



Asamblea General

Distr. general
4 de agosto de 2008
Español
Original: inglés

Sexagésimo tercer período de sesiones

Tema 46 del programa provisional*

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

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

Nota del Secretario General

El Secretario General transmite por la presente nota un informe preparado por la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con la resolución 62/180 de la Asamblea General.

Resumen

En el presente informe se destacan los progresos logrados en la consecución prevista para 2010 de los objetivos fijados en relación con la malaria, en el contexto de la resolución 62/180 de la Asamblea General. El informe se basa en los datos recopilados para elaborar el *Informe mundial sobre la malaria de 2008*, que se publicará a finales de septiembre de 2008. En el informe se presenta un análisis preliminar de los datos comunicados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de 2007 y de otros datos recopilados a través de encuestas, principalmente, encuestas demográficas y de salud, encuestas de indicadores múltiples y encuestas de indicadores de malaria. En el informe también se presentan conclusiones y recomendaciones para que sean objeto del examen de la Asamblea.

La financiación y la disponibilidad de los productos más importantes para la prevención y el tratamiento de la malaria empezaron a aumentar en la región de África en 2005 y con mayor intensidad en 2006. Según los datos para 2006 de los programas nacionales para combatir esa enfermedad, en ese año se invirtió un total de 688 millones de dólares en la lucha contra esa enfermedad en la región de África. Esta cifra es, con seguridad, un cálculo demasiado bajo porque sólo 26 de un total de 45 países presentaron datos financieros.

* A/63/150.



Se ha previsto que el uso de mosquiteros tratados con insecticidas, el uso rápido y apropiado de tratamientos contra la malaria y la aplicación de tratamientos preventivos intermitentes a las mujeres embarazadas de África alcancen una tasa mínima del 80%. El promedio del uso de mosquiteros tratados con insecticidas en 18 países donde se realizaron encuestas en 2006 estaba muy por debajo del objetivo del 80%: el 34% de los hogares disponían de mosquiteros tratados con insecticidas, y el 23% de los niños menores de 5 años y el 27% de las mujeres embarazadas dormían bajo un mosquitero de ese tipo. Aunque esos porcentajes se sitúan muy por debajo del objetivo fijado para 2010, son mucho más altos que los registrados en años anteriores y representan un logro significativo. De las 18 encuestas nacionales por hogares realizadas en la región de África en 2006 se desprende que en Etiopía, el Níger, Santo Tomé y Príncipe y Zambia había un porcentaje relativamente alto de hogares que poseía y utilizaba mosquiteros tratados con insecticidas, en particular mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración.

Entre 2001 y 2006, los programas nacionales para combatir la malaria en África comunicaron que se había producido un aumento sustancial del número de ciclos de tratamiento contra la malaria entregados por conducto de los servicios de salud pública. En particular, el suministro de tratamientos combinados a base de artemisinina aumentó de 6 millones de dosis en 2005 a 45 millones de dosis en 2006. Es probable que esas cifras representen un cálculo demasiado bajo del uso de tales tratamientos, cuyo consumo exacto se desconoce.

En 2006, el porcentaje medio de niños menores de 5 años a los que se administraron tratamientos contra la malaria de cualquier tipo para remitir la fiebre durante las dos últimas semanas fue del 38%. El uso de tratamientos combinados a base de artemisinina fue mucho menor: tan sólo se administró a un 3% de los niños, en promedio. Por consiguiente, el acceso a esos tratamientos continúa siendo muy insuficiente.

Recientemente en la frontera entre Camboya y Tailandia se han detectado parásitos de la cepa *Plasmodium falciparum* menos vulnerables a la artemisinina, lo que presagia una posible resistencia a ella, y los vectores de la malaria en diversos países han mostrado cierto grado de resistencia a los piretroides. Por consiguiente, para luchar contra la malaria se considera prioritaria la vigilancia continua de su eficacia sobre el terreno y la adopción de medidas para atenuar el riesgo de resistencia.

Desde la perspectiva de todo el continente africano, no había pruebas de que la malaria se hubiera reducido entre 2000 y 2006. Sin embargo, hay dos motivos para ser optimistas. En primer lugar, la OMS sólo dispone de datos hasta 2006; no se esperaba que el rápido incremento del uso de mosquiteros tratados con insecticidas y de tratamientos combinados a base de artemisinina registrado en 2006 y 2007 reflejara la totalidad de sus resultados para 2006. En segundo lugar, en cuatro países de bajos ingresos o en zonas de algunos países se experimentó una reducción drástica de la malaria cuando se consiguió una amplia cobertura tanto en el uso de mosquiteros tratados con insecticidas como en el de medicamentos contra la malaria (y de insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual en algunos casos). En Eritrea, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania), la carga causada por la malaria parecía haberse reducido en un 50% o más entre 2000 y 2006-2007, alcanzándose así los objetivos de reducción de la morbilidad. En otros tres países africanos de ingresos más elevados (Namibia,

Sudáfrica y Swazilandia) también se registraron reducciones importantes de casos de malaria detectados.

En África, es bastante probable que el incremento sustancial de la disponibilidad de los productos para prevenir y tratar la malaria registrado en 2006 y 2007 rinda frutos en 2007 y 2008. La OMS tiene previsto comunicar esos datos a mediados de 2009.

En las regiones fuera de África, los casos de malaria se redujeron en un 50% en el período comprendido entre 2000 y 2006, por lo menos en 22 países de un total de 64. Así, los datos obtenidos de la supervisión sistemática indican que, por lo menos, 29 de un total de 109 países en todo el mundo están siguiendo el rumbo correcto para alcanzar los objetivos relacionados con la reducción de la carga causada por la malaria para 2010.

I. Antecedentes y contexto

1. El nuevo esfuerzo para luchar contra la malaria en todo el mundo, y que se encamina hacia su erradicación en algunos países, se basa en la última generación de instrumentos y métodos eficaces de prevención y cura. La aparición de los mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración y los tratamientos combinados a base de artemisinina, junto con un renovado interés por los insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual, brinda una nueva oportunidad para luchar contra esa enfermedad a gran escala.

2. A fin de acelerar los progresos en el ámbito de la lucha contra la malaria, la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 estableció el objetivo de lograr una cobertura del 80% o más en cuatro ámbitos clave de intervención: los mosquiteros tratados con insecticidas para personas expuestas al riesgo de contraer la enfermedad; los medicamentos adecuados contra la malaria para pacientes que es probable o seguro que hayan contraído la enfermedad; los insecticidas para la fumigación de interiores con efecto residual para familias en situación de riesgo; y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. La Asamblea Mundial de la Salud también especificó que, como resultado de esas intervenciones, el número de casos de malaria y muertes por esta enfermedad per capita debería reducirse en un 50% o más entre 2000 y 2010, y en un 75% o más entre 2005 y 2015.

3. En el *Informe mundial sobre la malaria de 2008* se utilizan datos obtenidos de la supervisión sistemática (en aproximadamente 100 países en que la enfermedad es endémica) y de las encuestas por hogares (en aproximadamente 25 países, sobre todo en África) para evaluar los logros alcanzados hasta 2006 y, en lo que respecta a algunos aspectos de la lucha contra la malaria, hasta 2007 y 2008. En cinco capítulos principales, 30 estudios por países y siete anexos, el informe describe: a) la carga estimada de la enfermedad en cada uno de los 109 países y territorios donde se habían registrado casos de malaria en 2006; b) la forma en que se han adoptado, a nivel nacional, regional y mundial, las políticas y estrategias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para luchar contra la malaria; c) los progresos realizados en la aplicación de medidas de lucha contra la enfermedad; d) las fuentes de financiación para luchar contra la malaria; y e) los datos recientes que indican que las intervenciones pueden reducir el número de casos de malaria y de muertes por esa enfermedad.

II. Carga de la malaria en 2006, a nivel nacional, regional y mundial

4. La mitad de la población mundial corre el riesgo de contraer malaria y en 2006, según las estimaciones, 250 millones de casos de malaria causaron casi un millón de muertes. Se calculaba que en 2006 había 3.300 millones de personas en riesgo de contraer la enfermedad. De esa cifra, 2.100 millones de personas corrían poco riesgo (una estimación inferior a un caso por cada 1.000 personas), y el 97% de ellas vivía en otras regiones distintas de África. Los 1.200 millones de personas que conformaban el grupo de alto riesgo (uno o más casos por cada 1.000 personas) vivían principalmente en las regiones de África (49%) y del Asia sudoriental (37%), según la clasificación de la OMS.

5. En 2006 hubo aproximadamente 247 millones de episodios de malaria, con un amplio intervalo de incertidumbre (de 5 a 95 centiles) de entre 189 millones y 327 millones de casos. De esos, el 86% del total, es decir, 212 millones (entre 152 a 287 millones) de casos, se detectaron en la región de África. De ellos, el 80% se localizaban en 13 países y más de la mitad en Etiopía, Kenya, Nigeria, la República Democrática del Congo y la República Unida de Tanzania. Entre los casos detectados fuera de la región de África, según la clasificación de la OMS, el 80% se localizaban en la India, el Sudán, Myanmar, Bangladesh, Indonesia, Papua Nueva Guinea y el Pakistán.

6. En 2006 hubo aproximadamente 881.000 muertes a causa de la malaria (en una horquilla de 610.000 a 1.212.000), de las cuales el 91% (801.000, en una horquilla de 520.000 a 1.126.000) se produjeron en África y el 85% fueron niños menores de 5 años.

7. Las estimaciones de la incidencia de la malaria se basan, en parte, en el número de casos y muertes por esa enfermedad comunicados a través de los programas nacionales para combatir la malaria. Los informes recibidos sobre el número de casos de malaria y muertes por esa enfermedad distan mucho de estar completos en lo que respecta a la mayoría de los países. En 2006, los programas nacionales para combatir la malaria informaron de que se había detectado un total de 94 millones de casos, lo que representaba un 38% de la tasa total de incidencia estimada. El verdadero porcentaje de episodios de malaria detectados por los programas nacionales para combatir la malaria habría sido inferior al 38% porque, en algunos países, entre los casos señalados se cuentan pacientes a quienes se ha sometido a pruebas clínicas pero que no han contraído la enfermedad. Según los datos de los programas nacionales, se produjeron 301.000 muertes a causa de la malaria, lo que representaba un 34% de las muertes estimadas en todo el mundo en 2006.

III. Políticas y estrategias de lucha contra la malaria

8. Los programas nacionales para combatir la malaria han adoptado muchas de las políticas de prevención y cura recomendadas por la OMS, pero con variaciones entre países y regiones. Casi todos los 45 países de la región de África habían adoptado, para finales de 2006, la política de distribuir gratuitamente mosquiteros tratados con insecticidas a los niños y a las mujeres embarazadas, pero sólo 16 países trataban de atender a todos los grupos de edad que corrían el riesgo de contraer la enfermedad. Los mosquiteros tratados con insecticidas también se usan en un gran porcentaje de países de las regiones del Asia sudoriental y del Pacífico occidental, pero en relativamente pocos países de las otras tres regiones, según la clasificación de la OMS.

9. La fumigación de interiores con efecto residual se utiliza generalmente en zonas donde existe un riesgo elevado de transmisión de la malaria. Esa fumigación es el método principal de lucha contra los vectores en la región de Europa. Se utiliza en un número menor de países de África, las Américas y el Asia sudoriental, y todavía menos en la región del Pacífico occidental.

10. En junio de 2008, todos los países y territorios del mundo, excepto cuatro, habían adoptado tratamientos combinados a base de artemisinina como tratamiento de primera línea contra la cepa *Plasmodium falciparum*. Esos tratamientos se podían

obtener gratuitamente en ocho de un total de diez países de la región del Asia sudoriental, pero en menor proporción en países de otras regiones.

11. El uso sistemático de tratamientos preventivos intermitentes durante el embarazo se restringe a la región de África; 33 de los 45 países de África habían adoptado esos tratamientos como política nacional a finales de 2006.

12. Las intervenciones actuales sumamente eficaces se basan en dos productos químicos básicos: la artemisinina y los insecticidas químicos, que están constantemente amenazados por el aumento de la resistencia de los parásitos y mosquitos. Recientemente en la frontera entre Camboya y Tailandia se han detectado parásitos de la cepa *Plasmodium falciparum* menos vulnerables a la artemisinina, lo que presagia una posible resistencia a ella, y los vectores de la malaria en diversos países muestran cierto grado de resistencia a los piretroides. Por consiguiente, para luchar contra la malaria se considera prioritaria la vigilancia continua de su eficacia sobre el terreno y la adopción de medidas para atenuar el riesgo de resistencia.

IV. Prevención de la malaria

13. A pesar del aumento sustancial registrado en la distribución de mosquiteros, en particular mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración en África, la mayoría de países todavía dispone de un número de mosquiteros muy inferior al necesario. Entre 2004 y 2006 se registraron aumentos modestos en la distribución de mosquiteros convencionales tratados con insecticidas en los países de las regiones de África, el Asia sudoriental y el Pacífico occidental, las tres regiones donde se usan mosquiteros con mayor frecuencia. En cambio, se registró un aumento sustancial en la distribución de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración en los países de la región de África, que llegó hasta 36 millones en 2006.

14. No obstante, sobre la base de los registros relativos a la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas con que cuentan los programas nacionales para combatir la malaria, en 2006 sólo seis países de la región de África disponían de suficientes mosquiteros (mosquiteros tratados con insecticidas, incluidos mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración) para proteger, por lo menos, al 50% de quienes corrían el riesgo de contraer la enfermedad. Esos países eran Etiopía, Kenya, Madagascar, el Níger, Santo Tomé y Príncipe y Zambia.

15. De las 18 encuestas nacionales por hogares realizadas en la región de África en 2006 se desprende que en Etiopía, el Níger, Santo Tomé y Príncipe y Zambia había un porcentaje relativamente alto de hogares que poseía y utilizaba mosquiteros tratados con insecticidas, en particular mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración. El porcentaje de familiares (niños y mujeres embarazadas) que dormían bajo un mosquitero tratado con insecticida era, por lo general, inferior al porcentaje de hogares que disponían de un mosquitero tratado con insecticidas. Había grandes diferencias en cuanto al grado de posesión y uso de mosquiteros tratados con insecticidas entre los distintos países: el porcentaje de hogares que disponían de al menos un mosquitero tratado con insecticidas oscilaba entre el 6% en Côte d'Ivoire y el 65% en el Níger. El promedio del uso de mosquiteros tratados con insecticidas en 18 países encuestados en 2006 estaba muy por debajo del objetivo del 80%: el 34% de los hogares disponían de un mosquitero

tratado con insecticida, y el 23% de los niños menores de 5 años y el 27% de las mujeres embarazadas dormían bajo un mosquitero de ese tipo.

16. En otras regiones distintas de África, los mosquiteros tratados con insecticidas suelen reservarse para las poblaciones de alto riesgo. Aunque se desconoce el tamaño de esas poblaciones, los datos de los programas nacionales para combatir la malaria indican que en Bhután, Papua Nueva Guinea, las Islas Salomón y Vanuatu se obtuvo una cobertura relativamente alta (más del 20% de las personas que conforman el grupo de alto riesgo).

17. La fumigación con efecto residual del interior de las viviendas con fines específicos se utiliza en todas las regiones del mundo. En la región de África, los datos de los programas nacionales para combatir la malaria indican que más del 70% de las familias en riesgo de contraer la malaria estaban protegidas por este método en Botswana, Namibia, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica y Swazilandia. En otras regiones del mundo, sólo se obtuvo una cobertura relativamente alta (más del 20% de las personas que conforman el grupo de alto riesgo) en Bhután y Suriname.

V. Tratamiento de la malaria

18. La adquisición de medicamentos contra la malaria a través de los servicios de salud pública aumentó de forma acusada entre 2001 y 2006, pero el acceso a los tratamientos, en particular el tratamiento combinado a base de artemisinina, era insuficiente en todos los países que fueron objeto de estudio en 2006. Entre 2001 y 2006, los programas nacionales para combatir la malaria en África comunicaron que se había producido un aumento sustancial del número de ciclos de tratamiento contra la malaria entregados por conducto de los servicios de salud pública. En particular, el suministro de tratamientos combinados a base de artemisinina aumentó de 6 millones de dosis en 2005 a 49 millones de dosis en 2006, de las cuales 45 millones de dosis se destinaron a los países de África. Es probable que esas cifras representen un cálculo demasiado bajo del uso de esos tratamientos, cuyo consumo exacto se desconoce.

19. Según los datos de los programas nacionales para combatir la malaria, en 2006 sólo se realizaron 16 millones de pruebas de diagnóstico rápido, de las cuales 11 millones fueron en países de África, lo que es poco en comparación con el número de episodios de malaria.

20. Si se considera que la relación entre los medicamentos proporcionados en el sector público (a través de los programas nacionales para combatir la malaria) y los casos estimados de malaria es una forma de medir la demanda potencial, los países de África mejor aprovisionados con medicamentos contra la malaria en 2006 fueron Botswana, las Comoras, Eritrea, Malawi, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe. Entre ese grupo de países, Eritrea, Santo Tomé y Príncipe y la República Unida de Tanzania también estaban relativamente bien provistos de tratamientos combinados a base de artemisinina.

21. Sin embargo, según las encuestas nacionales por hogares, en ninguno de los 18 países de África encuestados en 2006 y 2007 la población tenía acceso suficiente a los medicamentos contra la malaria. Sólo en Benin, el Camerún, la República Centroafricana, Gambia, Ghana, Uganda y Zambia se administraban medicamentos contra la malaria a más del 50% de los niños que tenían fiebre. En ningún país se

alcanzó el objetivo del 80% en materia de acceso a tratamientos y en los 18 países encuestados el promedio de acceso era del 38%. El uso de tratamientos combinados a base de artemisinina era mucho menor: tan sólo se administraban esos tratamientos a un 3% de los niños en promedio, con variaciones entre el 0,1% en Gambia y el 13% en Zambia.

22. Un subconjunto de 16 encuestas nacionales por hogares mostró que los tratamientos preventivos intermitentes (dos o más dosis de sulfadoxina-pirimetamina) eran utilizados con mayor frecuencia por las mujeres embarazadas de Gambia, Malawi, el Senegal y Zambia (entre el 33% y el 61%) y por un promedio del 18% de las mujeres en los 16 países.

23. En otras regiones distintas de África, el acceso a los tratamientos es más difícil de juzgar: las encuestas por hogares que incluyen preguntas sobre tratamientos contra la malaria son mucho menos frecuentes y, como en África, los programas nacionales para combatir la malaria no informan de los diagnósticos y el tratamiento de la enfermedad en el sector privado. No obstante, por lo que se puede deducir de los datos proporcionados por los programas nacionales para combatir la malaria, los países relativamente bien provisionados con medicamentos contra la malaria eran Bhután, la República Democrática Popular Lao, Vanuatu y Viet Nam.

VI. Financiación de la lucha contra la malaria

24. Según la información recibida, en 2006 la financiación de la lucha contra la malaria fue mayor que nunca, pero todavía no se puede juzgar, a partir de los presupuestos de los programas nacionales para combatir la malaria, qué Estados disponen de suficientes recursos para ese fin. Según los datos de los programas nacionales para combatir la malaria para 2006, la región de África disponía de más fondos que cualquier otra región para luchar contra la malaria y entre 2004 y 2006 en ella se había registrado un aumento más sustancial en la financiación que en cualquier otra región. Sin embargo, el total de 688 millones de dólares EE.UU. correspondiente a la región de África en 2006 es, con seguridad, un cálculo demasiado bajo porque sólo 26 de un total de 45 países presentaron informes. La suma de 4,6 dólares EE.UU. de que se dispone para cada caso estimado de malaria en los 26 países que presentaron informes es poco probable que sea suficiente para satisfacer los objetivos de prevención y cura.

25. Según la información recibida, las principales fuentes de financiación adicional para los Estados africanos entre 2004 y 2006 fueron los gobiernos nacionales de los países afectados y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Esas dos fuentes dominaban en 2006 la financiación para la lucha contra la malaria en la región de África y en todo el mundo.

26. La proporción más importante del apoyo financiero variaba entre las distintas regiones, según la clasificación de la OMS. En las regiones de las Américas, Europa y el Asia sudoriental, la mayoría de los fondos procedían de los gobiernos de países donde la malaria es endémica. En las regiones del Mediterráneo oriental y el Pacífico occidental, la información recibida indicaba que el Fondo Mundial era la principal fuente de apoyo financiero. La región del Pacífico occidental fue la que recurrió más a la financiación externa, seguida de las regiones de África y el Mediterráneo oriental. Los países de la región de África tenían la cartera más diversa de apoyo financiero aportado por las instituciones externas.

VII. Repercusiones de la lucha contra la malaria

27. En algunos Estados de África y de otras regiones, donde se han ejecutado programas dinámicos de prevención y cura, se ha informado de que la carga causada por la malaria se ha reducido de forma significativa. Si bien el efecto de la lucha contra la malaria puede evaluarse a través de repetidas encuestas a la población (respecto de la prevalencia de las enfermedades parasitarias, la mortalidad a causa de la malaria o la mortalidad en general) en el presente informe se presta especial atención a las conclusiones que pueden obtenerse de los informes nacionales de supervisión.

28. De los 41 Estados de África que presentaron informes sobre casos de malaria y muertes por esa enfermedad durante el período comprendido entre 1997 y 2006, las pruebas más convincentes de los resultados proceden de cuatro países, o zonas de países, con poblaciones relativamente pequeñas, supervisión adecuada y alta tasa de intervención. Esos países son Eritrea, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania). En esos cuatro países o zonas de países se redujo la carga causada por la malaria en un 50% o más entre 2000 y 2006/2007, de conformidad con los objetivos fijados por la Asamblea Mundial de la Salud.

29. En otros países de África en los que un porcentaje elevado de personas tiene acceso a los medicamentos contra la malaria o a los mosquiteros tratados con insecticidas, como Etiopía, Gambia, Kenya, Malí, el Níger y Togo, los datos obtenidos de la supervisión sistemática todavía no muestran, de forma inequívoca, las reducciones esperadas en la morbilidad y mortalidad. O bien no se dispone de todos los datos, o bien los efectos de las intervenciones son escasos.

30. Según se informa, la alta cobertura de fumigación de interiores con efecto residual en Namibia, Sudáfrica y Swazilandia es coherente con la reducción observada en el número de casos de malaria de esos países y evidentemente se suma a los logros anteriores obtenidos en el ámbito de la fumigación de interiores con efecto residual.

31. Los informes de supervisión de numerosos países fuera de África indican que la malaria se redujo durante el decenio de 1997-2006. Los casos de malaria se estaban reduciendo en, por lo menos, 25 de los 64 países de las cinco regiones, según la clasificación de la OMS, en los que esa enfermedad era endémica. En 22 de esos países, el número de casos comunicados se redujo en un 50% o más entre 2000 y 2006/2007, de conformidad con los objetivos fijados por la Asamblea Mundial de la Salud.

32. El número registrado de muertes provocadas por la malaria se ha reducido por lo menos en seis países de las regiones de las Américas, el Asia sudoriental y el Pacífico occidental. Esos países son Camboya, Filipinas, la República Democrática Popular Lao, Suriname, Tailandia y Viet Nam, y los seis están a punto de alcanzar los objetivos fijados por la Asamblea Mundial de la Salud en la esfera de la reducción de la mortalidad a causa de la malaria para 2010.

33. La reducción de los casos de malaria y de las muertes por esa enfermedad pueden relacionarse con intervenciones específicas en determinados países, por ejemplo, el uso específico de los mosquiteros tratados con insecticidas en Camboya, la India, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam. Sin embargo, en general, la relación entre las intervenciones y las tendencias continúa siendo

ambigua y en la mayoría de los países es necesario realizar una investigación más detallada sobre los efectos de la lucha contra la malaria.

34. La OMS ha identificado cuatro etapas que se han de cubrir para lograr la erradicación de la malaria. En julio de 2008, los 109 países y territorios afectados por la malaria se clasificaron como sigue: lucha contra la malaria (80), erradicación previa (12), erradicación (11) y prevención de la reintroducción de la enfermedad (6). En enero de 2007, los Emiratos Árabes Unidos fueron el primer país en el que la malaria había sido endémica desde el decenio de 1980 que la OMS calificó como zona libre de malaria, lo que hizo que el número de países libres de malaria aumentara a 93.

VIII. Conclusiones y recomendaciones

35. En la región de África, la financiación, los productos y las actividades destinados a luchar contra la malaria aumentaron drásticamente en 2005 y 2006.

36. En 2006, aproximadamente entre una cuarta y una tercera parte de las personas que corrían el riesgo de contraer la malaria disponían de mosquiteros tratados con insecticidas en sus hogares. Esa proporción está muy por debajo del objetivo previsto de más del 80%. El uso de mosquiteros tratados con insecticidas por los niños y las mujeres embarazadas se ha quedado rezagado con respecto a la posesión de ese tipo de mosquiteros: es decir, en algunos hogares se dispone de ellos pero no los utilizan los niños ni las mujeres embarazadas que son los grupos de mayor riesgo.

37. Sólo el 3% en promedio de los niños que tenían fiebre recibió tratamientos combinados a base de artemisinina. Los Estados recibieron un número insuficiente de dosis de esos tratamientos, pero otros factores que probablemente también contribuyeron fueron el agotamiento de existencias en las instalaciones de salud y la dificultad de acceso a los puntos de distribución.

38. La cobertura de las mujeres embarazadas con dos dosis de tratamientos preventivos intermitentes también es muy reducida (18%) en comparación con el objetivo de más del 80%.

39. El uso de la fumigación de interiores con efecto residual ha aumentado. La mezcla óptima de fumigación de interiores con efecto residual y mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración es un tema de investigación actual.

40. En la región de África como continente no había pruebas de que los casos de malaria y las muertes por esa enfermedad se estuvieran reduciendo en 2006. No obstante, en esos países y en las zonas de países con una tasa elevada de intervención se mostró una reducción drástica de los casos de malaria y las muertes por esa enfermedad, en particular en Eritrea, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania).

41. Si bien la relación entre las intervenciones y sus efectos no está siempre clara, por lo menos en siete países y zonas de África con poblaciones relativamente pequeñas, una supervisión adecuada y una alta tasa de intervención se redujeron los casos de malaria y las muertes por esa

enfermedad en un 50% o más entre 2000 y 2006/2007. Por lo menos en 22 países de otras regiones del mundo, los casos de malaria se redujeron en un 50% durante el período comprendido entre 2000-2006. Por consiguiente, los datos obtenidos de la supervisión sistemática indican que por lo menos 29 países del mundo están tratando de alcanzar el objetivo de reducir la carga de la malaria para 2010. Sin embargo, es necesario realizar investigaciones más precisas para comprobar que se han producido esas reducciones.

42. Muchos países de la región de África no pudieron facilitar datos a la OMS sobre casos de malaria de pacientes internados en hospitales o muertes por esa enfermedad, ni sobre las tendencias de los indicadores basados en los resultados obtenidos en laboratorios (el número de casos de malaria confirmados con resultados de laboratorio y el índice de láminas positivas). Pocos países disponían de datos relativos a los resultados procedentes de otras fuentes, como encuestas o registros de fechas biográficas.

43. Los Estados Miembros tal vez deseen considerar las siguientes recomendaciones:

a) Se necesitan más fondos para financiar mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, tratamientos combinados a base de artemisinina y actividades de fumigación de interiores con efecto residual si se desean alcanzar a tiempo los objetivos relacionados con la malaria para 2010 y 2015 y las metas de los objetivos de desarrollo del Milenio;

b) Los países y sus asociados deben asegurar que las pruebas relacionadas con la resistencia a los medicamentos y a los insecticidas sean plenamente operacionales para proteger los tratamientos con insecticidas y los tratamientos combinados a base de artemisinina actuales;

c) Los países y sus asociados deben fortalecer los sistemas de información sobre la salud para que los daños relativos al impacto y la logística sean objeto de una vigilancia continua a nivel nacional y de distrito y en las instalaciones de salud;

d) Los asociados en la lucha contra la malaria deben resolver los problemas actuales de financiación y distribución que son la causa de que no queden existencias de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, tratamientos combinados a base de artemisinina y pruebas de diagnóstico rápido a nivel nacional;

e) La gestión del programa de la malaria a nivel nacional debe intensificarse para hacer frente al problema del agotamiento de las existencias de mosquiteros impregnados de insecticidas de larga duración, tratamientos combinados a base de artemisinina y pruebas de diagnóstico rápido en las instalaciones de salud y del uso escaso de los mosquiteros tratados con insecticidas.