



# INFORME MUNDIAL 2012 SOBRE EL PALUDISMO RESUMEN



© Organización Mundial de la Salud, 2013

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



© 2007 Bonnie Gillespie, Courtesy of Photoshare

## Introducción

La última década ha sido testigo de un aumento muy grande en el financiamiento y la cobertura de los programas de control de la malaria. Esto ha originado una reducción a gran escala en la incidencia y mortalidad: 50 de 99 países con transmisión activa están en vías de reducir en un 75% las tasas de incidencia de casos de malaria para el 2015, de acuerdo con las metas de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo. En la Región Europea es posible que se logre la eliminación de la malaria para el 2015. Las estimaciones sugieren que se evitaron 1,1 millones de muertes por malaria entre el 2001 y el 2010; 58% de estas vidas se salvaron en diez de los países con las mayores cargas de malaria, lo que muestra que los avances se están realizando donde es más necesario.

Sin embargo, en el 2011 se estimó que el financiamiento de programas de malaria fue de menos de la mitad de los US\$ 5,1 mil millones necesarios a nivel mundial. Millones de personas todavía no tienen acceso a intervenciones como mosquiteros tratados con insecticidas, rociado residual intradomiciliario, pruebas para el diagnóstico, y terapias combinadas con artemisinina. Como resultado cada año ocurren 219 millones de casos (intervalo entre 154-289 millones) y 660 000 muertes (intervalo entre 490 000-836 000). Existe una necesidad urgente de identificar fuentes de financiamiento para incrementar y hacer sostenibles los esfuerzos para el control de la malaria y asegurar que las poblaciones más vulnerables tengan acceso a las intervenciones esenciales para salvar su vida.

El documento completo del *Informe Mundial sobre el Paludismo* puede encontrarse en el siguiente vínculo:

[http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2012/en/index.html](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/index.html)



UNA PRIORIDAD MUNDIAL EN SALUD

## La malaria es una prioridad de salud a nivel mundial. Ocurre en 99 países y más de 3 mil millones de personas están en riesgo de adquirir la enfermedad.

Según estimaciones, en el 2010 ocurrieron 219 millones de casos de malaria (intervalo entre 154-289 millones) y 660 000 muertes (intervalo entre 490 000-836 000) a nivel mundial. Se estima que aproximadamente el 80% de los casos y el 90% de las muertes ocurren en la Región Africana, siendo los niños menores de cinco años de edad y las mujeres embarazadas los grupos de población más afectados.

### Número de casos y muertes por malaria en el 2010, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud

Región	Casos estimados ('000s)				Muertes estimadas			
	Estimado	Límite inferior	Límite superior	% <i>falciparum</i>	Estimado	Límite inferior	Límite superior	% menor de 5 años edad
Africana	174 000	110 000	242 000	98%	596 000	429 000	772 000	91%
Región de las Américas	1 100	900	1 300	35%	1 100	700	1 800	29%
Este del Mediterráneo	10 400	6 400	16 600	83%	15 300	7 200	23 500	70%
Europea	0.2	0.2	0.2	–	0	0	0	–
Sureste Asiático	32 000	25 900	41 900	53%	43 000	31 100	60 300	32%
Pacífico Occidental	1 700	1 300	2 100	79%	4 000	2 400	6 100	41%
<b>Mundo</b>	<b>219 000</b>	<b>154 000</b>	<b>289 000</b>	<b>90%</b>	<b>660 000</b>	<b>490 000</b>	<b>836 000</b>	<b>86%</b>

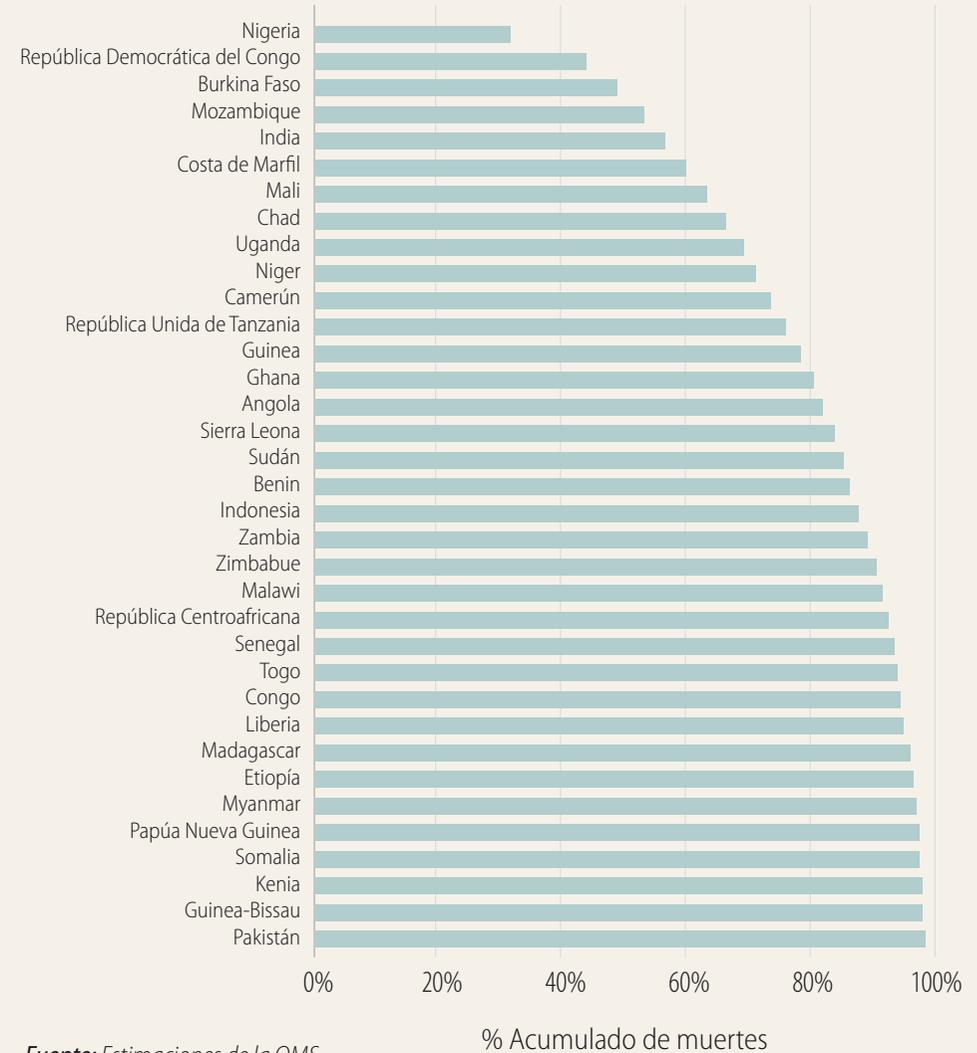
Fuente: Estimaciones de la OMS



## En el 2010, la mayor carga de malaria estuvo concentrada en menos de 20 países

Aproximadamente el 80% de las muertes por malaria que ocurren alrededor del mundo se concentran en solo 14 países. La carga mundial está dominada por países de África subsahariana. De hecho, se estima que más del 40% de las muertes por malaria se producen en la República Democrática del Congo y Nigeria. Aproximadamente el 80% de los casos en el 2010 ocurrieron en 17 países. Juntos la República Democrática del Congo, India y Nigeria contribuyen con más del 40% de los casos totales de malaria estimados a nivel mundial. Las metas internacionales para reducir la carga de la malaria no se alcanzarán a menos que se realice un progreso considerable en los países más afectados.

### Muertes estimadas debidas a la malaria por país, 2010

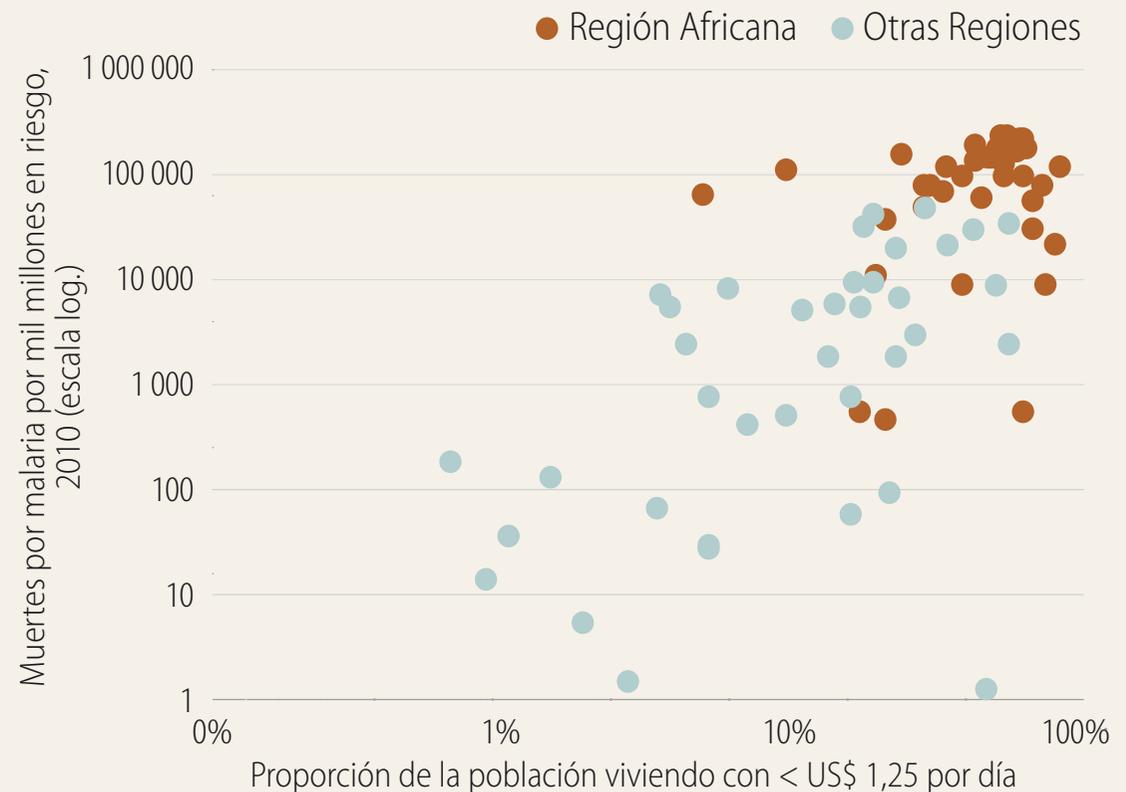




## La malaria está estrechamente vinculada a la pobreza.

Los países con mayores proporciones de población viviendo en la pobreza (con menos de US\$ 1,25 por persona por día) tienen mayores tasas de mortalidad por malaria. Dentro de cada país, las tasas de prevalencia de parásitos en niños menores de 5 años de edad son mayores en poblaciones pobres. Las poblaciones más pobres son más propensas a la infección y a la enfermedad debido a que es más probable que vivan en áreas rurales, en viviendas que ofrecen muy poca protección contra los mosquitos, y generalmente tienen menos acceso a medidas preventivas como mosquiteros tratados con insecticidas (MTI) o rociado residual intradomiciliario (RRI). También es menos probable que esas poblaciones acudan a los servicios de salud que pueden ofrecerles pruebas de diagnóstico y tratamiento efectivos.

### Relación entre la proporción de población de un país viviendo en la pobreza y las tasas de mortalidad por malaria



Fuente: Estimaciones de la OMS, Reporte de Desarrollo Humano 2011



**Se estima que cada año se requieren 5,1 mil millones de dólares para controlar la malaria. En el 2012, el total del financiamiento doméstico e internacional para malaria fue estimado en menos de US\$ 2,5 mil millones**

Los fondos nacionales para el control de la malaria han aumentado desde el 2005 y se estima que en el 2011 fue de US\$ 625 millones. Los desembolsos internacionales aumentaron de menos de US\$ 390 millones en el 2005 a un estimado de US\$ 1,7 mil millones en el 2010. Sin embargo, desde el 2009 la tasa de aumento de los fondos destinados a malaria se ha estabilizado. Si las tendencias actuales continúan, se proyecta que los fondos totales disponibles para malaria permanecerán por debajo de los US\$ 2,7 mil millones para el 2015, y no alcanzarán los 5,1 mil millones de dólares requeridos a nivel mundial.

**Fondos nacionales e internacionales desembolsados y proyectados para malaria, 2005-2015**



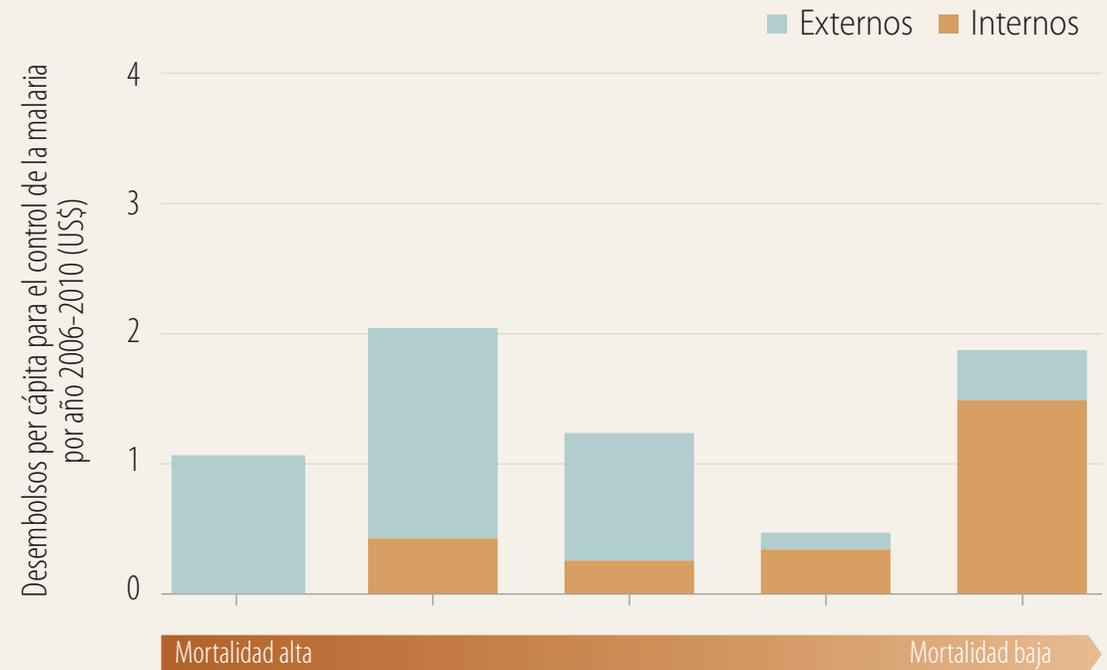
*Fuente: Reportes de los Programas Nacionales de Control de la Malaria (PNCM), Fondo Mundial, reportes del PMI, base de datos de la OECD*



## Los fondos internacionales para la malaria se han dirigido hacia los países con mayores tasas de mortalidad.

Los países más pobres con mayores tasas de mortalidad por malaria obtienen gran parte de sus fondos de fuentes internacionales. En países con menores tasas de mortalidad -los que tienden a ser más ricos- una gran parte de la financiación para malaria se obtiene de fuentes internas. En general, parece que muchos de los países con las mayores tasas de mortalidad por malaria todavía tienen menos recursos para el control de la enfermedad que aquellos que tienen las tasas más bajas.

### Desembolsos nacionales e internacionales de acuerdo a las tasas de mortalidad estimadas, 2006-2010



**Fuente:** base de datos financieros de la OMS, reportes de los PNCM, estimaciones de la OMS

Los 99 países con transmisión activa de malaria se dividieron en 5 grupos de igual tamaño de acuerdo a sus tasas de mortalidad por malaria.

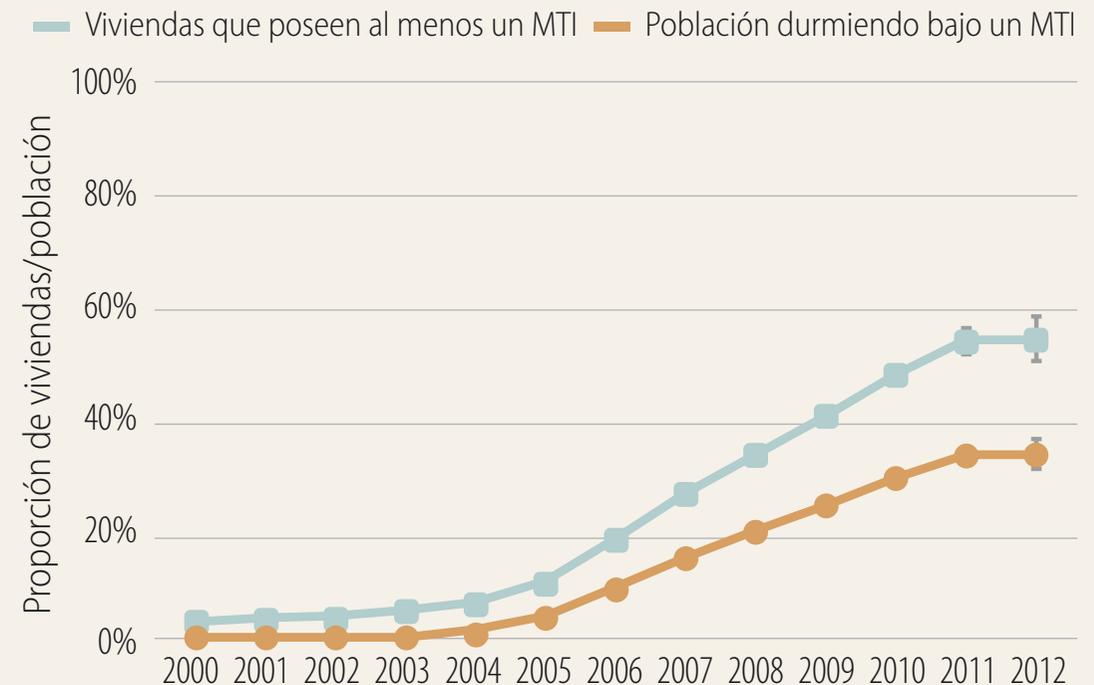


## CONTROL VECTORIAL DE LA MALARIA

**El incremento en la financiación ha permitido un aumento rápido en la adquisición y uso de mosquiteros tratados con insecticidas (MTI). Sin embargo, la adquisición y el uso están muy por debajo de las metas de cobertura universal.**

Los MTI son un método efectivo para prevenir la malaria, protegiendo de las picaduras de los mosquitos mientras las personas duermen. La proporción de viviendas que poseen al menos un MTI en la región de África subsahariana aumentó dramáticamente de 10% en el 2005 a 53% en el 2011, y la proporción de población que duerme bajo un MTI aumentó de 4% a 33% durante el mismo periodo. Sin embargo, estas proporciones permanecieron estables en 53% y 33% en el 2012, lo cual es considerablemente menor a las metas de cobertura universal. La principal razón por la que estas cifras permanecieron estables fue la disminución en el número de MTI entregados a los países en los últimos dos años.

**Tendencia estimada en la proporción de viviendas con al menos un MTI y proporción de población durmiendo bajo un MTI en África subsahariana, 2000-2012**



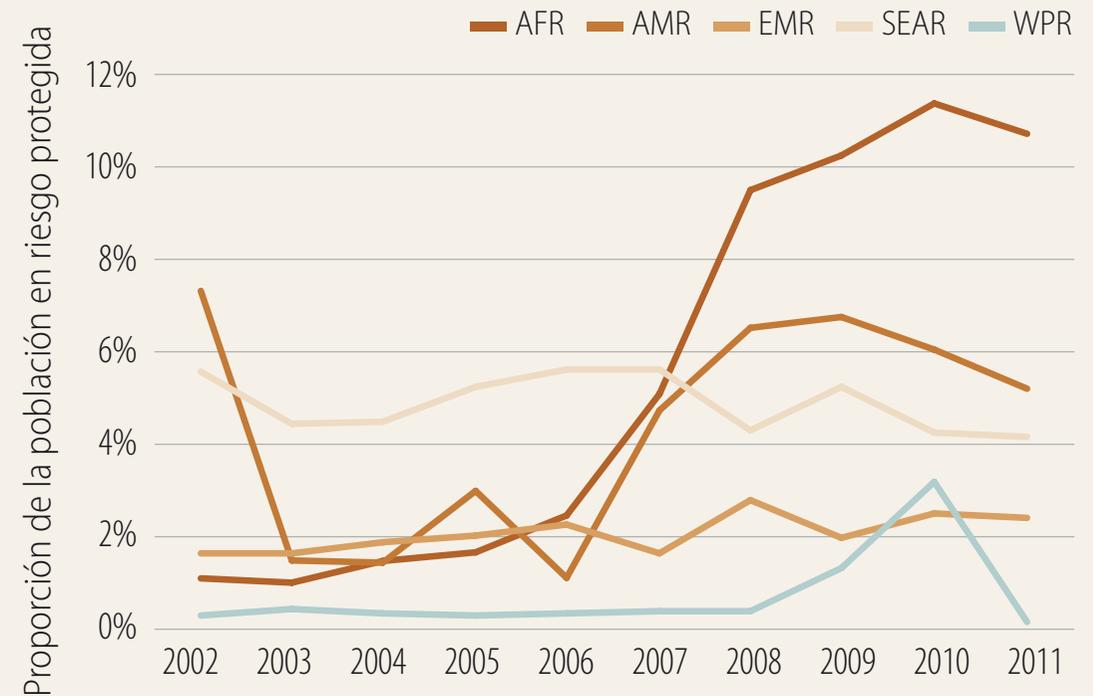
*Fuente: modelo de cobertura con MTI del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, que toma en consideración MTI suministrados por los fabricantes, MTI entregados por los PNCM y resultados de encuestas en las viviendas (1). Incluye Djibouti, Somalia y Sudán, los cuales están en la Región Este del Mediterráneo de la OMS.*



**Entre el 2006-2009 la población en riesgo protegida mediante rociado residual intradomiciliario (RRI) aumentó significativamente. Sin embargo, esta proporción se ha mantenido aproximadamente en un 5% durante los últimos 3 años.**

Los programas nacionales de malaria reportaron que 153 millones de personas se protegieron mediante RRI en el 2011, lo cual representa el 5% de la población mundial en riesgo. En la región de África y de las Américas, la proporción de la población protegida mediante RRI aumentó significativamente durante el 2006-2008, y alcanzó el 11% y 5% respectivamente en el 2011. En la Región del Pacífico Occidental la proporción de la población protegida mediante RRI aumentó mucho recientemente, principalmente debido a un aumento en el número de personas protegidas por RRI en China. La cobertura de los programas nacionales en las Regiones del Este del Mediterráneo y del Sureste de Asia han variado muy poco durante los últimos 10 años.

Proporción de la población en riesgo de contraer malaria, protegida mediante RRI, 2002-2011



Fuente: Reportes de los PNCM.

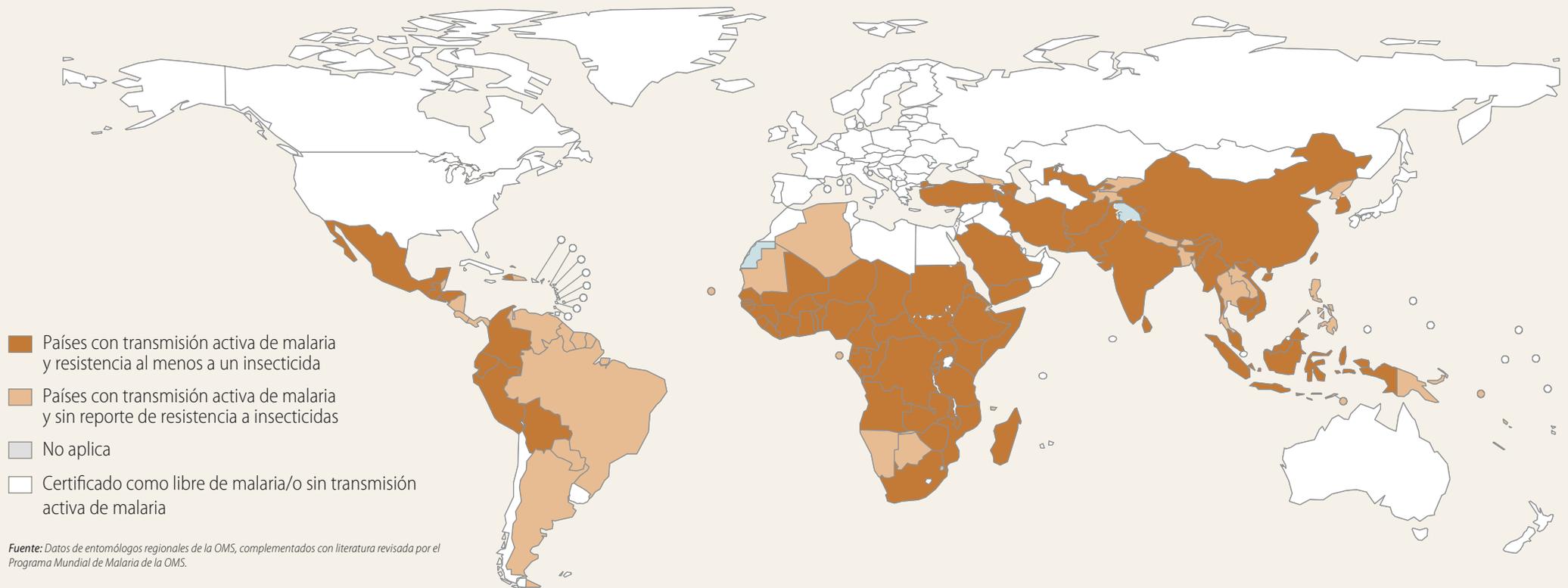


## CONTROL VECTORIAL DE LA MALARIA

## Se ha identificado resistencia de los mosquitos al menos a un insecticida utilizado para el control de la malaria en 64 países

El monitoreo de la resistencia a los insecticidas es un elemento necesario de las intervenciones de control que utilizan insecticidas. En el 2011, 77 países reportaron haber adoptado la política de monitoreo de la resistencia a los insecticidas. En mayo del 2012 se lanzó el Plan Mundial para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas en los vectores de malaria, proporcionando un modelo global para el manejo de la resistencia a los insecticidas.

### Países con transmisión activa de malaria en los que se ha identificado resistencia a insecticidas en al menos uno de sus principales vectores

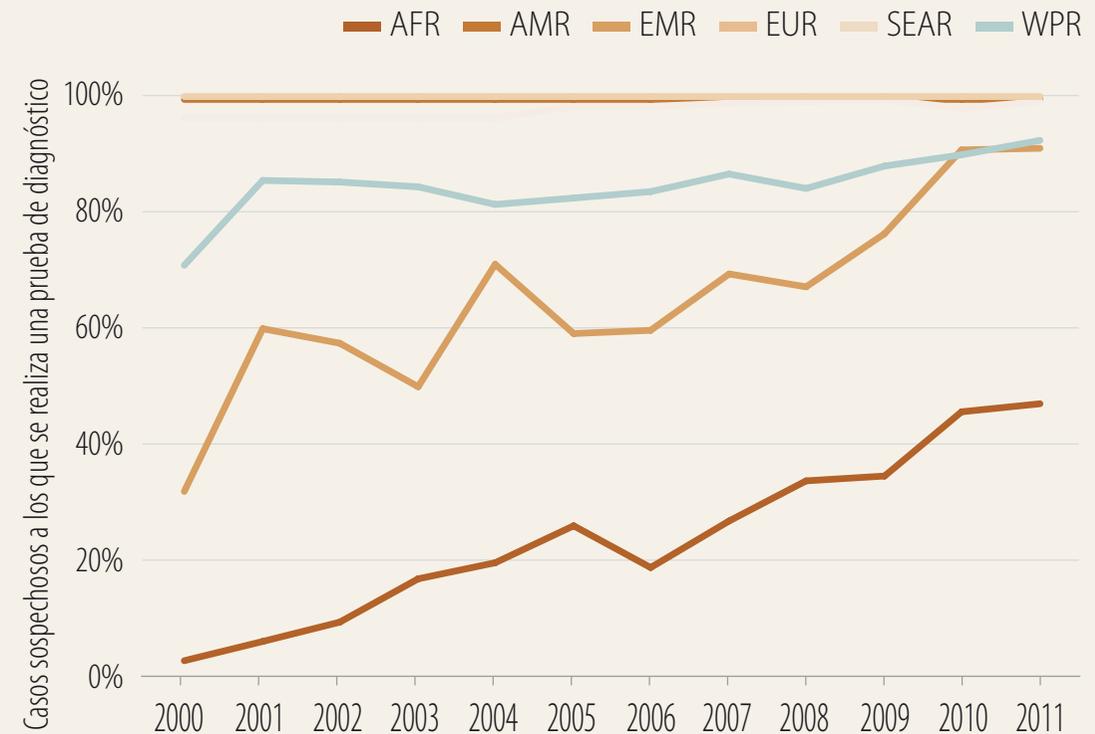




**La proporción de casos sospechosos de malaria a los que se les realiza una prueba de diagnóstico ha aumentado. Sin embargo, muchos casos febriles todavía se tratan con medicamentos antimaláricos sin un diagnóstico de confirmación.**

A nivel mundial, la proporción de casos sospechosos de malaria que acuden a los servicios públicos de salud y se les realiza una prueba de diagnóstico ha aumentado de 68% en el 2005 a 77% en el 2011. En el 2011, esta proporción fue menor del 50% en la Región Africana, donde ocurren la mayoría de los casos. Estas proporciones están todavía muy por debajo del objetivo de la OMS de realizar pruebas de diagnóstico a todos los casos sospechosos.

**Proporción de casos sospechosos de malaria que acudieron a servicios de salud públicos a los que se les realizó una prueba de diagnóstico, 2000-2011**



*Fuente: Reportes de los PNCM*

*Los resultados se basan en reportes recibidos de los PNCM. La proporción de casos a los que se les realizó una prueba de diagnóstico puede estar sobreestimada, ya que los países con las tasas más altas son los que tienden a reportar más.*



## El número de terapias combinadas a base de artemisinina (TCA) adquiridas para el tratamiento de la malaria ha aumentado cada año desde el 2005.

Las TCA son los medicamentos antimaláricos más efectivos entre los disponibles actualmente. Estas terapias combinan dos ingredientes activos con diferentes mecanismos de acción. El número de tratamientos completos con TCA entregados por los fabricantes al sector público y privado aumentó desde 11 millones en el 2005 a 76 millones en el 2006, y alcanzó los 278 millones en el 2011. Sin embargo, la cantidad total de TCA disponibles para el sector público disminuyó en el 2011 en comparación con el 2010. Es más, ha sido difícil dar seguimiento para determinar si todos estos tratamientos con TCA se han entregado a pacientes con diagnóstico de malaria confirmado.

### TCA entregadas, 2005-2011



**Fuente:** Datos proporcionados por 8 fabricantes elegibles para la adquisición por la OMS/UNICEF y reportes de la AMFm (del 30 de agosto de 2012). Las TCA entregadas a través del sector privado, por vías diferentes a la AMFm no se monitorean, pero se estima que son una fracción muy pequeña (aprox. 5-10%) en comparación con los entregados al sector público. La AMFm es un mecanismo que está iniciando, cuyo principal objetivo ha sido suministrar TCA de calidad asegurada a precios subsidiados para los sectores público y privado.

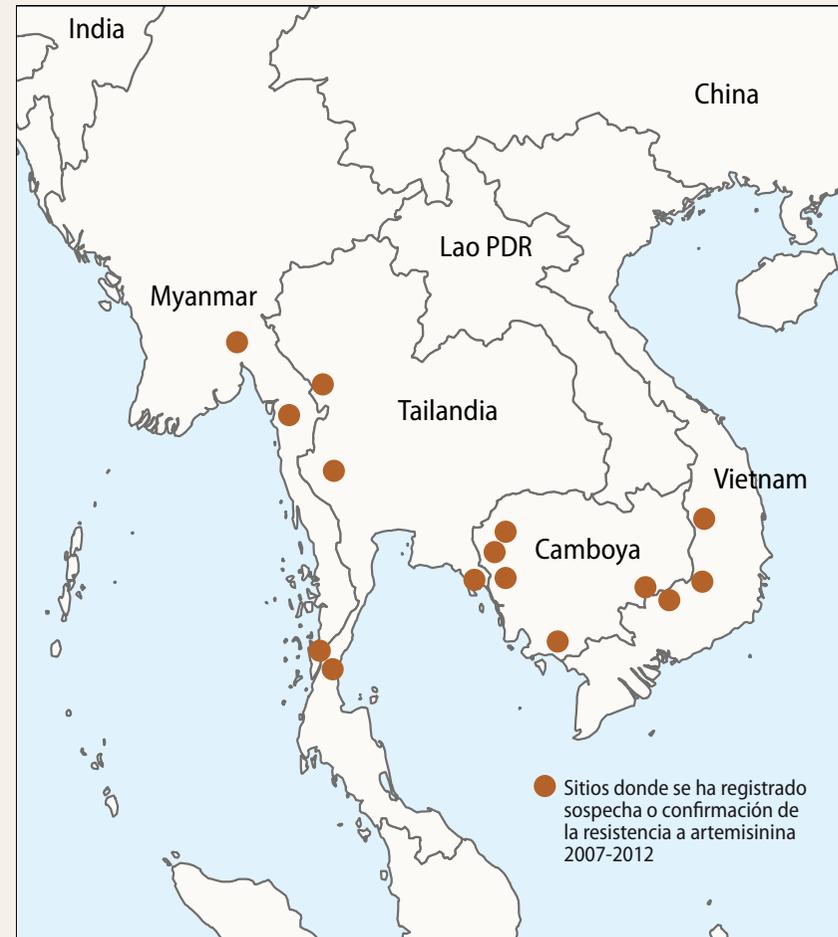


PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA

## Se ha detectado resistencia a las artemisininas en 4 países del sudeste asiático.

Actualmente se ha detectado resistencia a las artemisininas en 4 países de la subregión del Gran Mekong: Camboya, Myanmar, Tailandia y Vietnam. A pesar de los cambios que se han observado en la sensibilidad de los parásitos a las artemisininas, las TCA continúan curando pacientes, dado que el medicamento con el que se combinan todavía es efectivo. En la provincia de Pailin en Camboya, se ha encontrado resistencia a ambos componentes de la TCA, y se han implementado medidas especiales para observar directamente el tratamiento de pacientes con malaria que utilizan una combinación que no es a base de artemisinina (atovaquona-proguanil). La OMS hace un llamado a los países para implementar el Plan Mundial de Contención de la Resistencia a Artemisinina para proteger la TCA como tratamiento efectivo de la malaria.

Sitios donde se sospecha o se ha confirmado la resistencia a artemisinina a través de estudios de eficacia del tratamiento.



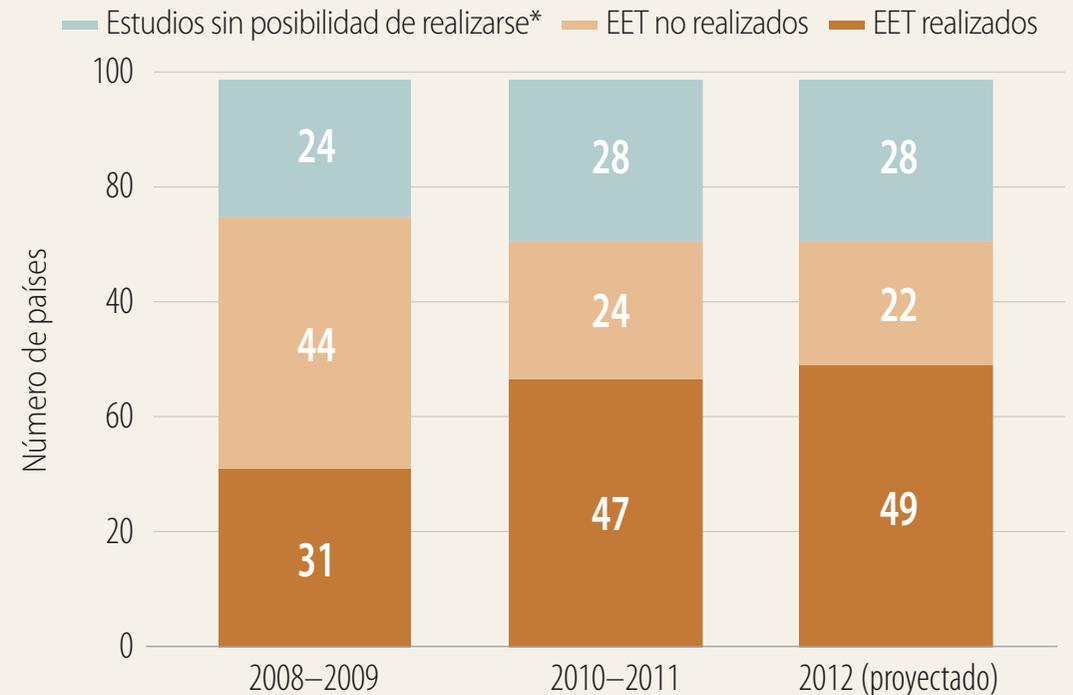
*Fuente:* Base de datos mundial de la OMS sobre eficacia de los medicamentos antimaláricos, a noviembre de 2012



## Se realizaron estudios de eficacia terapéutica (EET) para detectar resistencia de *P. falciparum* a las artemisininas en 47 de los 71 países donde se puede realizar este tipo de pruebas.

El monitoreo rutinario de la eficacia terapéutica de las TCA es esencial para detectar signos tempranos de resistencia a medicamentos y ha permitido la detección de resistencia de *P. falciparum* a las artemisininas en Camboya, Myanmar, Tailandia y Vietnam. Durante el 2010-2011, se completaron estudios de la primera y segunda línea de tratamiento antimalárico en 47 países donde se puede realizar este tipo de prueba, pero 24 países no realizaron estos estudios.

### Estatus del monitoreo de la eficacia terapéutica en países con transmisión activa de malaria, 2008-2012



\* En países con baja transmisión de malaria los estudios de eficacia terapéutica (EET) son imprácticos

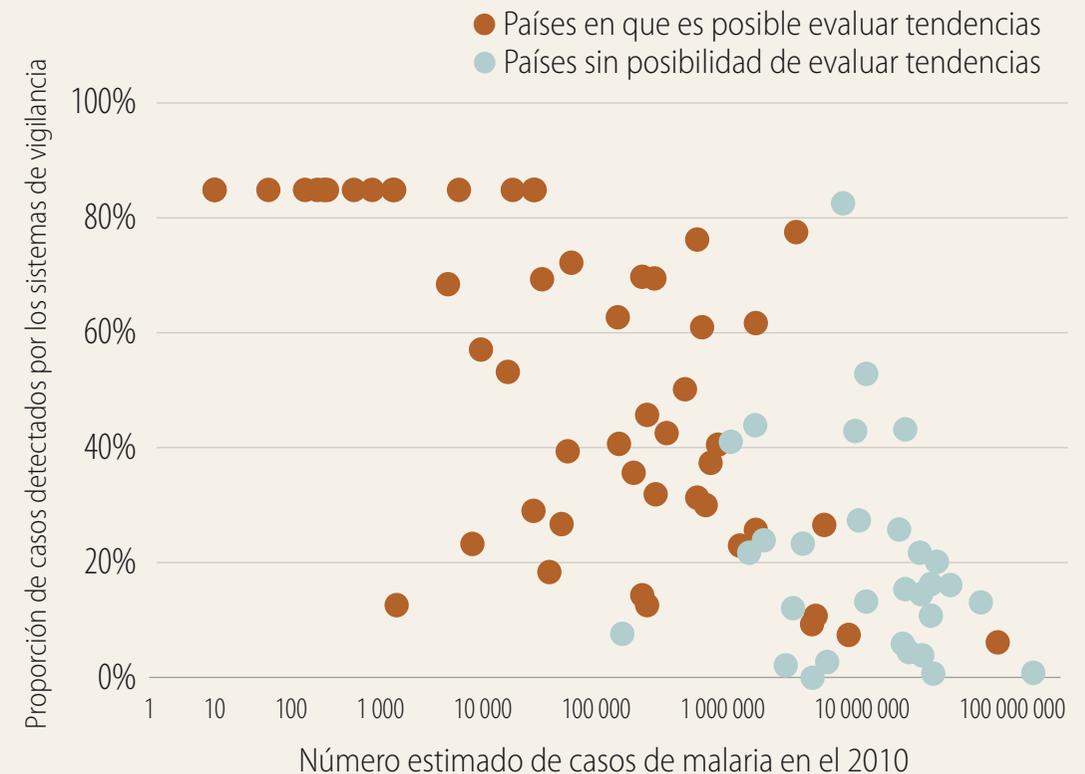
**Fuente:** Base de datos del Programa Mundial de Malaria de la OMS para el monitoreo de la eficacia terapéutica de los antimaláricos, por país, Noviembre 2012



## Los sistemas de vigilancia de la malaria detectan solo el 10% de los casos que ocurren a nivel mundial y son débiles en los países con el mayor número de casos.

La tasa de detección de casos es más baja en los países con el mayor número de casos de malaria. En 58 de los 99 países con transmisión activa se puede realizar una evaluación fiable de las tendencias utilizando datos enviados a la OMS. Sin embargo, en estos 58 países solo ocurren 34 millones de casos de malaria, es decir, el 15% del total de casos estimados en el 2010. Existe una necesidad crítica de fortalecer la vigilancia de la malaria en los restantes 41 países, que representan el 85% de los casos estimados de malaria, con el fin de que los programas puedan identificar y dirigir los recursos hacia las poblaciones más necesitadas, responder a los brotes de la enfermedad, y evaluar el impacto de las medidas de control.

### Proporción de casos de malaria captados por el sistema de vigilancia de un país en relación al número de casos estimados que ocurren en ese país



Fuente: reportes de los PNCM, estimaciones de la OMS

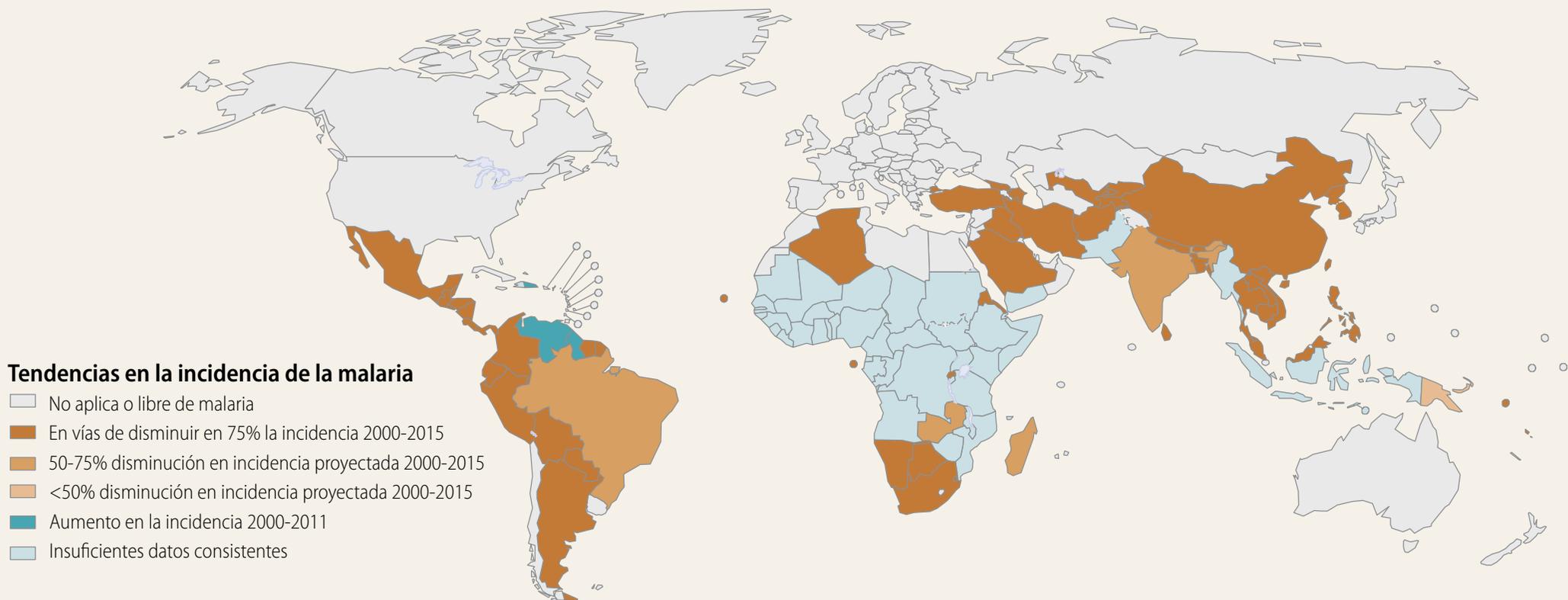


CAMBIOS EN LA INCIDENCIA Y MORTALIDAD POR MALARIA

## Los sistemas de vigilancia indican que 50 países están en vías de reducir la incidencia de casos de malaria en un 75% para el 2015.

De los 58 países en los que es posible evaluar las tendencias de la malaria utilizando datos de los sistemas de vigilancia, 50 están en vías de alcanzar las metas internacionales de reducir los casos de malaria en un 75% para el 2015, en comparación con el año 2000. A pesar de que esto representa un gran progreso, estos países aportan únicamente el 3% de los casos totales estimados a nivel mundial. En el resto de los países los avances han sido lentos o los datos han sido estimados mediante modelos matemáticos en vez de ser proporcionados por los sistemas de vigilancia.

### Mapa mostrando las tendencias en la incidencia reportada de malaria, 2000-2011

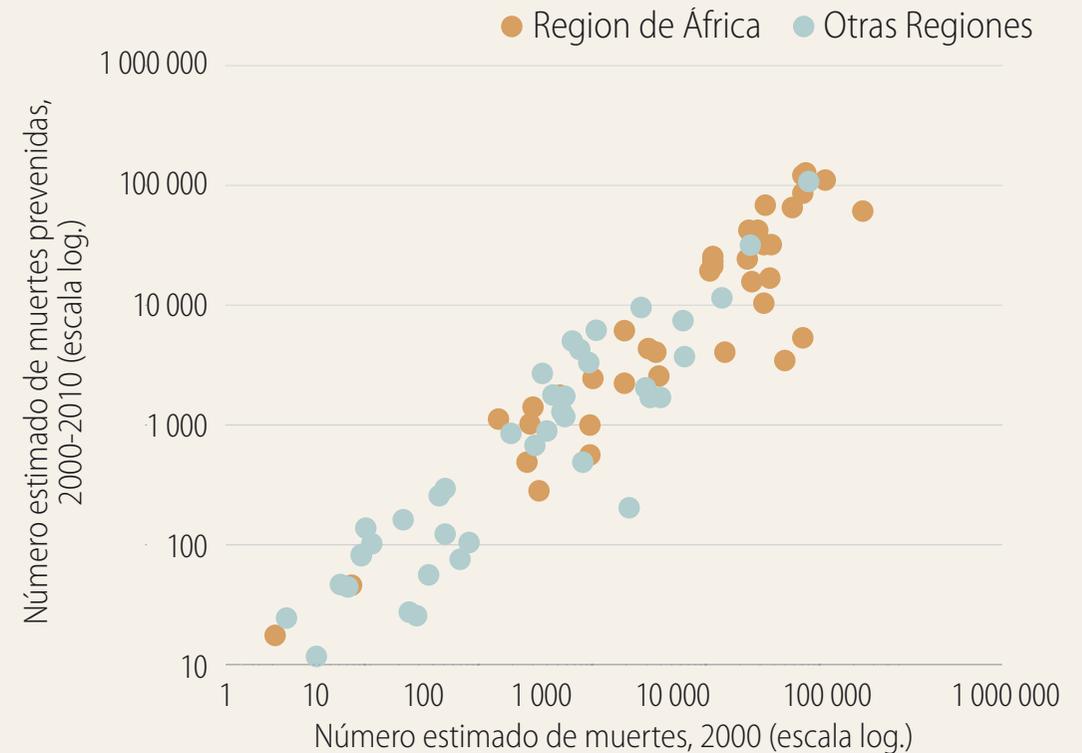




## Las estimaciones indican que los programas de malaria están teniendo el mayor impacto en los países donde la carga es mayor.

Los sistemas de vigilancia de 41 países no son lo suficientemente robustos como para permitir una evaluación de las tendencias, por lo que es necesario utilizar las estimaciones de datos para poder evaluar las tendencias en todos los países. Estas estimaciones sugieren que la incidencia de la malaria disminuyó un 17% a nivel mundial entre el 2000 y el 2010, mientras que las tasas de mortalidad disminuyeron un 20% a nivel mundial y 33% en la región de África. Estas tasas de disminución son menores a las metas convenidas a nivel internacional para el 2010 (reducción del 50%), pero a pesar de esto representan un gran progreso. Se estima que entre el 2001 y el 2010 se previnieron 1,1 millones de muertes y 274 millones de casos, la mayoría de estas vidas se salvaron en los 10 países que tenían las cargas más altas de malaria en el año 2000. Por lo tanto, los datos apuntan a que los programas de malaria están teniendo el mayor impacto donde la carga por malaria es mayor.

### Número estimado de muertes prevenidas entre 2000 y 2010 frente a las muertes estimadas en 2000



**Fuente:** estimaciones de la OMS. El número de muertes prevenidas se calcula restando el número de muertes estimadas en cada año entre 2001-2010 del que habría si las tasas de mortalidad estimadas para el 2000 se hubieran aplicado a lo largo de toda la década.



## ELIMINACIÓN DE LA MALARIA

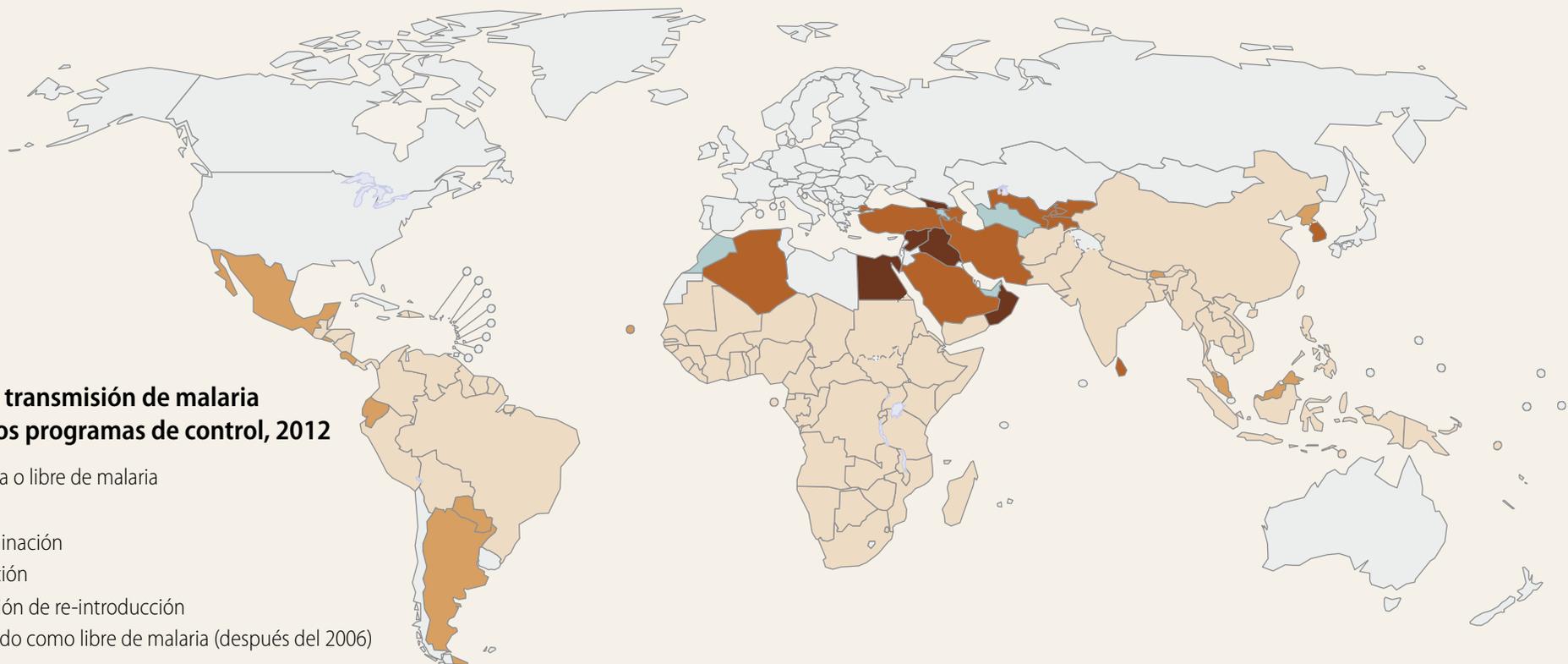
## Ha habido un progreso constante en la eliminación de la malaria de su zona de distribución.

Recientemente cuatro países han sido certificados por la OMS por haber eliminado la malaria en los últimos años: los Emiratos Árabes Unidos (2007), Marruecos (2010), Turkmenistán (2010), y Armenia (2011). A nivel mundial, diez países han sido clasificados por la OMS como en fase de eliminación de la malaria y once en fase de pre-eliminación. La Región Europea tiene una posibilidad real de convertirse en la primera en lograr la eliminación de la malaria y pretende hacerlo en el 2015, de acuerdo con las metas de la Declaración de Tashkent del 2005.

### Clasificación de países por fase de eliminación, a diciembre 2012

#### Países con transmisión de malaria y fase de los programas de control, 2012

-  No aplica o libre de malaria
-  Control
-  Pre-eliminación
-  Eliminación
-  Prevención de re-introducción
-  Certificado como libre de malaria (después del 2006)





## ANEXO 1 – RESUMEN DE LAS TENDENCIAS EN LA INCIDENCIA REPORTADA DE MALARIA 2000-2011

Región de la OMS	En camino de disminuir la incidencia en $\geq 75\%$ 2000-2015	Disminución del 50%-75% en la incidencia proyectada 2000-2015	Disminución $< 50\%$ en la incidencia proyectada 2000-2015	Aumento de la incidencia 2000-2011	Falta de consistencia en los datos para evaluar la tendencia
Africana	<b>Argelia</b> <b>Botsuana</b> <b>Cabo Verde</b> <b>Namibia</b> <b>Ruanda</b> <b>Santo Tomé y Príncipe</b> <b>Sudáfrica</b> <b>Swaziland</b> Eritrea	Madagascar Zambia			Angola Benin Burkina Faso+ Burundi+ Camerún República Centroafricana Chad Comoras Congo Costa de Marfil República Democrática del Congo Guinea Ecuatorial Etiopía Gabón Gambia Ghana Guinea Guinea-Bissau Kenia* Liberia+ Malawi Mali Mauritania Mozambique Niger Nigeria Senegal Sierra Leona+ Togo+ Uganda+ República Unida de Tanzania* Zimbabue+
Región de las Américas	<b>Argentina</b> <b>Belice</b> <b>Bolivia (Estado Plurinacional de)</b> <b>Costa Rica</b> <b>Ecuador</b> <b>El Salvador</b> <b>Guyana Francesa, Francia</b>	<b>Guatemala</b> <b>Honduras</b> <b>México</b> <b>Nicaragua</b> <b>Paraguay</b> <b>Surinam</b> Colombia Panamá Perú	Brasil	República Dominicana Guyana Venezuela (República Bolivariana de)	Haití
Este del Mediterráneo	<b>Afganistán</b> <b>Irán (República Islámica de)</b>	<b>Iraq</b> <b>Arabia Saudita</b>			Djibouti Pakistán* Somalia Sudán del Sur Sudán* Yemen*
Europea	<b>Azerbaiyán</b> <b>Georgia</b> <b>Kyrgyzstan</b>	<b>Tayikistán</b> <b>Turquía</b> <b>Uzbekistán</b>			



## ANEXO 1 – RESUMEN DE LAS TENDENCIAS EN LA INCIDENCIA REPORTADA DE MALARIA 2000-2011

Región de la OMS	En camino de disminuir la incidencia en $\geq 75\%$ 2000-2015		Disminución del 50%-75% en la incidencia proyectada 2000-2015	Disminución $< 50\%$ en la incidencia proyectada 2000-2015	Aumento de la incidencia 2000-2011	Falta de consistencia en los datos para evaluar la tendencia
Sureste Asiático	<b>Bután</b> <b>República Popular Democrática de Corea</b> <b>Nepal</b>	<b>Sri Lanka</b> <b>Tailandia</b> Bangladesh	India			Indonesia Myanmar+ Timor-Leste+
Pacífico Occidental	<b>Camboya</b> <b>China</b> <b>República Democrática Popular Lao</b> <b>Filipinas</b> <b>República de Corea</b>	<b>Islas Solomon</b> <b>Vanuatu</b> <b>Vietnam</b> Malasia		Papúa Nueva Guinea		

Fuente: Reportes de los PNCM

En la tabla no se incluyen los países en fase de prevención de reintroducción

Los países en negrillas alcanzaron una disminución  $\geq 75\%$  en la incidencia de casos para el 2011

\* Los avances en la reducción de casos han sido reportados a nivel sub-nacional donde se han intensificado las intervenciones.

+ El país ha aumentado recientemente la realización de pruebas de diagnóstico, por lo que es difícil evaluar las tendencias.



© S.Hoibak/The MENTOR Initiative

## Agradecimientos

Muchas personas han contribuido a la producción del Informe Mundial sobre el Paludismo. Estamos especialmente agradecidos con el personal de los programas de control de la malaria que enviaron los datos y respondieron consultas, con el apoyo de las oficinas nacionales y regionales de la OMS. Las siguientes organizaciones también contribuyeron a la producción del informe: ISGlobal, Fondo Mundial, la Universidad de Oxford, Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (HME), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), el grupo de Salud Global de la Universidad de California en San Francisco, Milliner Global Associates, MESA, Rotarios contra la Malaria, el Instituto de Investigación Médica de Papúa Nueva Guinea / la Universidad de Queensland y Wellcome Trust. También agradecemos el apoyo financiero del gobierno de Japón, del gobierno de Mónaco, de la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo, y del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido.





*“Detrás de las estadísticas y gráficas se esconde una tragedia grande e innecesaria: la malaria todavía arrebató la vida de un niño africano cada minuto.”*

**Margaret Chan**  
**Directora-General**

Organización Mundial de la Salud

Para más información por favor  
contactar a:

**Global Malaria Programme**  
**World Health Organization**

20, avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27

Web: [www.who.int/malaria](http://www.who.int/malaria)

Email: [infogmp@who.int](mailto:infogmp@who.int)

