



Paludismo

Prevención y control: mantener los logros alcanzados y reducir la transmisión

Informe de la Secretaría

1. Como parte del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades), el mundo tiene fijada la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves (meta 6.C). Seguir avanzando en la lucha antipalúdica también será necesario para cumplir el primero (Erradicar la pobreza extrema y el hambre), el cuarto (Reducir la mortalidad infantil) y el quinto (Mejorar la salud materna) de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA58.2 sobre el control del paludismo, instó a los Estados Miembros a lograr para 2010 que al menos un 80% de la población con paludismo o en riesgo de padecerlo pudiera beneficiarse de las principales intervenciones preventivas y curativas. En 2007, en su resolución WHA60.18, la Asamblea de la Salud resolvió establecer el Día Mundial del Paludismo. En 2008, primer año en que se celebró ese Día Mundial, el Secretario General de las Naciones Unidas apeló a hacer realidad la cobertura universal de las intervenciones antipalúdicas.

2. Gracias al incremento de las inversiones ha aumentado en el mundo el porcentaje de población cubierta por intervenciones de lucha contra el paludismo. A finales de 2009, 11 países africanos estaban proporcionando ciclos de tratamiento combinado basado en la artemisinina (TCA) en cantidades suficientes para tratar a más del 100% de los pacientes de paludismo registrados en el sector público, y en otros ocho países africanos la cantidad de ciclos de TCA alcanzaba para tratar entre el 50% y el 100% de los casos. Tales guarismos suponen un incremento en comparación con 2005, cuando había cinco países que estaban ofreciendo suficientes ciclos de TCA para tratar a más de la mitad de los pacientes del sector público. En 2009 se confirmaron mediante una prueba de diagnóstico alrededor de un 35% de los casos sospechosos de paludismo en África y, en los 22 países africanos provistos de datos sólidos, el porcentaje mediano de mujeres que recibían atención prenatal a las que se administró una segunda dosis de tratamiento preventivo intermitente fue del 55%. Ese mismo año, la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual protegió de los mosquitos a más de 168 millones de personas en todo el mundo, de las que 73 millones se encontraban en 27 países de la Región de África. Según las estimaciones, el porcentaje de hogares africanos que poseen por lo menos un mosquitero tratado con insecticida ha pasado del 10% (en 2005) al 42% (en 2010), y actualmente ya llega a más del 50% en 19 países africanos. En conjunto, un 35% de los niños menores de cinco años dormían protegidos por un mosquitero tratado con insecticida en 2009, porcentaje que sin embargo es inferior a la meta del 80% establecida por la Asamblea de la Salud, sobre todo porque el porcentaje de hogares que poseen mosquiteros impregnados sigue siendo bajo en algunos de los grandes países africanos. Sin embargo, ahora hay recursos para extender su utilización. En 2009 se distribuyeron en los países más de 88 millones de mosquiteros tratados con insecticida, y en 2010 otros 140 millones, lo que elevará a

290 millones, aproximadamente, el número total de mosquiteros distribuidos en el África subsahariana entre 2008 y 2010, cantidad suficiente para proteger a alrededor de 580 millones de personas.

3. La carga de paludismo está decreciendo en muchos lugares. En los países africanos con una gran carga de paludismo que han logrado elevados índices de cobertura de sus programas terapéuticos y de lucha contra el vector, las tasas registradas de morbilidad y mortalidad se han reducido como mínimo a la mitad, lo que supone cumplir las metas establecidas por los jefes de Estado y de gobierno africanos en la Declaración de Abuja de 2000 e indica que es posible alcanzar la Meta 6.C del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, siempre y cuando los índices de cobertura de las intervenciones recomendadas por la OMS sean los adecuados. En un reciente análisis de la prevención del paludismo en 35 países africanos se calculaba que entre 2000 y 2010 se habían salvado 736 000 vidas, cerca de tres cuartos de ellas a partir de 2006. En 2009, en conjunto, cerca de un 40% de los 108 países palúdicos registraron caídas de más del 50% en el número de casos confirmados de paludismo con respecto a los niveles de 2000, aunque fue en los países con la carga más elevada donde se registraron las reducciones más modestas. En el mundo hay 19 países que se encuentran en la fase de preeliminación o eliminación del paludismo.¹ Otros siete países han interrumpido la transmisión y se concentran ahora en prevenir la reintroducción de la enfermedad. En 2010, la Directora General declaró dos países (Marruecos y Turkmenistán) libres de paludismo. Todos los países de la Región de Europa afectados por la enfermedad se sitúan en algún punto de la secuencia de etapas que culmina en la eliminación, con el objetivo último de haber eliminado el paludismo de toda Europa para 2015. Estas tendencias confirman que es posible reducir sustancialmente la transmisión de la enfermedad en diversas situaciones epidemiológicas, incluso en zonas de intensa transmisión donde anteriormente lo que se intentaba sobre todo era reducir los niveles de morbilidad y mortalidad.

DIFICULTADES PARA MANTENER LOS LOGROS ALCANZADOS Y REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL PALUDISMO

4. Para mantener los resultados obtenidos y reducir aún más la transmisión del paludismo se han determinado nueve ámbitos de intervención que se consideran fundamentales, expuestos a continuación.

Lucha contra el vector

5. Se ha conseguido financiación para culminar el proceso, ya iniciado, de ampliar la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, ya sea normal o de acción prolongada, con el objetivo de lograr una cobertura universal, pero sigue habiendo carencias.

6. Los datos demuestran que los actuales mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada tienen una vida útil de duración variable, a veces menor de la esperada. Por consiguiente, resulta prioritario mantener la cobertura universal reemplazando a su debido tiempo los mosquiteros gastados, sean del tipo que sean. Ello exige:

- aplicar un planteamiento integrado, que incluya campañas de distribución masiva, canales permanentes de distribución (por ejemplo en los servicios de atención prenatal y de inmuni-

¹ El *Informe mundial sobre el paludismo 2010* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010) define así la eliminación del paludismo: «La interrupción de la transmisión local del paludismo por los mosquitos; la reducción a cero de la incidencia de la infección por parásitos causantes del paludismo humano en un área geográfica determinada gracias a medidas deliberadas; son necesarias medidas continuas para evitar el restablecimiento de la transmisión.»

zación) y la participación del sector privado, junto con estrategias adecuadas de comunicación para alentar cambios de comportamiento; y

- disponer de mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada más duraderos y asequibles e instaurar incentivos de mercado que favorezcan tales productos.
7. La fumigación de interiores con insecticidas de acción residual sigue siendo un instrumento muy eficaz para el control del paludismo. Aún está por determinar en qué medida su combinación con el uso de mosquiteros tratados con insecticida ofrece protección adicional o reduce aún más los índices de transmisión en diferentes entornos.
8. La eficacia de la lucha antipalúdica dependerá, en un futuro previsible, de unos pocos insecticidas químicos. Uno de ellos es el DDT, cuya utilización para luchar contra enfermedades transmitidas por vectores sigue autorizando el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes a condición de que se apliquen los métodos recomendados por la OMS.
9. La escasez de personal capacitado en la lucha contra el vector, y en particular de entomólogos, impone límites a la ampliación y la continuidad a largo plazo de las medidas de prevención.

Resistencia del mosquito a los insecticidas

10. Para frenar el ritmo al que se propaga la resistencia a los insecticidas hace falta un esfuerzo concertado.
- Para evaluar la magnitud de la amenaza se precisan un seguimiento y una vigilancia entomológicos. Las regiones donde se ha observado resistencia a los piretroides deberían considerar la posibilidad de añadir sitios centinela para detectar con prontitud todo nuevo foco. El hecho de seguir de cerca las resistencias antes, durante y después de las intervenciones de lucha contra el vector permite elegir un insecticida con conocimiento de causa.
 - Para prolongar la vida útil de los insecticidas, en especial los piretroides, cabe aplicar una estrategia de rotación (alternar las clases de insecticida) en los programas de fumigación de interiores con efecto residual. En zonas donde está muy extendido el uso de mosquiteros tratados con insecticida de acción prolongada se recomienda evitar la utilización de piretroides para rociar interiores con efecto residual.
 - Urge investigar más a fondo la utilidad de mezclas y combinaciones de insecticidas como expediente para reducir la presión selectiva en favor de las resistencias, aplicando el mismo principio en que reposan las terapias combinadas basadas en la artemisinina.
 - Para mitigar la amenaza que supone la resistencia a los insecticidas se requiere una labor de investigación y desarrollo centrada en la búsqueda de nuevas clases de insecticidas seguros y de acción prolongada para la fumigación de interiores con efecto residual y de productos alternativos a los piretroides para impregnar mosquiteros con efecto duradero. La inversión que la industria realice en nuevos productos guardará relación con las previsiones en cuanto a necesidades, estabilidad de la demanda y posible volumen del mercado.
 - Para prevenir y combatir la resistencia a los insecticidas se necesita un plan integrado de dimensión mundial.

Diagnóstico y vigilancia

11. El diagnóstico basado en la detección del parásito, fundamental para discriminar entre el paludismo y otras posibles causas de fiebre, es ahora el procedimiento recomendado por la OMS para pacientes de cualquier edad y en cualquier circunstancia antes de empezar a administrar un tratamiento antipalúdico. A mayor precisión del diagnóstico, más eficacia cobra el tratamiento de la enfermedad y mayor seguridad se tiene de que los medicamentos antipalúdicos se utilizan de forma racional y correcta y se administran únicamente a quienes realmente los necesitan. El objetivo de universalizar el diagnóstico del paludismo por detección de plasmodios pasa por la generalización de las pruebas de microscopía y de diagnóstico rápido y por la existencia de sólidos sistemas de garantía de calidad. Ahora es posible practicar pruebas de diagnóstico rápido a nivel comunitario, pero hacen falta nuevos métodos para que el sector privado tenga acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de calidad.

12. El hecho de ampliar el acceso a las pruebas de diagnóstico brinda una oportunidad sin precedentes para mejorar la vigilancia del paludismo. A medida que, a resultas de intervenciones eficaces, la enfermedad se transmite con menor intensidad y de modo más variable, una vigilancia ágil de los casos confirmados puede servir para orientar medidas de lucha más enérgicas.

Tratamiento de los enfermos de paludismo

13. En casi todos los países donde el paludismo por *P. falciparum* es endémico se ha adoptado como tratamiento de primera línea la terapia combinada basada en la artemisinina (TCA), que es sumamente eficaz para combatir la enfermedad. Sin embargo, en el sector privado aún hay muchos pacientes a quienes se administran monoterapias y fármacos que no cumplen las normas internacionales de calidad, a consecuencia de una débil reglamentación, una deficiente aplicación de las normas de calidad o un difícil acceso a los tratamientos de combinación adecuados. Esta situación se ve agravada por la dificultad de conseguir medios de diagnóstico, lo que a su vez lleva a un uso innecesario de terapias combinadas basadas en la artemisinina para tratar a pacientes que no sufren de paludismo.

14. En la resolución WHA60.18 se insta a los Estados Miembros a que, entre otras cosas, detengan progresivamente la administración de monoterapias orales con artemisinina. Asimismo se pide que las organizaciones internacionales y los organismos de financiación dejen de financiar el abastecimiento y la distribución de monoterapias orales con artemisinina. Con el fin de seguir de cerca la aplicación de la resolución WHA60.18, la Secretaría reúne datos sobre el grado de observancia por parte de los fabricantes y sobre las medidas reglamentarias adoptadas por los países donde el paludismo es endémico. La mayoría de las grandes empresas han dejado de fabricar esos medicamentos, pero un gran número de pequeños fabricantes han hecho caso omiso del llamamiento de la Asamblea de la Salud. La deficiente reglamentación de los mercados farmacéuticos sigue constituyendo un importante obstáculo. En septiembre de 2010 había 27 países que seguían permitiendo la comercialización de esos productos y 39 empresas farmacéuticas que los seguían fabricando.

15. El tratamiento del paludismo en el plano comunitario, como componente de la atención integrada en la comunidad, puede mejorar y acelerar el acceso a tratamientos contra otras enfermedades comunes de la infancia, como la neumonía o la diarrea. En muchos países, sin embargo, las comunidades siguen teniendo dificultades para procurarse medios de diagnóstico y tratamientos combinados basados en la artemisinina, sobre todo en las zonas rurales aisladas donde más necesarios son tales servicios.

16. Para muchos enfermos de paludismo grave, las posibilidades de ser tratados a tiempo en un centro de atención terciaria son remotas. Es fundamental por lo tanto administrar a esos pacientes un supositorio de artesunato antes de su traslado a un centro de referencia, pues ello puede salvarles la vida.

Sin embargo, este tratamiento sigue sin estar disponible ni en los centros de salud más aislados ni a nivel comunitario.

Resistencia del plasmodio a los fármacos antipalúdicos

17. La aparición de resistencias a los medicamentos antipalúdicos pone en grave peligro la lucha contra la enfermedad. La OMS, en colaboración con sus asociados, ha elaborado un plan mundial de contención de la resistencia a la artemisinina (que se hará público a principios de 2011) con el objetivo de proteger las terapias combinadas basadas en la artemisinina como medio eficaz de lucha contra el paludismo por *P. falciparum*. El plan preconiza cinco grandes líneas de acción:

- reducir el riesgo de que la resistencia a la artemisinina y sus derivados se extienda más allá de sus actuales focos, tratando sobre todo de redoblar esfuerzos para que las intervenciones eficaces de prevención y control del paludismo lleguen también a poblaciones nómadas y migrantes;
- reforzar el seguimiento y la vigilancia de la farmacorresistencia; las regiones donde esté demostrada la presencia de resistencia a los compuestos artemisinínicos deben contemplar la posibilidad de añadir sitios centinela para facilitar la pronta detección de nuevos focos;
- mejorar el acceso a medios de diagnóstico y a tratamientos racionales con terapias combinadas basadas en la artemisinina; para reducir el uso de monoterapias y evitar el recurso a fármacos que no cumplen las normas internacionales de calidad se requiere una labor pedagógica dirigida tanto a los pacientes como a los dispensadores de atención sanitaria (de los sectores público y privado) y los minoristas;
- invertir en investigación sobre la farmacorresistencia; se precisan inversiones permanentes para dar con alternativas a las TCA y con medios de diagnóstico más exactos y de fácil aplicación sobre el terreno;
- motivar a los asociados y movilizar recursos; los responsables de salud pública deben convencer a las partes interesadas, a organizaciones y a gobiernos de que respalden la aplicación de este plan mundial.

Fortalecimiento de los sistemas de salud

18. La prevención y el control del paludismo contribuyen a fortalecer los sistemas de salud, y ello, a su vez, ayuda a combatir la enfermedad. Los datos iniciales dejan suponer que la reducción de la carga de paludismo alivia la presión que sufren los sobrecargados servicios de salud de los países donde la enfermedad es endémica.

19. Para conservar los progresos logrados hasta ahora es preciso mantener y reforzar los programas nacionales de lucha antipalúdica y asignarles un mandato con responsabilidades claramente definidas para coordinar labores esenciales como los análisis de la situación, la planificación estratégica, la elaboración de presupuestos, la prevención, la prestación de servicios de diagnóstico, el tratamiento, las actividades de vigilancia y respuesta, el desarrollo de capacidad o la supervisión de las operaciones en todos los niveles del sistema. Los procesos de examen de los programas antipalúdicos pueden sentar las bases de la planificación estratégica y operativa, en la medida en que permiten:

- velar por que los recursos correspondan a las necesidades y circulen de forma sostenible gracias a procesos rigurosos de planificación y cálculo de los costos de las actividades de lucha antipalúdica y a un minucioso análisis de los gastos conexos;

- gestionar más eficazmente la cadena de suministro, por ejemplo trabajando con previsiones, adquiriendo en los debidos plazos bienes de calidad garantizada y aplicando mejores sistemas de gestión de existencias;
- gestionar y aplicar debidamente los programas, para lo cual hay que establecer, mantener y supervisar una dotación de personal competente (incluidos entomólogos) tanto a escala nacional como en los distritos y comunidades.

Desarrollo de una vacuna antipalúdica de gran eficacia

20. Actualmente no hay ninguna vacuna antipalúdica autorizada. La Directora General ha convocado un grupo técnico de expertos encargado de elaborar una recomendación normativa para una vacuna antipalúdica de primera generación. La OMS formulará una recomendación normativa seguramente en 2015, cuando se conozcan los resultados completos de los ensayos clínicos que están en curso.

21. Convendrá valorar los posibles riesgos y beneficios de una vacuna antipalúdica dentro del contexto general de las demás medidas de lucha recomendadas por la OMS.

22. Para facilitar las labores de farmacovigilancia de la vacuna y seguimiento de su eficacia convendrá establecer sólidos nexos entre los programas de inmunización y los de lucha antipalúdica de los países y los organismos nacionales de reglamentación.

23. Se alienta a los organismos y Estados Miembros a que apoyen el desarrollo de una vacuna antipalúdica de segunda generación que presente como mínimo un 80% de eficacia y pueda reducir sustancialmente los índices de transmisión de la enfermedad, sin que dicho respaldo suponga detraer recursos destinados a ampliar las actuales medidas de control.

Reducción de la transmisión y eliminación del paludismo

24. La transmisión de la enfermedad ha disminuido de forma espectacular en muchos entornos. En fechas recientes, los comités regionales para el Mediterráneo Oriental¹ y el Pacífico Occidental² aprobaron sendos planes de control y eliminación del paludismo.

25. En los países o zonas de su interior donde haya caído sustancialmente la transmisión del paludismo convendrá ahora:

- reforzar los sistemas de diagnóstico y vigilancia tanto en el sector público como en el privado, así como los sistemas de respuesta rápida en caso de brote o rebrote de paludismo;
- mantener la dotación de personal y su nivel de competencias, aun cuando haya menores índices de transmisión;
- reducir la carga de morbilidad por *Plasmodium vivax* prestando especial atención al diagnóstico, la discriminación entre especies y la garantía de curación definitiva con la administración de fármacos eficaces bajo una adecuada supervisión;

¹ Resolución EM/RC55/R.9.

² Resolución WPR/RC60.R5.

- mantener los niveles de cobertura de las intervenciones a largo plazo adecuadas para prevenir y controlar el paludismo;
- entender la forma en que el control y la eliminación del paludismo contribuyen al proceso general de desarrollo económico, sabiendo que las intervenciones eficaces pueden fomentar el desarrollo social, económico y ambiental, lo que a su vez puede traducirse en un menor contacto entre el vector y las personas y reducir la intensidad de la transmisión. Este es el tipo de círculo que resultó importante para eliminar el paludismo en ciertas partes de América del Norte, Asia y Europa.

Compromiso político y financiero duradero

26. Además de las mencionadas resoluciones de los dos comités regionales (párrafo 24), el Comité Regional para África aprobó en 2009 un plan para acelerar la lucha contra el paludismo con el objetivo de eliminar la enfermedad de la Región de África.¹ La Alianza de Dirigentes Africanos contra el Paludismo (establecida en 2008) y la Unión Africana han proclamado su compromiso de cumplir los objetivos referentes a esta enfermedad, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En 2008, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo puso en marcha el Plan de Acción Mundial sobre el Paludismo con el fin de armonizar las actividades de cuantos trabajan sobre el tema. Es imprescindible dar continuidad a este compromiso político.

27. En el último decenio ha aumentado el importe anual de las contribuciones de los donantes a la lucha antipalúdica, que ha pasado de menos de US\$ 200 millones (en 2000) a US\$ 1600 millones (en 2009). Se calcula que en 2009 el gasto mundial en la lucha contra el paludismo, lo que incluye las inversiones de los países y los fondos destinados a la investigación sobre la enfermedad, ascendió en total a unos US\$ 3000 millones. Para poder cumplir los objetivos en la materia fijados para 2015 y años ulteriores será esencial seguir contando con la financiación de los donantes, tales como el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, la Fundación Bill y Melinda Gates y la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo. Para cubrir en su totalidad las necesidades de financiación de la lucha antipalúdica en el mundo, la principal prioridad debe ser la ampliación de la financiación tanto de los donantes como de los países.

28. En su 128.^a reunión, de enero de 2011, el Consejo Ejecutivo examinó una versión anterior de este informe² y adoptó la resolución EB128.R13.

INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

29. Se invita a la Asamblea de la Salud a que adopte la resolución recomendada por el Consejo Ejecutivo EB128.R13.

= = =

¹ Resolución AFR/RC59/R3.

² Véase el documento EB128/2011/REC/2, actas resumidas de la octava sesión, sección 3; la décima sesión, sección 1, y la undécima sesión, sección 1.