

## Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día del Paludismo

### Informe de la Secretaría

1. Cada año hay más de 3000 millones de personas en riesgo de contraer el paludismo, y más de 500 millones padecen la enfermedad en su forma aguda, que causa más de un millón de muertes. Por otra parte, más de 125 millones de viajeros no inmunes visitan cada año países donde el paludismo es endémico, y unos 10 000 a 30 000 contraen la enfermedad. El paludismo contribuye de forma indirecta a muchas más muertes, sobre todo en niños pequeños, a través de sus interacciones sinérgicas con otras infecciones y enfermedades. El paludismo es una causa importante de anemia en los niños y las embarazadas, así como de bajo peso al nacer, parto prematuro y mortalidad del lactante. En los países africanos endémicos el paludismo es la causa de un 25% a 35% de las consultas externas, un 20% a 45% de los ingresos hospitalarios y un 15% a 35% de las muertes que se registran en los hospitales, lo cual supone una pesada carga para unos sistemas de salud de por sí frágiles. Se siguen acumulando pruebas de que en las zonas con elevadas tasas de prevalencia de paludismo y VIH/SIDA, como el África subsahariana, la interacción entre las dos enfermedades, incluida la coinfección, incrementa la morbilidad y la mortalidad de ambas.

2. Las características de la enfermedad y de su transmisión son muy variables según la región, e incluso en un mismo país. Esta diversidad es debida a variaciones de los parásitos causantes de la enfermedad, los mosquitos vectores, las condiciones ecológicas y factores socioeconómicos como la pobreza y el acceso a servicios de prevención y asistencia sanitaria eficaces. Aproximadamente un 60% de los casos mundiales de paludismo, un 75% de los casos de paludismo por *Plasmodium falciparum* y más de un 80% de las muertes debidas a la enfermedad tienen lugar en el África subsahariana. *P. falciparum* es la causa de la gran mayoría de las infecciones en esta región y de aproximadamente un 18% de las muertes de menores de cinco años.

3. En 1998 se creó el movimiento Hacer Retroceder el Paludismo, y la OMS, el UNICEF, el PNUD y el Banco Mundial formaron una alianza mundial. En la actualidad, la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo comprende una amplia gama de asociados, entre los que se encuentran los países endémicos, el sector privado, donantes, organizaciones no gubernamentales y comunitarias, fundaciones y centros académicos y de investigación. Estas iniciativas hicieron resurgir la atención y el apoyo nacional e internacional al control del paludismo y reavivaron la esperanza de que se logren los objetivos de reducir, a la mitad para 2010 y en un 75% para 2015, la tasa de mortalidad de la enfermedad registrada en 2000, y también de que se alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en detener y empezar a reducir la incidencia del paludismo para 2015 (meta 8).

4. Sigue habiendo una baja concienciación sobre el problema mundial que representa el paludismo. Las personas en riesgo de padecer la enfermedad tampoco conocen bien su transmisión, por lo que a menudo no saben como protegerse de la infección a sí mismas y a sus familias. Con el fin de

garantizar que las actividades de promoción se mantengan en todo el mundo, se propone que el Día Africano del Paludismo, celebrado el 25 de abril, se declare Día Mundial del Paludismo.

5. En los últimos años ha habido un notable incremento de la labor de promoción de la prevención y control del paludismo, así como del apoyo político. La financiación de la lucha contra el paludismo también ha aumentado, especialmente a través de mecanismos como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo, el Programa de Estímulo del Banco Mundial para la Lucha contra el Paludismo, y la Fundación Bill y Melinda Gates. Han aparecido nuevos instrumentos como los tratamientos combinados basados en la artemisinina, los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración o las pruebas de diagnóstico rápidas, y ha habido progresos alentadores en el desarrollo de nuevos fármacos y vacunas. La lucha contra el paludismo se encuentra, por consiguiente, en un punto crítico en el que converge la disponibilidad simultánea de nuevos instrumentos, estrategias con fines precisos, notoriedad y financiación.

6. Se han suscitado expectativas de acercarse o llegar a la meta de eliminar el paludismo en todas las regiones. La Declaración de Tashkent de 2005 y la nueva estrategia de la Oficina Regional para Europa, tituladas ambas «El paso del control a la eliminación del paludismo», tienen por objetivo eliminar la enfermedad en los países afectados para 2015. Los Estados Miembros de la Región del Mediterráneo Oriental se están centrande en mantener y ampliar las zonas libres de paludismo, especialmente en la Península Arábiga y el Norte de África. Algunos Estados Miembros de la Región de las Américas y de las Regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental también están tratando de mantener la eliminación de la enfermedad o de acercarse a ella. En particular, hay expectativas de que algunos Estados Miembros de la Región de África también puedan lograr la eliminación. A pesar de estas indudables mejoras, hasta la fecha no hay ningún país del África subsahariana que haya alcanzado las metas fijadas en la Declaración de Abuja sobre Hacer Retroceder el Paludismo en África (2000),<sup>1</sup> y pocos tienen posibilidades de alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referida al paludismo. En esa región donde causa más víctimas, el paludismo tiene un costo estimado de US\$ 12 000 millones anuales en pérdida de producto interno bruto, y consume hasta un 25% de los ingresos domésticos.

7. No todos los países han modificado sus políticas nacionales de tratamiento para luchar contra los parásitos farmacorresistentes y retirado la autorización de comercialización de la monoterapia con artemisinina oral para el paludismo no complicado por *P. falciparum*, ni tienen capacidad para medir los progresos realizados en la consecución de las metas de tratamiento eficaz de los casos. Algunos países han fijado metas claras y establecido planes operacionales sobre cómo ampliar la cobertura de los mosquiteros tratados con insecticida, pero muchos no lo han hecho. Pocos países han fijado metas claras, concebido planes operacionales y asignado recursos humanos suficientes y bien formados para asegurar la fumigación de interiores, que debe ser gestionada meticulosamente y aplicada correctamente en entornos epidemiológicos apropiados, sin que se produzcan fugas de insecticida (en particular del DDT) hacia el sector agrícola.

---

<sup>1</sup> La metas de la Declaración de Abuja consisten en que: *i*) al menos el 60% de los pacientes con paludismo puedan acceder y utilizar un tratamiento correcto, asequible y apropiado en las 24 horas siguientes a la aparición de los síntomas; *ii*) al menos el 60% de las personas en riesgo de padecer paludismo, en particular las embarazadas y los menores de cinco años, se beneficien de medidas de protección comunitarias, tales como los mosquiteros tratados con insecticida, y *iii*) al menos el 60% de las embarazadas en riesgo de padecer paludismo, especialmente las primigestas, reciban tratamiento preventivo intermitente para 2005.

8. En los países sigue habiendo muy poco personal para aplicar de forma eficaz las estrategias recomendadas. La formación en especialidades relacionadas con el control del paludismo, y en particular la entomología, ha venido disminuyendo en todo el mundo, con la consiguiente reducción de los recursos humanos disponibles. El fortalecimiento de la capacidad nacional para aplicar estrategias y alcanzar las metas constituye un serio desafío en muchos países.

9. Inicialmente, un aumento rápido de la demanda, unido a la escasa atención prestada a la gestión de la cadena de suministro, provocó una escasez mundial de productos básicos clave, en particular de los tratamientos combinados a base de artemisinina de fuente única y de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración de fuentes limitadas. A nivel mundial, las investigaciones no siempre se han orientado a obtener los productos más necesarios o a formular estrategias de control del paludismo. Los organismos técnicos no han proporcionado a los países un apoyo coherente. Muchos países están tropezando con dificultades que exigen cooperación transfronteriza e interregional, que requerirá a su vez compromiso político al máximo nivel, y pocos países han reservado los recursos necesarios (financieros y humanos) para garantizar que podrán medir con exactitud su carga de morbilidad y evaluar sus progresos hacia las metas de control del paludismo. El porcentaje del 15% anual del presupuesto público que los Jefes de Estado y de Gobierno de África prometieron asignar al sector de la salud en la Declaración de Abuja sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas (2001), y que luego reafirmaron en la Declaración de Maputo sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas (2003), tampoco se ha materializado (hasta la fecha, sólo Botswana ha alcanzado esa meta).

10. La Alianza Hacer Retroceder el Paludismo no ha sido todo lo eficaz que se esperaba. La duplicación de funciones entre su Secretaría y la Secretaría de la OMS dio lugar a una competencia innecesaria y, con frecuencia, a recomendaciones antagónicas. El apoyo financiero ha sido menor del esperado, y la OMS ha sido criticada por no ejercer un firme liderazgo técnico.

11. En consecuencia, a comienzos de 2006 el Director General estableció el Programa Mundial sobre Paludismo, con el fin de redefinir las estrategias, corregir algunas deficiencias graves del programa contra el paludismo, y dar una respuesta coherente y firme a las necesidades de la lucha antipalúdica en todo el mundo. Como primer y decisivo paso, se restableció la dirección técnica y estratégica de la OMS, mediante una consulta del personal a nivel de toda la Organización, a la que siguió una reunión especial del Grupo consultivo estratégico y técnico de la OMS sobre paludismo. En esas dos reuniones se llegó a la conclusión de que la mejor aportación que la OMS puede hacer actualmente a la Alianza consiste en ejercer un firme liderazgo técnico y estratégico y en diferenciar claramente las funciones y responsabilidades del programa sobre paludismo de la OMS por un lado y las de la Secretaría de la Alianza por el otro. Paralelamente, la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo ha dado comienzo a un proceso de cambios para mejorar la eficacia. La OMS está contribuyendo a ese proceso, definiendo su papel estratégico y técnico, y convirtiéndose así en su mejor y más vigoroso asociado. El proceso parece estar teniendo efectos positivos, haciendo a los aliados - incluida la OMS - más responsables, y a la Secretaría de la Alianza más receptiva a las necesidades de los asociados.

12. En la primera reunión mundial OMS de personal dedicado al paludismo (Túnez, 27 de febrero - 2 de marzo de 2006) se establecieron las siguientes orientaciones estratégicas del Programa Mundial sobre Paludismo: 1) fortalecer el liderazgo técnico de la OMS en las políticas y estrategias de control del paludismo y el apoyo prestado a los países para determinar la manera de alcanzar las metas establecidas; 2) proporcionar apoyo a los países con paludismo endémico para aplicar los mejores enfoques e instrumentos disponibles, incluidos el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual cuando proceda, la distribución gratuita o muy subvencionada de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración a todos los grupos de riesgo, el diagnóstico de los casos de paludismo y el tratamiento con terapias combinadas a base de artemisinina, y la estrecha colaboración con los paí-

ses para asegurar que las intervenciones se ajusten al perfil epidemiológico y socioeconómico de cada país; 3) prestar apoyo a los países para alcanzar las metas de eliminación del paludismo cuando ello sea posible; 4) prevenir el paludismo en los viajeros de países no endémicos, fomentando así el turismo y las inversiones; 5) establecer normas más claras y desarrollar mejores instrumentos de seguimiento y evaluación, en particular diferenciando claramente el seguimiento de la eficacia de las intervenciones y la evaluación del impacto; 6) incluir las investigaciones de alta prioridad en el Programa Mundial sobre Paludismo, haciendo especial hincapié en el desarrollo de nuevos métodos, estrategias y herramientas, y superando los obstáculos a la aplicación; 7) procurar que los esfuerzos desplegados para combatir el paludismo contribuyan a fortalecer los sistemas de salud, propiciando un enfoque multisectorial con un fuerte liderazgo del sector de la salud y apoyando la prestación integrada de servicios de salud esenciales; y 8) coordinar la colaboración a nivel de país, en particular mediante el fortalecimiento de las oficinas de la OMS y el aumento de la disponibilidad de recursos humanos bien preparados, para asegurar que el apoyo sea coherente con los planes y estrategias nacionales. Además, se han creado cinco equipos especiales de la Secretaría, de carácter transversal (sobre el tratamiento de casos, los mosquiteros tratados con insecticida, el rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual, la vigilancia y la eliminación), a fin de conseguir aportaciones y colaboración a todos los niveles. La OMS también ha trabajado de manera progresiva durante 2006 para asegurar que, a partir de 2007, su programa sobre el paludismo, contando con personal de la Sede y de las oficinas regionales y de país, funcione con un solo plan de trabajo y un solo presupuesto.

13. El Grupo Consultivo Estratégico y Técnico también recomendó que se convocara a un comité consultivo técnico y de investigación y a seis grupos de trabajo asociados (sobre economía, finanzas e impacto; expansión y desarrollo de la capacidad; tratamiento de casos; mosquiteros tratados con insecticida; rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual; quimioterapia preventiva) para examinar y supervisar los progresos, los planes y el presupuesto del Programa sobre Paludismo y para reforzar el apoyo técnico de la OMS a los países en las siguientes intervenciones clave:

- **Tratamiento de casos.** Hoy día los tratamientos combinados a base de artemisinina están recomendados como la mejor terapia disponible para el paludismo por *P. falciparum* no complicado. La OMS ha publicado este año sus directrices terapéuticas<sup>1</sup> y ha prohibido la monoterapia para proteger la eficacia de las terapias combinadas y retrasar la aparición de resistencia. Hasta la fecha, 67 países han adoptado los tratamientos combinados, y 16 países no permiten comercializar los tratamientos antipalúdicos basados en un solo medicamento. El grupo especial sobre tratamiento de casos está ultimando un manual general, que incluye un nuevo diseño de las fichas de los pacientes y mecanismos de seguimiento, a fin de ayudar a los países a aplicar sus políticas nacionales de tratamiento y a simplificar y hacer más eficaz su manejo de los casos de paludismo. El manual se probará de forma experimental en los países conjuntamente con intervenciones concebidas para fortalecer los sistemas de información sanitaria.
- **Prevención del paludismo (mosquiteros tratados con insecticida).** La OMS está centrandó su atención en el acceso universal a los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, conjuntamente con el UNICEF. Ambos organismos siguen propugnando la distribución gratuita o muy subvencionada de esos mosquiteros con carácter periódico o mediante campañas (especialmente del Programa Ampliado de Inmunización) para llegar a las poblaciones vulnerables. Sin embargo, la actual cobertura de mosquiteros es extraordinariamente baja, pese a que constituyen la mejor protección disponible. El grupo especial sobre mosqui-

---

<sup>1</sup> WHO guidelines for the treatment of malaria. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

---

teros tratados con insecticida está ultimando un manual general como ayuda para que los países puedan expandir la distribución y ampliar la cobertura.

- **Prevención del paludismo (rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual).** El rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual disminuye con gran rapidez y eficacia la densidad de las poblaciones de mosquitos y, por consiguiente, la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el paludismo. Sin embargo, se trata de una intervención muy infrautilizada: sólo 12 millones de hogares en 51 países disfrutaban actualmente de la protección que confiere ese tipo de rociamiento. Como primer paso, la OMS ha preparado un documento de posición sobre el uso del rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual, basándose en la experiencia de diversos países, incluido el rociamiento con DDT, que ha sido durante mucho tiempo el insecticida más barato, el de mayor eficacia residual (6-12 meses) y el único usado exclusivamente con fines de salud pública.<sup>1</sup> El grupo especial sobre esa cuestión está preparando un manual que contiene indicaciones para mejorar la calidad de la intervención en los países que ya la aplican y para los países que la aplicarán por vez primera. El manual se utilizará de forma experimental en diversas regiones.

14. Además de esas tres intervenciones, se está poniendo en práctica el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo con sulfadoxina-pirimetamina en 22 países africanos que presentan el perfil pertinente de transmisión del paludismo. Sin embargo, el rápido aumento de la resistencia de *P. falciparum* a la sulfadoxina-pirimetamina y la falta de datos sobre la seguridad y eficacia de otros medicamentos antipalúdicos en la prevención y el tratamiento plantea un reto enorme. El tratamiento intermitente se recomienda sólo para las zonas de alta endemicidad con transmisión estable y baja resistencia a la sulfadoxina-pirimetamina.

15. El grupo especial sobre vigilancia ha creado una base de datos de perfiles de los países, que contiene indicadores sobre la situación epidemiológica, la política en materia de paludismo, la eficacia de las estrategias y los programas, la estructura de los servicios de salud, la situación de la resistencia a los medicamentos y los insecticidas, y las corrientes de recursos. Los datos reunidos ayudarán a los países a mejorar los programas y orientar la asignación de los recursos de los programas.

16. El grupo especial sobre eliminación está elaborando directrices para los programas nacionales de eliminación del paludismo, prestando apoyo técnico y operacional a los países que se encuentran en la fase de cuasieliminación, y estableciendo mecanismos para la certificación oficial. El Programa Mundial sobre Paludismo está revisando su estrategia de prevención para los viajeros, a fin de que los no inmunes estén protegidos cuando visiten las zonas de paludismo endémico o trabajen en ellas.

17. Es esencial captar nuevos intereses e inversiones para la investigación y el desarrollo, como los que ha posibilitado la Fundación Bill y Melinda Gates, a fin de apoyar la intensificación de los esfuerzos de lucha contra el paludismo a nivel mundial y superar los obstáculos. Ampliar el uso de los medicamentos e insecticidas es fundamental para combatir la epidemia de esa enfermedad, pero también aumenta la probabilidad de que los parásitos del paludismo y los mosquitos vectores desarrollen resistencia. La OMS está trabajando para contener la amenaza de aparición de resistencia a los tratamientos combinados a base de artemisinina a lo largo de la frontera entre Camboya y Tailandia. Mediante una estrecha colaboración con la Operación Medicamentos Antipalúdicos y otros asociados para la obtención de medicamentos, se están desarrollando varios tratamientos de combinación nuevos llamados a reemplazar a aquellos que podrían generar resistencia. El Programa Mundial sobre Paludismo

---

<sup>1</sup> Documento WHO/HTM/MAL/2006.1112.

organizará una reunión de expertos para examinar la evidencia que avala el potencial del tratamiento preventivo intermitente de los lactantes para combatir el paludismo y la anemia grave en los niños en las zonas con altas tasas de transmisión. El grupo especial sobre investigaciones transversales ha elaborado una agenda de investigaciones prioritarias, que comprende la mejora de los instrumentos de seguimiento y vigilancia, la validación de las metodologías, y mejores estimaciones de la carga de morbilidad. La OMS está trabajando para que se colmen las lagunas de conocimientos y se elaboren nuevos instrumentos y estrategias adecuados, y para que los datos probatorios aportados por las investigaciones se traduzcan con prontitud en políticas y prácticas, contando con asistencia a nivel de país en materia de investigaciones operacionales y sobre la ejecución.

18. El Consejo Ejecutivo en su 120ª reunión examinó el informe que figura más arriba y, tras prolongadas deliberaciones, adoptó la resolución EB120.R16 por la que se presenta a la Asamblea de la Salud para su consideración el proyecto de resolución contenido en dicha resolución.<sup>1</sup>

## **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

19. Se invita a la Asamblea de la Salud a que examine el proyecto de resolución que figura en la resolución EB120.R16.

= = =

---

<sup>1</sup> Véanse, en el documento EB119/2006-EB120/2007/REC/2, el acta resumida de la segunda sesión de la 120ª reunión, sección 3, el acta resumida de la tercera sesión, sección 2, el acta resumida de la octava sesión, sección 2, el acta resumida de la décima sesión, y el acta resumida de la duodécima sesión, sección 3.