



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 126.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., 26 al 30 de junio de 2000

*Punto 4.11 del orden del día provisional*

CE126/18 (Esp.)  
9 mayo 2000  
ORIGINAL: INGLÉS

### PALUDISMO

De los 39 Estados Miembros de la OPS, 21 presentan transmisión del paludismo. En estos países, 88 millones de personas viven en zonas de riesgo de transmisión entre moderado y alto, con aproximadamente 1,5 millones de casos por año. A partir de 1992, estos países adoptaron la Estrategia Global para el Control de la Malaria, aunque su ejecución no es completa. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” se propone crear un movimiento a nivel mundial, regional, nacional y local para fortalecer aún más la ejecución de la estrategia mencionada.

La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” promueve el uso de estrategias basadas en pruebas científicas, la acción a nivel de la comunidad, y la acción conjunta eficaz entre los gobiernos y los organismos nacionales e internacionales de desarrollo. Reconoce que el éxito ininterrumpido en hacer retroceder la enfermedad requiere inevitablemente el desarrollo del sector sanitario, a fin de que pueda abordar mejor una serie de problemas prioritarios de salud. Intenta incorporar las iniciativas para hacer retroceder el paludismo en toda la gama de actividades de salud comunitarias que llevan adelante las sociedades en riesgo de este padecimiento. Se prevé que la iniciativa evolucione hasta convertirse en un movimiento social de escala mundial y lograr la participación de comunidades locales que todavía no están haciendo retroceder el paludismo.

El control del paludismo debe ser una función integral de un sistema de salud eficaz respaldado por la participación sólida de la comunidad. La lucha antivectorial forma parte de esta iniciativa, mediante la aplicación de métodos focalizados, específicos para el lugar y eficaces en función de los costos. Mediante la utilización de una combinación de métodos se pretende reducir la dependencia del rociamiento de insecticidas de acción residual en los próximos años.

El presente documento presenta al Comité Ejecutivo los antecedentes técnicos sobre la necesidad de ejecutar la nueva iniciativa mundial “Hacer retroceder el paludismo” en las Américas, para que lo analice y formule las recomendaciones que juzgue pertinentes.

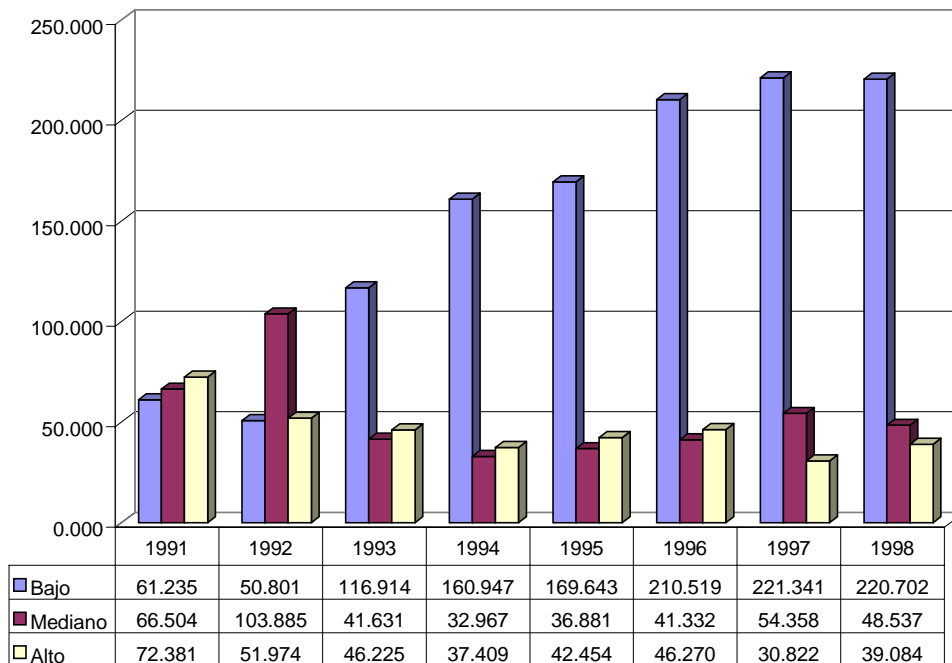
## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Situación actual del paludismo .....	3
2. Situación actual de la Estrategia Global para el Control de la Malaria.....	6
3. Problemas y limitaciones importantes .....	10
4. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” .....	12
5. Conclusiones .....	14

## 1. Situación actual del paludismo

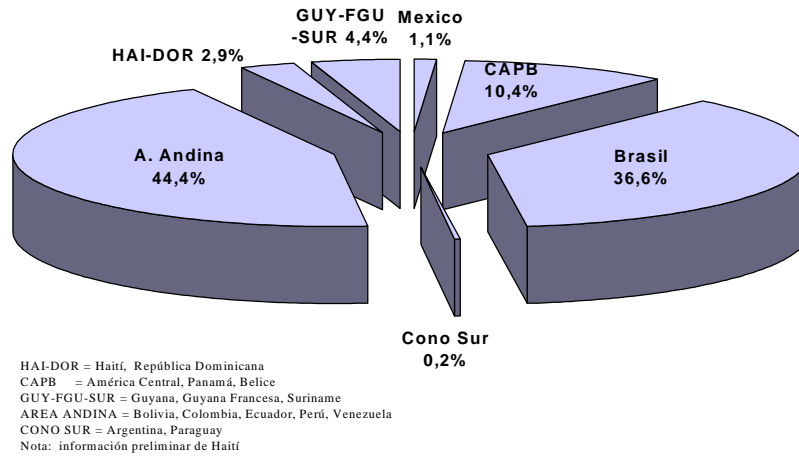
En 1998, vivían 803 millones de personas en la Región de las Américas. De 460 millones de personas en los 21 países con transmisión activa del paludismo, 219 millones (47,5%) viven en zonas con algún riesgo de transmisión. Sin embargo, de estos, 131 millones (59,8%) están expuestos a un riesgo bajo o sumamente bajo de transmisión de paludismo. Los restantes 88 millones de personas (19,0% del total de la población de estos 21 países) viven en zonas de riesgo de transmisión moderado y alto (figura 1).

**Figura 1. Población que vive en zonas endémicas para malaria, según el nivel de riesgo de transmisión, 1991-1998\***



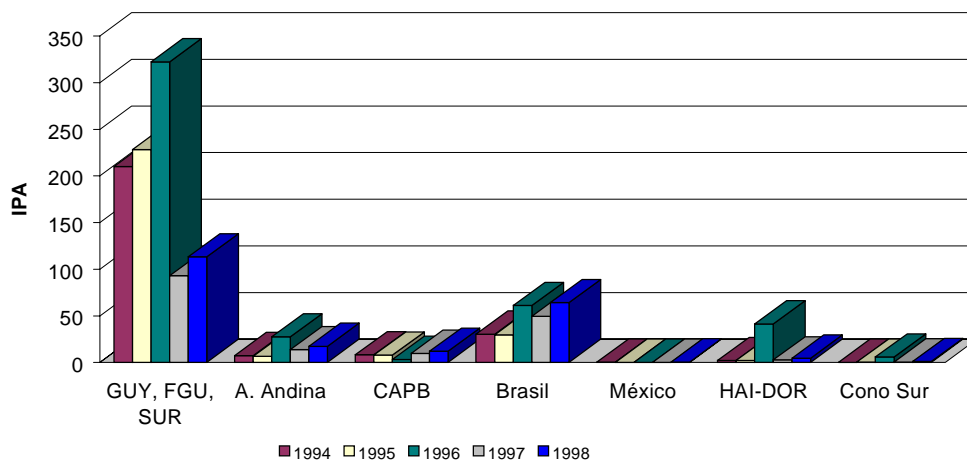
El índice parasitario anual (IPA) en la Región oscila entre un mínimo de 0,42/1.000 en México y un máximo de 310,2/1.000 en Suriname. Un análisis por subregión indica que Brasil notificó el número absoluto más alto de casos de paludismo (36,6%), seguido por los países de la subregión andina, que representaron 44,4% de todos los casos (figura 2).

**Figura 2. Distribución de los casos de paludismo en la Región de las Américas, 1998**



Sin embargo, el mayor riesgo de transmisión se observó en la subregión que incluye zonas de Guayana Francesa, Guyana y Suriname (IPA = 101,3/1.000), seguida de regiones de Brasil (IPA = 64,0/1.000), como se muestra en la figura 3.

**Figura 3. Índices parasitarios anuales (IPA)\* por subregión geográfica, 1994-1998**



\* Con base en poblaciones en áreas de mediano y alto riesgo de paludismo  
 CAPB=América Central, Panamá, Belice  
 HAI-DOR=Haití, República Dominicana

IPA = Número de casos confirmados x 1000  
 Población en alto y mediano riesgo

La distribución epidemiológica del paludismo en las Américas ha cambiado debido a una disminución en la prevalencia del paludismo causado por *Plasmodium falciparum* en la Amazonia brasileña. Esta disminución se vincula a un mejoramiento en el tratamiento de casos por medio del diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato, la disminución en las actividades mineras sin control y el menor desplazamiento de la población como resultado de la estabilización de proyectos para la colonización agrícola. La disminución en la Amazonia brasileña ocurrió con un aumento de la prevalencia de *P. falciparum* en las zonas selváticas de la subregión andina, principalmente en la cuenca amazónica. La costa del Pacífico de Perú, Ecuador y Colombia ha experimentado un aumento considerable tanto en el número como en la propagación de casos de paludismo, especialmente por *P. falciparum*. Las lluvias intensas como resultado del fenómeno de El Niño en 1997-1998, que afectaron a la infraestructura básica sanitaria y social y dificultaron la capacidad de respuesta, empeoraron esta epidemia. Esto dio lugar a un incremento de 84.740 (79%) casos por *P. falciparum*, lo cual arroja un aumento total de 107.468 casos en toda la Región de las Américas.

El principal mejoramiento operativo en relación con la reducción de la tasa de mortalidad por *P. falciparum* es el aumento de la cobertura con tratamientos de segunda y tercera línea. El cuadro 1 muestra la notable disponibilidad de tratamiento, después del fenómeno de El Niño a lo largo de la costa andina del Pacífico, a pesar de la dificultad para llegar a las poblaciones expuestas a *P. falciparum* y a las epidemias. El cuadro muestra la disponibilidad de tratamiento por caso diagnosticado, que oscila entre 0,77 y 310,2 tratamientos de primera línea por caso notificado.

Por otro lado, la resistencia a la cloroquina tiene gran prevalencia en América del Sur, si bien todavía se observa cierta respuesta clínica a este medicamento en los países andinos. El número de tratamientos insatisfactorios notificados está aumentando, y ha llegado a aproximadamente 20% en algunas regiones de la Amazonia peruana. La columna derecha del cuadro 2 presenta los regímenes medicamentosos antimaláricos actuales recomendados por cada país con endemias. La resistencia a la sulfadoxina/pirimetamina es también generalizada, y la quinina y la tetraciclina se utilizan cada vez más como antimaláricos de primera línea en Colombia y las Guayanas. Perú ha definido tres regímenes antimaláricos diferentes para su política farmacéutica nacional, como resultado de los diversos niveles de resistencia de *P. falciparum* en el país. En la Amazonia brasileña, la mefloquina se ha introducido como tratamiento de primera línea para las infecciones por *P. falciparum*, después del diagnóstico con una prueba de tira reactiva. Los productos derivados de la artemisinina todavía se reservan para casos de paludismo grave y complicados. Se han notificado recientemente tratamientos aislados insatisfactorios con cloroquina de las infecciones por *Plasmodium vivax*, aunque no fueron confirmados por estudios epidemiológicos.

## 2. Situación actual de la Estrategia Global para el Control de la Malaria

La Región de las Américas ha respaldado la Estrategia Global para el Control de la Malaria (EGCM), que fue adoptada por la Conferencia Ministerial de 1992. Los 21 países con paludismo (enumerados en el cuadro 1) han reorientado sus programas para el control de acuerdo con la EGCM, adoptada en Amsterdam en 1992.

**Cuadro 1. Tratamiento antipalúdico concluido en 1998**

Países y territorios por subregión geográfica	Tratamientos completos con 1.500 mg de 4-amino quinolinas	Número de casos notificados	Número de tratamientos de primera línea disponibles por caso notificado	Número de tratamientos concluidos para <i>P. falciparum</i>	Número de casos de <i>P. falciparum</i> y casos mixtos notificados	Número de tratamientos de segunda línea disponibles por caso
México	664.705	14.451	46,00	---	21	---
Belice	15.498	2.614	5,93	---	223	---
Costa Rica	49.320	5.148	9,58	---	15	---
El Salvador	366.671	1,182	310,21	---	11	---
Guatemala	130.772	47.689	2,74	---	2.341	---
Honduras	438.102	42.979	10,19	---	1.067	---
Nicaragua	1.929.800	33.903	56,92	---	3.187	---
Panamá	19.600	1.039	18,86	700	125	5,60
Haití <sup>^</sup>	95.100	34.449	2,76	...	34.449	...
Rep. Dominicana	137.359	2.006	68,47	5	1.999	0,00
Guayana Francesa	...	...	...	...	2.658	...
Guyana	31.667	41.200	0,77	35.143	22.799	1,54
Suriname	13.930	12.412	1,12	24.348	10.193	2,39
Brasil	684.000	471.892	1,45	152.967	101.534	1,51
Bolivia	77.551	73.913	1,05	13.200	11.414	1,16
Colombia	289.200	185.455	1,56	257.853	99.085	2,60
Ecuador	150.000	43.696	3,43	24	21.448	0,00
Perú	896.647	247.004	3,63	111.414	84.289	1,32
Venezuela	131.217	21.862	6,00	7.837	5.248	1,49
Argentina	802	339	2,37	---	0	---
Paraguay	...	2.091	...	...	3	...

... No hay información disponible.

<sup>^</sup> Haití: Solo información parcial.

**Cuadro 2. *Plasmodium falciparum* en las Américas, 1994–1998**

Países	Años	Proporción en alto riesgo como una proporción del total de la población	Casos de <i>P. falciparum</i> 1994–1998 (% del número total de casos)	Muertes por paludismo 1994–1998	Política farmacéutica para <i>P. falciparum</i> (por orden de líneas terapéuticas)
Bolivia	1994	0,5% (34.000/7,0M)	4.700 (13,8%)	29	1) Quinina 7 días + tetraciclina 7; 2) Mefloquina.
	1998	1,9% (147.000/7,9M)	11.414 (15,5%)	27*	
Brasil	1994	2,3% (3.7M/159M)	172.000 (30,5%)	413	1) Quinina 7 días + tetraciclina 7; 2) Mefloquina; 3) Artemisinina.
	1998	1,5% (2,5M/165M)	101.721 (22,6%)	110*	
Colombia	1994	8,4% (2,9M/34,5M)	31.000 (24,4%)	81	1) Amodiaquina + primaquina; 2) Sulfa + pirimetamina; 3) Quinina 7+ tetraciclina 7 días.
	1998	5,3% (2,0M/37,7M)	96.201 (54,2%)	33*	
Ecuador	1994	7,6% (853.000/11,2M)	10.000 (33,3%)	67	1) Cloroquina + primaquina; 2) Sulfa + pirimetamina.
	1998	10,6% (1,3M/12,2M)	20.359 (51,4%)	16*	
Guayana Francesa	1995	6,2% (9.100/147.000)	4.100 (97,6%)	–	1) Quinina 3 días + doxiciclina; 2) Halofantrina + doxiciclina.
	1998	7,0% (11.700/166.000)	2.658 (76,8%)	2*	
Guyana	1994	6,5% (53.000/825.000)	22.000 (56,4%)	150	1) Quinina 3 días + clindamicina; 2) Sulfa + pirimetamina.
	1998	52,4% (449.000/856.000)	22.799 (65,2%)	34*	
Perú	1994	9,1% (2,1M/23M)	21.000 (17,2%)	39	1) Quinina 3 días + tetraciclina 7; 2) Sulfa + pirimetamina
	1998	12,9% (3,2M/24,8M)	84.002 (34,0%)	52*	
Suriname	1994	7,6% (32.000/418.000)	4.300 (91,5%)	20	1) Sulfa + pirimetamina; 3) Quinina 3 días + clindamicina
	1998	10,2% (45.000/442.000)	10.193 (81,7%)	7*	
Venezuela	1994	0,7% (143.000/21M)	3.300 (24,1%)	17	1) Cloroquina + primaquina 2) Sulfa + pirimetamina; 3) Quinina 3 días + tetraciclina 7
	1998	2,6% (616.000/23,2M)	4.980 (22,8%)	26*	
					TASA BRUTA DE MORTALIDAD
TOTAL 1994		3,4% (9,8M/289,9M)	268.000 (24,0%)	816	8.3/100,000 población expuesta
TOTAL 1998		3,7% (10,2M/272,3M)	354.327 (27,3%)	307*	3.0/100,000 población expuesta

K = 1,000

M = 1.000.000

\* Datos preliminares

El objetivo básico de la EGCM fue prestar más atención al manejo adecuado de las enfermedades humanas que a la lucha antivectorial. Esto requirió que el objetivo tradicional de erradicación de enfermedades se integrara en un enfoque contra enfermedades múltiples, con la ampliación consiguiente de la cobertura de los servicios básicos de salud para establecer un diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato de la población en riesgo de contraer la enfermedad.

Los cuatro elementos básicos para la ejecución de la EGCM son: 1) proporcionar diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; 2) planificar y ejecutar medidas preventivas y sostenibles, incluida la lucha antivectorial; 3) detectar, contener y prevenir epidemias con prontitud, y 4) fortalecer la capacidad de los servicios locales de salud para evaluar periódicamente la situación epidemiológica en la Región y permitir que los programas de control reduzcan la carga social y económica del paludismo en la población. De estos cuatro elementos técnicos, solo el primero se ha ejecutado plenamente en algunos países.

La ejecución de este primer elemento de la EGCM en la Región ha reducido enormemente la tasa de mortalidad específica por paludismo. En 1994, el primer año con registros susceptibles de compararse, la tasa bruta de mortalidad por *P. falciparum* fue de 8,3 por 100.000 habitantes expuestos. Para 1998, la tasa de mortalidad descendió a 3,0 por 100.000 de la población expuesta, una disminución de 62% en el número total de muertes registradas.

La ejecución de la EGCM es un proceso que todavía continúa, con gran variación entre los países de la Región. Algunos de estos han reducido enormemente sus tasas de mortalidad específica por paludismo en los últimos cuatro años, y han demostrado que, en función de sus costos, concentrar la atención en el manejo de la enfermedad humana es una inversión más eficaz que el enfoque tradicional en la lucha antivectorial, en particular en los lugares en que *P. falciparum* es más prevalente. Sin embargo, en las zonas y en los países donde *Plasmodium vivax* es la especie prevalente, así como en las zonas donde se ha logrado controlar la transmisión por *P. falciparum*, la prevalencia y la incidencia de *P. vivax* siguen aumentando o los efectos en el control son mínimos. Esta situación es el resultado de varios factores que oscilan desde la naturaleza recidivante de *P. vivax* hasta las condiciones extrínsecas que favorecen la transmisión causada por la “ruralización” de la periferia de las ciudades más grandes.

Las mejoras en la disponibilidad de terapia de segunda y tercera línea en Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana, Perú y Venezuela, en comparación con años anteriores, pueden ser el resultado de una cobertura más amplia de la EGCM, lo cual requiere un énfasis en el manejo clínico óptimo de la enfermedad. El cuadro 3 muestra los resultados del examen microscópico de 6,5 millones de casos sospechosos. Los servicios locales de salud, que



**Cuadro 3. Comparación entre la detección pasiva y activa de casos, 1998**

Países y territorios por subregión geográfica	DETECCIÓN PASIVA						DETECCIÓN ACTIVA		
	Servicios generales de salud y hospitales			Colaboradores voluntarios			Investigaciones epidemiológicas y seguimiento		
	Examinados	Frotis sanguíneos		Examinados	Frotis sanguíneos		Examinados	Frotis sanguíneos	
		positivos	TFP		positivos	SPR		positivos	SPR
México	591.404	4.381	0,74	267.385	6.066	2,27	900.437	3.991	0,44
Belice	...	628	...	21.600	1.630	7,55	6.445	1	0,02
Costa Rica	7.561	1.633	21,60	7.023	659	9,38	89.392	2.856	3,19
El Salvador	68.121	341	0,50	86.906	805	0,93	6.873	36	0,52
Guatemala	33.693	6.838	20,30	160.320	31.929	19,92	3.720	782	21,02
Honduras	---	---	---	230.222	42.708	18,55	6.000	271	4,52
Nicaragua	270.287	13.022	4,82	170.025	12.647	7,44	13.191	5	0,04
Panamá	33.042	207	0,63	318	114	35,85	153.695	718	0,47
Haití <sup>^</sup>	18.797	4.899	26,06	...	...	...	...	...	...
Rep. Dominicana	48.978	571	1,17	21.364	212	0,99	193.751	282	0,15
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	192.423	30.467	15,83	---	---	---	110.925	10.733	9,68
Suriname	72.671	12.360	17,01	---	---	---	810	52	6,42
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	54.455	28.801	52,89	89.857	35.251	39,23	64.052	31.711	49,51
Colombia	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ecuador	217.170	34.885	16,06	39.528	4.074	10,31	44.054	4.737	10,75
Perú	1.724.473	238.087	13,81	218.057	15.103	6,93	...	...	...
Venezuela	180.690	17.507	9,69	---	---	---	153.096	3.539	2,31
Argentina	1.731	217	12,54	118	18	15,25	7.492	104	1,39
Paraguay	2.433	332	13,65	24.976	1.437	5,75	15.535	322	2,07
TOTAL	3.517.929	395.176	11,23	1.337.699	152.653	11,41	1.769.468	60.140	3,40

--- No corresponde.

... No hay información disponible.

<sup>^</sup> Haití: Solo información parcial.

TFP = tasa de frotis positivos.

incluyen la red de trabajadores comunitarios de salud (colaboradores voluntarios), lograron alta eficacia en el diagnóstico, con una confirmación de 11,2% de casos presuntos, mientras que la vigilancia activa sigue revelando baja eficacia en el diagnóstico y costos operativos altos, con una confirmación de 3,4% de casos de “fiebre reciente”. Continúan los esfuerzos

para mejorar el diagnóstico microscópico al nivel de referencia de los servicios generales de salud, mediante la capacitación de técnicos de laboratorio en el diagnóstico del paludismo y la reasignación de microscopistas capacitados. En los países donde prevalece la farmacorresistencia de *P. falciparum*, el uso de pruebas para el diagnóstico rápido es cada vez más común como medida para garantizar el tratamiento adecuado en zonas que son de difícil acceso. No obstante, la detección activa ordinaria absorbe cerca de 26% de los recursos microscópicos de los países para el paludismo, a pesar de su baja eficacia reconocida.

Es necesarios realizar cambios conceptuales y operativos considerables para lograr el éxito en la ejecución de la EGCM, a fin de que rinda resultados cuantificables. Puesto que estos cambios están ocurriendo como parte integral del proceso de reforma del sector de la salud en la Región, la ejecución de la EGCM ha brindado una oportunidad excelente para fortalecer la capacidad de los servicios de salud y la ampliación local de su cobertura.

### **3. Problemas y limitaciones importantes**

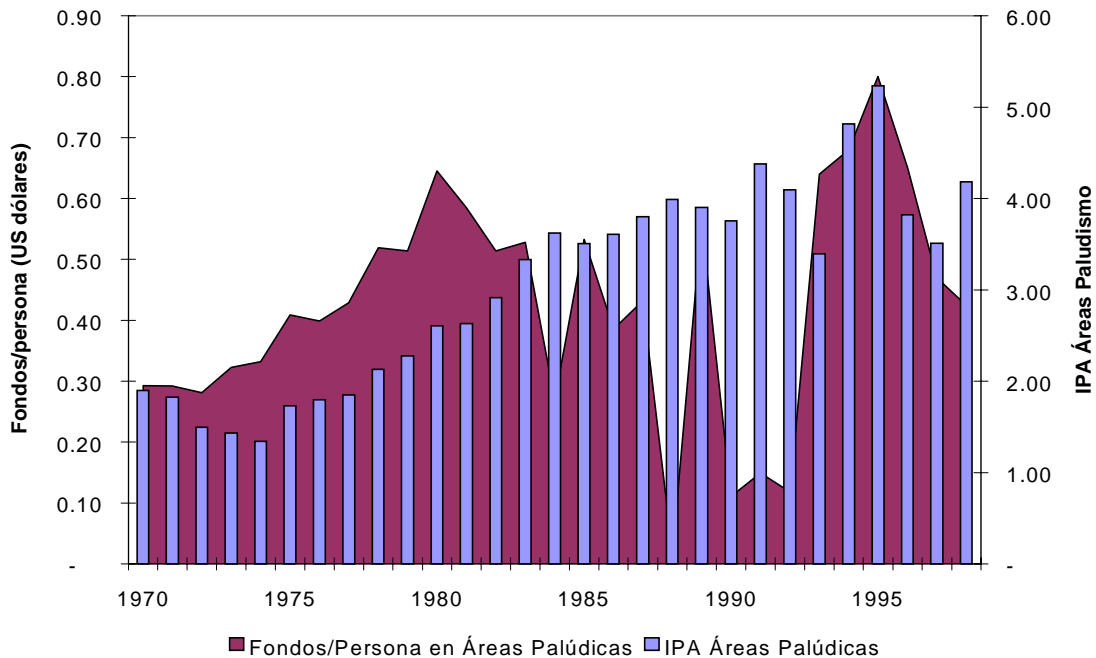
Son tres las barreras más importantes que obstaculizan la ejecución de una estrategia satisfactoria para el control del paludismo. La primera es la resistencia institucional al cambio, como resultado de la idea arraigada de que el control del paludismo se logra mediante el rociamiento con insecticidas, lo cual solo es posible mediante una institución operativa de envergadura.

La segunda barrera es la falta de recursos humanos capacitados, que puedan garantizar la aplicación de medidas eficaces para la lucha antivectorial y la interceptación de vectores para continuar y complementar la prevención satisfactoria de la mortalidad y la reducción de la morbilidad en un sector descentralizado de salud.

La tercera limitación principal es la marcada reducción de los presupuestos centrales y la aplicación eficaz de los recursos disponibles, que ocurre simultáneamente al importante proceso administrativo de descentralización de los servicios de salud.

La figura 4 indica que los fondos utilizados por los programas de control han variado enormemente durante los últimos cinco años. Sin embargo, sigue disminuyendo el gasto por persona en zonas palúdicas. En 1998, el gasto alcanzó un mínimo de US\$ 0,40 por persona para los 16 países que informaron a la OPS sobre su presupuesto para el control de la enfermedad. Esto representa una disminución de 50% en comparación con 1995 (\$0,80), una disminución de 38% en respecto a 1996 (\$0,65) y una disminución de 2,4% según los fondos disponibles el año pasado.

**Figura 4. Fondos por persona en zonas palúdicas, según el IPA palúdico: 1970–1998**



En el ámbito socioeconómico, la ejecución de la EGCM en la Región ha demostrado un aumento en la eficacia de las medidas de control para disminuir la transmisión por *P. falciparum* y reducir el costo de su ejecución. En Brasil, se realizó una evaluación económica de la ejecución de la EGCM en la Región y se observó que el costo de programas tradicionales para el control del paludismo en la lucha antivectorial es más de dos veces superior al de la EGCM para el logro del mismo nivel de eficacia. El estudio evaluó el costo del control del paludismo por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) durante un período de ocho años. En los cuatro años iniciales, el control del paludismo se realizó bajo la lucha antivectorial integral tradicional. Estas operaciones utilizaron 78,7% de los recursos disponibles para el período (\$352.794.720), con solo 21,3% dedicado a las operaciones de diagnóstico y tratamiento. El segundo período de cuatro años utilizó \$160.588.742, de los cuales 47,4% se empleó en operaciones para el control de vectores con un objetivo epidemiológico y 52,6% se utilizó para ampliar la cobertura de las operaciones de diagnóstico y tratamiento.

Ambos períodos le ahorraron a Brasil un número total similar de AVAD: 4.041.439 en el primer período de cuatro años y 4.730.948 en el segundo período. Sin embargo, el costo por AVAD ahorrado fue de \$87,29 en el primer período, mientras que en el segundo período fue de \$33,94.

Con el propósito de aprovechar estos resultados iniciales y reforzar la capacidad de los países para lograr una repercusión cuantificable mayor basada en los principios de la EGCM, la OPS se ha unido a la iniciativa mundial de la OMS “Hacer retroceder el paludismo”.

#### **4. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”**

La iniciativa es un movimiento social que tiene por objeto reducir significativamente la carga mundial de esta enfermedad mediante intervenciones adaptadas a las necesidades locales y con el refuerzo del sector sanitario. La iniciativa dirige la atención mundial a las regiones afectadas por el paludismo, al promover la movilización de recursos e intensificar la aplicación de herramientas existentes para el control de la transmisión.

La alianza mundial en favor de la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" mantiene el compromiso de permitir a los países reducir a la mitad la carga del paludismo para 2010 mediante los seis elementos siguientes:

- decisiones basadas en pruebas científicas;
- diagnóstico temprano y tratamiento sin demora;
- acciones bien coordinadas;
- prevención múltiple;
- movimiento mundial dinámico;
- investigación operativa focalizada.

La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” es una guía para que la OPS/OMS elabore iniciativas semejantes dirigidas a resolver otros problemas de la salud y el desarrollo. Como parte de un enfoque coordinado del control sostenible de las enfermedades infecciosas, “Hacer retroceder el paludismo” desarrollará y mantendrá la colaboración necesaria entre el sector sanitario y otros sectores para satisfacer las necesidades del control de esta enfermedad.

La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” promueve estrategias basadas en pruebas científicas, acción a nivel de la comunidad, y acción conjunta eficaz entre los gobiernos y los organismos de desarrollo. Reconoce que el éxito ininterrumpido en el control del paludismo requiere inevitablemente el desarrollo del sector sanitario, a fin de

que pueda abordar una serie de problemas de salud prioritarios. Intenta incorporarse en las actividades de salud comunitarias que emprenden las sociedades en riesgo de paludismo. Se prevé que la iniciativa movilizará hogares y comunidades y otros asociados para la acción apropiada.

La OPS/OMS proporcionará apoyo estratégico a una alianza ya establecida con una variedad de organizaciones a nivel mundial, regional y nacional, a fin de desarrollar capacidad sostenida para hacer frente al paludismo y a otros problemas de salud. A nivel de país, la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” apoyará la formulación de coaliciones para la acción y ayudará a los países a crear y apoyar alianzas a nivel de la comunidad que atraigan a socios múltiples y a todos los proveedores de atención de la salud contra el paludismo. El apoyo técnico es parte central del enfoque de la iniciativa.

Ahora que se ha logrado progresar y mueren menos personas a causa del paludismo en las Américas, existe una demanda política importante y urgente en favor del control de la transmisión. Es necesario recordar que las tasas de morbilidad y mortalidad son influidas en gran medida por los casos de paludismo y otras enfermedades transmisibles provenientes de zonas empobrecidas y, en particular, de las habitadas por indígenas.

Los métodos que propone la OPS/OMS son los siguientes: 1) la lucha antivectorial integrada, denominada control selectivo de vectores del paludismo (CSVM) y 2) el plan de acciones intensivas y simultáneas (PAIS). Estas son técnicas nuevas y simplificadas: la lucha antivectorial integrada para los trabajadores a nivel local y el PAIS mexicano hacen hincapié en la simultaneidad de las acciones para reducir el reservorio en el hombre y en los vectores.

El PAIS puede ser un buen método y una solución eficaz en función de los costos si se realiza y aplica junto con el diagnóstico temprano y el tratamiento sin demora. El CSVM se basa en la necesidad de usar herramientas selectivas, elegidas de acuerdo con la situación concreta. En otras palabras, estas herramientas deben crearse teniendo en cuenta la especificidad de cada región. Deben ser eficaces, de bajo costo y asequibles para lograr una disminución sostenible de la transmisión vectorial.

Además de la transferencia de recursos financieros y materiales suficientes y de personal capacitado de los programas para el control del paludismo, un reto importante para los administradores sanitarios es poseer información periódica y oportuna a nivel local para facilitar el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones. A tal fin, los servicios locales de salud tendrán que utilizar más los métodos disponibles para observar y vigilar la situación sanitaria de la población y el medio ambiente.

## **5. Conclusiones**

Según lo descrito en el presente informe, la situación actual de la EMLP en las Américas requiere un esfuerzo intensificado a fin de superar las barreras que se oponen a su ejecución.

La ejecución de la EMLP es extraordinariamente compleja y requiere:

- modificación del enfoque tradicional característico de organizaciones y programas verticales;
- organización de los servicios de salud en zonas de difícil acceso;
- preparación de recursos humanos para la ejecución eficaz y la sostenibilidad de las medidas adoptadas;
- provisión adecuada de recursos financieros y materiales suficientes y de manera oportuna.

Este reto es incluso mayor en el contexto de un sistema de salud descentralizado. Solo el compromiso conjunto y la colaboración de las partes interesadas permitirán alcanzar esta meta. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” proporciona un mecanismo para hacerlo y es esencial para las Américas.