

# PRIORIDAD DEL PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA MALARIA<sup>1</sup>

Dr. K. C. Liang<sup>2</sup>

*La prioridad en los programas de erradicación de la malaria debe determinarse de acuerdo con la magnitud de los daños que causa dicha enfermedad en términos de mortalidad, morbilidad y pérdidas económicas, con la factibilidad técnica y operacional en la aplicación de las medidas de ataque y vigilancia, y sobre todo, con los recursos de que se dispone.*

En la planificación de las actividades de salud se ha otorgado prioridad, es decir, preferencia de una cosa con respecto a otra, a aquellos problemas que deben combatirse por el daño económico y social que producen, de acuerdo con la posibilidad de la aplicación de medidas eficaces para resolverlos.

Este análisis permitirá estudiar alternativas y seleccionar los métodos más eficientes de acuerdo con la política general del país, la factibilidad técnica y operativa y los recursos disponibles. La prioridad puede considerarse a nivel mundial, continental, nacional, regional y local, dependiendo de la intensidad y extensión del problema.

En 1948, se estimó que por lo menos las tres cuartas partes de la población mundial corrían el riesgo de enfermar y morir a causa de la malaria. Es más, en las Américas el 39% del territorio, en el que residía el 36% de la población, era malárico.

En las áreas maláricas, dicha enfermedad a menudo producía elevada mortalidad y morbilidad, además de una acción depauperante sobre los habitantes, lo que llevó con frecuencia a la despoblación de fértiles regiones tropicales o bien impidió su colonización. Es evidente que, debido a su incidencia, no fue posible incorporar grandes zonas subtropicales y tropicales al desarrollo económico y social de diversos países.

En la III Conferencia Sanitaria Interna-

cional celebrada en 1907, se consideró la malaria como un problema continental y desde entonces esta enfermedad fue incluida en los temarios de todas las Conferencias Sanitarias Panamericanas. En 1938, la X Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió la creación de la Comisión Panamericana de Malaria con un programa que incluía estudios epidemiológicos, legislativos, de quimioterapia, de medidas de control del vector y estandarización de la terminología malariológica. La Comisión se constituyó en 1940 y comprendía entre sus miembros eminentes malariólogos de Argentina, Brasil, El Salvador, México, Estados Unidos de América y Venezuela; dicha Comisión llevó a cabo una labor muy valiosa que sirvió de base para elaborar los planes continentales.

Si bien las medidas antimaláricas conocidas en esa época eran de aplicación limitada a las áreas urbanas y semiurbanas, a los lugares de construcción de obras públicas o a zonas de importancia económica, los Gobiernos concedieron alta prioridad a la distribución de fondos. Según los datos proporcionados por la Comisión Panamericana de Malaria en 1943, el presupuesto para el control de la malaria ocupó un promedio del 12% del presupuesto total para la salud de los 15 países estudiados, con un máximo de 64.7% de Panamá y un mínimo de 1.5% de Costa Rica.

La experiencia con el rociamiento intradomiciliario de DDT en Castel Volturno y el Delta del Tíber, Italia, en 1944 y 1945, mostró por primera vez un método eficaz contra

<sup>1</sup> Tema presentado en la II Reunión de Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria, Región de las Américas, celebrada en Quito, Ecuador, del 21 al 26 de abril de 1975.

<sup>2</sup> Epidemiólogo, Departamento de Erradicación de la Malaria, OPS.

la malaria a un costo compatible con la utilización de este insecticida en gran escala. Con esta nueva arma podría atacarse la enfermedad en el medio rural. Desde entonces, esta medida se experimentó con buenos resultados en varios países en las Américas, así como en otras regiones del mundo. La Fundación Rockefeller, la Comisión de la Malaria de la Liga de las Naciones y la OSP contribuyeron en estos ensayos iniciales.

En vista de la factibilidad técnica para combatir la enfermedad en escala continental, la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) resolvió recomendar a la OSP que incluya en sus programas de acción el desarrollo de las actividades necesarias para proceder a la mayor intensificación y coordinación de las labores de lucha antimalárica en el continente. La XIV Conferencia Sanitaria Panamericana en 1954 declaró que la erradicación de la malaria en el Hemisferio Occidental era de extrema urgencia y autorizó al Director de la OSP para obtener la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o internacionales para lograr ese objetivo. En la Octava Asamblea Mundial de la Salud celebrada en la Ciudad de México en 1955, se extendió esta decisión a escala mundial. Siguiendo estas declaraciones, el Consejo Directivo, en su reunión de 1956, resolvió: "Destacar el consenso de todos los países del continente para darle a la malaria la primera prioridad entre los programas de salud pública".

Todos los países de las Américas con áreas maláricas iniciaron sus programas de erradicación antes de 1961. Los Gobiernos otorgaron la más alta prioridad a dichos programas, los que, en su mayoría, progresaron satisfactoriamente. Al final de 1964, de las 29 unidades políticas que tenían programas activos, seis de ellas consiguieron la erradicación de la malaria. En las 23 unidades políticas restantes también se logró un progreso considerable, incluso la interrupción de la transmisión en gran parte de su área malárica. En las Américas, la población de las

áreas en fase de consolidación aumentó de 1.5% en 1958 a 20.3% en 1964, considerando el total de habitantes de las áreas maláricas.

Desde 1964, los progresos fueron más lentos debido a factores que afectaron desfavorablemente el desarrollo de algunos programas. Las áreas en fase de consolidación requerían la continuación de gastos para las actividades de vigilancia, mientras que las áreas en fase de ataque necesitaban recursos adicionales para la aplicación de las medidas complementarias y sustitutivas debido a la aparición de resistencia del vector al DDT y del parásito a la cloroquina, a la colonización de tierras vírgenes para su cultivo, además de problemas operativos. Si bien los Gobiernos aumentaron sus presupuestos—de 22 millones de dólares en 1961 a 66 millones de dólares en 1974—no han podido compensar el aumento de costos de las operaciones, especialmente en los últimos años debido al incremento del precio de los insecticidas y equipos. Un importante factor de empeoramiento fue el retiro de la valiosa ayuda de la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID, EUA) y del UNICEF.

La asistencia prestada por AID contribuyó, durante años, al progreso de los programas. Posteriormente, esta ayuda se vio reducida en forma gradual y desde entonces los gobiernos no han podido disponer de fondos suficientes para compensar esta pérdida.

La asistencia del UNICEF en insecticidas, vehículos, equipo y suministros, continuó a niveles apreciables hasta 1966. No obstante, en los años siguientes, dicha asistencia disminuyó considerablemente, y, en 1971, aprobó la última asignación para los programas de erradicación de la malaria en las Américas.

De 1971 a 1973, el Gobierno de la República Federal de Alemania contribuyó con ciertas cantidades de propoxur a los países centroamericanos.

Desde que se inició el programa de erradicación de la malaria en 1956, la OPS con-

tinuó con su asistencia técnica y contribuyó además con suministros, equipo y vehículos de acuerdo con sus posibilidades.

En vista de los problemas técnicos, administrativos y operativos que dificultan el logro de la meta de erradicación a plazo limitado en todos los países del mundo, la 20ª y 21ª Asamblea Mundial de la Salud (1967 y 1968) solicitaron al Director General de la OMS que efectuara un nuevo estudio sobre la estrategia mundial de la erradicación de la malaria. En la 22ª Asamblea Mundial de la Salud (1969), el Director General de la OMS presentó un informe de los resultados de dicho estudio que fue aprobado por la Asamblea como estrategia para continuar la lucha contra la enfermedad. Si bien en este documento se modificó el concepto de erradicar la malaria en escala mundial en un plazo limitado, no se cambió el objetivo final de la erradicación. En efecto, se propuso que cada país realizara una revisión del programa y determinara su propia estrategia a la luz de las condiciones epidemiológicas y de los recursos disponibles. De acuerdo con la estrategia así establecida, cada país debe proponer la prioridad requerida en la adquisición y distribución de los recursos para asegurar el cumplimiento de las metas propuestas.

En 1974, la 27ª Asamblea Mundial de la Salud, después de haber estudiado la situación malárica del mundo de acuerdo con la estrategia recomendada en la 22ª Asamblea, concluyó que la malaria continúa siendo una enfermedad cuyo control reviste alta prioridad y que dicha estrategia es válida. Por consiguiente, se resolvió solicitar al Consejo Ejecutivo que revise en forma exhaustiva el programa así como las prioridades nacionales e internacionales, e informe a la 28ª Asamblea Mundial de la Salud.

En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en 1972, los Gobiernos establecieron como meta para la década actual que la malaria sea erradicada o se interrumpa su transmisión en áreas que incluyen el 90.7% de la población que ha-

bita en las áreas originalmente maláricas de las Américas. En 1974, la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana reafirmó las metas establecidas y recomendó a los Gobiernos y al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que estudiaran detenidamente los problemas que entorpecen el progreso y examinaran de nuevo la prioridad del programa a fin de determinar su futura estrategia. Asimismo, recomendó que solicitaran a los Directores de los Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria que, en su próxima reunión, propongan las medidas que proceda adoptar para dar cumplimiento a esta recomendación.

Para la debida consideración de los Directores de los Servicios Nacionales de la Erradicación de la Malaria, y con objeto de que se proceda a su examen en relación con el grado de prioridad, se han agrupado los programas en las siguientes categorías, de acuerdo con la situación epidemiológica actual y las perspectivas para el futuro:

*Grupo I.* Comprende 12 unidades políticas y 69,259,000 habitantes (34.5% del total del área malárica del Hemisferio). La malaria ha sido erradicada y se han mantenido las actividades de vigilancia contra esta enfermedad. Dichas actividades en este grupo de países y territorios deben recibir la prioridad que les asegure la conservación de sus áreas libres de la enfermedad.

*Grupo II.* Con 8 unidades y 12,804,000 habitantes (6.4%). La perspectiva para erradicar la malaria dentro de un plazo corto es buena y por lo tanto el programa debe continuar recibiendo la más alta prioridad a fin de lograr la eliminación de los focos residuales y organizar un sistema adecuado de vigilancia que evite el restablecimiento de la transmisión.

*Grupo III.* Cuenta con 14 unidades políticas y 118,679,000 habitantes. La mayoría de dichas unidades tienen parte de su territorio en fase de consolidación o de mantenimiento.

En algunas unidades la erradicación podría lograrse en un plazo limitado si se aumentan los recursos financieros, pero en otras la erradicación debe considerarse como un programa sin tiempo limitado. Para esos países, la prioridad debe determinarse de

acuerdo con la magnitud de los daños que causa la malaria en términos de mortalidad, morbilidad y pérdidas económicas, con la factibilidad técnica y operativa en la aplicación de las medidas de ataque y vigilancia, y sobre todo, con los recursos disponibles. En los países donde no existen serios problemas técnicos, se debe buscar una prioridad alta para que el programa de malaria obtenga el apoyo financiero y administrativo que le permita reducir gradualmente la incidencia de la enfermedad. En los países donde existen serios problemas técnicos, operativos y financieros, se debe dar al programa la prioridad que le permita conservar lo que se ha logrado en las áreas en fase de consolidación y mantenimiento, con objeto de evitar el agravamiento de la situación en el resto del área malárica donde la transmisión persiste; se deben intensificar asimismo las actividades de investigación.

Cuando los recursos son limitados, la prioridad debe concederse a las áreas de importancia económica y donde se presentan problemas maláricos que afecten el desarrollo del lugar.

La prioridad no solo representa apoyo financiero, administrativo y de recursos humanos, sino que debe significar también la reactivación permanente del interés y entusiasmo del personal en el cumplimiento de los trabajos que le han sido encomendados. El porcentaje del presupuesto asignado a malaria en relación con el presupuesto total del país y el asignado para la salud son indicadores útiles para conocer la prioridad que el Gobierno ha concedido al programa, pero no siempre constituye una regla para medir el valor efectivo en la ejecución de las actividades. El desarrollo socioeconómico del país tampoco es un factor indispensable para juzgar o pronosticar la marcha del programa. Con todo, si el programa recibe alta prioridad por parte del Gobierno, habrá más posibilidad de obtener fondos suficientes, sea de su presupuesto regular o de las agencias internacionales y bilaterales. Se debe tener en cuenta que la asistencia externa no

es sustituto de los recursos nacionales sino un complemento de los esfuerzos del país o un catalizador para un mejor funcionamiento del programa.

Es de esperar que una vez que los países establezcan y justifiquen la prioridad que corresponde a su problema malárico, estudien las posibilidades de adquirir fondos adicionales del propio país o del exterior.

La malaria continúa siendo una enfermedad de gran importancia en las zonas rurales de las Américas, y desde principios de este siglo, los Gobiernos han concedido alta prioridad al control de este padecimiento. En 1954, los Gobiernos declararon su decisión en el sentido de erradicar la malaria del Hemisferio, otorgándole primera prioridad entre los programas de salud pública.

Como conclusión, merece destacarse el interés demostrado por los Gobiernos en su apoyo financiero que aumentó de 22 millones de dólares en 1961 a 66 millones en 1974.

Se espera que los Gobiernos intensifiquen aún más sus esfuerzos para conseguir la erradicación de la malaria de las Américas.

### Resumen

La planificación de las actividades de salud se inicia por la definición de prioridades, es decir la selección y ordenamiento de los problemas que necesitan solución, de acuerdo con la posibilidad de la aplicación de medidas eficaces para resolverlos. La prioridad no solo representa apoyo financiero, administrativo y de recursos humanos; involucra también la reactivación permanente del interés del personal en el cumplimiento de los trabajos que le han sido encomendados. Según la magnitud que presenta el problema, la prioridad puede considerarse a nivel mundial, continental, regional y local.

Desde principios del presente siglo, los Gobiernos han concedido alta prioridad al control y posteriormente en 1956 a la erradicación de la malaria.

Al final de 1974, los programas de malaria en las Américas se pueden clasificar en tres grupos, de acuerdo con la situación epidemiológica y las perspectivas para el futuro. El grupo I comprende 12 unidades políticas (países o territorios) donde la malaria ha sido erradicada. Estas unidades deben conceder la prioridad adecuada a sus programas para conservar el estado libre de la enfermedad. El grupo II cuenta con 8 unidades donde la perspectiva de lograr la erradicación dentro de un plazo corto es buena. Los programas deben recibir la más alta prioridad a fin de eliminar los focos residuales y llegar a la meta de erradicación. En el grupo III hay 14 unidades y la mayoría de ellas tiene parte de su territorio en fase de consolidación y de mantenimiento. En

algunos países se podría lograr la erradicación de la malaria en un plazo corto siempre que se incrementen los recursos financieros, no así en otros donde la erradicación debe considerarse con un programa sin tiempo limitado. Estas unidades deben otorgar una alta prioridad a sus programas que les permita conservar lo que se ha logrado en las áreas en fase de consolidación y mantenimiento y reducir gradualmente la incidencia malarica en las áreas aún en fase de ataque.

Si el programa de erradicación de la malaria recibe alta prioridad por parte del Gobierno, será más factible obtener fondos suficientes para llevar a cabo la campaña, ya sea de su presupuesto regular o bien de las agencias internacionales y bilaterales. □

---

#### Priorities in the malaria eradication program (Summary)

The planning of health activities begins with the setting of priorities—that is to say, the selection and arrangement of the problems to be solved in an order consistent with the possibilities that exist for the adoption of effective measures for their solution. The assignment of priorities not only implies financial, administrative, and manpower support but also involves the continuing renewal of staff members' interest in fulfilling the tasks that have been entrusted to them. According to the magnitude of the problem, priorities may have to be envisaged on a world, continental, regional, or local scale.

Ever since the beginning of the present century the Governments have accorded high priority to malaria control and, since 1956, to its eradication.

As of the end of 1974 malaria programs in the Americas could be classified into three groups according to their epidemiologic status and prospects for the future. Group I corresponds to the 12 political units (countries or territories) in which malaria has been eradicated. These units should give suitable priority

to activities for ensuring that they remain free of the disease. Group II is composed of the eight units whose prospects of achieving eradication within a short period are good. Here the highest priority should go to efforts designed to eliminate residual foci and complete the last steps toward ultimate eradication. Group III comprises 14 units, the majority of which have part of their territories in the consolidation or maintenance phase. In some countries malaria eradication could be achieved within a short period if additional funds could be found; in others the situation is quite different and eradication cannot be expected within a foreseeable time span. Such units should give high priority to activities that will enable them to firmly establish what has been achieved in those areas which are in the consolidation and maintenance phases and gradually reduce the incidence of malaria in those areas that are still in the attack phase.

When the malaria eradication program is given high priority by its Government, adequate funds for the campaign can be more readily obtained either from the regular budget or from international and bilateral agencies.

### A prioridade do programa de erradicação da malária (Resumo)

O planejamento das atividades de saúde começa pela definição de prioridades, ou seja, a seleção e o ordenamento dos problemas carentes de solução, de acordo com a possibilidade de aplicação de medidas eficazes para resolvê-los. Além de se traduzir em apoio financeiro, administrativo e de recursos humanos, a prioridade abrange a permanente reativação do interesse do pessoal no cumprimento das tarefas que lhe hajam sido atribuídas. De acordo com a magnitude revelada pelo problema, pode-se considerar a prioridade a nível mundial, continental, regional e local.

Desde o começo do século atual, os Governos têm atribuído alta prioridade ao controle e, depois de 1956, à erradicação da malária.

Em fins de 1974, pode-se classificar os programas de malária nas Américas em três grupos, de acordo com a situação epidemiológica e as perspectivas para o futuro. O grupo I compreende 12 unidades políticas (países ou territórios) em que a malária foi erradicada. Devem essas unidades conceder adequada prioridade a seus programas para manter-se

em estado livre da doença. O grupo II conta com oito unidades em que há boa perspectiva de obter a erradicação a curto prazo. Devem os programas receber a mais alta prioridade a fim de eliminar os focos residuais e chegar à meta de erradicação. No grupo III há 14 unidades, a maioria delas com parte de seu território em fase de consolidação e manutenção. Em certos países poder-se-ia obter a erradicação da malária a curto prazo mediante o incremento dos recursos financeiros, ao contrário de outros em que se deve considerar a erradicação como prioridade sem prazo limitado. Estas unidades devem outorgar alta prioridade a seus programas para poderem conservar o que foi obtido nas áreas em fase de consolidação e manutenção, e reduzir gradativamente a incidência de malária nas áreas em fase de ataque.

Se o programa de erradicação de malária receber alta prioridade do Governo, será mais exequível obter suficientes verbas para a execução da campanha, tanto consignadas em seu orçamento como proporcionadas pelas agências internacionais e bilaterais.

### Priorité du programme d'éradication du paludisme (Résumé)

La planification des activités de la santé commence par la définition des priorités, c'est-à-dire, la sélection et la classification des problèmes à résoudre, et ce, en fonction de la possibilité d'appliquer des mesures efficaces pour le faire. Par priorité, on entend non seulement l'aide financière, l'appui administratif et la prestation de ressources humaines mais encore la motivation permanente de l'intérêt que porte le personnel à l'exécution des travaux qui lui ont été confiés. D'après l'ampleur du problème, la priorité peut revêtir un caractère mondial, continental, régional ou local.

Depuis le début du siècle, les gouvernements accordent une priorité élevée à la lutte contre le paludisme et, depuis 1956, à son éradication.

A la fin de 1974, les programmes antipaludiques dans les Amériques peuvent être classés en trois groupes selon la situation épidémiologique et les perspectives d'avenir. Le premier comprend 12 unités politiques (pays ou territoires) où le paludisme a été éradiqué. Ces unités doivent accorder une priorité suffisante à leurs programmes pour maintenir le pays libre de la maladie. Le deuxième en compte

huit où les perspectives d'éradication à court terme sont bonne. Les programmes doivent recevoir la plus grande priorité afin d'éliminer les foyers résiduels et d'arriver à l'éradication. Le troisième enfin englobe 14 unités qui, pour la plupart, ont une partie de leur territoire en phase de consolidation et de maintien. Dans certains pays, l'éradication du paludisme pourrait se faire à court terme à condition d'accroître les ressources financières, alors que dans d'autres, l'éradication doit être considérée comme un programme illimité dans le temps. Ces unités doivent accorder une priorité élevée à leurs programmes afin de pouvoir préserver les résultats obtenus dans les régions en phase de consolidation et de maintien, et réduire graduellement l'incidence du paludisme dans les régions qui sont encore en phase d'attaque.

Si le programme d'éradication du paludisme reçoit du gouvernement la priorité qu'il mérite, il sera plus facile d'obtenir les fonds suffisants pour mener à bien la campagne, que ces fonds viennent du programme ordinaire ou des organismes internationaux et bilatéraux.