



Asamblea General

Distr. general
18 de abril de 2016
Español
Original: inglés

Septuagésimo período de sesiones

Tema 14 del programa

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

Consolidación de los logros y aceleración de la labor destinada a combatir y erradicar la malaria en los países en desarrollo, en particular en 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 69/325 de la Asamblea General.



Informe de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud sobre la consolidación de los logros y aceleración de la labor destinada a combatir y erradicar la malaria en los países en desarrollo, en particular en África, para 2015

Resumen

Este informe se presenta en respuesta a la resolución 69/325 de la Asamblea General. En él se hace un examen de los progresos realizados en la aplicación de esa resolución, centrandó la atención en la puesta en práctica y la ampliación de las intervenciones recomendadas por la Organización Mundial de la Salud en los países donde la malaria es endémica. En el informe también se evalúan los progresos en la consecución de las metas mundiales relacionadas con la malaria para 2015, incluidos el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, las metas fijadas por 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. Asimismo, se analizan las dificultades para el cumplimiento pleno de esas metas y se incluyen recomendaciones para acelerar los progresos hacia los objetivos de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 en los próximos años.

I. Introducción

1. Aunque la malaria es una enfermedad que se puede prevenir y tratar, sigue teniendo efectos devastadores en la salud y los medios de vida de las personas en todo el mundo. En 2015, aproximadamente 3.200 millones de personas estuvieron en riesgo de contraer la enfermedad en 95 países y territorios, y se estima que el número de casos ascendió a 214 millones (margen de incertidumbre: 149 millones a 303 millones). La enfermedad causó la muerte de 438.000 personas (margen de incertidumbre: 236.000 a 635.000 personas), en su mayoría niños menores de 5 años en el África Subsahariana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda aplicar una estrategia multidimensional para reducir la carga de la malaria, que incluye intervenciones de lucha contra los vectores, terapias preventivas, pruebas de diagnóstico, tratamientos con garantía de calidad y una intensa vigilancia de la enfermedad.

2. En el presente informe se destacan los avances y desafíos relativos a la lucha contra la malaria y a su erradicación, en el contexto de la resolución 69/325 de la Asamblea General, tomando como base el *Informe Mundial sobre el Paludismo 2015*, publicado por la OMS en diciembre de 2015. El análisis parte de los datos exhaustivos disponibles más recientes (2014), recibidos de los países donde la malaria es endémica y de organizaciones que prestan apoyo a las iniciativas mundiales de lucha contra la malaria, e incluye las proyecciones para 2015, cuando es posible. La OMS está recopilando y examinando los datos correspondientes a 2015. Las proyecciones para 2015 también se publicaron en el *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015*.

3. Entre 2005 y 2015, en todo el mundo se reconoció que la malaria era un problema de salud mundial prioritario. En el marco de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, los países donde 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 (ONG) y el sector privado cooperaron 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. Gracias a un marcado aumento de la financiación internacional, los países donde la malaria es endémica pudieron ampliar sus programas para combatirla. Desde 2010, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) ha suministrado más de 4.000 millones de dólares para las intervenciones relacionadas con la malaria, al tiempo que los Gobiernos de los Estados Unidos de América y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte han ocupado los lugares segundo y tercero, respectivamente, como principales proveedores de fondos bilaterales.

4. Para medir el éxito de las medidas dirigidas a combatir y erradicar la malaria se analizan las tendencias de la carga de morbilidad y la ampliación de las intervenciones, y se examinan los avances en la consecución de un conjunto de objetivos y metas mundiales, que se han diseñado mediante procesos intergubernamentales o se enmarcan en el contexto de iniciativas mundiales. Para el período comprendido entre 2000 y 2015, los cuatro grupos principales de objetivos y metas fueron el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, las metas establecidas por conducto de la Unión Africana y la Asamblea Mundial de la Salud, y los objetivos establecidos por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo en el Plan

de Acción Mundial contra el Paludismo. En la sección IV del informe se proporciona un análisis más detallado. El examen de las metas regionales y subregionales para combatir y erradicar la malaria no forma parte de este informe.

II. Situación actual

5. Entre 2000 y 2015, la ampliación de las intervenciones contra la malaria contribuyó a reducir en un 60% las tasas de mortalidad a causa de esa enfermedad en todo el mundo, lo que evitó alrededor de 6,2 millones de muertes y redujo la incidencia mundial de casos de malaria en un 37%. Entre los niños menores de 5 años, las tasas de mortalidad por malaria se redujeron en un 65% a nivel mundial y en un 71% en África. La malaria ya no es la causa principal de muerte entre los niños de la región africana.

6. Entre 2000 y 2015 se registró una tendencia decreciente en la tasa de nuevos casos de malaria (incidencia). Se ha logrado la meta centrada en la malaria de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (meta 6.c), que consiste en haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo. Sin embargo, la enfermedad sigue concentrada en 15 países, principalmente de África; juntos, estos países registran el 80% de las muertes causadas por la malaria. Dos países, a saber, la República Democrática del Congo y Nigeria, registran aproximadamente el 35% 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. En general, los progresos en la reducción de la carga de la malaria han sido más rápidos en los países donde las tasas de transmisión disminuyeron en 2000.

7. En septiembre de 2015, los dirigentes de los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron por unanimidad un nuevo marco de desarrollo mundial, a saber, los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La meta 3.3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible pide, de aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas. Asegurar el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de calidad de la malaria será fundamental para alcanzar esta meta y la visión de un mundo libre de malaria establecida en la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030.

Medidas de lucha contra los vectores

8. El aumento de la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas¹ y de los programas de fumigación de interiores con insecticidas de acción residual ha sido un factor decisivo para reducir la transmisión de la enfermedad. En 2015, se proporcionaron cerca de 178 millones de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración a países del África Subsahariana. Se calcula que ese mismo año el 67% de la población en riesgo de contraer malaria tenía acceso a ese tipo de mosquiteros en sus hogares, frente a menos del 2% en 2000. Entretanto, la proporción de la población en riesgo que duerme bajo un mosquitero tratado con insecticidas (que representa la población protegida directamente) fue del 55% en 2015.

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”, dado que los mosquiteros tratados con insecticidas convencionales se continúan utilizando, especialmente fuera de África.

9. A pesar de este progreso, siguen existiendo grandes disparidades dentro de los países y entre ellos en cuanto al acceso a los mosquiteros tratados con insecticidas. La razón principal de esto ha sido la escasez de recursos financieros para adquirir mosquiteros suficientes y distribuirlos a todas las comunidades afectadas. Sin embargo, resulta alentador que en todos los países examinados el uso de mosquiteros tratados con insecticidas en los dos grupos más vulnerables —los niños menores de 5 años y las mujeres embarazadas— sea superior a los promedios nacionales.

10. Los programas nacionales de lucha contra la malaria también comprenden la fumigación periódica del interior de las viviendas para reducir la población de mosquitos que pueden transmitir la enfermedad. En 2014, 116 millones de personas quedaron protegidas como resultado de esta intervención. El porcentaje de la población en riesgo protegida por la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual ha disminuido a nivel mundial, del 5,7% (el máximo) registrado en 2010 al 3,4% en 2014; las disminuciones han afectado a todas las regiones, salvo la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. En 2014, el porcentaje de la población en riesgo protegida por la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual fue del 6% en el África Subsahariana y del 70% en los países donde dicha fumigación es el principal método de lucha contra los vectores.

11. Aunque los medios actuales de lucha contra los vectores siguen siendo eficaces, se necesita urgentemente detener el aumento de la resistencia de los mosquitos a los insecticidas en todos los países donde la malaria es endémica, y elaborar nuevas formulaciones de insecticidas y nuevos instrumentos. Desde 2010, 52 países, entre ellos la mayoría de los países africanos donde la enfermedad es endémica, han informado de resistencia a los insecticidas. En 2012, la OMS y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo publicaron el Plan Mundial para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas en los Vectores de Malaria, que proporciona a los países, los asociados y el sector privado orientación adaptada a sus necesidades. La mayoría de los países donde la malaria es endémica están tomando medidas para vigilar la resistencia a los insecticidas, pero pocos han elaborado planes detallados para controlarla.

Pruebas de diagnóstico y tratamiento

12. Actualmente, las terapias combinadas a base de artemisinina son las más eficaces para el tratamiento de la malaria sin complicaciones, causada por el parásito *Plasmodium* (el *P. falciparum* es el parásito causante de la malaria más letal y el responsable de la gran mayoría de los casos en África). En los últimos años, el aumento del porcentaje de casos de malaria tratados con una terapia combinada a base de artemisinina ha estado vinculado al número creciente de esos tratamientos proporcionados por los fabricantes y distribuidos por los programas nacionales de lucha contra la malaria. El número de ciclos de tratamientos combinados a base de artemisinina adquiridos de los fabricantes aumentó de 11 millones en 2005 a 337 millones en 2014. En abril de 2015, la OMS publicó una nueva edición de sus directrices para el tratamiento de la malaria, que incluyó orientaciones actualizadas sobre la dosificación correcta de los medicamentos contra la malaria en función del peso.

13. La OMS recomienda hacer pruebas de diagnóstico a todas las personas que se sospeche que estén afectadas de malaria que acudan a los dispensarios, las farmacias

o los trabajadores sanitarios de la comunidad en busca de tratamiento. Hoy día, se dispone ampliamente de pruebas de diagnóstico rápido; en 2014 se compraron más de 314 millones de esas pruebas, frente a menos de 50 millones en 2008. Al mismo tiempo, la calidad de las pruebas ha venido mejorando gradualmente, como lo han demostrado los resultados del Programa de la OMS de Evaluación del Desempeño de las Pruebas de Diagnóstico Rápido de la Malaria, administrado conjuntamente por la OMS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y la Fundación para Nuevos Diagnósticos Innovadores.

14. A pesar de que las pruebas de diagnóstico y el tratamiento de la malaria se han extendido considerablemente en los últimos años, millones de personas siguen sin poder acceder a esos servicios. En 2014, aproximadamente el 80% de los niños menores de 5 años que sufrían de malaria (unos 92 millones de casos) en el África Subsahariana no recibió ninguna terapia combinada a base de artemisinina. Se han observado deficiencias similares respecto de los tratamientos preventivos, que se recomiendan para los grupos más vulnerables en el África Subsahariana, a saber, las mujeres embarazadas, los niños menores de 5 años y los lactantes. Esos tratamientos son muy eficaces en función del costo y pueden salvar decenas de miles de vidas cada año.

15. Los programas de salud comunitarios pueden reducir en gran medida la mortalidad infantil relacionada con la malaria en las comunidades rurales, y ese enfoque se está utilizando cada vez más en todo el mundo. Por ejemplo, en el último decenio, el Gobierno de la India ha desplegado en todo el país más de 900.000 activistas sociales de salud acreditados, que se encargan de proporcionar un conjunto básico de asistencia curativa a las personas de todas las edades, remitirlas oportunamente a otros servicios sanitarios y promover la inmunización y otros servicios de salud pública. En África, la OMS y el UNICEF han ayudado a los países a intensificar los esfuerzos para ampliar los programas de coordinación asistencial comunitaria integrada mediante los que se capacita a los trabajadores sanitarios de la comunidad para que puedan diagnosticar y tratar a los niños menores de 5 años que sufren de malaria, neumonía y diarrea. Mediante el Programa para la Ampliación del Acceso Rápido, financiado por el Gobierno del Canadá y apoyado por la OMS y las ONG, desde 2013 más de 7.100 trabajadores sanitarios de la comunidad han sido capacitados y desplegados en cinco países africanos, donde han atendido más de 1,7 millones de casos de malaria, más de 900.000 casos de neumonía y casi 700.000 casos de diarrea entre los niños menores de 5 años de edad.

16. El brote de la enfermedad del Ébola en Guinea, Liberia y Sierra Leona (2014-2015) puso en grave peligro los sistemas de salud de esos países. A fin de gestionar y reducir la carga de malaria, la OMS publicó directrices sobre la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria en las zonas afectadas por la enfermedad del Ébola, y recomendó que se realizaran campañas de administración masiva de fármacos en los lugares en que existieran focos de dicha enfermedad para reducir el número de casos de malaria. Con el apoyo del UNICEF, el Fondo Mundial y otros asociados, el Gobierno de Sierra Leona llevó a cabo dos rondas de administración masiva de fármacos que beneficiaron a más de 2,6 millones de personas entre diciembre de 2014 y enero de 2015. La campaña de administración masiva de fármacos que llevó a cabo el Gobierno de Liberia en la capital, Monrovia, benefició a más de 300.000 personas. Actualmente, la OMS y los asociados están ayudando a los países afectados a rehabilitar los servicios de atención de la salud, ampliar las

intervenciones contra la malaria, subsanar la escasez de pruebas de diagnóstico y fármacos, y fortalecer la vigilancia de la malaria.

Aumento de la farmacorresistencia

17. En el último año, la resistencia a múltiples fármacos (incluida la resistencia a las terapias combinadas a base de artemisinina) ha aumentado considerablemente en la subregión del Gran Mekong de Asia Sudoriental. A menos que ese problema se solucione con urgencia, la malaria resistente a los fármacos puede convertirse en una amenaza grave para la salud pública mundial y debilitar los instrumentos con los que contamos actualmente para luchar contra esa enfermedad. Después de poner en marcha la respuesta de emergencia a la resistencia a la artemisinina en la subregión del Gran Mekong en 2013, la OMS estableció un programa birregional en Phnom Penh para coordinar las actividades de múltiples interesados. El centro establecido colabora estrechamente con los ministerios de salud de Camboya, China, Myanmar, la República Democrática Popular Lao, Tailandia y Viet Nam, y con diversos asociados para el desarrollo.

18. Para hacer frente a la resistencia creciente a múltiples fármacos, la OMS ha recomendado ampliar urgentemente las medidas de prevención de la malaria en toda la subregión y pasar de las medidas para poner límite a la resistencia a las medidas para erradicar la malaria a más tardar en 2030. Esta recomendación se ajusta a la conclusión a la que llegó el Comité Asesor en Políticas de Malaria de la OMS en septiembre de 2014 de que era posible eliminar el *P. falciparum* para 2030 y que debían iniciarse las acciones a tal fin lo antes posible. En mayo de 2015, la OMS puso en marcha la Estrategia para la Eliminación del Paludismo en la Subregión del Gran Mekong (2015-2030) en apoyo de los países afectados, para reorientar sus programas nacionales hacia la erradicación de la malaria. Para formular esa estrategia, la OMS coordinó estrechamente su labor con los países y los asociados para el desarrollo, y el Comité examinó y refrendó el proyecto de documento.

19. La disponibilidad y el uso continuados de monoterapias orales a base de artemisinina plantean un riesgo grave para las actividades de lucha contra la malaria en todo el mundo y han contribuido a la aparición de la resistencia a la artemisinina. La OMS ha recomendado desde hace tiempo que las monoterapias orales a base de artemisinina se retiren del mercado y se sustituyan por terapias combinadas, aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2007. Sin embargo, según la información más reciente de que se dispone, por lo menos 25 empresas siguen comercializando esos medicamentos en todo el mundo. A nivel mundial, 49 países han retirado las autorizaciones de comercialización de esos medicamentos, pero 7 países siguen permitiendo su comercialización.

Vigilancia de la malaria

20. Si bien las tasas de detección de los casos de malaria están aumentando gradualmente, los sistemas de vigilancia de todo el mundo detectan solo uno de cada siete casos. En 39 países donde la malaria es endémica es imposible acceder a datos fiables sobre las tendencias de la malaria, ya que la información es incompleta o incoherente a lo largo del tiempo, o ha habido cambios en la práctica de los diagnósticos o en la utilización de los servicios de salud. Se necesita urgentemente fortalecer los sistemas de vigilancia de la malaria para que los ministerios de salud puedan detectar las deficiencias en la cobertura de los programas y responder a los

brotos de la enfermedad de manera eficaz. Una vigilancia estricta contribuye también a orientar los cambios en la planificación y la ejecución de los programas, a fin de que los recursos puedan dirigirse a las poblaciones que más los necesiten, y puede contribuir a la evaluación de los resultados de las intervenciones.

21. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia es uno de los tres pilares de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 de la OMS, que insta a los países a ampliar considerablemente la vigilancia de la malaria y a transformarla en una intervención básica, tan importante como la lucha contra los vectores, las pruebas de diagnóstico o el tratamiento. Además de contribuir a acelerar el progreso en el cumplimiento de las metas propuestas para 2030, el aumento de las inversiones en la vigilancia de la malaria disminuirá la dependencia actual de los métodos de estimación de la enfermedad basados en modelos, y permitirá que los encargados de adoptar decisiones de los países y la comunidad mundial de la salud utilicen datos de salud y de la malaria más fiables.

22. El fortalecimiento de la vigilancia de la malaria también ha sido un pilar importante de la iniciativa de la OMS denominada “T3: Test. Treat. Track”, que la Directora General de la organización puso en marcha en abril de 2012 en Namibia. Como parte de la iniciativa T3, la OMS alienta a los países donde la malaria es endémica y a 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 se basó en los documentos de orientación fundamentales de la OMS sobre la malaria, a saber, *Acceso Universal al Diagnóstico de la Malaria: un Manual Operativo*; *Guías para el Tratamiento de la Malaria*; y los manuales operativos sobre la *Vigilancia de la Enfermedad para el Control de la Malaria* y la *Vigilancia de la Enfermedad para la Eliminación de la Malaria*.

Eliminación y certificación

23. Un total de 29 países donde la malaria es endémica están próximos a erradicar la enfermedad, y sus programas de lucha contra la malaria se encuentran actualmente en la fase previa a la erradicación, la fase de erradicación o la fase de prevención de la reintroducción de la enfermedad. Sin embargo, muchos otros países han definido a la erradicación de la malaria como un objetivo nacional. En los últimos años, se han intensificado las medidas para erradicar la enfermedad en muchas partes de África, en particular en los países de África Meridional que integran la iniciativa “Elimination 8” (Angola, Botswana, Mozambique, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe), en Centroamérica y la isla de La Española, así como en Asia Sudoriental. En 2015, por primera vez, se notificaron cero casos indígenas en la Región de Europa de la OMS, en consonancia con la Declaración de Taskent para erradicar de la región la malaria para 2015. Desde 2000, la OMS ha certificado a cuatro países como países libres de malaria: los Emiratos Árabes Unidos (2007), Marruecos (2010), Turkmenistán (2010) y Armenia (2011). Además, el proceso de certificación de la erradicación de la malaria está en marcha para Kirguistán y la Argentina.

24. En muchos países que están a punto de erradicar la malaria, la transmisión tiene lugar principalmente en las zonas donde el transporte y la infraestructura de salud pública son limitados, 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, para lograr progresos en la erradicación será necesario mejorar las estrategias de suministro de productos básicos y ampliar el acceso de los grupos afectados a los servicios de salud. Para mantener los progresos también será esencial estrechar la colaboración regional y transfronteriza y mejorar los instrumentos de diagnóstico.

Nuevas directrices mundiales de la Organización Mundial de la Salud

25. La Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 fue aprobada en mayo de 2015 por la 68ª Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA68.2, y tiene por objeto proporcionar a los países orientación técnica con base empírica para el próximo período de 15 años. La Estrategia se elaboró en estrecha consulta con los países donde la malaria era endémica y con los asociados, y el proceso fue supervisado por el Comité Asesor en Políticas de Malaria y un comité directivo especializado.

26. La meta de la Estrategia es reducir la carga de morbilidad malárica al menos en un 40% para 2020 y al menos en un 90% para 2030. También se propone erradicar la enfermedad en al menos 35 países adicionales para 2030. El documento se basa en los tres pilares siguientes: a) lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria; b) acelerar los esfuerzos para lograr la eliminación y alcanzar el estado exento de malaria; y c) transformar la vigilancia malárica en una intervención básica. Los pilares se complementan con los dos elementos de apoyo siguientes: a) aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones; y b) fortalecer el entorno propicio. En el documento, la OMS hace hincapié en que el avance hacia un mundo sin malaria no es un conjunto de etapas independientes, sino un proceso continuo que requiere una estratificación subnacional acorde con el riesgo de malaria. En él también se reconoce que los sistemas de salud fuertes son importantes para disminuir la carga de morbilidad y la posibilidad de transmisión continua de los parásitos, y favorecer la adopción e introducción de instrumentos y estrategias nuevos en el menor tiempo posible.

27. La estrategia proporciona la base técnica del documento *Acción e Inversión para Vencer la Malaria 2016-2030*, elaborado por la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, que se centra en la mejor manera de aplicar la estrategia de la OMS a través de las actividades mundiales de promoción, la movilización de recursos, la coordinación entre los asociados y la colaboración con el sector público (en los ámbitos del transporte, la industria, el turismo y la educación, entre otros), así como con el sector privado. El logro de múltiples Objetivos de Desarrollo Sostenible dependerá del éxito de las iniciativas de lucha contra la malaria.

28. Desde que el informe anterior sobre los progresos realizados (A/68/854) se preparó para la Asamblea General en mayo de 2015, la OMS ha formulado recomendaciones sobre el uso de la administración masiva de fármacos; sobre la detección y el tratamiento intermitentes durante el embarazo; sobre el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración, como el butóxido de piperonilo y un piretroide; y sobre los riesgos relacionados con la disminución de la lucha contra los vectores. Otras orientaciones importantes sobre la malaria son un informe técnico sobre el control y la erradicación de la malaria causada por *Plasmodium vivax* y una nota informativa sobre los criterios de selección recomendados para la adquisición de pruebas de diagnóstico rápido de la malaria.

Colaboración regional y compromiso político

29. En los últimos años, la región de Asia y el Pacífico ha presenciado un compromiso político cada vez mayor para hacer frente al problema de la malaria farmacorresistente. Algunos países de la región, encabezados por Australia y Viet Nam, pusieron en marcha la Alianza de Líderes de Asia y el Pacífico contra la Malaria en la Cumbre de Asia Oriental, celebrada en Brunei Darussalam en octubre de 2013. En noviembre de 2014, 18 Jefes de Estado que habían asistido a esa Cumbre se comprometieron a erradicar la enfermedad en la región de Asia y el Pacífico para 2030. La OMS acogió con satisfacción esa iniciativa y ha prestado apoyo a la secretaría de la Alianza en el Banco Asiático de Desarrollo en Manila, proporcionándole asesoramiento técnico.

30. Los Jefes de Estado y de Gobierno siguieron reuniéndose dos veces al año en un foro dedicado a la malaria, celebrado en el contexto de la Cumbre de la Unión Africana, para reafirmar su compromiso de erradicar la malaria a más tardar en 2030. En 2016, 49 Estados Miembros estaban colaborando entre sí, bajo los auspicios de la Alianza de Líderes Africanos contra la Malaria. En el foro más reciente, celebrado en enero de 2016, los dirigentes africanos reiteraron su compromiso de erradicar la malaria en el continente. Trece países recibieron un premio de la Alianza por el compromiso y la innovación que habían demostrado en la lucha contra la malaria. En ese foro, el Presidente del Chad fue nombrado nuevo Presidente de la Alianza.

III. Necesidades urgentes de financiación

31. Si bien las inversiones mundiales (incluida la financiación nacional e internacional) para la lucha contra la malaria han aumentado de una suma estimada de 960 millones de dólares en 2005 a 2.500 millones de dólares en 2014, la financiación disponible sigue siendo inferior a los 5.100 millones de dólares que se estima que se necesitan anualmente para lograr la cobertura universal de las intervenciones contra la malaria en todos los países donde la enfermedad es endémica. De los 2.500 millones de dólares invertidos en 2014, los donantes internacionales aportaron 1.900 millones de dólares y los Gobiernos de los países donde la malaria es endémica aportaron 550 millones de dólares.

32. Para alcanzar las metas y los objetivos establecidos en la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 de la OMS, es necesario aumentar las inversiones mundiales, incluidas las contribuciones nacionales e internacionales, a alrededor de 6.400 millones de dólares anuales a más tardar en 2020, a fin de reducir en un 40% las tasas de incidencia de la malaria y de mortalidad por esa enfermedad. Después de 2020, será necesario aumentar las inversiones anuales a unos 7.700 millones de dólares a más tardar en 2025 a fin de reducir en un 75% la carga de la malaria, y a 8.700 millones de dólares a más tardar en 2030 a fin de lograr el objetivo de reducir en un 90% la carga de esa enfermedad.

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

33. El éxito de las iniciativas adoptadas para combatir y erradicar la malaria se ha medido por los progresos logrados en un conjunto de metas fijadas para 2015, que se concibieron por medio de procesos intergubernamentales o se establecieron 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 de financiación de los programas, la cobertura de las intervenciones, y los casos de malaria y las muertes causadas por esa enfermedad. A través de las oficinas regionales de la OMS, se reciben los datos de los programas nacionales de lucha contra la malaria en los países donde la enfermedad es endémica. Esos datos se complementan con la información obtenida mediante las encuestas de hogares, en particular las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de evaluación de indicadores múltiples y las encuestas de indicadores de la malaria.

34. La evaluación de los progresos nacionales en el cumplimiento de las metas mundiales ha sido difícil en el caso de muchos países de África que registran una carga elevada de malaria, ya que los sistemas de vigilancia de la enfermedad solo captan efectivamente parte de los casos de malaria y de las muertes por esa enfermedad. En 31 de esos países, las tendencias de la malaria solo pueden evaluarse mediante métodos de estimación de la carga de la enfermedad basados en un modelo de la relación entre la prevalencia del parásito de la malaria y la incidencia de casos o la mortalidad.

Sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio

35. Junto con el VIH/SIDA y otras enfermedades, la lucha contra la malaria se incluyó en el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio. La meta específica del sexto Objetivo relativa a la malaria era: “haber detenido y comenzado a revertir, para el año 2015, la incidencia del paludismo”. Habida cuenta de que la malaria causa el 7% de las muertes de niños menores de 5 años a nivel mundial, las actividades de lucha contra esta enfermedad han contribuido considerablemente al logro de progresos en la consecución de 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 labor mundial de lucha contra la malaria también ha contribuido a acelerar el progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio primero, segundo, tercero, quinto y octavo.

36. Una evaluación de las tendencias mundiales de la malaria entre 2000 y 2015 indica que el mundo ha logrado la meta 6.C del sexto Objetivo. Entre 2000 y 2015, las tasas de incidencia de la malaria, que tienen en cuenta el crecimiento de la población, se redujeron en un 37% en todo el mundo y en un 42% en África. La tasa de mortalidad por malaria disminuyó un 60% en todo el mundo en ese mismo período, mientras que la disminución en África fue del 66%. Sobre la base de los datos comunicados, 57 países han reducido las tasas de incidencia de la malaria por lo menos en un 75% desde 2000.

37. Se estima que entre 2001 y 2015 se registró a nivel mundial un total acumulativo de 1.200 millones de casos menos de malaria y 6,2 millones de muertes menos por malaria que si las tasas de incidencia y mortalidad hubieran permanecido inalterables desde 2000. De la cifra estimada de 6,2 millones de muertes evitadas,

5,9 millones (95%) correspondían a niños menores de 5 años de edad. Como resultado de las considerables reducciones de la mortalidad por malaria, esta enfermedad ya no es la causa principal de muerte entre los niños del África Subsahariana. Se estima que, de los 943 millones de casos de malaria evitados en el África Subsahariana, el 70% puede atribuirse a las intervenciones de lucha contra dicha enfermedad. Es probable que los progresos adicionales se relacionen con el aumento de la urbanización y el desarrollo económico general.

Metas de Abuja

38. Mediante la aprobación de la Declaración de Abuja sobre la Regresión del Paludismo en África y su plan de acción, en la Cumbre Extraordinaria de los Jefes de Estado y de Gobierno Africanos, celebrada en Abuja en abril de 2000, los dirigentes de los países africanos donde la malaria es endémica se comprometieron a reducir a la mitad la mortalidad causada por la malaria para 2010. El plazo para el logro de esa meta se prorrogó después hasta 2015. En la Declaración de Abuja también figuraba un compromiso de reducir o eliminar los impuestos y aranceles que gravaban la importación de medicamentos para combatir la malaria, mosquiteros tratados con insecticidas y otros suministros básicos para combatir la enfermedad. En 2006, esa Declaración se complementó 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.

39. Se estima que, en 2015, 12 países de la Región de África de la OMS habían reducido la incidencia de casos de malaria en más del 50%. Nueve países (Argelia, Botswana, Cabo Verde, Eritrea, Namibia, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Sudáfrica y Swazilandia) redujeron en más del 75% su incidencia de casos. Etiopía, Zambia y Zimbabwe redujeron la incidencia de casos entre un 50% y un 75%. En otros países africanos no ha sido posible evaluar de manera fiable las tendencias de la malaria debido a que la información es incompleta o incoherente.

Metas de la Asamblea Mundial de la Salud

40. 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 2015*, 57 de los 106 países y territorios donde se seguía transmitiendo la malaria en 2000 lograron reducir en un 75% la mortalidad causada por la malaria. A nivel mundial, el número estimado de muertes por malaria se redujo en un 48% entre 2000 y 2015. Para avanzar con más rapidez en la consecución de esa meta, es preciso ampliar sustancialmente las iniciativas en los 15 países donde se registra la mayor carga, que juntos representan aproximadamente el 78% de la mortalidad a causa de la malaria.

Objetivos del Plan de Acción Mundial contra el Paludismo

41. El Plan de Acción Mundial contra el Paludismo de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo se puso en marcha en 2008 con el propósito de aglutinar el apoyo para combatir y erradicar la malaria, y unir a los asociados en torno a un plan de acción común. Los objetivos del Plan de Acción, revisado en 2011, fueron reducir prácticamente a cero las muertes por malaria a nivel mundial para fines de 2015, reducir los casos de malaria en el mundo un 75% para fines de 2015 y erradicar la malaria para 2015 en un mínimo de 8 a 10 países adicionales 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 asegurar la cobertura universal de las intervenciones contra la malaria. Esa meta de financiación no pudo cumplirse en su totalidad debido, en parte, a la disminución de los fondos disponibles en el mundo para la salud y el desarrollo, a raíz de la crisis financiera mundial.

42. Como lo demuestran las cifras citadas, se ha registrado un progreso constante en la consecución de todos esos ambiciosos objetivos. Para aproximarnos aún más a los dos primeros objetivos del Plan, sería preciso ampliar de manera urgente y considerable la financiación de las actividades de lucha contra la malaria, en particular en los países que registran la mayor carga. Entretanto, el tercer objetivo ya se ha cumplido: en 11 países adicionales (dentro y fuera de la Región de Europa) se ha reducido a cero la transmisión local de la malaria desde 2008 (Argentina, Azerbaiyán, Costa Rica, Georgia, el Iraq, Kirguistán, Paraguay, Sri Lanka, Tayikistán, Turquía y Uzbekistán). Otros tres países han sido certificados por la OMS como países libres de malaria desde 2008 (Armenia, Marruecos y Turkmenistán). En 2015, por primera vez desde que la OMS comenzó a llevar la cuenta, la Región de Europa comunicó cero casos indígenas de malaria.

V. Recomendaciones

43. **Será necesario hacer un esfuerzo concertado y coordinado a nivel mundial para reducir sustancialmente, a más tardar en 2030, la transmisión de la malaria y la morbilidad y la mortalidad causadas por esa enfermedad, y cumplir las metas establecidas en la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 de la OMS. El logro de progresos puede acelerarse mediante una respuesta multidimensional consistente en ampliar considerablemente las intervenciones disponibles en la actualidad para salvar vidas, asignar a la malaria una mayor prioridad política; aumentar la rendición de cuentas, fortalecer la colaboración regional y transfronteriza, y maximizar el desarrollo y el uso de instrumentos y enfoques nuevos.**

44. **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 materno-infantil y de laboratorio, y para establecer sistemas más sólidos de información sobre la salud y vigilancia de las enfermedades. Redoblar la coordinación asistencial comunitaria integrada en los países que registran la mayor carga de malaria y fortalecer los sistemas integrados de suministro de 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 reforzara más la infraestructura sanitaria.**

45. **Se necesita urgentemente aumentar la disponibilidad de fondos para la lucha contra la malaria a través de instrumentos de financiación tanto tradicionales como innovadores, a fin de aliviar el sufrimiento causado por esta enfermedad. Solo mediante una ampliación sustancial y el mantenimiento de la cobertura podrán los países prevenir nuevos brotes de malaria y avanzar hacia el logro de las ambiciosas metas relativas a la malaria a más tardar en 2030. También es esencial disponer de financiación suficiente y previsible para proteger los buenos resultados logrados en los últimos tiempos. Si los países**

tuvieran que disminuir los niveles actuales de cobertura de las intervenciones, muchos de los logros alcanzados y de las inversiones hechas en esta causa podrían desaparecer rápidamente.

46. Se insta a los países donde la malaria es endémica a que aumenten los recursos nacionales disponibles para combatir esa enfermedad. También se recomienda que examinen y fortalezcan los planes estratégicos nacionales, en consonancia con las recomendaciones técnicas de la OMS, y que integren firmemente esos planes en los planes nacionales de desarrollo y del sector de la salud. A fin de aumentar la repercusión y de mantener los logros alcanzados, los países deben adoptar cada vez más un enfoque multisectorial en la lucha contra la enfermedad y aprovechar las sinergias con otras prioridades de desarrollo.

47. Los asociados mundiales para el desarrollo y los países donde la enfermedad es endémica deben 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 formuladas por la OMS en el Plan Mundial de Contención de la Resistencia a la Artemisinina. Se requiere un compromiso político firme para poner en marcha una iniciativa coordinada y renovada con el fin de eliminar gradualmente el uso de las monoterapias orales a base de artemisinina, y retirar del mercado los medicamentos contra la malaria que no cumplan los requisitos de precalificación de la OMS. El surgimiento de la resistencia a los insecticidas puede combatirse adoptando las recomendaciones que figuran en el Plan Mundial para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas en los Vectores de Malaria.

48. Se necesita con urgencia fortalecer la vigilancia de la malaria y la calidad de los datos en todas las regiones donde esta enfermedad es endémica, a fin de que los ministerios de salud puedan destinar recursos financieros a las poblaciones más necesitadas y responder de manera eficaz a los brotes de la enfermedad. Habida cuenta de la gran cantidad de asociados sobre el terreno, se deben fortalecer los mecanismos de coordinación de la asistencia técnica basada en los países con miras a 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.

49. Las contribuciones de la comunidad científica y el sector privado siguen siendo esenciales: nuevos productos, como mejores instrumentos de diagnóstico, medicamentos más eficaces, nuevos insecticidas y mosquiteros tratados con insecticidas más duraderos, son elementos fundamentales para asegurar el avance sostenido de las iniciativas de lucha contra la enfermedad. Los notables progresos registrados en la lucha contra la malaria solo pueden mantenerse mediante el esfuerzo concertado y específico de múltiples interesados, basado en un compromiso político mundial, un adelanto científico constante e iniciativas dinámicas de innovación.