



Asamblea General

Distr. general
25 de abril de 2014
Español
Original: inglés

Sexagésimo octavo período de sesiones

Tema 13 del programa

**2001-2010: Decenio para Lograr la Regresión de la Malaria
en los Países en Desarrollo, en Particular en África**

Aplicación de la resolución [67/299](#) de la Asamblea General relativa a la consolidación de los logros y aceleración de la labor destinada a combatir y erradicar la malaria en los países en desarrollo, particularmente en los de África, para 2015

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, presentado de conformidad con la resolución [67/299](#) de la Asamblea General.

Informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud

Resumen

El presente informe se ha preparado en respuesta a la resolución [67/299](#) de la Asamblea General, y proporciona un examen de los progresos realizados en la aplicación de esa resolución, centrándose en la adopción y la ampliación de las intervenciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en los países donde la malaria es endémica. El informe evalúa los progresos hacia las metas mundiales en relación con la malaria para 2015, incluidos el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, las metas establecidas a través de la Unión Africana y la Asamblea Mundial de la Salud, y los objetivos establecidos mediante el Plan de Acción Mundial contra el Paludismo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. Profundiza en los desafíos que limitan la plena consecución de los objetivos, y en él se formulan recomendaciones para garantizar la aceleración de los progresos hasta 2015 y después de dicho año.



I. Introducción

1. Aunque la malaria es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, sigue teniendo efectos devastadores en la salud de la población y los medios de vida en todo el mundo. En 2012, aproximadamente 3.400 millones de personas corrían el riesgo de contraer la enfermedad en 97 países y territorios, y se estima que se produjeron 207 millones de casos (margen de incertidumbre: 135 millones a 287 millones). La enfermedad causó la muerte a 627.000 personas (margen de incertidumbre: 473.000 a 789.000), en su mayoría niños menores de 5 años en África Subsahariana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una estrategia en varios frentes para reducir la carga de la malaria, como intervenciones de lucha contra los vectores, terapias preventivas, pruebas de diagnóstico, tratamiento con garantía de calidad y una intensa vigilancia de la malaria.

2. El presente informe destaca los avances y desafíos para combatir y erradicar la malaria en el contexto de la resolución [67/299](#) de la Asamblea General. Se basa en los recientes informes elaborados por la OMS y en contribuciones de la Oficina del Enviado Especial para la Financiación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Relacionados con la Salud y para la Lucha contra la Malaria, la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. El análisis se basa en datos recibidos de países donde la malaria es endémica y de una serie de organizaciones que prestan apoyo a las medidas mundiales de lucha contra la malaria.

3. Durante el último decenio la malaria recibió reconocimiento mundial como un problema de salud mundial prioritario. Gracias a un importante aumento de la financiación internacional, los países en los que la malaria es endémica pudieron ampliar enormemente sus medidas para reducir la morbilidad y la mortalidad causadas por la malaria. Según estimaciones de la OMS, se han logrado reducciones significativas y el mundo está en vías de alcanzar la meta del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio relativa a la malaria. Las medidas de lucha contra la malaria también han contribuido a los progresos hacia el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, mejorar de las tasas de supervivencia infantil en África y en todo el mundo. Si bien la financiación internacional aumentó de manera exponencial entre 2004 y 2013, los objetivos de financiación mundial para lograr la cobertura universal de las intervenciones contra la malaria todavía no se han cumplido plenamente.

4. El éxito de las medidas para controlar y erradicar la malaria se mide a través del progreso hacia un conjunto de objetivos y metas mundiales, concebidos por medio de procesos intergubernamentales o enmarcados en iniciativas mundiales. Hay cuatro grupos principales de objetivos y metas mundiales para 2015: el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio; los objetivos fijados a través de la Unión Africana (la Declaración y el Plan de Acción sobre la Iniciativa para Lograr la Regresión de la Malaria, aprobados en la Cumbre Extraordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización de la Unidad Africana, celebrada en Abuya en abril de 2000); los objetivos fijados a través de la Asamblea Mundial de la Salud; y los objetivos establecidos por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo a través del Plan de Acción Mundial contra el Paludismo. Hay otros objetivos regionales y subregionales para la lucha contra la malaria y su erradicación, pero no se abordan en este informe.

5. En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución en la que estableció la meta de reducir en un 50% la carga de la malaria para 2010 y en un 75% entre 2000 y 2015. En 2007, la Asamblea aprobó otra resolución en la que instituyó el Día Mundial de la Malaria el 25 de abril de cada año, día en el que los países de la Unión Africana celebran el Día Africano de Lucha contra el Paludismo. La Asamblea también exhortó a sus Estados miembros a poner fin a la administración de monoterapias orales a base de artemisinina. En su resolución sobre la malaria, aprobada en 2011, la Asamblea pidió que se redoblaran los esfuerzos para controlar las nuevas resistencias a los insecticidas y a los medicamentos contra la malaria. También exhortó a sus Estados miembros a que siguieran dando prioridad a la malaria en sus programas políticos y de desarrollo, y a que llevaran a cabo exámenes estratégicos de sus programas nacionales sobre la malaria y optimizaran las respuestas nacionales.

6. En el marco de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, los países en los que la malaria es endémica, los organismos de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales, las asociaciones entre el sector público y el sector privado, las organizaciones científicas, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado están cooperando para intensificar las intervenciones recomendadas por la OMS, armonizar las actividades y mejorar la planificación estratégica, la gestión de los programas y la disponibilidad de financiación. El Plan de Acción Mundial contra el Paludismo, publicado en 2008, fue elaborado de forma colectiva para acelerar las medidas mundiales para luchar contra la enfermedad y erradicarla. Sus objetivos y metas fueron revisados en 2011.

II. Situación actual

7. Entre 2000 y 2012, un aumento sustancial de las intervenciones contra la malaria dio lugar a una disminución del 42% en la mortalidad a causa de la malaria en todo el mundo, lo que salvó unos 3,3 millones de vidas. Alrededor del 90%, es decir 3 millones, de esas vidas que se salvaron eran niños menores de 5 años en África. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años en África atribuible a la malaria ha disminuido un 54%. La incidencia mundial de casos se ha reducido un 25% en todo el mundo y un 31% en África.

8. La enfermedad sigue concentrada en 17 países, donde se produce aproximadamente el 80% de las muertes causadas por la malaria en el mundo. Dos países, la República Democrática del Congo y Nigeria, representan aproximadamente el 40% de la mortalidad a causa de la malaria en todo el mundo. En Asia Sudoriental, la segunda parte del mundo más afectada, la India es el país con mayor carga de malaria, seguida de Indonesia y Myanmar. En general, los progresos en la reducción de la carga de la malaria han sido más rápidos en los países en que las tasas de transmisión disminuyeron en 2000.

Medidas de lucha contra los vectores

9. El aumento de la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas y la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual ha sido un factor decisivo para reducir la transmisión de la enfermedad. Entre 2004 y 2013 se

entregaron más de 700 millones de mosquiteros tratados con insecticidas¹ a países de África, lo que ha dado lugar a un importante aumento de la propiedad y el uso en los hogares de mosquiteros tratados con insecticidas. A pesar de esos avances, solo unos pocos países han logrado la cobertura universal con mosquiteros tratados con insecticidas y sigue habiendo grandes disparidades entre los países y entre las regiones. La razón principal ha sido la escasez de fondos para adquirir y distribuir mosquiteros suficientes a fin de abarcar todas las comunidades afectadas.

10. Entre 17 países africanos estudiados en el período 2010-2012, la proporción de la población en riesgo que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticidas era menos del 20% en el Camerún y Zimbabwe, pero más del 60% en Madagascar, Rwanda y la República Unida de Tanzania. Algunas de esas disparidades podrían reducirse pronto, ya que en 2013 se enviaron a África más de 140 millones de mosquiteros tratados con insecticidas, y se han financiado más de 200 millones para su entrega en 2014. Se prevé que 2014 sea el año en que se entreguen más mosquiteros desde 2000. También es alentador que en todos los países estudiados, la cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas es sistemáticamente más alta en los dos grupos más vulnerables, los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas, que los promedios nacionales.

11. La fumigación de interiores con insecticidas de acción residual se está desplegando en 40 países de África, y se utiliza en combinación con mosquiteros tratados con insecticidas en 31 de esos países. La proporción de la población protegida por la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual en África aumentó considerablemente entre 2006 y 2008 y se mantuvo durante 2009-2011, en un 10% a 12% de la población en situación de riesgo. Para 2012, sin embargo, ese porcentaje se redujo al 8% debido a la contracción de los programas de fumigación en algunos países, en parte debido al uso de insecticidas más costosos que se están desplegando para hacer frente a la resistencia emergente de los mosquitos a los insecticidas. Actualmente se utiliza DDT para la fumigación de interiores en seis países de África.

12. Aunque los actuales instrumentos de lucha contra los vectores siguen siendo eficaces, existe una necesidad urgente de prevenir y controlar la propagación de la resistencia a los insecticidas y desarrollar nuevos mecanismos y nuevos insecticidas. Los estudios han detectado mosquitos resistentes en 64 países de todo el mundo, en particular en la mayoría de los países donde la enfermedad es endémica en África. En 2012, la OMS y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo publicaron el documento *Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors* (Plan mundial de gestión de la resistencia a los insecticidas en vectores de la malaria), que proporciona orientación adaptada a los países, los asociados y el sector privado. Una gran mayoría de países están vigilando la resistencia a los insecticidas, pero las limitaciones en la financiación y la capacidad entomológica han aminorado el ritmo de los progresos en la aplicación de ese plan.

¹ Aunque la OMS recomienda el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, en el presente documento se utiliza el término más genérico “mosquiteros tratados con insecticidas”, debido a que continúa estando muy extendido el uso de mosquiteros tratados con insecticidas convencionales, especialmente fuera de África.

Pruebas de diagnóstico y tratamiento

13. En los ocho últimos años, el acceso a medicamentos de calidad contra la malaria ha aumentado considerablemente en África y ha ayudado a tratar millones de casos cada año y prevenir graves enfermedades y muertes. Las terapias combinadas basadas en artemisinina son los medicamentos más eficaces para la malaria sin complicaciones causada por el parásito *P. falciparum* (el parásito de la malaria más letal y responsable de la gran mayoría de los casos en África). A pesar de las claras recomendaciones de la OMS de utilizar terapias combinadas, las monoterapias orales a base de artemisinina siguen estando disponibles y se usan en muchos países, sobre todo en el sector privado.

14. La OMS recomienda pruebas de diagnóstico universal de todos los casos sospechosos de malaria cuando los pacientes busquen tratamiento en clínicas de salud, farmacias o con trabajadores sanitarios de la comunidad. Entre 2010 y 2012, la tasa de diagnóstico en el sector público aumentó del 37% al 61%, debido a un aumento de la utilización de microscopios y un gran aumento del uso de pruebas de diagnóstico rápido. Esto ha sucedido en paralelo con una mejora gradual de la calidad de las pruebas de diagnóstico rápido, como demuestra el Programa de Pruebas de Diagnóstico Rápido de la Malaria de la OMS, administrado conjuntamente por la OMS, los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos, la Fundación para Diagnósticos Nuevos e Innovadores y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales.

15. África representa más del 90% de la cifra estimada de necesidades mundiales de terapia combinada basada en artemisinina. En 2011 y 2012 se distribuyeron más de 130 millones de tratamientos por los programas nacionales para combatir la malaria a instalaciones sanitarias del sector público en África. En determinados países de los que se dispone de encuestas por hogares, se estima que el 68% de los niños que recibieron medicamentos contra la malaria recibieron terapia combinada basada en artemisinina. Al mismo tiempo, un gran número de niños recibieron terapia combinada basada en artemisinina para el tratamiento de la fiebre, lo que sugiere que o bien no se realizan pruebas para diagnosticar la malaria o que los resultados no orientan el tratamiento de la malaria. La OMS insta a los países a mejorar la presentación de informes sobre las pruebas de diagnóstico y tratamiento, en particular sobre la forma en que se relacionen ambos en el caso de los pacientes individuales.

16. La asistencia individualizada integrada de base comunitaria de la malaria y otras enfermedades de la infancia puede reducir considerablemente la mortalidad infantil en las comunidades rurales en África. La OMS y el UNICEF han venido aumentando los esfuerzos para ampliar los programas de asistencia individualizada integrada de base comunitaria, a través de los cuales se capacita a los trabajadores sanitarios de la comunidad, se les proporciona y se les supervisa para diagnosticar y tratar a niños menores de 5 años con malaria, neumonía y diarrea. Esta estrategia centrada en la equidad tiene por objeto complementar y ampliar el alcance de los servicios de salud pública en las zonas rurales, donde las infraestructuras de salud tienden a ser más deficientes y los niveles de transmisión de la malaria son más altos.

17. En respuesta a la recomendación formulada por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, en 2013 el UNICEF inició el establecimiento de un Fondo Fiduciario para la Salud Reproductiva, Materna, Neonatal e Infantil. Esto permite proporcionar a los países

apoyo financiero catalizador y para cubrir déficits a fin de mejorar el acceso a productos y servicios que salvan vidas, incluidos los necesarios en los programas de asistencia individualizada integrada de base comunitaria. Además, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria incorporó algunos elementos de la asistencia individualizada integrada de base comunitaria en su nuevo modelo de financiación. A principios de 2014, el UNICEF y el Fondo Mundial anunciaron un plan unificado, incluido un memorando de entendimiento, para apoyar el aumento de esas actividades en toda África.

Terapias preventivas

18. Las quimioterapias preventivas son elementos clave de la estrategia de varios niveles para luchar contra la malaria. Entre las terapias preventivas recomendadas por la OMS figuran el tratamiento preventivo intermitente de mujeres embarazadas, el tratamiento preventivo intermitente del recién nacido y la quimioprevención contra la malaria estacional para los niños menores de 5 años. Estas intervenciones se recomiendan en las zonas de transmisión moderada a alta de la malaria en África Subsahariana, y la quimioprevención de la malaria estacional se recomienda solo en zonas de alta transmisión estacional en toda la subregión del Sahel.

19. La implantación de esas intervenciones ha sido más lenta de lo previsto. La OMS recomienda dar una dosis de tratamiento a las mujeres embarazadas en cada una de las cuatro visitas prenatales previstas. Según el estudio más reciente de que se dispone de 26 países que informaron sobre esta intervención (2012), aunque aproximadamente el 64% de las mujeres embarazadas que se presentaron para recibir atención prenatal recibe una primera dosis, solo alrededor del 38% recibe dos dosis, y solo el 23% recibe tres dosis.

20. Hasta la fecha, dos países han adoptado la quimioprevención de la malaria estacional. Otros nueve países están ultimando la adopción de políticas, y varios de ellos están comenzando programas de aplicación a pequeña escala. El UNICEF está apoyando activamente ampliar esta intervención. Hasta ahora, un país ha adoptado el tratamiento preventivo intermitente del recién nacido y todavía no se ha iniciado la ejecución.

Resistencia a la artemisinina

21. En los últimos años, la aparición de resistencia a la artemisinina en la subregión del Gran Mekong de Asia Sudoriental ha planteado un problema importante para las iniciativas regionales de lucha contra la malaria y su erradicación. Se han detectado cepas de la enfermedad resistentes a la artemisinina en Camboya, Myanmar, Tailandia, Viet Nam y, más recientemente, en la República Democrática Popular Lao. Si se propagara la resistencia, o surgiera, en la India o África Subsahariana, las consecuencias para la salud pública podrían ser graves, ya que en la actualidad no se dispone de medicamentos alternativos contra la malaria con el mismo nivel de eficacia y tolerancia que las terapias combinadas basadas en la artemisinina.

22. Desde comienzos de 2013, la OMS ha venido coordinando una iniciativa de múltiples interesados para ampliar las intervenciones contra la malaria en la subregión del Gran Mekong. Un centro regional en Phnom Penh está proporcionando un marco general para un esfuerzo coordinado a fin de responder a las necesidades del país. El plan de respuesta de emergencia de la OMS está siendo

ejecutado por un consorcio de países donde la enfermedad es endémica, organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y asociados en la lucha contra la malaria basados en los países. Esas iniciativas se basan en el Plan Mundial de Contención de la Resistencia a la Artemisinina, lanzado por la Directora General de la OMS en 2011.

23. En los últimos años se ha observado un creciente compromiso político regional para hacer frente al problema de la malaria resistente a la artemisinina. Países de Asia y el Pacífico, con el liderazgo de Australia y Viet Nam, lanzaron la Alianza de Dirigentes de Asia y el Pacífico contra la Malaria en la Cumbre de Asia Oriental celebrada en Brunei Darussalam en octubre de 2013. La secretaría de la Alianza tiene su sede en el Banco Asiático de Desarrollo en Manila. Se han establecido dos equipos de tareas de alto nivel: uno sobre el acceso a medicamentos de calidad y otras tecnologías, y otro sobre financiación regional para las intervenciones contra la malaria. En 2013, el Fondo Mundial comprometió 100 millones de dólares durante tres años para ayudar a los países afectados de la subregión del Gran Mekong a intensificar las medidas de lucha contra la malaria y su erradicación.

24. A fines de 2013 investigadores identificaron un marcador molecular asociado con la demora en la eliminación del parásito en pacientes que recibieron tratamiento a base de artemisinina. El marcador molecular podría permitir un estudio y vigilancia más precisos de la distribución geográfica y la propagación de la resistencia. También podría permitir un análisis retrospectivo de la posible resistencia en un gran número de contextos. En la actualidad, la OMS está colaborando con investigadores, programas nacionales contra la malaria y otros asociados, dentro y fuera de la subregión del Gran Mekong, para elaborar un mapa de la presencia de resistencia a la artemisinina. Los estudios de la eficacia terapéutica seguirán siendo una herramienta fundamental para vigilar la eficacia de los tratamientos contra la malaria recomendados a nivel nacional en todos los países.

25. La continua disponibilidad y uso de monoterapias orales a base de artemisinina plantea un riesgo importante para las actividades de lucha contra la malaria y ha contribuido a la aparición de resistencia a la artemisinina. La OMS ha recomendado que se retiren del mercado las monoterapias orales a base de artemisinina y se sustituyan por terapias combinadas basadas en artemisinina, aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2007. Sin embargo, esos medicamentos siguen siendo comercializados por al menos 30 empresas de todo el mundo. A nivel mundial, 48 países han retirado las autorizaciones de comercialización de esos medicamentos, pero nueve países siguen permitiendo su comercialización, entre ellos siete países de África.

Vigilancia de la malaria

26. A nivel mundial, la tasa de detección de casos de malaria ha aumentado de un 3% en 2000 al 14% en 2012, debido principalmente al aumento de las tasas de realización de pruebas de diagnóstico en África. A pesar de estas mejoras, sin embargo, no es posible realizar una evaluación fiable de las tendencias de la malaria en 41 países, debido al carácter incompleto o contradicciones de los informes a lo largo del tiempo, los cambios en la práctica diagnóstica o la utilización de servicios de salud. Es fundamental fortalecer la vigilancia de la malaria en países con una gran carga para que los ministerios de salud dirijan los recursos a las poblaciones más necesitadas y respondan con eficacia a los brotes de la enfermedad.

27. En 2012 la OMS publicó manuales de operaciones sobre la vigilancia para combatir y erradicar la malaria. Esos manuales, junto con el *Manual de acceso universal a las pruebas de diagnóstico de la malaria*, y las *Directrices para el Tratamiento de la Malaria*, son los documentos centrales de la OMS en que se basa la iniciativa mundial denominada “T3: Test. Treat. Track” (Testee. Trate. Vigile). Como parte de la iniciativa T3, la OMS alienta a los países donde la malaria es endémica y los asociados mundiales en la lucha contra la malaria a ampliar las pruebas de diagnóstico, el tratamiento de calidad garantizada y la vigilancia a fin de amplificar la repercusión de las medidas de prevención y seguir acelerando el progreso. La iniciativa T3 fue lanzada por la Directora General de la OMS en Namibia en abril de 2012.

Erradicación y certificación

28. Hay 26 países en que la malaria es endémica que la OMS ha clasificado como países en las etapas previas a la erradicación, erradicación o prevención de la reintroducción. Sin embargo, muchos más países han declarado que la erradicación de la malaria es un objetivo nacional y están comenzando a reorientar sus programas de control hacia la erradicación. En los últimos años, la OMS ha certificado que cuatro países son países libres de malaria: Armenia (2011), Marruecos (2010), los Emiratos Árabes Unidos (2007) y Turkmenistán (2010). Iniciativas tales como la E8 en el seno de la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo son esenciales para mantener el impulso político en torno a la erradicación e impulsar progresos.

29. En muchos países que están a punto de erradicar la malaria, la transmisión tiene lugar principalmente en las zonas remotas, a menudo cerca de fronteras internacionales, y se observa un elevado porcentaje de casos de malaria entre los migrantes y las poblaciones móviles. En esos países, los progresos hacia la erradicación tendrán que mejorar las estrategias de entrega de productos básicos y ampliar el acceso a servicios de salud para los grupos afectados. Para mantener los progresos también son esenciales una colaboración regional y transfronteriza sólida y la mejora de los instrumentos de diagnóstico. En abril de 2014 la OMS publicó un manual para planificar la erradicación a fin de ayudar a los países a evaluar la viabilidad técnica, operacional y financiera de la erradicación de la malaria.

Nueva orientación mundial de la OMS

30. Desde el informe anterior sobre los progresos realizados en la lucha contra la malaria presentado a la Asamblea General ([A/67/825](#)), la OMS ha publicado documentos de orientación sobre la aplicación de la quimioprevención de la malaria estacional; el diagnóstico de la malaria en el período de baja transmisión; la anemia hemolítica retardada después de tratamiento con artesunato; el logro de la cobertura universal con mosquiteros tratados con insecticida de larga duración; los métodos recomendados para calcular la duración de los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración; la combinación de la fumigación de interiores de acción residual y mosquiteros tratados con insecticida de larga duración; y el desarrollo de la capacidad en materia de entomología de la malaria y lucha contra los vectores.

31. La organización ha publicado también un examen global de las pruebas y prácticas de gestión de la fiebre en establecimientos de asistencia sanitaria periféricos; una nota de políticas sobre la aplicación del tratamiento preventivo intermitente de las mujeres embarazadas; manuales de operaciones sobre la

fumigación de interiores con insecticidas de acción residual y gestión de las larvas; un manual de campo interinstitucional sobre la lucha contra la malaria en situaciones de emergencia humanitaria; una serie de estudios monográficos sobre la erradicación de la malaria; y varios manuales de capacitación nuevos. Muchos de estos documentos se elaboraron con apoyo de una serie de asociados. Además, cada informe de la reunión del Comité Asesor en Políticas de Malaria, el grupo de expertos independiente que asesora a la OMS sobre nuevas políticas, se ha publicado en *Malaria Journal*, de acceso abierto.

Nueva estrategia técnica mundial

32. En 2013, la OMS empezó a elaborar una nueva estrategia mundial contra la malaria a fin de proporcionar a los países orientación técnica basada en pruebas para el período 2016-2025. La nueva estrategia mundial describirá la dirección mundial de las medidas contra la malaria en el próximo decenio y establecerá metas y objetivos después de 2015, en consonancia con los nuevos objetivos que en la actualidad se están examinando como parte de la agenda para el desarrollo después de 2015. La estrategia se está preparando bajo la dirección del Comité Asesor en Políticas de Malaria y un comité directivo específico, en consulta con los programas nacionales de lucha contra la malaria.

33. La estrategia proporcionará la base para el Plan de Acción Mundial contra el Paludismo 2 de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. El documento se centrará en la manera en que podría aplicarse la estrategia de la OMS mediante actividades mundiales de promoción, movilización de recursos, armonización de los asociados y la participación de sectores no relacionados con la salud. Los comités directivos de los dos procesos tienen miembros que pertenecen a ambos comités a fin de garantizar la coherencia y la coordinación. Entre febrero y junio de 2014 se celebrará una serie de consultas técnicas en todas las regiones de la OMS, a las que se ha invitado a todos los Estados miembros en los que la malaria es endémica.

Compromiso político y rendición de cuentas

34. En 2013 y 2014, 49 Estados miembros de África siguieron trabajando juntos bajo los auspicios de la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria. Los Jefes de Estado y de Gobierno se reunieron dos veces al año en un foro dedicado a la malaria en la Cumbre de la Unión Africana para reafirmar su compromiso con derrotar a la malaria. En el foro más reciente, en enero de 2014, siete países recibieron premios a la excelencia por mantener una cobertura de control de los vectores de más del 95% durante todo el año. Se hace un seguimiento trimestral de los progresos a través del sistema de puntuación de la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria sobre la rendición de cuentas y la adopción de medidas, y los informes de los países destacan los progresos y determinan las medidas fundamentales necesarias para mantener los logros.

35. En mayo de 2013, la Asamblea Mundial de la Salud examinó los progresos realizados en la lucha contra la malaria y su erradicación. Los Estados Miembros destacaron la importancia de mantener la malaria como una prioridad en la agenda mundial de salud y para el desarrollo después de 2015 y expresaron su apoyo a la elaboración de una estrategia técnica mundial de la OMS para la lucha contra la malaria. En un acto paralelo durante la apertura del sexagésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General en septiembre de 2013, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

lanzaron un marco de acción multisectorial para la lucha contra la malaria, que presenta una visión y un camino concreto para abordar los contextos socioeconómicos más amplios determinantes de la malaria y hacer participar a agentes clave de sectores no relacionados con la salud.

36. En julio de 2013 los Jefes de Estado africanos celebraron una cumbre especial en Abuya para celebrar el duodécimo aniversario de la Cumbre de la Unión Africana sobre el VIH/SIDA, la Tuberculosis y Otras Enfermedades Infecciosas Conexas, celebrada en 2001. La cumbre de 2013 se centró en fortalecer la implicación nacional, la rendición de cuentas y la sostenibilidad de las respuestas ante el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Aprobó una nueva declaración sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, en que los Jefes de Estado reafirmaron su compromiso de acelerar los progresos y se comprometieron a aumentar los recursos nacionales para fortalecer los sistemas de salud. La OMS y sus asociados pusieron en marcha conjuntamente una nueva iniciativa, la Sala de Situación de la Malaria, para prestar apoyo estratégico a los países con mayor carga de la malaria.

37. La Sala de Situación de la Malaria es un proyecto conjunto entre la OMS, la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria, la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria, el Enviado Especial para la Financiación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Relacionados con la Salud y para la Lucha contra la Malaria y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Se trata de una colaboración que permite a los principales asociados en la lucha contra la malaria evaluar conjuntamente los problemas operacionales en los diez países más afectados de África, y ayudar a los países a resolver los obstáculos y acelerar los progresos hacia los objetivos fijados para 2015.

38. En enero de 2014, la Oficina del Enviado Especial para la Financiación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Relacionados con la Salud y para la Lucha contra la Malaria puso en marcha una hoja de ruta para acelerar los progresos hacia la consecución del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, destacando que era necesario lograr que las muertes de niños menores de 5 años disminuyeran en 2,2 millones para fines 2015 a fin de lograr el cuarto Objetivo. A esto le siguió el anuncio en septiembre de 2013 de una financiación de 1.150 millones de dólares del Banco Mundial, el UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y el Gobierno de Noruega, junto con la Oficina del Enviado Especial, que se destinaron a programas de salud maternoinfantil que facilitan los progresos en la consecución del cuarto Objetivo.

39. La iniciativa “Una Promesa Renovada” ha sido respaldada por 176 gobiernos desde su aprobación en el foro de alto nivel Supervivencia Infantil: Llamamiento a la Acción, que se celebró en Washington D.C. en junio de 2012, organizado por los Gobiernos de Etiopía, la India y los Estados Unidos de América, en colaboración con el UNICEF. La iniciativa ha dado lugar a nuevos compromisos para proteger a las comunidades más vulnerables en muchos países en que la malaria es endémica. Por ejemplo, Nigeria puso en marcha una iniciativa para salvar un millón de vidas para 2015 mediante la ampliación del acceso a servicios de atención primaria de la salud esenciales y a productos básicos para las mujeres y los niños. La República Democrática del Congo ha anunciado un marco nacional de aceleración para reducir considerablemente la mortalidad materna y la mortalidad de niños menores de 5 años para 2035. Zambia ha dado a conocer una hoja de ruta de cuatro años para salvar un promedio de 27.000 vidas cada año.

III. Necesidades urgentes de financiación

40. Si bien los desembolsos internacionales se multiplicaron por diez entre 2004 y 2013, la financiación disponible sigue siendo sustancialmente inferior a los 5.100 millones de dólares que se necesitan para alcanzar una cobertura universal de las intervenciones contra la malaria. La financiación internacional para la lucha contra la malaria ascendió a un total de 1.660 millones de dólares en 2011 y 1.940 millones de dólares en 2012. La financiación nacional ha mostrado un aumento gradual y se calcula que ascendió a 522 millones de dólares en 2012, y que los países de África y América del Sur donde la enfermedad es endémica son los que comprometieron más recursos. Se estima que sumando los fondos nacionales e internacionales, los recursos disponibles para la lucha contra la malaria a nivel mundial ascendieron a poco más de 2.400 millones de dólares en 2012, lo que arrojaba un déficit anual de 2.700 millones de dólares.

41. Se espera que se disponga de mayor financiación en los próximos años. Durante la cuarta conferencia de reposición del Fondo Mundial, celebrada en Washington D.C. en diciembre de 2013, se prometió una suma inicial de 12.000 millones de dólares de contribuciones de 25 países, así como la Comisión Europea, fundaciones privadas, empresas y organizaciones confesionales. Aunque ligeramente inferior al objetivo del Fondo Mundial de 15.000 millones de dólares, se trataba de la mayor cantidad jamás comprometida para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Habida cuenta de que el Fondo Mundial desembolsa aproximadamente el 60% de los fondos internacionales para la lucha contra la malaria, es fundamental que los donantes mantengan un alto nivel de compromiso con este vehículo de inversión estratégica.

42. En 2012 y 2013 el Fondo Mundial fue objeto de un importante proceso de reforma y reestructuración, que condujo a la elaboración de un nuevo modelo de financiación que se aparta del sistema basado en rondas a fin de dar a los países donde la malaria es endémica más flexibilidad para armonizar la financiación con las estrategias nacionales de lucha contra la enfermedad. Con el nuevo modelo de financiación, lanzado en marzo de 2014, el Fondo Mundial se centrará más firmemente en los países con mayor carga de la enfermedad y los menos capacitados para proporcionar financiación nacional, lo que garantizará una mayor equidad en el acceso a fondos internacionales. Se ha creado una partida presupuestaria aparte para recompensar los programas de gran repercusión y que obtengan buenos resultados.

43. En diciembre de 2013 la Asociación Internacional de Fomento del Grupo del Banco Mundial también tuvo una reposición récord, con promesas por valor de 52.000 millones de dólares. La Asociación Internacional de Fomento es una de las mayores fuentes mundiales de ayuda, proporciona créditos y subvenciones con interés cero o bajo para inversiones en salud y educación, infraestructura y agricultura, y desarrollo económico e institucional a los países menos adelantados, 40 de ellos en África. Los ciclos de financiación del Fondo Mundial y el Banco Mundial abarcarán la fecha fijada para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la puesta en marcha de la agenda para el desarrollo después de 2015, una encrucijada fundamental en el esfuerzo mundial por reducir la carga de las enfermedades infecciosas.

IV. Progresos en la consecución de las metas y los objetivos mundiales

44. El éxito de las iniciativas para combatir y erradicar la malaria se mide según los progresos realizados hacia un conjunto de metas fijadas para 2015, que han sido concebidas por medio de procesos intergubernamentales o establecidas en el contexto de iniciativas mundiales. Los progresos se resumen cada año en el *Informe Mundial sobre el Paludismo* de la OMS, que ofrece un panorama amplio de las tendencias en la financiación de los programas, la cobertura de las intervenciones y los casos y las muertes por malaria. Los datos se reciben de los programas nacionales de control de la malaria de los países endémicos, a través de las oficinas regionales de la OMS, y se complementan con información recibida de las encuestas en hogares, en particular las de demografía y salud, las encuestas a base de indicadores múltiples y las encuestas de indicadores de la malaria.

45. La evaluación de los progresos de los países individuales hacia las metas mundiales ha sido difícil, habida cuenta de que los sistemas de vigilancia en los países con una alta carga en África detectan solo una pequeña parte de los casos y muertes reales por malaria. En 41 países del mundo donde la malaria es endémica, de los que 32 están en África, las tendencias de la malaria solo pueden evaluarse mediante métodos de estimación de la carga de esta enfermedad que dependen de un modelo de relación entre la transmisión de la malaria, la cobertura de las intervenciones y la tasa de incidencia o mortalidad.

Sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio

46. La lucha contra la malaria y su erradicación están incluidas en la meta 6.C del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, “haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves”. Habida cuenta de que la malaria representa el 7% de la mortalidad de niños menores de 5 años a nivel mundial, también es fundamental para lograr la meta 4.A del cuarto Objetivo, “reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años”. La lucha contra la malaria a nivel mundial también está contribuyendo a lograr los Objetivos primero, segundo, tercero, quinto y octavo.

47. Una evaluación de las tendencias mundiales de la malaria entre 2000 y 2012 indica que el mundo está bien encaminado para lograr la meta 6.C del sexto Objetivo. Entre 2000 y 2012, las tasas de incidencia de la malaria, que tienen en cuenta el crecimiento de la población, se redujeron un 25% a nivel mundial y un 31% en África. La tasa de mortalidad por malaria disminuyó un 42% en todo el mundo en el mismo período, mientras que la disminución en África fue del 49%. Sin embargo, esos progresos solo pueden mantenerse si se siguen ampliando las intervenciones, se realizan operaciones firmes de control en todos los países con una carga elevada y se impiden los brotes de malaria y los casos de reaparición.

48. Sobre la base de los datos comunicados, 59 países de todo el mundo están en el buen camino para lograr una inversión de la incidencia de la malaria y, por lo tanto, el sexto Objetivo. Los progresos en la consecución de la meta también se supervisan mediante un análisis de la cobertura de niños menores de 5 años con intervenciones de prevención y tratamiento, en particular el empleo de mosquiteros tratados con insecticidas y el porcentaje de casos que reciben tratamientos combinados a base de artemisinina. Si bien la cobertura universal sigue siendo una

meta distante para la mayoría de los países, en los últimos años se ha observado una importante ampliación del acceso a la prevención y el tratamiento de la malaria.

49. El número de mosquiteros tratados con insecticidas entregados a los países donde la enfermedad es endémica en África aumentó consistentemente entre 2004 y 2013, y solo tres años (2007, 2011 y 2012) mostraron una disminución. La proporción de hogares de África Subsahariana que poseen al menos un mosquitero impregnado de insecticidas aumentó al 56% en 2012, pero disminuyó ligeramente al 54% en 2013. Entretanto, la proporción de la población en riesgo que duerme bajo un mosquitero tratado con insecticidas (que representa la población protegida directamente) fue del 36% en 2013. La proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros es ligeramente superior, el 40%. En general, este aumento se ha traducido en una ampliación de la cobertura de las poblaciones de riesgo con mosquiteros, pero sigue habiendo deficiencias importantes.

50. Si bien las ventas de tratamientos combinados a base de artemisinina han aumentado considerablemente en todo el mundo, no se dispone de datos fiables acerca de la utilización de esos medicamentos para combatir la malaria en los sectores público y privado. En determinados países de los que se dispone de encuestas por hogares, se estima que el 68% de los niños que recibieron medicamentos contra la malaria recibieron terapia combinada basada en artemisinina. Al mismo tiempo, un gran número de niños recibieron terapia combinada basada en artemisinina para el tratamiento de la fiebre, lo que sugiere que no se realizan pruebas para diagnosticar la malaria o que los resultados no orientan el tratamiento de la malaria.

Metas de Abuja

51. Mediante la adopción de la Declaración de Abuja relativa a la Regresión del Paludismo en África y su plan de acción, en abril de 2000 los dirigentes de los países africanos donde la malaria es endémica se comprometieron a reducir a la mitad la mortalidad por causa de esta enfermedad para 2010, fecha que luego prorrogaron hasta 2015. En la Declaración de Abuja también figuraba el compromiso de reducir o eliminar los impuestos y aranceles que gravan la importación de medicamentos contra la malaria, los mosquiteros tratados con insecticidas y otros suministros fundamentales para luchar contra la malaria. En 2006, la Declaración fue complementada con el llamamiento de Abuja a la acción acelerada para dar acceso universal a los servicios relacionados con el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en África.

52. Según el *Informe Mundial sobre el Paludismo* de 2013, diez países de África donde la malaria es endémica están en vías de cumplir la meta de reducir la carga de la malaria en más del 50% para 2015. El avance en pos de esa meta se mide mediante un análisis de las tendencias en las tasas de incidencia de la enfermedad. Ocho países (Botswana, Cabo Verde, Eritrea, Namibia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica y Swazilandia) ya han alcanzado esa meta, al reducir sus tasas de incidencia de la malaria en más del 75%. Se prevé que Etiopía y Zambia lleguen a la meta del 50% para 2015. En otros países africanos no es posible evaluar de manera fiable las tendencias de la incidencia de la malaria debido al carácter incompleto o incoherente de la información presentada.

53. La Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria, en colaboración con la OMS y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, siguió elaborando un

sistema de puntuación trimestral para la rendición de cuentas y la adopción de medidas, que registra los avances respecto de un número determinado de indicadores en todos los países de África donde la malaria es endémica. En 2013 se revisó el sistema de puntuación. Se eliminaron los indicadores sobre los impuestos y los aranceles y se ampliaron los indicadores sobre la salud materna e infantil. Jefes de Estado y de Gobierno africanos utilizaron el sistema de puntuación para examinar los progresos en el foro de la Alianza de Líderes Africanos Contra la Malaria, celebrado dos veces al año en colaboración con la Unión Africana.

Metas de la Asamblea Mundial de la Salud

54. En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud estableció la meta de reducir la carga de la malaria en un 50% entre 2000 y 2010, y en un 75% para 2015. Según el *Informe Mundial sobre el Paludismo* de 2013, 52 de los 103 países y territorios donde se sigue transmitiendo la malaria están en camino de lograr una reducción del 75% en sus tasas de incidencia para 2015. Ocho de estos países se encuentran en África. Si bien esto representa un enorme progreso, esos países representan solo el 4% (u 8 millones) de los casos estimados de malaria en todo el mundo. A nivel mundial, las tasas de incidencia de la malaria se redujeron un 25% entre 2000 y 2012, mientras que la disminución en África fue del 31%. Para avanzar con más rapidez en la consecución de esa meta, es preciso ampliar sustancialmente las iniciativas en los 17 países con una mayor carga, que representan aproximadamente el 80% de la mortalidad de la malaria.

Metas del Plan de Acción Mundial contra el Paludismo

55. El Plan de Acción Mundial contra el Paludismo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo se puso en marcha en 2008 como parte de una campaña de promoción mundial para aglutinar el apoyo a las medidas de control y erradicación de la malaria y unir a los asociados en torno a un plan de acción común para combatir la enfermedad. Los objetivos del Plan, revisado en 2011, eran reducir prácticamente a cero las muertes por malaria a nivel mundial para fines de 2015, reducir los casos de malaria en el mundo en un 75% para finales de 2015 y erradicar la malaria para fines de 2015 en diez nuevos países (desde 2008) y en la región de Europa de la OMS. La Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo pidió un total estimado en 5.100 millones de dólares al año para garantizar la cobertura universal de las intervenciones contra la malaria. Esas metas de financiación no pudieron lograrse en su totalidad debido, en parte, a la disminución de los fondos mundiales disponibles para la salud y el desarrollo provocada por la crisis financiera mundial.

56. Como muestran las cifras arriba citadas, ha habido un progreso constante hacia todos esos ambiciosos objetivos. Para aproximarse aún más a los dos primeros objetivos del Plan, será preciso ampliar de manera urgente y considerable la financiación de las actividades de lucha contra la malaria, en particular en los países con mayor carga. Respecto al tercer objetivo, ocho nuevos países (dentro y fuera de la región de Europa de la OMS) han reducido a cero la transmisión de la malaria a nivel interno desde 2008 (Argentina, Egipto, Federación de Rusia, Georgia, Iraq, Kirguistán, República Árabe Siria y Uzbekistán), y se ha certificado que otros tres están libres de la enfermedad desde 2008 (Armenia, Marruecos y Turkmenistán). Al limitarse la transmisión local a tres países en 2012 (Azerbaiyán, Tayikistán y Turquía), en general, la región de Europa de la OMS está en camino de reducir a cero el número de casos locales de malaria para 2015.

V. Recomendaciones

57. Se insta a los Estados Miembros a que redoblen los esfuerzos por controlar y erradicar la malaria y aborden las medidas prioritarias destacadas por la Asamblea General en su resolución [67/299](#). Es fundamental que los países mantengan un alto nivel de compromiso político con la reducción del sufrimiento y la pérdida de vidas que causa la malaria. La ampliación de las estrategias de alto impacto para la reducción de la malaria, y la erradicación gradual de la enfermedad, deben seguir siendo una prioridad clave para la salud mundial y el desarrollo después de 2015.

58. Los países donde la malaria es endémica deberían hacer un esfuerzo concertado para poner en práctica mecanismos y formular estrategias para lograr la cobertura universal de las intervenciones contra la enfermedad. La ampliación de las intervenciones contra la malaria puede utilizarse como punto de partida para fortalecer los sistemas de salud, en particular los servicios de salud maternoinfantil y de laboratorio, y para construir sistemas más sólidos de información sobre la salud y vigilancia de las enfermedades. Una mayor ampliación de la asistencia individualizada integrada de base comunitaria en los países con mayor carga, y el fortalecimiento de los sistemas integrados para aportar instrumentos de prevención de la malaria, sería una solución eficaz en función de los costos que contribuiría a paliar las deficiencias de los sistemas hasta que se refuercen las infraestructuras sanitarias.

59. Existe una necesidad urgente de aumentar la disponibilidad de financiación para la lucha contra la malaria a través de instrumentos de financiación tanto tradicionales como innovadores a fin de aliviar el sufrimiento en los 17 países con mayor carga, que representan aproximadamente el 80% de la mortalidad de la malaria. Solo mediante una ampliación sustancial de las intervenciones y el mantenimiento de la cobertura podrán los países más afectados de África prevenir nuevos brotes de malaria y acercarse más a la consecución de las metas a nivel mundial. Una financiación suficiente y previsible es esencial para proteger los éxitos recientes. Si los países tuvieran que disminuir los niveles actuales de cobertura de las intervenciones, se podrían eliminar rápidamente muchos de los logros y las inversiones que se han dedicado a esta causa.

60. Se insta a los países donde la malaria es endémica a que mantengan y, de ser posible, aumenten los recursos nacionales disponibles para luchar contra la enfermedad. También se recomienda que examinen y fortalezcan los planes estratégicos nacionales en consonancia con las recomendaciones técnicas de la OMS, y que los integren en los planes nacionales para el sector de la salud y el desarrollo. A fin de lograr una mayor repercusión y velar por que se mantengan los éxitos, los países deberían adoptar cada vez más un enfoque multisectorial a la lucha contra la enfermedad, y aprovechar las sinergias con otras prioridades de desarrollo.

61. Los asociados mundiales para el desarrollo y los países donde la enfermedad es endémica deberían intensificar sus esfuerzos a fin de contrarrestar las nuevas amenazas biológicas para la lucha contra la malaria. La resistencia de los parásitos a la artemisinina se puede prevenir mediante la aplicación de las recomendaciones de la OMS en el Plan Mundial de

Contención de la Resistencia a la Artemisinina. Se requiere un firme compromiso político para poner en marcha un esfuerzo coordinado y renovado con el fin de suprimir gradualmente el uso de monoterapias orales basadas en artemisinina y eliminar del mercado los medicamentos de lucha contra la malaria que no cumplan los requisitos de precalificación de la OMS. La propagación de la resistencia a los insecticidas se puede controlar mediante la adopción de las recomendaciones que figuran en el Plan mundial de gestión de la resistencia a los insecticidas en vectores de la malaria.

62. Es fundamental fortalecer la vigilancia de la malaria y la calidad de los datos en todas las regiones endémicas para que los ministerios de salud dirijan recursos financieros a las poblaciones más necesitadas y respondan con eficacia a los brotes de la enfermedad. Habida cuenta de la gran cantidad de asociados sobre el terreno, se deben fortalecer los mecanismos para la coordinación de la asistencia técnica basada en los países a fin de armonizar los mejores enfoques para aplicar la orientación técnica de la OMS. Se necesita financiación adicional para apoyar el intercambio y el análisis de las mejores prácticas para hacer frente a los desafíos programáticos urgentes, mejorar la supervisión y la evaluación y realizar análisis periódicos de la planificación financiera y las deficiencias. También es imperioso introducir nuevas mejoras en la colaboración transfronteriza y regional.

63. Las contribuciones de la comunidad científica y el sector privado siguen siendo esenciales: nuevos productos, como mejores instrumentos de diagnóstico, medicamentos eficaces, una vacuna eficaz, nuevos insecticidas y mosquiteros tratados con insecticidas más duraderos, son elementos fundamentales para asegurar el avance sostenido de los esfuerzos para luchar contra la enfermedad. Los notables progresos contra la malaria solo podrán mantenerse mediante el esfuerzo concertado y específico de múltiples interesados, que ha de basarse en un compromiso político mundial, un adelanto científico permanente e iniciativas dinámicas de innovación. Sigue siendo fundamental contar con una alianza mundial eficaz bajo los auspicios de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo a fin de lograr progresos en el período previo a 2015 y más allá.