



Asamblea General

Distr. general
9 de agosto de 2005
Español
Original: inglés

Sexagésimo período de sesiones

Tema 49 del programa provisional*

2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África

2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir el informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud de conformidad con la resolución 59/256 de la Asamblea General.

Resumen

En el presente informe se destacan las actividades y los avances realizados desde el último informe sobre el cumplimiento de los objetivos fijados para el 2010 en relación con el paludismo, en el contexto de la reciente resolución 59/256 de la Asamblea General y la Declaración de Abuja sobre la lucha contra el paludismo en África (2000). Se presentan las actividades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, así como los aspectos más destacados de la movilización de recursos y la financiación, incluido el papel del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Se examinan y describen en detalle el acceso de la población en situación de riesgo a medidas preventivas y a un tratamiento eficaz del paludismo y otros asuntos conexos. Aunque un número considerable de países siguió las recomendaciones de la OMS de modificar sus políticas de tratamiento del paludismo, se presentan obstáculos considerables para la aplicación de esas nuevas políticas. Las dificultades principales se deben a la insuficiencia de recursos económicos, a unos sistemas de salud inadecuados y a la escasez de personal sanitario. El documento contiene información actualizada sobre las actividades orientadas a estabilizar el suministro y mejorar el acceso a los medicamentos antipalúdicos más recientes, a saber, la terapia combinada basada en artemisinina y los mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado. Se describen asimismo los avances en materia de capacitación de recursos humanos y de investigación y desarrollo.

* A/60/150.



Entre las nuevas iniciativas que aumentarán considerablemente los fondos para el control del paludismo están el proyecto de refuerzo de los programas contra el paludismo anunciado por el Banco Mundial, la Alianza para el Control y la Evaluación del Paludismo en África, financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates, y el compromiso expresado por el Grupo de los Ocho durante su reunión en la cumbre en 2005 de proveer más fondos para controlar el paludismo.

El informe concluye con una recomendación a la Asamblea General para que adopte diferentes medidas de conformidad con el informe sobre el paludismo del Proyecto del Milenio y la resolución relativa al paludismo adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 para contribuir a adelantar el cumplimiento de las metas del Decenio.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Antecedentes	1–4	3
II. Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo	5–10	4
III. Movilización de recursos y financiación	11–17	6
IV. Acceso a un tratamiento eficaz contra el paludismo.	18–24	8
V. Alcance de la lucha contra los vectores del paludismo	25–29	9
VI. El paludismo durante el embarazo y la lactancia	30–33	11
VII. Las epidemias de paludismo y las situaciones complejas de emergencia.	34–35	12
VIII. Fortalecimiento de la capacidad y recursos humanos.	36–40	13
IX. Investigación y desarrollo.	41–46	14
X. Progresos alcanzados en el logro de los objetivos de Abuja	47–50	16
XI. Seguimiento y evaluación.	51–53	17
XII. Conclusiones y recomendaciones.	54–56	17

I. Antecedentes

1. En su resolución 59/256 titulada “2001-2010: Decenio para lograr la regresión del paludismo en los países en desarrollo, en particular en África”, la Asamblea General tomó nota de las declaraciones y decisiones adoptadas por la Organización de la Unidad Africana, en particular la declaración y el plan de acción sobre la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, aprobada en la Cumbre Extraordinaria de los Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, celebrada en Abuja los días 24 y 25 de abril de 2000, y reconoció que los vínculos entre las actividades que se llevaban a cabo para lograr las metas establecidas en la Cumbre de Abuja eran necesarios e importantes para hacer realidad el objetivo de la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” y las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, a más tardar en 2010 y 2015, respectivamente. La Asamblea reconoció también la necesidad urgente de ampliar los programas nacionales de control del paludismo si se deseaba que los países de África cumplieran el objetivo de mediano plazo establecido por la Cumbre de Abuja para el quinquenio 2000-2005. La Asamblea subrayó la importancia de que se aplicara la Declaración del Milenio, acogió con beneplácito el compromiso de atender las necesidades concretas de África contraído por los Estados Miembros y elogió los esfuerzos que la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros asociados habían venido desplegando, incluida la puesta en marcha en 1998 de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo.

2. En la misma resolución, la Asamblea exhortó a que se apoyaran las recomendaciones que figuraban en el informe del Secretario General (A/59/261). En resumen, se recomendaba a la Asamblea General que: a) exhortara a la comunidad internacional a que continuara apoyando a las organizaciones asociadas en la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”, entre ellas la OMS y el UNICEF, que eran fuentes esenciales de apoyo complementario a las actividades que realizan los países en los que el paludismo es endémico para combatir la enfermedad; b) garantizara que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria reciba más fondos para brindar apoyo a la elaboración de planes nacionales cabales para controlar el paludismo; c) instara a los países en los que el paludismo es endémico a que destinaran más recursos nacionales a controlarlo; d) alentara a los países de África que todavía no lo hubieran hecho a que cumplieran las recomendaciones de la Cumbre de Abuja de eliminar los impuestos y aranceles que gravan los mosquiteros y sus materiales y otros productos necesarios para combatir el paludismo; e) exhortara a los países en los que el paludismo es endémico a fortalecer políticas y programas para ampliar rápidamente el porcentaje de la población en situación de riesgo que dispone de mosquiteros impregnados de insecticida a por lo menos el 60%, cuando éste fuera el método preferido de lucha contra los vectores, mediante la aplicación de métodos expeditivos, incluida la distribución selectiva, gratuita o altamente subvencionada, a grupos vulnerables; f) alentara a los Estados Miembros donde haya resistencia a las monoterapias tradicionales a que las reemplazaran con tratamientos combinados recomendados por la OMS; y g) reconociera la importancia de descubrir vacunas eficaces y medicamentos nuevos para prevenir y tratar el paludismo.

3. En la misma resolución, la Asamblea reiteró la necesidad de ampliar las alianzas entre los sectores público y privado para controlar y prevenir el paludismo. En particular, instó a las compañías petroleras que operaban en África a que estudiaran

la posibilidad de proporcionar polímeros para la fabricación de mosquiteros a precios reducidos, y exhortó a la comunidad internacional a que a) apoyara los medios de ampliar el acceso a tratamientos combinados con artemisinina de las poblaciones en situación de riesgo de exposición a cepas del *plasmodium falciparum* resistentes, incluidos el compromiso de nuevos recursos, unos mecanismos innovadores de financiación y adquisición nacional de tratamientos combinados con artemisinina y la expansión de la producción de artemisinina para atender el aumento de la demanda; y b) apoyara la inversión en el descubrimiento de nuevos medicamentos antipalúdicos e insecticidas para controlar el paludismo. La Asamblea exhortó además a la comunidad internacional a que apoyara las iniciativas coordinadas para mejorar los sistemas de vigilancia, supervisión y evaluación con el fin de efectuar un mejor seguimiento y notificación de los cambios en la cobertura de las intervenciones recomendadas por la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” y las ulteriores reducciones en la carga del paludismo.

4. La Asamblea pidió al Secretario General que, en estrecha colaboración con la OMS, el UNICEF, los países en desarrollo y las organizaciones regionales, incluida la Unión Africana, realizara en 2005 una evaluación de las medidas adoptadas para cumplir los objetivos de mediano plazo, los logros alcanzados, los medios proporcionados por la comunidad internacional para alcanzarlos y los objetivos generales del Decenio, y que le informara al respecto en su sexagésimo período de sesiones. La Asamblea pidió también al Secretario General que le presentara un informe sobre la aplicación de la resolución.

II. Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo

5. En la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, establecida en 1998 por la OMS, el Banco Mundial, el UNICEF y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), participan países en que el paludismo es endémico, sus asociados bilaterales y multilaterales en el desarrollo, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias, fundaciones e instituciones académicas y de investigación. Todas estas entidades están representadas en la Junta de la Alianza.

6. La secretaría de la Alianza, que se ha instalado en los locales de la OMS, es responsable de conseguir que el apoyo que reciben las iniciativas nacionales se rentabilice todo lo posible, de coordinar las contribuciones de los asociados a la iniciativa para lograr la regresión del paludismo y de asegurarse de que respondan a las necesidades de los países y se ajusten a las prácticas recomendadas y a las normas técnicas pertinentes. La secretaría, dirigida por el Secretario Ejecutivo de la Alianza, actúa en los planos mundial, regional, subregional y nacional. Sus cuatro ámbitos de trabajo principales en el plano mundial son: a) el fomento de la colaboración y el establecimiento de redes de contacto; b) la intensificación del apoyo a los países; c) la comunicación y la promoción; y d) la movilización de recursos y la financiación.

7. Los grupos de trabajo de la Alianza tienen el cometido de llegar a un consenso sobre las prácticas recomendadas para fortalecer la lucha contra el paludismo. La Alianza ha aprobado varias declaraciones de consenso y ha elaborado el Plan estratégico mundial 2005-2015 para hacer retroceder el paludismo, en el que se traza la trayectoria que deben seguir los asociados para alcanzar una cobertura del 80% de la población con todas las intervenciones de la Alianza y una reducción del 50% de la

incidencia del paludismo para el 2010, así como para cumplir los objetivos de desarrollo del Milenio para el 2015.

8. En el plano regional, la secretaría de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo ha actuado de enlace entre los asociados regionales, como la Unión Africana, la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental, la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo, las oficinas regionales de la OMS y el UNICEF y otras iniciativas regionales. Las redes subregionales de la Alianza en el África central, oriental, meridional y occidental coordinan el apoyo a los asociados para intensificar la lucha contra el paludismo, por ejemplo, ayudándolos a emplear los fondos que obtienen del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. También han facilitado la adopción de nuevas iniciativas, como la Alianza para el Control y la Evaluación del Paludismo en África y un proyecto experimental para acelerar el aumento de la cobertura en determinados países (véase el párrafo 15); en la actualidad están colaborando con el Banco Mundial en su nuevo Proyecto de refuerzo.

9. Entre las labores de promoción realizadas por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo en los últimos años destacan: a) la coordinación de actividades de promoción de alto nivel como el Concierto “Africa Live Roll Back Malaria” en Dakar y la presentación del Informe sobre el paludismo en el mundo en tres grandes capitales del mundo; b) el desarrollo de estrategias específicas de promoción para los Estados Unidos de América, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la Unión Europea, que abarcaron la celebración de sesiones informativas en el Congreso de los Estados Unidos y reuniones parlamentarias en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la Unión Europea, la publicación de informes significativos, el apoyo a la difusión de documentales televisivos y la sensibilización en los medios de comunicación de todo el mundo; c) la coordinación y el patrocinio de las actividades del Día Africano del Paludismo en 2005 en los planos mundial, regional y nacional; d) dar la debida notoriedad a la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” en los programas de las principales reuniones de las Naciones Unidas y en otros acontecimientos y reuniones internacionales, regionales y nacionales para destacar la situación y los avances en materia de paludismo; y e) crear y mantener un conjunto de medios de promoción de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, incluido un nuevo folleto informativo y otro material.

10. La adquisición eficiente de productos antipalúdicos es crucial para que los países consigan ampliar sus intervenciones. Algunos productos indispensables, como los medicamentos para la terapia combinada basada en artemisinina y los mosquiteros tratados con insecticida, aún no se producen en cantidad suficiente porque los fabricantes no tienen confianza en el mercado. El servicio de aprovisionamiento y suministro de medicamentos antipalúdicos de la Alianza (Malaria Medicines and Supply Service) trata de eliminar estos obstáculos. El servicio prepara una previsión mundial de oferta y demanda, informa a los fabricantes de las necesidades de producción, apoya a los países en sus adquisiciones y supervisa la financiación de los productos antipalúdicos. El servicio ha creado una base de datos y un sistema de previsión de las necesidades que dan a los países, los fabricantes y los donantes una perspectiva clara de la oferta y la demanda de productos antipalúdicos de calidad.

III. Movilización de recursos y financiación

11. Se calcula que para hacer retroceder el paludismo se necesitan unos 2.000 millones de dólares anuales para África y otros 1.000 millones de dólares para las demás regiones del mundo en las que el paludismo es endémico. En estas cifras se toma en cuenta la demanda de medicamentos de terapia combinada con artemisinina, mucho más costosos que las antiguas monoterapias, en países donde se da el paludismo farmacorresistente causado por *plasmodium falciparum*. Con el actual nivel de precios, los medicamentos de terapia combinada que necesitan los 600 millones de personas en situación de riesgo de contraer paludismo sólo en África costarán alrededor de 1.000 millones de dólares anuales. Se prevé que los precios de estos medicamentos disminuyan en cierta medida en 2006, cuando la demanda y la producción se hayan estabilizado en niveles más altos. Por otra parte, es de esperar que con el mayor empleo de mosquiteros tratados con insecticida y el uso de medios de diagnóstico se reduzca el gasto en fármacos a largo plazo.

12. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que inició sus actividades en 2002, se ha convertido en una importante fuente internacional de financiación adicional para combatir el paludismo. A fines de 2004, el Fondo había asignado 1.800 millones de dólares para combatir el paludismo durante el quinquenio siguiente en 68 países, 38 de ellos africanos. El presupuesto bienal aprobado asciende a 995 millones de dólares (un 22% de sus desembolsos totales) y los compromisos de gastos autorizados para 2005 y 2006 representan 881 millones de dólares. En la convocatoria de propuestas de la quinta ronda de concesión de subvenciones que tuvo lugar en 2005 se recibieron propuestas de 62 países que necesitaban en total alrededor de 1.900 millones de dólares para el quinquenio. Los fondos asignados para el próximo quinquenio se destinarán a financiar 145 millones de dosis combinadas con artemisinina y 108 millones de mosquiteros tratados con insecticidas. Antes solía haber demoras en la ejecución de esta primera fase, lo cual es comprensible si se tiene en cuenta la magnitud de sus operaciones. A mediados de 2005 habían pasado a la segunda fase de ejecución 12 subvenciones para combatir el paludismo, por valor de 148 millones de dólares. Durante 2005, los asociados a la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, en particular las oficinas nacionales, regionales y centrales de la OMS, han atendido las solicitudes de asistencia de 43 países para desarrollar propuestas para el Fondo y para abordar algunos problemas técnicos delicados que plantean la selección y la ampliación inmediata de las intervenciones.

13. Es más difícil seguir el rastro de otras corrientes de recursos destinados a combatir el paludismo, en particular los gastos corrientes reembolsables y los fondos públicos destinados a la prestación de servicios públicos básicos de salud, que se financian cada vez más con programas amplios de apoyo presupuestario. En 2004 y 2005, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo se ha esforzado en mejorar la asignación de recursos en el plano nacional a fin de complementar los fondos que aporta el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y los donantes externos. Coordinar la utilización óptima de estos recursos es cada vez más difícil debido a la introducción de intervenciones que son nuevas para los países y más caras. Las demandas de más recursos —que compiten entre ellas por obtenerlos— en los países exigen que los programas avancen hacia los objetivos convenidos y empleen con eficacia los recursos que se les han asignado. La Alianza presta apoyo al desarrollo de nuevos instrumentos para mejorar la planificación y la

supervisión de los programas de lucha contra el paludismo, como por ejemplo un sistema electrónico de evaluación de costos a través de Internet.

14. En abril de 2005, el Banco Mundial anunció que aumentaría considerablemente su apoyo a la lucha contra el paludismo en el contexto de su nueva estrategia mundial, sustentada en un proyecto de refuerzo que otorgaría fondos a los países para que mejoraran sus programas de lucha contra el paludismo. El Banco Mundial considera factible comprometer entre 500 y 1.000 millones de dólares durante el próximo quinquenio, suma que incluye los fondos previstos de los asociados. El Banco movilizará sus propios recursos financieros y técnicos e impulsará el apoyo de los organismos de desarrollo y del sector privado para ampliar el acceso a la prevención y al tratamiento y mejorar su viabilidad. Con estas actividades se pretende incrementar la disponibilidad de productos, alentar a los países a que reduzcan los impuestos y aranceles que los gravan, mejorar y mantener el control del paludismo a largo plazo por parte de los gobiernos y la sociedad civil, y construir alianzas entre los sectores público y privado.

15. En mayo de 2005, durante la 58ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se puso en marcha la Alianza para el Control y la Evaluación del Paludismo en África, iniciativa de colaboración entre el Programa de tecnología apropiada para los servicios de salud (una organización internacional sin fines de lucro), el Gobierno de Zambia y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo en Zambia. Su objetivo consiste en acelerar y documentar los efectos del cumplimiento gradual de las metas de lucha contra el paludismo establecidas por Zambia. Las metas inmediatas de la Alianza son apoyar la coordinación del rápido aumento de la cobertura mediante estrategias de control comprobadas —mosquiteros tratados con insecticida, control de mosquitos en interiores y fármacos eficaces, entre otras— hasta alcanzar el 80% de la población de Zambia y reducir un 75% el número de muertes por paludismo en tres años. Se pretende que la iniciativa, patrocinada por una nueva donación de 35 millones de dólares en nueve años de la Fundación Bill y Melinda Gates, sirva de modelo para otros países africanos.

16. En junio de 2005, el Gobierno de los Estados Unidos de América anunció una nueva iniciativa internacional contra el paludismo para ayudar a un máximo de 35 países con gran incidencia durante cinco años. En un principio se dirigiría a tres países, Angola, la República Unida de Tanzania y Uganda. En la actualidad, los Estados Unidos de América aportan 200 millones de dólares anuales mediante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y programas bilaterales. El Presidente Bush ha propuesto un aumento de 30 millones de dólares para 2006, de 135 millones para 2007 y de otros 300 millones anuales desde 2008 hasta 2010. Los Estados Unidos de América pedirán a otros donantes que aporten 1.200 millones de dólares anuales. El objetivo es haber superado en 2015 los objetivos de desarrollo del Milenio relativos al paludismo.

17. En el comunicado que emitieron después de la Cumbre de Gleneagles, celebrada en julio de 2005, el Grupo de los Ocho se comprometió a colaborar con los países africanos para ampliar las actividades de lucha contra el paludismo hasta cubrir al 85% de la población vulnerable mediante intervenciones esenciales que salven vidas y eviten que esta enfermedad prevenible y curable perjudique a las economías africanas. En el comunicado se solicitaron 1.500 millones de dólares anuales más con el fin de garantizar el acceso a mosquiteros tratados con insecticida, tratamientos combinados con artemisinina, tratamientos preventivos intermitentes para

embarazadas y niños pequeños, fumigación secundaria de interiores y capacitación del personal de atención de la salud de los países africanos.

IV. Acceso a un tratamiento eficaz contra el paludismo

18. En la actualidad, la mayor parte de los países en los que el paludismo es endémico han modificado su política de tratamiento del paludismo causado por *plasmodium falciparum* y han abandonado los fármacos únicos utilizados anteriormente, que han perdido su eficacia debido a la resistencia desarrollada por el parásito. Hoy, 53 países, 32 de ellos africanos, han adoptado las terapias combinadas con artemisinina que recomienda la OMS como tratamiento de primera o segunda línea.

19. La OMS brindó asistencia técnica a los ministerios de salud de los países en los que el paludismo es endémico para facilitar la adopción de las nuevas políticas basadas en la supervisión de la eficacia terapéutica. En septiembre de 2005 se publicará un informe mundial sobre la situación de la resistencia a los fármacos antipalúdicos. Los países están empezando a utilizar los nuevos tratamientos combinados con ayuda de la OMS para la preparación de las directrices nacionales de tratamiento, la capacitación de funcionarios de atención de la salud y la investigación sobre el uso de los tratamientos en el plano comunitario.

20. La rapidez con que los países pasaron a aplicar políticas de tratamiento combinado con artemisinina en 2004 y 2005 y el consiguiente incremento de la demanda—de 2 millones de dosis de tratamiento en 2003 a 30 millones en 2005—provocaron un déficit de artemisinina y de fármacos para el tratamiento combinado. Se prevé que en 2006 la comunidad internacional deberá financiar más de 100 millones de dosis combinadas con artemisinina. Durante el año 2004, la industria farmacéutica se ha esforzado por acelerar la producción de estos fármacos y se han tomado medidas para que el déficit remita a fines de 2005. La *artemisia annua*, planta de la que se extrae la artemisinina se cultiva en varios países desde el período 2004-2005. Los mayores productores de esa planta siguen siendo China y Viet Nam, pero los países de África oriental (Kenya, la República Unida de Tanzania y Uganda) están ampliando su producción y se prevé que les corresponderá alrededor del 20% de toda la producción mundial a fines de 2006. Aunque está previsto que la demanda siga aumentando durante los próximos tres o cuatro años, existe la inquietud de que la producción crezca con demasiada rapidez y se empiece a cultivar en ciertas regiones que no tienen acceso a la extracción industrial del ingrediente activo. Para mejorar los eslabones entre la producción agrícola, la extracción de ingredientes y la elaboración de los fármacos, la OMS, en colaboración con el servicio de aprovisionamiento y suministro de medicamentos antipalúdicos, organizó una reunión en Arusha (República Unida de Tanzania) en junio de 2005 que congregó a todas las partes implicadas en la producción de medicamentos de tratamiento combinado con artemisinina, mientras que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la OMS han puesto en marcha un plan de colaboración para el intercambio continuo de información sobre asuntos técnicos, de producción y de demanda.

21. Para garantizar la calidad de los productos, la OMS y el UNICEF han establecido un mecanismo internacional para preseleccionar a los fabricantes de compuestos de artemisinina y tratamientos combinados con artemisinina. Los productos y fabricantes que se ajustan a las normas recomendadas internacionalmente se añaden a una lista pública que se distribuye como guía para todos los organismos de las

Naciones Unidas y otras entidades vinculadas con la adquisición de tratamientos combinados. Hasta la fecha, se ha preseleccionado un fabricante que ofrece un tratamiento combinado con artemisinina compuesto de artemetero y lumefantrina (Coartem®) y dos fabricantes de comprimidos de artesunato. Es preciso aumentar la variedad de terapias, incrementar la competencia entre productores, ampliar la financiación en el plano mundial y establecer políticas eficaces para financiar la atención de la salud en el plano nacional.

22. Se requieren medicamentos antipalúdicos para sustituir los que han perdido su eficacia debido a la resistencia desarrollada por el parásito. Las inversiones en la elaboración de fármacos para las enfermedades de los pobres, como el paludismo, ofrecen rendimientos muy bajos respecto de las inversiones y no son una prioridad para la industria farmacéutica. Esta circunstancia llevó al establecimiento, en 2001, de una fundación pública y privada sin fines de lucro, la Operación Medicamentos Antipalúdicos, cuya labor se describe en detalle en el párrafo 44 *infra*.

23. En abril de 2005, la Iniciativa encaminada a obtener medicamentos para combatir enfermedades desatendidas y Sanofi Aventis anunciaron que desarrollarían y tratarían de preseleccionar dos nuevas combinaciones de dosis fijas de artesunato y amodiaquina y de artesunato y mefloquina. Está previsto que se presente la primera solicitud de autorización de venta a fines de 2005 o principios de 2006. Los socios afirman que la nueva fórmula compuesta será menos cara que los tratamientos combinados actuales.

24. El uso racional del diagnóstico de parásitos podría reducir los gastos de los medicamentos antipalúdicos. En muchos países en los que el paludismo es endémico no se ha hecho uso del diagnóstico por microscopio por falta de personal capacitado. Desde hace poco se pueden utilizar pruebas sencillas de diagnóstico rápido. La OMS y los asociados a la Alianza para lograr la regresión del paludismo trabajan para establecer una garantía de calidad de estos productos y servicios y un calendario de investigación operacional que permita determinar si su uso en el ámbito de la prestación de servicios resulta viable y eficaz en función de los costos. En la actualidad, la mayoría de los casos de paludismo, sobre todo en África, se detectan en el hogar y se tratan con medicamentos adquiridos fuera de los servicios de salud oficiales. Las investigaciones patrocinadas por el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en materia de Enfermedades Tropicales del PNUD, el Banco Mundial, la OMS y el UNICEF han demostrado que las estrategias para tratar el paludismo en el hogar, que abarcan la educación de las madres, la capacitación de los proveedores de servicios de la comunidad y el suministro de medicamentos de calidad preenvasados, pueden reducir la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por el paludismo. Estas estrategias deben aplicarse plenamente en las zonas en que la transmisión del paludismo es alta para garantizar el acceso rápido a un tratamiento eficaz e inmediato. Algunos proyectos en varios países de África tienen la finalidad de determinar la viabilidad, aceptación y eficacia del uso de tratamientos combinados con artemisinina en el contexto de los planes para tratar el paludismo en el hogar.

V. Alcance de la lucha contra los vectores del paludismo

25. Según se desprende de algunas encuestas de los hogares¹ en los países de África se ha registrado cierto aumento en el uso de mosquiteros tratados con insecticidas. Esta mejora se ha producido gracias a: a) una mayor inversión de fondos nacionales e

internacionales; b) la racionalización por la mayoría de gobiernos africanos de los impuestos y las tarifas de los mosquiteros, los materiales para fabricarlos y los insecticidas; c) el hecho de que, desde 2002, varios países hayan proporcionado mosquiteros tratados con insecticidas gratuitos, o los hayan subvencionado en gran medida, a los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas; y d) la comercialización social de dichos mosquiteros y el aumento de su producción local. Las encuestas sobre el uso neto de mosquiteros en África indican que entre el 10% y el 30% de la población utiliza mosquiteros que no están tratados con insecticidas, pero el porcentaje que usa los que sí están tratados es menor.

26. La Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo ha centrado su labor considerablemente en determinar los modos más eficaces de suministrar mosquiteros tratados con insecticidas a las poblaciones vulnerables. La experiencia ha demostrado que la distribución de dichos mosquiteros o de vales para adquirirlos puede incorporarse satisfactoriamente a los servicios de atención prenatal y a los servicios del Programa Ampliado de Inmunización. El programa para la supervivencia y el desarrollo acelerado del niño, que el UNICEF ha apoyado en 11 países de África occidental, ha puesto de manifiesto que, mediante servicios ordinarios de ese tipo, ha aumentado significativamente el uso de mosquiteros tratados con insecticidas entre los niños y las embarazadas. En Ghana, Zambia y, más recientemente, en el Togo, la combinación de campañas de vacunación contra el sarampión y la distribución de dichos mosquiteros ha contribuido mucho a que aumente rápidamente su uso entre los grupos vulnerables. Un planteamiento integrado de los sistemas brinda a los países la oportunidad de alcanzar rápidamente sus metas a corto plazo por lo que respecta al uso de mosquiteros tratados con insecticidas. Hasta la fecha, la experiencia indica que su distribución estimula la demanda y hace aumentar el ámbito de los servicios de inmunización y atención prenatal². La integración con estos dos tipos de servicios también puede realizarse mediante la comercialización social, por ejemplo, proporcionando mosquiteros muy subvencionados a las mujeres embarazadas y los niños a través de las clínicas de atención prenatal. Utilizando ese planteamiento, se calcula que en Malawi se ha conseguido que el 55% de los hogares utilice mosquiteros tratados con insecticidas, garantizando al mismo tiempo la equidad. Los programas para incrementar el uso de dichos mosquiteros pueden incluir también actividades de prevención de otras enfermedades, como la eliminación de la filariasis linfática, la eliminación de parásitos y la distribución de micronutrientes.

27. Los mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado, que mantienen su eficacia durante cuatro o cinco años sin necesidad de un nuevo tratamiento, representan una innovación importante que puede facilitar la ampliación sostenible de la prevención del paludismo. Su precio ha disminuido hasta aproximadamente 5 dólares de los EE.UU., por lo que constituyen una opción más eficaz con respecto a los costos que la de los mosquiteros tratados con insecticidas convencionales. Los de efecto prolongado representan hoy día aproximadamente el 80% de los mosquiteros que solicitan los países de África al Fondo Mundial y el 90% de todos los que se financian mediante fuentes de financiación bilaterales y de otro tipo. Desde 2004, la demanda de mosquiteros tratados con insecticidas de efecto prolongado ha aumentado rápidamente y en este momento supera su producción, por lo que algunos países tienen que esperar hasta varios meses para conseguirlos. La primera fábrica africana de estos mosquiteros, creada gracias a una transferencia de tecnología diseñada por asociados para lograr la regresión del paludismo, se abrió en Arusha (República Unida de Tanzania) en

noviembre de 2004. Hay que incrementar la labor para aumentar la capacidad de producción local de esos mosquiteros en África.

28. La fumigación secundaria de interiores es un método muy eficaz para la lucha contra los vectores del paludismo y es especialmente útil cuando se necesitan efectos rápidos, en particular durante epidemias y otras situaciones de emergencia. Es un elemento integrante de las estrategias de los programas nacionales de lucha contra el paludismo en casi la mitad de los países donde éste es endémico en África meridional y oriental y en la mayor parte de Asia y América Latina. En muchas zonas de países de Asia y América donde el paludismo es endémico se está intentando sustituir la fumigación secundaria de interiores por mosquiteros tratados con insecticidas, pero en un número cada vez mayor de países de África se emplea este método para luchar contra los mosquitos en zonas propensas a las epidemias.

29. La primera reunión de la Conferencia de las Partes en el Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes se celebró en el Uruguay del 2 al 6 de mayo de 2005. En ella se señaló la necesidad de que los países que utilizan DDT en la lucha contra los vectores de enfermedades lo sigan haciendo hasta que haya alternativas disponibles apropiadas y eficaces con respecto a los costos. Asimismo, la Conferencia instó a fortalecer la capacidad de los países para aplicar de manera efectiva el DDT y sus alternativas y evaluar las consecuencias de su uso, pidió al mecanismo financiero del Convenio que apoyara la labor para elaborar y desarrollar alternativas al DDT que fueran eficaces con respecto a los costos (como los insecticidas para la fumigación secundaria de interiores, materiales tratados con insecticidas de efecto prolongado y alternativas no químicas), e invitó a otras instituciones financieras internacionales a que prestaran apoyo.

VI. El paludismo durante el embarazo y la lactancia

30. Se calcula que en África mueren al año unas 10.000 embarazadas y 200.000 lactantes debido a la infección por fiebre palúdica provocada por el *plasmodium falciparum* durante el embarazo. El paludismo durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto prematuro y bajo peso al nacer. Además, en las zonas donde el nivel de transmisión es bajo o se produce en determinadas estaciones, las mujeres embarazadas que no están inmunizadas contra el paludismo, o lo están poco, corren un riesgo mayor de morir por las graves complicaciones de la enfermedad. Todos los aspectos del paludismo durante el embarazo se agravan si existe al mismo tiempo una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La OMS recomienda la adopción de una estrategia triple para reducir las consecuencias del paludismo en las mujeres embarazadas: a) un tratamiento preventivo intermitente en los casos de infección asintomática de paludismo en las zonas en las que la transmisión de fiebre palúdica provocada por el *plasmodium falciparum* es moderada o elevada; b) la utilización de mosquiteros tratados con insecticidas; y c) el rápido acceso a un tratamiento eficaz de la enfermedad. El tratamiento preventivo intermitente, que es parte integrante de la estrategia “Embarazos más seguros” se ha adoptado como política en 24 países de África, de los que al menos 11 la están aplicando, y abarca más del 50% de todos los distritos en seis países. Hoy día, la sulfadoxina-pirimetamina es el único medicamento antipalúdico del que se cuenta con información suficiente sobre su eficacia y seguridad para utilizarlo como tratamiento preventivo intermitente, pero el hecho de que el parásito del paludismo muestre una creciente resistencia a dicho medicamento hace que la

evaluación de medicinas antipalúdicas alternativas para dicho tratamiento constituya una prioridad urgente.

31. Cinco países de África oriental y meridional (Kenya, Malawi, la República Unida de Tanzania, Uganda y Zambia) han formado una coalición sobre programas de paludismo y salud reproductiva (Malaria in Pregnancy Eastern and Southern Africa Coalition) para reducir los efectos del paludismo en el embarazo mediante la colaboración entre los programas sobre paludismo y salud reproductiva. Actualmente se está documentando la experiencia adquirida por esos países en la introducción del paludismo en los programas de control del embarazo y se está intercambiando con otros países de la región. Algunos países de la subregión de África occidental han formado una asociación similar (RAOPAG – Réseau d’Afrique de l’Ouest contre le Paludisme pendant la Grossesse). Se están preparando unas directrices de actuación y un marco para la supervisión y evaluación del paludismo durante el embarazo.

32. La anemia grave provocada por el paludismo se cobra numerosas víctimas entre los niños que viven en regiones de África en las que el paludismo es endémico y afecta en mayor medida a los lactantes, que presentan la tasa de mortalidad más alta por este motivo. La experiencia adquirida en la República Unida de Tanzania indica que el tratamiento preventivo intermitente puede ser una estrategia útil en la lucha contra el paludismo y la anemia en este grupo vulnerable, ya que la administración de una dosis terapéutica de sulfadoxina-pirimetamina a lactantes que no presentan síntomas junto con las vacunas ordinarias a los 2, 3 y 9 meses de edad, reduce al menos en un 50% los episodios de paludismo y anemia. El tratamiento preventivo intermitente para los lactantes parece bastante prometedor como una posible estrategia de lucha contra el paludismo, ya que, en gran medida, se puede suministrar a través de un programa ampliado de inmunización. No obstante, se han de obtener más pruebas sobre su eficacia y seguridad en distintas condiciones epidemiológicas, antes de que pueda recomendarse su inclusión en las políticas nacionales de lucha contra el paludismo. Un consorcio de investigadores, en colaboración con la OMS y el UNICEF, está tratando de solucionar esos problemas con fondos de la Fundación Bill y Melinda Gates.

33. La Fundación pro Naciones Unidas y el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional han tomado la iniciativa de establecer una amplia colaboración para difundir sus actividades rápidamente a fin de que todas las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años en el África subsahariana (aproximadamente 120 millones de personas) se beneficien de una prevención eficaz contra el paludismo. En junio de 2005 se celebró en Ginebra una primera reunión de los interesados del sector público y el privado.

VII. Las epidemias de paludismo y las situaciones complejas de emergencia

34. Se calcula que más del 30% de la mortalidad que provoca el paludismo en el mundo tiene lugar en países en los que se dan situaciones complejas de emergencia. Actualmente, unos 16 países de África atraviesan situaciones de ese tipo o grandes crisis de refugiados y se considera que 26 (incluidos grandes países como Nigeria, la República Democrática del Congo, el Sudán y Etiopía) son “Estados frágiles”. Los desplazamientos y movimientos de población, el aumento de la vulnerabilidad como consecuencia de la malnutrición e infecciones concomitantes, la falta de vivienda o

las viviendas en malas condiciones, el colapso de los servicios de salud, la falta de coordinación entre los organismos de salud, los conflictos en curso que dificultan el acceso a los servicios de salud y el deterioro del medio ambiente provocan un aumento del número de vectores y, con ello, de la incidencia del paludismo en las poblaciones afectadas. Para luchar contra el paludismo en situaciones complejas de emergencia, se requieren estrategias especiales. En noviembre de 2004, la OMS organizó una consulta con los principales asociados en la que se determinaron las prácticas más idóneas basadas en la experiencia para actuar en situaciones de emergencia graves y crónicas. Una conclusión aleccionadora de esa consulta fue que, para reducir la mortalidad, es absolutamente necesario que los servicios sean gratuitos para el usuario mientras dure la situación de emergencia. Para realizar un seguimiento de esa reunión, en 2005 se estableció una red de atención al paludismo en situaciones de emergencia. Asimismo, la OMS ayuda a países y organismos a combatir eficazmente el paludismo mediante la elaboración de directrices, la movilización de asociados para preparar planes nacionales estratégicos, incluidas las propuestas para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y el envío a los países de personal internacional con experiencia. Los fondos disponibles en el plano nacional deben ir acompañados de asistencia y asesoramiento técnicos racionales para lograr los mejores resultados en la salud pública.

35. En la actualidad viven en África en zonas de riesgo de epidemia de paludismo hasta 144 millones de personas. Sólo en ese continente, las epidemias causan cada año hasta 12 millones de casos de paludismo y entre 155.000 y 310.000 muertes de personas de todas las edades. Puesto que no se cuenta con suficientes recursos para responder a las necesidades de atención sanitarias diarias de las poblaciones afectadas por el paludismo, es difícil para los países asignar recursos a las epidemias, que, por su carácter, no pueden predecirse con seguridad. Con el fin de hacer frente a la epidemia de paludismo, la OMS ha apoyado actividades para mejorar la preparación, la detección temprana y mecanismos de respuesta eficaz y puntual, incluido el desarrollo de sistemas de alerta temprana del paludismo que utilizan la teleobservación. Ocho países de África (Eritrea, Etiopía, Kenya, Malí, el Níger, el Senegal, Uganda y Zambia) han incluido los sistemas de alerta temprana del paludismo con la vigilancia atmosférica y de la vulnerabilidad en su solicitud al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En 15 de los 25 países de África con tendencia a la epidemia, se lleva a cabo una vigilancia semanal de la enfermedad mediante puestos de control. Están disponibles las orientaciones de la OMS sobre prevención y control del paludismo epidémico. En el proyecto para lograr la regresión del paludismo en el Sahel se elaborará un mapa de las zonas de riesgo de la epidemia y las variables atmosféricas de una gran parte de África occidental.

VIII. Fortalecimiento de la capacidad y recursos humanos

36. La mayoría de los países donde el paludismo es endémico, en particular en el África subsahariana, disponen de sistemas de salud que no son adecuados para la tarea de combatir eficazmente el paludismo y otras enfermedades con alta carga de morbilidad. Los países de la región se enfrentan a dificultades vinculadas con la insuficiencia de recursos humanos y de conocimientos y capacidad para ampliar las actividades, y medir los resultados. Las actividades de creación de capacidad deberían centrarse en los servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento de casos, los conocimientos epidemiológicos y operacionales y la supervisión y evaluación.

La planificación y ejecución adecuadas de las actividades contra los vectores necesitan diversos conocimientos técnicos para una gestión integrada de dichos vectores, que deben completarse con competencias de dirección. En los programas de control también se debe crear la capacidad de hacer participar a otros programas de salud, el sector privado y organizaciones no gubernamentales.

37. Como respuesta al apoyo y a la financiación internacionales cada vez mayores, la OMS y otros asociados han respaldado a los países en la solicitud y el empleo de la ayuda del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y de los recursos procedentes de otros donantes. Los países donde el paludismo es endémico han reorientado sus programas de la planificación estratégica a la creación de la capacidad del sistema de salud para ejecutarlos en gran escala.

38. La OMS orienta sus actividades de fomento de la capacidad a crear un entorno favorable mediante la capacitación y el fortalecimiento y la creación de redes en el plano institucional. Durante los dos últimos años, se ha capacitado a funcionarios de programa nacionales de más de 24 países de África. Se han examinado y elaborado programas nacionales e internacionales de capacitación en el empleo sobre la lucha contra el paludismo, en vista de las lagunas que existen actualmente en los conocimientos y las estrategias de intervención.

39. También se ha elaborado un instrumento de evaluación de la capacidad que contribuye a la planificación estratégica y al establecimiento de prioridades, y que se ha probado en Malawi y Rwanda. Otros países de la región del Mediterráneo oriental están llevando a cabo evaluaciones similares.

40. Se está preparando un conjunto de materiales para luchar contra el paludismo en los distritos, en el que se integrarán todas las actividades relativas al paludismo en otros programas sanitarios importantes y cuyo objetivo será fomentar la capacidad de los equipos sanitarios de los distritos.

IX. Investigación y desarrollo

41. Las inversiones para la investigación y el desarrollo de la lucha contra el paludismo en todo el mundo no han dejado de aumentar desde la puesta en marcha de la iniciativa para lograr la regresión del paludismo. En estrecha colaboración con el Departamento de la OMS encargado de dicha iniciativa, se siguen ejecutando programas dedicados a la investigación y el desarrollo, como el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en materia de Enfermedades Tropicales del UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Mundial y la OMS. Entre otros asociados importantes en la investigación, se cuentan la Fundación Bill y Melinda Gates, con su iniciativa sobre los grandes problemas de la salud mundial; la iniciativa multilateral sobre el paludismo, patrocinada actualmente por Suecia, que continúa creando la capacidad de investigación en África; la Operación Medicamentos Antipalúdicos; y la iniciativa de vacunación contra el paludismo.

42. En el ámbito de la investigación farmacéutica, el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en materia de enfermedades tropicales ha seguido trabajando en la terapia combinada con artemisinina y ha hecho progresos considerables con respecto al artesunato administrado por vía rectal, que se quiere utilizar como un tratamiento de emergencia contra el paludismo grave. La industria farmacéutica

ya lo está fabricando y se encuentra a disposición de los países; asimismo, se ha completado en gran medida la labor necesaria para su registro como producto del Programa Especial.

43. En la actualidad, el Programa Especial está evaluando la utilización de los procedimientos de diagnóstico rápido del paludismo sin utilizar microscopios. Se espera que las pruebas diagnósticas rápidas ayuden a predecir y controlar la propagación de la epidemia, vigilar el tratamiento y permitir un uso más eficaz de los antipalúdicos. En colaboración con la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental se han elaborado modelos matemáticos de las consecuencias de la introducción de dichas pruebas y se han diseñado planes detallados para garantizar su calidad mediante una red de centros de referencia sobre el paludismo. Está a punto de completarse la elaboración de un conjunto de instrumentos para detectar y vigilar la resistencia del parásito del paludismo, basados en pruebas *in vitro* sobre la capacidad de reacción a los medicamentos y la determinación del genotipo del parásito mediante la reacción en cadena inducida por la polimerasa. Esa investigación ha servido ya para revisar las directrices de la OMS sobre las políticas relativas a la vigilancia de la resistencia.

44. En el ámbito de la genética, el Programa Especial se ha centrado en la investigación para utilizar mejor la información sobre el genoma con el fin de facilitar la producción de fármacos, vacunas y métodos de diagnóstico. También ha estudiado la genómica funcional derivada de la secuenciación del *Anopheles gambiae*, y las repercusiones éticas, jurídicas y sociales del posible uso de mosquitos genéticamente modificados para combatir el paludismo. Entre los resultados logrados en 2004, figura la detección de varios genes de reacción inmunitaria, en los que se podría centrar la atención para inhibir el crecimiento del parásito del paludismo en el mosquito.

45. La Operación Medicamentos Antipalúdicos es una organización sin ánimo de lucro dedicada a descubrir, desarrollar y suministrar medicamentos antipalúdicos a las poblaciones de los países donde la enfermedad es endémica. El objetivo de la Operación, que colabora con asociados públicos y privados de los sectores farmacéutico, de la biotecnología y las instituciones de investigación, es desarrollar fármacos antipalúdicos seguros, eficaces y asequibles, con los que el tratamiento de un adulto cueste menos de 1 dólar de los EE.UU., para atender al mayor número posible de personas con paludismo. La Operación se ha fijado como prioridad el desarrollo de medicamentos con un costo intrínseco bajo, concentrándose, por un lado, en procesos químicos simples y, por el otro, fabricándolos en regiones menos competitivas. Con más de 20 proyectos en tramitación, la Operación gestiona la mayor cartera de proyectos de investigación sobre fármacos antipalúdicos de la historia. Actualmente hay siete nuevos medicamentos en proceso de ensayo clínico, de los que dos pasan las últimas pruebas de eficacia a gran escala. A finales de 2007 podría estar disponible un nuevo tratamiento combinado contra el paludismo.

46. Pese a los decenios invertidos en investigación, el desarrollo de una vacuna eficaz contra el paludismo ha sido más complejo de lo que se pensaba. El mapa del genoma del paludismo ha puesto al descubierto más de 5.000 posibles antígenos en los que centrarse, pero no se han podido identificar todavía los antígenos que provocan respuestas inmunitarias protectoras eficaces en seres humanos. Todavía no se conoce completamente el mecanismo inmunitario protector contra el paludismo, lo que podría orientar las decisiones sobre el desarrollo de vacunas. Sin ese conocimiento, el

desarrollo de vacunas sigue siendo fundamentalmente empírico y debe hacerse mediante la realización de pruebas sobre la eficacia en países donde la enfermedad es endémica. La iniciativa para la investigación sobre las vacunas de la OMS y el Programa Especial colaboran para apoyar actividades que contribuyan a fortalecer ese planteamiento empírico, al tiempo que tratan de comprender y conocer, desde el punto de vista biológico, los mecanismos inmunitarios protectores. Dados los efectos y beneficios potenciales sobre la salud pública que tendría una vacuna eficaz contra el paludismo, debería aumentar la inversión pública y privada en su desarrollo e intensificarse la cooperación y colaboración entre los investigadores, las instituciones, los responsables del desarrollo de vacunas y los organismos de financiación, a fin de superar las dificultades a las que se enfrenta esa labor mundial.

X. Progresos alcanzados en el logro de los objetivos de Abuja

47. En un informe preliminar sobre la ejecución del plan de acción de la Declaración de Abuja, publicado por la Oficina Regional de la OMS para África, se indica que todos los países estudiados comunican que cuentan con una política sanitaria nacional. La gran mayoría de países (92%) tienen planes sanitarios por distritos, que reproducen la política sanitaria nacional. Además, el 97% de esos países dispone de un conjunto de medidas de actuación básicas, incluso con respecto al paludismo, que se aplica en más del 80% de los centros sanitarios del 70% de los países.

48. De los 34 países de África de los que se dispone de información, el gasto nacional en sanidad oscila entre el 1% y el 20% del presupuesto del Estado, con un promedio del 8%. Sólo un país, Zimbabwe, ha cumplido o superado los objetivos de la Declaración de Maputo de julio de 2003, en la que la Unión Africana se comprometió a asignar a la sanidad al menos el 15% de los presupuestos estatales. Sólo una tercera parte de los países proporcionaron información sobre la distribución del presupuesto para la sanidad entre la atención primaria, secundaria y terciaria. La asignación del presupuesto de sanidad a la atención primaria osciló entre el 17% y el 54%, con un promedio del 32%, y la dedicada a la atención secundaria y terciaria osciló entre el 10% y el 60% (promedio del 22%) y entre el 10% y el 46% (promedio del 25%), respectivamente.

49. Todos los países de África tienen una política nacional de tratamiento contra el paludismo. Aproximadamente dos terceras partes cambiaron dicha política después de 1998 en respuesta a la situación de emergencia debida a la fiebre palúdica provocada por el *plasmodium falciparum* y resistente a los medicamentos. Entre los países que cambiaron su política de tratamiento contra el paludismo, el 65% lo hicieron tras aprobarse la Declaración de Abuja en 2000. Hasta la fecha, 34 países de África han adoptado los tratamientos combinados con artemisinina recomendados por la OMS. Además, la gran mayoría de países (más del 80%), tienen protocolos para remitir a los pacientes con enfermedades graves de los servicios de atención primaria al siguiente nivel del sistema de atención sanitaria. La inmensa mayoría de los países (92%) están utilizando el sistema integrado de vigilancia de las enfermedades y respuesta a éstas, que abarca el paludismo, aunque sólo la mitad de los 31 países que han adoptado el sistema, están en la fase de ejecución. Todos los países en los que el paludismo es endémico cuentan con un programa de gestión integrada de las enfermedades infantiles.

50. Las 35 encuestas sobre demografía y salud o encuestas de indicadores múltiples realizadas entre 1998 y 2004 en países de África indicaban que el porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que habían recibido tratamiento antipalúdico oscilaba entre el 3% y el 69%, con un promedio del 50%. No obstante, la mayoría de esos tratamientos antipalúdicos no pudo considerarse eficaz. En 2001, las encuestas indicaban que sólo el 3% de los menores de 5 años habían dormido protegidos por un mosquitero tratado con insecticidas la noche anterior a la encuesta. Actualmente el ámbito de utilización es probablemente mucho mayor debido a la reciente ampliación de la distribución de dichos mosquiteros.

XI. Seguimiento y evaluación

51. En el primer *Informe sobre el paludismo en el mundo*, publicado por la OMS y el UNICEF en 2005, se proporcionaba una información actualizada sobre la situación epidemiológica y los progresos logrados en la lucha contra el paludismo en todos los países del mundo donde la enfermedad era endémica, y del apoyo prestado por la comunidad internacional. La información, que se refería principalmente al período comprendido entre 1998 y 2003, proporciona una referencia con respecto a la cual se podrán evaluar en 2006 y 2010 los progresos logrados.

52. El Grupo de Referencia encargado de la supervisión y evaluación, creado en 2003 como órgano consultivo de los asociados del programa para hacer retroceder el paludismo y presidido conjuntamente por la OMS y el UNICEF, continúa desarrollando sistemas sólidos para vigilar de manera fiable la situación del paludismo y evaluar la eficacia de las actividades llevadas a cabo para combatirlo. El Grupo de Referencia estableció grupos de tareas sobre cinco cuestiones prioritarias, a saber: a) las tendencias de la mortalidad por causa del paludismo, b) el indicador de prevalencia del paludismo, c) la anemia relacionada con el paludismo, d) el fortalecimiento de la capacidad nacional de supervisión y evaluación en relación con las actividades realizadas para hacer retroceder el paludismo, y e) estudios de población. En 2004 se elaboró una encuesta de indicadores de paludismo. Todos los informes de las reuniones del Grupo de Referencia y sus grupos de tareas pueden consultarse en el sitio en la Web de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo (www.rollbackmalaria.org).

53. Las encuestas de indicadores múltiples de 2005 y 2006, que incluirán a 46 países donde el paludismo es endémico, facilitarán información sobre indicadores importantes para evaluar la consecución de las metas de Abuja de 2005. Dicha información estará disponible en 2006.

XII. Conclusiones y recomendaciones

54. En enero de 2005, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas publicó un informe sobre el paludismo titulado “Coming to grips with malaria in the new millenium” (Controlar el paludismo en el nuevo Milenio), preparado por el grupo de trabajo sobre el paludismo del Equipo del Proyecto sobre el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades importantes y sobre el acceso a los medicamentos esenciales. En el informe se señala que la lucha contra el paludismo forma parte integrante de un marco general de desarrollo que desempeña un papel esencial en la reducción de la pobreza. Se

puntualiza que, cinco años después de poner en marcha la iniciativa para hacer retroceder el paludismo, la ejecución en el plano nacional de la labor contra el paludismo se ha visto gravemente limitada por la falta de recursos. Pese a que desde 2002 la situación ha mejorado con los recursos adicionales para ese fin procedentes del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, se deben movilizar más recursos para atender a las necesidades. En el informe se concretan las siguientes cuestiones esenciales sobre las que se deben adoptar medidas prioritarias:

a) Establecimiento de una meta realista y mensurable en relación con el paludismo. Puesto que es difícil medir e interpretar la meta relativa al paludismo fijada en los objetivos de desarrollo del Milenio de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo, el grupo de trabajo sobre el paludismo propone una meta más fácil de evaluar la de reducir la morbilidad y la mortalidad por causa del paludismo en un 75% para 2015 tomando como punto de partida el nivel de referencia de 2005. La meta y el plazo propuestos son coherentes con los objetivos de desarrollo del Milenio de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad infantil, ya que los niños menores de cinco años y las embarazadas son las personas más vulnerables al paludismo;

b) El logro de un mayor compromiso en los planos nacional y mundial;

c) Fortalecimiento de los sistemas de salud en los planos nacional y de distrito;

d) El desarrollo de recursos humanos para ejecutar los programas;

e) La promoción de la movilización social y la participación de la comunidad;

f) *La aportación de suministros y productos básicos antipalúdicos eficaces.* Los medicamentos antipalúdicos, los mosquiteros tratados con insecticidas y los insecticidas para la fumigación secundaria de interiores (principalmente el DDT y los piretoides) deberían considerarse bienes públicos y facilitarse gratuitamente a las personas que residen en los lugares donde la enfermedad es endémica;

g) *La puesta en marcha de un conjunto integrado de intervenciones.* El grupo de trabajo sobre el paludismo hace suya la iniciativa de triunfos rápidos descrita en el informe de 2005 del Proyecto del Milenio titulado *Invirtiendo en el desarrollo*, en particular por lo que se refiere a la distribución para 2007 de mosquiteros tratados con insecticidas a todos los niños que viven en zonas donde el paludismo es endémico. Debido a las enormes posibilidades de salvar vidas que ello comporta, especialmente en el África subsahariana, el grupo de trabajo considera que la meta de conseguir que el 100% de los niños use esos mosquiteros debería constituir una prioridad internacional urgente. Dicha estrategia global promovería el desarrollo cognitivo de los niños pequeños y su asistencia a la escuela;

h) La ampliación de las actividades de lucha contra el paludismo al plano nacional;

i) La promoción del desarrollo social y económico. Aunque el principal objetivo es reducir la mortalidad y la morbilidad debidas al paludismo, las estrategias antipalúdicas deberían promover también el desarrollo social y económico. La sostenibilidad requiere estrategias encaminadas a eliminar la transmisión en los lugares donde hay posibilidades de generar riqueza o de promover el desarrollo social. Los lugares que generan riqueza comprenden los que se dedican al turismo, la minería y las industrias de manufactura, así como los que tienen instalaciones portuarias. El desarrollo social se promueve en las escuelas y los centros administrativos;

j) La incorporación de los planteamientos de prevención y tratamiento del paludismo en los planes de estudio escolares;

k) El desarrollo de sistemas de vigilancia para la detección temprana de las epidemias de paludismo:

l) La promoción de asociaciones para la lucha contra el paludismo;

m) La garantía de un acceso asequible a los últimos descubrimientos médicos y terapéuticos. Hay que formular políticas racionales para hacer frente a la amenaza que supone para la seguridad sanitaria el fuerte aumento de los precios de los medicamentos y otros productos básicos. A fin de proteger a los países pobres de dicha amenaza, esas políticas deberían contemplar un régimen nacional de patentes para garantizar el acceso asequible a los últimos descubrimientos médicos y terapéuticos. Asimismo, es necesario el compromiso de la comunidad internacional para mitigar el carácter restrictivo del acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio en lo que concierne a su aplicación al sector de la salud;

n) La inversión en la investigación y el desarrollo de instrumentos de lucha contra el paludismo;

55. En mayo de 2005, en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud sobre el paludismo se hizo balance de la situación de esa enfermedad y de la labor realizada en el mundo para hacerlo retroceder, y luego aprobó una resolución (58/2) en la que se instaba a los Estados miembros de la OMS:

a) A que establecieran políticas y planes operacionales nacionales para asegurarse de que al menos un 80% de la población expuesta al paludismo o afectada por esta enfermedad se beneficiara de las principales intervenciones preventivas y curativas para 2010, de acuerdo con las recomendaciones técnicas de la OMS, a fin de conseguir que la carga de paludismo se redujera en al menos un 50% para 2010 y en un 75% para 2015;

b) A que evaluaran las necesidades de recursos humanos integrados en todos los niveles del sistema de salud, y respondieran a ellas a fin de alcanzar las metas establecidas en la Declaración de Abuja para lograr la regresión del paludismo en África y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y a que adoptaran las medidas necesarias para garantizar la contratación de personal sanitario y su formación y permanencia;

c) A que siguieran mejorando su apoyo financiero y su asistencia para el desarrollo en relación con las actividades de lucha contra el paludismo a fin de lograr los objetivos y las metas antes citados, y fomentaran y facilitaran el

desarrollo de nuevos instrumentos para aumentar la eficacia de la lucha contra el paludismo, en especial mediante la prestación de apoyo al Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en materia de Enfermedades Tropicales del UNICEF, el PNUD, el Banco Mundial y la OMS;

d) A que aseguraran la sostenibilidad financiera y, en los países con paludismo endémico, asignaran más recursos internos para combatir esa enfermedad y crearan condiciones favorables para colaborar con el sector privado a fin de mejorar el acceso a servicios de calidad contra el paludismo;

e) A que pusieran en marcha una rápida expansión de las actividades de prevención, aplicando para ello estrategias rápidas y eficaces con respecto a los costos, como la distribución gratuita o altamente subvencionada de materiales y medicamentos a los grupos vulnerables, con el objetivo de que al menos un 60% de las embarazadas recibieran tratamiento preventivo intermitente y al menos un 60% de las personas en situación de riesgo usaran mosquiteros tratados con insecticida allí donde éste sea el método de lucha antivectorial de elección;

f) A que apoyaran las actividades de fumigación secundaria de interiores, cuando esta intervención estuviera indicada en razón de las condiciones locales;

g) A que logaran la participación comunitaria y la colaboración multi-sectorial en el control antivectorial y otras actividades de prevención;

h) A que desarrollaran o fortalecieran la cooperación internacional para combatir la propagación del paludismo a través de las fronteras comunes y las rutas migratorias;

i) A que alentaran la colaboración intersectorial, pública y privada, en todos los niveles, especialmente en materia de educación;

j) A que apoyaran el acceso ampliado al tratamiento combinado basado en la artemisinina, incluso mediante el compromiso de nuevos fondos, el recurso a mecanismos innovadores para la financiación y la adquisición nacional del tratamiento combinado basado en la artemisinina, y el aumento masivo de la producción de artemisinina para cubrir las mayores necesidades;

k) A que apoyaran el desarrollo de nuevos medicamentos para prevenir y tratar el paludismo, destinados en especial a los niños y las mujeres embarazadas; de pruebas diagnósticas sensibles y específicas; de vacunas eficaces, y de nuevos insecticidas y modalidades de suministro para aumentar la eficacia y retrasar la aparición de resistencia, recurriendo para ello, entre otras cosas, a las alianzas mundiales existentes;

l) A que apoyaran las actividades coordinadas encaminadas a mejorar los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación a fin de controlar y notificar mejor las variaciones en la cobertura de las intervenciones recomendadas para lograr la regresión del paludismo y la reducción consiguiente de la carga que conlleva esta enfermedad;

56. Basándose en las conclusiones del presente informe y las recomendaciones formuladas en el informe publicado por el Proyecto del Milenio, así como en las

de la resolución 58/2 de la Asamblea Mundial de la Salud, se recomienda a la Asamblea General que:

a) Exhorte a los países donde el paludismo es endémico a que establezcan políticas y planes operacionales nacionales para asegurarse de que al menos un 80% de la población expuesta al paludismo o afectada por esta enfermedad se beneficie de las principales intervenciones preventivas y curativas para 2010, de acuerdo con las recomendaciones técnicas de la OMS, a fin de conseguir que la carga del paludismo se reduzca en al menos un 50% para 2010 y en un 75% para 2015;

b) Exhorte a los países donde el paludismo es endémico a que evalúen las necesidades de recursos humanos integrados en todos los niveles del sistema de salud, y respondan a ellas, a fin de alcanzar las metas establecidas en la Declaración de Abuja para lograr la regresión del paludismo en África y en los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y a que adopten las medidas necesarias para garantizar la contratación de personal sanitario y su formación y permanencia;

c) Exhorte a los países donde el paludismo es endémico a que garanticen la sostenibilidad financiera, asignen, en la medida de lo posible, más recursos internos para combatir esta enfermedad y creen condiciones favorables para colaborar con el sector privado a fin de mejorar el acceso a servicios de calidad contra el paludismo;

d) Exhorte a la comunidad internacional a que, mediante un mayor apoyo financiero al Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y a otros mecanismos, cree las condiciones necesarias para que los mosquiteros tratados con insecticidas, los insecticidas destinados a la fumigación secundaria de interiores para luchar contra el paludismo y los tratamientos combinados antipalúdicos eficaces sean totalmente accesibles y gratuitos, como bienes públicos, para todas las poblaciones expuestas al paludismo;

e) Exhorte a la OMS y al UNICEF a que lideren a la comunidad internacional en el intento de establecer lo antes posible la protección universal de los niños pequeños y las embarazadas en las zonas donde el paludismo es endémico en África con mosquiteros tratados con insecticidas, teniendo en cuenta también que se garantice la sostenibilidad mediante la plena participación y la actuación de la comunidad a través del sistema de salud;

f) Exhorte a los países afectados por el paludismo a que alienten la colaboración intersectorial, tanto pública como privada, a todos los niveles, especialmente en la educación, la agricultura, el desarrollo económico y el medio ambiente;

g) Exhorte a la comunidad internacional a que apoye el desarrollo de nuevos medicamentos para prevenir y tratar el paludismo, especialmente para los niños y las mujeres embarazadas; de pruebas diagnósticas sensibles y específicas; de vacunas eficaces, y de nuevos insecticidas y modalidades de suministro para aumentar la eficacia y retrasar la aparición de resistencia, recurriendo para ello, entre otras cosas, a las alianzas mundiales existentes;

h) Exhorte a la comunidad internacional a que apoye actividades coordinadas encaminadas a mejorar los sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación, a fin de controlar y notificar mejor las variaciones en la cobertura de las intervenciones recomendadas para lograr la regresión del paludismo y la reducción consiguiente de la carga que conlleva esta enfermedad.

Notas

- ¹ *Informe sobre el paludismo en el mundo 2005* (WHO/HTM/MAL/2005.1102), sección II, cuadro 6.
- ² Grabowsky, M. y otros. "Distributing insecticide-treated bednets during measles vaccination" (Distribución de mosquiteros tratados con insecticidas durante las campañas de vacunación contra el sarampión). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, marzo de 2005, vol. 83 No. 3.