



Paludismo

El informe de este año de un vistazo

19 de noviembre de 2018

El *Informe mundial sobre el paludismo 2018* refuerza el mensaje de que el mundo no transita el camino correcto para alcanzar dos objetivos fundamentales de la *Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030* de la OMS: reducir las muertes y enfermedad causadas por el paludismo en al menos un 40% para el 2020. En el 2017, se estimaron 219 millones de casos de paludismo en todo el mundo. Los datos del período 2015 al 2017 destacan que no se lograron avances significativos en la reducción de los casos de paludismo en este plazo.

[Informe mundial sobre el paludismo 2018](#)

Índice

- [La carga de malaria global y regional en números](#)
- [Inversiones en programas de malaria e investigación](#)
- [Prevenir malaria](#)
- [Pruebas de diagnóstico y tratamiento](#)
- [Sistemas de vigilancia de malaria](#)
- [Eliminación de la malaria](#)
- [Desafíos para encaminar la respuesta contra la malaria](#)

La carga de malaria global y regional en números

Casos de malaria

En 2017, se estima que ocurrieron 219 millones de casos de malaria en todo el mundo (intervalo de confianza del 95% [IC]: 203-262 millones), en comparación con 239 millones de casos en 2010 (IC 95%: 219-285 millones) y 217 millones de casos en 2016 (IC 95%: 200-259 millones).

Aunque hubo un estimado de 20 millones menos de casos de malaria en 2017 que en 2010, los datos para el período 2015-2017 ponen de manifiesto que no se lograron avances significativos en la reducción de los casos de malaria en este período.

La mayoría de los casos de malaria en 2017 fueron en la Región de África de la OMS (200 millones o 92%), seguidos por la Región de Asia

Sudoriental de la OMS (5%) y la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (2%).

Quince países del África subsahariana y la India soportaron casi el 80% de la carga mundial de malaria. Cinco países representaron casi la mitad de los casos de malaria en todo el mundo: Nigeria (25%), República Democrática del Congo (11%), Mozambique (5%), India (4%) y Uganda (4%).

Los 10 países con mayor carga en África informaron aumentos en los casos de malaria en 2017 en comparación con 2016. De estos, Nigeria, Madagascar y la República Democrática del Congo, tuvieron los aumentos estimados más altos, todos con más de medio millón de casos. En contraste, India reportó 3 millones de casos menos en el mismo período, una disminución del 24% en comparación con 2016.

La tasa de incidencia de malaria a nivel mundial disminuyó entre 2010 y 2017, de 72 a 59 casos por cada 1000 personas en riesgo. Si bien esto representa una reducción del 18% durante este período, de casos por cada 1000 personas en riesgo se ha mantenido en 59 en los últimos tres años.

Excepto en la Región de Asia Sudoriental de la OMS, que siguió viendo disminuir su tasa de incidencia de 17 casos de la enfermedad por cada 1000 personas en riesgo en 2010 a 7 en 2017 (una disminución del 59%), todas las regiones de la OMS registraron poco progreso o un aumento en la tasa de incidencia. La Región de las Américas de la OMS observó un aumento, en gran parte debido a los aumentos en la transmisión de la malaria en Brasil, Nicaragua y Venezuela. En la Región de África de la OMS, la tasa de incidencia de malaria se mantuvo en 219 casos por cada 1000 personas en riesgo por segundo año consecutivo.

P. falciparum es el parásito de la malaria más prevalente en la Región de África de la OMS, representando el 99,7% de los casos estimados de malaria en 2017, así como en las Regiones de la OMS del Sudeste Asiático (62,8%), Mediterráneo Oriental (69%) y Pacífico Occidental (71,9%). *P. vivax* es el parásito predominante en la Región de las Américas de la OMS, representando el 74,1% de los casos de malaria.

Muertes por malaria

En 2017, hubo un estimado de 435 000 muertes por malaria en todo el mundo, en comparación con 451 000 muertes estimadas en 2016 y 607 000 en 2010.

Los niños menores de 5 años son el grupo más vulnerable afectado por la malaria. En 2017, representaron el 61% (266 000) de todas las muertes por malaria en todo el mundo.

La Región de África de la OMS representó el 93% de todas las muertes por malaria en 2017. Mientras que la Región de África fue el hogar del mayor número de muertes por malaria en 2017, también representó el 88% de las 172 000 muertes por malaria a nivel mundial reportadas en 2017 en comparación con el 2010.

Casi el 80% de las muertes por malaria en el mundo en 2017 se concentraron en 17 países de la Región de África de la OMS y la India, siete de estos países representaron el 53% de las muertes por malaria en el mundo: Nigeria (19%), República Democrática del Congo (11%), Burkina Faso (6%), República Unida de Tanzania (5%), Sierra Leona (4%), Níger (4%) e India (4%).

Todas las regiones, excepto las Américas, registraron reducciones en la mortalidad en 2017 en comparación con 2010. Las mayores disminuciones se produjeron en el Sudeste Asiático (54%), África (40%) y el Mediterráneo Oriental (10%). A pesar de estos avances, la tasa de reducción de la mortalidad por malaria también ha disminuido desde 2015, reflejando las tendencias estimadas en la incidencia de casos de malaria.

Anemia relacionada con la malaria

El informe de este año incluye una sección sobre la anemia relacionada con la malaria, una condición que, si no se trata, puede causar la muerte, especialmente entre las poblaciones vulnerables, como las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años.

La anemia fue una vez un indicador clave del progreso en el control de la malaria y su prevalencia se utilizó para evaluar la eficacia de las intervenciones. En los últimos años se ha visto una disminución en el reconocimiento de la carga de anemia asociada a malaria.

A pesar de su importancia como consecuencia directa e indirecta de la malaria, la prevalencia de anemia entre las poblaciones vulnerables a la enfermedad no se ha notificado sistemáticamente como una medida de la transmisión y la carga de la malaria.

Los datos de las encuestas de hogares realizadas en 16 países africanos de alta carga entre 2015-2017 muestran que, entre los niños menores de 5 años, la prevalencia de cualquier anemia fue del 61%, la anemia leve del 25%, la anemia moderada del 33% y la anemia grave el 3%. De los niños con resultado positivo de malaria, la prevalencia de anemia fue del 79%, anemia leve 21%, anemia moderada 50% y anemia grave 8%.

Inversiones en programas de malaria e investigación

Inversiones en control y eliminación de la malaria

En 2017, los gobiernos de los países endémicos de malaria y sus socios internacionales invirtieron aproximadamente US\$ 3,1 mil millones para control y eliminación de la malaria, una cifra más alta que la del informe de 2016.

Casi tres cuartas partes (US\$ 2,2 mil millones) de las inversiones en 2017 se gastaron en la Región de África de la OMS, seguidas por las regiones de la OMS del Sudeste Asiático (US\$ 300 millones), las Américas (US\$ 200 millones) y el Este Mediterráneo y Pacífico Occidental (US\$ 100 millones cada uno).

En 2017, se invirtieron US\$ 1,4 mil millones en países de bajos ingresos, US\$ 1200 millones en países de ingresos bajos-medianos y US\$ 300 millones en países de ingresos medianos-altos. La financiación internacional representó la principal fuente de financiación en los países de ingresos bajos y de ingresos bajos-medianos, con un 87% y un 70% respectivamente.

Los gobiernos de los países endémicos contribuyeron con el 28% del financiamiento total (US\$ 900 millones) en 2017, una cifra que no ha cambiado desde 2016. Dos tercios de los fondos de origen nacional se invirtieron en actividades de control de la malaria realizadas por programas nacionales de control de la malaria (PNCM), con la estimación del coste de la atención por paciente.

Al igual que en años anteriores, los Estados Unidos de América (EE. UU.) fue la mayor fuente internacional de financiación para la malaria, proporcionando US\$ 1.200 millones (39%) en 2017. Los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo, juntos sumaron US\$ 700 millones (21%). El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte aportaron alrededor de US \$ 300 millones (9%), mientras que la Fundación Bill y Melinda Gates aportó US\$ 100 millones (2%).

De los US\$ 3,1 mil millones invertidos en 2017, US\$ 1,3 mil millones se canalizaron a través del Fondo Mundial para Combatir el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

Perspectiva de inversión

Aunque el financiamiento para la malaria se ha mantenido relativamente estable desde 2010, el nivel de inversión en 2017 está lejos de lo que se requiere para alcanzar los dos primeros hitos de la ETM, lo que supone una reducción de al menos el 40% en la incidencia de casos de malaria y en las tasas de mortalidad a nivel mundial en comparación con los niveles de 2015.

Para alcanzar las metas de la ETM a 2030, se estima que la financiación anual para la malaria tendrá que aumentar en al menos US\$ 6,6 mil millones por año para 2020.

El aumento de las inversiones en investigación en malaria y en desarrollo es clave para lograr los objetivos de la ETM. En 2016, se gastaron US\$ 588 millones en esta área, lo que representa el 85% de las necesidades anuales estimadas para investigación y desarrollo.

Si bien los fondos para investigación y desarrollo para vacunas y medicamentos contra la malaria disminuyeron en 2016 en comparación con 2015, las inversiones en productos de control de vectores casi se duplicaron, de US\$ 33 millones a US\$ 61 millones.

Distribución de productos contra la malaria

Mosquiteros tratados con insecticida

Entre 2015-2017, un total de 624 millones de mosquiteros tratados con insecticida (MTI), principalmente mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD), fueron reportados por los fabricantes como

entregados a nivel mundial. Esto representa un aumento sustancial en comparación con el período 2012-2014, cuando se entregaron 465 millones de MTI a nivel mundial.

Los Programas Nacionales de Malaria (PNM) distribuyeron aproximadamente 552 millones de MTI a nivel mundial, con la mayoría (459 millones o 83%) entregados en el África subsahariana durante el período 2015-2017.

A nivel mundial, el 85% de los MTI se distribuyeron a través de campañas gratuitas de distribución masiva, el 8% en instalaciones de atención prenatal y el 4% como parte de los programas de inmunización.

Pruebas de diagnóstico rápido

Se estima que 276 millones de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) se vendieron a nivel mundial en 2017.

En 2017, los PNM distribuyeron 245 millones de PDR. La mayoría de los PDR (66%) fueron pruebas para la detección de *P. falciparum* y se suministraron al África subsahariana.

En el África subsahariana, las PDR se están convirtiendo en el método más utilizado para diagnosticar malaria entre los pacientes con sospecha de malaria en centros de salud pública. En 2017, aproximadamente el 75% de las pruebas de malaria se realizaron con PDR, en comparación con el 40% en 2010.

Terapia combinada basada en la artemisinina

Un estimado de 2,74 mil millones de tratamientos de terapia combinada basada en la artemisinina (TCA) fueron adquiridos por los países durante el período 2010-2017. Se informó que aproximadamente el 62% de estas adquisiciones se realizaron por el sector público.

Durante el período 2010-2017, 1.450 millones de tratamientos de TCA fueron entregados por los PNM, de los cuales 1,42 millones (98%) se entregaron en la Región de África de la OMS.

Con los aumentos en el uso de las pruebas de diagnóstico en los últimos años, los tratamientos de TCA se están usando más específicamente para pacientes con resultados positivos para malaria. Esto se demuestra mediante una proporción sustancialmente reducida de la razón entre TCA usados y pruebas diagnósticas (0,8 en 2017 comparado con 2.5 en 2010). Sin embargo, esto todavía implica que aproximadamente al 30% de los pacientes que recibieron TCA no se les realizó pruebas diagnósticas para malaria.

Prevenir malaria

Control de vectores

La mitad de las personas en riesgo de malaria en África duermen bajo un MTI: en 2017, el 50% de la población estaba protegida por esta intervención, un aumento con relación al 29% en 2010. Además, el porcentaje de la población con acceso a un MTI aumentó de 33% en

2010 a 56% en 2017. Sin embargo, la cobertura ha mejorado solo marginalmente desde 2015 y ha estado estancada desde 2016.

Los hogares con al menos un MTI por cada dos personas se duplicaron al 40% entre 2010 y 2017. Sin embargo, esta cifra representa un aumento muy modesto en los últimos 3 años y permanece lejos del objetivo de la cobertura universal.

Menos personas en riesgo de contraer malaria están siendo protegidas por el rociado residual intradomiciliario (RRI), un método de prevención que consiste en rociar las paredes internas de las viviendas con insecticidas. A nivel mundial, la protección por RRI se redujo de un máximo del 5% en 2010 al 3% en 2017, con disminuciones observadas en todas las regiones de la OMS.

En la Región de África de la OMS, la cobertura por el RRI se redujo de 80 millones de personas en riesgo en 2010, a un punto mínimo de 51 millones en 2016, antes de aumentar a 64 millones en 2017. En otras regiones de la OMS, el número de personas protegidas con el RRI en 2017 fue de 1,5 millones en las Américas, 7.5 millones en el Mediterráneo oriental, 41 millones en el Sudeste Asiático y 1,5 millones en el Pacífico Occidental.

Las disminuciones en la cobertura del RRI se están produciendo a medida que los países cambian o rotan los insecticidas a productos químicos más costosos, así como a cambios en las estrategias operativas, como la disminución de las poblaciones en riesgo en los países que están eliminando la malaria.

Terapias preventivas

Para proteger a las mujeres en áreas de alta y moderada transmisión de malaria en África, la OMS recomienda "tratamiento preventivo intermitente en el embarazo" (TPI) con el medicamento antimalárico sulfadoxina-pirimetamina. Entre los 33 países africanos que informaron sobre los niveles de cobertura de TPI en 2017, aproximadamente el 22% de las mujeres embarazadas elegibles recibieron las tres o más dosis recomendadas de TPI, en comparación con el 17% en 2015 y el 0% en 2010.

En 2017, 15,7 millones de niños en 12 países de la subregión del Sahel de África se protegieron a través de programas de quimioprevención estacional. Sin embargo, aproximadamente 13,6 millones de niños que podrían haberse beneficiado de esta intervención no lo recibieron, principalmente debido a falta de fondos.

Pruebas de diagnóstico y tratamiento

Acceso a la atención

El diagnóstico y tratamiento rápido es el medio más efectivo para prevenir que un caso leve de malaria se convierta en una enfermedad grave y en la muerte. Según las encuestas nacionales de hogares realizadas en 19 países del África subsahariana entre 2015-2017, una mediana del 52% (rango intercuartil [RI]: 44-62%) de los niños con fiebre

(febriles) fueron llevados a un proveedor de atención médica capacitado. Esto incluye hospitales y clínicas del sector público, establecimientos de salud formales del sector privado y trabajadores de salud comunitarios.

Aunque más niños febriles buscaron atención en el sector de salud pública (mediana: 36%, RI: 30-46%) que en el sector médico formal privado (mediana: 8%, RI: 5-10%), una alta proporción de niños febriles no recibieron ninguna atención médica (mediana: 40%, RI: 28-45%). El acceso deficiente a los proveedores de atención médica o la falta de conocimiento de los síntomas de la malaria entre los cuidadores son algunos de los factores que contribuyen.

Las encuestas nacionales revelan disparidades en el acceso a la atención médica según el ingreso y la ubicación del hogar: el porcentaje de niños febriles que fueron atendidos fue mayor en los hogares más ricos (mediana: 72%, RI: 62-75%) en comparación con los hogares más pobres (mediana: 58%, RI: 47-67%), así como fue mayor entre aquellos que viven en áreas urbanas (mediana: 69%, RI: 59-76%) en comparación con las áreas rurales (mediana: 60%, RI: 51-71%).

Diagnóstico de malaria

Según 58 encuestas realizadas en 30 países del África subsahariana entre 2010-2017, el porcentaje de niños con fiebre que se sometieron a una prueba de diagnóstico en el sector de la salud pública aumentó, alcanzando una mediana del 59% (RI: 34-75%) durante el período 2015-2017, frente a una mediana del 33% (RI: 18-44%) para 2010-2012.

Los datos recopilados de 56 encuestas realizadas en el África subsahariana revelan que el porcentaje de niños febriles que asisten a instalaciones de salud pública, y que se sometieron a una prueba diagnóstica de malaria antes del tratamiento antipalúdico aumentó de una mediana del 35% (RI: 27-56%) en 2010-2012 a 74% (RI: 51-81%) en 2015-2017. Se ha registrado un aumento similar en el sector de salud formal privado, del 41% (RI: 17-67%) en 2010-2012 al 63% (RI: 41-83%) en 2015-2017.

Tratamientos antimaláricos

Con base en 19 encuestas de hogares realizadas en África subsahariana entre 2015 y 2017, el porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que recibieron algún medicamento antimalárico fue del 29% (RI: 15-48%).

Es más probable que los niños reciban TCA, los medicamentos antipalúdicos más eficaces, si se busca atención médica en el sector público en comparación con el sector privado. Los datos de 18 encuestas nacionales realizadas en el África subsahariana muestran que para el período 2015-2017, aproximadamente el 88% (RI: 73-92%) de los niños febriles que buscaron tratamiento para la malaria en el sector de la salud pública recibieron TCA, frente a 74 % (RI: 47-88%) para el sector médico formal privado.

Para cerrar la brecha de tratamiento entre los niños, la OMS recomienda la adopción del manejo integrado de casos por la comunidad (MICC).

Este enfoque promueve el manejo integrado de condiciones comunes que ponen en peligro la vida en los niños (malaria, neumonía y diarrea) a nivel de puestos de salud y en la comunidad. En 2017, de 21 países africanos con una alta carga de malaria, 20 tenían políticas de MICC, de las cuales 12 habían comenzado a implementar esas políticas.

Sistemas de vigilancia de malaria

La vigilancia efectiva de los casos y muertes por malaria es esencial para identificar las áreas o grupos de población más afectados por la malaria y para orientar los recursos para lograr el máximo impacto. Un sistema de vigilancia sólido requiere de altos niveles de acceso a la atención y detección de casos, y de la notificación completa de la información de salud de todos los sectores, ya sea público o privado.

En 2017, entre 52 países de moderada a alta carga, las tasas de malaria reportadas fueron del 60% o más. En la Región de África de la OMS, 36 de 46 países indicaron que al menos el 80% de los centros de salud pública habían reportado datos sobre la malaria a través de su sistema nacional de información de salud.

Eliminación de la malaria

A nivel mundial, la red de eliminación de la malaria se está ampliando, con más países avanzando hacia cero casos autóctonos: en 2017, 46 países notificaron menos de 10 000 casos, frente a 44 países en 2016 y 37 países en 2010. El número de países con menos de 100 casos autóctonos, un fuerte indicador de que la eliminación está cerca, aumentó de 15 países en 2010 a 24 países en 2016 y 26 países en 2017.

Paraguay se certificó por la OMS como libre de malaria en 2018, mientras que Argelia, Argentina y Uzbekistán han realizado solicitudes formales a la OMS para su certificación. En 2017 China y El Salvador reportaron cero casos autóctonos.

Uno de los hitos clave de la ETM para 2020 es la eliminación de la malaria en al menos 10 países que fueron endémicos de malaria en 2015. Al ritmo actual de progreso, es probable que se alcance este hito.

En 2016, la OMS identificó 21 países con el potencial de eliminar la malaria para el año 2020. La OMS está trabajando con los gobiernos de estos países, conocidos como “países E-2020”, para apoyar sus objetivos de acelerar la eliminación.

Aunque 11 países del E-2020 siguen encaminados para alcanzar sus objetivos de eliminación, 10 han reportado aumentos en los casos autóctonos de malaria en 2017 en comparación con 2016.

Desafíos para encaminar la respuesta contra la malaria

Los desafíos a los que se enfrenta la respuesta mundial contra la malaria son muchos, y como se destaca en el informe de este año, las

barreras inmediatas para lograr los hitos de la ETM para 2020 y 2025 son el continuo aumento de la malaria en los países con la mayor carga de la enfermedad y la insuficiencia de fondos internacionales y domésticos. Al mismo tiempo, la continua emergencia de resistencia de los parásitos a los medicamentos antimaláricos y la resistencia de los mosquitos a los insecticidas representan una amenaza para el progreso.

Países de alta carga

En 2017, en 11 países ocurrieron aproximadamente el 70% de los casos estimados de malaria y muertes de todo el mundo: 10 en África subsahariana y en la India. De estos países, solo India reportó avances en la reducción de sus casos de malaria en 2017 en comparación con 2016.

Para volver a encaminar la respuesta mundial contra la malaria, el 19 de noviembre se lanzará en Mozambique un nuevo enfoque impulsado por éste país, "De alta carga a alto impacto", junto con la publicación del *Informe mundial sobre el paludismo 2018*.

Con el apoyo de la OMS y la Alianza RBM para Hacer Retroceder el Paludismo, el enfoque se basa en 4 pilares: dirigir la atención política nacional y mundial para reducir las muertes por malaria; orientar el impacto en los países a través del uso estratégico de la información; implementar las mejores orientaciones globales, políticas y estrategias adecuadas para todos los países endémicos de malaria; e implementar una respuesta nacional coordinada.

Fondos

En 24 de los 41 países con alta carga, que dependen principalmente de financiación externa para el programa de malaria, el nivel promedio de financiación disponible por persona en riesgo disminuyó en 2015-2017 en comparación con 2012-2014. Esto varió desde una reducción del 95% en el Congo (el más alto) hasta una disminución del 1% en Uganda (el más bajo) en los tiempos comparados.

En los países que experimentaron una disminución del 20% o más en la financiación total por persona en riesgo, la financiación internacional disminuyó, en ocasiones combinada con menores inversiones nacionales.

Entre los 41 países con alta carga, en general, la financiación por persona en riesgo de malaria fue de US\$ 2,32.

Resistencia a las drogas

La TCA ha sido parte integral del éxito reciente del control mundial de la malaria, y la protección de su eficacia para el tratamiento de la malaria es una prioridad de salud mundial.

La mayoría de los estudios realizados entre 2010 y 2017 muestran que la TCA sigue siendo efectiva, con tasas de eficacia, en general, superiores al 95% fuera de la subregión del Gran Mekong (GM). En África, no se ha notificado hasta la fecha de resistencia a la artemisinina (parcial).

Aunque en cuatro países de la subregión del GM se ha informado sobre resistencia a múltiples medicamentos, incluida la resistencia a la artemisinina (parcial) y otros, ha habido una reducción masiva de casos de malaria y muertes en esta subregión. El monitoreo de la eficacia de los medicamentos antipalúdicos ha dado como resultado una actualización rápida de las políticas de tratamiento de la malaria en la mayoría de los países del GM.

Resistencia a los insecticidas

El Informe mundial de la OMS sobre la resistencia a los insecticidas en los vectores de la malaria: 2010-2016, publicado recientemente, mostró que la resistencia a las cuatro clases de insecticidas más utilizadas (piretroides, organoclorados, carbamatos y organofosforados) está muy extendida en todos los principales vectores de malaria en las regiones de la OMS de África, América, Asia Sudoriental, Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental.

De los 80 países endémicos de malaria que proporcionaron datos para 2010-2017, 68 notificaron resistencia a al menos una de las cuatro clases de insecticidas en al menos un vector de malaria de un sitio de recolección, un aumento con respecto a 2016 debido a un mejor reporte de datos y tres países que informaron sobre la resistencia por primera vez. En 57 países, se notificó resistencia a dos o más clases de insecticidas.

La resistencia a los piretroides, la única clase de insecticida utilizada actualmente en los MTI, es generalizada y se detectó en al menos un vector de la malaria en más de dos tercios de los sitios de recolección y fue más alta en las regiones de la OMS de África y el Mediterráneo Oriental.

Se detectó resistencia a los organoclorados en al menos un vector de malaria en casi dos tercios de los sitios de recolección y esta fue más alta en el Sudeste Asiático. La resistencia a los carbamatos y organofosforados fue menos prevalente y se detectó en el 33% y el 27% de los sitios de recolección respectivamente. La prevalencia fue mayor para los carbamatos en el Sudeste Asiático y para los organofosforados en el Pacífico Occidental.

En vista de la situación actual, los planes de monitoreo y manejo de la resistencia, en línea con el plan global de la OMS para el manejo de la resistencia a los insecticidas en los vectores de la malaria, son esenciales. Hasta la fecha, 40 países han completado estos planes.

Los MTI continúan siendo una herramienta eficaz para la prevención de la malaria, incluso en áreas donde los mosquitos han desarrollado resistencia a los piretroides. Esto se evidenció en una gran evaluación multinacional coordinada por la OMS entre 2011 y 2016 llevada a cabo en 5 lugares de estudio en 5 países del mundo.

Enlaces conexos

[Preguntas y respuestas acerca del Informe mundial sobre el paludismo 2018](#)

[Informe mundial sobre el paludismo 2018](#)

[Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016–2030](#)

["High burden to high impact" \(De alta carga a alto impacto\) - en inglés](#)

Acerca de la OMS	▼
Ayuda y servicios	▼
Oficinas regionales de la OMS	▼

[Política de privacidad](#)

© 2020 OMS