



INFORME MUNDIAL SOBRE EL PALUDISMO 2016

RESUMEN



Organización
Mundial de la Salud

WHO/HTM/GMP/2017.4

© **Organización Mundial de la Salud 2017**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. Informe Mundial sobre el Paludismo 2016: resumen. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (WHO/HTM/GMP/2017.4). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>.

Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, 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 OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS 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 OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Este documento fue escrito originalmente en inglés y la oficina de OMS de la Región de las Américas es la única responsable de la traducción al español.

Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland

El *Informe Mundial sobre el Paludismo 2016* resume el progreso hacia el logro de los objetivos establecidos en la *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030*, para el año 2020. Este informe presenta información acerca de 26 indicadores en cinco regiones de la OMS y en 91 países y territorios endémicos. También se analizan los cambios en estos indicadores a lo largo del tiempo.

El informe revela una mejora en el acceso a las intervenciones contra el paludismo, especialmente en África subsahariana, la región que presenta la mayor carga de paludismo. En los últimos 5 años, se ha reportado un aumento del 77% en el diagnóstico de paludismo en niños y un incremento de 5 veces en el tratamiento preventivo durante el embarazo. Además, en todas las poblaciones con riesgo de enfermar por paludismo, el uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI) se ha casi duplicado.

A pesar de este notable progreso, se calcula que para el año 2015 se presentaron 212 millones de nuevos casos y 429 000 muertes por paludismo. En África, millones de personas todavía carecen de acceso a las herramientas básicas necesarias para prevenir y tratar la enfermedad. El déficit en financiación y los frágiles sistemas de salud restringen el acceso a intervenciones que salvarían vidas y esto pone en peligro el logro de los objetivos mundiales. Según este informe, menos de la mitad de los 91 países y territorios afectados por el paludismo están en vías de alcanzar los objetivos establecidos para el año 2020, de lograr una reducción del 40% en la incidencia de casos y en la mortalidad.

En 2015, el total de la financiación de los programas contra el paludismo fue de US\$ 2,9 mil millones. Los aportes económicos tanto nacionales como internacionales deben aumentar sustancialmente si se quiere llegar al objetivo establecido por la *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030*, de llegar a los 6,4 mil millones para el 2020.

El reporte completo del *Informe Mundial sobre el Paludismo 2016* (en inglés) se encuentra en el siguiente enlace:

<http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/en/>



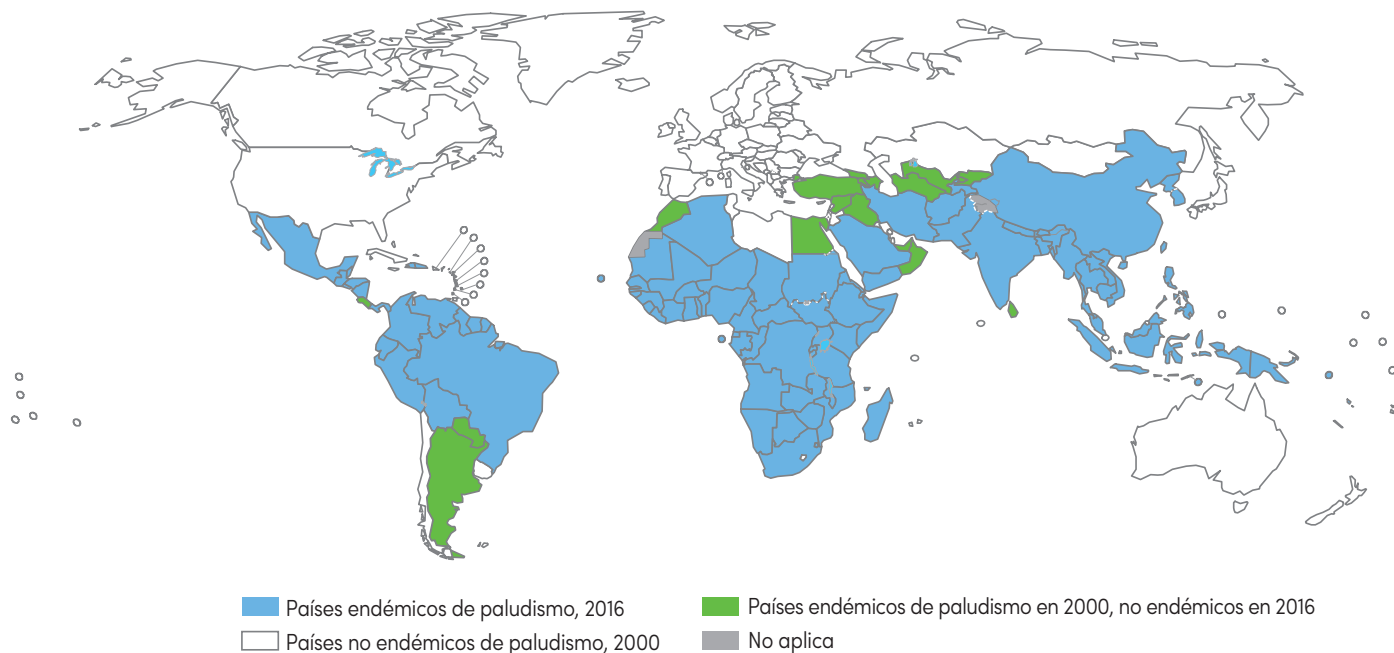
© Fondo Mundial/John Rae

Distribución actual del paludismo

A principios de 2016, casi la mitad de la población mundial estaba en riesgo de padecer paludismo.

En el año 2016, el paludismo se consideró endémico en 91 países y territorios, frente a 108 países en el 2000. Se estima que la mayor parte de este cambio se debió a la distribución a gran escala de intervenciones para el control del paludismo.

Países endémicos de paludismo en 2000 y 2016



Fuente: Base de datos de la OMS.

..... Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030



La OMS adoptó la *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030* como marco operacional para orientar a los países que trabajan en el control y eliminación del paludismo.

La *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030* establece los objetivos más ambiciosos para la reducción de casos y muertes por paludismo desde la era de la erradicación de la malaria. También proporciona un marco operacional para que los países desarrollen programas adaptados a las circunstancias locales, con el objetivo de acelerar los progresos hacia la eliminación del paludismo.

Objetivos, hitos y metas de la *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030*

Visión	Un mundo sin malaria		
	Hitos		Metas
	2020	2025	2030
Objetivos			
1. Reducir las tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo en comparación con las de 2015	Por lo menos 40%	Por lo menos 75%	Por lo menos 90%
2. Reducir la incidencia de casos de malaria en todo el mundo en comparación con de la 2015	Por lo menos 40%	Por lo menos 75%	Por lo menos 90%
3. Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión en 2015	Por lo menos 10 países	Por lo menos 20 países	Por lo menos 35 países
4. Evitar el restablecimiento de la malaria en todos los países exentos de la enfermedad	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado

La *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030* puede encontrarse en el siguiente enlace:
http://www.who.int/malaria/areas/global_technical_strategy/en/



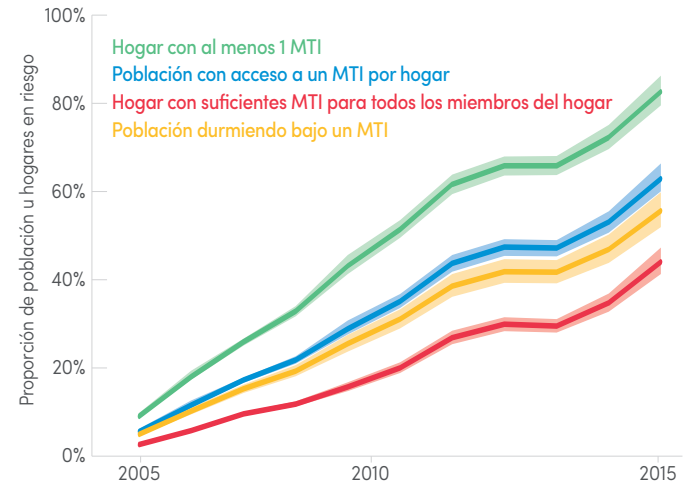
Control de vectores del paludismo - Acceso y uso de los MTI

El acceso y uso de los MTI ha aumentado substancialmente en los últimos 5 años, especialmente en África subsahariana.

Para los países del África subsahariana, se estima que el 53% de la población en riesgo de padecer paludismo dormía bajo un MTI en 2015, viéndose un aumento del 5% en 2005 y del 30% en 2010. Este aumento de la proporción de la población que duerme bajo un MTI ha sido impulsado por el aumento de la población con acceso a un MTI en su hogar (60% en 2015).

La proporción de hogares que disponen de al menos un MTI incrementó en un 79% en 2015. La proporción de hogares con suficientes MTI para todos sus miembros también aumentó al 42% en 2015, cifra que sigue siendo muy inferior a la cobertura universal (100%).

Proporción de población en riesgo con acceso a un MTI y proporción que duerme bajo ellos. Proporción de hogares con al menos un MTI y proporción con suficientes MTI para todos los miembros del hogar. África subsahariana, 2005-2015



MTI, mosquitero tratado con insecticida

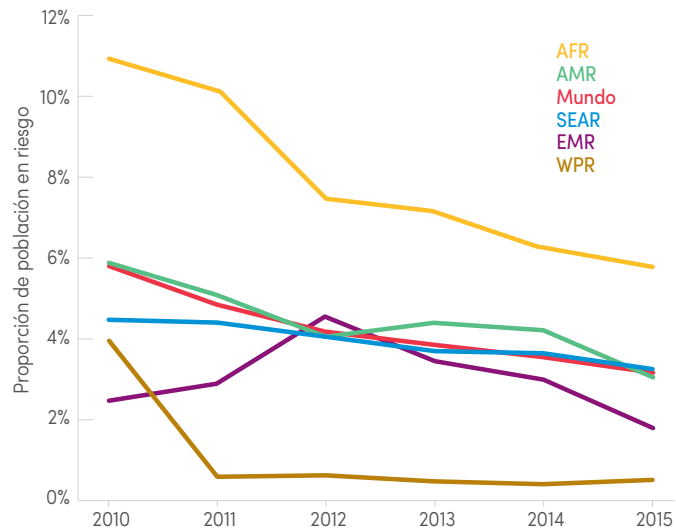
Fuente: Modelo de cobertura de MTI del Malaria Atlas Project.

Control de vectores del paludismo - Cobertura del RRI



La proporción de la población protegida por rociado residual intradomiciliario (RRI) ha disminuido mundialmente.

Proporción de población protegida por el RRI, por cada región de la OMS, 2010-2015



AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; EUR, Región Europea; RRI, rociado residual intradomiciliario; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Informes de los programas nacionales de control del paludismo.

Los programas nacionales de control del paludismo a menudo sólo seleccionan determinados subgrupos de la población para realizar RRI; de ahí que la proporción de personas protegidas por RRI sea generalmente inferior que aquellas protegidas por MTI. La proporción de la población en riesgo protegida por el RRI ha disminuido mundialmente desde el 5,7% en 2010 a 3,1% en 2015, con disminuciones observadas en todas las regiones de la OMS y en especial, en la Región de África. Esta disminución en la cobertura del RRI puede atribuirse al cambio de piretroides a otros insecticidas los cuales son generalmente más costosos. El cambio se hizo para reducir la resistencia a los piretroides. No obstante sigue habiendo una fuerte dependencia de los piretroides, especialmente fuera de la Región Africana.

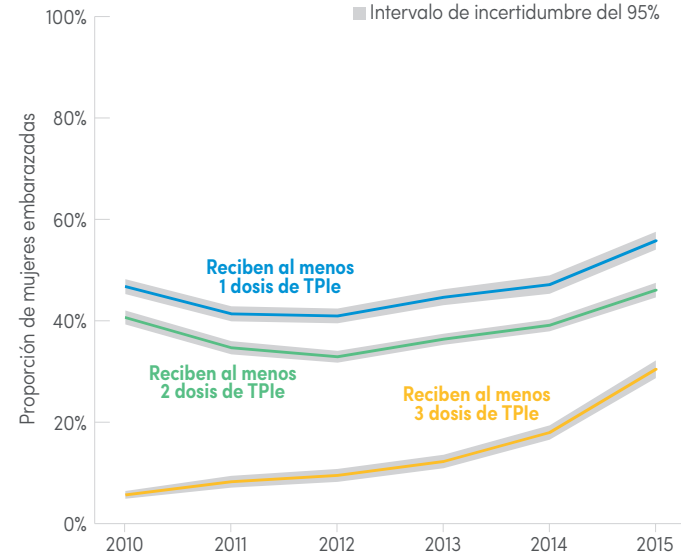


Quimiopprofilaxis en mujeres embarazadas

La proporción de mujeres embarazadas que recibieron tres o más dosis del tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe) contra el paludismo aumentó en los últimos 5 años, principalmente en el África subsahariana.

En 2015, en 20 de los 36 países africanos que adoptaron esta medida, 31% de las mujeres embarazadas recibieron tres o más dosis de TPIe. Esto representa un incremento del 18% registrado en 2014 y de un 6% en 2010. La proporción de mujeres que recibieron tres o más dosis de TPIe todavía está muy por debajo de la cobertura universal. Una proporción significativa de mujeres embarazadas no asistieron al cuidado prenatal (20% en 2015), y entre las que sí asistieron, 30% no recibieron una dosis de TPIe.

Proporción de mujeres embarazadas que recibieron el TPIe, por dosis, África subsahariana, 2010-2015



TPIe, tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo.

Fuente: Informes de los programas nacionales de control del paludismo y estimaciones de la población de las Naciones Unidas.



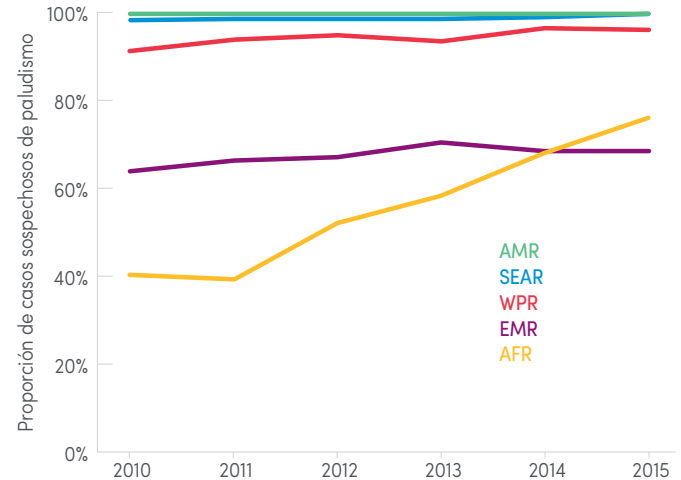


Pruebas de diagnóstico

La proporción de casos sospechosos de paludismo a los que se les realiza una prueba de diagnóstico para el paludismo ha aumentado de forma constante desde 2010.

En la mayoría de las regiones de la OMS, la proporción de casos sospechosos de paludismo a los que se les realiza una prueba de diagnóstico parasitológico ha aumentado desde 2010 entre los pacientes que se presentan para recibir tratamiento en el sector público. El mayor aumento ha sido en la Región de África, donde las pruebas de diagnóstico realizadas en los casos sospechosos de paludismo aumentaron de un 40% en 2010 a un 76% en 2015. Este cambio es debido a un mayor uso de las pruebas de diagnóstico rápido, que representa el 74% de las pruebas de diagnóstico realizadas en los casos sospechosos en 2015.

Proporción de casos sospechosos de paludismo que asisten a centros de salud públicos y que reciben una prueba de diagnóstico rápido, por región de la OMS, 2010-2015



AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

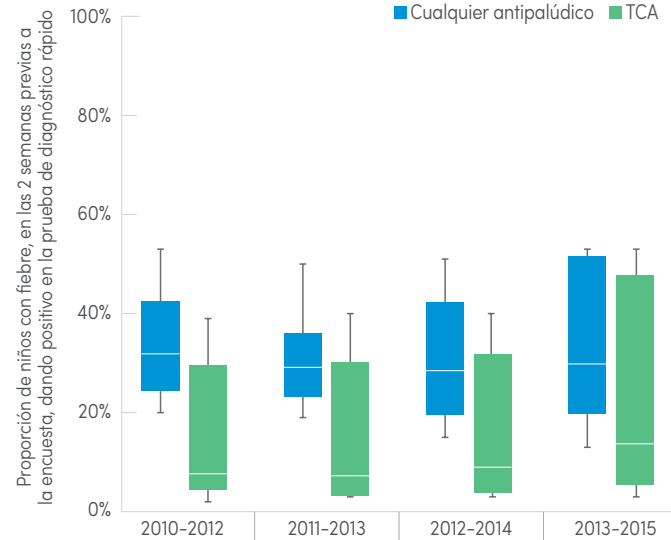
Fuente: Informes de los programas nacionales de control del paludismo.



La proporción de casos de paludismo en el África subsahariana que reciben tratamiento con terapia combinada con artemisinina (TCA) sigue siendo baja.

El promedio de niños menores de 5 años con evidencia de una reciente o presente infección por *Plasmodium falciparum* y con un historial febril, que recibieron tratamiento antipalúdico fue del 30%, basándose en 11 encuestas domiciliarias realizadas en el África subsahariana entre 2013 y 2015. La mediana de la proporción que recibe un TCA fue del 14%. Este valor tan bajo se atribuye a dos factores: en primer lugar, muchos niños con fiebre no asisten a un centro médico y segundo, en los casos donde los niños son llevados para tratarse, una proporción significativa de los tratamientos antipalúdicos proporcionados no son TCA.

Proporción de niños con fiebre con una prueba de diagnóstico rápido positivo en el momento de la encuesta y que recibieron tratamiento antipalúdico, África subsahariana, 2010-2015



TCA, terapia combinada con artemisinina.

Fuente: Datos nacionales de encuestas hechas en hogares representativos, de encuestas demográficas y de salud, y encuestas de indicadores de paludismo.

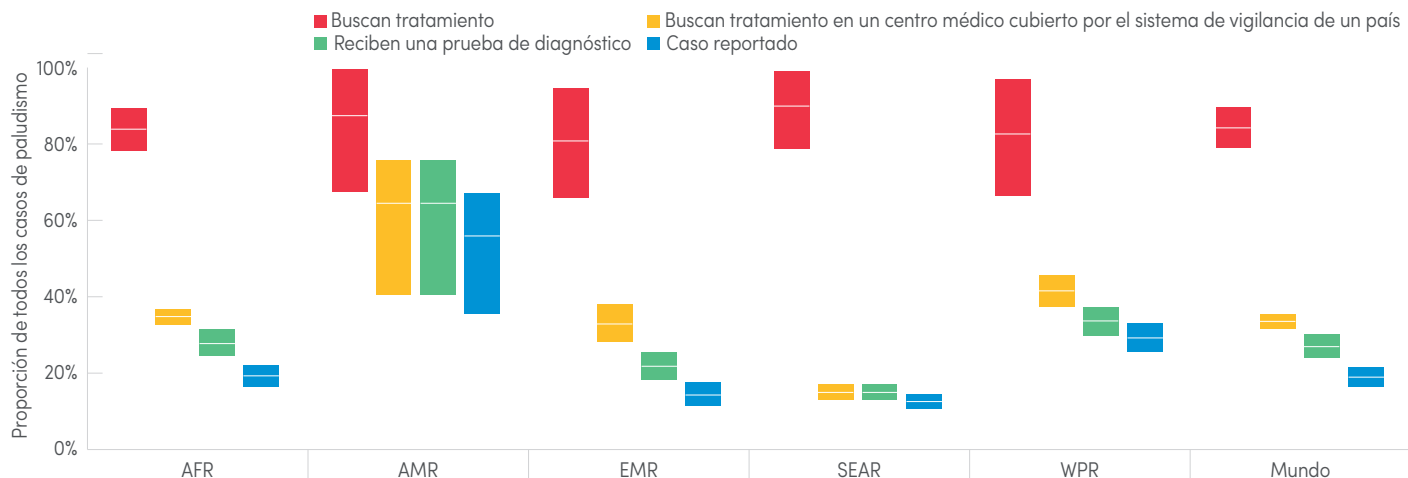


Sistemas de vigilancia del paludismo

En 2015, se estimó que los sistemas de vigilancia del paludismo informaron sólo el 19% de los casos que ocurrieron a nivel mundial.

Los sistemas de vigilancia no detectan todos los casos de paludismo por varias razones. Primero, no todos los pacientes con paludismo buscan atención médica y si lo hacen, puede que busquen atención en otros centros de salud no cubiertos por el sistema de vigilancia de un país (por ejemplo, establecimientos de salud del sector privado). En segundo lugar, no todos los pacientes que buscan atención reciben una prueba de diagnóstico para paludismo. Por último, el registro y la presentación de informes dentro de un sistema de vigilancia no siempre son completos. Los cuellos de botella en la detección de casos del paludismo varían según la región de la OMS.

Cuellos de botella en la detección de casos por región de la OMS, 2015



AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Datos nacionales de encuestas de hogares representativos e informes de los programas nacionales de control de paludismo.

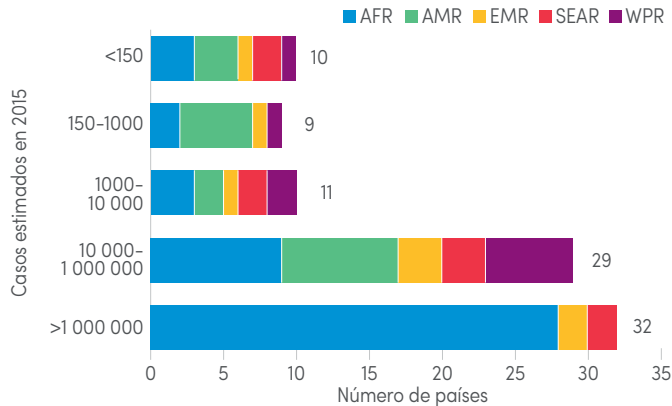
Progresos hacia la eliminación del paludismo



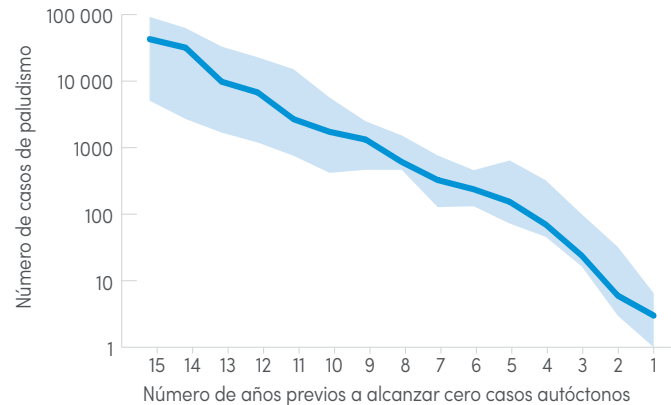
El hito para el 2020 de eliminar el paludismo en por lo menos 10 países en los que seguía habiendo transmisión en 2015 parece alcanzable.

En 2015, diez países y territorios reportaron menos de 150 casos autóctonos, y otros 9 países reportaron entre 150 y 1000 casos autóctonos. Estos países deberían estar bien encaminados para eliminar el paludismo en un futuro predecible, puesto que en el pasado, 17 países que eliminaron el paludismo entre 2010 y 2015 notificaron una mediana de 184 casos autóctonos 5 años antes de alcanzar cero casos y una mediana de 1748 casos 10 años antes de alcanzar cero casos.

Número de casos autóctonos de paludismo por países endémicos de paludismo en 2015, por región de la OMS



Casos autóctonos de paludismo en los años previos a alcanzar cero casos autóctonos para los 17 países que eliminaron el paludismo, 2000-2015



AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Estimaciones de la OMS.

El número medio de casos se muestra como una línea azul. El rango intercuartil está sombreado en azul claro.

Fuente: Informe de los países.

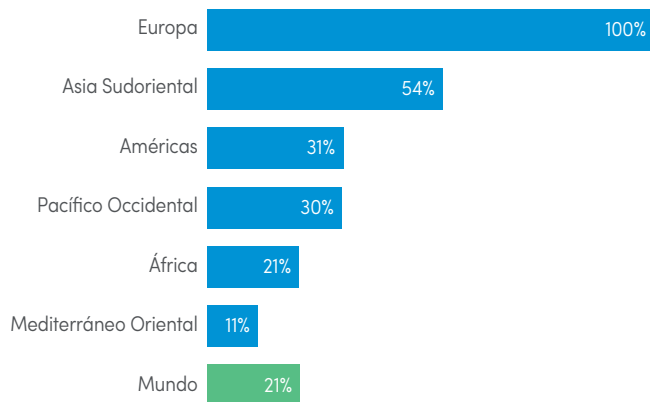


Progreso en la reducción de la incidencia y la mortalidad

El hito de reducir la incidencia de casos y la tasa de mortalidad en por lo menos un 40% para el 2020, no parece alcanzable.

Se estima que la tasa de incidencia de paludismo ha disminuido en un 21% a nivel mundial entre 2010 y 2015. La disminución de la tasa de incidencia ha sido mayor en la Región de Europa de la OMS (100%) y en la Región del Asia Sudoriental (54%). Sin embargo, los avances han sido lentos en la Región de África, que es la región que sufre la mayor carga de paludismo.

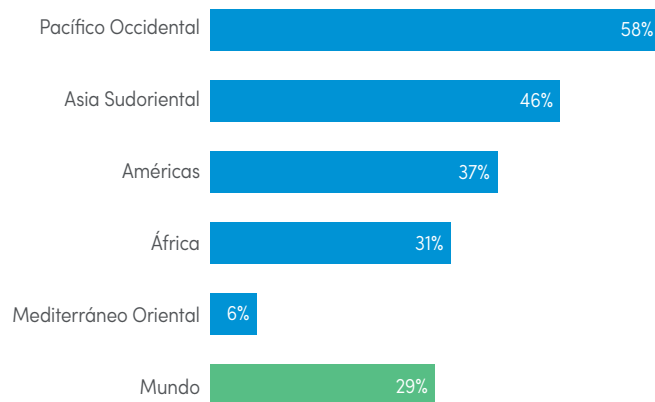
Reducción en la incidencia del paludismo, por región de la OMS, 2010-2015



Fuente: Estimaciones de la OMS.

Se estima que las tasas de mortalidad por paludismo han disminuido en un 29% a nivel mundial entre 2010 y 2015. La tasa de disminución durante el periodo entre el 2010 y 2015 ha sido más rápida en la Región del Pacífico Occidental de la OMS (58%) y en la Región de Asia Sudoriental (46%). Para más información acerca de los cambios en las estimaciones de la tasa de incidencia de paludismo por país, consulte el Anexo en las páginas 18-19.

Reducción en la tasa de mortalidad por paludismo, por región de la OMS, 2010-2015



No se registraron muertes por paludismo autóctono en la Región de Europa de la OMS de 2010 a 2015.

Fuente: Estimaciones de la OMS.

..... Impacto de la reducción de la mortalidad por paludismo



La reducción de las tasas de mortalidad por paludismo, en particular en los niños menores de 5 años, ha llevado a un aumento significativo de la esperanza de vida en la Región de África de la OMS.

En la Región de África, la reducción de las tasas de mortalidad por paludismo, especialmente en los niños menores de 5 años, ha llevado a un aumento de la esperanza de vida al nacer de 1,2 años. Esto representa el 12% del aumento total y 9,4 años en la esperanza de vida, que ha pasado de 50,6 años en 2000 a 60 años en 2015. En todos los países endémicos de paludismo, la contribución en la reducción de la tasa de mortalidad por paludismo fue de 0,26 años, o el 5% del total del aumento de la esperanza de vida, que aumentó de 66,4 años en 2000 a 71,4 años en 2015.

El costo de la disminución en la mortalidad se estima en 1 810 mil millones de dólares en el África subsahariana entre 2000 y 2015, y en 2 040 mil millones de dólares en el mundo. Esto equivale a casi la mitad de la producción económica de África subsahariana en 2015 (44%) y el 3,6% de la producción económica de los países afectados a nivel mundial.

Aumento de la esperanza de vida en los países con paludismo endémico, 2000-2015

	Esperanza de vida al nacer		Aumento de la esperanza de vida debido a una reducción de la tasa de mortalidad por		% de aumento debido a paludismo
	2000	2015	paludismo	otras causas	
AFR	50,6	60	1,159	8,2	12,3
AMR	73,7	76,9	0,003	3,2	0,1
EMR	65,4	68,8	0,045	3,4	1,3
EUR	72,3	76,8	0	4,5	0
SEAR	63,5	69	0,034	5,4	0,6
WPR	72,5	76,6	0,018	4	0,4
Mundo	66,4	71,4	0,255	4,8	5

AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; EUR, Región Europea; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Estimaciones de la OMS.



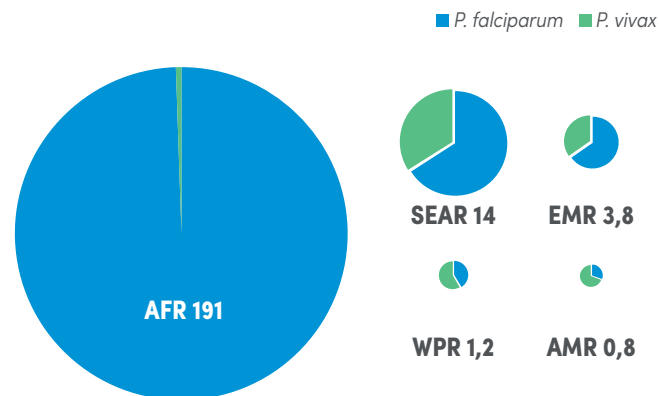
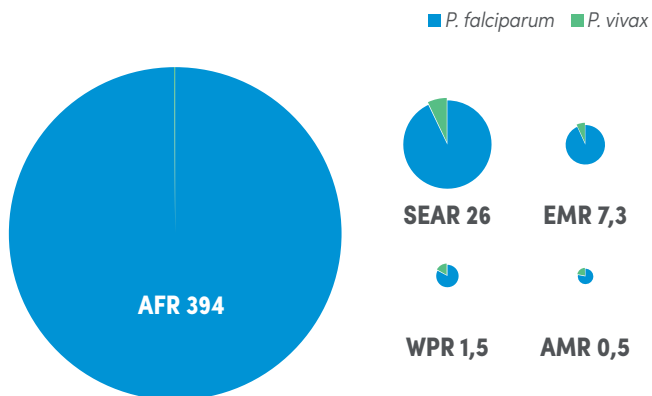
Una ambiciosa agenda sin acabar

A pesar del notable progreso, el paludismo continúa teniendo un impacto devastador.

Sólo en el año 2015, se calcula que hubo 212 millones de nuevos casos de paludismo y 429 000 muertes. La Región Africana de la OMS sigue soportando la mayor carga de paludismo, representando un estimado del 90% de los casos de paludismo y el 92% de las muertes por paludismo en 2015. La Región de Asia Sudoriental de la OMS representó el 7% de los casos mundiales de paludismo y el 6% de las muertes por paludismo. Se estima que tres cuartas partes de estos casos y defunciones se han producido en menos de 15 países, con Nigeria y la República Democrática del Congo representando más de un tercio.

Casos estimados de paludismo (millones), por región de la OMS, 2015

Muertes por paludismo (miles), por región de la OMS, 2015



AFR, Región Africana; AMR, Región de las Américas; EMR, Región del Mediterráneo Oriental; SEAR, Región de Asia Sudoriental; WPR, Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Estimaciones de la OMS.

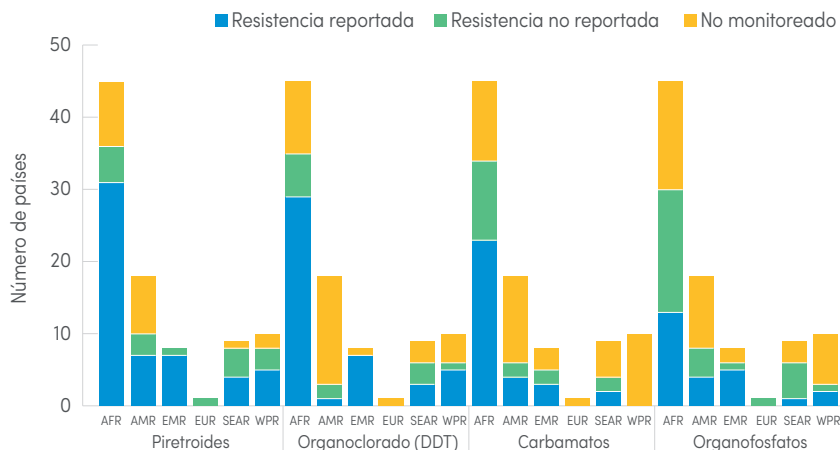
Aparición de la resistencia a los insecticidas y a los medicamentos



Los progresos recientes en el control del paludismo podrían verse comprometidos por la resistencia de los vectores a los insecticidas y de los parásitos a los antipalúdicos.

De los 73 países endémicos de paludismo que proporcionaron datos de monitoreo a la OMS a partir de 2010, 60 países han informado de la resistencia de los mosquitos a al menos una clase de insecticida utilizado en el RRI y los MTI; 50 países reportaron resistencia a dos o más clases de insecticidas.

Resistencia a los insecticidas y estado de vigilancia de los países endémicos por paludismo, por clase de insecticida y región de la OMS, 2010-2015

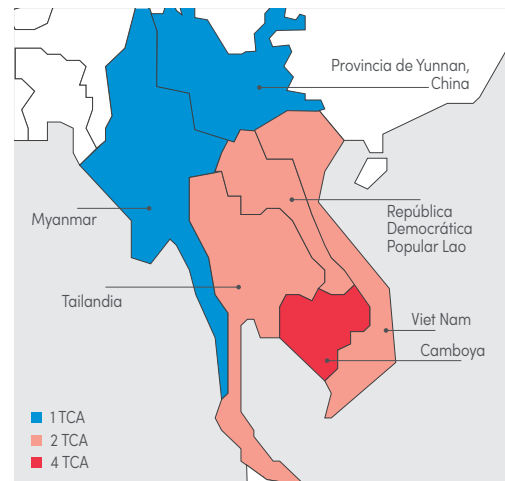


DDT: diclorodifeniltricloroetano

Fuente: Informes de los programas nacionales de control de paludismo, African Network for Vector Resistance, Malaria Atlas Project, President's Malaria Initiative y otras publicaciones específicas.

La resistencia del parásito a la artemisinina, el elemento central del compuesto básico de los mejores medicamentos antipalúdicos disponibles, ha sido detectada en cinco países de la subregion del Gran Mekong.

Distribución de la resistencia a múltiples fármacos antipalúdicos, 2016



TCA, terapia combinada con artemisinina.

Fuente: Base de datos de la OMS.

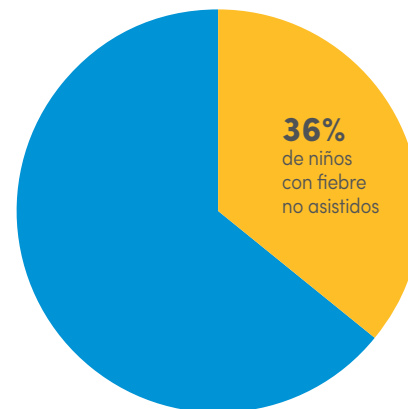
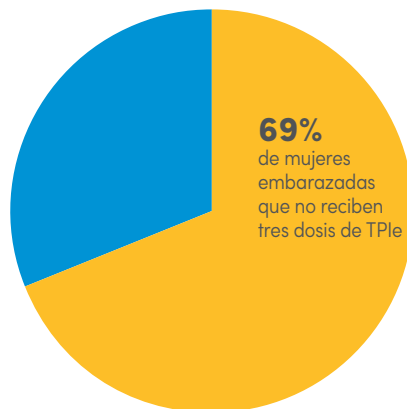
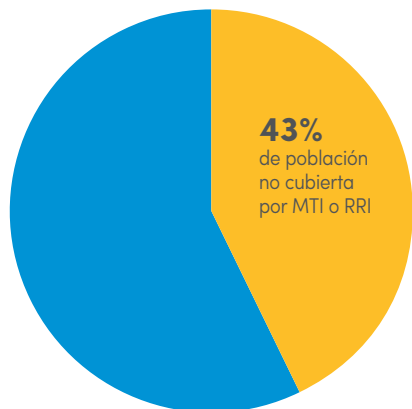


Persisten importantes brechas en la cobertura de las intervenciones

A pesar de las mejoras en el acceso a las herramientas básicas de control del paludismo, persisten importantes brechas.

En 2015, el 43% de la población del África subsahariana no estaba cubierta por MTI o RRI, el 69% de las mujeres embarazadas no recibieron tres dosis de TPIe y el 36% de los niños con fiebre no fueron atendidos. En muchos países con una elevada carga endémica de paludismo, los sistemas de salud siguen careciendo de recursos y son poco accesibles para las personas con mayor riesgo de padecer paludismo.

Proporción de población no cubierta por MTI o RRI, proporción de mujeres embarazadas que no reciben tres dosis de TPIe y proporción de niños con fiebre no asistidos, África subsahariana, 2015



MTI, mosquitero tratado con insecticida; RRI, rociado residual intradomiciliario; TPIe: tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo.

Fuente: Datos de encuestas hechas en hogares representativos, de encuestas demográficas y de salud, y encuestas de indicadores de paludismo.

Financiación de programas de control de paludismo

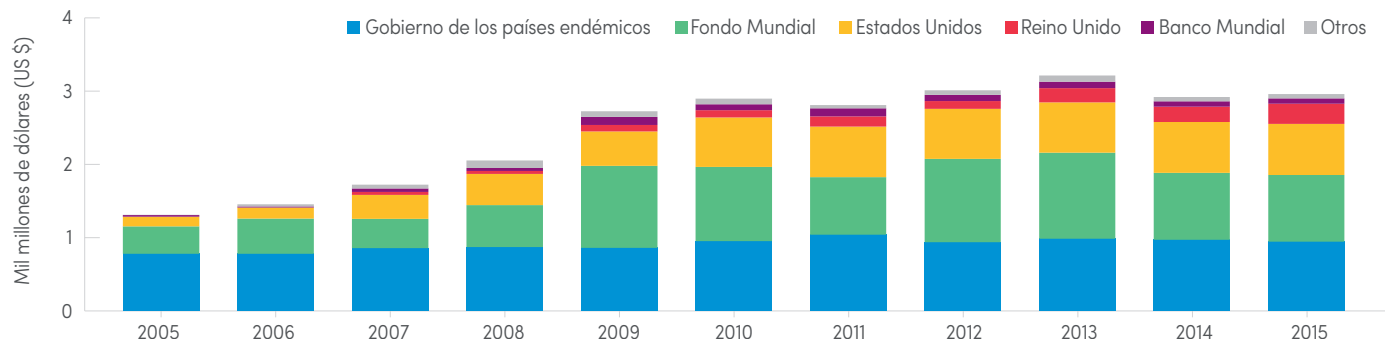


La financiación de fuentes nacionales e internacionales debe aumentar sustancialmente si se quieren alcanzar los objetivos mundiales.

La inversión mundial para el control del paludismo aumentó entre 2000 y 2010, sin embargo desde entonces se ha estabilizado, alcanzando los 2,9 mil millones de dólares (US \$) en 2015. Si se quiere alcanzar el hito del 2020 en llegar a los US \$ 6,4 mil millones de financiación a los programas de control, las contribuciones de las fuentes nacionales e internacionales deberían incrementar sustancialmente.

Los gobiernos de los países endémicos proporcionaron el 32% de la financiación total del paludismo en 2015, seguidos por los fondos internacionales canalizados a través del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Los Estados Unidos de América son el único gran financiador internacional contra el paludismo, representando aproximadamente el 35% de la financiación mundial en 2015, seguido por el Reino Unido con el 16%.

Inversión en actividades de control del paludismo por fuente de inversión, 2005-2015



Los valores anuales se han convertido en US \$ 2015 utilizando el deflactor implícito de precios del producto interno bruto de EE.UU. para medir las tendencias de financiamiento en términos reales.

Fuente: ForeignAssistance.gov, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, informes nacionales sobre el programa contra el paludismo, Sistema de información de los acreedores de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Banco de Datos del Banco Mundial, Informes de las instalaciones públicas, y las estimaciones de costo unitario de la OMS CHOICE de visita ambulatoria y admisión de pacientes hospitalizados.

Anexo: Cambio estimado en la incidencia del paludismo y las tasas de mortalidad por país, 2010-2015

Región OMS País/territorio	Disminución		Cambio <±20%	Incremento >20%	Cero muertes por casos autóctonos en 2015
	>40%	20%- 40%			
África					
Angola			● ●		
Argelia	●				●
Benín		●	●		
Bootsuana	● ●				
Burkina Faso	●	●			
Burundi		●	●		
Cabo Verde	● ●				
Camerún		●	●		
Chad			● ●		
Comoras	● ●				
Congo		●	●		
Costa de Marfil	●	●			
Eritrea		● ●			
Etiopia	● ●				
Gabón			●	●	
Gambia			● ●		
Ghana		● ●			
Guinea		●	●		
Guinea-Bissau			● ●		
Guinea Ecuatorial			● ●		
Kenia			●	●	
Liberia		● ●			
Madagascar				● ●	
Malawi	●	●			

Región OMS País/territorio	Disminución		Cambio <±20%	Incremento >20%	Cero muertes por casos autóctonos en 2015
	>40%	20%- 40%			
Mali			●	●	
Mauritania			● ●		
Mayotte					●
Mozambique	●	● ●			
Namibia				● ●	
Níger		● ●			
Nigeria		●	●		
República Centroafricana		● ●			
República Democrática del Congo	● ●				
República Unida de Tanzania		●	●		
Ruanda			●	●	
Santo Tomé-y-Príncipe		●	●		
Senegal		●	●		
Sierra Leona	●	●			
Suazilandia	● ●				
Sudáfrica		●		●	
Sudán del Sur		●	●		
Togo	●	●			
Uganda	● ●				
Zambia			● ●		
Zimbabue			● ●		
Asia Sudoriental					
Bangladesh	● ●				
Bután	● ●				
India	●	●			

Región OMS País/territorio	Disminución		Cambio <±20%	Incremento >20%	Cero muertes por casos autóctonos en 2015
	>40%	20%- 40%			
Indonesia	●●				
Myanmar	●●				
Nepal	●	●			
República Popular Democrática de Corea	●				●
Tailandia	●●				
Timor-Leste	●●				
Europa					
Tajikistan	●				●
Las Américas					
Belice	●				●
Bolivia (Estado Plurinacional de)	●●				
Brasil	●●				
Colombia	●	●			
Ecuador	●				●
El Salvador	●				●
Guatemala			●●		
Guayana Francesa	●●				
Guyana	●●				
Haití	●●				
Honduras	●●				
México	●●				
Nicaragua				●●	
Panamá				●	●
Perú				●●	
República Dominicana	●●				

Región OMS País/territorio	Disminución		Cambio <±20%	Incremento >20%	Cero muertes por casos autóctonos en 2015
	>40%	20%- 40%			
Surinam	●●				
Venezuela (República Bolivariana de)				●●	
Mediterráneo oriental					
Afganistán			●●		
Arabia Saudita				●	●
Djibouti				●●	
Irán (República Islámica del)	●●				
Pakistán	●	●			
Somalia				●●	
Sudán			●●		
Yemen	●●				
Pacífico Occidental					
Camboya	●	●			
China	●				●
Filipinas	●●				
Islas Salomón	●●				
Malasia	●●				
Papúa Nueva Guinea	●	●			
República de Corea			●		●
República Democrática Popular Lao	●		●		
Vanuatu	●●				
Viet Nam	●●				

- Cambio estimado en la tasa de incidencia
- Cambio estimado en la tasa de mortalidad

Agradecimientos

Numerosas personas han contribuido con su valiosa ayuda al desarrollo del *Informe Mundial sobre el Paludismo 2016*. Estamos especialmente agradecidos al personal de los programas nacionales de control del paludismo, que presentaron datos y respondieron a consultas, junto con el apoyo de las oficinas regionales de la OMS. Las siguientes organizaciones también contribuyeron a la elaboración del informe: African Leaders Malaria Alliance, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Imperial College; John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Kaiser Family Foundation; London School of Economics, Milliner Global Associates, Tulane University; University of California-San Francisco Global Health Group, United Nations Children's Fund, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), United States Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos), United States President's Malaria Initiative (Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria), University of Oxford, Departamento de Estadísticas de Salud y Sistemas de Información de la OMS, y el Departamento de Sistemas de Salud, Gobierno y Financiación de la OMS.

De la misma forma, agradecemos el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates, del Ministerio de Asuntos Exteriores y Humanitarios de Luxemburgo; la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo; la Agencia Suiza para la Cooperación y el Desarrollo, mediante su donación al Instituto Suizo de Salud Tropical y Salud Pública (Swiss Tropical and Public Health Institute), y a USAID.



© Fondo Mundial/John Rae

“Los desafíos a los que nos enfrentamos son considerables pero no inalcanzables. [...] con financiación adecuada, programas efectivos y liderazgo político de los países, el progreso hacia la lucha contra el paludismo puede ser sostenido y acelerado.”

Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud



map 
malaria atlas project



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development
and Cooperation SDC

Swiss TPH



The mark “CDC” is owned by the US Dept. of Health and Human Services and is used with permission. Use of this logo is not an endorsement by HHS or CDC of any particular product, service, or enterprise.

Para más información, por favor contactar al:

Programa Mundial sobre Paludismo
Organización Mundial de la Salud

20 avenue Appia
CH 1211 Ginebra 27
Suiza

Web: www.who.int/malaria

Email: infogmp@who.int