

# Resumen

En el *Informe mundial sobre el paludismo 2009* se resumen datos recibidos de 108 países donde la enfermedad es endémica y de otras fuentes y se actualiza el análisis presentado en el *Informe de 2008*. También se destaca el camino recorrido para cumplir las metas fijadas para 2010 y 2015 por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con el paludismo y los nuevos objetivos establecidos en el Plan de Acción Mundial sobre el Paludismo (2008) con vistas a la eliminación de la enfermedad:

- El total de los compromisos internacionales de financiación para combatir el paludismo pasó de US\$ 300 millones en 2003 a US\$ 1700 millones en 2009, gracias sobre todo al advenimiento del Fondo Mundial y al mayor volumen de fondos comprometidos por la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos de América contra el paludismo, el Banco Mundial y otros organismos. Este mayor caudal financiero se está traduciendo en una espectacular multiplicación de las intervenciones para combatir la enfermedad en muchos contextos y en una disminución tangible de la carga de paludismo.
- Se calcula que en 2008 el 31% de los hogares africanos poseía al menos un mosquitero tratado con insecticida, porcentaje notablemente superior al 17% registrado en 2006. También se estima que en 2008, en comparación con los años anteriores, aumentó la proporción de niños menores de cinco años que utilizaban esos mosquiteros hasta llegar a un 24% aunque este porcentaje aún queda lejos de la meta del 80% fijada por la Asamblea Mundial de la Salud. En estos promedios ponderados influye la escasez de mosquiteros tratados en los hogares de varios de los grandes países africanos, cuya generalización exige recursos que apenas ahora empiezan a estar disponibles. El porcentaje de hogares que poseían mosquiteros superó el 50% en 13 países africanos con una elevada carga de paludismo.
- Aunque el nivel de utilización de terapias combinadas basadas en la artemisinina (TCA) ha aumentado en comparación con 2006, sigue siendo muy bajo en la mayoría de los países africanos. En 11 de 13 países estudiados en 2007 y 2008, menos del 15% de los niños menores de cinco años afectados de fiebre recibieron este tipo de terapia, porcentaje muy inferior a la meta del 80% fijada por la Asamblea Mundial de la Salud.
- En más de un tercio de los 108 países palúdicos (nueve africanos y 29 no africanos), el número de casos de paludismo disminuyó en más del 50% en 2008, tomando como referencia los niveles de 2000. Las reducciones más modestas se registraron en los países con las mayores tasas de incidencia.
- Diez países están aplicando programas de eliminación a escala nacional, de los que seis entraron en la fase de eliminación en 2009. Ocho países se encuentran en la etapa de preeliminación, y otros nueve han interrumpido la transmisión y se concentran ahora en prevenir la reintroducción de la enfermedad.

En los países que han logrado proporcionar a buena parte de su población mosquiteros y acceso a programas terapéuticos se han reducido a la mitad la morbilidad y la mortalidad por paludismo, lo que indica que es posible cumplir las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a condición de lograr una cobertura suficiente de las principales intervenciones. Aunque estos resultados se observaron sobre todo en islas, como Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania), también a veces se lograron en países del África continental, por ejemplo Eritrea, Rwanda o Zambia.

En Santo Tomé y Príncipe, Zanzíbar y Zambia se ha comprobado que los descensos importantes de la morbilidad y la mortalidad por paludismo se acompañan de una acusada reducción de las muertes de niños menores de cinco años por cualquier causa, lo que lleva a pensar que un esfuerzo vigoroso por combatir el paludismo podría ayudar a muchos países africanos a lograr para 2015 una reducción de dos tercios de la mortalidad infantil, conforme a lo previsto en los ODM.

La resistencia del parásito a los fármacos antipalúdicos y la resistencia del mosquito a los insecticidas constituyen sendas amenazas para la lucha contra el paludismo a escala mundial. La correcta vigilancia de la eficacia de los medicamentos en países endémicos, respaldada por la OMS, ha deparado los primeros datos indicativos de resistencia a las artemisininas, lo que ha llevado a la OMS a encabezar una importante iniciativa para atajar la aparición de resistencias, que se deben sobre todo al hecho de que se siga utilizando monoterapia de artemisinina. Aunque la OMS ha apelado a poner fin al uso de estas monoterapias, en muchos países se siguen comercializando.

Las aportaciones internacionales de fondos destinadas a países donde el paludismo es endémico (US\$ 650 millones en 2007, último año para el que hay datos disponibles) siguen siendo muy inferiores a los US\$ 5000 millones que se necesitan anualmente para lograr una elevada cobertura y un máximo impacto en todo el mundo. Aproximadamente un 80% de la financiación externa tuvo por destino la Región de África de la OMS. La Región de Asia Sudoriental fue la que recibió menos dinero por persona expuesta al paludismo y la que registró un menor incremento de la financiación externa entre 2000 y 2007. Se observa que mayores niveles de asistencia externa traen consigo un aumento de la adquisición de productos y una reducción de la incidencia del paludismo.

Sin embargo, la financiación externa destinada a la lucha contra el paludismo se concentra de forma desproporcionada en países pequeños con una carga de morbilidad no muy elevada. Lo que conviene ahora es perseguir con mayor ahínco el éxito en los países de grandes dimensiones, donde se concentran la mayoría de los casos de paludismo y de muertes por la enfermedad, y proteger lo conseguido hasta la fecha. Ello exigirá no sólo un nivel suficiente de recursos económicos, sino también, por un lado, reforzar los sistemas de salud para que puedan luchar contra el vector, dotarse de medios de diagnóstico de confirmación parasitológica y al mismo tiempo administrar TCA a los enfermos, y por el otro instituir sistemas de vigilancia sistemática de la enfermedad y de la aparición de resistencias (a fármacos antipalúdicos en el parásito y a insecticidas en el mosquito).

# Puntos esenciales

## ● Antecedentes y contexto

*Con la mirada puesta en la referencia de 2010, los países donde el paludismo es endémico y la comunidad internacional están tratando de lograr una cobertura elevada de intervenciones eficaces con el fin de cumplir las metas relativas tanto a índices de cobertura como a resultados obtenidos.*

1. En 2008, con ocasión del Día Mundial del Paludismo, el Secretario General de las Naciones Unidas apeló a redoblar esfuerzos para hacer realidad antes de finales de 2010 la cobertura universal de los programas de prevención y tratamiento del paludismo.
2. El objetivo fijado por los Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud y la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo (RBM) consiste en lograr una reducción de al menos el 50% para finales de 2010 y como mínimo del 75% para 2015 del número registrado de casos y fallecimientos por paludismo, tomando como referencia los niveles de 2000.
3. En septiembre de 2008, la RBM puso en marcha el Plan de Acción Mundial sobre el Paludismo, en el que se definen las medidas necesarias para alcanzar cuanto antes las metas fijadas por la Alianza para 2010 y 2015 en materia de control y eliminación de la enfermedad.

## ● Políticas y estrategias de lucha contra el paludismo

*Para cumplir las metas fijadas para 2010 y 2015 es preciso que los países faciliten a todas las personas expuestas a la enfermedad mosquiteros tratados con insecticida o material para rociar los interiores con insecticidas de acción residual, puedan efectuar un diagnóstico de laboratorio en todos los presuntos casos de paludismo y dispensen un tratamiento eficaz si se confirma la enfermedad.*

### Tratamiento

4. En todos los presuntos casos de paludismo se recomienda proceder sin tardanza a una confirmación parasitológica por microscopía o con una prueba de diagnóstico rápido antes de dar comienzo al tratamiento. En los casos confirmados de paludismo sin complicaciones por *Plasmodium falciparum*, se administrará una terapia combinada basada en la artemisinina (TCA), mientras que a los afectados por *P. vivax* se les administrará cloroquina cuando ésta sea eficaz o una TCA adecuada en las zonas donde el parásito sea resistente al fármaco. La medicación contra *P. vivax* deberá combinarse con la administración de primaquina durante 14 días a fin de evitar recaídas.
5. La administración de tratamiento atendiendo únicamente a indicios clínicos que hagan sospechar la presencia de paludismo sólo será procedente cuando resulte imposible efectuar un diagnóstico parasitológico. En 2008, 20 de los 45 países de paludismo endémico de la Región de África de la OMS, así como 51 de los 64 países de fuera de esta Región, comunicaron que disponían de una política de pruebas parasitológicas para presuntos casos de paludismo en personas de cualquier edad, y 78 países afirmaron disponer de una política de tratamiento con TCA en los casos de paludismo por *P. falciparum*.

6. La OMS recomienda retirar del mercado las monoterapias orales de artemisinina y sustituirlas por tratamientos de combinación basados en ese fármaco. Hoy por hoy aún se utilizan esas monoterapias orales en 37 países, situados en su mayoría en la Región de África, seguida por la Región de las Américas y la Región de Asia Sudoriental.
7. Debido a la resistencia del parásito, los fármacos antipalúdicos utilizados anteriormente han perdido toda eficacia en buena parte del mundo, lo que pone en peligro la lucha contra la enfermedad. Otro tanto podría ocurrir con los derivados de la artemisinina y los fármacos que se combinan con ellos, por ahora extremadamente eficaces. En la zona fronteriza entre Camboya y Tailandia se han detectado plasmidios de la especie *P. falciparum* resistentes a las artemisininas.

### Prevención

8. En 2008, 23 países de la Región de África y 35 de otras regiones habían seguido la recomendación de la OMS de proporcionar mosquiteros a todas las personas de cualquier grupo de edad expuestas al paludismo, y no sólo a mujeres y niños, lo que supone un incremento de 13 países en comparación con 2007.
9. El rociamiento de interiores con insecticidas de acción residual aprobados por la OMS (comprendido el DDT) sigue siendo una de las intervenciones básicas para reducir o incluso interrumpir la transmisión del paludismo atacando al vector en todo tipo de contextos epidemiológicos. En 2008 declararon haber recurrido a esta técnica 44 países, 19 de ellos de la Región de África.
10. En el caso de mujeres embarazadas que se encuentren en zonas de intensa transmisión se recomienda administrar un tratamiento preventivo intermitente. En 2009 tenían aprobados programas a tal efecto 33 países de la Región de África, tres de la Región de Europa Oriental y uno de la Región del Pacífico Occidental.

## ● Progresos en la prevención del paludismo

*En algunos países de África se está extendiendo con rapidez el uso de mosquiteros tratados con insecticida. A finales de 2008 el porcentaje de hogares que disponían de esos mosquiteros había aumentado hasta un 31% en países muy afectados con una elevada carga de morbilidad.*

11. Entre 2006 y 2008 se entregaron a países muy afectados de la Región de África alrededor de 140 millones de mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada.
12. Las estimaciones realizadas a partir de modelos indican que un 31% de los hogares africanos poseían al menos un mosquitero impregnado de insecticida y que un 24% de los niños menores de cinco años había dormido en ellos en 2008. Ese año la proporción de hogares que disponían de tales mosquiteros alcanzó o superó el 50% en 13 (un 37%) de los 35 países muy afectados de la Región de África. Las encuestas realizadas indican que siete países (Guinea Ecuatorial, Etiopía, [población que vive a menos de 2000 metros de altitud], Gabón, Malí, Santo Tomé y Príncipe, Senegal y Zambia) consiguieron llegar a un porcentaje de hogares con mosquitero igual o superior al 60% en 2007 ó 2008.

13. El porcentaje de niños menores de cinco años que la noche anterior habían dormido en un mosquitero impregnado de insecticida, en hogares donde hubiera al menos uno de esos mosquiteros, fue del 51% (mediana; intervalo 14-68%) en los seis países de los que se tenían datos en 2006-2007. Teniendo en cuenta que los datos procedían invariablemente de encuestas demográficas y sanitarias, que en general se llevan a cabo en la estación seca, podría ser que el porcentaje de utilización fuera superior durante la estación lluviosa.

14. En dos de los cuatro países de la Región de África donde se llevaron a cabo repetidas encuestas nacionales, el porcentaje de hogares con mosquiteros impregnados de insecticida se redujo en un 13% y un 37%, respectivamente, dentro de los 24 a 36 meses siguientes a la distribución masiva. Ello pone de relieve la necesidad de instituir programas dinámicos de distribución sistemática de mosquiteros. Se requiere asimismo un seguimiento sistemático de la durabilidad de los mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada y de la longevidad de los propios insecticidas a fin de determinar las necesidades de mantenimiento.

## ● Avances en el diagnóstico y tratamiento del paludismo

*Está mejorando la adquisición de terapias combinadas basadas en la artemisinina (TCA), y va en aumento el porcentaje de niños con fiebre a quienes se administra ese tratamiento. No obstante, en 2008 los países no recibieron más que aproximadamente un 50% de las TCA que habrían necesitado para tratar casos de paludismo en las instalaciones de asistencia sanitaria del sector público.*

15. En 2008, en los 18 países muy afectados de la Región de África de la OMS para los que había datos disponibles, se pudo confirmar con una prueba de detección del parásito un 22% de los presuntos casos de paludismo notificados.

16. En general el acceso a tratamientos, y en especial a la TCA, dejó mucho que desear en los países africanos. En 11 de los 13 países africanos para los que se disponía de datos de encuestas realizadas en 2007 y 2008, menos de un 15% de los menores de cinco años recibieron esa terapia en caso de fiebre.

17. Nueve encuestas domiciliarias realizadas en 2007 y 2008 revelaron que el 20% de las mujeres embarazadas recibieron una segunda dosis de tratamiento preventivo intermitente.

## ● Incidencia de la lucha antipalúdica

*En varios contextos en los que se han aplicado intervenciones eficaces con un elevado nivel de cobertura se ha registrado una espectacular disminución del número de niños muertos por paludismo o cualquier otra causa.*

18. En África, en cuatro países (Eritrea, Rwanda, San Tomé y Príncipe y Zambia) y un territorio (Zanzíbar, República Unida de Tanzania) muy afectados se observó una reducción de más del 50% de la morbilidad y la mortalidad debidas al paludismo, y otro tanto ocurrió en cinco países africanos con bajos niveles de transmisión (Botswana, Cabo Verde, Namibia, Sudáfrica y Swazilandia). En Santo Tomé y Príncipe y Zanzíbar (República Unida de Tanzania) se observó una disminución del número de casos de paludismo y de muertes por la enfermedad a los dos y tres años de haberse generalizado el uso de insecticidas de acción residual para rociar interiores, de mosquiteros tratados con insecticidas de acción prolongada y de terapias combinadas basadas

en la artemisinina. Estos dos últimos métodos bastaron asimismo para lograr una reducción de dichas cifras en Rwanda.

19. Después de una agresiva campaña de lucha antipalúdica, el número de fallecimientos por cualquier causa de pacientes hospitalizados disminuyó en un 53% en Santo Tomé y Príncipe y un 57% en las islas de Zanzíbar (República Unida de Tanzania). En Zambia las tasas de mortalidad infantil por cualquier causa cayeron en un 35%, según se desprende del número de muertes registradas en establecimientos de salud y de los índices de mortalidad de menores de cinco años calculados a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2007. Estas tendencias, si se confirman en países no insulares, parecen indicar que un combate agresivo contra el paludismo podría ayudar a muchos países africanos a lograr para 2015 una reducción de dos tercios de la mortalidad infantil, conforme a lo previsto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

20. Por lo que respecta a las demás regiones de la OMS, en 29 de los 56 países donde la enfermedad es endémica el número de casos confirmados y notificados se redujo en más del 50% entre 2000 y 2008. Las caídas más modestas se registraron en los países con las mayores tasas de incidencia, de donde se infiere que conviene prestar más atención a los países donde se concentra el mayor número de casos y muertes por paludismo fuera de África.

## ● Eliminación del paludismo

*En septiembre de 2008, la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo estableció el objetivo de haber eliminado la enfermedad de entre ocho y diez países para 2015, y ulteriormente de todos los países que en 2008 estaban en la fase de preeliminación.*

21. En 2009 hay ocho países que están en la fase de preeliminación de la lucha antipalúdica, 10 están aplicando programas de eliminación a escala nacional (de los que seis entraron en la fase de eliminación en 2009) y otros nueve (Armenia, Bahamas, Egipto, Federación de Rusia, Jamaica, Marruecos, Omán, República Árabe Siria y Turkmenistán) han logrado interrumpir la transmisión y están en la etapa de prevenir la reintroducción de la enfermedad.

## ● Financiación de la lucha antipalúdica

*Los fondos comprometidos por donantes internacionales para luchar contra la enfermedad han aumentado sustancialmente: de los cerca de US\$ 300 millones de 2003 se ha pasado a US\$ 1700 millones en 2009. En el mismo intervalo parecen haberse mantenido estables los niveles de financiación interna (por los propios países) de la lucha antipalúdica.*

22. Los fondos desembolsados para combatir el paludismo pasaron de US\$ 592 millones en 2006 a US\$ 652 millones en 2007. En 2008 los fondos comprometidos superaron los US\$ 1000 millones, y en 2009 fueron más de US\$ 1700 millones. Todo ello indica que la financiación sigue aumentando sin cesar.

23. De los 108 países donde la enfermedad es endémica, 76 recibieron asistencia externa para luchar contra el paludismo entre 2000 y 2007. El gasto per cápita más elevado se registró en los países con una población expuesta poco numerosa.

24. Los países que entre 2000 y 2007 recibieron más de US\$ 7 por persona expuesta al paludismo tenían más probabilidades de registrar una disminución del número de casos que los países donde la asistencia externa no alcanzó ese nivel.