



Tienda local de venta de medicamentos básicos para la malaria, Kilifi (Kenya). c Caroline Penn / Panos

SAL, AZÚCAR Y PASTILLAS PARA LA MALARIA

El Mecanismo de Medicamentos Asequibles para la Malaria pone en riesgo la salud pública

No existen pruebas de que el Mecanismo de Medicamentos Asequibles para la Malaria haya servido para proteger la vida de las personas más vulnerables o para retrasar el desarrollo de resistencia a los medicamentos. Es más, esta subvención global ha incentivado la venta de medicamentos sin diagnóstico y no ha demostrado ser beneficiosa para las personas más pobres. El mecanismo supone un riesgo para la salud pública y podría desviar inversiones dirigidas a soluciones eficaces. Los hechos demuestran que las asociaciones públicas entre trabajadores comunitarios de salud y los servicios de atención primaria sí funcionan en la lucha contra la malaria y contribuyen a alcanzar otros objetivos beneficiosos para la salud pública. Pero ¿actuarán los donantes de acuerdo a lo que demuestran los hechos?

RESUMEN

Los recientes avances en el control de la malaria suponen un notable éxito para el desarrollo. Gracias a la ayuda exterior y la financiación nacional, la proporción de niñas y niños que duermen protegidos por una mosquitera en el África subsahariana ha pasado del 2 por ciento al 39 por ciento en los últimos diez años.¹ Este hecho ha conseguido reducir drásticamente el número de muertes por malaria en muchos países, entre otros Namibia, Swazilandia, Etiopía, Senegal y Zambia, donde la tasa de mortalidad ha disminuido entre un 25 y un 50 por ciento.²

Sin embargo, a tan solo 40 meses de cumplirse el plazo fijado para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estos avances peligran como consecuencia de los fondos que algunos donantes están destinando al Mecanismo de Medicamentos Asequibles para la Malaria (AMFm, por sus siglas en inglés). Este instrumento, auspiciado desde 2008 por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, concede enormes subvenciones a la compra del tratamiento más eficaz contra la malaria, las terapias combinadas basadas en la artemisinina (TCA), y fomenta la venta de este fármaco a través de proveedores privados informales, entre los que se incluyen pequeños comercios y vendedores ambulantes. Sin embargo, en este punto, cuando la fase piloto del AMFm está a punto de concluir, los donantes disponen ya de datos contundentes sobre las limitaciones de este mecanismo y los riesgos que entraña la ampliación del mismo, así como sobre alternativas mejores para llegar hasta las personas que viven en la pobreza.

Este documento analiza las limitaciones y las deficiencias del AMFm, así como los cambios en la lucha contra la malaria que hacen que el AMFm haya quedado obsoleto. Aporta datos sobre enfoques alternativos capaces de conseguir mejores resultados para la salud de las personas que viven en la pobreza. **Es de una importancia crítica que en las reuniones de las juntas directivas del Fondo Mundial y de UNITAID, que se celebrarán a finales de 2012, los donantes actúen de acuerdo a las pruebas disponibles, y dejen de respaldar soluciones poco eficaces como el AMFm.**

ELNACIMIENTO INCÓMODO DEL AMFM

El AMFm está basado en el estudio *Saving Lives, Buying Time: Economics of malaria drugs in an age of resistance* (Salvar vidas, ganar tiempo: la economía de los fármacos contra la malaria en la era de la resistencia), publicado en 2004 por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos.³ Este estudio concluía que la solución para tratar la malaria era una subvención global que redujera el precio de las TCA, para cumplir así con dos objetivos: a) salvar vidas a través de la mejora de la disponibilidad y asequibilidad de las TCA, especialmente en el sector privado; y b) retrasar el desarrollo de la resistencia a los

fármacos, sustituyendo la artemisinina como tratamiento único o monoterapia por las TCA –de ahí la frase “ganar tiempo” en el título del estudio–. La utilización de la artemisinina como monoterapia está creando una resistencia a esta sustancia que, de extenderse, inutilizaría todos los tratamientos antipalúdicos con los que contamos en la actualidad.

La junta directiva del Fondo Mundial decidió poner en marcha una fase piloto del AMFm en una serie de países, pese a las preocupaciones expresadas por algunos de sus miembros, como los Estados Unidos y las ONG de países desarrollados.

Las deficiencias más notables del concepto en que se basaba el AMFm eran, y siguen siendo, las siguientes:

- **La venta de medicamentos antipalúdicos, incluso a precios reducidos, excluye a las personas más pobres, que no disponen de los recursos necesarios para adquirir un ciclo completo de tratamiento.** Las pruebas demuestran que la atención sanitaria no gratuita conlleva retrasos a la hora de acudir en busca de tratamiento, o incluso a prescindir del mismo. Las mujeres son las que mayores probabilidades tienen de quedar excluidas.
- **El sector privado informal carece de la capacidad o de los incentivos necesarios para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento correctos.** El concepto de sector privado aplicado a la venta de medicamentos en los países en desarrollo puede llevar a error. No abarca únicamente las farmacias, sino también vendedores privados informales y no regulados, como los vendedores ambulantes o pequeños comerciantes; en definitiva, personas sin preparación médica motivadas por intereses económicos y no por la mejora de la salud pública, y que carecen de los incentivos y la capacidad para proporcionar un diagnóstico y un tratamiento de la malaria adecuados.
- **Muchos cuadros febriles no se deben a la malaria, y por tanto un comerciante del sector privado informal no es la persona indicada a quien acudir en caso de encontrarse enfermo.** Varios estudios llevados a cabo en los años noventa demostraron que tan solo el 40 por ciento de los cuadros febriles en niños y niñas en el África subsahariana se debían a la malaria, lo que significa que la mayoría de estos cuadros –el 60 por ciento– no eran palúdicos.⁴ Por otra parte, en los últimos años han disminuido los casos de malaria, hecho que subraya aún más la importancia de que los niños que presenten cuadros febriles obtengan un diagnóstico y un tratamiento adecuados –ya sea para fiebres palúdicas o para las que no lo son–. El sector privado informal no está cualificado para hacer ese diagnóstico. El hecho de que hoy día muchas personas obtengan medicamentos antipalúdicos de proveedores privados informales no es una estrategia de salud pública sensata, sino que es una consecuencia peligrosa de la falta de inversión en servicios públicos. La administración de medicamentos inadecuados no solo es un riesgo para las personas, sino que con ello se contribuye a generalizar resistencia a esos medicamentos.

- **El AMFm podría hacer aumentar la resistencia a medicamentos antipalúdicos.** La historia de los tratamientos contra la malaria demuestra que la cloroquina, en sus inicios un medicamento barato y efectivo, dejó de ser eficaz contra el *Plasmodium falciparum* (la cepa de malaria predominante en el África subsahariana) en parte porque las personas no disponían de los recursos necesarios para seguir el ciclo completo de tratamiento. Lejos de retrasar el desarrollo de resistencia, la venta no regulada de TCA a precios subvencionados podría tener consecuencias parecidas.
- **Es más, no está claro por qué se necesita el AMFm.** Los gobiernos pueden utilizar la financiación de los donantes, a través por ejemplo del Fondo Mundial o de la Iniciativa del Presidente de EEUU contra la Malaria (PMI), para adquirir TCA para los sectores tanto público como privado, de modo que no serían necesarias nuevas subvenciones.

NO HAY PRUEBAS QUE ACONSEJEN SEGUIR CON EL AMFM

La junta directiva del Fondo Mundial reconoció desde el principio la necesidad de llevar a cabo una evaluación del proyecto piloto del AMFm. Esta evaluación se encargó en 2010, y debía aportar pruebas en base a las cuales decidir en la junta directiva de noviembre de 2012 si continuar con el AMFm, ampliarlo, o darlo por finalizado. El objetivo de la evaluación era medir si las TCA habían bajado de precio, si había aumentado su disponibilidad, si habían desplazado a otros medicamentos poco efectivos, y si se utilizaban más, sobre todo entre la población más vulnerable.

Sin embargo, el estudio de evaluación no contemplaba dos aspectos fundamentales:

1. La clave del éxito o fracaso del AMFm es el grado de utilización de las TCA por parte de las personas que realmente necesitan ese tratamiento: los casos de malaria confirmados, especialmente de niños de zonas pobres y aisladas a las que puede que no llegue el sector público. **A pesar de ello, la evaluación no midió de forma sistemática el grado de utilización del medicamento por parte de las poblaciones más vulnerables.**
2. La junta directiva del Fondo Mundial pidió que la evaluación midiera la rentabilidad del AMFm en comparación con otros modelos de financiación como por ejemplo el abastecimiento público ampliado,⁵ pero la secretaría del AMFm alegó que esta comparación no era factible. Esto significa que la evaluación omitió los **datos de países como Etiopía⁶ y Zambia,⁷ que mostraban un descenso en las tasas de mortalidad y morbilidad por malaria cuando era el sector público y los trabajadores comunitarios de salud (CHW, por sus siglas en inglés) quienes proporcionaban el tratamiento.⁸** La utilización de más de 30.000 trabajadores de extensión en salud en Etiopía (junto con el tratamiento y el uso de mosquiteras) ha reducido a la mitad el número de muertes por malaria en tan solo tres años.⁹

Los datos que sí se recogen en la evaluación revelan problemas graves que a su vez demuestran que el AMFm no es adecuado como medio para luchar contra la malaria:

- **Resultados desiguales:** La evaluación constató distintos resultados en los diferentes países y por tanto pone en duda la eficacia de un modelo único de subvención a escala mundial. Mientras en Ghana las ventas aumentaron espectacularmente, en Níger no ocurrió lo mismo.
- **Un aumento en las ventas no significa un aumento del tratamiento de la malaria:** En la evaluación se afirmaba que el AMFm suponía un “cambio total”, con un “efecto enorme en el mercado de antipalúdicos, por el aumento de la disponibilidad y la reducción del precio de las TCA en el sector privado”.¹⁰ Sin embargo, el aumento de las ventas no es indicativo del número de casos confirmados de malaria que se han tratado. Gran parte de las ventas se destinaron al tratamiento de adultos, pese a que las tasas de mortalidad y morbilidad por malaria son más elevadas entre los niños, y no se aportaron datos específicos sobre utilización por parte de las personas más pobres.¹¹ Por tanto, no es posible afirmar con seguridad cuántas vidas “salvaron” los pilotos del AMFm, ni tampoco que consiguieron llegar a las personas más vulnerables.
- **El AMFm redundó en pedidos excesivos de TCA, que no estaban basados en necesidades clínicas, y que provocaron una crisis en el mercado mundial.** En 2010, por ejemplo, hubo 2.338 casos en Zanzibar, pero el sector privado encargó 240.000 tratamientos, en su mayoría para personas adultas.¹² Los pedidos también fueron excesivos en otros países, como Nigeria y Ghana. El número total de tratamientos de TCA adquiridos por el AMFm para los ocho proyectos piloto fue de 155.812.358, casi cinco veces el número estimado de casos de malaria en esos países en 2010.¹³ La crisis mundial de ACT obligó a la secretaría del AMFm a poner en marcha mecanismos de racionamiento, entre otros el de contrastar los pedidos con la necesidad clínica, un criterio que se debería haber utilizado desde un principio.
- **El AMFm apenas ha repercutido en el uso de artemisina,** un tratamiento de monoterapia que no se ha visto desplazado y que genera resistencia. La disponibilidad de la monoterapia ya era de por sí reducida, dado que los gobiernos habían prohibido su importación y venta y la OMS había instado a las empresas farmacéuticas a reducir las ventas de ese medicamento.

EL CONTEXTO CAMBIANTE DE LA MALARIA ES FUNDAMENTAL

Los drásticos cambios producidos en el contexto de la malaria, incluso desde el estudio de 2004 que motivó la creación del AMFm, también deben tenerse en cuenta a la hora de decidir el camino a seguir. La incidencia de la malaria ha disminuido de los 350-500 millones de casos estimados en 2005¹⁴ hasta los 216 millones de casos en 2010.¹⁵ El precio de las TCA ha bajado, lo cual se debe en parte a la disponibilidad

de combinaciones de dosis fija y de tres alternativas genéricas proporcionadas por un fabricante adicional. Asimismo, gracias a las aportaciones del Fondo Mundial y la PMI, cada vez hay más TCA disponibles en el sector público y a través de los trabajadores comunitarios de salud, lo cual implica que la población tiene opciones mejores que acudir a proveedores del sector privado informal. Y, gracias a los esfuerzos de la OMS y de muchos gobiernos, la artemisinina como monoterapia es cada vez más difícil de encontrar.

La OMS recomienda ahora la realización de pruebas de diagnóstico rápido, cuya disponibilidad es cada vez mayor y cuyo uso creciente permite al sector público y a los trabajadores comunitarios de salud diagnosticar correctamente la malaria. Por ejemplo, en el medio rural de Camboya, los pacientes atendidos por trabajadores de salud de las aldeas especializados en malaria tienen una probabilidad 11 veces mayor de obtener un diagnóstico confirmado que las personas que acuden a los servicios del sector privado.¹⁶ Hay también pruebas contundentes de la efectividad y el alcance de los trabajadores comunitarios de salud en el diagnóstico y tratamiento de la malaria y de los cuadros febriles no palúdicos, algo que los proveedores informales no pueden hacer.¹⁷

EL CAMINO A SEGUIR

Los responsables políticos deben analizar los datos disponibles y decidir cuál es la mejor manera de invertir en la lucha contra la malaria y a la vez cumplir con otros objetivos de salud pública.

No existen atajos o alternativas baratas: las personas encargadas de proporcionar tratamiento deben tener la formación apropiada y estar adecuadamente supervisadas, lo cual implica que cualquier inversión debe basarse en un análisis sólido del modelo elegido en relación a:

1. Rentabilidad en relación a los objetivos de salud pública (diagnóstico y tratamiento correctos de fiebres palúdicas y no palúdicas), con la formación y la supervisión adecuadas;
2. Presencia en la comunidad, de modo que se ahorre el tiempo y los gastos de los pacientes; se dispondría de conocimientos suficientes sobre la propia comunidad, para así proporcionar servicios cercanos y con flexibilidad de horarios;
3. Inclusión de niñas y niños y de mujeres embarazadas, así como de las personas que viven en la pobreza y de la población del medio rural y zonas aisladas. Estos grupos obtendrían diagnóstico y tratamiento gratuitos;
4. Respuesta a las necesidades de las mujeres, ya que las madres son mayoría entre las personas encargadas de los cuidados, y la malaria afecta de manera desproporcionada a mujeres embarazadas y a niñas y niños.

RECOMENDACIONES

Para el AMFm:

- En su junta directiva el próximo noviembre, el Fondo Mundial debe adoptar la decisión de suspender su apoyo al AMFm;
- UNITAID y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) –principales donantes del AMFm– deben dejar de aportar fondos una vez cumplidos sus compromisos actuales (finales de 2012);
- Si los países en los que se ha desarrollado el proyecto piloto desean seguir suministrando las TCA a través del sector privado, deberán hacerlo por medio de las ayudas ya existentes del Fondo Mundial u otros donantes.

Para la ampliación del tratamiento contra la malaria:

- **Los donantes deben invertir en la creación de asociaciones públicas entre trabajadores comunitarios de salud y servicios de atención primaria**, con especial énfasis en la formación y la supervisión. Este enfoque aúna las ventajas de las estrategias del sector público y de la acción comunitaria, y evita los riesgos que supone la participación del sector privado informal para la salud pública. Permite también que el tratamiento de la mayoría de cuadros febriles no palúdicos se acometa desde el sector de la salud pública. Los comercios profesionales y debidamente regulados del sector privado, como pueden ser las farmacias, servirían para cubrir las lagunas que pudieran existir, sobre todo en las ciudades. Se trata de una estrategia basada en lo que ya funciona, y que se está utilizando en países como Etiopía, Zambia, y Ruanda, entre otros.

La malaria sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en muchos países en desarrollo; en 2010 el 86 por ciento de las muertes por malaria fueron de niños menores de cinco años.¹⁸ Cuando está en juego la vida de tantos niños, es imprescindible que las decisiones que tanto donantes como gobiernos puedan tomar durante las reuniones de la junta directiva del Fondo Mundial de noviembre y de la dirección de UNITAID en diciembre se basen en las pruebas que demuestran lo que realmente funciona en la lucha contra la malaria en los países en desarrollo, sin olvidar otras necesidades urgentes de salud pública en esos países.

NOTAS

Nota: último acceso a todas las URL en octubre de 2012

- ¹ PNUD (2012) *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York: Estados Unidos
- ² OMS (2011) *Informe Mundial sobre el Paludismo 2011*, Ginebra: OMS, http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/
- ³ K.J. Arrow et al (2004) 'Saving lives, Buying time: Economics of Malaria Drugs in an Age of Resistance', Washington, D.C.: The National Academies Press, <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309092183>
- ⁴ U. Brinkmann Y A. Brinkmann (1991) "Malaria and health in Africa: the present situation and epidemiological trends", *Trop Med Parasitol* 42(3):204–13
- ⁵ XX Junta Directiva del Fondo Mundial, Addis Abeba, Etiopía, 9 a 11 de noviembre de 2009. Punto de decisión 24, <http://www.theglobalfund.org/en/board/meetings/twentieth/>
- ⁶ H. Lemma et al (2010) "Deploying artemether-lumefantrine with rapid testing in Ethiopian communities: impact on malaria morbidity, mortality and healthcare resources", *Trop Med Int Health* 15(2):241–50
- ⁷ P. Chanda et al (2011) "Community case management of malaria using ACT and RDT in two districts in Zambia: achieving high adherence to test results using community health workers", *Malar J.* 9;10:158
- ⁸ El Fondo Mundial (2011) 'Report of the Affordable Medicines Facility - Malaria (AMFm) ad hoc committee', XXV Junta directiva del Fondo Mundial, Accra, Ghana, 21-22 de noviembre de 2011, http://www.theglobalfund.org/documents/board/25/BM25_16AMFmAdHocCommittee_Report_en/
- ⁹ D. Garmaise (2010) "More Investment in Health Systems Needed, Global Fund Board Chair Says", Boletín Informativo del Fondo Mundial 121, http://www.aidspace.org/gfo_article/more-investment-health-systems-needed-global-fund-board-chair-says
- ¹⁰ AMFm Independent Evaluation Team (2012) "Independent Evaluation of Phase 1 of the Affordable Medicines Facility - malaria (AMFm) – Multi-Country Independent Evaluation Report: Final Report", Calverton, Maryland and London: ICF International y London School of Hygiene and Tropical Medicine, <http://www.theglobalfund.org/en/amfm/independentevaluation/>
- ¹¹ *Ibid.*
- ¹² OMS (2011) *Op. Cit.*
- ¹³ *Ibid.*
- ¹⁴ OMS (2005) *Informe Mundial sobre el Paludismo 2005*, http://www.rbm.who.int/wmr2005/html/exsummary_en.htm; y R.W. Snow et al (2005) 'The global distribution of clinical episodes of Plasmodium Falciparum malaria', *Nature* 434, 214–17 (10 de marzo de 2005)
- ¹⁵ OMS (2011) *Op. Cit.*
- ¹⁶ S. Yeung et al (2008) "Access to artemisinin combination therapy for malaria in remote areas of Cambodia", *Malar J.* 29;7:96
- ¹⁷ A. Ratsimbaoa et al (2012) 'Management of uncomplicated malaria in febrile under five-year-old children by community health workers in Madagascar: reliability of malaria rapid diagnostic tests', *Malar J.* 2012;11:85; and P. Chanda et al (2011) 'Community case management of malaria using ACT and RDT in two districts in Zambia: achieving high adherence to test results using community health workers', *Malar J.* 2011;10:158
- ¹⁸ OMS (2011) *Op. Cit.*

© Oxfam Internacional, octubre de 2012

Este documento ha sido escrito por Mohga M Kamal-Yanni. Oxfam agradece la colaboración de Philippa Saunders, Emma Seery, Ceri Averill, Yussif Alhassan, Guppi Bola, Mahwash Bhimjee, Sarah Dransfield y Jon Mazliah en su elaboración. Forma parte de una serie de documentos dirigidos a contribuir al debate público sobre políticas humanitarias y de desarrollo.

Para más información sobre los temas tratados en este documento, ponerse en contacto con advocacy@oxfaminternational.org

Esta publicación está sujeta a *copyright* pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del *copyright* requiere que todo uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias, o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa. Debe ponerse en contacto con policyandpractice@oxfam.org.uk.

La información en esta publicación es correcta en el momento de enviarse a imprenta.

Publicado por Oxfam GB para Oxfam Internacional con ISBN 978-1-78077-202-8 en octubre de 2012. Oxfam GB, Oxfam House, John Smith Drive, Cowley, Oxford, OX4 2JY, Reino Unido.

OXFAM

Oxfam es una confederación internacional de 17 organizaciones que trabajan juntas en 92 países, como parte de un movimiento global a favor del cambio, para construir un futuro libre de la injusticia que supone la pobreza:

Oxfam Alemania (www.oxfam.de)
Oxfam América (www.oxfamamerica.org)
Oxfam Australia (www.oxfam.org.au)
Oxfam-en-Bélgica (www.oxfamsol.be)
Oxfam Canadá (www.oxfam.ca)
Oxfam Francia (www.oxfamfrance.org)
Oxfam GB (www.oxfam.org.uk)
Oxfam Hong Kong (www.oxfam.org.hk)
Oxfam India (www.oxfamindia.org)
Intermón Oxfam (www.intermonoxfam.org)
Oxfam Irlanda (www.oxfamireland.org)
Oxfam Italia (www.oxfamitalia.org)
Oxfam Japón (www.oxfam.jp)
Oxfam México (www.oxfammexico.org)
Oxfam Nueva Zelanda (www.oxfam.org.nz)
Oxfam Novib (www.oxfamnovib.nl)
Oxfam Quebec (www.oxfam.qc.ca)

Para más información, escribir a cualquiera de las organizaciones o ir a www.oxfam.org. Email: advocacy@oxfaminternational.org

www.oxfam.org.