



Asamblea General

Distr. general
5 de septiembre de 2007
Español
Original: inglés

Sexagésimo segundo período de sesiones

Tema 49 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 transmite por la presente el informe preparado por la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con la resolución 61/228 de la Asamblea General.

* A/62/150.

** La recopilación de las aportaciones necesarias para incluir la información más actual ha retrasado la presentación del presente informe.



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 destacan las actividades realizadas y los progresos logrados desde el último informe en la consecución de los objetivos en materia de malaria para 2010, en el contexto de la resolución 61/228 de la Asamblea General y la Declaración de Abuja sobre la regresión de la malaria en África (2000).

En el informe se examinan, entre otras cosas, las novedades en la gestión y la prevención de casos, y las perspectivas de eliminación de la malaria, sin olvidar cuestiones relacionadas con la investigación y el desarrollo y la movilización de recursos. Además, en el informe también se tratan los problemas relacionados con la malaria en las embarazadas y los retos especiales de la malaria y el fortalecimiento de los sistemas de salud. En el informe se ofrecen conclusiones y recomendaciones para que sean objeto del examen de la Asamblea General.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción y antecedentes	1–4	4
II. Acceso a un tratamiento eficaz contra la malaria	5–11	6
III. La malaria durante el embarazo	12–14	8
IV. Prevención de la malaria	15–20	9
V. Vigilancia, supervisión y evaluación	21–22	12
VI. Eliminación de la malaria	23–24	12
VII. La malaria y los sistemas de salud	25–27	14
VIII. Financiación y movilización de recursos	28–31	15
IX. Progresos y desafíos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio	32–33	17
X. Conclusiones y recomendaciones	34–37	18

I. Introducción y antecedentes

1. Durante los siete años transcurridos desde el inicio del Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África, se han puesto en marcha el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Programa de refuerzo del Banco Mundial y la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre la malaria, que constituyen compromisos políticos y financieros significativos en la lucha contra la malaria. No obstante, la enfermedad sigue amenazando al 40%, como mínimo, de la población mundial en 107 países y territorios. Pese a las iniciativas mundiales, cada año más de 500 millones de personas padecen malaria aguda, que se cobra más de 1 millón de vidas al año, el 86%, como mínimo, en el África Subsahariana. Se calcula que 3.000 niños y bebés mueren cada día víctimas de la malaria, cifra que representa aproximadamente el 82% de todos los fallecimientos por causa de la enfermedad. Unos 50 millones de mujeres que viven en zonas donde la malaria es endémica quedan embarazadas cada año. Aunque durante el embarazo la malaria es predominantemente asintomática, es una de las principales causas de anemia materna grave y responsable de aproximadamente un tercio de los casos prevenibles de nacimientos de bebés con bajo peso. Se calcula que cada año las consecuencias indirectas de la malaria, fácilmente olvidadas en las estimaciones de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la enfermedad acarrear la muerte de hasta 200.000 lactantes sólo en África y de unas 10.000 mujeres embarazadas. Aunque los niños y las embarazadas corren el mayor riesgo debido a su menor inmunidad, fuera de África todos los grupos de edad corren el riesgo de contraer la enfermedad.

2. Estudios recientes han revelado que en algunos países casi dos tercios de la población con la enfermedad buscan asistencia fuera del sistema de salud, lo cual indica que los datos sobre morbilidad y mortalidad por causa de la malaria facilitados por los sistemas de salud no son más que la “punta del iceberg”. Casi el 60% de todas las muertes por causa de la malaria se concentran en el 20% más pobre de la población mundial, lo cual indica que, de todas las enfermedades, la malaria es la más estrechamente ligada a la pobreza, puesto que se concentra principalmente en poblaciones pobres y marginadas, incluidos los refugiados y los desplazados internos. La malaria tiene consecuencias para toda la vida en el desarrollo cognitivo, la educación y los niveles de productividad. En muchos países, la malaria es la enfermedad más importante y la causa principal de ausentismo entre la población activa. Está demostrado que la malaria no permite a la gente pobre salir de la pobreza: África pierde cada año 12.000 millones de dólares de su producto interno bruto (PIB) y la enfermedad consume hasta un 34% de los ingresos de las familias y un 40% del gasto público en salud. Se calcula que el crecimiento económico de los países más afectados disminuye un 1,3% anual. La incidencia negativa de la malaria en el crecimiento económico y la pobreza tiene múltiples manifestaciones entre ellas los gastos derivados de la atención médica, tanto pública como privada, y la baja productividad de los enfermos de malaria y las personas encargadas de su cuidado, sin olvidar que la enfermedad inhibe la circulación de la mano de obra y desalienta la inversión extranjera directa, el comercio y el turismo.

3. 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) y en la que participan países en que la malaria es

endémica, sus asociados bilaterales y multilaterales para el desarrollo, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias, fundaciones e instituciones académicas y de investigación, tiene el objetivo principal de coordinar el apoyo a los Estados Miembros para lograr que la mortalidad por causa de la malaria se reduzca a la mitad para 2010 y en un 75% para 2015, en relación con la tasa de 2000. Todas estas entidades están representadas en la Junta de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. Durante 2006, la Alianza se sometió a una importante “iniciativa de cambio”, que culminó en la reestructuración de su secretaría, instalada en los locales de la OMS, y en una mayor atención a las necesidades de los Estados Miembros, incluida la revitalización o reestructuración de grupos de trabajo, como el Grupo de Trabajo de Armonización, el Grupo de Referencia encargado de la supervisión y evaluación, y el Grupo de Trabajo sobre Adquisiciones y Gestión de la Cadena de Suministro, y redes subregionales.

4. El Programa Mundial contra la Malaria de la Organización Mundial de la Salud es el principal asociado técnico de la Alianza que proporciona orientación normativa y dirige las políticas y las estrategias de lucha contra la malaria. El Programa dispone de un reducida plantilla en la sede y a nivel regional y nacional, y tiene vínculos cruciales con otros departamentos de la OMS. La orientación estratégica de la OMS se base en los siguientes componentes fundamentales: a) liderazgo y apoyo técnicos sólidos a los países; b) atención exhaustiva a países con malaria endémica de todo el mundo; c) apoyo a los países en los que la malaria es endémica para que se utilicen los mejores instrumentos disponibles, como la distribución gratuita o altamente subvencionada de mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado a todos los grupos de riesgo, la fumigación de interiores con efecto residual cuando resulte indicado y el diagnóstico y tratamiento de los casos de malaria con terapias combinadas a base de artemisinina; d) estrecha colaboración con los países y los asociados que trabajan en su territorio para asegurarse de que las intervenciones se adaptan a sus necesidades epidemiológicas y socioeconómicas concretas; e) garantía de que las medidas para combatir la malaria contribuyen a fortalecer de forma general los sistemas de salud y a apoyar la prestación integrada de servicios de salud esenciales; f) atención a la elaboración y aplicación de instrumentos generales de seguimiento y evaluación que sean eficaces a la hora de medir los resultados de los programas de lucha contra la malaria y la efectividad de su alcance y su repercusión; g) apoyo a actividades de investigación de carácter prioritario para desarrollar nuevos métodos y herramientas que permitan superar los obstáculos a la aplicación; h) facilitación de asociaciones bien coordinadas en los países para asegurar que el apoyo está armonizado y en conformidad con los planes y las estrategias nacionales; e i) fomento de un enfoque multisectorial, con un sólido liderazgo del sector de la salud, a fin de recabar apoyo político y financiero para inversiones sostenibles y previsibles en la lucha contra la malaria. A nivel nacional, la OMS colabora satisfactoriamente con asociados, como el UNICEF, para ampliar la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, y el Banco Mundial, para que se adopten políticas adecuadas en materia de medicamentos y aumente el acceso a terapias combinadas a base de artemisinina en todo el mundo.

II. Acceso a un tratamiento eficaz contra la malaria

5. En la actualidad, las terapias combinadas a base de artemisinina se consideran el mejor tratamiento contra la malaria sin complicaciones causada por el *Plasmodium falciparum*. Muchos países han seguido el llamamiento de la OMS para que abandonen las monoterapias, que han perdido su eficacia debido a la resistencia de los parásitos. No obstante, preservar la eficacia de las terapias combinadas basadas en la artemisinina sigue siendo fundamental. Como recomendó la OMS, 70 países —40 de ellos en África— han adoptado terapias combinadas a base de artemisinina como tratamiento de primera o segunda línea. La disponibilidad de recursos para financiar las terapias combinadas a base de artemisinina y el volumen de adquisiciones, que aumenta constantemente, y la intensa promoción, han contribuido a una reducción del precio de esas terapias. El Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos, creado a finales de 2006 en colaboración con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el UNICEF, ya ha empezado a facilitar medicamentos contra la malaria y se centra en utilizar las fuerzas del mercado para reducir los precios de las terapias combinadas basadas en artemisinina, a fin de hacerlas más accesibles. En 2006, se adquirió un total de 82.774.740 dosis de medicamentos combinados a base de artemisinina y se calcula que en 2007 se comprarán 120 millones. No obstante, debido a su precio las terapias combinadas a base de artemisinina en muchos casos no están todavía al alcance de los más pobres y la mayoría de los pacientes de las zonas rurales remotas recibe tratamientos inadecuados de proveedores no oficiales cerca de su lugar de residencia.

6. La malaria es al mismo tiempo una enfermedad aguda y una infección crónica. Según estimaciones de la frecuencia de fiebre entre los niños africanos, se produce un episodio cada 40 días. El mayor riesgo de complicaciones y muerte por causa de la malaria grave se produce durante las primeras 24 horas. Por lo tanto, la atención correcta y rápida de los pacientes de malaria es una parte fundamental de los programas de lucha contra la enfermedad. El diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz de la enfermedad acortarán su duración e impedirán que se produzcan complicaciones, reduciendo de ese modo en gran medida la mayoría de los fallecimientos por causa de la malaria. La mayoría de los casos que presentan síntomas de la malaria son atendidos en las comunidades, en centros periféricos de atención primaria de la salud y en establecimientos de salud no oficiales. En estudios recientes realizados en Etiopía, Ghana y el Níger se constató que hasta dos tercios de la población que padecía la enfermedad buscaba atención fuera del sistema de salud. Por lo tanto, en la gestión eficaz de casos debe asegurarse que se dispone de un tratamiento adecuado y eficaz en todos los niveles de la atención de la salud, tanto pública como privada, puesto que en algunas comunidades afectadas es posible que el sector privado sea el único proveedor de medicamentos contra la malaria. El aumento de la educación y la participación comunitarias es también un componente fundamental de la gestión eficaz de los casos de malaria.

7. El enfoque de la OMS de que los enfermos de malaria reciban cuidados en el hogar facilita el acceso de las poblaciones vulnerables (especialmente los niños menores de 5 años) a tratamientos eficaces en países donde la cobertura de los servicios sanitarios es insuficiente. En África, 18 países han adoptado la estrategia y algunos de ellos están ampliándola con una buena participación comunitaria y ya están logrando la reducción de la mortalidad infantil. Además, la OMS recomienda

el uso de supositorios de artemisinina por vía rectal en casos de malaria grave antes de la remisión del enfermo a un centro de salud. Esa intervención puede salvar la vida de un niño al reducir rápidamente la densidad del parásito hasta que el niño es trasladado a una institución sanitaria donde puede recibir tratamiento por vía parenteral.

8. En la actualidad, la OMS recomienda la confirmación parasitológica (pruebas de microscopio o diagnóstico rápido) antes del tratamiento, salvo en el caso de los niños menores de 5 años en zonas de mucho contagio y cuando se sospeche que el caso es grave, si no se puede realizar inmediatamente la confirmación parasitológica. De ese modo se mejorará la calidad de la atención y se reducirá el uso innecesario de medicamentos contra la malaria en general. No obstante, ello ha causado un aumento en las solicitudes y la utilización de las pruebas de diagnóstico rápido en los países. Sin embargo, la prueba de referencia para el diagnóstico sigue siendo la microscopía de alta calidad. La calidad de los productos (medicamentos y diagnósticos) y servicios también es fundamental para obtener buenos resultados clínicos, aunque plantea retos enormes a los países. Además, existen en el mercado algunos productos deficientes e incluso falsos medicamentos contra la malaria. A fin de garantizar que los países adquieran medicamentos de alta calidad, la OMS ha establecido en varias regiones un programa de precalificación de medicamentos contra la malaria y pruebas de diagnóstico rápido con laboratorios de control de calidad y está apoyando a los países para que preparen una red funcional de servicios de diagnóstico, un sistema para garantizar la calidad de las pruebas de microscopio y diagnóstico rápido y servicios de evaluación y capacitación de microscopistas.

9. Es necesario supervisar la eficacia de los medicamentos contra la malaria para gestionar adecuadamente los casos y detectar rápidamente nuevas formas de resistencia del parásito, a fin de revisar las políticas nacionales de tratamiento de la malaria. La aplicación de una política adecuada y eficaz en materia de medicamentos tendrá como consecuencia a su vez la reducción de la morbilidad y la mortalidad. El procedimiento estándar comúnmente aceptado en relación con la malaria es la prueba de la eficacia terapéutica, que consiste en la evaluación continua de los resultados clínicos y parasitológicos del tratamiento durante un período determinado de seguimiento. Se ha preparado un protocolo estándar para evaluar la eficacia de los medicamentos contra la malaria y la OMS ayuda a los países a mejorar el control de la calidad de los datos. De los 82 países en los que la malaria causada por el *Plasmodium falciparum* es endémica, 75 han establecido una red nacional de puntos de vigilancia. Sobre la base de los datos obtenidos, más de 60 países han modificado su política en materia de medicamentos contra la malaria y han pasado de la monoterapia a la terapia combinada.

10. La prestación eficaz de servicios exigirá grandes esfuerzos al sistema de salud, que tendrá que abordar varias cuestiones, a saber: a) sistemas eficaces de adquisición, suministro y distribución de medicamentos; b) servicios de laboratorio con control de calidad con fines de diagnóstico; c) capacitación adecuada en gestión de la enfermedad de un número suficiente de trabajadores de la salud; d) control de la calidad y vigilancia de la eficacia de los medicamentos; e) mecanismos de remisión de los pacientes de malaria grave a niveles superiores de atención; y f) un sistema de información sobre gestión de la salud que responda a las necesidades. En el sector público de muchos países, esos servicios, cuando están disponibles, suelen ser de baja calidad o los establecimientos carecen de los productos básicos

necesarios, por lo cual, incluso la población más pobre infrautiliza esos servicios y los evita a la hora de buscar tratamiento para la malaria. El equipo de tareas sobre la gestión de casos del Programa Mundial contra la Malaria, que sirve de puente entre los tres niveles —la sede, las oficinas regionales y las oficinas en los países— ha preparado un manual operacional para la gestión de casos en apoyo de los programas nacionales de lucha contra la malaria. El manual contiene orientaciones sobre el necesario establecimiento complementario de un sistema de vigilancia comunitario, con inclusión de un registro revisado de casos de malaria y formularios de recopilación de datos y presentación de informes para efectuar el seguimiento de indicadores clave de la gestión de casos a fin de supervisar el rendimiento, los resultados y el efecto de los proyectos.

11. Aunque en la actualidad se venden terapias combinadas a base de artemisinina a compradores del sector público y de instituciones sin ánimo de lucro a un precio en fábrica de aproximadamente 1 dólar, siguen siendo demasiado caras para los más pobres y, con precios al por menor que oscilan entre 8 y 10 dólares en el sector privado, esas terapias sólo están al alcance de los pacientes más ricos. Se ha puesto en marcha una iniciativa mundial, que consiste en la concesión de un subsidio universal a los compradores de terapias combinadas a base de artemisinina, para salvar decenas de miles de vidas al año aumentando el acceso de los pobres a esos medicamentos vitales contra la malaria y preservar su utilidad el máximo tiempo posible. Ese innovador mecanismo de financiación daría lugar a reducciones de precios para los compradores de todos los sectores, facilitando de ese modo la adquisición de medicamentos en los sectores público y privado y por instituciones sin ánimo de lucro. Al facilitar la disponibilidad de los medicamentos a todos los sectores, se podría acortar la duración de la enfermedad y limitar la actual utilización perjudicial de las monoterapias, con las que se corre el riesgo de inducir rápidamente la resistencia a la artemisinina. Las estimaciones actuales de los recursos necesarios para la aplicación plena del subsidio se sitúan entre 275 y 300 millones de dólares al año, lo cual incluye asignaciones para supervisión y evaluación, investigación operacional e intervenciones de apoyo. Se espera que gracias al subsidio de los precios en fábrica aumente el número de dosis disponibles para terapias combinadas a base de artemisinina, que podría oscilar entre 250 y 350 millones de unidades. Con la introducción de un segundo subsidio para los gastos de distribución, el número de dosis disponibles podría aumentar hasta alcanzar entre 300 y 400 millones de unidades. Se están celebrando debates a nivel mundial sobre el subsidio.

III. La malaria durante el embarazo

12. Más de la mitad de los aproximadamente 50 millones de mujeres que quedan embarazadas cada año en países en que la malaria es endémica viven en zonas tropicales de África con un alto índice de contagio de *Plasmodium falciparum*. Aunque en esas regiones la malaria durante el embarazo es principalmente asintomática, es una de las principales causas de anemia materna grave y, por lo tanto, responsable de aproximadamente un tercio de los casos prevenibles de nacimientos de bebés con bajo peso. En zonas donde el contagio es bajo o de carácter estacional, es mayor el riesgo de que las embarazadas mueran a causa de las complicaciones de la malaria grave o tengan un aborto espontáneo, un parto prematuro o un parto en el que el bebé nace muerto. En las mujeres que además han

sido infectadas con el VIH se agrava la anemia materna y aumentan los nacimientos de bebés con bajo peso, lo cual hace aún más pesada la carga de la malaria durante el embarazo.

13. El tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo con sulfadoxina-pirimetamina, recomendado desde 1998 en los países africanos, se ha adoptado como política en los 35 países del continente, de los cuales 22 lo están llevando a cabo en todo su territorio y 13 se encuentran en diferentes fases de aplicación. No obstante, el tratamiento preventivo intermitente se dificulta por la resistencia generalizada cada vez mayor del parásito, *Plasmodium falciparum*, a la sulfadoxina-pirimetamina. A la espera del resultado de nuevas investigaciones, el grupo de expertos técnicos sobre el tratamiento preventivo intermitente, recomendó, en una reunión celebrada en julio de 2007 que se siguiera utilizando como estrategia el tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina-pirimetamina, junto con una mayor distribución de mosquiteros tratados con insecticida y un mayor acceso a tratamientos eficaces en los países del África Subsahariana con índices estables de contagio de la malaria. No se recomienda el tratamiento preventivo intermitente en zonas de África, Asia y América Latina con índices de contagio bajos o inestables, en las que se hace hincapié en el uso de mosquiteros tratados con insecticida y el reconocimiento y el tratamiento rápidos de la enfermedad. Se está estableciendo un sistema para supervisar la eficacia de la estrategia y la OMS publicará en breve directrices de supervisión de la eficacia de la sulfadoxina-pirimetamina en las embarazadas.

14. La OMS colabora intensamente con los asociados de investigación para generar lo antes posible datos sobre la seguridad y la eficacia de las alternativas a la sulfadoxina-pirimetamina en la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Como la mayoría de los países africanos prefieren ahora la terapia combinada a base de artemisinina como tratamiento de primera o segunda línea de la malaria, es necesario obtener urgentemente datos sobre los efectos para la salud de la utilización inocente de esa terapia durante el primer trimestre del embarazo. La OMS apoya el establecimiento de registros de embarazos para facilitar el seguimiento de las mujeres que hayan estado sometidas a la terapia combinada a base de artemisinina durante ese período crítico.

IV. Prevención de la malaria

15. Recientemente, la OMS ha cambiado sus orientaciones sobre el uso de mosquiteros tratados con insecticida para proteger a la población de la malaria. Ahora se recomienda que los mosquiteros tratados con insecticida tengan un efecto prolongado y se distribuyan gratuitamente o estén altamente subvencionados y sean utilizados por todos los miembros de la comunidad. Del mismo modo que las vacunas producen el beneficio de “inmunidad colectiva”, los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado ofrecen dos niveles de protección: en primer lugar, proteger a las personas que utilizan los mosquiteros y, en segundo lugar, a la comunidad en general. Los mosquiteros tratados con insecticida proporcionan una barrera física que protege a las personas que los utilizan y, además, al repeler o matar a los mosquitos que se posan sobre ellos, brindan protección adicional a la comunidad. Por lo tanto, al cubrir comunidades enteras con mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado, no sólo se reduce el riesgo de contraer la malaria de quienes duermen bajo ellos, sino que, mediante el “efecto en masa” del

insecticida durante períodos prolongados en la comunidad, también se reduce el número de mosquitos en la comunidad, se acorta su ciclo vital y se frena a largo plazo el contagio de la malaria. Donde los niños pequeños y las embarazadas son los más vulnerables, su protección es la prioridad inmediata mientras se avanza progresivamente hasta lograr la protección de toda la población. En zonas con un bajo índice de contagio, donde todos los grupos de edad son vulnerables, los programas nacionales deberían establecer prioridades sobre la base de la distribución geográfica de la carga de la malaria.

16. Se calcula que se necesitan unos 135 millones de mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado para lograr la protección universal de tan sólo las embarazadas y los niños menores de 5 años que corren el riesgo de contraer la malaria en África. No obstante, la protección neta sigue estando por debajo de los objetivos convenidos, en particular en la mayoría de los países con alta carga de morbilidad. En los 31 países africanos que facilitaron información en 2005 —último año para el que se dispone de datos completos— se distribuyeron de forma gratuita o altamente subvencionada 18.166.488 mosquiteros tratados con insecticida y se volvió a aplicar insecticida a 7.568.439 mosquiteros. Se han logrado altas tasas de protección con un alto grado de equidad en las situaciones siguientes: suministro gratuito a comunidades enteras (Eritrea); suministro gratuito o altamente subvencionado a las embarazadas por conducto del Congreso Nacional Africano (Malawi, Kenya, República Unida de Tanzania); y distribución gratuita a los niños menores de 5 años, junto con campañas de inmunización (Zambia, Ghana, Togo y el Níger). De forma más limitada, también se han logrado altos niveles en combinación con programas ampliados de inmunización rutinarios y la celebración de días sobre la salud infantil, como los proyectos de la Iniciativa acelerada de desarrollo de la supervivencia de los niños, respaldada por el UNICEF, en el África occidental y central. Desgraciadamente, los proyectos de base comunitaria, por lo general, nunca han podido lograr altos niveles de protección en las zonas rurales pobres. Aunque la mercadotecnia social haya resultado útil en ocasiones para crear demanda, se ha cuestionado su eficacia en función de los costos y no se ha logrado un alto índice de protección entre las poblaciones rurales pobres, especialmente cuando se necesitan suministros de insecticida para volver a tratar los mosquiteros. Al aplicarse una política destinada sólo a los grupos vulnerables, se descuidó un aspecto crucial: que las personas desprotegidas son portadoras de la infección de malaria, pues llevan el parásito en su sangre y, por lo tanto, no sólo se enferman ellas, sino que también facilitan el contagio de grupos “protegidos”, puesto que los mosquiteros no son eficaces al 100%. La mejor protección comunitaria se consigue cuando la protección en masa con mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado se combina con el acceso universal a un tratamiento oportuno y eficaz contra la malaria.

17. Los obstáculos a un uso más extendido de los mosquiteros tratados con insecticida han sido los siguientes: a) la necesidad de volver a aplicar periódicamente el insecticida; b) la disponibilidad; c) el precio; y d) la aplicación. La industria ha desarrollado los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado para resolver el problema de volver a aplicar el insecticida y se ha constatado que son significativamente más baratos que los mosquiteros tratados convencionalmente. El costo por muerte evitada y el costo por año de vida ajustado en función de la discapacidad de los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado durante tres años es menos de la mitad de los costos comparables de los mosquiteros convencionales. Por lo tanto, los mosquiteros tratados con insecticida

de efecto prolongado se deberían considerar un bien público para las poblaciones que viven en zonas de malaria endémica. Los países seguirán requiriendo asistencia para aumentar la capacidad necesaria de planificación, organización y gestión de campañas de distribución en gran escala, lo cual también debe incluir un componente de información y educación, puesto que algunas poblaciones son todavía reacias a dormir bajo un mosquitero tratado con insecticida o no lo usan sistemáticamente. El grupo de trabajo de la OMS sobre los mosquiteros tratados con insecticida ha preparado un manual operacional para ofrecer orientación práctica a los encargados de gestionar a nivel nacional las intervenciones relacionadas con los mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado.

18. La otra intervención (más antigua) de control de vectores ampliamente utilizada es la fumigación de interiores con efecto residual: la aplicación de insecticidas a las superficies interiores de las viviendas, donde suelen posarse los mosquitos anofelínicos después de alimentarse de sangre, acortando su ciclo vital a tal punto que no pueden contagiar la malaria. La fumigación de interiores con efecto residual se ha utilizado sistemáticamente y en gran escala principalmente en los países que participaron en la campaña mundial de erradicación de la malaria de los decenios de 1950 y 1960.

19. La selección de un insecticida para la fumigación de interiores con efecto residual en una zona determinada se basa en los datos sobre la resistencia a los insecticidas, los costos, la seguridad, el tipo de superficie a fumigar y la experiencia local. En la actualidad, la OMS recomienda 12 insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual, que pertenecen a cuatro grupos químicos. El diclorodifeniltricloroetano (DDT) tiene la eficacia residual más prolongada contra los vectores de la malaria y desempeña una función importante en cuanto a reducir la resistencia de los portadores. La OMS recomienda el DDT exclusivamente para la fumigación de interiores con efecto residual y los países pueden utilizarlo durante el tiempo necesario y en la cantidad necesaria, siempre que se cumplan todas las directrices y las recomendaciones de la OMS y el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes. Se prevé que el DDT seguirá utilizándose en la lucha contra la malaria hasta que se disponga de alternativas con el mismo nivel de eficacia en función del costo. La OMS ha preparado un documento de posición actualizado sobre el DDT, que se publicará a finales de 2007. Asimismo, está preparando un nuevo manual operacional exhaustivo y nuevos sistemas de supervisión de la fumigación de interiores con efecto residual y en el año próximo intensificará en gran medida su labor de asistencia a los países para que utilicen este tipo de intervención de la mejor manera posible.

20. Las tendencias de aplicación de la fumigación de interiores con efecto residual varían de región a región. En África, unos 22 países utilizan la fumigación de interiores con efecto residual para combatir la malaria o impedir su reaparición (Angola, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Guinea, Kenya, Liberia, Madagascar, Malí, Mauricio, Mozambique, Namibia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe). En cuatro países de Asia —Iraq, Myanmar, Tailandia y Viet Nam— (de 22 usuarios habituales), el número de hogares protegidos aumentó de 2.297.000 a 3.052.000 entre 2000 y 2003 y, en nueve países de América (de 21) que utilizan habitualmente la fumigación de interiores con efecto residual (Costa Rica, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Bolivia, Colombia, Ecuador, República Bolivariana de Venezuela y Argentina), el número total de hogares protegidos

descendió de 411.000 a 229.000, pese a aumentar la protección en algunos países. La India es el país con el mayor número de personas protegidas por la fumigación de interiores con efecto residual en el mundo, con 38,5 millones de personas protegidas en 2005, principalmente con DDT.

V. Vigilancia, supervisión y evaluación

21. Las estimaciones no reflejan la carga real de la enfermedad, que se manifiesta de muy diversas maneras: desde la infección asintomática hasta la enfermedad grave y la muerte. La diagnosis inadecuada y la información incompleta agravan el problema de medir los progresos y el efecto. Además, por lo general, los países no disponen de parámetros de referencia para la medición. Los recursos y las iniciativas, que han aumentado enormemente, para ampliar las intervenciones contra la malaria en las poblaciones en situación de riesgo, en particular el Programa de refuerzo del Banco Mundial, las asignaciones del Fondo Mundial para luchar contra la malaria y la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre la malaria, requieren una supervisión y evaluación rigurosas a nivel nacional. Los datos proporcionados por los sistemas ordinarios de información sobre la salud no son suficientemente representativos, puesto que grandes sectores de la población (principalmente los quintiles inferiores) no tienen acceso a servicios de salud y no se recoge información sistemáticamente. Ello ha dado lugar a evaluaciones inexactas de los programas y a lagunas a la hora de informar adecuadamente sobre los progresos realizados.

22. Habida cuenta de la complejidad de la malaria como enfermedad y las múltiples intervenciones para combatirla, muchas de ellas fuera del sistema público de salud, es necesario encontrar soluciones flexibles en materia de supervisión y evaluación, a fin de llegar a las comunidades y los hogares y obtener datos de poblaciones de difícil acceso. La OMS ayuda a los países a preparar y utilizar una base de datos nacional con indicadores probados sobre el terreno. La información para esa base de datos se recopila mediante el fortalecimiento a nivel nacional de los sistemas de información sobre la salud, que también ayudarán a los países a recopilar datos sobre otras enfermedades. Se están llevando a cabo actividades de recopilación intensiva de datos para preparar el *Informe mundial sobre la malaria de 2007*, que se publicará a comienzos de 2008 y contendrá información sobre indicadores epidemiológicos, programáticos y financieros. El Programa Mundial contra la Malaria también está poniendo a punto un sistema genérico de gestión de la información sobre la salud que ayudará a los países a evaluar adecuadamente el rendimiento de los programas, lo cual mejorará las políticas y los resultados.

VI. Eliminación de la malaria

23. Los objetivos de la lucha mundial contra la malaria no se circunscriben a disminuir su pesada carga en las zonas donde la enfermedad es endémica, sino que incluyen también reducir y limitar la extensión geográfica de dichas zonas en el mundo. Esto último implica eliminar la malaria en los países y localidades donde sea factible. En el último decenio, un número creciente de países ha logrado interrumpir la transmisión de la malaria por el mosquito a nivel local, objetivo que se considera vital para la salud pública, los negocios y el turismo. En la actualidad,

siete de los 107 países y territorios del mundo donde la malaria es endémica informan de que no se ha producido ningún caso de contagio local. Otros han reducido la carga de la malaria a niveles en que su eliminación comienza a ser posible. El Programa Mundial contra la Malaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha decidido volver a centrar la atención en la eliminación de la malaria, 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 en la fase de eliminación y de cuasieliminación, y el establecimiento de mecanismos para la expedición de certificados oficiales. En enero de 2007, la OMS certificó que los Emiratos Árabes Unidos estaban libres de la malaria, la primera vez desde el decenio de 1980 que un país donde la enfermedad había sido endémica recibía tal certificación. En la actualidad se está tramitando la certificación de Omán. La eliminación de la malaria es el resultado de una labor de control fructífera desarrollada a escala nacional. El grupo especial sobre eliminación de la malaria de la OMS ha definido cuatro etapas en ese proceso: control, cuasieliminación, eliminación, y prevención de la reaparición de la enfermedad. Se ha determinado que el punto culminante de la primera fase se alcanza cuando el número de casos se mantiene de manera sostenida en menos del 5% de los pacientes febriles. Por lo general sólo es posible entrar de lleno en un programa de eliminación cuando los casos de malaria llegan a ser relativamente escasos, en un nivel anual de menos de 1 paciente por cada 1.000 personas en situación de riesgo, o de aproximadamente 100 pacientes de malaria por distrito. El proceso de eliminación entra en su fase final, cuando el número de casos de contagio local se reduce a cero. En la actualidad, unos 10 países de todo el mundo están aplicando programas para la eliminación de la malaria, entre ellos Argelia, Argentina, Armenia, Egipto, El Salvador, Iraq, Paraguay, Arabia Saudita, Turkmenistán y la República de Corea. Otros 11 países ejecutan programas de cuasieliminación¹ y siete aspiran a recibir la certificación de “zonas libres de malaria”.

24. Las regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental han adoptado la eliminación de la malaria como (parte de su) estrategia regional, lo que constituye una extensión lógica de los éxitos alcanzados por sus Estados miembros en la lucha contra la enfermedad. En el período 1999-2006 los países de la Región de Europa de la OMS donde la malaria es endémica informaron de que el número de casos de contagio local se había reducido en casi 15 veces, con un total combinado de sólo 2.520 casos registrados en 2006. Sin embargo, incluso después de ser eliminada la malaria, persiste el riesgo de que la enfermedad vuelva a aparecer en un país a causa de los viajes internacionales y la migración. La eliminación de la malaria está estrechamente ligada al logro de diversos objetivos de desarrollo del Milenio, pues la mayoría de los países que han logrado interrumpir su transmisión han mejorado también su situación socioeconómica general, la cobertura de los servicios de salud y el nivel de vida de su población. La certificación de territorio libre de malaria refuerza esos logros, al eliminar obstáculos a las inversiones y al turismo.

¹ Azerbaiyán, Georgia, Irán (República Islámica del), Kirguistán, Malasia, México, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tayikistán, Turquía y Uzbekistán.

VII. La malaria y los sistemas de salud

25. Según estimaciones recientes la malaria constituye una carga considerable para los sistemas de salud. En África, como promedio, entre el 25% y el 45% de las consultas en los ambulatorios son debidas a la malaria, que también es responsable de la elevada tasa de letalidad entre los pacientes hospitalizados quienes suelen llegar a los hospitales cuando ya es tarde para el tratamiento o reciben tratamiento inadecuado o no se dispone de medicamentos eficaces. Para combatir eficazmente la malaria se requieren mejores sistemas de información de la gestión de la salud y sistemas de vigilancia que ayuden a los encargados de planificar las políticas de salud a cuantificar la carga de la malaria, hacer estimaciones adecuadas y asignar recursos suficientes a los servicios de salud. En la actualidad, las intervenciones ven mermada su eficacia debido a la escasez de personal y la falta de compromisos de financiación de los donantes previsible y a largo plazo para fortalecer la infraestructura sanitaria en los países donde la malaria es endémica. La débil infraestructura sanitaria, la insuficiencia de los suministros de medicamentos esenciales y de otras medidas preventivas, como mosquiteros e insecticidas, y la supervisión inadecuada de la labor de los profesionales de la salud provocan que los servicios de salud sean deficientes. Los países donde la malaria es endémica necesitan recibir apoyo con vistas a: a) desarrollar la capacidad administrativa para supervisar al personal de la salud; b) desarrollar mecanismos eficaces para prestar servicios de laboratorio de calidad, a fin de asegurar que los diagnósticos sean fiables y el tratamiento de los casos sea eficaz; c) ampliar el acceso a los servicios de salud, en especial en zonas remotas; d) mejorar los mecanismos conjuntos de los sectores público y privado para prestar servicios de salud; e) fortalecer los sistemas de adquisición y distribución de medicinas, reactivos, insecticidas y otros productos esenciales; y f) aplicar medidas para retener al personal capacitado en los distritos y las comunidades.

26. El desarrollo sectorial coordinado contribuirá en gran medida a mejorar las iniciativas para combatir la malaria. El Programa Mundial contra la Malaria de la OMS se centra en ampliar y perfeccionar sus intervenciones de apoyo, en particular al nivel de atención primaria, a fin de elevar al máximo la eficacia de los servicios que reciben a los pacientes cada vez que recurren al sistema de salud. Para ello, en el marco del Programa se desarrolla una capacitación continua por etapas que hará frente al actual déficit de personal cualificado para atender con eficacia a los pacientes en las instalaciones de salud, y la falta de capacitación en materia de epidemiología, entomología y diagnóstico de laboratorio. Asimismo, se hace especial hincapié en elevar al máximo la prevención, asegurar que los servicios lleguen a los grupos pobres y vulnerables y a las personas que viven en lugares de difícil acceso, y respondan a sus necesidades. Ello significará que a nivel comunitario habrá más trabajadores de la salud que enseñen a las madres y a las personas que trabajan en la comunidad a tratar la malaria en el hogar.

27. Es necesario aplicar un enfoque multisectorial y realizar una labor de promoción más intensa con los ministerios de finanzas con vistas a crear conciencia sobre los beneficios que reporta invertir en la salud y obtener apoyo político para inversiones a largo plazo en el sector de la salud. Las inversiones en todo lo que sirva para combatir la malaria son altamente productivas y eficaces en función de los costos: para una familia típica de seis personas, el suministro de tres mosquiteros tratados con insecticida de efecto prolongado cuesta entre 0,55 y 0,91 dólares por

persona al año. Mientras un mosquitero que dura cinco años cuesta alrededor de 5,50 dólares, se estima que cada muerte de un niño que se evita tiene un costo de 145 dólares, y los costos se reducen cuanto más dure el mosquitero. Es fundamental ayudar a los países a analizar sus deficiencias de ejecución y procurar determinar las intervenciones de gran repercusión y eficaces en función de los costos que pueden ampliarse rápidamente en el contexto de cada país. Los mosquiteros tratados con insecticida, la fumigación de interiores con efecto residual y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo se señalaron en el informe de 2006 del Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades como oportunidades de bajo costo que se han desaprovechado en el África subsahariana. Por otra parte, el Consenso de Copenhague de 2004 clasificó el control y el tratamiento de la malaria como una “muy buena” utilización de los recursos en los países en desarrollo. El factor que impide lograr una alta cobertura y superar las barreras operacionales es el nivel de la infraestructura sanitaria, que en muchos países donde la malaria es endémica, particularmente en África, es muy pobre y aún necesita asistencia sustancial de donantes externos. Sin embargo, en la práctica se ha demostrado que cuando las intervenciones se efectúan conjuntamente su costo marginal es menor, dado que los recursos pueden compartirse. Hay que continuar investigando la eficacia relativa en función de los costos de diferentes intervenciones y combinaciones de intervenciones en diversos contextos.

VIII. Financiación y movilización de recursos

28. Se estima que los recursos mundiales necesarios para combatir eficazmente la malaria oscilan entre 3.800 y 4.500 millones de dólares al año², dependiendo de la rapidez con que se reduzca el número de casos y por ende la necesidad de tratamiento gracias a la prevención. Ello incluye los costos de los productos, la distribución, las actividades para fortalecer el sistema de salud y la asistencia técnica a los programas nacionales. Los costos para África serían como promedio de 1.700 a 2.200 millones de dólares. Además, para que las prioridades nacionales de salud reciban atención suficiente de los donantes y en los presupuestos nacionales, deben estar en consonancia con los objetivos de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio y otros programas de desarrollo. Las cuestiones relativas a la armonización y previsibilidad de la financiación externa son fundamentales cuando se realizan inversiones a largo plazo en el sector de la salud, y exigen una mayor coordinación entre países y asociados. A nivel nacional, se carece de información fiable sobre la carga de la enfermedad y la financiación de los servicios relacionados con la malaria (en particular, sobre los gastos nacionales), lo que dificulta la formulación de políticas con conocimiento de causa y la asignación de recursos con eficacia. La utilización del sector privado no oficial para el tratamiento de la malaria y la debilidad de los sistemas de información sobre la salud no permiten contar con estimaciones exactas de los gastos actuales relativos a la malaria. Aproximadamente el 60% de los casos de malaria que ocurren en el África subsahariana es atendido inicialmente por proveedores privados, principalmente con medicinas compradas en tiendas y a vendedores ambulantes. Además, como los donantes están utilizando cada vez más sus contribuciones para apoyar los presupuestos, en lugar de financiar

² OMS, “Estimated global resources needed to attain international malaria control goals”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, No. 8 (2007).

objetivos específicos, se hace mucho más necesario desarrollar instrumentos eficaces para vigilar las corrientes de la asistencia para el desarrollo destinadas a la salud. Para hacer frente a esas cuestiones, la OMS está apoyando la creación de cuentas nacionales de salud en una serie de países, y contribuyendo al desarrollo de un marco de subanálisis de la malaria que podría utilizarse para medir los gastos nacionales relacionados con la enfermedad. En la financiación de los planes nacionales contra la malaria será preciso tener en cuenta varias cuestiones fundamentales: a) en los países que han adoptado los tratamientos combinados a base de artemisinina como tratamiento de primera línea conforme a las directrices de la OMS, es preciso seleccionar fuentes de financiación sostenibles para hacer frente a las necesidades actuales y futuras, b) financiar la distribución de mosquiteros tratados con insecticida para lograr una distribución y utilización amplias, en particular en las zonas rurales y c) seleccionar fuentes de financiación para atraer, capacitar y retener al personal de servicios imprescindible, de quienes depende de manera absoluta la prestación de servicios relacionados con la malaria en todas las intervenciones.

29. Los gobiernos deben tomar parte en la financiación de la lucha contra la malaria para corregir los fallos del mercado y las desigualdades en la prestación de los servicios. Entre los problemas del sector público figuran los limitados ingresos gubernamentales y las políticas macroeconómicas restrictivas. Aunque la condonación de la deuda ha traído algún alivio, aún resulta insuficiente para alentar a los gobiernos a que cambien sus modalidades de asignación de recursos. Hay que hacer mayor hincapié y realizar investigaciones más amplias en posibles métodos para combinar las intervenciones de los sectores público y privado a fin de asegurar que los pacientes reciban la mejor atención. En la Declaración de Abuja de 2000, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a destinar el 15% de los presupuestos nacionales al sector de la salud. Pese a que algunos Estados Miembros han logrado modestos progresos, la proporción del presupuesto nacional que se destina a financiar la salud sigue siendo baja en muchos países (solamente Djibouti y Botswana han asignado a la salud el 15% o más de sus presupuestos nacionales). Según las estimaciones más recientes, cada año se destinan a la lucha contra la malaria unos 300 millones de dólares, procedentes de fuentes internas.

30. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria informa de que hasta agosto de 2007 el total de sus desembolsos internacionales para la lucha contra la malaria ascendía a unos 1.000 millones de dólares. El Fondo Mundial lleva a cabo actividades en 77 países, en los que financia un total de 113 subvenciones para combatir la malaria, correspondientes a una financiación total aprobada de 1.700 millones de dólares. Sin embargo, el futuro del Fondo Mundial no está asegurado en modo alguno; aún así muchos países han reformado por completo sus sistemas en respuesta a las subvenciones del Fondo, sin haber obtenido compromisos seguros a largo plazo, más allá de los dos años que dura la fase inicial de las subvenciones. Si los países obtienen “buenos resultados” pueden continuar recibiendo subvenciones por otros tres años o hacerse acreedores a recibir los beneficios del recientemente creado mecanismo de continuación del financiamiento. El Fondo Mundial también ha comenzado a estudiar la posibilidad de financiar un plan estratégico nacional de los países, cuando se determinen correctamente sus costos y se elabore un amplio plan de trabajo al respecto. No obstante, el Fondo Mundial no siempre ha sido indulgente a la hora de examinar los problemas de ejecución específicos de la lucha contra la malaria, como las demoras

en la cadena de producción y distribución, en particular en la producción de artemisinina para las terapias combinadas y la disponibilidad de mosquiteros tratados con insecticida, que sólo ahora se están resolviendo. Por lo general, entre las tres enfermedades de que se ocupa el Fondo Mundial, los peores resultados se registran (en las subvenciones para combatir la malaria en las que abundan las calificaciones B2 y C), con lo cual aumenta el riesgo de perder la subvención

31. Otros donantes importantes también han alentado expectativas de que se dispondrá de fondos adicionales para combatir la malaria. La Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre la malaria, establecida en 2005, tiene como meta reducir en un 50% la mortalidad derivada de la malaria en 15 países seleccionados del África Subsahariana. La Iniciativa, con una duración de cinco años (2005-2010), consiste en un aumento anunciado de la financiación de 1.200 millones de dólares. Sin embargo, otros programas contra la malaria patrocinados por los Estados Unidos (como las subvenciones generales de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) se están reduciendo al parecer para atender los compromisos de la Iniciativa del Presidente. También en 2005 se pusieron en marcha la estrategia mundial y el programa reforzado de lucha contra la malaria, nuevo plan del Banco Mundial para combatir la enfermedad. En su primera fase (2005-2008) han sido aprobados 15 países y un importante proyecto regional transfronterizo. Actualmente se está preparando la segunda fase (2008-2015). Los compromisos totales del Banco Mundial para combatir la malaria en África ascienden en la actualidad a unos 500 millones de dólares. Consciente de la necesidad de asegurar que las contribuciones de fondos se refuercen y complementen mutuamente, el Banco Mundial insiste en la necesidad de armonizar la labor de los donantes en la lucha contra la malaria y está tratando de que los asociados aporten contribuciones adicionales. En 2006 la Fundación Bill y Melinda Gates prometió la suma de 83,5 millones de dólares en nuevas donaciones para combatir la malaria. Con esos fondos se apoyarán algunos programas de prevención y tratamiento de la malaria, así como trabajos de investigación y desarrollo. Se estima que el desarrollo ininterrumpido de nuevos fármacos al ritmo necesario para hacer frente a las nuevas formas de resistencia a los medicamentos costaría por lo menos 30 millones de dólares al año.

IX. Progresos y desafíos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio

32. Una de las novedades más importantes de los últimos dos años ha sido el reforzamiento y la reorientación del Departamento de malaria de la OMS para centrarse en el desarrollo de estrategias, directrices y herramientas pertinentes para los países sobre “cómo” enfrentar la malaria en los lugares donde la carga de la enfermedad es mayor. El programa ha asumido también un papel principal a la hora de definir las prioridades de investigación y llenar lagunas críticas en materia de conocimientos, a fin de que se puedan formular recomendaciones prácticas en materia de políticas en base a los resultados de las investigaciones. En todos los niveles del programa se están coordinando y simplificando las orientaciones técnicas para ampliar las tres intervenciones clave, a saber: tratamiento efectivo y rápido con terapias combinadas a base de artemisinina, distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado a todas las personas expuestas a la malaria, fumigación de interiores con efecto residual, de manera que llegue a las

poblaciones más pobres, y recopilación de pruebas irrefutables de la eficacia, la eficiencia y el efecto operacional de las intervenciones.

33. Aunque aún quedan numerosos desafíos que afrontar en el continente africano, se ha comprobado que los casos de malaria han disminuido en siete países (Botswana, Burundi, Eritrea, Malawi, Sudáfrica, Swazilandia y Zanzíbar (Tanzanía)). Sudáfrica, en particular, fue capaz de reducir significativamente su morbilidad y mortalidad mediante una combinación de intervenciones, entre ellas una cobertura operacional del 90% en la fumigación de interiores con efecto residual en 2003 y 2004. Swazilandia también pudo reducir en un 75% el número de casos clínicos de malaria, de más de 45.000 en 2000 a menos de 10.000 en 2005, con lo que pasó a ser uno de los pocos países que han alcanzado el objetivo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo de reducir la morbilidad derivada de la malaria para 2010. En 2006 también en América se lograron reducir los casos de malaria en un 21% y la mortalidad en un 69% en comparación con 2000. No obstante, el brote ocurrido en Jamaica a fines de 2006 demostró que incluso países que han recibido la certificación de territorios libres de malaria o donde no ha habido contagios en más de 10 años deben mantenerse muy vigilantes ante la amenaza de la reaparición de la enfermedad. También se ha observado una disminución del número de casos en los nueve países del Oriente Medio y del África septentrional en comparación con 2000. En los nueve países de la región de Europa de la OMS donde la malaria es endémica también ha mejorado la situación en comparación con 2000. Los avances de la región han sido tan notables, que la estrategia regional europea para 2005-2015 se centra en la eliminación de la malaria en la región mediante el fortalecimiento de las capacidades nacionales de adopción de decisiones, las inversiones en el desarrollo humano y el fomento de la capacidad, el mejoramiento de las capacidades de gestión de enfermedades y de contención y prevención de epidemias, la promoción de medidas preventivas eficaces en función de los costos, el fortalecimiento de las capacidades de vigilancia y de las capacidades operacionales en materia de investigación, la movilización comunitaria y la intensificación de la colaboración intersectorial. En la región de Asia sudoriental de la OMS, Bhután, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia lograron reducir la carga relativa de la malaria en comparación con 2000. Sin embargo, los desastres naturales y los conflictos continúan afectando a los países de la región, lo que incide negativamente en la atención médica de todas las enfermedades, en particular de la malaria. Todos los países de la región del Pacífico occidental donde la malaria es endémica, excepto las Islas Salomón y Vanuatu, han mostrado por lo general una tendencia continua a la disminución de los casos confirmados y de las tasas anuales de mortalidad derivada de la enfermedad.

X. Conclusiones y recomendaciones

34. **En la actualidad el control de la malaria enfrenta una serie de desafíos. En primer lugar, aunque se han logrado algunos progresos desde 2000, persiste una escasez crítica de datos fiables y precisos suministrados de manera constante. A veces la información puede obtenerse a nivel periférico, pero no son muchos los países, en particular en África, que disponen de capacidad o estructuras administrativas para recopilar y analizar los indicadores de la situación epidemiológica, la estructura de los servicios de salud, la resistencia a los**

medicamentos y los insecticidas, y las corrientes de recursos a nivel central. Sin esa información, los países no pueden hacer un seguimiento de los resultados, la cobertura, ni los efectos de los programas. Por lo tanto, los programas nacionales contra la malaria no sirven como guía eficaz para asignar los recursos de los programas, adoptar decisiones de gestión con conocimiento de causa, o fortalecer la cooperación entre los sectores público y privado para llegar más fácilmente a las poblaciones destinatarias y alcanzar los objetivos previstos. En segundo lugar, aunque los fondos destinados específicamente a combatir la malaria han ido en aumento, se centran cada vez más en la financiación de productos, sin que se produzcan paralelamente aumentos de los fondos destinados a la asistencia técnica para fomentar la capacidad y a atender las necesidades primordiales de los sistemas de salud, lo que también obstaculiza la ejecución de los programas contra la malaria. La falta de financiación y de capacidad constituyen un círculo vicioso: si los países no disponen de capacidad no pueden absorber la financiación disponible y sin financiación no pueden desarrollar la capacidad. Por consiguiente, diversas iniciativas tropiezan con problemas de ejecución y no producen los efectos previstos, por lo que la mortalidad y la morbilidad derivadas de la malaria se mantienen en niveles inaceptablemente elevados.

35. En los últimos años han comenzado a observarse progresos sustanciales en algunas intervenciones. La distribución de mosquiteros tratados con insecticida, en particular cuando se combina con programas sólidos, como el Programa Ampliado de Inmunización, ha sido especialmente eficaz y ha comenzado a elevar las tasas de cobertura en algunas zonas. Aunque la ampliación del acceso a un tratamiento eficaz y la fumigación de interiores con efecto residual avanzan a ritmos más lentos, también comienzan a mostrar mejoras considerables. Sin embargo, numerosos países tendrán que introducir cambios extensos y fundamentales en sus programas contra la malaria si desean alcanzar sus objetivos en la lucha contra la enfermedad. Esos cambios exigirán un mayor compromiso de parte de todos los niveles del Gobierno y recursos (financieros y humanos) para la aplicación de políticas precisas, y estrategias sostenibles y de validez comprobada. Se ponen de manifiesto nuevos problemas de ejecución y lagunas en los conocimientos, y los recursos disponibles para hacer frente a la malaria siguen siendo considerablemente inferiores a lo que se necesita para combatir eficazmente la enfermedad. A diferencia de otras muchas enfermedades, los instrumentos para combatir la malaria con éxito ya se conocen. La financiación llega al nivel de los países, pero aquéllos donde la malaria es endémica todavía necesitan orientación estratégica y técnica para mejorar sus capacidades y asegurar el buen aprovechamiento de los fondos.

36. Sobre la base de las observaciones contenidas en el presente informe y en la resolución 60/18 de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomienda que la Asamblea General pida a los países donde la malaria es endémica que:

a) Apliquen a sus contextos respectivos las políticas, las estrategias y los instrumentos recomendados por 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 los efectos de manera eficaz y puntual;

b) Utilicen, con apoyo de la OMS, las bases de datos nacionales para reunir y analizar sistemáticamente la información disponible sobre la situación prevalente en relación con la malaria, 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;

c) Evalúen la capacidad de sus programas nacionales relacionados con la malaria, 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 a medida que aumenten los fondos disponibles para los programas contra la malaria;

d) 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 medicamentos, la aplicación de medidas preventivas y la creación de una infraestructura sanitaria adecuada;

e) Alienten la colaboración intersectorial, en particular en los niveles más altos del Gobierno, 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 la malaria;

f) Fortalezcan, con el apoyo de la OMS, los sistemas de vigilancia de la resistencia a los medicamentos, y a la OMS que coordine una red de vigilancia mundial para seguir de cerca y reducir la resistencia a los medicamentos;

g) Se ocupen, con el apoyo de la OMS, de desarrollar sistemas de vigilancia de la resistencia a los insecticidas, y a la OMS que coordine una red mundial para el seguimiento y la reducción de la resistencia a los insecticidas;

h) Mantengan la prohibición de la comercialización de monoterapias con artemisinina administrada por vía oral y la suspensión del otorgamiento por parte de organismos internacionales de fondos para la adquisición de monoterapias con artemisinina administrada por vía oral;

i) Eliminen los impuestos y aranceles con que se gravan los mosquiteros, medicamentos y otros productos necesarios para combatir la malaria, a fin de reducir el precio de esos productos para los consumidores y estimular su libre comercio.

37. Sobre la base de las observaciones contenidas en el presente informe y en la resolución 60/18 de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomienda que la Asamblea General inste:

a) 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 de interiores con efecto residual, los mosquiteros tratados con insecticida y el tratamiento de casos, a fin de que la financiación se destine sólo a 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;

b) A los asociados internacionales, a que utilicen los sistemas de seguimiento y evaluación desarrollados por la OMS como indicadores básicos mínimos, en lugar de adoptar sistemas paralelos. Además, a la OMS, a que, junto con los países y otros asociados, elabore metodologías de investigación sencillas y menos costosas para evaluar los efectos y la cobertura de las intervenciones contra la malaria de manera eficaz y puntual;

c) A todos los organismos donantes y países importadores de alimentos, a que hagan pública una declaración en que definan claramente su posición respecto del uso del DDT para la fumigación de interiores con efecto residual, cuando ello se realice en los lugares indicados y de conformidad con las directrices de la OMS, y a que presten todo el apoyo posible a los países donde la malaria es endémica a fin de gestionar la intervención efectivamente y prevenir la contaminación de productos agrícolas con DDT y otros insecticidas con efecto residual utilizados para fumigar interiores;

d) A los fabricantes de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado, a que aceleren la transferencia de tecnología a los países en desarrollo, y al Banco Mundial y a los fondos regionales de desarrollo, a que estudien la posibilidad de prestar apoyo a los países donde la malaria es endémica para que construyan fábricas con el fin de aumentar la producción de esos mosquiteros;

e) A la comunidad internacional, a que llegue a un consenso sobre la cuantía y las fuentes apropiadas de los subsidios para productos esenciales, como los mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado y las terapias combinadas a base de artemisinina, para que la población vulnerable a la malaria pueda tener mayor acceso a medicamentos de buena calidad y a medidas de prevención, y a que combata el comercio de falsos medicamentos que tiene lugar en los países en desarrollo;

f) 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 éste pueda seguir apoyando a los países, y a que proporcione recursos complementarios adecuados destinados a la asistencia técnica, en particular a la OMS y al UNICEF, a fin de que los fondos se puedan absorber y utilizar eficazmente en los países.