



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



42.º CONSEJO DIRECTIVO 52.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., del 25 al 29 de septiembre de 2000

Punto 4.12 del orden del día provisional

CD42/16 (Esp.)

17 agosto 2000

ORIGINAL: INGLÉS

MALARIA

De los 39 Estados Miembros de la OPS, 21 presentan transmisión de la malaria. En estos países, 77 millones de personas viven en zonas de riesgo de transmisión entre moderado y alto, con aproximadamente 1,2 millones de casos por año. A partir de 1992, estos países adoptaron la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, aunque su ejecución no se ha logrado a cabalidad. 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, las actividades a nivel de la comunidad, así como medidas conjuntas eficaces 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 la malaria en toda la gama de actividades comunitarias de salud 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 logre la participación de comunidades locales que todavía no están haciendo retroceder la malaria.

La iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" se fundamenta en el reconocimiento de que el control de la malaria debe formar parte integral de un sistema de salud eficaz con una participación activa de la comunidad. La lucha antivectorial forma parte de esta iniciativa, mediante la aplicación de métodos focalizados, especiales 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.

Este tema fue debatido en la 126.ª sesión del Comité Ejecutivo y se presenta al 42.º Consejo Directivo para que lo debata y considere de la resolución que le propone el Comité Ejecutivo para aprobación (resolución CE126.R19 anexa). En el documento *Informe de la situación de los programas de malaria en las Américas* (CD42/INF/1) que se pondrá a la disposición del Consejo

Directivo, se da información más detallada.

CONTENIDO

Página

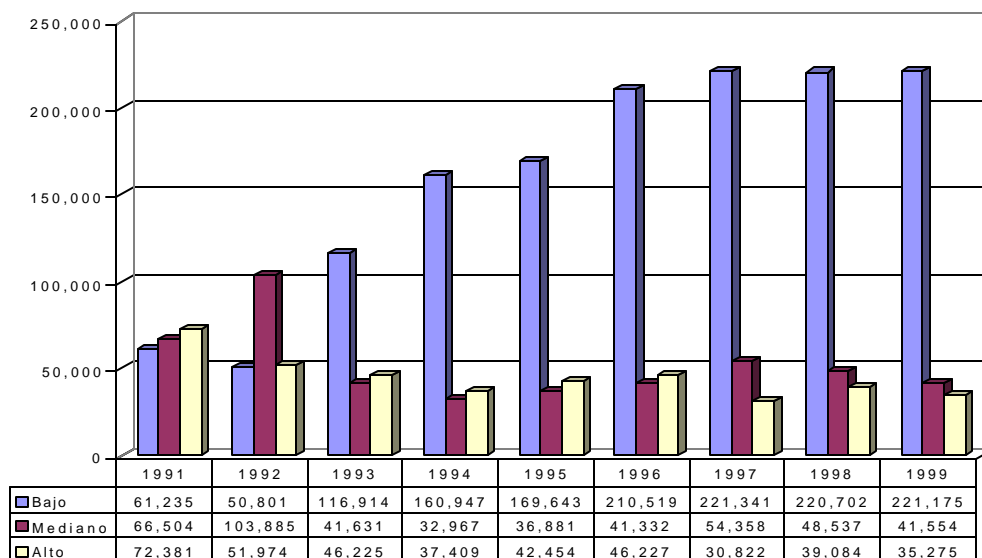
1. Situación actual de la malaria.....	3
2. Situación actual de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo	8
3. Problemas y limitaciones importantes.....	10
4. La iniciativa “Hacer retroceder el paludismo”	12
5. Conclusiones	14

Anexo: resolución CE126.R19

1. Situación actual de la malaria

En 1999, en la Región de las Américas vivían 818 millones de personas. De estas, 299 millones, en 21 países, vivían en zonas donde las condiciones ecológicas favorecían la transmisión de la malaria. Sin embargo, de ellas, 222 millones están expuestas a un riesgo bajo o sumamente bajo de transmisión de la malaria. Los restantes 77 millones de personas 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, 1991-1999



El índice parasitario anual (IPA) en la Región oscila entre un mínimo de 0,18/1.000 en México y un máximo de 309,8/1.000 en Suriname. Un análisis por subregión indica que Brasil notificó el número absoluto más alto de casos de malaria (51,7%), seguido por los países de la subregión andina, que representaron 33,1% de todos los casos (figura 2).

Sin embargo, el mayor riesgo de transmisión se observó en la subregión que incluye zonas de Guayana Francesa, Guyana y Suriname (IPA = 127,5/1.000), seguida de regiones de Brasil (IPA = 118,8/1.000), como se muestra en la figura 3.

Figura 2. Distribución de los casos de malaria en la Región de las Américas, 1999

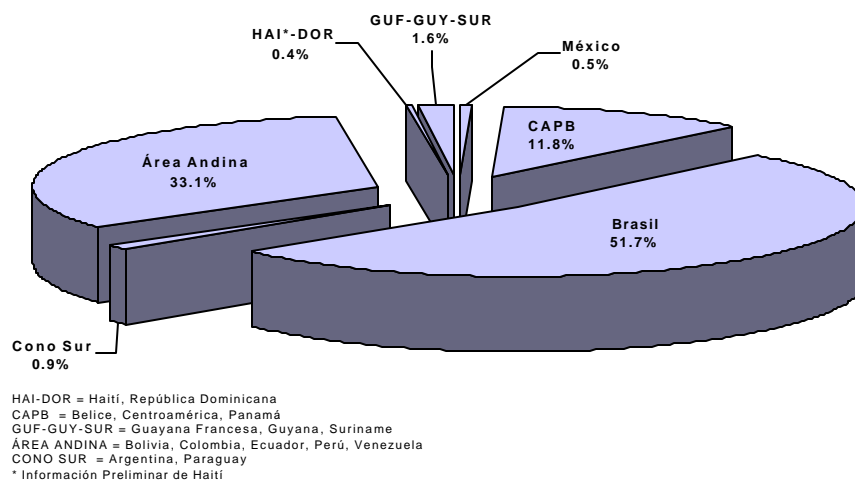
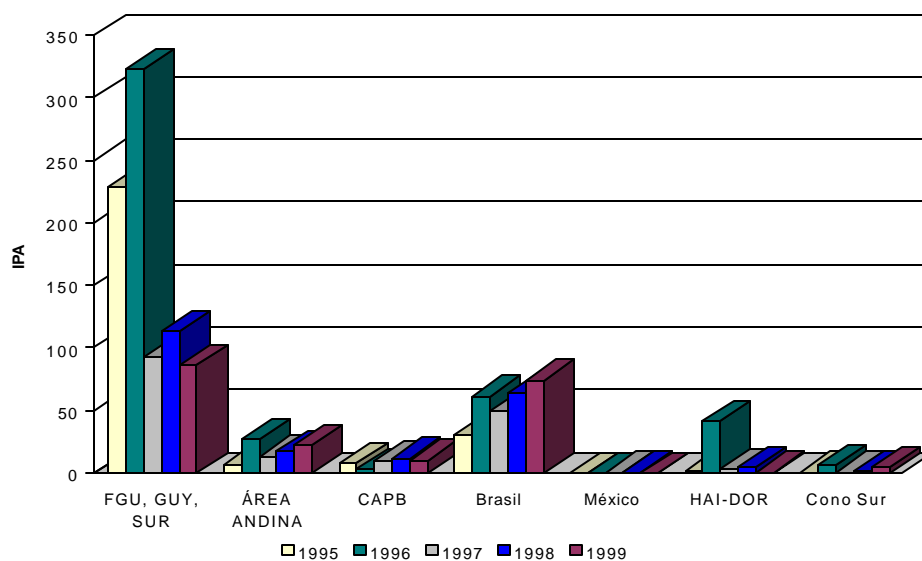


Figura 3. Índices parasitarios anuales (IPA)* por subregión geográfica, 1994-1999



* Basado en poblaciones en áreas maláricas de riesgo moderado y alto
 CAPB = Belice, Centroamérica, Panamá
 HAI-DOR = Haití, República Dominicana

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

La distribución epidemiológica de la malaria en las Américas ha cambiado debido a una disminución en la prevalencia de malaria causada 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 malaria, especialmente por *P. falciparum*.

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 0,57 y 241,8 tratamientos de primera línea por caso notificado. Hasta 1999 todos los países contaban con un suministro adecuado de tratamientos eficaces contra la malaria. Sin embargo, en 1999, todos los países con excepción de Colombia, experimentaron problemas con el suministro de medicamentos para tratar cepas resistentes de *P. falciparum*. Esta menor disponibilidad de medicamentos eficaces contra las cepas resistentes de *P. falciparum* en Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú y Venezuela es uno de los factores de riesgo claves que puede representar un posible aumento en el número de epidemias de cepas resistentes en los próximos años.

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. 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 algunas zonas de 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 malaria 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.

Cuadro 1. Tratamiento antimalárico concluido en 1999

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	839,733	6,402	131.17	0	16	0.00
Belice	8,599	1,850	4.65	0	52	0.00
Costa Rica	38,130	3,998	9.54	0	15	0.00
El Salvador	297,376	1,230	241.77	0	9	0.00
Guatemala	210,107	45,098	4.66	0	1,707	0.00
Honduras	496,732	46,740	10.63	0	1,220	0.00
Nicaragua	2,270,800	38,676	58.71	0	1,689	0.00
Panamá	19,100	936	20.41	0	40	0.00
Haití ^	...	1,196	...	...	1,196	...
Rep. Dominicana	130,478	3,589	36.36	0	3,584	0.00
Guayana Francesa	...	5,307	...	...	4,528	...
Guyana	23,300	27,283	0,85	39,244	16,144	2.43
Suriname	12,096	13,939	0.87	8,301	11,685	0.71
Brasil	935,150	609,594	1,53	171,195	114,605	1.49
Bolivia	70,800	50,037	1.41	6,085	7,557	0.81
Colombia	195,230	66,845	2.92	112,101	25,389	4.42
Ecuador	177,842	87,620	2.03	110	49,993	0.00
Peru	94,259	166,579	0.57	57,653	67,169	0.86
Venezuela	79,497	19,086	4.17	1,576	3,531	0.45
Argentina	467	222	2.10	...	...	...
Paraguay	35,600	9,947	3.58	0	2	0.00

... No hay información disponible

^ Haití – Solo información parcial

Cuadro 2. *Plasmodium falciparum* en las Américas, 1994–1999

Países	Años	Población en alto riesgo como una proporción del total de la población	Casos de <i>P. falciparum</i> 1994/1999 (% del número total de casos)	Mueres por malaria 1994/1999	Política farmacéutica para <i>P. falciparum</i> (por orden de líneas terapéuticas)
Bolivia	1994	0.5% (34K/7.0M)	4,700 (13.8%)	29	1) Quinina 7 días + tetraciclina 7; 2) Mefloquina.
	1999	14.1% (1.2M/8.1M)	7,557 (15.1%)	1*	
Brasil	1994	2.3% (3.7M/159M)	172,000 (30.5%)	413	1) Quinina 7 días + tetraciclina 7; 2) Mefloquina; 3) Artemisinina.
	1999	2.0% (3.3M/168M)	114,605 (18.8%)	75*	
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.
	1999	7.5% (3.1M/41.6M)	25,389 (37.98%)	12*	
Ecuador	1994	7.6% (853K/11.2M)	10,000 (33.3%)	67	1) Chloroquina + primaquina; 2) Sulfa + pirimetamina.
	1999	19.8% (2.5M/12.4M)	49,993 (57.2%)	16*	
Guyana Francesa	1995	6.2% (9.1K/147K)	4,100 (97.6%)	–	1) Quinina 3 días + doxiciclina; 2) Halofantrina + doxiciclina.
	1999	9.2% (16K/174K)	4,528 (85.3%)	5*	
Guyana	1994	6.5% (53K/825K)	22,000 (56.4%)	150	1) Quinina 3 días + clindamicina; 2) Sulfa + pirimetamina.
	1999	70.8% (605K/855K)	16,144 (59.2%)	34**	
Perú	1994	9.1% (2.1M/23M)	21,000 (17.2%)	39	1) Quinina 3 días + tetraciclina 7; 2) Sulfa + pirimetamina
	1999	10.1% (2.5M/25.2M)	67,169 (40.3%)	49*	
Suriname	1994	7.6% (32K/418K)	4,300 (91.5%)	20	1) Sulfa + pirimetamina; 3) Quinina 3 días + clindamicina
	1999	10.4% (43K/415K)	11,644 (83.5%)	7**	
Venezuela	1994	0.7% (143K/21M)	3,300 (24.1%)	17	1) Chloroquina + primaquina 2) Sulfa + pirimetamina; 3) Quinina 3 días + tetraciclina 7
	1999	1.1% (263K/23.7M)	3,531 (18.5%)	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 1999		4.8% (13.5M/280.4M)	300,560 (28.7%)	225*	1.7/100,000 población expuesta

K = 1.000

M = 1.000.000

* Datos preliminares, 1999

** Datos de 1998

– Sin datos

2. Situación actual de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo

La Región de las Américas ha respaldado la Estrategia Mundial de Lucha contra la malaria (EMLP), que fue adoptada por la Conferencia Ministerial de 1992. Los 21 países con paludismo han reorientado sus programas para el control de acuerdo con la EMLP, adoptada en Amsterdam en 1992.

El objetivo básico de la EMLP era el de 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 varias enfermedades, 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 EMLP 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 que recae sobre 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 EMLP en la Región ha reducido enormemente la tasa de mortalidad específica por malaria. En 1994, el primer año con registros adecuados para la comparación, la tasa bruta de mortalidad por *P. falciparum* fue de 8,3 por 100.000 habitantes expuestos. Para 1999, la tasa de mortalidad descendió a 1,7 por 100.000 de la población expuesta.

La ejecución de la EMLP 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 malaria 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 sobre 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 eficaz 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 EMLP, lo cual requiere asignar particular importancia al manejo clínico óptimo de la enfermedad. El cuadro 3 muestra los resultados del examen microscópico de 2,5 millones de casos sospechosos. Los servicios

Cuadro 3. Comparación entre la detección pasiva y activa de casos, 1999

Países y territorios por subregión geográfica	DETECCIÓN PASIVA						DETECCIÓN ACTIVA		
	Servicios generales de salud y hospitales			Colaboradores voluntarios			Investigaciones epidemiológicas y seguimiento		
	Frotis sanguíneos		TFP	Frotis sanguíneos		TFP	Frotis sanguíneos		TFP
	Examinados	Positivos		Examinados	Positivos		Examinados	Positivos	
México	636,867	1,961	0.31	325,406	2,458	0.76	1,051,472	1,983	0.19
Belice	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Costa Rica	9,552	1,396	14.61	6,625	427	6.45	80,277	2,175	2.71
El Salvador	62,659	402	0.64	73,780	802	1.09	8,329	26	0.31
Guatemala*	44,528	6,306	14.16	127,345	31,874	25.03	7,198	1,993	27.69
Honduras	-	-	-	237,074	46,740	19.72	-	-	-
Nicaragua	339,082	19,485	5.75	216,478	19,191	8.87	-	-	-
Panamá	28,420	258	0.91	249	6	2.41	132,550	672	0.51
Haití [^]
Rep. Dominicana	52,030	811	1.56	16,720	323	1.93	384,070	2,445	0.64
Guayana Francesa	34,562	4,936	14.28	...	...	...	13,412	371	2.77
Guyana	18,341	1,860	10.14	20,879	2,012	9.64	216,007	23,411	10.84
Suriname	65,087	13,939	21.42	...	...	...	...	...	...
Brasil	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bolivia	97,427	33,115	33.99	31,409	9,867	31.41	30,782	7,055	22.92
Colombia	268,355	66,845	24.91	-	-	-	-	-	-
Ecuador	395,493	79,280	20.05	49,113	8,201	16.70	-	-	-
Perú	1,789,990	166,579	9.31	-	-	-	237,634	0	0.00
Venezuela	71,441	10,830	15.16	-	-	-	147,548	8,256	5.60
Argentina	1,404	120	8.55	111	24	21.62	7,009	78	1.11
Paraguay	11,112	2,174	19.56	42,877	5,415	12.63	47,085	2,356	5.00
T O T A L	3,926,350	410,297	10.45	1,148,066	127,340	11.09	2,363,373	50,821	2.15

--- No corresponde

... No hay información disponible

* GUT: 4.925 casos no diferenciados

[^] Haití: Solo información parcial

TFP = tasa de frotis positivos (%)

locales de salud, que incluyen la red de trabajadores comunitarios de salud (colaboradores voluntarios), lograron alta eficacia en el diagnóstico, mientras que la vigilancia activa sigue revelando baja eficacia en el diagnóstico y costos operativos altos. 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 de la malaria 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.

Es necesarios realizar cambios conceptuales y operativos considerables para lograr el éxito en la ejecución de la EMLP, 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 EMLP ha brindado una oportunidad excelente para fortalecer la capacidad de los servicios locales de salud y la ampliación de su cobertura.

3. Problemas y limitaciones importantes

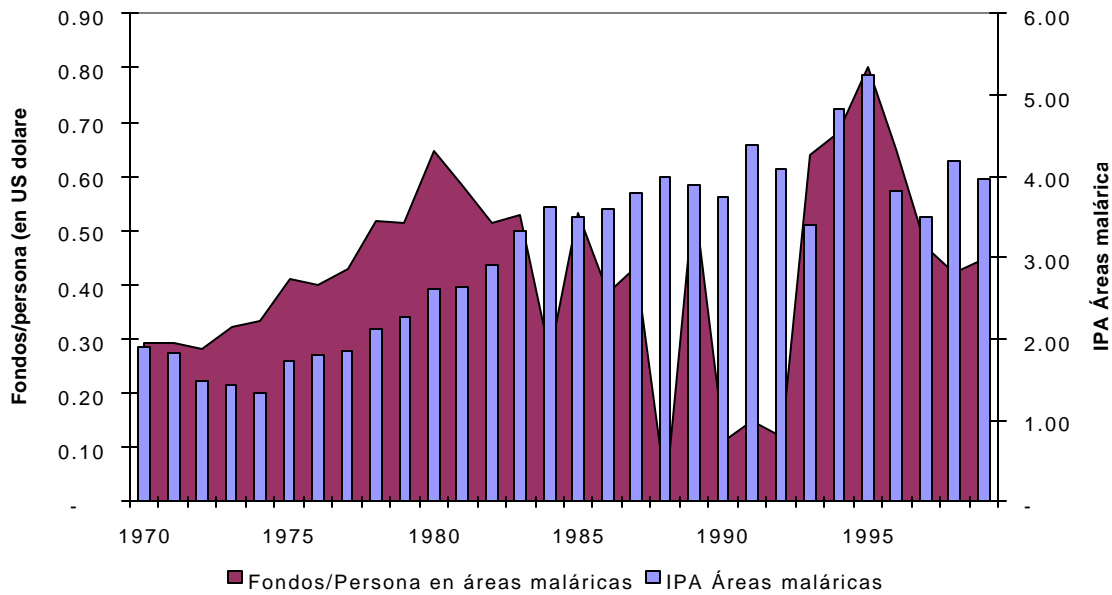
Son tres las barreras más importantes que obstaculizan la ejecución de una estrategia satisfactoria para el control de la malaria. La primera es la resistencia institucional al cambio, como resultado de la idea arraigada de que el control de la malaria se logra mediante el rociamiento con insecticidas, 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 para interceptar los vectores a objeto de 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 con el 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 maláricas para los 16 países que informaron a la OPS sobre su presupuesto para el control de la enfermedad.

Figura 4. Fondos por persona en zonas maláricas,



según el IPA malárico: 1970–1999

En el ámbito socioeconómico, la ejecución de la EMLP 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 EMLP en la Región y se observó que el costo de los programas tradicionales para el control de la malaria en la lucha antivectorial es más de dos veces superior al de la EMLP para el logro del mismo nivel de eficacia. El estudio evaluó el costo del control de la malaria por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) durante un período de ocho años. En los cuatro años iniciales, el control de la malaria se realizó bajo la lucha antivectorial integral tradicional. Estas operaciones utilizaron 78,7% de los recursos disponibles para el período (US\$ 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 mayor repercusión cuantificable basada en los principios de la EMLP, 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 la malaria, 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 de la malaria 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 intersectorial 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, actividades a nivel de la comunidad, y medidas conjuntas eficaces entre los gobiernos y los organismos de desarrollo. Reconoce que el éxito ininterrumpido en el control de la malaria requiere inevitablemente el desarrollo del sector sanitario, a fin de que pueda abordar una serie de problemas prioritarios de salud. Intenta incorporarse en las actividades de salud comunitarias que emprenden las sociedades en riesgo de malaria. Se prevé que la iniciativa movilizará a familias y comunidades y otros asociados para llevar a cabo las actividades apropiadas.

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 alcanzar una capacidad sostenida para hacer frente a la malaria 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 la malaria. El apoyo técnico es parte central del enfoque de la iniciativa.

Ahora que se están haciendo progresos y mueren menos personas a causa de malaria 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 están determinadas en gran medida por los casos de malaria 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 de malaria (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 los reservorios 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 de la malaria, 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 a su alcance para observar y vigilar la situación sanitaria de la población y del medio ambiente.

5. Conclusiones

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.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

CD42/16 (Esp.)
Anexo

RESOLUCIÓN

CE126.R19

HACER RETROCEDER EL PALUDISMO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

LA 126.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento CE126/18 en el que se propone a los Estados Miembros en los cuales la malaria es un problema de salud pública, que se adhieran a la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* liderada por la Organización Mundial de la Salud,

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que apruebe una resolución en los siguientes términos:

EL 42.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento CD42/___ que propone a los Estados Miembros en los cuales la malaria es todavía un problema de salud pública, que adopten la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* en su territorio, y

Teniendo en cuenta que dicha iniciativa, además de ser coherente con el propósito de impulsar a los servicios y sistemas locales de salud, viene en favor de la conjunción de

esfuerzos necesaria a la superación de los obstáculos que se presentan a la implementación del control efectivo de la malaria, mediante los ejes de orientación estratégica de coordinación en la aplicación de recursos, implantación de política de medicamentos antimaláricos, y capacitación de recursos humanos para las medidas de control de transmisión de la malaria,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que formalicen la adopción de la iniciativa *Hacer retroceder el paludismo* en aquellos territorios donde la malaria aún representa un problema de salud pública;
 - b) a que establezcan el compromiso de proceder a una evaluación anual de los progresos en los ejes de la iniciativa, hasta que la malaria sea eliminada como problema de salud pública en la Región.
2. Solicitar al Director:
 - a) que continúe apoyando los mecanismos de seguimiento del progreso de los programas de prevención y control;
 - b) que respalde los esfuerzos destinados a movilizar los recursos necesarios para la eliminación de la malaria en la Región.

(Séptima reunión, el 29 de junio de 2000)