



Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo

Situación mundial del paludismo : instrumentos actuales de prevención y control

1. En respuesta a la deterioración de la situación mundial del paludismo, en mayo de 1998 la OMS pidió que se emprendiera un ataque renovado contra esa enfermedad. El llamamiento se transformó rápidamente en la iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo, que se asienta en alianzas intersectoriales, intervenciones basadas en datos científicos, la movilización política, y la participación de la sociedad civil. El proyecto de gabinete de la OMS para hacer retroceder el paludismo se estableció en julio de 1998 en apoyo de la iniciativa, cuyo lanzamiento tuvo lugar oficialmente en Nueva York en octubre de 1998, siendo sus socios fundadores la OMS, el Banco Mundial, el UNICEF y el PNUD. Hacer Retroceder el Paludismo se concibió como una estrategia para reducir la carga de paludismo mediante la creación y el mantenimiento de alianzas a nivel mundial y de país, la prestación de apoyo técnico y operacional a los países donde el paludismo es endémico, el estímulo de las investigaciones y el desarrollo, y la vigilancia de los progresos realizados y de los resultados.
2. La Cumbre Africana sobre Hacer Retroceder el Paludismo (Abuja, 25 de abril de 2000) emitió la Declaración de Abuja sobre Hacer Retroceder el Paludismo en África, aprobada por 44 jefes de Estado y delegaciones gubernamentales de África. La Declaración reformula el compromiso de las naciones africanas, articulado en la Declaración de Harare de la OUA de 4 de junio de 1997 sobre la prevención y el control del paludismo en el contexto de la recuperación económica y el desarrollo de África, con el fin de invertir la situación del paludismo en África, y establece metas específicas, vinculadas a un calendario, para lograr sus objetivos.
3. La estrategia mundial para hacer retroceder el paludismo se concentra en tres necesidades acuciantes: *i)* utilizar las intervenciones existentes en el mayor grado posible; *ii)* utilizar las investigaciones operacionales para mejorar su aplicación; y *iii)* prestar apoyo a las investigaciones encaminadas a desarrollar intervenciones nuevas y aún más eficaces. A nivel de país, la estrategia pide que se recurra a una combinación juiciosa de las intervenciones existentes, según se describe más adelante, para atender el doble objetivo de mejorar la prevención y reducir la mortalidad y la morbilidad con mejores tratamientos.

SITUACIÓN MUNDIAL

4. El paludismo se cobra el mayor número de víctimas en África, donde se produce cada año un 90% de las más de un millón de defunciones que provoca en todo el mundo esa enfermedad. *Plasmodium falciparum*, la especie del parásito palúdico que provoca la forma más grave y mortífera de la enfermedad, provoca la mayoría de las infecciones palúdicas africanas.

5. Cada año, el paludismo causa por lo menos 300 millones (y posiblemente hasta 500 millones) de casos de enfermedad aguda, que provocan más de 3000 defunciones diarias, la mayoría de ellas de niños pequeños del África subsahariana. En África, el paludismo es la causa principal de mortalidad dentro del grupo de menores de cinco años (es responsable de un 20% de la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad) y constituye el 10% de la carga de morbilidad global del continente. Las mujeres embarazadas son el principal grupo de riesgo entre los adultos.

6. El paludismo, junto con el VIH/SIDA y la tuberculosis, es uno de los principales problemas de salud pública que socavan el desarrollo de los países más pobres del mundo. El paludismo y la pobreza están fuertemente asociados. La enfermedad golpea a las comunidades más vulnerables y pobres; por consiguiente, los que más necesidad tienen del tratamiento son precisamente los que menos pueden sufragarlo. De ese modo, el paludismo mantiene a la población en la pobreza. Además de un inmenso sufrimiento humano, el paludismo provoca en África costos que ascienden a más de US\$ 12 000 millones anuales, y cada año frena el crecimiento económico en un 1,3%.¹

7. Uno de los problemas más acuciantes que afronta África es el aumento de la farmacorresistencia. El medicamento antipalúdico más barato y de uso más extendido (la cloroquina) está perdiendo rápidamente su eficacia en la mayoría de los países donde el paludismo es endémico, pero sigue siendo el medicamento de primera línea de muchos programas nacionales de lucha antipalúdica. La resistencia a la sulfadoxina-pirimetamina, a menudo considerada la primera y más barata opción alternativa a la cloroquina, está aumentando asimismo en algunas zonas de África.

8. Los retos principales siguen siendo la reducción del número de víctimas que provoca el paludismo entre los niños pequeños y las mujeres embarazadas en el África subsahariana, y la disponibilidad de medicamentos antipalúdicos de bajo precio o gratuitos frente a los que aún no ha aparecido resistencia. Sin embargo, en otras regiones del mundo el aumento de la carga de paludismo, asociado a la pobreza, a los disturbios y a la farmacorresistencia, hacen de esa enfermedad una preocupación prioritaria para otras naciones y para la comunidad internacional.

TRES ESTRATEGIAS BÁSICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL

9. El paludismo se puede prevenir, se puede tratar y se puede curar. No obstante, su epidemiología es muy variable y, por consiguiente, las estrategias de control tienen que adaptarse a los factores biológicos y sociales locales y a los sistemas de salud. Pese a esta complejidad, en la mayoría de los países, especialmente los de África que sufren la mayor carga, **pueden, y deben, aplicarse tres estrategias para reducir la mortalidad y la morbilidad basándose en intervenciones eficaces y de bajo costo con el fin de lograr la plena cobertura de la totalidad de las poblaciones en riesgo.** Se trata de las siguientes: *i*) acce-

¹ Informe Harvard/Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. En : «The African Summit on Roll Malaria: Abuja, 25 April 2000» (documento WHO/CDS/RBM/2000.17).

so inmediato al tratamiento, especialmente para los niños pequeños; *ii*) medidas de prevención y control para las mujeres embarazadas; y *iii*) utilización de mosquiteros insecticidas y otros métodos de lucha antivectorial.

Acceso inmediato al tratamiento

10. Una gran proporción de las muertes que provoca el paludismo son consecuencia del retraso de la administración de un tratamiento antipalúdico eficaz, dado que el fallecimiento puede producirse a los pocos días, o incluso horas, del comienzo de la enfermedad. Es esencial que todos los enfermos, especialmente los niños pequeños y las mujeres embarazadas, tengan acceso inmediato a un tratamiento eficaz. En muchos países africanos, más de tres cuartas partes de las personas afectas de paludismo reciben el primer tratamiento en el domicilio, con medicamentos de venta libre, a menudo de calidad dudosa, adquiridos en pequeños establecimientos locales o a viajantes, y que se administran sin asesoramiento sobre el tratamiento.

11. Recientemente, varios estudios y proyectos piloto han mostrado que el manejo domiciliario puede mejorarse de modo que asegure un acceso inmediato a tratamientos inocuos y eficaces. Esta estrategia recurre a voluntarios y pequeños comerciantes de la comunidad capacitados para reconocer los síntomas, distribuir los medicamentos apropiados y proporcionar asesoramiento exacto sobre la dosificación de los medicamentos. En apoyo de la estrategia, el Programa Especial PNUD/Banco Mundial/OMS de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales ha llevado a cabo investigaciones sobre preparaciones apropiadas para el tratamiento domiciliario, sobre blísteres predosificados y sobre el etiquetado.

12. Habida cuenta de los satisfactorios resultados iniciales, esta estrategia domiciliaria del manejo del paludismo se está aplicando en varios países desde la dimensión de proyectos a pequeña escala hasta la de operaciones de ámbito distrital. Otro instrumento prometedor es la utilización de supositorios de artesunato para el tratamiento de emergencia en el de domicilio o en centros de salud rurales de los pacientes, en particular los niños pequeños, que sufren paludismo grave.

13. El problema del acceso inmediato al tratamiento se aborda asimismo en la iniciativa OMS de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, pues el paludismo es una de las cinco afecciones que son objeto de sus actividades.

Medidas de prevención y control para las mujeres embarazadas

14. En las zonas con paludismo endémico, la infección por *P. falciparum* durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir anemia materna, aborto, muerte prenatal, nacimiento prematuro, retraso del crecimiento intrauterino e insuficiencia ponderal al nacer. Una de las novedades recientes más importantes para prevenir esas complicaciones es el tratamiento intermitente con sulfadoxina-pirimetamina administrada por lo menos dos veces durante el embarazo. Esa sencilla intervención reduce de forma inocua, muy eficaz y eficiente la incidencia de bajo peso al nacer y de anemia. La utilización del tratamiento preventivo intermitente se está incorporando a la iniciativa OMS Reducir los Riesgos del Embarazo.

Mosquiteros tratados con insecticida y otras medidas de lucha antivectorial

15. Los estudios que abarcan la escala de intensidades de la transmisión en África han mostrado que la utilización de mosquiteros tratados con insecticida reduce la mortalidad infantil global en un 20% (margen del 14% al 29%), y que por cada 1000 niños de 1 a 59 meses de edad que se protegen con esos mosquite-

ros se salvan unas seis vidas cada año. Su utilización reduce asimismo la incidencia de paludismo grave y anemia entre los niños pequeños y de anemia materna y bajo peso al nacer.

16. La producción y distribución locales de mosquiteros tratados con insecticida en África se está fomentando mediante alianzas publicoprivadas. Con el fin de que resulten más asequibles, los gobiernos africanos han alentado la reducción de los impuestos y aranceles con que se gravan los mosquiteros, los materiales con que se fabrican y los insecticidas. Hasta la fecha, se ha aplicado esa reducción en un total de 17 países de África. En varios países africanos la tasa de utilización de ese tipo de mosquiteros ha pasado desde casi cero hasta un 20% en los últimos tres años.

17. Estudios realizados en todo el mundo indican que la utilización de mosquiteros tratados con insecticida es más eficiente y sostenible si se aplican dos sencillos principios generales: las familias adquieren los mosquiteros como un artículo más a través de los canales comerciales, y el tratamiento insecticida se proporciona como servicio público gratuito. El aumento de la demanda ha provocado estos últimos años un descenso del precio de los mosquiteros en el mercado internacional hasta unos US\$ 3. La reciente supresión de impuestos y aranceles ha contribuido más aún a reducir el precio para el consumidor, y el aumento de la demanda ha estimulado el inicio y la expansión de la capacidad de fabricación de mosquiteros en África. En el caso de las poblaciones muy pobres, y para propiciar una gran demanda de mosquiteros en entornos donde se introducen por primera vez, puede que sea necesario proporcionar los mosquiteros gratuitamente o a precios muy subvencionados.

18. Dado que la repetición anual del tratamiento es costosa y difícil de mantener, se están desarrollando, en asociación con el sector industrial, mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración. Los mosquiteros, obtenidos en las fábricas mediante nuevas tecnologías de tejidos bioactivos, conservan las propiedades insecticidas durante por lo menos cuatro años (la duración del mosquitero), por lo que no es necesario repetir el tratamiento.

19. Se dispone de otros muchos métodos de lucha antivectorial. El rociamiento de la vivienda con insecticidas de acción residual es eficaz en algunas situaciones, especialmente para prevenir y controlar las epidemias. Dado que la aparición de resistencia en los vectores ha hecho que muchos insecticidas baratos resulten ineficaces, la OMS participa en alianzas con el sector industrial destinadas a obtener insecticidas nuevos y asequibles. La lucha contra las larvas, inclusive la ordenación del medio ambiente, es, en cierto modo, específica de cada lugar y son limitadas las posibilidades de aplicarla en África, donde la utilización de mosquiteros tratados con insecticidas es hoy el método estándar de control de los vectores del paludismo.

NUEVOS INSTRUMENTOS

20. La resistencia a la cloroquina en África ha provocado un aumento de la mortalidad por paludismo, por lo que ese medicamento tendrá que ser sustituido por opciones alternativas más eficaces cuando una proporción significativa de los casos tratados no respondan. Existe consenso general en que es inaceptable utilizar un tratamiento antipalúdico de primera línea cuando la tasa de fracaso del mismo supera el 25% (en cuyo momento debería utilizarse un tratamiento de segunda línea), y en que deben adoptarse medidas para preparar planes de sustitución del tratamiento mucho antes de que el fracaso alcance ese nivel.

21. El tratamiento del paludismo mediante una combinación de dos o más medicamentos, cada uno de ellos dirigido contra una vía bioquímica distinta, puede retrasar la aparición de resistencia, si bien los costos asociados, más altos, pueden resultar prohibitivos para los programas nacionales de control. Las arte-

misininas combinadas con otros tratamientos antipalúdicos ofrecen ventajas inequívocas: provocan una rápida curación, de momento no presentan resistencia documentada, y en general se toleran bien. La capacidad de esas combinaciones para retrasar la aparición de farmacoresistencia se apoya en datos procedentes de Tailandia desde 1995 y, más recientemente, de Camboya y del Viet Nam. Su disponibilidad debería permitir que se evitara el cambio frecuente del tratamiento antipalúdico estándar, que pone en peligro la calidad de la atención. Bajo el liderazgo del Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales se ha obtenido un importante material de investigación sobre los tratamientos antipalúdicos combinados en África.

22. En una reunión consultiva técnica convocada por la OMS en 2001 se aprobaron decididamente las posibilidades que ofrece la utilización de los tratamientos combinados en África y se pidió que se realizaran estudios regionales y nacionales para evaluar la posibilidad de su incorporación en las políticas nacionales. Los programas nacionales, los asociados científicos y la OMS otorgan alta prioridad a esa estrategia, y algunos países africanos ya han decidido incluir el tratamiento de combinación basado en la artemisinina en sus políticas nacionales.

23. En el marco de otra iniciativa, la OMS firmó un acuerdo en 2001 con un fabricante farmacéutico para el suministro a un precio negociado, a los gobiernos y a organizaciones no gubernamentales, de artemetero/lumefantrina, una combinación medicamentosa basada en la artemisinina. Se prevé que la alta tasa de curación de la combinación y su protocolo terapéutico, más breve, mejorarán la observancia del tratamiento por los pacientes y redundarán en un manejo eficaz del paludismo en situaciones donde los niveles de resistencia a los medicamentos convencionales son altos. En su reunión más reciente (Ginebra, 15-19 de abril de 2002), el Comité de Expertos de la OMS en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales recomendó que se incluyera esta combinación en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales, para su utilización en zonas donde la farmacoresistencia es importante.

24. Se han establecido recientemente varias alianzas publicoprivadas con la finalidad específica de responder a la necesidad de contar con mejores instrumentos para la lucha antipalúdica. La Operación Medicamentos Antipalúdicos es una de las alianzas creadas para fomentar y acelerar las investigaciones sobre medicamentos antipalúdicos innovadores y asequibles. La Operación aspira a proporcionar un nuevo medicamento antipalúdico cada cinco años.

25. La necesidad de disponer de vacunas contra el paludismo es objeto de atención, entre otros, de la Iniciativa en pro de la Vacuna Antipalúdica, que tiene carácter multilateral y que pretende acelerar significativamente el desarrollo clínico de las vacunas antipalúdicas candidatas que sean prometedoras. Están en fase de desarrollo en la actualidad más de una docena de vacunas candidatas, y el nivel de las inversiones y la intensidad del esfuerzo comprometidos con este objetivo no tiene precedente.

MONITOREO, EVALUACIÓN Y VIGILANCIA

26. La epidemiología del paludismo plantea especiales problemas para el monitoreo. En las zonas muy endémicas, los niños y otros grupos vulnerables presentan parasitemia crónica, independientemente de la enfermedad. Por otra parte, las manifestaciones clínicas de la enfermedad aguda son inespecíficas. Estas características dificultan especialmente el monitoreo de la prevalencia y la incidencia del paludismo. Además, dado que la mayor parte de la morbilidad y la mortalidad atribuidas al paludismo se registran en el domicilio o en sus proximidades, la incidencia de casos en los servicios de salud suele hacer que se subestimen la carga de morbilidad.

27. Se está cada vez más de acuerdo en que es indispensable llevar a cabo encuestas demográficas para medir la carga del paludismo y monitorear los progresos realizados hacia su control. A partir de 1999 se han realizado encuestas domiciliarias en 35 países, en su mayoría africanos. Los datos resultantes proporcionan una referencia para monitorear el progreso de la aplicación de las estrategias de control mundial y de país.¹ Los datos indican que, para el conjunto de los países, el porcentaje promedio de niños menores de cinco años de edad protegidos por mosquiteros se sitúa de forma característica por debajo del 1% para los mosquiteros tratados con insecticida, y del 15% para los mosquiteros de todo tipo. El acceso al tratamiento antipalúdico de los niños con fiebre es más alto, una mediana del 48%. Sin embargo, en la mayoría de tratamientos se administra cloroquina; además, se ignora el retraso con que comienza el tratamiento, por lo que es muy probable que la cobertura con tratamientos capaces de salvar la vida sea muy inferior.

28. Para mejorar los datos sobre mortalidad, inclusive los relativos al paludismo, en varios países africanos se han empezado a establecer sistemas demográficos de vigilancia, o se han ampliado los existentes. Esos sistemas se basan en «autopsias verbales» realizadas por agentes de salud, que recogen información sobre los síntomas que han precedido a las defunciones recientes. Si bien adolecen de falta de precisión, puede que la utilización de estimaciones basadas en autopsias verbales sea en la actualidad el mejor método para estimar la mortalidad por paludismo a nivel de población.

29. Aunque el monitoreo y la evaluación se basan cada vez más en encuestas especiales, la vigilancia sigue desempeñando un importante papel. En las partes del mundo proclives a sufrir epidemias, por ejemplo como consecuencia de factores meteorológicos, de la inmigración o del desmoronamiento de los servicios de salud, los sistemas de alarma que monitorearan indicadores epidemiológicos o contextuales podrían proporcionar información oportuna para la adopción de decisiones. Las epidemias de paludismo pueden ser devastadoras, y la OMS y otros asociados en Hacer Retroceder el Paludismo apoyan el desarrollo de sistemas de alarma y preparación a nivel tanto de país como internacional.

= = =

¹ UNICEF, ONUSIDA, OMS. *Coordinates 2002*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (en el documento WHO/CDS/2002.11 figura una edición inédita previa a la publicación; disponible en el sitio web <http://www.who.int/infectious-disease-news/IDdocs/Coordinates22.pdf>).