



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



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

*Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junio de 2005*

*Punto 4.7 del orden del día provisional*

CE136/16 (Esp.)

3 mayo 2005

ORIGINAL: INGLÉS

### LA MALARIA Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En diversos territorios se logró eliminar la transmisión de la malaria, pero aún se informa de casos de transmisión en 21 de los 39 Estados Miembros de la OPS. Se calcula que 77 millones de personas viven en zonas de riesgo moderado y alto; desde 1987 se han notificado aproximadamente 1 millón de casos anualmente.

Tras haber abandonado sus esfuerzos por erradicar la malaria, la Organización Mundial de la Salud dio inicio en 1992 a la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, la cual fue adoptada por los Estados Miembros de la OPS. En 1998 se puso en marcha la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" (HRP) con la intención de crear un movimiento a todo nivel (mundial, regional, nacional y local) para fortalecer aún más la ejecución de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y reducir la carga de la malaria en un 50% para 2010.

En el 42º Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros resolvieron adoptar la iniciativa HRP en aquellos territorios donde la malaria constituye un problema de salud pública. En 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas incluyó el "combate contra la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades" en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Ha habido una reducción de la incidencia general de la malaria en los últimos años, pero la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública en la región; hay disparidad en los resultados de los esfuerzos de distintos países en razón de una serie de factores, entre ellos las variaciones en las condiciones ecológicas, la cobertura del diagnóstico y tratamiento, deficiencias de los sistemas de salud y problemas de capacidad técnica. La investigación operativa es importante para la toma de decisiones basada en datos probatorios.

Es necesario mantener un compromiso constante para poder cumplir las metas de la iniciativa HRP y los ODM, preservar los logros alcanzados en materia de control de la malaria y concentrarse en los desafíos actuales y nuevos en materia de comunicación, coordinación y cooperación en el ámbito sanitario y otros sectores. La colaboración entre los países y la participación de las comunidades en la aplicación de los métodos de prevención y control son esenciales para reducir la malaria y prevenir la propagación de la enfermedad de un país a otro. La aplicación de medidas de prevención y control de la malaria requieren financiamiento, por lo que es necesario movilizar fondos y utilizar esos recursos de una manera eficaz y eficiente. Es menester conducir una evaluación anual de la situación de la malaria para medir los avances en la reducción y prevención del resurgimiento de esta enfermedad.

El presente documento complementa el informe presentado a la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2005 (documento A58/8), que se centró en la situación de la malaria en África. Constituye un resumen de la situación de la malaria en las Américas y la cooperación técnica de la OPS a los Estados Miembros. En él se destacan también los logros y los asuntos pendientes, se alienta a los Estados Miembros a mantener el compromiso con la iniciativa HRP y con la ejecución de las actividades de prevención y control de la malaria encaminadas a alcanzar las metas de la iniciativa HRP y los ODM.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	4
Situación actual de la malaria: Panorama de los perfiles epidemiológicos .....	5
Estrategia de la región frente a la malaria: Ejecución y movilización de recursos.....	12
La malaria como desafío actual, estrategias de mejoramiento y función de la OPS .....	14
Intervención del Comité Ejecutivo .....	19
Referencias	

## **Introducción**

1. En los primeros años del siglo XX, la malaria se transmitía por todos los países de las Américas. Era una de las enfermedades infecciosas prevalentes que motivaron la adopción de una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos, celebrada en México en enero de 1902, y en la cual se recomendara la convocatoria de una “convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. La convención tuvo lugar en Washington, D.C., Estados Unidos de América, del 2 al 4 de diciembre de 1902; esta convención fue la antecesora de la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1).

2. Si bien los esfuerzos de los Estados Unidos de América y otros países de la Región aportaron experiencia y conocimiento para la lucha contra la malaria, la XI Conferencia Sanitaria Panamericana, que tuvo lugar en 1942, calificó esta enfermedad como “la dolencia que más perjuicios ocasiona a la mayoría de las naciones del Continente”. La referida conferencia recomendó que el Comité de Malaria de la Oficina Sanitaria Panamericana se considerara el órgano consultor para la ejecución de los planes de estudio y control de malaria en las Américas. La Oficina asumió esta función, y para 1948 había demostrado gran éxito en la reducción de la malaria e incluso en la eliminación de la transmisión en grandes zonas de dos países sudamericanos, Guyana y Venezuela, resultado de los esfuerzos que condujeran los Dres. George Giglioli en el primero y Arnoldo Gabaldón en el segundo de estos países. Se tenía información adicional sobre los éxitos registrados en la resolución del problema de la malaria en Argentina y los Estados Unidos, así como sobre importantes avances en Brasil y Ecuador. Estos casos se utilizaron como ejemplos para promover el llamado a la erradicación de la enfermedad; en 1954, la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Chile, delegó en la Oficina Sanitaria Panamericana la responsabilidad de apoyar y coordinar la erradicación de la malaria de las Américas; posteriormente, la Octava Asamblea Mundial de la Salud, efectuada en México en mayo de 1955, aprobó la conducción de una campaña mundial para erradicar la malaria (2).

3. En la ejecución de la estrategia de erradicación que se centró en el combate contra los mosquitos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyó los esfuerzos que en ese sentido se desplegaron en las Américas hasta 1992, cuando se abandonó la estrategia mundial de erradicación y en su lugar se adoptó la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo. La estrategia de lucha contra la malaria en las Américas es compatible con los cuatro elementos técnicos básicos de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo. La estrategia fue ideada para proporcionar diagnóstico temprano y tratamiento rápido de la malaria, planificar y ejecutar medidas preventivas selectivas y sostenibles (incluido el control de vectores), detectar temprano, contener o prevenir las epidemias y fortalecer las capacidades locales en investigación básica y aplicada para permitir y fomentar la evaluación regular de la situación de la malaria en un país

determinado, en particular los factores ecológicos, sociales y económicos determinantes de la enfermedad.

4. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las instituciones asociadas lanzaron la iniciativa “Hacer retroceder el paludismo” (HRP) como respuesta al reconocimiento de la carga de la malaria a nivel mundial. Esta iniciativa busca reducir a la mitad la carga de la malaria en los países participantes para 2010 por medio de intervenciones que se adapten a las necesidades locales y mediante el reforzamiento del sector sanitario (3). Dos años después, en 2000, las Naciones Unidas promulgó los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), uno de cuyos elementos resaltantes es la detención o el comienzo de la regresión de la propagación de la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades graves para 2015 (4).

5. Es en el contexto de estos objetivos y esfuerzos mundiales que se vigila y analiza la situación de la malaria en las Américas. Este mismo marco se utiliza para conceptualizar, planificar, ejecutar y dar seguimiento a los proyectos de malaria en la Región, así como para responder a los retos actuales, nuevos y reemergentes que esta enfermedad entraña. Los Estados Miembros proporcionan a la OPS información sobre la malaria que la organización utiliza para preparar un informe anual sobre la situación. Para la Región, es importante prevenir la reaparición de la malaria en América del Norte y la mayoría de las islas del Caribe donde se ha logrado su eliminación.

6. La finalidad de este informe es proporcionar un resumen de la situación de la malaria en las Américas desde el lanzamiento de la iniciativa HRP por parte de la OMS en 1998, destacar los logros y las cuestiones pendientes y alentar a los Estados Miembros a mantener el compromiso con las metas de prevención y control de la malaria estipuladas en la iniciativa HRP y los ODM a la luz de los nuevos desafíos.

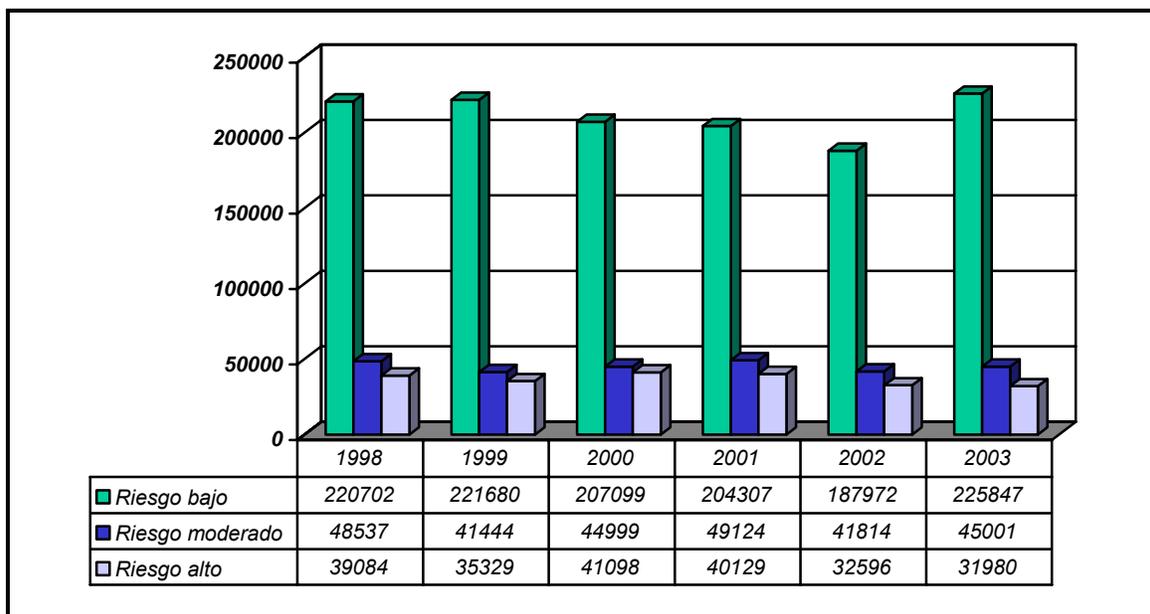
7. El presente documento complementa el Informe de la Secretaría de la OMS sobre el paludismo (documento A58/8, 14 de abril de 2005), que se ocupara de la situación de la malaria en África y se analizara en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2005.

### **Situación actual de la malaria: Panorama de los perfiles epidemiológicos**

8. En 2003, los Estados Miembros de la OPS indicaron que de los 859 millones de personas que se calcula que habitan en las Américas, aproximadamente 303 millones viven en zonas en riesgo ecológico de transmisión de la malaria. De ese número, aproximadamente 226 millones viven en áreas con niveles bajo o extremadamente bajos de riesgo, 45 millones en zonas de riesgo moderado y 32 millones en áreas de riesgo alto (figura 1). Estas cifras representan una disminución de 3,08% del porcentaje de la población total de la Región en riesgo de transmisión de la malaria respecto de 1998,

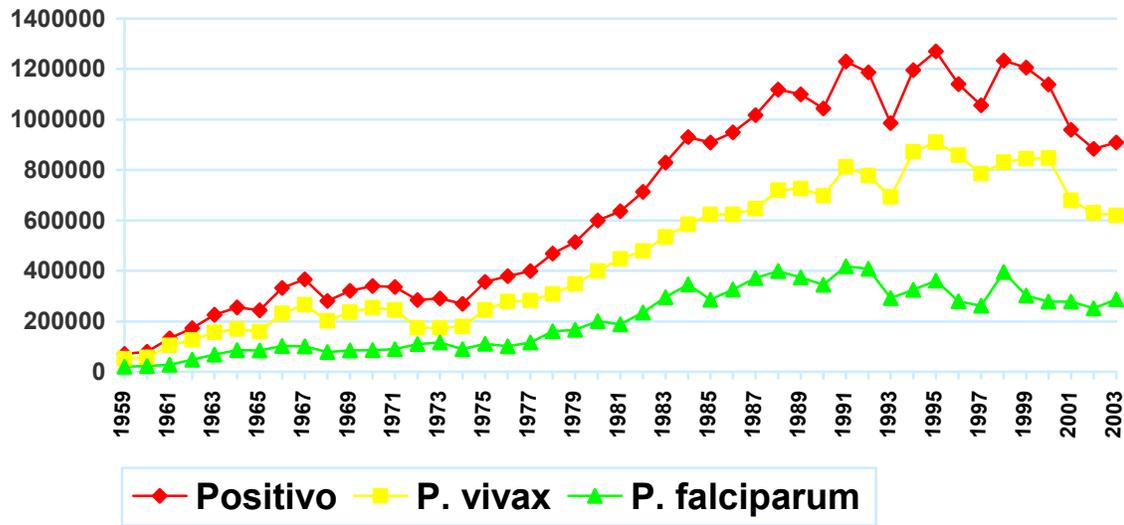
cuando se lanzó la iniciativa HRP. La malaria sigue siendo un problema de salud pública en la Región, donde se han notificado casos de transmisión en 21 de los 39 Estados Miembros de la OPS.

**Figura 1: Población de las Américas según el nivel del riesgo de transmisión, 1998-2003 (en miles)**



9. Las deficiencias de los sistemas de información sanitaria abren la posibilidad de la subnotificación. Desde 1959, los Estados Miembros de la OPS han notificado han informado a ésta sobre el número anual de casos por parásito de la malaria. Para 1963 se había informado de más de 200.000 casos, cifra que se cuadruplicó para 1983 y que siguió aumentando hasta superar el millón en 1987. Cuando se lanzó la iniciativa HRP en 1998, se había notificado la existencia de 1,2 millón de casos. Desde entonces, los Estados Miembros han informado sobre una reducción de la incidencia y un mejoramiento de las tendencias epidemiológicas (Figura 2).

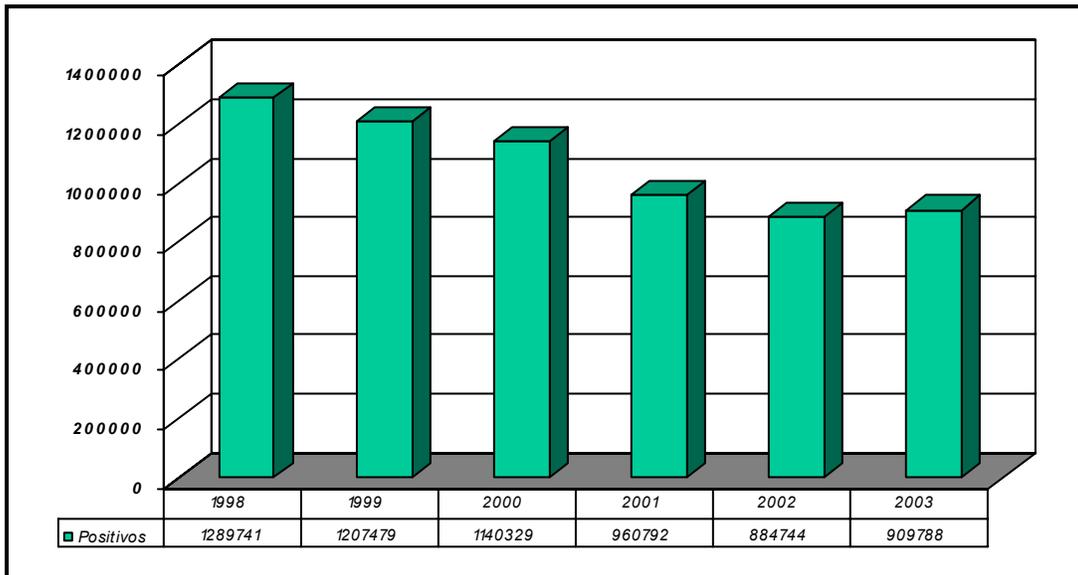
**Figura 2: La malaria en las Américas por especie de parásito, 1959-2003**  
**Número de casos**



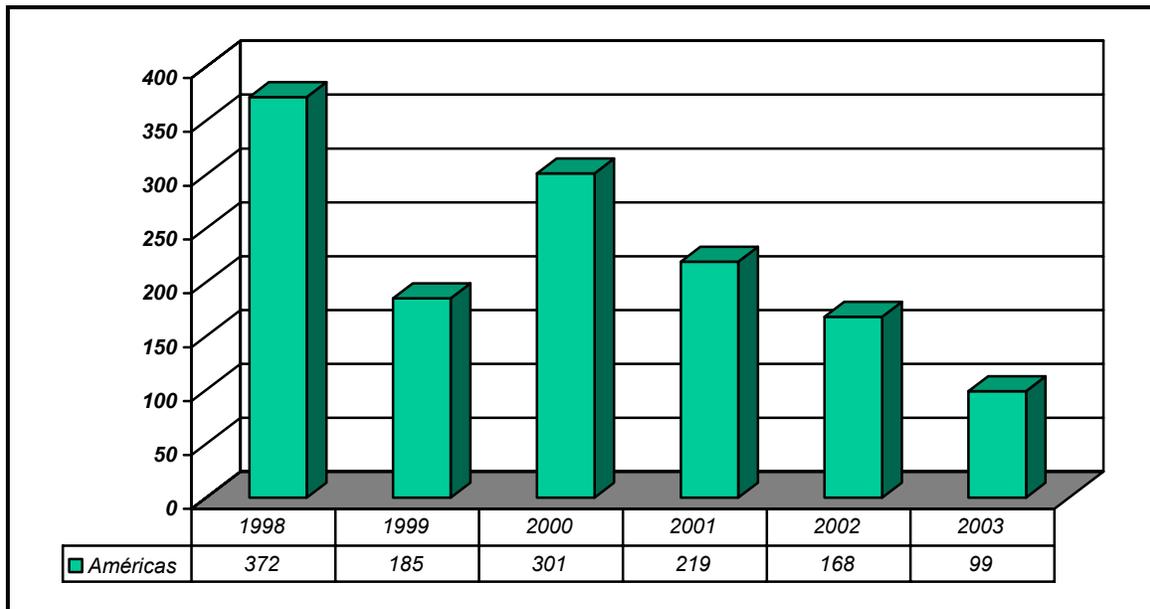
10. *Plasmodium vivax* es el principal parásito responsable de la malaria en la Región, con 68% de los casos. *P. falciparum* fue la causa de 31,5% de los casos, mientras que *P. malariae* causó menos de 0,5% de los casos. En los países que comparten la selva amazónica, se observan proporciones similares a nivel de país, con la excepción de aquellos que se encuentran en el macizo guayanés. En Mesoamérica, *P. vivax* representa 80% de los casos, pero en la República Dominicana y Haití casi 100% de los casos se deben a *P. falciparum*.

11. La carga de la malaria que notificaron los Estados Miembros para 2003 revela que se presentaron 909.788 casos (figura 3) y 99 defunciones (figura 4). Esto refleja una reducción de 30% del número absoluto de casos en toda la Región y una reducción de 12% en las zonas de riesgo alto y moderado desde 1998; hubo una disminución de 73% del número total de muertes atribuidas a la malaria desde 1998.

**Figura 3: Morbilidad por malaria en las Américas, 1998-2003**  
**Número de frotis sanguíneos positivos**

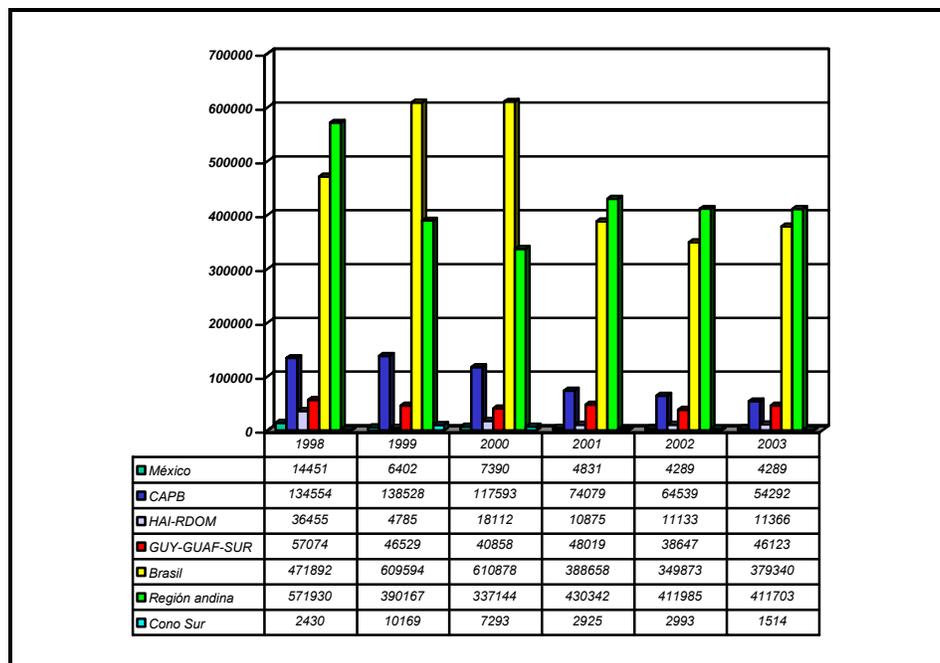


**Figura 4: Mortalidad por malaria en las Américas, 1998-2003**  
**Número de defunciones**

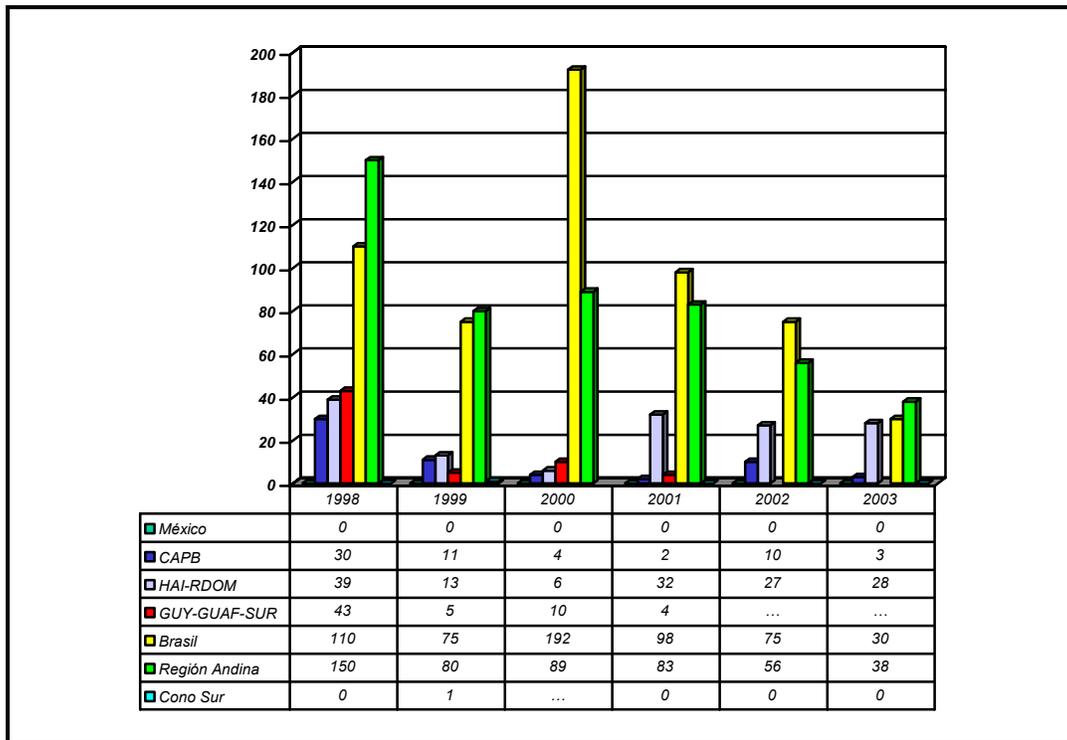


12. Los países que comparten la selva amazónica (región andina -Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela-, Brasil y el macizo guayanés (Guayana Francesa, Guyana y Suriname) han cargado con el grueso del problema, con 92% de todos los casos de malaria y 69% de todas las defunciones atribuidas a esta enfermedad notificadas en 2003 (figuras 5 y 6).

**Figura 5: Morbilidad por malaria en las Américas por subregión, 1998-2003:  
 Número de frotis sanguíneos positivos**



**Figura 6: Mortalidad por malaria en las Américas por subregión,  
 1998-2003:  
 Número de defunciones**



13. De los 21 Estados Miembros donde la malaria es endémica, 15 informaron de disminuciones del número absoluto de casos, diez de ellos con disminuciones de más de 50%, pero seis países notificaron aumentos (cuadro 1). No se registró ninguna reintroducción de la transmisión en los Estados Miembros donde ésta se había interrumpido.

**Cuadro 1: Cambio de porcentaje en el número de casos notificados, 1998-2003, por país**

PAÍS	CAMBIO DE PORCENTAJE
Argentina	- 64%
Belice	- 65%
Bolivia	- 72%
Brasil	- 20%
Colombia	+ 20%
Costa Rica	- 86%
Ecuador	+ 19%
El Salvador	- 93%
Guatemala	- 35%
Guayana Francesa	+ 11%
Guyana	- 33%
Haití	- 71%
Honduras	- 76%
México	- 70%
Nicaragua	- 80%
Panamá	+ 334%
Paraguay	- 33%
Perú	- 65%
República Dominicana	- 24%
Suriname	+ 18%
Venezuela	+ 45%

14. *Plasmodium falciparum* es el más patógeno de los parásitos de la malaria. Es el único parásito sobre el cual se notifica resistencia frente a los medicamentos antimaláricos, de la cual se tuviera noticias por primera vez en Colombia en 1958 y que ahora se detecta a nivel mundial. En las Américas, sólo se ha sospechado o confirmado el desarrollo de resistencia en los países que comparten la selva amazónica.

### **Estrategia de la Región frente a la malaria: Ejecución y movilización de recursos**

15. En cumplimiento de las resoluciones adoptadas en las recientes Asambleas Mundiales de la Salud y conferencias de la OMS y la OPS; específicamente aquellas emitidas durante la 52ª Asamblea Mundial de la Salud (5), el 126º Comité Ejecutivo (6), la 115ª reunión del Consejo Ejecutivo (7) y la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (8), los países miembros de la OPS adoptaron y apoyaron la iniciativa HRP de la OMS y los ODM de las Naciones Unidas.

16. Varios acontecimientos e iniciativas mundiales importantes y otros factores han incidido sobre la estrategia actual de las Américas frente a la malaria. Entre ellos destacan (a) la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo, que fue adoptada por la Conferencia de Ministros de 1992, (b) la iniciativa HRP, lanzada en 1998, (c) la promulgación de los ODM por las Naciones Unidas en 2002, (d) las resoluciones adoptadas en recientes asambleas mundiales de la salud y conferencias de la OMS y la OPS, (e) el nuevo problema mundial de la resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos y su repercusión en las Américas y (f) la situación de la OPS y sus países miembros en lo que se refiere a recursos institucionales, humanos y financieros.

17. En el marco de la estrategia actual frente a la malaria para las Américas, los esfuerzos se centran en el apoyo a las funciones de los ministerios de salud relacionadas con la prevención y el control de la malaria, la promoción de sinergias con programas sanitarios relacionados, especialmente aquellos que tienen que ver con salud ambiental, preparaciones farmacéuticas y salud maternoinfantil, infección por el VIH/SIDA y tuberculosis, la promoción de la participación de las comunidades y la sociedad civil, la participación del sector privado en la prevención y el tratamiento, la determinación de prácticas óptimas, los mecanismos de alianza y financiamiento para extender las intervenciones, la preparación de herramientas y medidas de apoyo para la gestión a nivel de distritos, el fortalecimiento de la capacidad y la promoción de la colaboración entre los países.

18. La protección de los logros alcanzados en materia de reducción de la incidencia y en la prevención de la reintroducción de la transmisión donde ésta se había interrumpido depende del compromiso continuo de los Estados Miembros para dar seguimiento a los avances registrados, así como del compromiso de la OPS de seguir apoyando los mecanismos para vigilar el progreso de las medidas de prevención y control, además de aquellas dirigidas a movilizar recursos de conformidad con la resolución CE126.R19 de la OPS (4).

19. Los Estados Miembros utilizan recursos nacionales para combatir la malaria. La iniciativa HRP presta apoyo financiero a las actividades de prevención y control de la malaria. La asistencia que presta la OPS para la movilización de recursos adicionales en

la Región incluye: a) la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas (RAVREDA)/Iniciativa Amazónica contra la Malaria (IAM), b) el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) y c) el Proyecto del Fondo para el Medio Ambiente Mundial/Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente para prevenir la reintroducción del uso de DDT en el control de vectores de la malaria en México y Centroamérica.

20. RAVREDA/IAM es una respuesta al fenómeno mundial de la creciente resistencia de *Plasmodium falciparum* a los productos antimaláricos. La red, establecida en una reunión coordinada por la OPS en Bahía, Brasil, en 2001, recibe financiamiento a través de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). La alianza incluye a Bolivia, Brasil, Ecuador, Colombia, Guyana, Perú, Suriname y Venezuela y es coordinada por la OPS y la AID. La OPS, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la AID a través del programa *Rational Pharmaceutical Management Plus* y la Convención de Farmacopeia de los Estados Unidos tienen a su cargo la cooperación técnica (9). A partir de datos provenientes de las pruebas de eficacia emprendidas, seis de los países participantes mencionados han cambiado la política de tratamiento y están utilizando el tratamiento antimalárico combinado recomendado por la OMS desde 2001 y al cual se hace referencia en la Resolución EB115.R14 y el documento A58/8 de la AMS.

21. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo aprobó las propuestas de cada país para financiar los esfuerzos de combate a la malaria en Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname y está finalizando un acuerdo con el Organismo Andino de Salud (ORAS) en torno a una propuesta para combatir la enfermedad en las zonas fronterizas de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

22. El Fondo para el Medio Ambiente/Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente aprobó un Programa Regional de Acción y Demostración de Alternativas Sustentables para el Control de la Malaria sin el Uso de DDT en México y América Central, con la participación de las siguientes áreas técnicas de la OPS: Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria y Prevención y Control de Enfermedades.

23. El programa conjunto del Banco Mundial, el PNUD y la OMS de investigaciones y enseñanzas sobre enfermedades tropicales (TDR) ha encabezado los esfuerzos de investigación en busca de herramientas más eficaces para la prevención y el control de la malaria; también se ha colaborado con la OPS para apoyar proyectos de investigación sobre la malaria en la Región.

## **La malaria como desafío actual, mejoramiento de las estrategias y función de la OPS**

24. En su resolución WHA52.11, la Asamblea Mundial de la Salud alentó a los Estados Miembros “a que reduzcan el sufrimiento relacionado con el paludismo y promuevan de forma sostenida el desarrollo nacional haciendo retroceder el paludismo”; en 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas incluyó el detener o comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades graves para 2015 en los ODM. También en 2000, el Consejo Directivo de la OPS instó a los Estados Miembros a adoptar la iniciativa HRP en los territorios donde la malaria todavía constituye un problema de salud pública y a asumir el compromiso de realizar una evaluación anual de los avances registrados en las diferentes áreas de la iniciativa hasta eliminar la malaria como un problema de salud pública en la Región. Como lo revela el examen de los datos correspondientes al período comprendido entre 1998 y 2003, este asunto sigue pendiente de resolución en las Américas, donde la malaria persiste como problema de salud pública que incluso se ha agudizado en algunos Estados Miembros.

25. Los retos que en este sentido se presentan en las Américas están directamente relacionados con las dinámicas tendencias epidemiológicas prevalentes en la Región; además, la disparidad de los resultados que ha arrojado la estrategia contra la malaria en diferentes países y subregiones obedece a varios factores.

26. Los problemas que deben abordarse tienen que ver con la información sobre los mosquitos vectores en diferentes subregiones, su distribución, picadura y tipos de comportamiento, la investigación operativa para identificar y utilizar métodos de control de vectores nuevos e innovadores, así como el uso selectivo de los insecticidas apropiados. Con respecto al diagnóstico de la enfermedad, es necesario ampliar la red de laboratorios en la medida de lo posible e incrementar el uso de las pruebas de diagnóstico rápido por parte de los trabajadores comunitarios y los voluntarios en las zonas que tienen dificultades de acceso a los servicios de salud. Otro tema que debe tratarse es el costo mayor del tratamiento combinado para *P. falciparum* farmacorresistente, así como la disponibilidad y el seguimiento de las pautas de tratamiento, incluido el tratamiento estándar de 14 días para la malaria causada por *P. vivax*. Los grupos de población más pobres e itinerantes con deficientes condiciones de vivienda y falta de acceso a intervenciones adecuadas de prevención y control se ven sometidos a una pobreza aun mayor a causa de la enfermedad. La descentralización y reforma del sector sanitario en varios países en los que se ha redefinido la prestación y el financiamiento de los servicios son factores que inciden sobre la gestión de los servicios de salud. Los cambios en los sistemas de salud han dado lugar a la pérdida de personal capacitado en malaria, lo que sumado a la escasez de personal de enfermería, debe tenerse en cuenta a la hora de determinar las necesidades de capacitación. La deficiencia en la circulación sistemática de la información es otro aspecto que debe atenderse mediante la conformación de redes

de comunicación entre las diversas unidades técnicas de los ministerios de salud y otras instituciones. Los países que han logrado movilizar recursos financieros para la prevención y el control de la malaria a través de mecanismos como el Fondo Mundial necesitarán cooperación técnica para la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las actividades planificadas. La OPS puede brindar cooperación técnica, coordinar y colaborar con otras organizaciones en la utilización eficaz de los recursos. El fondo estratégico de la OPS es un mecanismo potencial para la adquisición de los medicamentos antimaláricos apropiados.

27. Las condiciones ecológicas tienen un gran peso sobre la manera de afrontar el desafío de la malaria, porque es una enfermedad de transmisión vectorial. La transmisión depende de la presencia de personas infectadas con malaria y las características de los mosquitos, a los cuales afectan las condiciones ambientales como la temperatura, la humedad y la vegetación. El ambiente amazónico general predispone a los países de la zona a un riesgo mayor de transmisión. Como parte de esas cuestiones pendientes, debe intensificarse la investigación entomológica para definir y aplicar las alternativas de control de vectores más apropiadas y viables.

28. El *P. falciparum* presente en la Región es farmacorresistente. Los factores relacionados con el diagnóstico y tratamiento son también materia de preocupación. La situación empeora en las zonas donde el acceso a los servicios sanitarios y el respeto del tratamiento por parte de los pacientes o los proveedores de la atención sanitaria siguen siendo problemáticos. La eficacia del tratamiento disminuye, aun en presencia de medicamentos eficaces, si la cobertura no es suficiente. La cobertura también puede verse afectada por la duración del tratamiento, el costo mayor del tratamiento combinado y la educación de las personas afectadas. Se cuenta con pruebas de diagnóstico rápido, cuyo uso se recomienda en entornos específicos, pero estas pruebas aún deben mejorarse. Como parte de estas cuestiones pendientes, es necesario evaluar los tratamientos, específicamente en cuanto a la resistencia y la eficacia. También es menester incrementar los esfuerzos de educación sobre la malaria, la participación de la comunidad y de todos los sectores para asegurar un diagnóstico inmediato y un tratamiento apropiado, disponible y asequible.

29. Unos sistemas de salud deficientes, una prestación de servicios inadecuada y una atención de baja calidad impiden explotar el potencial para las mejoras epidemiológicas. La descentralización política y administrativa y la reforma del sector de la salud en varios países están cambiando la gestión, la organización, la prestación y el financiamiento de los servicios. La redefinición de las funciones de los gobiernos centrales, regionales y locales en la gestión de los servicios sanitarios han hecho del fortalecimiento de la capacidad de gestión a todos los niveles una imperiosa necesidad. Los grupos más pobres de la población y los grupos de trabajadores itinerantes de las zonas con mayor riesgo ecológico de transmisión y serias deficiencias en cuanto a condiciones habitacionales,

intervenciones de prevención y prestación de servicios sanitarios están predispuestos a sufrir las consecuencias de la enfermedad y a caer en una pobreza mayor en razón de la merma de su productividad y la pérdida de los ingresos. Como parte de las cuestiones pendientes, deben reforzarse los sistemas de salud para afrontar los desafíos en situaciones específicas. En algunos casos, deben establecerse centros periféricos de salud, apuntalar los esfuerzos en curso mediante la integración de la ejecución de los programas de salud, fortalecer el sistema de información sanitaria, mejorar las capacidades logísticas y las políticas de adquisición y distribución de los medicamentos, mejorar la calidad y la participación comunitaria, incluido el establecimiento de una red de colaboradores voluntarios y las alianzas público-privadas.

30. Relacionado directamente con el problema de las carencias de los sistemas de salud, existe el problema del menguante número de trabajadores con las capacidades técnicas que se requieren para atender problemas específicos de la malaria en los sistemas sanitarios existentes. Los cambios en los sistemas de salud de muchos de los países han dado lugar a la pérdida de personal capacitado en malaria sin que se cuente con un reemplazo adecuado. Como parte de las cuestiones pendientes, deben realizarse esfuerzos para evaluar la necesidad de personal capacitado en malaria, asegurar la contratación y retención del personal de salud, así como la formación tanto en los aspectos técnicos como en los aspectos de gestión del control de la malaria, incluido el uso de la estratificación epidemiológica para identificar las áreas prioritarias para las intervenciones.

31. Los problemas de comunicación, coordinación y cooperación socavan la posibilidad de obtener mejores resultados de los esfuerzos de control de la malaria y, al mismo tiempo, reducen la eficacia del uso de los recursos disponibles. Un nuevo desafío estriba en promover la formación de redes de comunicación entre diversas unidades técnicas de los ministerios de salud y otras instituciones, incluidas las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, para facilitar una circulación sistemática de la información y reducir las dificultades para proceder con eficacia en materia de prevención y control de la malaria.

32. La capacidad de la OPS para brindar liderazgo y cooperación técnica a través de las oficinas de país en los Estados Miembros y para coordinar el apoyo técnico de la OMS y otros centros colaboradores como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) hace de la institución un elemento vital en la orientación y el apoyo a la implementación de medidas eficaces de control de la malaria en las Américas.

33. Los esfuerzos de cooperación técnica deben procurar preservar los logros alcanzados y centrarse en los desafíos actuales y nuevos en materia de aumento de la capacidad, cooperación horizontal, difusión de información y conocimiento, formulación

de normas, planes y políticas, promoción de la investigación, formación y movilización de recursos y mecanismos de colaboración para fortalecer la colaboración entre países a fin de reducir la carga y prevenir la propagación de la malaria más allá de las fronteras nacionales.

34. En el cuadro 2 se resumen los logros que han de preservarse, las cuestiones pendientes y los nuevos retos que se erigen en esta área.

35. Los Estados Miembros deben mantener una asignación continua de recursos nacionales para asegurar la vigilancia y prevenir la reaparición de la enfermedad luego de los éxitos que se han tenido en materia de reducción. Un nuevo reto importante que enfrenta la OPS reside en proporcionar a los Estados Miembros la coordinación y cooperación técnica necesarias para movilizar y utilizar de manera eficaz y eficiente los recursos financieros adicionales disponibles a través de mecanismos como el Fondo Mundial para continuar trabajando en pos de las metas de la iniciativa HRP y los ODM relativos a la malaria.

36. Debe mantenerse el compromiso con la iniciativa HRP y formular políticas y planes operativos nacionales para asegurar un mayor nivel de acceso a las intervenciones de prevención y control de la malaria para las poblaciones afectadas o en situación de riesgo ante esta enfermedad; igualmente, debe respetarse el compromiso de conducir una evaluación anual de la iniciativa.

37. Los problemas señalados en estas páginas coinciden con lo señalado en el informe de la Secretaría de la OMS (A58/8, 2005) y la resolución presentada por el Consejo Ejecutivo de la OMS (EB115.R14, 2005) ante la Asamblea Mundial de la Salud.

**Cuadro 2: Resumen de logros, cuestiones pendientes y nuevos retos**

<b>Logros que han de preservarse</b>	<b>Cuestiones pendientes</b>	<b>Nuevos retos</b>
1. Interrupción de la transmisión en 18 países, antes de la iniciativa HRP, en Norte y Suramérica y las islas del Caribe (con excepción de La Española).	a. Vigilancia de posibles casos importados de malaria a los territorios donde se interrumpió la transmisión.	a. Los casos importados causados por cepas resistentes deben mitigarse mediante disponibilidad de tratamiento apropiado y vigilancia de control de vectores.
2. Establecimiento de programas nacionales para combatir la malaria en los países con endemicidad.	a. Integración de la capacidad técnica y gerencial en el sistema sanitario y desarrollo de sinergias con otros programas de salud. b. Participación de la comunidad en las actividades de prevención y control de la malaria.	a. Contratación de personal; desarrollo de capacidad técnica en prevención y control de la malaria; y retención del personal. b. Comunicación y colaboración entre los países para prevenir la propagación de la malaria más allá de las fronteras nacionales. c. Elaboración de estrategias para aumentar y mantener la participación comunitaria.
3. Ejecución de la Estrategia Mundial de Lucha contra el Paludismo y la iniciativa HRP en todos los países con endemicidad (CE126.R19, OPS 2000)	a. Evaluación del grado de ejecución de los componentes de la estrategia. b. Adaptación de los planes, normas y políticas para enfrentar nuevos retos en la ejecución.	a. Recopilación oportuna de datos y evaluación anual de la situación de la malaria. b. Integración de los sistemas verticales de vigilancia de la malaria al sistema general de vigilancia sanitaria.
4. Reducción de los casos de malaria en 15 de 21 territorios endémicos.	a. Aplicación de actividades de prevención y control para reducir aún más la incidencia con el fin de alcanzar las metas de la iniciativa HRP y los ODM.	a. Prevención del resurgimiento donde se ha alcanzado la reducción lograda a través de esfuerzos sostenidos de prevención y control de la malaria. b. Aumento de la transmisión de la malaria en algunos territorios y dificultad de acceso a diagnóstico y tratamiento.
5. Establecimiento de redes multinacionales y multiinstitucionales para vigilar la resistencia a los productos antimaláricos en los países amazónicos y adquisición de resultados de pruebas de eficacia in vivo.	a. Adopción de nuevas políticas de tratamiento de la malaria, ejecución de las normas de tratamiento de la malaria y aplicación en los sectores público y privado. b. Desarrollo de red similar en la subregión mesoamericana.	a. Costo de nuevo tratamiento combinado mayor que las pautas de tratamiento anteriores. b. Lucha contra la venta de medicamentos antimaláricos falsificados. c. Adquisición y distribución de medicamentos antimaláricos de calidad. d. Adhesión a las normas de tratamiento por parte de proveedores y usuarios.

<b>Logros que han de preservarse</b>	<b>Cuestiones pendientes</b>	<b>Nuevos retos</b>
6. Éxito en la movilización de recursos financieros.	a. Ejecución de actividades de prevención y control de la malaria en los países cuyas propuestas hayan sido admitidas ante el Fondo Mundial, elaboración de nuevas propuestas individuales o conjuntas de otros países con endemias. b. Movilización de otros recursos (humanos y técnicos).	a. La incapacidad para emprender las actividades programadas a tiempo puede dar lugar a la interrupción del financiamiento del Fondo Mundial. b. Establecimiento de mecanismos para la utilización eficaz de los recursos financieros mediante el establecimiento de redes y la colaboración con organizaciones técnicas como la OPS. c. Movilización de recursos financieros adicionales para desplegar esfuerzos sostenibles de prevención y control.
7. Actividades específicas de control de vectores basadas en la estratificación epidemiológica.	a. Investigación operativa sobre resistencia de los vectores a los insecticidas e intervenciones más apropiadas e innovadoras. b. Manejo integrado del control de vectores.	a. Identificación, admisibilidad y utilización de opciones como mosquiteros impregnados y métodos nuevos e innovadores para el control de vectores.
8. Colaboración entre programas (medio ambiente, sistemas de información, malaria, tecnología, servicios sanitarios) y países (México, Centroamérica).	a. Consolidación de actividades, logro y utilización de resultados.	a. Movilización de recursos para ejecutar intervenciones apropiadas e innovadoras determinadas mediante el enfoque de colaboración entre los programas.
9. Coordinación de la cooperación técnica por parte de la OPS con otros organismos y centros colaboradores de la OMS (p. ej., CDC).	a. Mayor colaboración con socios de la iniciativa HRP, incluido el sector privado.	a. Armonización del trabajo entre organismos técnicos, organismos no gubernamentales y universidades.

### **Intervención del Comité Ejecutivo**

38. Se solicita al Comité Ejecutivo que proporcione observaciones y sugerencias sobre la necesidad de que los Estados Miembros adopten una resolución para mantener el compromiso con la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo" y los Objetivos de Desarrollo del Milenio a fin de dar seguimiento y evaluar los avances registrados en pos de las metas respectivas y promover la movilización de recursos, la investigación operativa y la cooperación técnica y la coordinación entre los países.

## Referencias

1. Pan American Health Organization. A History of the Pan American Health Organization, Washington, 1992.
2. Pampana. E. A textbook of Malaria Eradication, Segunda edición. Oxford University Press, 1969.
3. World Health Organization. Roll Back Malaria. Ginebra: OMS; 2000.
4. United Nations. Millennium Development Goals. Nueva York: ONU; 2000.
5. World Health Organization. Resolution WHA52.11 of the 52nd World Health Assembly. Ginebra: OMS; 1999.
6. Pan American Health Organization. Resolution CE126.R19 of the 126th Session of the Executive Committee. Washington, DC: OPS; 2000.
7. World Health Organization. Resolution EB115.R14 of the 115th session of the Executive Board. Geneva: OMS; 2005.
8. World Health Organization. WHA A/58, OMS 2005.
9. Amazon Network for the Surveillance of Antimalarial Drug Resistance/Amazon Malaria Initiative. RAVREDA/AMI Newsletter. 2004.

---