Organización Mundial de la Salud

CONSEJO EJECUTIVO **EB141/3**
141.ª reunión **18 de mayo de 2017**
Punto 6.1 del orden del día provisional

Erradicación del paludismo

Informe de la Secretaría

1. En los últimos 15 años el mundo ha sido testigo de progresos sin precedentes en la lucha contra el paludismo, o malaria. Además de las significativas reducciones de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el paludismo que se han logrado, 17 países han eliminado la enfermedad (es decir, no han tenido casos indígenas durante tres años o más) desde 2000, y la OMS ha certificado que seis de ellos están libres de paludismo.[1] Estos progresos han reactivado el debate sobre el objetivo final, consistente en la erradicación mundial del paludismo. En este contexto, hay una necesidad urgente de que la OMS esclarezca su posición con respecto al objetivo de erradicar el paludismo.

2. La Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2015,[2] establece explícitamente la visión de un mundo sin paludismo, lo que equivale a la erradicación de la enfermedad. Dicha visión reafirma el objetivo declarado en dos resoluciones anteriores de la Asamblea de la Salud, a saber, las resoluciones WHA8.30 (1955) y WHA22.39 (1969). Sin embargo, para seguir avanzando en la labor de erradicación es necesario considerar más detenidamente los determinantes de la erradicación, tales como su viabilidad y los costos previstos para lograrla, las posibles estrategias y los plazos.

CONTEXTO HISTÓRICO: LABOR REALIZADA Y RETOS AFRONTADOS

3. En 1955, en México, la 8.ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA8.30, en la que decidió que, entre otras cosas, la OMS tomaría la iniciativa en la aplicación de un programa cuyo objetivo final era «la erradicación mundial del paludismo». Por vez primera, la erradicación era objeto de una resolución de los órganos deliberantes. El establecimiento del Programa de Erradicación Mundial del Paludismo en la OMS reflejó el optimismo existente entonces con respecto a: *i*) el buen conocimiento biológico y matemático de la transmisión del paludismo; *ii*) la suficiente eficacia de los insecticidas y antipalúdicos[3] existentes, y *iii*) la posibilidad de lograr la erradicación en un plazo razonable con una buena gestión y una estrategia bien definida. La Organización recibió el mandato de proporcionar asesoramiento técnico a los Estados Miembros y coordinar los recursos.

---

[1] Informe mundial sobre el paludismo 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.

[2] Véase la resolución WHA68.2.

[3] El Programa de Erradicación dependía en gran parte de dos herramientas: la cloroquina para prevenir y tratar el paludismo, y el DDT para controlar los mosquitos.

4. Entre 1955 y 1969, el Programa de Erradicación Mundial del Paludismo consiguió muchos éxitos notables, logrando eliminar la enfermedad en varios países[1] y reducir notablemente la transmisión en muchos otros. Sin embargo, varios problemas técnicos, operacionales y financieros ralentizaron los progresos y acabaron deteniéndolos. Entre ellos, la creciente resistencia de *Plasmodium falciparum* a los antipalúdicos, especialmente la cloroquina, y de los mosquitos *Anopheles* a los insecticidas, en particular al DDT; la confianza en una estrategia de aplicación rígida e inflexible que no tenía debidamente en cuenta la necesidad de ajustarse a las variaciones locales de la epidemiología del paludismo, y la suposición errónea de que se disponía de todos los conocimientos necesarios para lograr la erradicación, lo que hizo que se prestara una atención insuficiente a la investigación y desarrollo de nuevos instrumentos y enfoques. Los progresos también se vieron dificultados por la inexistencia de un programa cuyos costos estuvieran plenamente determinados y financiados, y por la dependencia de un donante. En particular, no se registró ningún progreso real en el África tropical y, lo que es peor, ni siquiera se hicieron esfuerzos serios por mejorar la situación en esta región.

5. En 1969, en la resolución WHA22.39, la Asamblea de la Salud concluyó que la erradicación no parecía aún factible a corto plazo y que una estrategia de control era una medida apropiada para lograr la erradicación en el futuro. Aun así, la Asamblea de la Salud reafirmó «que la completa erradicación del paludismo en el mundo entero sigue siendo un quehacer primordial de los organismos nacionales de salud pública y que […] se debe fomentar la lucha antipalúdica con los medios disponibles, ya que esa actividad puede considerarse como una etapa necesaria y una medida útil para el objetivo final de la erradicación».

6. En los dos decenios siguientes se observó un notable incremento de la incidencia mundial del paludismo a consecuencia del abandono del Programa de Erradicación Mundial del Paludismo y de la disminución de las inversiones en el control de la enfermedad. Tras la crisis económica de principios de los años 70, la financiación de la lucha contra el paludismo sufrió nuevos recortes. Al mismo tiempo hubo en algunas regiones una mayor propagación de la resistencia a los fármacos y a los insecticidas. En muchas zonas hubo un resurgimiento de la enfermedad que revirtió los considerables logros alcanzados.

7. En la Conferencia Ministerial sobre el Paludismo (Amsterdam, octubre de 1992), convocada por la OMS, los principales líderes de la salud pidieron que se renovara la lucha contra el paludismo. Los participantes aprobaron una nueva Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo que la 46.ª Asamblea Mundial de la Salud hizo suya al año siguiente en la resolución WHA46.32. Dicha Estrategia hacía hincapié en la importancia vital de proseguir las investigaciones sobre el paludismo y pedía que se aplicaran programas flexibles y costoefectivos adaptados a las condiciones locales.

8. Desde finales de los años 90, las nuevas inversiones en investigación proporcionaron nuevos instrumentos, en particular los mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada, las pruebas diagnósticas rápidas utilizables en el lugar de atención y los tratamientos combinados basados en la artemisinina. Principalmente a través de los países afectados por la enfermedad, del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y otros donantes bilaterales, se pusieron a disposición nuevos recursos que contribuyeron a una expansión masiva de intervenciones antipalúdicas eficaces y basadas en evidencias.

[1] Durante la existencia del Programa de Erradicación se eliminó el paludismo en 15 países y 1 territorio (Fuente: *Eliminating malaria.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016. Disponible en http://www.who.int/malaria/publications/atoz/eliminating-malaria/en/, (consultado el 28 de abril de 2017).

SITUACIÓN ACTUAL

9. Dicha expansión de las intervenciones ha producido mejoras espectaculares. Entre 2000 y 2015, la tasa de nuevas infecciones palúdicas disminuyó en un 41%, mientras que las tasas de mortalidad por paludismo se redujeron en un 62%, lo que significa que en ese periodo se salvaron 6,2 millones de vidas y se alcanzó la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referida específicamente al paludismo.[1]

10. Los Estados Miembros han seguido alcanzando y manteniendo la eliminación del paludismo. La OMS certificó la ausencia de paludismo en 22 países y dos territorios entre 1955 y 1987, y en otros seis países desde 2007 hasta ahora. En 2015, por primera vez en la historia, no hubo transmisión del paludismo en la Región de Europa de la OMS. Se calcula que hay otros 21 países que podrían eliminar la enfermedad de aquí a 2020.

11. Pese a estos progresos, hay unos 3200 millones de personas que siguen en riesgo de contraer el paludismo. En 2015 hubo 212 millones de nuevos casos y más de 400 000 muertes relacionadas con el paludismo. En muchos países los progresos están en peligro por la aparición y propagación de la resistencia de los mosquitos a los insecticidas y de los parásitos a los antipalúdicos. Los progresos continuos en la lucha contra la enfermedad solo se pueden acelerar mediante una financiación sólida, previsible y a largo plazo que garantice el acceso universal a las intervenciones básicas recomendadas por la OMS.

ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL DE LA OMS CONTRA LA MALARIA 2016-2030

12. Los tres pilares de la Estrategia técnica mundial consisten en garantizar el acceso universal a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; acelerar los esfuerzos dirigidos a la eliminación y a la obtención del estado de «libre de paludismo», y convertir la vigilancia del paludismo en una intervención básica. Estos pilares estratégicos se complementan con dos elementos de apoyo claves: el aprovechamiento de las innovaciones y la expansión de la investigación y desarrollo, y el fortalecimiento de un entorno propicio mediante la financiación, el compromiso político y la colaboración multisectorial.

13. La estrategia técnica mundial reafirma la visión de un mundo sin paludismo, en consonancia con la resolución WHA22.39. En particular, establece metas ambiciosas pero alcanzables y basadas en evidencias para lograr la realización de esa visión. Las metas mundiales establecidas para 2030 consisten en una reducción de la incidencia de casos de paludismo y de sus tasas de mortalidad de al menos un 90%, la eliminación de la enfermedad como mínimo en 35 países (en comparación con la situación existente en 2015) y la prevención del restablecimiento de la enfermedad en países actualmente libres de ella. Asimismo, se han establecido metas intermedias para 2020 y 2025. Desde mayo de 2015, la estrategia técnica mundial se ha trasladado a las estrategias regionales contra el paludismo que han sido aprobadas por los correspondientes comités regionales. La estrategia técnica mundial se complementa con el documento de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo titulado *Acción e Inversión para vencer a la Malaria 2016-2030: por un mundo libre de malaria*, en el que se aboga por enfoques multisectoriales, transfronterizos y centrados en las personas en la nueva era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

[1] La meta 6C del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 consistía en detener y empezar a revertir la incidencia mundial del paludismo entre 2000 y 2015.

14. En la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se pide al mundo, entre otras cosas, que acabe con la epidemia de paludismo de aquí a 2030. La Secretaría propone que la OMS debería interpretar esto como la consecución de las metas establecidas para 2030 en la *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030*, que comparte los mismos plazos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

15. La cobertura sanitaria universal tendrá un papel central en la consecución de la meta 3.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030* adopta plenamente el concepto de cobertura sanitaria universal y tiene como uno de sus principios rectores la equidad en el acceso a los servicios de salud.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES ESENCIALES

16. Junto con la intensificación del interés y el compromiso con los objetivos nacionales y regionales de eliminación, las reducciones de la incidencia de casos de paludismo y de sus tasas de mortalidad a lo largo del último decenio han desencadenado inevitablemente un renovado debate sobre el tema de la erradicación. Para responder adecuadamente a este interés es necesaria una comprensión clara y común de la terminología, así como un debate coordinado, transparente y basado en evidencias acerca de la viabilidad técnica y operacional y de los plazos correspondientes.

17. Las definiciones de la erradicación y la eliminación del paludismo han evolucionado a lo largo del tiempo. En la actualidad la OMS define la erradicación del paludismo como «una reducción permanente a cero de la incidencia mundial de la infección causada por parásitos del paludismo humano como consecuencia de actividades intencionadas».

18. La OMS define la eliminación del paludismo como «la interrupción de la transmisión local (reducción a cero de la incidencia de casos indígenas) de un determinado parásito palúdico en una zona geográfica definida como consecuencia de actividades intencionadas.»[1] La eliminación puede tener lugar a nivel subnacional, nacional o regional. En el contexto de la eliminación se necesitan medidas continuas para evitar el restablecimiento de la transmisión, medidas dejan de ser necesarias una vez lograda la erradicación.

GRUPO CONSULTIVO ESTRETÉGICO SOBRE ERRADICACIÓN DEL PALUDISMO

19. A fin de examinar los determinantes de la erradicación, como la viabilidad y los costos previstos de su consecución, las posibles estrategias y los plazos, la OMS ha convocado un Grupo Consultivo Estratégico sobre Erradicación del Paludismo, integrado por líderes y científicos eminentes que representan una amplia gama de disciplinas y entornos geográficos.

20. El Grupo Consultivo Estratégico sobre Erradicación del Paludismo coordinará y dirigirá durante dos años un análisis de futuros escenarios para el paludismo, tomando en consideración un amplio conjunto de determinantes biológicos, técnicos, financieros, socioeconómicos, políticos y medioambientales, incluido el cambio climático. Asimismo se tendrán en cuenta otras áreas, como los posibles productos de la innovación, las tendencias del crecimiento y la movilidad de la población, incluida la urbanización, y el uso agrícola de las tierras. Con base en esos análisis, el Grupo

[1] *WHO malaria terminology*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017, disponible en http://www.who.int/malaria/publications/atoz/malaria-terminology/en/ (consultado el 3 de mayo de 2017).

Consultivo Estratégico asesorará a la OMS con respecto a la viabilidad técnica y operacional y al costo previsible de la erradicación del paludismo en los próximos decenios, y las posibles estrategias para alcanzar ese objetivo. El Director General volverá a informar al Consejo una vez que el Grupo Consultivo Estratégico sobre Erradicación del Paludismo haya completado su labor.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

21. Se invita al Consejo a que tome nota del presente informe.

= = =