones (las regiones de África y del Mediterráneo Occidental) y una reducción constante entre 2005 y 2008 en la Región de Asia Sudoriental. La mejora de la información disponible sobre la financiación interna de la lucha contra la malaria permitiría obtener una imagen más precisa y completa de la financiación mundial de la lucha contra esa enfermedad.

25. La financiación de los gobiernos suele cubrir los gastos fijos de los programas de lucha contra la malaria, incluidos los gastos relacionados con los recursos humanos y la gestión de los programas (entre otros, sistemas de información y talleres de planificación y supervisión). Los desembolsos de instituciones exteriores como el Fondo Mundial y la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el Paludismo se destinan más bien a financiar gastos variables, como los del suministro y la distribución de productos.

26. Aunque el monto total de los fondos disponibles para la lucha contra la malaria ha aumentado hasta alcanzar niveles sin precedentes, todavía es inferior a la cantidad anual que, de acuerdo al Plan de Acción Mundial contra el Paludismo sería necesaria para combatir con éxito la enfermedad en el mundo: entre 5.000 y 6.200 millones de dólares anuales entre 2009 y 2015. Aunque el elevado nivel de los compromisos contraídos en 2009 (1.500 millones de dólares) se traduzca en desembolsos y en gastos de programas, y se complemente con una cantidad igual de fondos procedentes de los gobiernos y del sector privado¹, el total de los fondos disponibles para la lucha contra la malaria se cifraría en torno a los 3.000 millones de dólares, es decir, sería inferior al 60% de los recursos necesarios previstos.

IV. Ejecución de los programas: lucha contra los vectores

27. En 2008, 23 países de la región de África y 35 de otras regiones habían seguido la recomendación de la OMS de proporcionar mosquiteros a todas las personas de cualquier grupo de edad expuestas a la malaria, y no solo a las mujeres y los niños. Esto suponía 13 países más que en 2007.

28. Según datos proporcionados por la Alianza para la Prevención de la Malaria, de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, el número de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración distribuidos en países del África Subsahariana aumentó de 5,6 millones en 2004 a 88,5 millones en 2009. Esa cantidad bastaría para dar cobertura aproximadamente al 55% de la población expuesta a la malaria en el África Subsahariana en 2009, suponiendo que dos

¹ Según las estimaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, los fondos públicos e internos debían equipararse aproximadamente a la financiación externa en 2007.

personas duerman bajo un mismo mosquitero y que los mosquiteros tengan una vida útil de tres años.

29. En el primer semestre de 2010 se distribuyeron otros 70 millones de mosquiteros tratados con insecticidas. Algunos grandes países que disponen de menos fondos están comenzando a lograr considerables progresos. Nigeria había distribuido 25 millones de mosquiteros a mediados de 2010 y está en vías de distribuir 64 millones para principios de 2011, por lo que el programa de este país se convertirá en la iniciativa de difusión más amplia que se ha emprendido con miras a alcanzar el objetivo de la cobertura universal para finales de 2010.

30. Los países que recibieron más asistencia externa per cápita (por ejemplo, Santo Tomé y Príncipe y Djibouti), pudieron distribuir más mosquiteros por persona y lograr una cobertura más amplia que otros que recibieron menos fondos, como Côte d'Ivoire y el Camerún.

31. Sobre la base de datos obtenidos de encuestas por hogares y de información sobre las adquisiciones de mosquiteros tratados con insecticidas, se estima que en 2008 un porcentaje más elevado de hogares de África (31%) disponía al menos de uno de esos mosquiteros en comparación con 2006 (17%), y que más niños menores de 5 años utilizaban mosquiteros (24%) en comparación con los años anteriores. En estos promedios ponderados ha influido el reducido porcentaje de hogares que poseen mosquiteros en algunos de los grandes países africanos, a los que actualmente se están proporcionando recursos para ampliar las actividades de lucha contra la malaria; en 13 países de África con una alta carga de malaria, el porcentaje de hogares que dispone de mosquiteros superó el 50%.

32. Aunque algunos países han logrado una notable equidad en cuanto a la posesión de mosquiteros tratados con insecticidas entre los hogares de zonas rurales y los de zonas urbanas, así como entre los hogares más pobres y los más ricos, muchos países no lo han conseguido. La equidad respecto de la cobertura se debe en gran medida a amplias campañas de distribución gratuita de mosquiteros destinadas a zonas de transmisión intensa de la malaria.

33. En 2008, 44 países, entre ellos 19 de la Región de África, notificaron que estaban utilizando la fumigación de interiores con efecto residual. En la región, el número de personas protegidas por ese tipo de fumigación se duplicó con creces entre 2006 y 2008 y pasó de 15 a 59 millones. Esto representaba el 9% de la población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad. En 2008, siete países protegieron a más del 10% de su población expuesta al riesgo: Botswana (38%), Etiopía (51%), Guinea Ecuatorial (56%), Madagascar (32%), Mozambique (30%), Namibia (16%) y Zambia (47%).

34. Resulta más difícil estimar la cobertura de las intervenciones en regiones distintas de África. Algunas intervenciones, como la fumigación de interiores con efecto residual y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas, se suelen llevar a cabo de forma selectiva y se destinan a grupos de población a los que resulta difícil acceder o que se desplazan (por ejemplo, migrantes, mineros y trabajadores forestales) más que a la población en general. En esas circunstancias, las encuestas por hogares resultan menos útiles y se realizan con menor frecuencia.

35. Los análisis sugieren que el número de mosquiteros tratados con insecticidas distribuidos a la población expuesta a la enfermedad era relativamente elevado (suficiente para abarcar a más del 20% de la población, suponiendo que el

mosquitero lo utilicen dos personas y que tenga una vida útil de tres años) en Suriname (58%), el Sudán (55%), Malasia (54%), Vanuatu (41%), la República Democrática Popular Lao (37%), Bangladesh (31%), Papua Nueva Guinea (30%), las Islas Salomón (25%), Bhután (23%), Camboya (23%), China (23%) y Tayikistán (19%). La cobertura de los hogares con un riesgo alto mediante fumigación de interiores con efecto residual superó el 50% en Tayikistán, Bhután y Malasia. En el Sudán, el Pakistán, las Islas Salomón, Filipinas y la India la cobertura de la fumigación fue de entre el 20% y el 40%.

36. Las encuestas por hogares indican que el porcentaje de hogares que poseen mosquiteros tratados con insecticidas es bajo (menos del 20% de los hogares) en Djibouti, Somalia y el Sudán. También sugieren que el 80% de los niños menores de 5 años duermen bajo un mosquitero en Camboya, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, aunque el porcentaje de niños que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticidas es mucho menor (4%, 41% y 13%, respectivamente). El porcentaje de niños menores de 5 años que dormían bajo un mosquitero tratado con insecticidas era del 17% en Papua Nueva Guinea en 2006, y del 41% en las Islas Salomón en 2007.

V. Ejecución de los programas: diagnóstico

37. En 2008, 20 de los 45 países donde la malaria es endémica de la Región de África de la OMS y 51 de los 64 países de otras regiones comunicaron que disponían de una política de pruebas parasitológicas para presuntos casos de malaria entre personas de cualquier edad.

38. En 2008, de los presuntos casos de malaria atendidos en centros públicos de atención de salud en 35 países con una alta carga de malaria de la Región de África, el 22% de los enfermos se sometió a pruebas de diagnóstico, cifra que duplicaba la registrada desde 2006. En 2008, 10 países sometieron a pruebas a los enfermos en más del 50% de los presuntos casos comunicados.

39. El número de pruebas de diagnóstico rápido realizadas aumentó rápidamente en 2007 y 2008, mientras que en 2005 fue prácticamente nulo. No obstante, en 2008 solo se sometió a pruebas de diagnóstico rápido el 13% de los presuntos enfermos de malaria, lo que indica que sigue existiendo una brecha en la capacidad de diagnóstico de esa enfermedad.

40. En el mercado se puede encontrar una amplia serie de marcas de pruebas de diagnóstico rápido y los productos difieren en cuanto a su funcionamiento. Este también se ve afectado por extremos de calor y humedad, condiciones que a menudo prevalecen sobre el terreno. A fin de asegurar la adquisición de pruebas de diagnóstico rápido de alta calidad, se aconseja a los países que compren productos que hayan demostrado un funcionamiento satisfactorio en el programa de evaluación de productos de la OMS. Este programa se inició en 2006 en colaboración con la Fundación para la Obtención de Medios de Diagnóstico Innovadores y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; con él se evalúa el funcionamiento de los productos utilizados en las pruebas de diagnóstico rápido, se guía a los países y organismos en la selección y adquisición de pruebas de calidad y se elaboran informes al respecto. Actualmente están disponibles los resultados de dos evaluaciones de funcionamiento de productos para el diagnóstico. Estas evaluaciones también tienen por objeto ayudar a los fabricantes a mejorar la

calidad de sus productos. Además, como es probable que el funcionamiento de los distintos lotes de productos varíe con el transcurso del tiempo, se recomienda realizar un control de calidad de todos los lotes de productos adquiridos mediante “pruebas por lotes” antes de distribuir los productos en gran escala sobre el terreno, así como poner en marcha un proceso de supervisión del funcionamiento de las pruebas de diagnóstico rápido sobre el terreno. El programa de evaluación de productos para el diagnóstico rápido presta un servicio de “pruebas por lotes” en uno de los tres centros regionales donde se evalúan los medios de diagnóstico rápido adquiridos.

VI. Ejecución de los programas: tratamiento

41. En 2009, 78 de los 83 países y territorios donde la malaria por *Plasmodium falciparum* es endémica habían aprobado la utilización de terapias combinadas a base de artemisinina como parte integrante de su política farmacéutica nacional.

42. El uso continuado de medicamentos para la monoterapia oral de artemisinina es un factor importante que contribuye a desarrollar la resistencia del parásito. A pesar del llamamiento de la OMS para suspender el uso de esos medicamentos (resolución 60.18 de la Asamblea Mundial de Salud, respaldada por todos los Estados miembros de la OMS en mayo de 2007), siguen fabricándose y muchos países aún no los han retirado de sus mercados. Desde 2005, la OMS ha determinado que 76 empresas farmacéuticas participan en la producción y comercialización de medicamentos para la monoterapia oral de artemisinina. Hasta julio de 2010, solo 36 habían cesado la producción, principalmente empresas que tenían una parte importante del mercado de las adquisiciones del sector público con fondos de organismos internacionales. Y es más probable que las empresas más pequeñas que destinan su producción a los mercados del sector privado hagan caso omiso del llamamiento de la OMS.

43. Entre los principales motivos del escaso éxito de la eliminación progresiva de la monoterapia a base de artemisinina cabe citar la deficiente regulación de los mercados farmacéuticos en los países donde la malaria es endémica. En julio de 2010, de los 78 organismos nacionales de reglamentación farmacéutica de los países donde la malaria por *Plasmodium falciparum* es endémica, 28 no habían adoptado medidas normativas para retirar esas terapias de sus mercados. La mayor parte de esos países pertenecen a la Región de África de la OMS (16 organismos nacionales de reglamentación farmacéutica), seguidos por la Región de Asia Sudoriental (5 organismos) y la Región del Pacífico Occidental (3 organismos). Es necesario prestar mayor asistencia a los organismos de reglamentación para que retiren progresivamente los medicamentos basados en la artemisinina.

44. La adquisición de terapias combinadas a base de artemisinina por el sector público sigue aumentando, de más de 76 millones de dosis de tratamiento en 2006 a más de 157 millones en 2009.

45. Catorce de los 35 países africanos con una alta carga de malaria comunicaron que habían distribuido suficientes terapias combinadas a base de artemisinina para tratar al menos el 50% de los enfermos de malaria en el sector público; 5 países comunicaron que habían distribuido un número suficiente de dosis para el tratamiento de todos los casos de malaria notificados en 2008. En la mayoría de los principales países no africanos, el acceso a tratamientos de primera línea fue

suficiente para cubrir todos los casos confirmados de malaria que se notificaron. En todas las regiones, excepto Asia Sudoriental, se suministraron más de dos dosis de tratamiento por caso confirmado.

46. El porcentaje de niños con fiebre que recibió algún medicamento contra la malaria osciló entre el 10% (Etiopía, 2007) y el 63% (Gambia, 2006), con un promedio ponderado del 32%, sobre la base de datos obtenidos de encuestas por hogares realizadas en el período 2006-2008. El porcentaje de niños con fiebre que recibió una terapia combinada a base de artemisinina osciló entre cero (varios países, 2006) y el 22% (territorio continental de la República Unida de Tanzania, 2008), con un promedio del 16%. Se registraron porcentajes ligeramente más elevados de la utilización de terapias combinadas a base de artemisinina en 2008 que en 2006, lo que probablemente refleja un aumento de la distribución de esas terapias, pero también puede obedecer en parte a que los datos de las encuestas por hogares recopilados durante esos dos años eran de diferentes países.

47. La escasa administración de terapias combinadas a base de artemisinina en el tratamiento de los niños con fiebre podría deberse a una limitada disponibilidad en los centros sanitarios, a los elevados precios en el sector privado y al reducido acceso a la atención (por ejemplo, pocos programas de asistencia comunitaria). En algunos casos también podría deberse a un mejor acceso a la confirmación parasitológica de la malaria, de modo que solo se ofrece tratamiento contra la malaria en los casos confirmados.

48. Se ha establecido con carácter experimental un mecanismo de financiación, el Centro de Medicamentos Asequibles para la Malaria, para brindar mayor acceso a las terapias combinadas a base de artemisinina y retirar del mercado los medicamentos más baratos pero ineficaces y las monoterapias que promueven la resistencia a los fármacos. Este programa, gestionado por el Fondo Mundial, se está aplicando con carácter experimental en ocho países.

49. La primera prueba documentada de la resistencia de la cepa *Plasmodium falciparum* a la artemisinina en Camboya occidental se publicó en 2008. En enero de 2009, en la frontera entre Tailandia y Camboya se comenzó a ejecutar un proyecto para detener la difusión de las cepas resistentes a la artemisinina. El proyecto, coordinado por la OMS con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, es una amplia iniciativa que incluye intervenciones para detectar y tratar todos los casos en zonas específicas y aumentar la cobertura de los mosquiteros entre la población expuesta a la malaria. A principios de 2010, los resultados del programa de detección realizado en 20 aldeas de alto riesgo indicaron que prácticamente ha desaparecido la malaria por *Plasmodium falciparum* resistente a la artemisinina. Los datos procedentes de las primeras siete aldeas en las que se ejecutó el programa indicaron que solo se habían detectado dos casos entre las 2.800 personas examinadas. Datos procedentes del servicio nacional de vigilancia de Camboya también confirmaron que el número de casos de malaria por *Plasmodium falciparum* habían disminuido muchísimo en las zonas seleccionadas.

VII. Tratamiento preventivo

50. Treinta y cinco países de la Región de África y tres de la Región del Mediterráneo Oriental han aprobado y están administrando el tratamiento preventivo

intermitente contra la malaria para mujeres embarazadas. Papua Nueva Guinea también ha adoptado una política para aplicar la terapia preventiva intermitente. Se dispone de datos sobre esa terapia para las mujeres embarazadas obtenidos mediante encuestas durante el período 2007-2008, correspondientes a nueve países con una población total de 217 millones de personas. En 2007-2008 el porcentaje de mujeres que recibieron dos dosis de tratamiento durante el embarazo osciló entre el 3% en Angola y el 66% en Zambia, con un promedio ponderado del 20%.

VIII. Repercusiones de los programas de lucha contra la malaria en la Región de África de la OMS

51. Entre los países africanos con una alta carga de malaria que lograron una amplia cobertura de su población con mosquiteros y programas de tratamiento se observó una reducción superior al 50% del número de casos de malaria y de muertes por la enfermedad notificados en cuatro países (Eritrea, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe y Zambia) y en una zona (Zanzíbar (República Unida de Tanzania)). En Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar, se observó una reducción del número de casos de malaria y de muertes por la enfermedad al cabo de dos o tres años debido al uso generalizado de la fumigación de interiores con efecto residual, los mosquiteros tratados con insecticidas y la terapia combinada a base de artemisinina. En Rwanda, se observó una reducción solo mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticidas y la terapia combinada a base de artemisinina.

52. Después de una intensiva campaña antipalúdica, el número de fallecimientos por cualquier causa de pacientes hospitalizados disminuyó en un 53% en Santo Tomé y Príncipe y en un 57% en las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania). En Zambia las tasas de mortalidad infantil por cualquier causa cayeron en un 35%, según se desprende del número de muertes registradas en centros de salud y de los índices de mortalidad de menores de 5 años calculados a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2007. Estas tendencias, si se confirman en países no insulares, parecen indicar que un combate agresivo contra el paludismo podría ayudar a muchos países africanos a reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes para 2015, conforme a lo previsto en el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio.

53. En otros países africanos con una alta carga de malaria se han producido resultados similares, pero los cambios respecto de la morbilidad y mortalidad no se han hecho muy patentes debido a que los sistemas de vigilancia de la enfermedad no están suficientemente desarrollados para detectarlos. Sobre la base del número de mosquiteros tratados con insecticidas distribuidos en 35 países de África, se estima que se salvaron más de 560.000 vidas entre 2000 y 2009, la mayoría desde 2006.

54. En cinco de los seis países de África con una baja tasa de transmisión (Botswana, Cabo Verde, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia) se observó una reducción superior al 50% del número de casos de malaria confirmados y de muertes por la enfermedad notificados entre 2000 y 2008. Al parecer, la disminución de casos se ha estabilizado y se mantiene entre un 10% y un 25% de las cifras registradas en 2000. En todos esos países se ha comprobado que se realizan actividades a gran escala dentro del programa de lucha contra la malaria, aunque la sequía que afectó a Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe entre 2001 y 2003 también podría haber contribuido a la reducción inicial de casos. No es posible

determinar si el número de casos va en aumento, permanece estable o disminuye en el otro país con una alta tasa de transmisión, Zimbabwe, aunque en 2008 las actividades de prevención abarcaron al parecer a más del 50% de la población con un riesgo alto de contraer la enfermedad.

IX. Repercusiones de los programas de lucha contra la malaria en otras regiones de la OMS

55. El número de casos notificados en la Región de las Américas disminuyó de 1,14 millones en 2000 a 557.000 en 2008. Se comunicó una reducción superior al 50% en 11 países (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Suriname). Cuatro de esos países (Argentina, El Salvador, México y Paraguay) se hallaban en la etapa de eliminación o en la etapa previa a la eliminación, con un seguimiento activo de los presuntos casos, mientras que en otros cuatro (Guatemala, Guyana, Nicaragua y Suriname) se comprobó que se realizaban actividades en gran escala para las poblaciones expuestas al riesgo de contraer la malaria. Tres de esos países (Guyana, Nicaragua y Suriname) también registraron un elevado índice anual de exámenes de sangre, lo que indica un buen acceso al tratamiento contra la enfermedad. Cinco países (Brasil, Colombia, Costa Rica, Panamá y Perú) notificaron fluctuaciones en el número de casos entre 2000 y 2008, lo que se podría vincular a las reducciones registradas en los últimos años. El Brasil había ampliado considerablemente la disponibilidad de diagnóstico y tratamiento mediante una red de más de 40.000 profesionales sanitarios que visitaban los hogares. El número de casos confirmados en la Guayana Francesa registró pocas modificaciones entre 2000 y 2008. Tres países (Haití, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)) notificaron un aumento del número de casos entre 2000 y 2008, aunque el aumento en Haití estaba vinculado a un aumento del índice anual de exámenes de sangre. Belice no facilitó información. En resumen, en ocho países (Argentina, El Salvador, Guatemala, Guyana, México, Nicaragua, Paraguay y Suriname), el número de casos disminuyó más de 50% debido a la intensa actividad del programa de lucha contra la malaria.

56. Se observaron reducciones superiores al 50% del número de casos notificados entre 2000 y 2008 en cinco países de la Región de Asia Sudoriental (Bhután, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia). En un país (India) se observaron reducciones superiores al 25% pero inferiores al 50%. Se comprobó que se habían realizado intervenciones en gran escala de lucha contra la malaria en dos países que registraron una reducción del número de casos (Bhután y Tailandia), aunque la reducción en Tailandia se estabilizó en 2006 a medida que fue disminuyendo el número de personas que podían acogerse a programas de prevención de la malaria. Dos países que se hallaban en la etapa previa a la eliminación (República Popular Democrática de Corea y Sri Lanka) realizaron un seguimiento activo de todos los presuntos casos. Al parecer, en la India y Nepal el alcance de las intervenciones preventivas fue demasiado reducido, ya que solo se dio cobertura a menos del 50% de la población expuesta al riesgo de contraer la enfermedad. El resto de los países donde la malaria es endémica (Bangladesh, Indonesia, Myanmar y Timor-Leste) no notificaron cambios o aumentos del número de casos, y al parecer el alcance de las actividades de lucha contra la malaria fue demasiado reducido en relación con la población total expuesta al riesgo. En

resumen, cuatro países (Bhután, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia) registraron una disminución de los casos de malaria debido a las actividades del programa de lucha contra esa enfermedad, aunque en Tailandia pareció estabilizarse entre 2006 y 2008.

57. El número de casos de malaria notificados en la Región de Europa se ha reducido sustancialmente, de 32.474 en 2000 a 285 en 2009. En toda la región se realizan actividades intensivas de lucha contra la malaria. La fumigación de interiores con efecto residual es el principal medio de lucha contra los vectores, que se complementa con el uso del pez larvívoro *Gambusia* en las zonas de cultivo de arroz, la detección activa y pasiva de casos, y la colaboración entre países en las zonas fronterizas afectadas; en 2005, los nueve países de la Región de Europa afectados por la malaria suscribieron la Declaración de Tashkent, cuyos objetivos son interrumpir la transmisión de la malaria para 2015 y erradicar la enfermedad en la región. Los dos últimos casos de malaria por *Plasmodium falciparum* contraídos localmente se notificaron en Tayikistán en 2008. Si no se notifican más casos, podrá afirmarse que 2009 ha sido el año en el que se ha eliminado este tipo de malaria en la Región de Europa. En resumen, todos los países de la Región de Europa donde la malaria es endémica tienen programas de lucha contra esa enfermedad en curso y han notificado reducciones sostenidas del número de casos superiores al 50%.

58. Cuatro países de la Región del Mediterráneo Oriental (Afganistán, Arabia Saudita, Irán (República Islámica del) e Iraq) notificaron una tendencia a la baja de la frecuencia de la malaria. Se ha comprobado que en la Arabia Saudita, el Irán (República Islámica del) y el Iraq se realizan intensas actividades de lucha contra la enfermedad, clasificadas como actividades de la etapa de eliminación o de la etapa previa a la eliminación. Otros países de la región (Djibouti, Pakistán, Somalia, Sudán y Yemen) no han registrado una reducción constante del número de casos, aunque el Sudán ha ampliado la cobertura de las actividades de prevención de la malaria a más del 50% de la población expuesta al riesgo. En resumen, tres países (Arabia Saudita, Irán (República Islámica del) e Iraq) mostraron una reducción sostenida del número de casos debido a la ejecución en gran escala de actividades de lucha contra la malaria.

59. Tres países (República de Corea, República Democrática Popular Lao y Viet Nam) notificaron una reducción superior al 50% del número de casos confirmados entre 2000 y 2008, y tres países (Malasia, las Islas Salomón y Vanuatu) notificaron una reducción superior al 25%. Durante el mismo período se comprobó que en esos seis países se realizaron actividades en gran escala de lucha contra la malaria. No se registraron datos de una reducción sostenida en Camboya, China, Filipinas y Papua Nueva Guinea. En todos esos países se comprobó un aumento de las actividades de prevención o curación, en particular en Filipinas, pero o bien esas actividades eran demasiado recientes para que se vieran los resultados, o estos no se habían detectado debido a fallos en los sistemas de vigilancia. En resumen, seis países (Islas Salomón, Malasia, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Vanuatu y Viet Nam) mostraron una reducción sostenida del número de casos debido a la ejecución en gran escala de actividades de lucha contra la malaria.

X. Eliminación de la malaria

60. La OMS alienta a los países de zonas de transmisión inestable o baja a que procedan a eliminar la malaria (interrumpir su transmisión)². Entre las condiciones que se consideran requisitos previos para lograr y mantener la eliminación de la malaria en esas zonas cabe señalar la existencia de un sistema de atención de la salud con una cobertura nacional de servicios de control de la calidad, incluida la vigilancia. En las zonas de transmisión alta y estable con una elevada capacidad vectorial imposible de abatir, como ocurre en muchas partes del África tropical, es poco probable que se alcance y se mantenga la condición de “zonas libres de malaria” con los instrumentos disponibles en la actualidad.

61. Diez países (Arabia Saudita, Argelia, Azerbaiyán, Georgia, Iraq, Kirguistán, República de Corea, Tayikistán, Turquía y Uzbekistán) están aplicando programas nacionales de eliminación de la malaria. Entre ellos, la Arabia Saudita es el único país donde todavía persiste la transmisión activa por *Plasmodium falciparum* y el único ubicado fuera de la ecozona paleártica. Cuatro de esos países (Argelia, Georgia, Iraq y Uzbekistán) notifican menos de 10 casos locales al año a escala nacional y otros dos notifican menos de 100 casos al año.

62. Ocho países (Argentina, El Salvador, Irán (República Islámica del), Malasia, México, Paraguay, República Popular Democrática de Corea y Sri Lanka) se encuentran en la etapa previa a la eliminación de la malaria y están comenzando a aplicar un enfoque para lograr la eliminación en el ámbito nacional.

63. Otros ocho países han interrumpido recientemente la transmisión de la malaria. En los últimos años se han registrado brotes de nuevos casos de transmisión local en las Bahamas, Jamaica y la Federación de Rusia, así como recidivas en Omán tras una ausencia de tres años. Esos países, junto a la República Árabe Siria (donde el último caso local se notificó en 2004), Armenia, Turkmenistán (donde los últimos casos locales se notificaron en 2005) y Egipto, integran el grupo de países cuyo objetivo es prevenir la reaparición de la transmisión. Para ello es indispensable contar con sólidos sistemas de vigilancia.

64. En mayo de 2010, Marruecos pasó a ser el segundo país en la historia reciente que recibió la certificación de la OMS como país libre de malaria; los Emiratos Árabes Unidos recibieron la certificación en enero de 2007. Marruecos notificó su último caso de transmisión local de malaria por *Plasmodium vivax* en 2004. Turkmenistán y Armenia han iniciado el proceso de certificación de la eliminación de la malaria.

² Eliminación de la malaria: interrupción de la transmisión de la malaria por el mosquito, a nivel local; reducción total de la incidencia de la infección causada por parásitos de la malaria humana en una zona geográfica determinada como resultado de acciones deliberadas; para ello se requiere la constante adopción de medidas destinadas a prevenir el restablecimiento de la transmisión. Certificación de la eliminación de la malaria: puede concederla la OMS cuando se ha demostrado más allá de toda duda razonable que la transmisión local de la malaria humana por el mosquito *Anopheles* se ha interrumpido por completo en todo un país al menos durante tres años consecutivos. Erradicación de la malaria: reducción total permanente en el mundo de la incidencia de la infección causada por un agente específico; se aplica a una especie determinada de parásito de la malaria. Las medidas de intervención ya no son necesarias cuando se ha logrado la erradicación.

65. Ocho países de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo aplican un enfoque transfronterizo para eliminar la malaria en la región. En esa iniciativa, denominada “Elimination 8”, participan Angola, Botswana, Namibia, Mozambique, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe, con el respaldo de la OMS, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo y la Universidad de California en San Francisco.

XI. Resumen y recomendaciones

66. Se están logrando progresos en la consecución de los objetivos de la lucha contra la malaria establecidos por la OMS y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, incluido el de reducir a la mitad la carga de la malaria para finales de 2010 en comparación con las cifras de 2000. Es particularmente alentadora la mayor disponibilidad de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración. En África solamente, se distribuyeron 240 millones de mosquiteros entre 2006 y 2009. Esas iniciativas, combinadas con la aplicación selectiva de la fumigación de interiores con efecto residual y un modesto incremento del acceso a las terapias combinadas a base de artemisinina, han comenzado a producir resultados.

67. En los países donde se han ampliado las intervenciones de lucha contra la malaria no solo se han reducido muchísimo los porcentajes de casos de malaria y de hospitalizaciones y muertes debidas a la malaria, sino que la tasa de mortalidad infantil general también se está reduciendo de una forma pronunciada. Los datos nacionales de vigilancia de la enfermedad de Eritrea, Santo Tomé y Príncipe, Rwanda, Zambia y Zanzíbar (República Unida de Tanzania), mostraron una disminución superior al 50% del número de casos de malaria y de muertes por la enfermedad en los centros de salud tras acelerar las intervenciones de lucha contra la malaria. En Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar, esa disminución fue acompañada por una reducción superior al 50% de los casos de pacientes hospitalizados en general así como de la mortalidad general entre los niños menores de 5 años. En Zambia, las tasas de mortalidad infantil por cualquier causa cayeron en un 35%, según se desprende del número de muertes registradas en establecimientos de salud y de los índices de mortalidad de menores de 5 años calculados a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2007. La magnitud de esas reducciones es similar a la que consta en un reciente estudio realizado sobre la isla de Bioko (Guinea Ecuatorial), donde la mortalidad de los niños menores de 5 años disminuyó en un 66% durante el cuarto año contado a partir del inicio de las actividades intensivas de lucha contra la malaria. Esos datos demuestran que la lucha intensiva contra la malaria puede desempeñar una importante función para ayudar a los países africanos a alcanzar la meta del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes para 2015.

68. Además, entre 2000 y 2008 también se observó una reducción superior al 50% de los casos de malaria confirmados que se notificaron en 29 de los 56 países donde la enfermedad es endémica fuera de África, y en 5 de los 6 países con baja carga de malaria. En otros cinco países se observó una tendencia a la baja superior al 25%, que en su mayor parte refleja reducciones a más largo plazo superiores al 50%. Diez países están aplicando programas nacionales de

eliminación, en tanto que ocho países se hallan en la etapa previa a la eliminación. Otros ocho países acaban de interrumpir la transmisión y se hallan en la etapa de prevención de la reaparición de la malaria. En mayo de 2010, Marruecos pasó a ser el segundo país en la historia reciente que ha recibido la certificación de la OMS por haber logrado eliminar la malaria.

69. Al parecer, la gran cantidad de asistencia exterior que se destina a la lucha contra la malaria está obteniendo resultados. Es más probable que los países que entre 2000 y 2007 recibieron más de 7 dólares de asistencia externa por persona expuesta al riesgo de contraer la enfermedad notifiquen una reducción del número de casos de malaria desde 2000 que los países que recibieron 6 dólares o menos. Aunque el número de países que reciben ese elevado nivel de asistencia es reducido (solo 10 países), esta observación indica que un alto nivel de asistencia externa por persona expuesta al riesgo de contraer la malaria está asociado a la reducción de la incidencia de la enfermedad.

70. Aunque estos resultados son alentadores, es evidente que hay obstáculos que entorpecen el progreso. Casi el 70% de los hogares de África no tenían un mosquitero tratado con insecticidas en 2008, mientras que tres cuartas partes de los niños menores de 5 años no utilizaban un mosquitero de ese tipo. Los resultados se ven afectados por el escaso número de hogares que poseen mosquiteros en algunos de los grandes países africanos a los que solo ahora se están proporcionando recursos para ampliar las actividades de lucha contra la malaria. La utilización de terapias combinadas a base de artemisinina sigue siendo muy escasa en la mayor parte de los países africanos; en 11 de los 13 países encuestados durante 2007-2008, menos del 15% de los niños menores de 5 años con cuadros febriles habían recibido una terapia de ese tipo, cifra muy inferior al objetivo del 80% fijado por la OMS.

71. Fuera de África, los casos de malaria de los países en los que los casos se habían reducido más de un 50% representaban solamente el 4% de los casos totales estimados fuera de África en 2006 (850.000 casos de una cifra estimada de 34 millones). Los países con más alta carga de malaria en cada región (entre ellos, Bangladesh, Brasil, Camboya, Colombia, Indonesia, Myanmar, Pakistán, Papua Nueva Guinea y Sudán) consiguieron resultados menos satisfactorios en la reducción del número de casos de malaria. Es preciso prestar mayor atención al logro de resultados satisfactorios en los países grandes afectados por más casos de malaria y muertes por la enfermedad.

72. Hay que desplegar esfuerzos para alcanzar y mantener la cobertura universal de todas las intervenciones de lucha contra la malaria, pero es especialmente necesario asegurar el acceso universal a las pruebas de diagnóstico de la malaria. Al disminuir la transmisión, también disminuye la proporción de cuadros febriles que cabe atribuir a la malaria. Si se tratan todos los casos de fiebre como casos de malaria no solo se hace un uso excesivo de las terapias combinadas a base de artemisinina, sino que no se proporcionan cuidados apropiados a las personas que tienen fiebre a causa de otras enfermedades. La difusión del uso de pruebas de diagnóstico rápido ayudará a reducir el tratamiento excesivo de los casos de fiebre como casos de malaria. Sin embargo, no basta únicamente con realizar pruebas de detección de la enfermedad. Cuando no se dispone de pruebas rápidas para detectar otras causas comunes de la fiebre es preciso llevar a cabo actividades de formación y

supervisión para reforzar las aptitudes del personal de atención de la salud en materia de diagnóstico diferencial. También es necesario que los centros de salud tengan medicamentos apropiados para tratar la malaria y otras enfermedades. De lo contrario, se corre el riesgo de que se administren de todos modos medicamentos contra la malaria a los pacientes cuyas pruebas arrojaron resultados negativos.

73. También es necesario aplicar sistemas de vigilancia rutinarios que faciliten información oportuna sobre los progresos logrados como resultado de la aplicación de los programas. La difusión de las pruebas de diagnóstico universal es una oportunidad sin precedentes para reforzar los sistemas de vigilancia de la malaria, que son indispensables no solo para documentar las repercusiones sino también para detectar focos residuales de transmisión de la malaria y zonas de reaparición. En los países donde la transmisión de la malaria ha experimentado una pronunciada reducción desaparecerá la inmunidad a la enfermedad y habrá un alto riesgo de reaparición. Si no se comunican oportunamente los casos confirmados no será posible detectar a tiempo los casos de reaparición ni combatirlos. Es probable que los brotes de malaria en los países que no se hayan preparado causen la pérdida de muchas vidas humanas. Por consiguiente, la difusión de las pruebas de diagnóstico y el aumento de la vigilancia es particularmente importante en los países que están considerando la posibilidad de modificar la orientación de sus programas de lucha contra la enfermedad con miras a su eliminación.

74. En Asia se ha hallado una resistencia a las artemisininas y, si las actividades de contención no obtienen resultados satisfactorios, se corre un gran riesgo de que la malaria llegue a extenderse hacia el Oeste en dirección a África e incluso a lugares más distantes. Los países deben redoblar sus esfuerzos mundiales para poner coto a la comercialización y al uso exclusivo de artemisinina por vía oral, que se considera la causa principal de la aparición y difusión de la resistencia a ese fármaco. Es preciso que los servicios de salud públicos o privados tengan terapias combinadas de alta calidad a precios asequibles. Para asegurar la pronta detección de la resistencia, es preciso que se realicen estudios de rutina sobre la eficacia de los medicamentos. En estos estudios se administra a los enfermos de malaria un tratamiento con medicamentos recomendados contra esa enfermedad y se les hace un seguimiento de hasta 63 días para determinar si los resultados son negativos o positivos.

75. Se ha generalizado la difusión de medicamentos de escasa calidad y falsificados, especialmente en el sector privado. Esos medicamentos no solo comprometen la salud de los pacientes, que tal vez no reciban un tratamiento apropiado contra la malaria, sino que también pueden fomentar la resistencia a los fármacos contra la enfermedad. La comunidad mundial debe aumentar su apoyo a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica con objeto de que amplíen su capacidad para detectar medicamentos falsificados y de calidad inferior a la norma, así como para hacer cumplir los reglamentos existentes retirando esos productos del mercado.

76. Se plantean algunos problemas en relación con la calidad de las pruebas de diagnóstico rápido y se reconoce ampliamente que los servicios de microscopía suelen ser deficientes. Los países necesitarán más ayuda para los

controles de calidad previos a la comercialización de las pruebas de diagnóstico (mediante la evaluación tanto del funcionamiento como de la calidad de la fabricación), las pruebas rutinarias de calidad por lotes, y las pruebas de garantía y control de la calidad en el marco de los programas nacionales de lucha contra la enfermedad.

77. Aunque el personal sanitario es indispensable en la lucha contra la malaria, esos profesionales no pueden obtener resultados satisfactorios sin la participación de la comunidad. Los ministerios de salud deberían considerar que las comunidades son participantes activos en los programas de lucha contra la malaria y colaborar con ellas para que se impliquen en tantos aspectos de esos programas como sea posible, por ejemplo, en asegurar que todas las personas duerman cada noche bajo un mosquitero tratado con insecticidas, prever el tratamiento comunitario de la fiebre y recopilar datos para adoptar medidas locales y para incorporarlos al sistema nacional de vigilancia sobre la malaria. Si se empodera a las comunidades para que sean actores principales en la lucha contra la malaria en lugar de considerarlas simples usuarios finales de productos y servicios, la voluntad política para luchar contra esa enfermedad no disminuirá aunque se reduzcan los fondos que aportan los donantes.

78. A pesar de que no se puede desestimar la necesidad de seguir disponiendo de recursos financieros, destinados a los principales países y programas, existe una cuestión transversal en todas estas esferas de acción: es preciso aumentar la capacidad de los ministerios de salud para realizar acciones eficaces de lucha contra la malaria. Es probable que los beneficios del aumento de las inversiones sean efímeros a menos que los ministerios sigan siendo el centro de gravedad y reciban las aportaciones necesarias para la dotación de recursos humanos a largo plazo y la creación de capacidad en todos los niveles del sistema (nacional, provincial, de distrito y comunitario) y gestionar programas cada vez más complejos. Es indispensable que las contribuciones de los donantes estén bien coordinadas con los programas nacionales de lucha contra la malaria y que los fondos destinados a productos para la lucha contra la malaria estén estrechamente vinculados a verdaderas actividades de fomento de la capacidad, entre ellas, la prestación de asistencia técnica a largo plazo y la amplia formación del personal en todos los niveles del sistema sanitario. Al mismo tiempo, debería instarse a los gobiernos de los países donde la malaria es endémica a que hagan las inversiones necesarias en recursos humanos para garantizar resultados satisfactorios a largo plazo. En último término, la lucha contra la malaria puede ayudar a reforzar los sistemas de atención de la salud al mismo tiempo que se beneficia de ellos.