



WORLD MALARIA REPORT 2014

ENGLISH – FRENCH – SPANISH



World Health
Organization

Foreword



Dr Margaret Chan
Director-General
World Health Organization

The findings in this year's *World Malaria Report* demonstrate that the world is continuing to make impressive progress in reducing malaria cases and deaths. Each year, more people are being reached with core malaria interventions, and as a result, more lives are being saved. The malaria target under Millennium Development Goal 6 has been met, and 55 countries are on track to reduce their malaria burden by 75%, in line with the World Health Assembly's target for 2015.

In 2013, we saw a major expansion in the use of diagnostic testing and the deployment of artemisinin-based combination therapies (ACTs). For the first time, more diagnostic tests were provided at public health facilities in Africa than ACTs distributed, indicating a prominent shift away from presumptive treatment. Major progress has been documented in vector control as well: in 2014, a record number of long-lasting insecticidal nets were delivered to endemic countries in Africa.

The report shows that malaria mortality rates decreased by an impressive 47% between 2000 and 2013 globally, and by 54% in the WHO African Region. It also reveals that these trends are accompanied by a gradual and substantial reduction in parasite prevalence rates across Africa. This means that every year, fewer people get infected or carry asymptomatic infections – a sign that malaria interventions have an even larger impact than previously thought.

These tremendous achievements are the result of improved tools, increased political commitment, the burgeoning of regional initiatives, and a major increase in international and domestic financing. WHO is grateful for the engagement and long-standing commitment of the global health community, and inspired by the growing desire to accelerate efforts towards malaria elimination.

But we must not be complacent. Most malaria-endemic countries are still far from achieving universal coverage with life-saving malaria interventions; many biological and systemic challenges threaten to slow us down.

Available funding is far less than what is required to protect everyone at risk. An estimated 278 million people in Africa still live in households without a single insecticide-treated bed net, and about 15 million pregnant women remain without access to preventive treatment for malaria. Malaria is still responsible

for over 430 000 child deaths in Africa every year. Emerging drug- and insecticide-resistance continues to pose a major threat, and if left unaddressed, could trigger an upsurge in deaths.

The Ebola outbreak has had a devastating impact on basic health service delivery in the most severely affected countries, including the ability to control malaria. In Guinea, Liberia, and Sierra Leone, the collapse of health systems has affected all core malaria interventions and is threatening to reverse recent gains. WHO is working closely with countries and partners to prevent a worsening of the malaria situation and reduce the pool of fever cases.

This Ebola outbreak is a global tragedy that is rewriting the history of public health. It has served as a wake-up call for governments and the global development community, urging a major global rethink about the importance of strengthening health systems and building resilience.

All global health efforts will benefit from a strengthening of health systems, including efforts to control and eliminate malaria. Such investments will help us close the coverage gap, strengthen disease surveillance and research, and support the development and roll-out of new tools and approaches. They will make malaria and other public health responses more effective and more sustainable.

Recent progress in reducing the human suffering caused by malaria has shown us that, with adequate investments and the right mix of strategies, we can indeed make remarkable strides against this complicated enemy. We should act with urgency and resolve, and remain focused on our shared goal: to create a world in which no one dies of malaria, a world entirely clear of this scourge.

A handwritten signature in black ink, reading "M. Chan". The signature is written in a cursive, flowing style.

KEY POINTS

The *World malaria report 2014* summarizes information received from 97 malaria-endemic countries and other sources, and updates the analyses presented in 2013. It assesses global and regional malaria trends, highlights progress made towards global targets, and describes opportunities and challenges in controlling and eliminating the disease. Most of the data presented in this report are for 2013.

The public health challenge posed by malaria

Malaria transmission occurs in all six WHO regions. Globally, an estimated 3.2 billion people are at risk of being infected with malaria and developing disease, and 1.2 billion are at high risk (>1 in 1000 chance of getting malaria in a year). According to the latest estimates, 198 million cases of malaria occurred globally in 2013 (uncertainty range 124–283 million) and the disease led to 584 000 deaths (uncertainty range 367 000–755 000). The burden is heaviest in the WHO African Region, where an estimated 90% of all malaria deaths occur, and in children aged under 5 years, who account for 78% of all deaths.

Expansion of malaria funding

International and domestic funding for malaria control and elimination totalled US\$ 2.7 billion in 2013. Although this represented a threefold increase since 2005, it is still significantly below the estimated US\$ 5.1 billion that is required to achieve global targets for malaria control and elimination. Total malaria funding will only match resource needs if international and domestic funders prioritize further investments for malaria control.

Overall, funding for countries in the WHO African Region accounted for 72% of the global total. Between 2005 and 2013, international disbursements for malaria for this region increased at an annual rate of 22%. During the same period, the average annual rate of increase for domestic funding in the region was 4%.

Globally, domestic funding for malaria was estimated to be US\$ 527 million in 2013. This represents 18% of the total malaria funding in 2013. In regions outside Africa, the annual rate of domestic funding has not increased in recent years.

Progress in vector control

During the past 10 years, coverage with vector control interventions increased substantially in sub-Saharan Africa. In 2013, almost half of the population at risk (49%, range 44–54%) had access to an insecticide-treated mosquito net (ITN) in their household, compared to 3% in 2004. An estimated 44% (range

39–48%) of the population at risk were sleeping under an ITN in 2013, compared to 2% in 2004. Pregnant women and children were more likely than the general population to sleep under an ITN.

In terms of long-lasting insecticidal net (LLIN) delivery, 2014 has been the strongest year so far. A total of 214 million nets are projected to be delivered to countries in sub-Saharan Africa by the end of 2014, bringing the total number of LLINs delivered to that region since 2012 to 427 million.

Globally, 123 million people were protected from malaria through the use of indoor residual spraying. This represents 3.5% of the global population at risk. In the WHO African Region, 55 million people, or 7% of the population at risk, were protected. This has decreased from 11% in 2010; the decline is due to a withdrawal or downsizing of spraying programmes in some countries.

In sub-Saharan Africa, the proportion of the population protected by at least one vector control method has increased in recent years, and it reached 48% in 2013 (range 44–51%). Globally, 38 countries reported the use of larval control to complement core vector control methods.

Insecticide resistance in malaria vectors has been reported in 49 of 63 reporting countries around the world since 2010. Of these, 39 have reported resistance to two or more insecticide classes. The most commonly reported resistance is to pyrethroids, the most frequently used insecticide in malaria vector control.

WHO has established a system to track insecticide resistance globally, and recommends annual monitoring. In 2013, some 82 countries report undertaking insecticide resistance monitoring. However, only 42 of these countries provided WHO with resistance data for 2013, suggesting that many countries do not monitor insecticide resistance annually.

Trends in the administration of preventive therapies

The proportion of women who receive intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp) for malaria has been increasing over time, although the levels remain below programme targets. IPTp has been adopted in 37 countries and 57% of pregnant women in those countries received at least one dose of IPTp in 2013. However, only nine of those countries have reported to WHO on the recommended number of three or more doses of IPTp, and within those countries, only 17% of pregnant women received three or more doses.

In most countries, attendance rates at antenatal care services are much higher than current levels of IPTp administration. This suggests that there are missed opportunities to expand access to this life-saving intervention.

The adoption and implementation of preventive therapies for children aged under 5 years and for infants has been slower than expected. As of 2013, six of the 16 countries recommended by WHO to adopt seasonal malaria chemoprevention for children aged under 5 years have done so. Only one country has adopted intermittent preventive treatment for infants, but has not yet implemented the treatment.

Scaling up diagnostic testing

The proportion of patients suspected of having malaria who receive a malaria diagnostic test has increased substantially since 2010, when WHO recommended testing of all suspected malaria cases. In 2013, 62% of patients with suspected malaria in public health facilities in the WHO African Region received a diagnostic test, compared to 40% in 2010.

The total number of rapid diagnostic tests (RDTs) distributed by national malaria control programmes increased from fewer than 200 000 in 2005 to more than 160 million in 2013. Of these, 83% were delivered to countries in the WHO African Region. The quality of RDTs has improved substantially since the start of the RDT product testing programme in 2008. In the latest round of product testing, nearly all tested products met WHO standard of detection at parasite levels commonly seen in endemic areas.

In 2013, the number of patients tested by microscopic examination remained unchanged from the previous year, at 197 million. The global total of microscopic examinations is dominated by India, which accounted for over 120 million slide examinations in 2013.

In 2013, for the first time, the total number of diagnostic tests provided in the WHO African Region in the public health sector exceeded the number of artemisinin-based combination therapies (ACTs) distributed. This is an encouraging sign and, given that fewer than half of patients tested will require treatment, the ratio of diagnostic tests to ACTs should eventually reach two to one.

Expanding access to treatment

By the end of 2013, ACTs had been adopted as national policy for first-line treatment in 79 of 88 countries where *Plasmodium (P.) falciparum* is endemic. Chloroquine was being used in 9 Central American and Caribbean countries where it remains efficacious.

The number of ACT courses procured from manufacturers – for both the public and private sectors – rose from 11 million in 2005 to 392 million in 2013. This increase has been largely driven by procurements for the public sector.

Public health facilities had enough ACT in 2013 to treat more than 70% of patients with malaria who presented for care.

However, the estimated proportion of all children with malaria who received ACTs was estimated at between 9–26%. This is because a substantial proportion of these patients do not seek care, and not all those who seek care receive antimalarial treatment.

Antimalarial drug resistance

P. falciparum resistance to artemisinin has been detected in five countries of the Greater Mekong subregion: Cambodia, the Lao People's Democratic Republic, Myanmar, Thailand and Viet Nam. In many areas along the Cambodia–Thailand border, *P. falciparum* has become resistant to most available antimalarial medicines.

The number of countries that allow marketing of oral artemisinin-based monotherapies has declined rapidly. As of November 2014, only eight countries allow the marketing of oral monotherapies. However, 24 pharmaceutical companies, mostly in India, continue to market oral monotherapies.

Therapeutic efficacy studies remain the gold standard for guiding drug policy, and should be undertaken every 2 years. Studies of first- or second-line antimalarial treatments were completed in 72% of countries where *P. falciparum* efficacy studies were feasible.

Gaps in intervention coverage

Despite impressive increases in malaria intervention coverage, it is estimated that, in 2013, 278 million of the 840 million people at risk of malaria in sub-Saharan Africa lived in households without even a single ITN, 15 million of the 35 million pregnant women did not receive even a single dose of IPTp, and between 56 and 69 million children with malaria did not receive an ACT. Poverty and low levels of education are significant determinants of lack of access to these essential services. More can be done to ensure all those at risk receive appropriate preventive measures, diagnostic testing and treatment.

Changes in malaria incidence and mortality

Reported malaria cases

Of the 106 countries that had ongoing malaria transmission in 2000, reported data in 66 were found to be sufficiently complete and consistent to reliably assess trends between 2000 and 2013.

Based on an assessment of trends in reported malaria cases, a total of 64 countries are on track to meet the Millennium Development Goal target of reversing the incidence of malaria. Of these, 55 are on track to meet Roll Back Malaria and World

Health Assembly targets of reducing malaria case incidence rates by 75% by 2015.

In 2013, two countries reported zero indigenous cases for the first time (Azerbaijan and Sri Lanka), and eleven countries succeeded in maintaining zero cases (Argentina, Armenia, Egypt, Georgia, Iraq, Kyrgyzstan, Morocco, Oman, Paraguay, Turkmenistan and Uzbekistan). Another four countries reported fewer than 10 local cases annually (Algeria, Cabo Verde, Costa Rica and El Salvador).

The 55 countries that recorded decreases of >75% in case incidence accounted for only 13 million (6%) of the total estimated cases of 227 million in 2000. Only five countries with more than 1 million estimated cases in 2000 (Afghanistan, Bangladesh, Brazil, Cambodia, and Papua New Guinea) are projected to achieve a reduction of 75% or more in malaria case incidence. This is partly because progress has been faster in countries with lower numbers of cases, but also because of poorer quality surveillance data being submitted by countries with larger estimated numbers of cases, particularly in sub-Saharan Africa.

Malaria infections

A new analysis of data reveals that the prevalence of malaria parasite infection, including both symptomatic and asymptomatic infections, has decreased significantly across sub-Saharan Africa since 2000. In sub-Saharan Africa, average infection prevalence in children aged 2–10 years fell from 26% in 2000 to 14% in 2013 – a relative decline of 48%.

Although declines in malaria parasite infection were seen across the African continent, they were particularly pronounced in Central Africa. Even with a large growth of populations in stable transmission areas, the number of infections at any one time across Africa fell from 173 million in 2000 to 128 million in 2013 – a reduction of 26% in the number of people infected.

Estimated malaria cases and deaths

Between 2000 and 2013, estimated malaria mortality rates decreased by 47% worldwide and by 54% in the WHO African Region. They are estimated to have decreased by 53% in children aged under 5 years globally, and by 58% in the WHO African Region. If the annual rate of decrease that has occurred over the past 13 years is maintained, then by 2015 malaria mortality rates are projected to decrease by 55% globally, and by 62% in the WHO African Region. In children aged under 5 years, by 2015 they are projected to decrease by 61% globally and by 67% in the WHO African Region.

Estimated malaria cases and deaths averted

It is estimated that, globally, 670 million fewer cases and 4.3 million fewer malaria deaths occurred between 2001 and 2013 than would have occurred had incidence and mortality rates remained unchanged since 2000. Of the estimated 4.3 million deaths averted between 2001 and 2013, 3.9 million (92%) were in children aged under 5 years in sub-Saharan Africa. These 3.9 million averted deaths accounted for 20% of the 20 million fewer under 5 deaths that would have occurred between 2001 and 2013 had under-5 mortality rates for 2000 applied for each year between 2001 and 2013. Thus, reductions in malaria deaths have contributed substantially to progress towards achieving the target for MDG 4, which is to reduce, by two thirds, the under-5 mortality rate between 1990 and 2015.

KEY STATISTICS

Since the year 2000

Average malaria infection prevalence declined **48%** in children aged 2–10, from 26% to 14% in 2013. The number of malaria infections at any one time dropped **26%**, from 173 million to 128 million in 2013. Malaria mortality rates have decreased by **47%** worldwide and by **54%** in the WHO Africa Region.

In 2013

Only US\$ **2.7 billion** of the US\$ 5.1 billion required to achieve global malaria control and elimination targets were available through international and domestic funds.

49% of the at-risk population in sub-Saharan Africa had access to an ITN in their household. **44%** of the population at risk in sub-Saharan Africa were sleeping under an ITN, indicating that 90% of people used the nets available to them. **278 million** of the 840 million people at risk of malaria in sub-Saharan Africa lived in households without even a single ITN.

57% of pregnant women received at least one dose of IPTp, and **17%** received three or more doses in the nine reporting countries. **15 million** of the 35 million pregnant women did not receive a single dose of IPTp.

197 million patients worldwide were tested for malaria by microscopic examination. **62%** of patients with suspected malaria cases in the WHO African Region received a diagnostic test in public health facilities.

70% of malaria patients could be treated with ACTs distributed to public facilities in Africa; however, because not all children with fever are brought for care, less than 26% of all children with malaria received an ACT. **56–69 million** children with malaria did not receive an ACT.

584 000 malaria deaths (range 367 000–755 000) occurred worldwide; 78% of malaria deaths occurred in children aged under 5 years. **528 000** malaria deaths (range 315 000–689 000), 90% of the global total, occurred in the WHO African Region.

By 2015

If the annual rate of decrease over the past 13 years is maintained, malaria mortality rates are projected to decrease by **55%** globally and by **62%** in the WHO Africa Region. Malaria mortality rates in children aged under 5 years are projected to decrease by **61%** globally and **67%** in the WHO Africa Region.

Avant-propos



Dr Margaret Chan
Directeur général
de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Cette année, le *Rapport sur le paludisme dans le monde* révèle que le nombre de cas de paludisme et de décès associés continue à baisser de manière considérable au niveau

mondial. La population ayant accès aux principales interventions antipaludiques est toujours plus nombreuse au fil des ans et, par conséquent, le nombre de vies sauvées ne cesse d'augmenter. La cible relative au paludisme sous l'Objectif 6 du Millénaire pour le Développement a été atteinte, et 55 pays sont en bonne voie pour réduire de 75 % le poids du paludisme au niveau national, conformément à l'objectif défini pour 2015 par l'Assemblée mondiale de la santé.

En 2013, nous avons relevé des avancées significatives en termes d'utilisation des tests de diagnostic et d'accès aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Pour la première fois, le nombre de tests de diagnostic fournis dans les établissements de soins publics en Afrique a dépassé le nombre d'ACT distribués, preuve que l'on prend de plus en plus de distance par rapport au traitement présomptif. Des progrès remarquables ont aussi été enregistrés dans le domaine de la lutte antivectorielle: en 2014, un nombre record de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) ont été distribuées dans les pays endémiques sur le continent africain.

Le rapport indique que le taux de mortalité liée au paludisme a chuté de 47 % entre 2000 et 2013 au niveau mondial, et de 54 % dans la région Afrique de l'OMS. Il précise aussi que ces tendances sont associées à une réduction importante et progressive de la prévalence parasitaire dans toute l'Afrique. En d'autres termes, le nombre d'infections (symptomatiques ou asymptomatiques) est en baisse constante année après année, signe que les interventions antipaludiques ont un impact bien supérieur à ce qui avait été initialement estimé.

Ces avancées spectaculaires sont le résultat d'outils améliorés, d'engagements politiques accrus, d'un foisonnement des initiatives régionales, et d'une réelle augmentation des financements nationaux et internationaux. L'OMS est reconnaissante à l'ensemble des acteurs de la santé mondiale de l'engagement et de l'implication qu'ils montrent depuis de longues années, et est guidée par une volonté toujours plus forte d'accélérer les efforts vers l'élimination du paludisme.

Nous ne devons cependant pas céder à l'autosatisfaction. La majorité des pays endémiques est encore loin d'atteindre l'accès universel aux interventions antipaludiques essentielles; les écueils systémiques et sur le plan biologique sont nombreux et menacent de nous ralentir.

Le financement de la lutte contre le paludisme est loin d'être suffisant pour protéger l'ensemble de la population à risque. Selon les estimations, 278 millions de personnes en Afrique vivent encore dans des foyers sans aucune moustiquaire imprégnée d'insecticide, et environ 15 millions de femmes enceintes n'ont toujours pas accès au traitement préventif intermittent pendant la grossesse. Le paludisme tue encore plus de 430 000 enfants chaque année sur ce continent. L'émergence d'une résistance aux médicaments et aux insecticides est une menace sérieuse et, en l'absence de solution, elle pourrait aboutir à une recrudescence des décès liés au paludisme.

La flambée d'Ebola a eu un impact dévastateur sur la prestation des services de santé de base dans les pays les plus touchés, notamment sur leur capacité à lutter contre le paludisme. En Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, l'effondrement des systèmes de santé a affecté toutes les interventions antipaludiques de base et risque de compromettre les progrès récents. L'OMS collabore étroitement avec les pays et les partenaires pour éviter une aggravation de la situation du paludisme et pour réduire le nombre de cas de fièvre.

Cette flambée d'Ebola est une tragédie mondiale qui bouleverse l'histoire de la santé publique. Elle est une sérieuse piqûre de rappel pour les gouvernements et la communauté mondiale du développement, et appelle à une profonde et urgente remise en question au niveau mondial autour de la nécessité de renforcer les systèmes de santé et de créer une résilience.

Tous les efforts sanitaires consentis au niveau mondial profiteront d'un renforcement des systèmes de santé, notamment les actions de contrôle et d'élimination du paludisme. De tels investissements aideront à atteindre la couverture universelle des interventions, à renforcer la surveillance de la maladie et la recherche, et à soutenir le développement et le déploiement de nouveaux outils et méthodes. Ils permettront dans le même temps de rendre les interventions antipaludiques et de santé publique plus efficaces et plus durables.

Les progrès récemment accomplis en termes de morbidité et mortalité liées au paludisme, mais aussi sur le poids économique de la maladie, démontrent qu'avec un niveau d'investissements adéquat et un ensemble adapté de stratégies, des avancées remarquables peuvent être obtenues dans la lutte contre cet ennemi complexe. Nous devons agir avec détermination et diligence, et rester concentrés sur notre objectif commun: créer un monde où plus personne ne meurt à cause du paludisme, un monde enfin débarrassé de ce fléau.

M. Chan

POINTS ESSENTIELS

Le *Rapport 2014 sur le paludisme dans le monde* récapitule les informations communiquées par 97 pays endémiques, ainsi que les données émanant d'autres sources. Il met à jour les analyses figurant dans le rapport 2013, évalue les tendances au niveau régional et international relatives au paludisme, souligne les progrès accomplis sur la voie des objectifs mondiaux, et décrit les opportunités et défis liés au contrôle et à l'élimination de cette maladie. L'essentiel des données présentées dans ce Rapport concerne 2013.

Le paludisme comme problème de santé publique

La transmission du paludisme est active dans les six régions de l'OMS. Au niveau mondial, la population susceptible d'être infectée par le parasite et de développer la maladie s'élève à 3,2 milliards, et le risque est élevé (plus d'une chance sur 1 000 de contracter le paludisme au cours d'une année) pour 1,2 milliard de personnes. Selon les dernières estimations, 198 millions de cas de paludisme (plage comprise entre 124 et 283 millions) et 584 000 décès associés (plage comprise entre 367 000 et 755 000) ont été recensés en 2013. La maladie sévit plus particulièrement dans la région Afrique de l'OMS, 90 % des décès au niveau mondial y sont enregistrés, et parmi les enfants de moins de 5 ans qui représentent 78 % du nombre total de décès.

Augmentation des financements pour lutter contre le paludisme

Le financement national et international de la lutte contre le paludisme a atteint US\$ 2,7 milliards en 2013. Si ce chiffre a été multiplié par trois depuis 2005, il reste nettement en deçà des US\$ 5,1 milliards nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux définis sur la voie du contrôle et de l'élimination de la maladie. Le financement total de la lutte contre le paludisme ne correspondra aux besoins réels que si les donateurs nationaux et les bailleurs de fonds internationaux définissent comme priorité d'augmenter les investissements pour lutter contre ce fléau.

Les fonds décaissés pour les pays de la région Afrique de l'OMS ont représenté 72 % du total au niveau mondial. Entre 2005 et 2013, les décaissements internationaux pour lutter contre le paludisme dans cette région ont augmenté à un taux annuel de 22 %. Dans le même temps, le taux annuel moyen d'augmentation des financements nationaux s'élevait à 4 %.

Dans le monde, les fonds nationaux alloués à la lutte antipaludique ont été estimés à US\$ 527 millions en 2013. Ce chiffre représente 18 % du financement mondial de la lutte antipaludique en 2013. Dans les régions hors Afrique, la part

annuelle des financements nationaux n'a pas augmenté au cours des dernières années.

Progrès en matière de lutte antivectorielle

Au cours de la dernière décennie, la couverture des interventions de lutte antivectorielle s'est considérablement étendue en Afrique subsaharienne. En 2013, près de la moitié de la population à risque (49 %, plage comprise entre 44 % et 54 %) avait accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) au sein de son foyer, par rapport à 3 % en 2004. Il a été estimé que 44 % (plage comprise entre 39 % et 48 %) de la population à risque dormait sous MI en 2013, contre 2 % en 2004. Les femmes enceintes et les enfants étaient davantage susceptibles de dormir sous MI que la population générale.

En termes de fourniture des moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD), 2014 est la meilleure année à ce jour. Au total, 214 millions de moustiquaires seront vraisemblablement fournies aux pays d'Afrique subsaharienne d'ici fin 2014, portant le nombre total de MILD distribuées dans cette région à 427 millions depuis 2012.

Dans le monde, 123 millions de personnes ont été protégées par la pulvérisation intradomestique d'insecticides à effet rémanent, soit 3,5 % de la population mondiale à risque. Dans la région Afrique de l'OMS, 55 millions de personnes (7 % de la population à risque) en ont bénéficié. Il s'agit d'une diminution par rapport aux 11 % estimés en 2010; ce recul est dû à un retrait ou à une réduction des programmes de pulvérisation dans certains pays.

En Afrique subsaharienne, le pourcentage de la population protégée par au moins une méthode de lutte antivectorielle a augmenté ces dernières années pour atteindre 48 % en 2013 (plage comprise entre 44 % et 51 %). Dans le monde, 38 pays ont déclaré avoir recours à la lutte antilarvaire pour compléter les principales méthodes de lutte antivectorielle.

La résistance aux insecticides chez les vecteurs du paludisme a été signalée dans 49 des 63 pays ayant communiqué des données depuis 2010. Parmi ceux-ci, 39 ont fait état d'une résistance à au moins deux classes d'insecticides. La résistance aux pyréthoïdes est la plus fréquente, or il s'agit de l'insecticide le plus utilisé dans la lutte antivectorielle contre le paludisme.

L'OMS a établi un système de suivi de la résistance aux insecticides au niveau mondial, et recommande un suivi annuel. En 2013, quelque 82 pays effectuaient un suivi de la résistance aux insecticides. Toutefois, parmi ceux-ci, seuls 42 ont fourni à l'OMS des données sur la résistance en 2013, ce qui laisse penser que nombreux sont les pays à ne pas faire un suivi de la résistance aux insecticides chaque année.

Tendances relatives à l'administration du traitement préventif

Le pourcentage de femmes ayant reçu un traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) a augmenté au fil des années, même s'il reste en deçà des cibles programmatiques. Le TPIp a été adopté par 37 pays et 57 % des femmes enceintes dans ces pays ont reçu au moins une dose de TPIp en 2013. Seuls neuf de ces pays ont cependant communiqué à l'OMS un état de la situation en rapport à la recommandation de trois doses ou plus de TPIp et, dans ces pays, seules 17 % des femmes enceintes ont reçu trois doses ou plus.

Dans la plupart des pays, le taux de fréquentation des services de soins prénataux est bien plus élevé que le taux d'administration du TPIp. Cet écart indique que les opportunités d'un meilleur accès à cette intervention ne sont pas toutes exploitées, loin s'en faut.

L'adoption et la mise en œuvre des traitements préventifs chez les enfants de moins de 5 ans et les nourrissons ont été plus lentes que prévu. En 2013, sur les 16 pays auxquels l'OMS a recommandé d'adopter la chimioprévention du paludisme saisonnier chez les enfants âgés de moins de 5 ans, six seulement l'ont fait. Un seul pays a adopté le traitement préventif intermittent pour les nourrissons, mais il n'y a pas encore été mis en œuvre.

Intensification des tests de diagnostic

Le pourcentage de patients suspectés de paludisme ayant été soumis à un test de diagnostic a nettement augmenté depuis 2010, date à laquelle l'OMS a recommandé un dépistage de tous les cas suspectés de paludisme. En 2013, 62 % des patients suspectés de paludisme dans un établissement de santé public de la région Afrique ont reçu un test de diagnostic, par rapport à 40 % en 2010.

Le nombre total de tests de diagnostic rapides (TDR) distribués par les programmes nationaux de lutte contre le paludisme a augmenté, passant d'à peine 200 000 en 2005 à plus de 160 millions en 2013. Parmi ceux-ci, 83 % ont été fournis aux pays de la région Afrique de l'OMS. La qualité des TDR s'est beaucoup améliorée depuis le début du programme d'évaluation de ces produits en 2008. Lors de la dernière phase de test des produits, tous les TDR ou presque ont répondu aux normes standard de l'OMS en matière de détection des taux parasitaires fréquemment relevés dans les régions endémiques.

En 2013, le nombre de patients soumis à un examen microscopique pour le dépistage du paludisme n'a pas évolué par rapport à l'année précédente, à savoir 197 millions. L'Inde détient le nombre total d'examen microscopiques le plus élevé au monde, avec plus de 120 millions d'examen réalisés en 2013.

Pour la première fois en 2013, le nombre de tests de diagnostic fournis dans le secteur public de la région Afrique de l'OMS a dépassé le nombre total de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine distribuées. Il s'agit là d'un signe encourageant et, étant donné que moins de la moitié des patients ayant été soumis à un test ont besoin d'un traitement, le rapport entre tests de diagnostic et ACT devrait, à terme, atteindre deux pour un.

Un meilleur accès au traitement

À la fin de l'année 2013, les ACT avaient été adoptés comme politique nationale en matière de traitement de première intention dans 79 des 88 pays où le paludisme à *Plasmodium (P.) falciparum* est endémique. La chloroquine était utilisée dans 9 pays d'Amérique centrale et des Caraïbes où elle reste efficace.

Le nombre de traitements par ACT achetés aux fabricants pour les secteurs public et privé a augmenté, passant de 11 millions en 2005 à 392 millions en 2013. Cette hausse s'explique en grande partie par les achats pour le secteur public.

En 2013, les établissements de santé publics avaient suffisamment d'ACT en stock pour traiter plus de 70 % des patients atteints de paludisme et sollicitant un traitement. Le pourcentage d'enfants atteints de paludisme et ayant reçu un ACT était néanmoins compris entre 9 % et 26 % seulement. En effet, la majorité des patients ne sollicitent pas de soins, et les autres ne reçoivent pas systématiquement un traitement antipaludique.

Résistance aux médicaments antipaludiques

La résistance du parasite *P. falciparum* à l'artémisinine a été détectée dans cinq pays de la sous-région du Grand Mékong : le Cambodge, le Myanmar, la République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam. Dans de nombreuses régions le long de la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, le *P. falciparum* est devenu résistant aux médicaments antipaludiques les plus courants.

Le nombre de pays autorisant la commercialisation des monothérapies à base d'artémisinine par voie orale a rapidement diminué. Au mois de novembre 2014, seuls huit pays ne les avaient pas encore retirées du marché. Toutefois, 24 sociétés pharmaceutiques, situées en Inde pour la plupart, continuaient à en commercialiser.

Les études relatives à l'efficacité thérapeutique restent la norme de référence pour orienter les politiques de traitement, et elles doivent être réalisées tous les deux ans. Des études sur l'efficacité des traitements antipaludiques de première ou de seconde intention ont été menées dans 72 % des pays où

les études en rapport à l'efficacité contre les infections par *P. falciparum* sont possibles.

Disparités en matière de couverture des interventions

En dépit d'augmentations majeures en termes de couverture des interventions antipaludiques, il a été estimé qu'en 2013, sur une population totale à risque de 840 millions en Afrique subsaharienne, 278 millions de personnes vivaient dans des foyers où il n'y a aucune moustiquaire; 15 millions de femmes enceintes sur 35 millions n'avaient reçu aucune dose de TPIp; et entre 56 et 69 millions d'enfants atteints de paludisme n'avaient pas été traités par ACT. La pauvreté et un faible niveau d'éducation sont des déterminants importants pour le manque d'accès à ces services de base. Des actions supplémentaires peuvent être entreprises pour s'assurer que les populations à risque bénéficient de mesures préventives, d'un dépistage et d'un traitement adaptés.

Évolution de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée

Cas de paludisme rapportés

Sur les 106 pays où la transmission du paludisme était active en 2000, 66 avaient communiqué des données suffisamment exhaustives et cohérentes pour permettre une évaluation précise des tendances entre 2000 et 2013.

Une évaluation des tendances concernant le nombre de cas de paludisme recensés indique que 64 pays sont en bonne voie pour inverser la tendance de l'incidence du paludisme qui est l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Parmi ces pays, 55 sont en passe d'atteindre la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la santé et le Partenariat Roll Back Malaria (RBM), à savoir réduire de 75 % le nombre de cas de paludisme d'ici 2015.

En 2013, deux pays ont déclaré zéro cas de paludisme indigène pour la première fois (Azerbaïdjan et Sri Lanka), et onze pays ont réussi à maintenir un niveau d'incidence nul (Argentine, Arménie, Égypte, Géorgie, Irak, Kirghizistan, Maroc, Oman, Ouzbékistan, Paraguay et Turkménistan). Quatre autres pays ont déclaré moins de 10 cas locaux cette année (Algérie, Cabo Verde, Costa Rica et El Salvador).

Les 55 pays où l'incidence du paludisme a baissé de plus de 75 % ont représenté seulement 13 millions de cas (6 %) sur un nombre total de cas estimé à 227 millions en 2000. Seuls cinq pays comptabilisant plus d'un million de cas estimés en 2000 (Afghanistan, Bangladesh, Brésil, Cambodge et Papouasie-Nouvelle-Guinée) sont en passe d'atteindre une réduction d'au

moins 75 % de l'incidence des cas de paludisme. Cette situation s'explique en partie par les progrès plus rapides dans les pays où le nombre de cas est plus faible, mais aussi par la qualité insuffisante des données de surveillance soumises par les pays avec un nombre de cas *a priori* plus élevé, notamment ceux d'Afrique subsaharienne.

Infections palustres

Les nouvelles données révèlent que la prévalence de l'infection parasitaire (symptomatique ou asymptomatique) a nettement diminué en Afrique subsaharienne depuis 2000. La prévalence moyenne de l'infection chez les enfants âgés de 2 à 10 ans y a chuté, passant de 26 % en 2000 à 14 % en 2013, soit une diminution relative de 48 %.

Si la baisse des infections parasitaires a été observée sur l'ensemble du continent africain, elle a été encore plus impressionnante en Afrique centrale. Malgré une forte croissance démographique dans les zones de transmission stable, le nombre moyen d'infections a chuté, passant de 173 millions en 2000 à 128 millions en 2013, soit une réduction de 26 %.

Estimation du nombre de cas de paludisme et de décès associés

Entre 2000 et 2013, la mortalité liée au paludisme a diminué de 47 % dans le monde et de 54 % dans la région Afrique. Chez les enfants de moins de 5 ans, elle est estimée en baisse de 53 % dans le monde et de 58 % dans la région Afrique. Si la baisse annuelle observée au cours des 13 dernières années se poursuit, la mortalité due au paludisme devrait chuter de 55 % au niveau mondial d'ici 2015 et de 62 % dans la région Afrique de l'OMS. Chez les enfants de moins de 5 ans, elle devrait diminuer de 61 % au niveau mondial et de 67 % dans la région Afrique de l'OMS.

Estimation du nombre de cas de paludisme et de décès évités

Au niveau mondial, 670 millions de cas de paludisme et 4,3 millions de décès associés ont été évités entre 2001 et 2013 grâce à la baisse de l'incidence du paludisme et de la mortalité associée depuis l'an 2000. Sur ces 4,3 millions de décès évités, 3,9 millions (soit 92 %) l'ont été parmi les enfants de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne. Ce nombre représente 20 % des 20 millions de décès évités chez les moins de 5 ans entre 2001 et 2013 si l'on applique au cours de la même période le taux de mortalité enregistré en 2000 dans cette tranche d'âge. Par conséquent, la baisse de la mortalité liée au paludisme a largement contribué aux progrès par rapport à l'OMD 4, à savoir réduire la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans de deux tiers entre 1990 et 2015.

CHIFFRES CLÉS

Depuis l'an 2000

La prévalence parasitaire a baissé de **48 %** chez les enfants âgés de 2 à 10 ans, passant de 26 % à 14 % en 2013. Le nombre moyen d'infections palustres a chuté de **26 %**, passant de 173 millions à 128 millions en 2013. La mortalité due au paludisme a diminué de **47 %** au niveau mondial et de **54 %** dans la région Afrique de l'OMS.

En 2013

Seuls US\$ **2,7 milliards** sont disponibles grâce aux financements nationaux et internationaux, alors que US\$ 5,1 milliards sont nécessaires pour atteindre les objectifs mondiaux définis sur la voie du contrôle et de l'élimination du paludisme.

49 %

de la population à risque en Afrique subsaharienne a accès à une MII au sein du foyer.

44 %

de la population à risque en Afrique subsaharienne dort sous MII. En d'autres termes, 90% de la population ayant accès à une moustiquaire l'utilise.

278 millions

de personnes vivent en Afrique subsaharienne dans un foyer où il n'y a aucune moustiquaire, sur une population totale à risque de 840 millions.

57 %

des femmes enceintes ont reçu au moins une dose de TPIp et **17 %** ont reçu au moins 3 doses dans les neuf pays ayant fourni des données nationales.

15 millions

de femmes enceintes sur 35 millions n'ont reçu aucune dose de TPIp.

197 millions

de patients ont été soumis à un dépistage du paludisme par microscopie, un chiffre inchangé par rapport à l'an passé.

62 %

des patients suspectés de paludisme dans la région Afrique de l'OMS ont été soumis à un test de diagnostic dans un établissement de soins public.

70 % des cas de paludisme pourraient être traités si l'on tient compte du nombre d'ACT distribués dans les établissements de soins publics en Afrique. Mais comme les enfants avec de la fièvre ne sollicitent pas tous des soins, moins de 26 % de ceux qui sont atteints de paludisme ont reçu un ACT.

Entre **56 et 69** millions d'enfants atteints de paludisme n'ont pas reçu d'ACT.

584 000

décès dus au paludisme (plage comprise entre 367 000 et 755 000) ont été recensés dans le monde, dont 78 % parmi les enfants de moins de 5 ans.

528 000

décès dus au paludisme, (plage comprise entre 315 000 et 689 000), soit 90 % du total au niveau mondial, ont été enregistrés dans la région Afrique de l'OMS.

D'ici 2015

Si la baisse annuelle observée au cours des 13 dernières années se poursuit, la mortalité due au paludisme devrait chuter de **55 %** au niveau mondial et de **62 %** dans la région Afrique de l'OMS. Chez les enfants de moins de 5 ans, la mortalité due au paludisme devrait diminuer de **61 %** au niveau mondial et de **67 %** dans la région Afrique de l'OMS.

Prefacio



Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

Los hallazgos del *Informe mundial sobre el Paludismo* de este año demuestran que el mundo continúa realizando un progreso notable en reducir los casos y muertes por malaria. Cada año, se llega a más personas con las intervenciones básicas para malaria y como resultado, se salvan más vidas. La meta del objetivo 6 de Desarrollo del Milenio se ha alcanzado, y 55 países están en camino de reducir la carga debida a la malaria en un 75%, en línea con las metas de la Asamblea Mundial de la Salud para el 2015.

En el 2013, pudimos presenciar un aumento en el uso de pruebas de diagnóstico y en el número de terapias combinadas con artemisinina (TCA). Por primera vez, se entregaron más pruebas rápidas en establecimientos de salud pública en África, que TCA distribuidas, lo que indica un cambio radical que se aparta del tratamiento presuntivo. También se ha documentado un progreso importante en el control vectorial: en el 2014 se entregó un número récord de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración en los países endémicos de África.

El reporte muestra que entre el 2000 y el 2013 las tasas de mortalidad por malaria se han reducido en un impresionante 47% a nivel mundial, y en un 54% en la región africana. También revela que estas tendencias van de la mano con una reducción gradual y sustancial en las tasas de prevalencia del parásito a lo largo de África. Esto significa que cada año menos personas resultan infectadas o son portadoras de infecciones asintomáticas, una muestra de que las intervenciones en malaria tienen un impacto todavía más grande del que se imaginó previamente.

Estos enormes logros son el resultado de herramientas mejoradas, un mayor compromiso político, el surgimiento de iniciativas regionales, y un aumento importante en el financiamiento internacional y nacional. La OMS está agradecida por la participación y compromiso de tanto tiempo de la comunidad sanitaria mundial, e inspirada por el deseo creciente de acelerar los esfuerzos hacia la eliminación de la malaria.

Pero no debemos estar satisfechos. La mayoría de los países endémicos para malaria todavía están lejos de alcanzar una cobertura universal con intervenciones que salvan vidas; muchos desafíos biológicos y sistémicos amenazan con hacernos reducir la marcha.

El financiamiento disponible está lejos de lo que se requiere para proteger a todos los que están en riesgo. Un estimado de 278 millones de personas en África todavía viven en hogares

si un solo mosquitero tratado con insecticida, y alrededor de 15 millones de mujeres embarazadas permanecen sin acceso al tratamiento preventivo para la malaria. La malaria sigue siendo responsable de la muerte de más de 430 000 niños en África cada año. El surgimiento de la resistencia a los medicamentos y a los insecticidas continúa representando un riesgo importante, y si se deja desatendida, podría desencadenar un aumento en las muertes.

El brote de ébola ha tenido un impacto devastador en la prestación de los servicios básicos de salud en los países más afectados, incluyendo la capacidad de controlar la malaria. El colapso de los servicios de salud en Guinea, Liberia y Sierra Leona ha afectado todas las intervenciones básicas para malaria y está amenazando con hacer retroceder los logros más recientes. La OMS está trabajando muy de cerca con los países y los socios para prevenir que empeore la situación de la malaria, y reducir el número de casos de fiebre.

Este brote de ébola es una tragedia mundial que está reescribiendo la historia de la salud pública. Sirvió como una llamada de atención a los gobiernos y la comunidad mundial para el desarrollo, instando a una revisión sustancial respecto a la importancia de fortalecer los sistemas de salud y construir la resiliencia a nivel mundial.

Todos los esfuerzos en salud a nivel mundial se beneficiarán del fortalecimiento de los sistemas de salud, incluyendo los esfuerzos para controlar y eliminar la malaria. Estas contribuciones nos ayudarán a cerrar la brecha en la cobertura, fortalecer la vigilancia de las enfermedades y la investigación, y a apoyar el desarrollo y la puesta en marcha de nuevas herramientas y enfoques. Ocasionarán que las respuestas a la malaria y a otros problemas de salud sean más eficaces y más sostenibles.

El progreso más reciente en la reducción del sufrimiento humano causado por la malaria nos ha demostrado que con las inversiones apropiadas y la combinación adecuada de estrategias podemos hacer progresos significativos contra este enemigo tan complejo. Debemos actuar con urgencia y determinación, y permanecer enfocados en nuestro objetivo común: construir un mundo en el que nadie se muera de malaria, un mundo completamente libre de este flagelo.



PUNTOS CLAVE

El *Informe Mundial sobre el Paludismo 2014* resume la información recibida de 97 países endémicos para la malaria y de otras fuentes, y actualiza los análisis presentados en el informe del 2013. Evalúa las tendencias mundiales y regionales, resalta los progresos realizados hacia las metas mundiales y describe las oportunidades y los retos en el control y la eliminación de la enfermedad. Muchos de los datos presentados en este reporte corresponden al 2013.

El reto que plantea la malaria a la salud pública

La transmisión de la malaria ocurre en seis regiones de la OMS. A nivel mundial se estima que 3.2 mil millones de personas están en riesgo de infectarse con malaria y desarrollar la enfermedad, y 1.2 mil millones están en un alto riesgo (una probabilidad de >1 en 1000 de contraer malaria en un año). De acuerdo a las últimas estimaciones, ocurrieron 198 millones (rango de incertidumbre de 124-283 millones) de casos de malaria en el 2013 y la enfermedad ocasionó 584 000 muertes (rango de incertidumbre de 367 000–755 000). La carga es más pesada en la región africana, donde ocurre un estimado de 90% de todas las muertes por malaria, y en niños menores de 5 años, representan el 78% de todas las muertes.

Ampliación del financiamiento para la malaria

En total, el financiamiento nacional e internacional para el control de la malaria fue de US\$ 2.7 mil millones en el 2013. A pesar que esta cantidad es tres veces mayor que la cantidad destinada a financiar el control de malaria desde el 2005, todavía está significativamente por debajo de los US\$5.1 mil millones que se requieren para alcanzar las metas mundiales para el control y la eliminación de la malaria. El financiamiento total para la malaria igualará los recursos necesarios solamente si los donantes internacionales y nacionales priorizan más inversiones para el control de la malaria.

En general, el financiamiento para la región africana representa el 72% del total invertido en el mundo. Entre el 2005 y el 2013, los desembolsos internacionales para controlar la malaria en esta región aumentaron a una razón de 22% anual. Durante el mismo periodo, el promedio de la razón de incremento anual en fondos nacionales en la región fue de 4%.

A nivel mundial, el financiamiento nacional para malaria se estimó en US\$ 527 millones en el 2013. Esto representa el 18% del total de financiamiento para malaria en el 2013. En regiones fuera de África la tasa anual de financiamiento nacional no ha aumentado en los últimos años.

Avances en el control vectorial

Durante los últimos 10 años, la cobertura con intervenciones para el control vectorial aumentó significativamente en el

África subsahariana. En el 2013, casi la mitad de la población en riesgo (49%, rango 44–54%) tuvo acceso a un mosquitero tratado con insecticida (MTI) en su vivienda, comparado con un 3% en el 2004. Aproximadamente 44% (rango 39-48%) de la población en riesgo durmió debajo de un MTI en el 2013, comparado con un 2% en el 2004. Las mujeres embarazadas y los niños tuvieron más posibilidades de dormir debajo de un MTI que la población general.

En términos de la entrega de mosquiteros con insecticidas de larga duración (MILD), el 2014 ha sido el año más fuerte hasta el momento. Se estima que un total de 214 millones de mosquiteros serán entregados a países en el África subsahariana para finales del 2014, con lo cual el número de MILD entregados a esa región desde el 2012 llegará a 427 millones.

A nivel mundial se protegió de la malaria a 123 millones de personas mediante el uso del rociado residual intradomiciliario. Esto representa al 3.5% de la población en riesgo. En la región africana se protegió a 55 millones de personas, que corresponden al 7% de la población en riesgo. Esto ha disminuido en relación con el 11% reportado en el 2010; esta disminución se debe al retiro o reducción de los programas de rociamiento en algunos países.

En África subsahariana, ha aumentado la proporción de la población protegida por al menos un método de control vectorial en los últimos años, alcanzando el 48% (rango 44-51%) en el 2013. A nivel mundial, 38 países reportan el uso del control larvario para complementar los métodos básicos de control vectorial.

La resistencia a los insecticidas en los vectores de la malaria se ha reportado en 49 de los 63 países que presentaron informes alrededor del mundo desde el 2010. De estos, 39 han reportado resistencia a dos o más tipos de insecticidas. La resistencia que se reporta más comúnmente es a los piretroides, el insecticida usado más frecuentemente en el control de la malaria.

La OMS ha establecido un sistema para dar seguimiento a la resistencia a los insecticidas a nivel mundial, y recomienda un monitoreo anual. En el 2013, alrededor de 82 países reportaron estar realizando el monitoreo de la resistencia a los insecticidas. Sin embargo, en el 2013 solo 42 de estos países proporcionaron datos de la resistencia a la OMS, lo cual sugiere que muchos países no monitorean la resistencia a los insecticidas anualmente.

Tendencias en la administración de terapias preventivas

La proporción de mujeres que reciben tratamiento preventivo intermitente contra la malaria durante el embarazo (TPIe) ha venido aumentando a lo largo del tiempo, a pesar que los niveles permanecen por debajo de las metas del programa. El TPIe ha sido adoptado en 37 países y 57% de las mujeres

embarazadas en esos países recibieron por lo menos una dosis de TPIe en el 2013. Sin embargo, solo nueve de esos países han reportado a la OMS datos referentes al número recomendado de tres o más dosis de TPIe, y entre esos países, solo el 17% de las mujeres embarazadas recibieron tres o más dosis.

En la mayoría de los países, las tasas de asistencia a los servicios de cuidado prenatal son mucho más altas que los niveles actuales de administración de TPIe. Esto sugiere que se están perdiendo oportunidades de aumentar el acceso a esta intervención que salva vidas.

La adopción e implementación de terapias preventivas para niños menores de 5 años de edad y para lactantes ha sido más lenta de lo esperado. En el 2013, seis de 16 países a los que la OMS les recomendó adoptar la quimio prevención estacional de la malaria para niños menores de 5 años lo habían hecho. Solo un país ha adoptado el tratamiento preventivo intermitente para lactantes, pero todavía no ha implementado el tratamiento.

Avances en la realización de pruebas de diagnóstico

La proporción de pacientes con sospecha de malaria a los que se les realizó una prueba de diagnóstico para la malaria ha aumentado significativamente desde el 2010, cuando la OMS recomendó que a todos los casos sospechosos de malaria se les debía hacer una prueba de diagnóstico. En el 2013, al 62% de los pacientes con sospecha de malaria en la región africana se les realizó una prueba de diagnóstico en instituciones de salud pública, comparado con un 40% en el 2010.

El número de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) distribuidas por los programas nacionales de control de la malaria aumentaron de menos de 200 000 en el 2005 a más de 160 millones en el 2013. De estas, el 83% se entregaron en países en la región africana. La calidad de las PDR ha aumentado significativamente desde que inició el programa de evaluación de PDR en el 2008. En la última ronda de evaluación de productos, casi todos los productos evaluados cumplieron con el estándar de detección de la OMS para los niveles de parásitos que se ven comúnmente en las áreas endémicas.

En el 2013, el número de pacientes evaluados por examen microscópico permaneció sin cambio en comparación con el año anterior, a 197 millones. El total de pruebas microscópicas para malaria a nivel mundial, lo domina la India, que es responsable del examen de más de 120 millones de láminas en el 2013.

En el 2013 por primera vez, el número total de pruebas de diagnóstico que se suministraron en el sector público de salud, en la región africana, excedieron al número de terapias combinadas con artemisinina (TCA) repartidas. Este es un signo alentador y, dado que poco menos de la mitad de los pacientes evaluados va

a necesitar tratamiento, la razón de pruebas de diagnóstico a TCA podría eventualmente llegar a ser de dos a uno.

Ampliando el acceso al tratamiento

Para finales del 2013, las TCA han sido adoptadas en política nacional como primera línea de tratamiento en 79 de los 88 países endémicos para *Plasmodium falciparum*. La cloroquina se siguió utilizando en 9 países de América Central y del Caribe en los que todavía es eficaz.

El número de tratamientos con TCA suministrados por los fabricantes – tanto para los sectores público como privado – aumentó de 11 millones en el 2005 a 392 millones en el 2013. Este aumento se debe principalmente a lo suministrado al sector público.

En el 2013, los establecimientos de salud pública tuvieron suficientes TCA para tratar a más del 70% de los pacientes con malaria que acudieron en busca de atención. Sin embargo, la proporción estimada de todos los niños con malaria que recibieron TCA fue entre 9-26%. Esto se debe a que una gran parte de estos pacientes no buscan atención, y no todos los que la buscan reciben tratamiento antimalárico.

Resistencia a los tratamientos antimaláricos

En cinco países de la subregión del Gran Mekong: Camboya, Myanmar, República Democrática Popular de Laos, Tailandia y Vietnam se ha detectado resistencia de *P. falciparum* a la artemisinina. En muchas áreas a lo largo de la frontera Camboya-Tailandia, *P. falciparum* se ha vuelto resistente a la mayoría de medicamentos antimaláricos disponibles.

El número de países que permiten la comercialización de monoterapias orales a base de artemisinina ha disminuido rápidamente. Para noviembre del 2014, solo ocho países permiten la comercialización de monoterapias orales. Sin embargo, 24 compañías farmacéuticas, principalmente en la India, siguen comercializando monoterapias orales.

Los estudios de eficacia terapéutica siguen siendo el método de referencia para orientar la política de medicamentos, y deben realizarse cada 2 años. De los países en los que era posible realizar estudios de eficacia para *P. falciparum*, un 72% de ellos completaron estudios de antimaláricos de primera y segunda línea de tratamiento.

Brechas en la cobertura de intervenciones

A pesar de los impresionantes aumentos en la cobertura de las intervenciones para malaria, se estima que en el 2013,

278 millones de un total de 840 millones de personas en riesgo de contraer malaria en la región de África subsahariana, vivieron en viviendas sin un solo MTI, 15 millones de los 35 millones de mujeres embarazadas no recibieron ni siquiera una sola dosis de TPIe, y entre 56 y 69 millones de niños con malaria no recibieron TCA. La pobreza y los bajos niveles de educación son factores determinantes de la falta de acceso a estos servicios esenciales. Se puede hacer más para asegurar que todos aquellos en riesgo reciban las medidas adecuadas de prevención, pruebas de diagnóstico y tratamiento.

Cambios en la incidencia y mortalidad por malaria

Casos de malaria reportados

De los 106 países que tenían una transmisión activa de malaria en el año 2000, se encontró que solo 66 países enviaron datos lo suficientemente completos y consistentes como para evaluar de forma fiable las tendencias entre el 2000 y el 2013.

Según la evaluación de tendencias en los casos de malaria reportados, un total de 64 países están en vías de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir la incidencia de la malaria. De estos, 55 están en vías de alcanzar las metas de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria (RBM, por sus siglas en inglés) y de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de reducir las tasas de incidencia de casos de malaria en un 75% para el 2015.

En el 2013, dos países (Azerbaiyán y Sri Lanka) reportaron cero casos autóctonos por primera vez, y once países lograron mantener los casos a cero (Argentina, Armenia, Egipto, Georgia, Iraq, Kirguistán, Marruecos, Omán, Paraguay, Turkmenistán y Uzbekistán). Otros cuatro países notificaron menos de 10 casos locales en el año (Argelia, Cabo Verde, Costa Rica y El Salvador).

Los 55 países que registraron disminuciones de más del 75% en la incidencia de casos representaron solo 13 millones (6%) del total de 227 millones de casos estimados en el 2000. Se anticipa que solo cinco países con más de un millón de casos estimados en el 2000 (Afganistán, Bangladesh, Brasil, Camboya y Papúa Nueva Guinea) alcanzarán una reducción del 75% o más en la incidencia de casos de malaria. Esto se debe en parte a que el progreso ha sido más rápido en países con un menor número de casos, pero también a la baja calidad de los datos de vigilancia que han enviado los países con mayor número de casos estimados, especialmente de la región de África subsahariana.

Infecciones de malaria

Los nuevos análisis revelan que la prevalencia de infección con parásitos de la malaria, incluyendo infecciones sintomáticas como asintomáticas, ha disminuido significativamente en toda

África subsahariana desde el 2000. En el África subsahariana, la prevalencia promedio de infección en niños de edades entre 2-10 años se redujo de 26% en el 2000 a 14% en el 2013, una disminución relativa del 48%.

Aunque las reducciones en infección por el parásito de la malaria se observaron a lo largo de todo el continente africano, estas reducciones fueron especialmente marcadas en África central. Incluso con un gran crecimiento de las poblaciones en zonas de transmisión estable, el número de infecciones concurrentes en África se redujo de 173 millones en el 2000 a 128 millones en el 2013 - una reducción del 26% en el número de personas infectadas.

Estimado de casos y muertes por malaria

Entre el 2000 y el 2013, las tasas estimadas de mortalidad por malaria disminuyeron en un 47% a nivel mundial y en un 54% en la región africana. Se estima que han disminuido en un 53% en niños menores de 5 años a nivel mundial, y en un 58% en la región africana. Si se mantiene la tasa anual de disminución que se ha dado en los últimos 13 años, para el 2015 se espera que las tasas de mortalidad por malaria disminuyan en un 55% a nivel mundial y en un 62% en la región africana. En los niños de menos de 5 años de edad, se espera que para el 2015 disminuyan en un 61% a nivel mundial y en un 67% en la región africana.

Estimaciones de casos y muertes prevenidas

Se estima que a nivel mundial ocurrieron 670 millones menos casos y 4.3 millones menos de muertes por malaria entre el 2001 y el 2013 de lo que hubiera ocurrido si las tasas de incidencia y mortalidad no hubieran cambiado desde el año 2000. De los aproximadamente 4.3 millones de muertes que se evitaron entre el 2001 y el 2013, 3.9 millones (92%) fueron en niños menores de 5 años en el África subsahariana. Estos 3.9 millones de muertes que se evitaron representaron el 20% de los 20 millones de muertes de menores de 5 años de edad que habrían ocurrido entre el 2001 y el 2013 si se aplicaran las tasas de mortalidad para menores de 5 años vigentes en el año 2000 a cada uno de los años entre el 2001 y el 2013. Por lo tanto, la reducción de las muertes por malaria ha contribuido sustancialmente al avance hacia el logro de la meta 4 de los ODM, que es reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y el 2015.

ESTADÍSTICAS CLAVE

Desde el año 2000

La prevalencia promedio de infección por malaria disminuyó en un **48%** en niños en edades entre 2-10 años, de 26% a 14% en el 2013.

El número de infecciones repentinas por malaria disminuyó un **26%**, de 173 millones a 128 millones en el 2013.

Las tasas de mortalidad por malaria han disminuido en un **47%** a nivel mundial y en un **54%** en la región africana.

En el 2013

Solo US\$ **2.7 mil millones** de los USD 5.1 mil millones que se requieren para alcanzar el control mundial de la malaria y los objetivos de eliminación estuvieron disponibles a través de fondos internacionales y nacionales.

49%

de la población en riesgo en la región de África subsahariana tuvo acceso a un MTI en sus viviendas.

44%

de la población en riesgo en la región de África subsahariana durmió debajo un MTI, lo que indica que el 90% de las personas utilizaron los mosquiteros que estaban disponibles para ellos.

278 millones

de los 840 millones de personas en riesgo de contraer malaria en la región de África subsahariana vivieron en hogares sin un solo MTI.

57%

de las mujeres embarazadas recibieron por lo menos una dosis de TPl e y **17%** tres o más en nueve países que presentaron informes.

15 millones

millones de 35 millones de mujeres embarazadas no recibieron ni una sola dosis de TPl e.

197 millones

de pacientes alrededor del mundo fueron evaluados para malaria mediante un examen microscópico.

A **62%**

de los casos sospechosos de malaria en la región africana se les realizaron pruebas de diagnóstico en establecimientos de salud pública.

El **70%** de los pacientes pudo ser tratado con TCA distribuidas a establecimientos de salud pública en África; sin embargo, dado que no se lleva a todos los niños con fiebre para tratamiento, menos del 26% de todos los niños con malaria recibieron una TCA

56-69 millones

de niños con malaria no recibieron una TCA.

Ocurrieron **584 000**

muerres por malaria (rango 367 000-755 000) alrededor del mundo; 78% de las muerres por malaria ocurrieron en niños menores de 5 años.

528 000

muerres por malaria (rango 315 000-689 000), 90% del total mundial, ocurrieron en África.

Para el 2015

Si se mantiene la tasa anual de disminución de los pasados 13 años, se estima que las tasas de mortalidad por malaria disminuirán en un **55%** a nivel mundial y en un **62%** en la región africana.

Se estima que las tasas de mortalidad por malaria en niños menores de 5 años disminuirán en un **61%** a nivel mundial y en un **67%** en la región africana.

For further information please contact:

Global Malaria Programme
World Health Organization

20, avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Web: www.who.int/malaria

Email: infogmp@who.int

