



Asamblea General

Distr. general
17 de agosto de 2009
Español
Original: inglés

Sexagésimo cuarto período de sesiones

Tema 49 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 el informe preparado por la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con la resolución 63/234 de la Asamblea General.

Resumen

En el presente informe se destacan los progresos realizados 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 fundamentalmente en los datos recopilados para elaborar el *Informe mundial sobre la malaria de 2009*, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicará a finales de octubre de 2009. Además, se tuvo libre acceso a otros datos recogidos en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores de malaria y las encuestas de indicadores múltiples realizadas por distintos miembros de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. En el informe también se presentan conclusiones y recomendaciones para su examen por la Asamblea General.

* A/64/150.

** Este informe se presenta con retraso debido a su entrega tardía.



Cada día se acumulan más pruebas de que una lucha frontal contra la malaria tiene grandes repercusiones en la mortalidad infantil en general. En las zonas de África donde se han alcanzado los niveles de cobertura de las intervenciones fijados como meta, se han hecho patentes reducciones importantes en esa tasa de mortalidad. En ciertos casos, las reducciones son aun mayores de lo que cabía esperar por los datos anteriores. Las pruebas iniciales recabadas en Santo Tomé y Príncipe, Zambia y las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania) apuntan a que la mortalidad infantil se ha reducido de manera bastante más considerable de lo estimado en un principio: una reducción de más del 40% de la mortalidad general de niños hospitalizados si las defunciones de niños hospitalizados por malaria se reducen en un 90%. Este dato sugiere que una lucha frontal contra la malaria podría ser para muchos países de África la punta de lanza que les permitiría alcanzar, para 2015, la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, conforme a lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Aun así, la malaria continúa cobrándose cada año la vida de 1 millón de personas aproximadamente. Alrededor de la mitad de la población mundial corre el riesgo de contraer esta enfermedad considerada endémica en 109 países, de los cuales 42 están en la región de África de la OMS. Los países representados en la Asamblea Mundial de la Salud y los miembros de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo han fijado la meta de reducir la morbilidad y mortalidad causada por la malaria en un 50% o más para fines de 2010, en comparación con la tasa registrada en 2000, y en un 75% o más para 2015. En septiembre de 2008, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo presentó su Plan de Acción Mundial contra el Paludismo, en consonancia con los mejores enfoques técnicos recomendados por la OMS. El Plan define las medidas necesarias para acelerar los progresos hacia el logro de las metas de la Alianza sobre el control y la eliminación de la malaria en 2010 y 2015, crea el marco para la erradicación de la malaria a largo plazo y constituye un plan único para la coordinación de las iniciativas de los miembros de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo encaminadas a alcanzar sus objetivos compartidos.

De un análisis preliminar se desprende que, en 2008, cinco países de África (Eritrea, Gambia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Zambia) y las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania) ya estaban logrando la meta fijada para 2010 o estaban próximos a hacerlo. Por lo visto, Gambia, Rwanda y Zambia han alcanzado ya las metas, principalmente con la cobertura intermedia de mosquiteros tratados con insecticidas y un mejor acceso a las terapias combinadas a base de artemisinina como tratamiento. San Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania) ya han logrado la meta, fijada para 2015, de una reducción de la mortalidad y morbilidad causada por la malaria de más del 75% mediante la fumigación de interiores con efecto residual, además del uso de mosquiteros tratados con insecticidas y las terapias combinadas a base de artemisinina. Sin embargo, en algunos países de África occidental (el Togo, el Níger) y en las zonas occidentales de Kenya con una elevada transmisión, la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas sólo a la población infantil y las mujeres embarazadas no ha producido los mismos efectos previstos en la salud.

La financiación y los productos destinados a la lucha contra la malaria aumentaron de nuevo en 2007 y 2008 con respecto a 2000-2006. Por ejemplo, desde 2006 se han incrementado de forma considerable las adquisiciones y la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (60 millones en 2008);

existen planes muy avanzados con miras a la intensificación aún más rápida de esta operación en los próximos 16 meses. De acuerdo con la Alianza para la Prevención de la Malaria, 21 países ya han adquirido el 50% de los mosquiteros tratados con insecticidas necesarios para lograr las metas de cobertura universal. Sin embargo, pocos han alcanzado la meta de cobertura que han fijado la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo conforme a la cual, para 2010, por lo menos el 80% de todas las personas en riesgo, incluidos los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas, deberán utilizar mosquiteros tratados. Según datos obtenidos de las encuestas disponibles, en cuatro países (Etiopía, Gambia, Santo Tomé y Príncipe, Zambia) se había logrado que el 60% o más de los hogares dispusieran de mosquiteros tratados con insecticidas en 2007 o 2008. En varios países se necesitan estrategias de comunicación más dinámicas para contribuir a colmar la brecha entre la posesión de mosquiteros y su utilización. En la conmemoración del Día Mundial de la Malaria 2008, el Secretario General subrayó la necesidad de velar por que todas las personas tengan acceso a un mosquitero. Para alcanzar el objetivo de cobertura mundial para fines de 2010 aún hacen falta aproximadamente 250 millones de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración.

Las adquisiciones de medicamentos contra la malaria para el sector público también aumentaron en 2008 en comparación con 2006-2007. Sin embargo, el acceso al tratamiento, en especial a las terapias combinadas a base de artemisinina, fue en general escaso en los países sobre los que se dispone de datos de encuestas realizadas en 2007-2008. En casi todos los países encuestados (con excepción de la República Unida de Tanzania), los niños menores de 5 años con fiebre que recibían una terapia combinada a base de artemisinina representaban menos del 12%. Hay múltiples razones que explican esta baja cobertura, por ejemplo: el agotamiento de existencias de esas terapias a nivel nacional y en las instalaciones de salud debido a sistemas deficientes de adquisiciones y distribución, el acceso limitado a los servicios de salud pública y el elevado costo de las terapias en el sector privado.

Once países cuentan con programas nacionales de eliminación en vías de ejecución (Arabia Saudita, Argelia, Azerbaiyán, Egipto, Georgia, el Iraq, Kirguistán, la República de Corea, Tayikistán, Turquía, Uzbekistán), de los cuales ocho habían empezado la fase de eliminación en 2008. Ocho países se encuentran en la etapa previa a la eliminación (la Argentina, El Salvador, el Irán (República Islámica del), Malasia, México, el Paraguay, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka) y están modificando la orientación de sus programas de forma que la eliminación tenga alcance nacional. Otros ocho países han logrado interrumpir la transmisión (Armenia, las Bahamas, la Federación de Rusia, Jamaica, Marruecos, Omán, la República Árabe Siria, Turkmenistán) y están en la fase de prevenir la reaparición de la malaria. Si estos países consiguen que no se presente ningún caso durante tres años consecutivos, reunirán las condiciones para que la OMS certifique que están libres de malaria.

La resistencia de los parásitos a los medicamentos contra la malaria y la resistencia de los mosquitos a los insecticidas constituyen graves amenazas para alcanzar las metas mundiales de la lucha contra la malaria. La primera prueba de resistencia a las terapias combinadas a base de artemisinina se halló recientemente en la zona occidental de Camboya y la OMS, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, está

coordinando una rápida respuesta de contención. La vigilancia sistemática de la eficacia de los medicamentos contra la malaria ha menguado en los últimos años, en particular en África. Se debe fomentar de nuevo la capacidad regional y nacional para llevar a cabo esta actividad de vigilancia de importancia crucial y asignar fondos apropiados para asegurar su realización periódica. El uso constante de la monoterapia basada en artemisinina es un factor que contribuye en grado importante a la resistencia de los parásitos. A pesar de que la OMS ha pedido que se suspenda su empleo, continúan produciéndose estos medicamentos y muchos países aún no los retiran de sus mercados. Para alcanzar este objetivo, habrá que prestar más asistencia a los organismos nacionales de reglamentación farmacéutica.

Aunque la vigilancia de la resistencia a los insecticidas debe ser una parte integrante de la intensificación del uso de mosquiteros tratados con insecticidas y de la fumigación de interiores con efecto residual, por el momento es insuficiente en la mayoría de los países. La creación de una capacidad entomológica a nivel regional, subregional y nacional será un elemento crucial para emprender esta vigilancia y mitigar la amenaza de la resistencia a los insecticidas.

Durante el año transcurrido, la cobertura de las intervenciones se ha ampliado en África y en todo el mundo, y se han confirmado sus repercusiones en los países donde antes había una transmisión de baja a moderada de la malaria y una cobertura más alta en lo referente a las intervenciones. Con el fin de alcanzar las metas fijadas para 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, es necesario que las intervenciones contra la malaria beneficien a todas las personas (no sólo a los niños y a las mujeres embarazadas), en especial en los países con una transmisión elevada. Hay que vigilar de cerca las repercusiones para velar por que se cumplan las metas de lucha contra la morbilidad. Fuera de África, se han observado progresos considerables en varios países, pero la disminución del número de casos ha sido menor en los países con la incidencia más alta. Los esfuerzos de lucha contra la enfermedad tendrán que redoblar en los países y en las zonas con la mayor carga de malaria antes de que se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En casi todos los casos, podría prevenirse el millón de defunciones causadas cada año por la malaria mediante la aplicación universal de los instrumentos disponibles en la actualidad.

Informe de la Organización Mundial de la Salud titulado “2001-2010: Decenio para lograr la regresión de la malaria en los países en desarrollo, en particular en África”

I. Antecedentes y contexto

1. Un nuevo esfuerzo en la lucha contra la malaria en todo el mundo que haga posible avanzar hacia su eliminación en algunos países se sustenta en la generación más reciente de instrumentos y métodos eficaces de prevención y tratamiento. La utilización masiva de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y de terapias combinadas a base de artemisinina y la constante expansión de la fumigación de interiores con insecticidas de efecto residual, brinda una oportunidad sin precedentes para luchar contra la malaria y, en determinados países, para eliminarla.

2. A fin de acelerar los progresos en la esfera de la lucha contra la malaria, y con el propósito de respaldar los objetivos de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo que los Jefes de Estado de África habían definido en 2000, la Asamblea Mundial de la Salud de 2005 estableció metas de 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 apropiados contra la malaria para casos probables o confirmados; la fumigación de interiores con efecto residual en hogares en situación de riesgo; y, en entornos de transmisión alta, el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. La Asamblea también especificó que, como resultado de estas intervenciones, el número de casos y de defunciones per capita por causa de la malaria debería reducirse en un 50% o más entre 2000 y 2010, y en un 75% o más entre 2000 y 2015. En el Plan de Acción Mundial contra el Paludismo se reafirmaron estos objetivos.

3. Como consecuencia de una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud en que se decidió establecer un Día Mundial de la Malaria como foro de promoción anual, los asociados internacionales, incluidas las organizaciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones multilaterales, los donantes, los asociados del sector privado y las instituciones de investigación, conmemoraron el primer Día Mundial de la Malaria en 2008. La conmemoración culminó con el llamamiento del Secretario General en favor de las intervenciones de lucha contra la malaria con cobertura universal.

4. El *Informe mundial sobre la malaria de 2009*, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicará a finales de octubre de 2009, ofrecerá información amplia y actualizada sobre la financiación y la cobertura de las intervenciones de lucha contra la malaria y sobre sus efectos en la salud hasta finales de 2008. Los datos que figuran en el presente informe proceden, principalmente, de los programas nacionales contra la malaria, las encuestas de población y las evaluaciones especiales de los efectos de las intervenciones realizadas por los ministerios de salud con apoyo de la OMS, así como de los proveedores de productos. Se tuvo libre acceso a otros datos recogidos en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores de malaria y las encuestas de indicadores múltiples efectuadas por distintos miembros de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo.

5. Aunque los progresos logrados en la lucha contra la malaria han sido sorprendentes, se plantean posibles amenazas que exigen una mayor atención, por ejemplo: a) la resistencia a los insecticidas y a los medicamentos contra la malaria y la falta de alternativas; b) una financiación insuficiente para conseguir una cobertura universal; y c) las deficiencias de las cadenas de adquisiciones y de producción y distribución tanto mundiales como al interior de los países, que se traducen en el agotamiento de existencias de productos clave a nivel nacional y en las instalaciones de salud.

II. Políticas y estrategias de lucha contra la malaria

6. El tratamiento oportuno y efectivo contra la malaria disminuye la morbilidad, impide la muerte y reduce el reservorio de infección, dando con ello lugar a una lucha eficaz contra la malaria. De conformidad con las directrices de la OMS para el tratamiento del paludismo de 2009, todos los casos de malaria deben diagnosticarse sin demora (en un plazo de 24 horas) por microscopía o por una prueba de diagnóstico rápido, debiendo suministrarse a los casos confirmados una terapia combinada a base de artemisinina. Cuando no sea posible hacer el diagnóstico en el laboratorio, se deberá administrar un tratamiento sobre la base de un diagnóstico clínico. La malaria grave debe tratarse en un principio con artemisinina o quinina por vía parenteral y posteriormente con una dosis completa de una terapia combinada a base de artemisinina. Cuando los pacientes con malaria grave acudan a una instalación donde no sea viable darles un tratamiento por vía parenteral, por ejemplo, en un puesto periférico de salud, deberán recibir, antes de su remisión a otro centro de salud, un tratamiento a base de supositorios de artesunato (o de medicamentos contra la malaria aplicados por vía intramuscular) y a continuación se les deberá transferir al siguiente nivel de atención de la salud para someterlos a un tratamiento completo y continuar su terapia.

7. La demora en el tratamiento puede traer consigo la rápida evolución de la enfermedad hasta causar la muerte por malaria grave, en especial cuando se trata de pacientes con una inmunidad limitada, como los niños menores de 5 años en África. Puesto que una elevada proporción de la población que está más expuesta al riesgo de contraer malaria vive en zonas rurales donde el centro de salud más cercano puede estar demasiado alejado para que los enfermos reciban atención sin demora, es preciso que el diagnóstico y tratamiento de la malaria estén disponibles a nivel de la comunidad. Se debe impartir capacitación a los trabajadores comunitarios de la salud para que efectúen diagnósticos de malaria (ya sea clínicamente o por una prueba rápida de diagnóstico), proporcionen terapias combinadas a base de artemisinina y administren supositorios de artesunato como tratamiento previo a la remisión de los casos sospechosos de malaria grave.

8. La presencia en el mercado de monoterapias a base de artemisinina por vía oral sigue representando una amenaza para la vida programática útil de estos medicamentos al alentar el desarrollo de resistencia en los parásitos. La OMS recomienda que las monoterapias a base de artemisinina por vía oral se retiren del mercado y que en su lugar se utilicen terapias combinadas a base de artemisinina. Todos los Estados miembros de la OMS han hecho suyas estas recomendaciones que son parte de la resolución 60.18, aprobada en la sexagésima Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2007. Aunque 39 de los países en que la malaria es endémica han cumplido hasta ahora con las recomendaciones de la OMS o han

anunciado su intención de adoptar medidas de reglamentación para retirar las autorizaciones de comercialización de estos medicamentos, hay otros 37 países que todavía permiten su comercialización. La mayoría de estos países están en la región de África, seguidos por las Américas y Asia sudoriental.

9. La Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo ha establecido el Centro de medicamentos asequibles para la malaria, un mecanismo de financiación concebido para brindar mayor acceso a las terapias combinadas a base de artemisinina y expulsar del mercado los medicamentos más baratos pero ineficaces y las monoterapias que promueven la resistencia a los fármacos. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria está a cargo de la gestión de este programa, que en la actualidad se somete a prueba en 11 países.

10. La resistencia de los parásitos ha hecho que los medicamentos utilizados anteriormente contra la malaria resulten ineficaces y, por consiguiente, que se abandone su uso, obstaculizando así iniciativas importantes de lucha contra la enfermedad. Los medicamentos de gran eficacia en la actualidad, como los derivados de la artemisinina y sus fármacos asociados, están expuestos a los mismos riesgos. La cepa *Plasmodium falciparum* ya ha desarrollado resistencia a las artemisininas en la frontera entre Camboya y Tailandia y por ese motivo se toman medidas, coordinadas por la OMS y con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con el fin de eliminar el foco de malaria resistente a la artemisinina. La OMS recomienda las siguientes estrategias como medio de prevenir o retardar la aparición de una resistencia a los fármacos: a) el uso combinado de dos medicamentos como mínimo, y la suspensión del empleo de monoterapias para el tratamiento de la malaria sin complicaciones; b) tratamientos proporcionados sobre la base de un diagnóstico confirmado (basado en la presencia de parásitos) para reducir el uso excesivo e indiscriminado de medicamentos; c) el uso correcto de fármacos de buena calidad, ya que los de calidad inferior a la norma o los medicamentos estándar tomados en dosis por debajo del nivel curativo hacen más probable el desarrollo de resistencia en los parásitos; d) una vigilancia estricta de la resistencia a los fármacos mediante estudios de eficacia terapéutica realizados en forma periódica en los países, para que se puedan detectar las señales más incipientes del fracaso de la medicación y se cambie la política farmacéutica por otra que sea eficaz; e) un proceso continuo de desarrollo de fármacos que asegure el registro de un medicamento nuevo, seguro y eficaz contra la malaria por lo menos cada cinco años para sustituir a los que por razones de resistencia pierden su eficacia.

11. Se recomienda el tratamiento preventivo intermitente para los grupos de población en zonas de alta transmisión que son particularmente vulnerables a contraer malaria o que ya sufren sus consecuencias, es decir, las mujeres embarazadas, y en época más reciente, los lactantes. En el caso de las mujeres embarazadas, el tratamiento preventivo intermitente consiste en una sola dosis de sulfadoxina-pirimetamina que se toma 2 o 3 veces durante el segundo y tercer trimestre del embarazo y se suministra en el contexto de las visitas de atención prenatal. Con respecto a los lactantes, la OMS ha recomendado últimamente que, en las zonas de alta transmisión donde la sulfadoxina-pirimetamina sigue siendo eficaz como medicamento preventivo, se les administre el tratamiento preventivo intermitente que entraña el uso de una sola dosis de sulfadoxina-pirimetamina suministrada tres veces en el primer año de vida durante las visitas de rutina

previstas en el Programa ampliado de inmunización. En los casos en que la sulfadoxina-pirimetamina no ha perdido su eficacia para combatir al parásito, el tratamiento preventivo intermitente para las mujeres embarazadas hace menos probable que la madre sufra de anemia y que el niño registre un peso bajo al nacer, mientras que el tratamiento preventivo intermitente para los lactantes reduce los episodios de malaria clínica, la anemia y las hospitalizaciones relacionadas con la malaria en el primer año de vida.

12. Desde la publicación de la declaración de la OMS sobre su posición con respecto a los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración en 2007, la mayoría de los países de África y los países con una alta carga de malaria en las demás regiones han adoptado la recomendación de política de la OMS en el sentido de que la cobertura selectiva de los grupos de alto riesgo se amplíe a la cobertura universal de todas las personas que vivan en zonas de transmisión local de la malaria. Para finales de 2008, los 45 países de la región de África habían adoptado políticas de distribución gratuita de mosquiteros tratados con insecticidas a niños y a mujeres embarazadas. Sin embargo, debido a la escasez de recursos, muchos países todavía llevan a cabo la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas entre un subgrupo de la población (niños y mujeres embarazadas), en lugar de abarcar a todos los hogares y a todas las personas. La falta de equidad, en especial el hecho de que no se llegue a los miembros más pobres de la sociedad y a las regiones más alejadas del país, es una amenaza persistente para el logro de la cobertura universal y es un motivo de particular preocupación para la OMS y otros miembros de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo.

13. La fumigación de interiores con efecto residual, en que se utilizan productos químicos aprobados por la OMS (incluido el DDT), sigue siendo una de las intervenciones primarias de lucha contra los vectores destinada a reducir e interrumpir la transmisión de la malaria en todos los contextos epidemiológicos. Sin embargo, es probable que sus efectos resulten decepcionantes a menos que su aplicación continúe durante varios años y la calidad se mantenga con todo rigor. Se requieren importantes inversiones de tiempo y recursos para crear la capacidad institucional necesaria que permita mantener la calidad. Aunque algunos países están en vías de hacerlo, en particular con apoyo de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el paludismo, hace falta más apoyo técnico. La elección entre la fumigación de interiores con efecto residual y los mosquiteros tratados con insecticidas depende en gran parte de la estructura de transmisión, los parámetros entomológicos y la capacidad local. Hay ciertos datos que apuntan a que la combinación de los dos métodos confiere en efecto mayor protección, pero las pruebas no son concluyentes y se necesita planificar y realizar otros estudios al respecto. Una cuestión crucial en esa combinación es el insecticida que se elija. En una consulta técnica efectuada recientemente, se llegó a la conclusión de que quizá sea una buena práctica utilizar diferentes clases de insecticidas en la pared y en el mosquitero; ahora se estudia la posibilidad de adoptar esta recomendación como una orientación de política, que tendrá importantes consecuencias para el uso de piretroides en la fumigación.

14. En el caso de África, la resistencia a los insecticidas plantea una seria amenaza para la lucha contra la malaria, muy en particular en África occidental y central. En Asia meridional, la India, Sri Lanka y Nepal han notificado que se ha desarrollado resistencia a los insecticidas en sus países. Se debe examinar la posibilidad de adoptar estrategias para mitigar la resistencia, como puede ser la rotación de las

clases de insecticidas empleados para la fumigación de interiores con efecto residual y evitar el uso de la misma clase de insecticida en la fumigación y en los mosquiteros en una zona geográfica determinada. Existe también la necesidad apremiante de mejorar la vigilancia. Cualquier proyecto, organización u organismo que realice una intervención de lucha contra los vectores debe asegurarse de que se ejerza vigilancia sobre la resistencia, de preferencia antes de la intervención, durante ésta y en el período posterior. Es preciso hacer notar además que, cuando se trata de elegir los productos idóneos, habida cuenta de la resistencia de los vectores de la malaria humana, las pruebas sobre la importancia de los insecticidas agrícolas arrojan resultados desiguales y hacen falta otros estudios al respecto.

III. Estado de aplicación y dificultades

A. Tratamiento curativo

15. Todos los países de África han adoptado ya las terapias combinadas a base de artemisinina como medicamentos de primera línea para el tratamiento de la malaria y ahora intensifican el suministro de estos fármacos que salvan vidas a todos los pacientes con malaria. Sobre la base de las encuestas nacionales por hogares, en ninguno de los 21 países encuestados en 2006-2008 había acceso suficiente a los medicamentos contra la malaria. Sólo en Benin, el Camerún, el Chad, Gambia, Ghana, Liberia, la República Centroafricana, la República Unida de Tanzania y Uganda más del 50% de los niños con fiebre recibían algún medicamento contra la malaria. La tasa de utilización de las terapias combinadas a base de artemisinina era mucho menor, de un 3% en promedio y con fluctuaciones que iban de menos del 1% al 21% (en la República Unida de Tanzania). Aunque en las zonas donde no existen servicios de microscopía se está recurriendo cada vez en mayor grado a las pruebas de diagnóstico rápido, los datos recientes revelan que menos del 10% de los pacientes de malaria en África tenían acceso a un diagnóstico de confirmación. Hay múltiples razones que explican la baja cobertura con las terapias combinadas a base de artemisinina, por ejemplo: el agotamiento de existencias de esas terapias a nivel nacional y en las instalaciones de salud debido a sistemas deficientes de adquisiciones y distribución, el acceso limitado a los servicios de salud pública y el elevado costo de las terapias en el sector privado. Se está tratando de remediar estas deficiencias y de mejorar el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, incluso con la ampliación de las zonas abarcadas por la gestión comunitaria de la malaria, cuestión de la que ahora se ocupa la mayoría de los países.

16. La India registra la proporción más alta de la carga de malaria en la región de Asia sudoriental. El país adoptó en 2007 las terapias combinadas a base de artemisinina como medicamentos de primera línea que en la actualidad están en vías de suministrarse en los distritos con un gran número de casos. Hay planes en curso para intensificar este programa a nivel nacional.

17. En un momento en que en los países se ofrece un mayor acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, la calidad de los medicamentos y de las pruebas de diagnóstico rápido sigue siendo un motivo de grave preocupación, en particular en el sector privado. La OMS ha establecido normas con el fin de garantizar la calidad de estos productos. Para que los medicamentos contra la malaria puedan considerarse para su inclusión en los sistemas de adquisiciones, deberán figurar en

las directrices de la OMS para el tratamiento del paludismo como también en las directrices nacionales de tratamiento para garantizar así su seguridad y eficacia. En lo referente a las adquisiciones, se deberá dar prioridad a los medicamentos preseleccionados por el programa de preselección de la OMS o aprobados por un organismo de reglamentación farmacéutica rigurosa. Los dos mecanismos aseguran que las instalaciones en que se fabrican los fármacos han sido sometidas a inspección y certificadas por cumplir con las prácticas adecuadas de fabricación, y que los productos han sido objeto de otros exámenes estándar de calidad en relación con aspectos como la bioequivalencia y estabilidad. Además, habrá que efectuar periódicamente pruebas suficientes de control de calidad de los productos farmacéuticos a lo largo de toda la cadena de producción y distribución antes del embarque, después del embarque y a nivel del comerciante minorista y del consumidor.

18. En el mercado se pueden encontrar unas cuantas marcas de pruebas de diagnóstico rápido que difieren en cuanto a su funcionamiento. Este también se ve afectado por extremos de calor y humedad, condiciones que a menudo prevalecen sobre el terreno. Para asegurar un diagnóstico de calidad, se sugiere a los países que adquieran estos productos de fabricantes que proporcionen un expediente sobre el producto, un protocolo de termoestabilidad y la certificación ISO 13485:2003. El programa de la OMS de pruebas de productos se inició en 2006, en asociación con la Fundación en pro de Medios de Diagnóstico Nuevos e Innovadores y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Este programa evalúa el funcionamiento de los productos utilizados en las pruebas de diagnóstico rápido, sirve de guía para los países y organismos de adquisiciones en la selección de pruebas de calidad y elabora informes al respecto. Esta prueba de funcionamiento también tiene por objeto ayudar a los fabricantes a mejorar la calidad de sus productos. Además, el programa presta un servicio de pruebas por lotes en uno de los tres centros regionales en que los medios de diagnóstico rápido se someten a prueba por lotes en el mundo.

B. Tratamiento preventivo

19. Para junio de 2009, los 35 países comprendidos en la Oficina Regional para África de la OMS en que se recomienda el tratamiento preventivo intermitente para mujeres embarazadas habían adoptado y empezado a aplicar esa política, aunque su utilización superaba el 30% sólo en 5 de los 17 países que informaron al respecto. Muchos países han tenido dificultades para aplicar la política a nivel nacional, debido en parte a la asistencia tardía a las primeras visitas de atención prenatal y a un número insuficiente de esas visitas. El agotamiento de existencias de sulfadoxina-pirimetamina plantea también un problema que ha empeorado en algunos países luego de que el medicamento para el tratamiento de primera línea de malaria clínica fue discontinuado. Al mes de junio de 2009, seis países de África estaban sometiendo a prueba el tratamiento preventivo intermitente para lactantes. En ningún país se ha ampliado aún el uso de este tratamiento a escala nacional, aunque esto puede cambiar en los próximos años.

C. Prevención mediante la lucha contra los vectores

20. Entre las 21 encuestas nacionales por hogares realizadas en 2006-2008, el número de hogares que disponían de un mosquitero tratado con insecticidas equivalía al 40% o más en 12 países (Etiopía, Gambia, Guinea-Bissau, Kenya, Malí, el Níger, Rwanda, República Unida de Tanzania, Senegal, Sierra Leona, el Togo, Zambia). En promedio, el 34% de los hogares en estos países poseían uno de esos mosquiteros como mínimo, y el 23% de los niños menores de 5 años y el 27% de las mujeres embarazadas habían usado un mosquitero tratado con insecticidas la noche anterior. Estas cifras se sitúan muy por debajo de la meta de cobertura del 80%. Hay que hacer notar que, en los últimos dos años, se han efectuado en África numerosas distribuciones en gran escala de mosquiteros tratados con insecticidas y que muchas de las encuestas no son lo suficientemente recientes para reflejar estos esfuerzos.

21. Se necesitan nuevos métodos de distribución masiva para alcanzar las metas de cobertura universal. Zambia y Etiopía fueron los primeros países de gran tamaño que intentaron la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas a nivel nacional entre todas las personas y todos los hogares. Las pruebas revelan que los efectos han sido inmediatos y espectaculares. Zambia distribuyó los mosquiteros a lo largo de dos años en una operación desplegada en cada provincia en forma sucesiva. Del mismo modo, Etiopía distribuyó los mosquiteros en un período de tres años en una operación de responsabilidad descentralizada a nivel de distrito en que se entregaron los mosquiteros a razón de uno por cada dos personas. Con estos dos métodos de distribución se logró que entre el 60% y el 65% de los hogares dispusieran de mosquiteros. Harán falta métodos innovadores de distribución no sólo para conseguir que esa tasa sea superior al 90% sino para mantenerla en ese nivel y, por ende, lograr la meta fijada para 2015 de una reducción de más del 75% de la carga de malaria.

22. En el Togo y Sierra Leona, el número de hogares que contaban con mosquiteros tratados con insecticidas disminuyó rápidamente de manera inesperada en un plazo de 24 a 36 meses después de su distribución masiva. En el Togo, ese número bajó del 60% al 35% de los hogares luego de 36 meses y, en Sierra Leona, del 59% al 37% al cabo de 18 meses. Estas observaciones exigen atención y mayor estudio. Los datos también subrayan la importancia crucial de la distribución, como cuestión de rutina, de mosquiteros durante los contactos establecidos en el marco de la atención prenatal y del Programa ampliado de inmunización y por otros conductos con el fin de llegar a los niños nacidos después de las campañas masivas y mantener, en última instancia, una cobertura alta.

23. Un estudio de la durabilidad de los mosquiteros tratados con insecticidas emprendido por el Ministerio de Salud del Togo y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos mostró que más del 30% de los mosquiteros recogidos 36 meses después de la campaña masiva de distribución de esos mosquiteros, en diciembre de 2004, no pasaron la prueba de eficacia de la OMS contra vectores como mosquitos, o que tenían por lo menos un agujero de 10 centímetros de diámetro, como mínimo. Este deterioro de los mosquiteros puede ser un factor que contribuya a que en algunos países los efectos sean menores de lo previsto. La vigilancia básica de la durabilidad de los mosquiteros y de la longevidad de los insecticidas deberá convertirse en un aspecto habitual del programa nacional relativo al uso de mosquiteros tratados con insecticidas.

24. Para fines de 2008, 25 de los 42 países en que la malaria es endémica en la región de África de la OMS habían incorporado la fumigación de interiores con efecto residual en su estrategia nacional de lucha contra la malaria. De estos países, 17 llevan a cabo la fumigación de manera rutinaria como una importante intervención contra la enfermedad, 6 están sometiendo a prueba la fumigación en unos cuantos distritos, mientras que 2 formulan planes para probar el procedimiento con miras a su intensificación.

25. En Asia sudoriental, la fumigación de interiores con efecto residual continúa siendo un pilar de la lucha contra la malaria en dos situaciones específicas: en las zonas de transmisión intensa de la malaria y en la prevención y lucha contra las epidemias de la enfermedad. Para 2007, el 3% de toda la población en riesgo y el 11% de toda la población con un riesgo alto y moderado de contraer malaria recibieron mosquiteros tratados con insecticidas, mientras que en el 40% de los hogares con un riesgo alto se procedió a la fumigación de interiores con efecto residual en esta región. En los países de las regiones del Mediterráneo oriental y de Europa donde la transmisión de la malaria es actualmente baja y se avanza hacia su eliminación, la fumigación se dirige a puntos de transmisión residual y posible para evitar la reaparición de la enfermedad en las zonas libres de malaria.

IV. Eliminación de la malaria

26. La OMS alienta a los países en las zonas de transmisión baja e inestable a que procedan a la eliminación de la malaria (interrumpiendo la transmisión), siempre que se cumplan algunas condiciones que contribuyen a lograr y sostener dicha eliminación, incluido un sistema de salud sólido. El punto de decisión para emprender un programa de eliminación de la malaria llega cuando la incidencia en el país es baja o se considera controlable. La mayoría de los países que, en los últimos años, han pasado a aplicar una estrategia de eliminación lo han hecho en una etapa avanzada de la lucha contra la malaria, cuando los casos notificados a nivel nacional no superaban la cifra de 1.000 al año.

27. En las zonas de transmisión alta y estable con una elevada capacidad vectorial imposible de abatir, como ocurre en muchas partes de África tropical, es poco probable que se alcance y mantenga la condición de zonas libres de malaria con el arsenal de instrumentos disponibles en la actualidad. En consecuencia, en los países de transmisión alta que han logrado una marcada reducción de la transmisión de la malaria mediante una lucha intensiva contra la enfermedad, la decisión de pasar a la eliminación de la malaria deberá ir precedida de un nuevo período de consolidación. Durante esta fase, se mantienen los progresos realizados en la lucha contra la enfermedad, incluso cuando la malaria tenga dimensiones limitadas, los servicios de salud se adaptan a la nueva situación clínica y epidemiológica y los sistemas de vigilancia se refuerzan para poder responder con rapidez al surgimiento de casos nuevos, y todos estos elementos deberán formar parte a la larga de un programa de eliminación.

28. La situación en que se encuentran las iniciativas de eliminación en todo el mundo es como sigue:

a) Once países cuentan con programas nacionales de eliminación en vías de ejecución (Arabia Saudita, Argelia, Azerbaiyán, Egipto, Georgia, el Iraq, Kirguistán, la República de Corea, Tayikistán, Turquía, Uzbekistán), de los cuales ocho habían

empezado la etapa de eliminación en 2008. Arabia Saudita y Tayikistán son los únicos países en la fase de eliminación donde persiste la transmisión activa por *P. falciparum*. De estos 11 países, 5 notifican menos de 10 casos locales al año a escala nacional (Argelia, Egipto, el Iraq, Georgia, Uzbekistán) y otros 2 notifican menos de 100 casos al año;

b) Ocho países se encuentran en la etapa previa a la eliminación (la Argentina, El Salvador, el Irán (República Islámica de), Malasia, México, el Paraguay, la República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka) y están modificando la orientación de sus programas de forma que la eliminación tenga alcance nacional;

c) Otros ocho países han logrado interrumpir la transmisión (Armenia, las Bahamas, la Federación de Rusia, Jamaica, Marruecos, Omán, la República Árabe Siria, Turkmenistán) y están en la fase de prevenir la reaparición de la malaria. Si estos países consiguen que no se presente ningún caso en tres años consecutivos, reunirán las condiciones para que la OMS certifique que están libres de malaria.

29. En los últimos años se han registrado brotes de nuevos casos de transmisión local en las Bahamas, la Federación de Rusia y Jamaica, y recidivas en Omán luego de una ausencia de tres años. Junto con Marruecos y la República Árabe Siria (últimos casos locales en 2004) y Armenia y Turkmenistán (últimos casos locales en 2005), estos países integran el grupo que busca prevenir la reaparición de la transmisión y para ello es indispensable contar con sólidos sistemas de vigilancia.

30. La formulación de un programa mundial de investigación para la erradicación de la malaria, proyecto denominado Agenda de Investigación para la Erradicación de la Malaria (MalERA), recibe actualmente financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates en respuesta a una evaluación de la OMS en que se llegó a la conclusión de que, para lograr la eliminación de la malaria en zonas de alta transmisión, harían falta instrumentos más eficaces que los disponibles en la actualidad. Se espera que para fines de 2010 MalERA publique un libro blanco sobre las necesidades prioritarias en el ámbito de la investigación y el desarrollo para la erradicación de la malaria. El empeño mundial por eliminar la malaria de los países recibió un impulso en 2008 con la labor de promoción que realiza el Grupo para la eliminación de la malaria cuyas actividades, apoyadas por la Fundación Bill y Melinda Gates, abarcaron varias reuniones con países que tenían posibilidades de eliminar la malaria.

V. Financiación de la lucha contra la malaria

31. La cuantía de los fondos aportados por fuentes internacionales a la lucha contra la malaria ha aumentado de manera considerable al pasar de menos de 200 millones de dólares en 2000 a 800 millones de dólares en 2007 y a 2.000 millones de dólares a fines de 2008. Este enorme incremento se debe principalmente al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el paludismo y el Banco Mundial. El mayor volumen de fondos se deriva asimismo de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Servicio Internacional de Adquisición de Medicamentos (UNITAID), los organismos bilaterales y las Naciones Unidas. Aproximadamente dos terceras partes de los fondos están destinados a África, donde se registra alrededor del 90% de los casos y defunciones en el mundo.

32. Más difícil resulta cuantificar las contribuciones de los gobiernos nacionales aunque, según los informes, han aumentado en la región del Mediterráneo oriental y siguen representando más del 90% de la financiación en la región de las Américas. En la región de África, la promesa de los Jefes de Estado de aumentar los presupuestos de salud por el equivalente del 15% del gasto se ha hecho realidad sólo en muy contados países. Si bien es indudable que los aumentos de fondos han tenido repercusiones importantes y positivas en la capacidad de los países para luchar contra la malaria, la financiación disponible actualmente no llega al nivel necesario para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Según las estimaciones del Plan de acción mundial contra el paludismo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, harán falta más de 5.000 millones de dólares al año para alcanzar los objetivos de la Alianza y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, existen dificultades considerables para utilizar los fondos disponibles de la manera más eficaz posible:

a) Los fondos limitados destinados a la lucha contra la malaria suelen centrarse en los países en los que se cree que es posible obtener buenos resultados. Los países con normas más estrictas de gobernanza y sistemas de salud más sólidos reciben financiación externa de múltiples fuentes, mientras que los países con gobiernos inestables o con malestar social reciben muy pocos fondos. Puede ser que a la población más afectada por la malaria se le deniegue entonces el acceso a los programas básicos de prevención y tratamiento;

b) Hay pruebas de que las grandes contribuciones para la lucha contra la malaria procedentes del exterior están desplazando a la financiación pública nacional, dado que los gobiernos desvían sus limitados recursos hacia otras prioridades en las esferas de la salud y el desarrollo. También es posible que los programas contra la malaria sean menos prioritarios para algunos organismos bilaterales y bancos regionales de desarrollo ya que el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria aporta sumas de consideración para ese propósito. Cuando hay un mayor grado de dependencia en la financiación externa procedente de una sola fuente, el programa de un país puede correr peligro en caso de que la financiación se suspenda o de que los desembolsos se efectúen con demora porque ello puede traer consigo el agotamiento de existencias de productos de importancia crucial y comprometer los progresos realizados. Hay que hacer lo posible por que cada uno de los países en que la malaria es endémica disponga de una cartera diversificada de financiación, incluida la aportada por el gobierno receptor;

c) En muchos países, los fondos externos para la colaboración técnica internacional no han aumentado en consonancia con los montos proporcionados a los países donde la malaria es endémica, lo que restringe la capacidad de vigilar la morbilidad y la resistencia a los fármacos y los insecticidas, vencer los obstáculos para la ejecución de los programas y hacer frente a los problemas persistentes en las zonas fronterizas y entre las poblaciones móviles;

d) Los países que logran reducciones importantes de la carga de malaria a menudo tropiezan con dificultades para justificar una inversión continua en la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, un apoyo constante o intensificado resulta crucial para proteger los logros realizados y avanzar hacia la eliminación. La financiación de los programas contra la malaria también corre peligro por la crisis financiera mundial. Una recesión prolongada podría obligar a dar por terminados los planes de eliminación y podría invertir las mejoras recientes en la lucha contra la

malaria. En vista de los datos que de forma convincente vinculan la malaria a las reducciones del producto interno bruto, hay un sólido argumento en favor de que se siga invirtiendo en la lucha contra la malaria a pesar de la actual crisis económica.

VI. Repercusiones de la lucha contra la malaria

33. En varios países de África se ha recopilado nueva información importante según la cual los descensos pronunciados de la malaria están dando lugar a reducciones de la mortalidad post-neonatal mayores de las previstas hasta ahora. Es probable que varios países hayan alcanzado ya la meta, fijada para 2015, de una reducción superior al 75% mediante el uso de la fumigación de interiores con efecto residual, los mosquiteros tratados con insecticidas y la terapia combinada a base de artemisinina. Las pruebas preliminares apuntan a que la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas entre los grupos seleccionados (niños menores de 5 años y mujeres embarazadas) ha tenido repercusiones menores de lo que cabía esperar en algunos países. Todos los países deberán avanzar hacia la cobertura universal con ese tipo de mosquiteros y otras intervenciones a fin de alcanzar las metas fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo para 2010 y 2015.

34. En Eritrea, a pesar de un aumento del 44% de los casos de pacientes hospitalizados en general y del 31% de la tasa de mortalidad general de pacientes hospitalizados entre 2001 y 2008, los casos de pacientes hospitalizados por malaria y la tasa de mortalidad por la misma causa entre ese grupo de pacientes disminuyeron en un 68% y un 86%, respectivamente, en ese mismo período. En Rwanda, las defunciones notificadas por malaria de niños menores de 5 años se redujeron en más del 50% en 2007 y 2008 en comparación con la media registrada en el período anterior a la intervención (2001-2005). En Zambia, los casos de pacientes hospitalizados por malaria y la tasa de mortalidad por la misma causa entre ese grupo de pacientes habían disminuido en un 61% y un 65%, respectivamente, para mediados de 2008, en comparación con 2000-2002. Durante 2006-2007, se distribuyeron otros 3.600.000 mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y el porcentaje de la población protegida por la fumigación de interiores con efecto residual aumentó del 20% en 2006-2007 al 48% durante la temporada de malaria de 2008. En Santo Tomé y Príncipe y las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania), los casos de malaria y las defunciones por esta causa en las instalaciones de salud han disminuido en más de un 80%.

35. En la mayoría de estos contextos, es patente el vínculo con las actividades de lucha contra la malaria. Por ejemplo, en Rwanda, la distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticidas a niños de 9 a 59 meses de edad y a mujeres embarazadas y la entrega de terapias combinadas a base de artemisinina a las instalaciones de salud tuvo lugar en septiembre y octubre de 2006. Cuando se levantó la encuesta demográfica y de salud en 2007-2008, el 56% de los hogares disponían de mosquiteros tratados con insecticidas y la tasa de utilización entre los niños era del 55%. En Zambia, el 62% de los hogares disponían de mosquiteros y la tasa de utilización era del 41% en 2008.

36. Cada día se acumulan más pruebas de que una lucha frontal contra la malaria tiene repercusiones enormes y mayores de lo previsto en la mortalidad infantil general. De acuerdo con datos publicados procedentes de la isla de Bioko (Guinea

Ecuatorial), la lucha frontal contra la malaria estaba asociada a un descenso del 66% de la tasa de mortalidad infantil general. En Zanzíbar (República Unida de Tanzania), la tasa de mortalidad general de niños hospitalizados menores de 5 años disminuyó en un 57% cuando el número de defunciones a causa de la malaria en ese grupo de pacientes bajó en un 90%. El espectacular descenso fue respaldado por otros similares en lo referente a los casos de pacientes hospitalizados en general y a causa de la malaria, la tasa de mortalidad de pacientes de 5 años o más hospitalizados por malaria, el número de casos de pacientes hospitalizados por anemia y la tasa de mortalidad respectiva, y el número de casos confirmados por pruebas de laboratorio de pacientes ambulatorios a nivel nacional. Si se parte del supuesto de que las tendencias en lo relativo a la tasa de mortalidad de niños hospitalizados menores de 5 años son representativas de las tendencias observadas en la tasa de mortalidad post-neonatal de la población en general, entonces la tasa de mortalidad infantil en Zanzíbar (República Unida de Tanzania) tal vez haya disminuido entre el 40% y el 45% aproximadamente como resultado de la lucha contra la malaria. En cinco distritos de Zambia donde la malaria registra los descensos más importantes, la tasa de mortalidad general de pacientes hospitalizados disminuyó en un 61%, mientras que la tasa de mortalidad causada por la malaria en el grupo de pacientes hospitalizados bajó en un 95%. Si de nuevo se parte del supuesto de que estas tendencias con respecto a los pacientes hospitalizados son representativas de las tendencias observadas en la tasa de mortalidad post-neonatal, entonces la tasa de mortalidad infantil general disminuyó en un 46% en estos cinco distritos. En Zanzíbar (República Unida de Tanzania) y en Zambia, la menor tasa de mortalidad infantil general podría atribuirse en su mayor parte a los diagnósticos de malaria y anemia. Los datos mencionados son el primer indicio reciente de que es posible realizar enormes avances en términos de la reducción de la mortalidad infantil si se puede emprender una lucha de alto nivel contra la malaria.

37. En las Américas, se notificaron 557.493 casos confirmados de malaria en 2008, lo que representa una reducción del 51% en comparación con 2000. Además, ese mismo año se notificaron 130 defunciones por malaria, es decir, una disminución del 62% con respecto a 2000. Siete de los 19 países palúdicos de la región notificaron reducciones históricas del número de casos superiores al 50%.

38. En la región del Mediterráneo oriental, el número de casos notificados de malaria se redujo en un 46% durante 2000-2008. Se observaron reducciones considerables en el Iraq (de 1.860 casos en 2000 a 6 casos en 2008, de los cuales 2 fueron importados) y en Arabia Saudita (de 4.736 casos en 2000 a 467 en 2007). La República Islámica del Irán también se encamina hacia la eliminación de la malaria. Los últimos casos contraídos localmente en Marruecos y la República Árabe Siria datan de 2004. La certificación de Marruecos como país libre de malaria está en curso y la República Árabe Siria reúne las condiciones necesarias para obtenerla. En enero de 2007, la OMS certificó que los Emiratos Árabes Unidos estaban libres de malaria. En Omán, luego de que la transmisión se interrumpiera durante varios años, hubo brotes locales de malaria (2007/2008) como resultado de casos importados y de mayores desplazamientos de la población.

39. En la región de Europa, se ha registrado una importante reducción en el número de casos notificados de malaria, de 90.712 casos en 1995 a 589 en 2008. En la actualidad, se han notificado casos de malaria contraída localmente en 6 de los 53 Estados miembros de la región (Azerbaiyán, Georgia, Kirguistán, Tayikistán, Turquía, Uzbekistán), pero todos estos países han avanzado hacia la fase de

eliminación. Turkmenistán ha iniciado el proceso de certificación de eliminación de la malaria al que probablemente se sume Armenia, donde se interrumpió la transmisión de la enfermedad en 2006. En Tayikistán se notificaron los únicos dos casos de malaria por *P. falciparum* contraídos localmente en 2008, y es posible que la transmisión se interrumpa en el país en 2009 con lo que ese tipo de malaria quedará eliminada de la región en su conjunto.

40. En la región de Asia sudoriental, se han notificado tendencias a la baja en el número de casos de malaria en varios países, en especial en Bhután (de 3.806 casos en 2003 a 329 en 2008), la India (de 2 millones de casos en 2000 a 1.500.000 en 2008), Sri Lanka (de 210.036 casos en 2000 a 670 casos en 2008) y Tailandia (de 63.528 casos en 2000 a 26.150 en 2008). La República Popular Democrática de Corea y Sri Lanka se encuentran ahora en la etapa previa a la eliminación. Los cinco países restantes de la región donde la malaria es endémica no han notificado ningún cambio o incremento de la carga.

41. En la región del Pacífico occidental, aproximadamente el 80% de los casos se registran en dos países: Papua Nueva Guinea (el 67%) y Camboya (el 12%). Varios países han notificado que el número de casos ha disminuido, en particular Camboya (de 62.439 casos en 2000 a 20.347 en 2008), Filipinas (de 36.596 casos a 23.654), Malasia (de 12.705 casos a 7.390), la República de Corea (de 4.142 casos a 1.023), la República Democrática Popular Lao (de 40.006 casos a 18.753) y Viet Nam (de 74.316 casos a 11.355). La disminución del número de casos ha sido menor en los países con la incidencia más alta.

VII. Conclusiones y recomendaciones

42. **La financiación y los productos destinados a la lucha contra la malaria aumentaron de nuevo en 2007 y 2008 con respecto a 2000-2006, gracias a las gestiones coordinadas de promoción mundial. Sin embargo, es probable que la mayoría de los países necesiten una cobertura universal con mosquiteros tratados con insecticidas y otras intervenciones relacionadas con la lucha contra la malaria para que puedan alcanzar las metas fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo en lo relativo a las repercusiones de esas medidas; en algunos países persisten, en consecuencia, importantes deficiencias de financiación.**

43. **Parece que, en 2008, cinco países de África (Eritrea, Gambia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Zambia) y las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania) ya estaban logrando las metas sobre las repercusiones en la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad fijadas para 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, o estaban próximos a alcanzarlas; sin embargo, es necesario verificar más a fondo estos datos.**

44. **La resistencia de los parásitos a los medicamentos (las terapias combinadas a base de artemisinina) y la resistencia de los mosquitos a los insecticidas con piretroides (el único insecticida utilizado en la actualidad en los mosquiteros tratados con insecticidas y con insecticidas de larga duración) pueden plantear graves amenazas para la lucha contra la malaria y su eliminación. La vigilancia periódica de la eficacia de los medicamentos y los insecticidas debiera ser un**

componente habitual de los programas de lucha contra la malaria en los países donde la enfermedad es endémica.

45. Es necesario introducir mejoras de manera expedita en los servicios e instalaciones de diagnóstico en los países e integrarlas en el tratamiento del niño enfermo, que abarca la microscopía, si resulta viable, y las pruebas de diagnóstico rápido de calidad. Es preciso reforzar las aptitudes del personal de salud en lo referente al diagnóstico diferencial para asegurar así el tratamiento adecuado de las causas de la fiebre no relacionadas con la malaria.

46. La calidad de los productos (medios de diagnóstico, medicamentos, mosquiteros tratados con insecticidas y con insecticidas de larga duración) y de los servicios es una cuestión que cada día adquiere mayor importancia a medida que se intensifican las mejoras. En los mercados está muy extendida la presencia de mosquiteros tratados con insecticidas y de fármacos de calidad inferior a la norma, fármacos falsificados y pruebas de diagnóstico rápido deficientes, situación que se traduce en morbilidad y mortalidad evitables y en un mayor riesgo de resistencia a los medicamentos contra la malaria. Es necesario reforzar en los países los mecanismos de reglamentación y la capacidad de hacer cumplir las normas, en especial en relación con los productos distribuidos por el sector privado no estructurado. Además, hay que proporcionar a los fabricantes información técnica y especializada para que cumplan las normas de fabricación de calidad.

47. El acceso a las terapias combinadas a base de artemisinina como tratamiento contra la malaria sigue siendo limitado. Los gobiernos nacionales y sus asociados a nivel nacional tienen que invertir en el fortalecimiento de la gestión de la cadena de producción y distribución y en el sistema de salud en su conjunto. Debido a que el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria se ve restringido fundamentalmente por las dificultades de acceso geográfico a las instalaciones de salud, en especial para los grupos pobres y más vulnerables de la población que habitan en zonas rurales, resulta crucial la ampliación del sistema de salud a nivel de la comunidad.

48. Existe la necesidad apremiante de contar con sistemas de vigilancia oportuna de la malaria para dar seguimiento a los progresos realizados, suministrar datos para la gestión de los programas y detectar y asegurar una rápida respuesta a los casos confirmados de malaria, en especial en los entornos en que se ha registrado una reducción espectacular de la malaria.

49. En términos generales, las intervenciones en el año transcurrido han ido en aumento en África y en todo el mundo, y se han confirmado sus repercusiones en los países donde antes había una transmisión de baja a moderada de la malaria y una cobertura más alta en lo referente a las intervenciones. Con el fin de alcanzar las metas fijadas para 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, es necesario que las intervenciones contra la malaria beneficien a todas las personas (no sólo a los niños y a las mujeres embarazadas), en especial en los países con una transmisión elevada. Hay que vigilar de cerca las repercusiones para velar por que se cumplan las metas de lucha contra la morbilidad.

50. Las pruebas iniciales recabadas en Santo Tomé y Príncipe, Zambia y las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania) apuntan a que la mortalidad infantil se ha reducido de manera bastante más considerable de lo estimado en un principio: una reducción de más del 40% de la mortalidad general de niños hospitalizados si las defunciones de niños hospitalizados por malaria se reducen en un 90%. Este dato sugiere que una lucha frontal contra la malaria podría ser para muchos países de África la punta de lanza que les permitiría alcanzar, para 2015, la meta de reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil, conforme a lo establecido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

51. En casi todos los casos, podría prevenirse el millón de defunciones causadas cada año por la malaria mediante la aplicación universal de los instrumentos disponibles en la actualidad.
