

Resumen y Puntos Clave

El *Informe Mundial sobre el Paludismo 2012* resume la información recibida de 104 países endémicos para malaria y otras fuentes, y actualiza los análisis presentados en el informe del 2011. Resalta el progreso que se ha alcanzado hacia los objetivos mundiales para el control de la malaria establecidos para el 2015, y describe los retos actuales para el control y eliminación de la malaria a nivel mundial.

La década pasada fue testigo de una expansión muy grande en el financiamiento e implementación de programas de control de la malaria. Los desembolsos internacionales para el control de la malaria aumentaron considerablemente de menos de US\$ 100 millones en 2000 a US\$ 1.710 millones en 2010 y se estima que serán de 1.660 millones en 2011 y US\$ 1.840 millones en 2012. Los análisis indican que a medida que el financiamiento aumenta, los desembolsos internacionales hacia la Región Africana han ido aumentando, hacia países con los valores más bajos de ingreso nacional bruto (INB) per cápita, y países con las tasas más altas de mortalidad por malaria. Los fondos de los gobiernos nacionales para los programas de control de la malaria también aumentaron a lo largo del período 2005-2011 y se estimaron en US\$ 625 millones en 2011.

Si bien todavía estamos por debajo de los US\$ 5.100 millones requeridos para alcanzar la cobertura universal de las intervenciones de malaria, el financiamiento proporcionado para el control de la enfermedad ha permitido que los países endémicos aumenten considerablemente el acceso a intervenciones para prevenir la malaria, así como a los servicios de diagnóstico y tratamiento. Se estima que el porcentaje de viviendas que poseen al menos un mosquitero tratado con insecticida (MTI) en la región de África subsahariana ha aumentado de 3% en 2000 a 53% en 2011, y se mantuvo en 53% en 2012. Las encuestas domiciliarias indican que aproximadamente el 90% de personas que tienen acceso a un MTI dentro de la vivienda, realmente lo utilizan. En la Región Africana, el porcentaje de personas protegidas mediante el rociado residual intradomiciliario (RRI) aumentó de menos del 5% en 2005 a 11% en 2010 y permaneció a ese nivel en 2011. En cuanto a las pruebas para el diagnóstico y tratamiento, el número de pruebas que se adquieren para el diagnóstico rápido (PDR) y para terapias combinadas con artemisinina (TCA) está aumentando, y el porcentaje de casos sospechosos a los que se les realiza una prueba parasitológica también ha aumentado a nivel mundial, de 68% en 2005 a 77% en 2011, con el mayor aumento en la región de África subsahariana. Sin embargo, el incremento en el número de pruebas de diagnóstico fue solamente de 1% entre el 2010 y el 2011.

Pareciera ser que el rápido incremento mostrado por estas medidas de desempeño del programa hasta el 2010 han tendido a estabilizarse recientemente, al igual que el financiamiento, y que millones de personas continúan sin acceso a terapias preventivas, pruebas para el diagnóstico y tratamiento de calidad garantizada. Se necesita mucho más trabajo antes que se alcance la meta del acceso universal a las intervenciones preventivas de malaria,

pruebas para el diagnóstico y tratamiento adecuado. Una complicación adicional es que se ha detectado resistencia a las artemisininas, componentes clave de las terapias combinadas con artemisinina, en 4 países de la región sudeste de Asia, mientras que la resistencia de los mosquitos a los insecticidas se ha encontrado en 64 países alrededor del mundo.

De los 99 países con transmisión activa de malaria en 2011, 58 enviaron datos suficientemente completos y consistentes de los casos de malaria entre el 2000 y el 2011 para poder hacer una evaluación de las tendencias. En base a estos datos reportados, 50 países, incluyendo 9 países de la Región Africana, están en vías de alcanzar las metas del WHA y RBM: reducir la incidencia de casos de malaria en un 75% para el 2015. Sin embargo, los 58 países que enviaron datos suficientemente completos y consistentes aportan solo el 15% de los casos estimados a nivel mundial; los sistemas de vigilancia son débiles donde la carga de malaria es alta. Existe una necesidad crítica de fortalecer la vigilancia para malaria en los restantes 41 países que aportan el 85% de los casos estimados, de forma que los programas puedan identificar y dirigir recursos hacia la población más necesitada, responder a brotes de la enfermedad y evaluar el impacto de las medidas de control.

Debido a que es menos probable que los países con mayor número de casos envíen datos suficientemente consistentes, es necesario sacar conclusiones respecto a las tendencias, usando estimados del número de casos. Las estimaciones de casos y muertes por malaria conllevan un alto grado de incertidumbre, pero sugieren que la incidencia de casos y muertes por malaria han disminuido más rápido en países que inicialmente tenían menor número de casos y muertes. Sin embargo, se estima que se ha evitado un mayor número de casos y muertes entre el 2001 y el 2010 en países que tenían las mayores cargas de malaria en 2000. Si las tasas de incidencia y mortalidad para malaria en el 2000 hubieran permanecido sin cambio durante una década, se habría producido 274 millones más de casos y 1.1 millones de muertes entre el 2001 y el 2010. La mayoría de casos que se evitaron (52%) y vidas que se salvaron (58%) son en 10 países que tenían la carga más alta de malaria en el 2000. Por esto, los programas de malaria han tenido su mayor impacto donde la carga de la enfermedad es mayor.

Pareciera que el enorme avance alcanzado se ha desacelerado recientemente. El financiamiento internacional para el control de la malaria se ha estancado, y se proyecta que permanecerá por debajo de los US\$ 5.100 millones requeridos para alcanzar la cobertura universal con las intervenciones en malaria. El número de MTI adquiridos en 2012 (66 millones) es mucho menor al adquirido en 2011 (92 millones) y en 2010 (145 millones). Se estima que el promedio de vida útil de los MTI es de 2 a 3 años, por lo que se espera que la cobertura con MTI disminuya si los mismos no se reemplazan en 2013. Existe una necesidad urgente de identificar nuevas fuentes de financiamiento para mantener y expandir los niveles de cobertura de las interven-

ciones, de forma que puedan evitarse brotes de la enfermedad y que se alcancen las metas internacionales para reducir los casos y muertes por malaria.

Desarrollo de políticas; actualización de políticas, manuales y planes; y metas mundiales para el control y la eliminación de la malaria.

En 2011, la OMS completó un importante proceso de re-diseño en la definición de sus políticas, el cual dio como resultado la creación del Comité para el Asesoramiento de Políticas de Malaria (MPAC, por sus siglas en inglés), el cual sostuvo su reunión inaugural y segunda reunión durante el 2012. Durante este año también se promulgaron revisiones o nuevas políticas para el control de la malaria, manuales operacionales, planes e iniciativas. Se han desarrollado un amplio conjunto de indicadores para dar seguimiento a los avances hacia las metas para malaria, acordadas internacionalmente.

1. El MPAC inició su funcionamiento en 2012 con el mandato de proporcionar recomendaciones estratégicas y aportes técnicos a la OMS en todos los aspectos relacionados con el control y eliminación de la malaria. De acuerdo con las recomendaciones del MPAC, la OMS difundió una nueva política sobre la Quimioprevención de la Malaria Estacional (SMC, por sus siglas en inglés) y actualizó las políticas para el Tratamiento Preventivo Intermitente de la malaria en el embarazo (IPTp, por sus siglas en inglés) y para la dosis única de primaquina como gametocida para el tratamiento de la malaria por *Plasmodium falciparum* en determinados entornos.
2. Se difundieron declaraciones sobre la postura en relación al uso de larvicidas en la región de África subsahariana y sobre la efectividad de formas no farmacéuticas de la Artemisia annua. En abril del 2012 se publicaron manuales de vigilancia como parte de la iniciativa "T3: Test. Treat. Track", urgiendo a los países endémicos y socios interesados a incrementar las pruebas para el diagnóstico, tratamiento y vigilancia para malaria. En mayo de 2012 se lanzó el *Plan Mundial para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas en los Vectores de Malaria*, que facilitó un plan a escala mundial para el manejo de la resistencia a insecticidas.

Financiando el control de la malaria

El total del financiamiento nacional e internacional comprometido para el control de la malaria en 2011 se estimó en US\$ 2.300 millones, sustancialmente menor a la cantidad que se necesitará para alcanzar las metas a nivel mundial.

3. Los desembolsos internacionales hacia los países endémicos para malaria aumentaron todos los años desde menos de US\$ 100 millones en 2000 a US\$ 1.710 millones en 2010 y se estimaron en US\$ 1.660 millones en 2011 y US\$ 1.840 millones en 2012. El estancamiento de los fondos disponibles para el control de la malaria se debe principalmente a la disminución de los desembolsos del Fondo Mundial. En 2011 el Fondo Mundial también anunció la cancelación de la Ronda 11 de financiamiento.

4. Los datos reportados sugieren que el financiamiento nacional para malaria ha aumentado en todas las regiones de la OMS durante el periodo 2005-2011, a excepción de la Región Europea. La Región de las Américas y la Región Africana reportaron el mayor gasto en el control de la malaria. El total gastado a nivel nacional en 2011 se estimó en US\$ 625 millones.
5. En el Plan de Acción Mundial contra la Malaria (GMAP, por sus siglas en inglés) del 2008 se estimó que los requerimientos de recursos para el control de la malaria a nivel mundial superarían los US\$ 5.100 millones por año entre el 2011 y 2020. Solo en África, los requerimientos de recursos estimados por el GMAP fueron en promedio de US\$ 2.300 millones por año, durante el mismo periodo. Combinando los fondos nacionales e internacionales, los recursos disponibles para el control mundial de la malaria en 2011 se estimaron en US\$ 2.300 millones, dejando un faltante de US\$ 2.800 millones. Las proyecciones de recursos tanto nacionales como internacionales disponibles entre el 2013 y 2015 indican que el total de financiamiento destinado al control de la malaria permanecerá en menos de US\$ 2.700 millones, sustancialmente por debajo de la cantidad requerida para alcanzar el acceso universal a las intervenciones en malaria.
6. Los patrones históricos indican que el financiamiento internacional para el control de la malaria se ha enfocado a países con el menor INB per cápita y mayores tasas de mortalidad, particularmente a países de África. En las Regiones Europea y de las Américas, el financiamiento nacional para malaria por cada persona en riesgo es el más alto, y en la Región del sudeste de Asia el más bajo. Los países en el quintil más alto del INB per cápita invierten mucho más dinero per cápita en el control de la malaria que los países de los otros quintiles. Estos países más ricos tienen menos carga de malaria, aportando solo el 1% de los casos estimados en 2010 y 0.3% de las muertes. Los gastos tan altos están relacionados en parte al movimiento hacia la eliminación de la malaria en algunos países. Los países con mayores poblaciones en riesgo de malaria –y las más altas tasas de mortalidad por malaria– tienen menores niveles de financiamiento nacional per cápita que los países con menores cargas por malaria.

Progreso en el control vectorial

Durante la década pasada, la cobertura con intervenciones de control vectorial aumentó sustancialmente en la región de África subsahariana, con la adquisición de al menos un MTI por vivienda, alcanzando un estimado de 53% para el 2011 y manteniéndose en 53% en el 2012. Sin embargo, los logros alcanzados recientemente en el control vectorial de la malaria pueden verse amenazados por una disminución en la entrega de MTI y por el reciente aumento de la resistencia de los mosquitos a los insecticidas.

7. Para el 2011, 32 países en la Región Africana y 78 en otros países alrededor del mundo han adoptado la recomendación de la OMS de proporcionar MTI a todas las personas que están en riesgo de contraer malaria. Un total de 89 países, incluyendo 39 países de África, distribuyen MTI de forma gratuita.

8. Cada año se necesitan aproximadamente 150 millones de MTI para proteger a todas las poblaciones en riesgo de malaria en la región de África subsahariana. Entre el 2004 y 2010, el número de MTI repartido anualmente por los fabricantes en los países endémicos para malaria en el África subsahariana aumentó de 6 a 145 millones. Sin embargo, en 2011 solo se repartieron 92 millones de MTI, mientras que se espera que en 2012 se distribuyan 66 millones. Las cantidades distribuidas en 2011 y 2012 están por debajo de las cifras de MTI que se requieren para proteger a todas las poblaciones en riesgo y no van a lograr reemplazar los MTI que se distribuyeron 3 años antes, lo cual indica que la cobertura con MTI va a disminuir, a menos que se aumente de forma masiva la distribución en 2013.
9. Se estima que el porcentaje de viviendas que poseen al menos un MTI en la región de África subsahariana aumentó de 3% en 2000 a 53% en 2011, y se mantuvo en 53% en 2012. La proporción de la población que duerme bajo un MTI, que representa a la población protegida de forma directa, también aumentó de 2% en 2000 al 33% en 2011, y se mantuvo en 33% en 2012.
10. El análisis de los datos de las encuestas domiciliarias indica que un gran porcentaje (aproximadamente 90%) de la población que posee un MTI dentro de la vivienda realmente lo utiliza, lo que sugiere que los esfuerzos que se han realizado para promover el uso de los MTI han tenido éxito, y que la principal preocupación para aumentar el número de personas en riesgo que duermen bajo un MTI es la limitación en cuanto a la disponibilidad de mosquiteros. Sin embargo, la población que utiliza los mosquiteros disponibles incluye viviendas en las que los mosquiteros están siendo utilizados más allá de su capacidad de 2 personas por mosquitero, así como aquellas en las que los mosquiteros no se están utilizando en toda su capacidad, lo que indica que es necesario trabajar más para asegurar que los mosquiteros disponibles se utilizan al máximo.
11. La proporción de población que duerme bajo un MTI es alta en áreas urbanas, más ricas, y más baja entre niños mayores. Las desigualdades en el acceso a MTI deben disminuirse a medida que los programas avanzan hacia la cobertura universal.

Rociado residual intradomiciliario

12. El RRI sigue siendo una herramienta poderosa para el control vectorial para reducir e interrumpir la transmisión de la malaria. En 2011, 80 países, incluyendo 38 en la Región Africana, recomendaron el RRI para el control de la malaria.
13. En 2011, se protegió a 153 personas alrededor del mundo mediante el RRI, o el 5% de la población mundial en riesgo. En la Región Africana, la proporción de población en riesgo que se protegió aumentó de menos del 5% en 2005 al 11% en 2010 y permaneció a ese nivel en 2011 con 77 millones de personas beneficiándose de la intervención.

Resistencia a los insecticidas

14. En 64 países se ha identificado resistencia de los mosquitos a por lo menos uno de los insecticidas utilizados para el

control de la malaria. En mayo del 2012, la OMS y la iniciativa RBM lanzaron el *Plan Mundial para el Manejo de la Resistencia a Insecticidas en los Vectores de Malaria*, una estrategia de cinco pilares para el manejo de la amenaza de la resistencia a los insecticidas.

15. El monitoreo de la resistencia a los insecticidas es un elemento necesario en la implementación de las intervenciones para el control vectorial basadas en el uso de insecticidas. En 2011, 77 países reportaron la adopción de la política para el monitoreo de la resistencia a insecticidas.

Progreso en quimioprevención

En 2011, entre los 25 países que reportan esta información a la OMS, el porcentaje de mujeres embarazadas que asistieron a las clínicas de cuidado prenatal que recibieron 2 dosis de Tratamiento Preventivo Intermitente durante el embarazo, variaron entre el 30% y 57%. Se espera la adopción e implementación de las últimas recomendaciones de la OMS en cuanto al Tratamiento Preventivo Intermitente para niños y la Quimioterapia para la Malaria Estacional para niños por parte de los países endémicos.

16. El tratamiento preventivo intermitente (IPT, por sus siglas en inglés) se recomienda para grupos de poblaciones en áreas de alta transmisión, que son especialmente vulnerables a infecciones por *Plasmodium* y a las consecuencias de las mismas, especialmente mujeres embarazadas y niños. En el África subsahariana se calcula que alrededor de 32 millones de mujeres embarazadas y gran parte de los 28 millones de niños que nacen cada año se beneficiarían con el IPT. Además, se podría proteger a cerca de 25 millones de niños en el África Sub-Sahel, mediante la Quimioprevención de la Malaria Estacional (SMC, por sus siglas en inglés).
17. Para finales de 2011, un total de 36 de los 45 países del África subsahariana habían adoptado como política nacional el IPT para mujeres embarazadas (IPTp). Esta política fue adoptada en 2009 por Papúa Nueva Guinea (Región Este del Pacífico).
18. Entre los 25 de los 36 países de la Región Africana que han adoptado el IPTp como una política nacional – y para los que hay datos disponibles- 44% (rango entre 30 y 57%) de mujeres embarazadas que asisten a la clínica prenatal recibieron 2 dosis de IPTp en 2011, en concordancia con las recomendaciones de la OMS de esa época. Desde octubre de 2012, la OMS recomienda el IPTp en cada visita prenatal después de primer trimestre.
19. En 16 países de la Región Africana, para los que existen datos de encuestas domiciliarias entre el 2009-2011, el promedio ponderado de mujeres embarazadas que recibieron 2 dosis de IPTp durante el embarazo fue bajo; a un 22% (rango entre 5%-69%); principalmente debido a la baja cobertura en Nigeria y la República Democrática del Congo.
20. Todos los niños en riesgo de infección por *P. falciparum* en los países de África subsahariana con transmisión moderada a alta de malaria y con niveles bajos de resistencia de los parásitos al tratamiento recomendado, sulfadoxina-pirimetamina, deben recibir tratamiento preventivo para la malaria a través de los servicios de inmunización a determinados intervalos que correspondan con sus esquemas rutinarios

de vacunación. Solo un país, Burkina Faso, ha adoptado la política de IPT para niños (IPTi) desde que se difundió la recomendación por parte de la OMS en 2009.

21. En marzo de 2012, la OMS difundió una recomendación sobre la quimioprevención de la malaria estacional para niños en edades entre 3 y 59 meses. Ningún país endémico para malaria ha adoptado todavía la SMC, pero varios países involucrados en la evaluación de la política han indicado que tienen planeado expandir la cobertura de la SMC más allá de las poblaciones de estudio. La difusión de la guía de implementación *Quimioprevención de la Malaria Estacional con Sulfadoxina-pirimetamina y Amodaquina en Niños: una Guía de Campo* en diciembre de 2012 por parte de la OMS, facilitará la expansión de esta intervención tan importante.

Progreso en las pruebas de diagnóstico y tratamiento de la malaria

La cantidad de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y terapias combinadas con artemisinina (TCA) que se han adquirido están aumentando, y la proporción de pruebas para el diagnóstico en el sector público en la Región Africana ha aumentado de 20% en 2005 a 47% en 2011. Sin embargo muchos casos de fiebre son todavía tratados presuntivamente con antimaláricos, sin un diagnóstico parasitológico, y no todos los casos confirmados de malaria reciben tratamiento con antimaláricos de calidad garantizada.

Pruebas de diagnóstico

22. La implementación de la realización universal de pruebas de diagnóstico en los sectores público y privado reduciría sustancialmente los requerimientos mundiales de tratamiento antimalárico. En 2011, 41 de 44 países con transmisión activa de malaria en la Región Africana y 46 de 55 países en otras regiones de la OMS reportaron haber adoptado la política de proporcionar diagnóstico parasitológico a todos los grupos de edades. Esto representa un aumento de 4 países en la Región Africana desde el 2010.
23. La realización de pruebas de diagnóstico para malaria se ofrece de forma gratuita en el sector público de 84 países alrededor del mundo. En la Región Africana, la proporción de casos sospechosos de malaria a los que se les realiza una prueba de diagnóstico en el sector público aumentó de 20% en 2005 a 47% en 2011, y de 68% a 77% a nivel mundial. Gran parte del aumento en la realización de pruebas de diagnóstico en la Región Africana se debe a un aumento en el uso de PDR, responsables del diagnóstico de 40% de todos los casos en la región en 2011.
24. El número de pacientes evaluados mediante examen microscópico aumentó a un pico de 171 millones en 2011, de los cuales la India contabilizó más de 108 millones de pruebas en lámina. La cantidad de PDR suministradas por los fabricantes aumentó de 88 millones en 2010 a 155 millones en 2011. Esto incluye las ventas de pruebas específicas para *P. falciparum* y las pruebas combinadas que pueden detectar más de una especie del parásito.
25. Un total de 49 países reportaron una expansión de PDR a nivel comunitario y según los reportes, 12 millones de pacientes

fueron diagnosticados a través de estos programas en 2011. Los datos de un número limitado de países sugieren que la realización de pruebas de diagnóstico está menos disponible en el sector privado que en el público.

Tratamiento

26. Las TCA son recomendadas como primera línea de tratamiento para la malaria por *P. falciparum*, el parásito más peligroso entre todas las especies de *Plasmodium* que infectan al ser humano. Para el 2011, 79 países y territorios habían adoptado las TCA como primera línea de tratamiento para la malaria por *P. falciparum*. La malaria por *P. vivax* debe ser tratada con cloroquina, cuando esta sea efectiva, o con una TCA apropiada en áreas donde *P. vivax* es resistente a la cloroquina. El tratamiento de *P. vivax* debe combinarse con un régimen de 14 días de primaquina para prevenir las recaídas.
27. Según reportes de los fabricantes y de la iniciativa Medicamentos Accesibles contra la malaria (AMFm, por sus siglas en inglés), el número de regímenes de TCA que se distribuyeron a los sectores público y privado a nivel mundial aumentaron de 11 millones en 2005 a 76 millones en 2006, y alcanzaron los 278 millones en 2011. El aumento en el suministro de TCA en 2011 ocurrió en gran parte como resultado de la iniciativa AMFm, administrada por el Fondo Mundial. A pesar que la AMFm es responsable de gran parte de las ventas en el sector público, el número total de TCA adquiridos por este sector mostró un descenso de un año a otro entre el 2010 y 2011.
28. Ha sido difícil poder determinar hasta qué punto los pacientes con malaria confirmada recibieron medicamentos antimaláricos debido a que la información que relaciona la realización de pruebas de diagnóstico y el tratamiento se ha limitado a encuestas domiciliarias y a los sistemas rutinarios de información en salud. Se puede estimar qué proporción de pacientes del sector público pudieron haber sido tratados con TCA (y no con otro antimalárico menos efectivo) comparando el número de TCA distribuidos por los programas nacionales contra el número hipotético (tratado sin realizarle la prueba) y confirmado (por microscopía o PDR) de casos reportados de malaria por *P. falciparum* (o casos estimados si no se cuenta con un reporte de datos). Esta proporción varía con la Región de la OMS en cuestión, alcanzando el 59% en la Región Africana en 2011.
29. En 12 países de la Región Africana que realizaron encuestas domiciliarias durante el 2010-2011, la proporción de niños febriles a los que se les proporcionó tratamiento antimalárico y que recibieron TCA fue mayor entre niños tratados en el sector público y en el sector privado formal, que en el sector privado informal o en la comunidad. En algunos países, la proporción de todos los niños febriles a quienes se les suministraron antimaláricos y que recibieron TCA permaneció baja, lo que implica que una proporción de pacientes con malaria no recibe el tratamiento adecuado.
30. En la Región Africana durante el 2011, el número total de pruebas (tanto por microscopía como PDR) fue menos de la mitad del número de TCA distribuidos por los programas nacionales de control de la malaria, lo que indica que las TCA

se prescriben a muchos pacientes sin realizarles el diagnóstico confirmatorio.

Resistencia a los medicamentos antimaláricos

31. La OMS recomienda que las monoterapias orales a base de artemisinina deben ir retirándose del mercado progresivamente e ir las reemplazando con TAC, una política recomendada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2007. El número de países que todavía permiten la comercialización de estos productos ha disminuido de 55 países en 2008 a 15 para noviembre de 2012, de los cuales 8 son de la Región Africana. El número de empresas farmacéuticas que comercializan estos productos ha disminuido de 38 en 2010 a 28 en 2011. La mayoría de los países que permiten la comercialización de estos medicamentos están en la Región Africana, mientras que la mayoría de los fabricantes están en la India.
32. Los estudios de eficacia terapéutica siguen siendo el estándar de oro para guiar las políticas de tratamiento, y deben realizarse cada dos años. En 2010 y 2011, se completaron estudios sobre tratamientos antimaláricos de primera y segunda línea en 47 de 71 países en los que fue posible realizar estudios de eficacia en *P. falciparum*, un aumento de 31 países entre el 2008-2009. (En 28 países con transmisión activa de malaria, es impráctico realizar estudios de eficacia debido a la baja incidencia de malaria o porque son endémicos únicamente para *P. vivax*). Durante el 2012 se planearon estudios de este tipo en 49 países, incluyendo 29 países de África.
33. La resistencia de los parásitos a las artemisininas se ha detectado ya en 4 países de la subregión del Gran Mekong: Camboya, Myanmar, Tailandia y Vietnam. A pesar de los cambios en la susceptibilidad de los parásitos a las artemisininas, las TCA continúan curando pacientes dado que el medicamento con el que se combinan todavía es eficaz. En la provincia de Pailin, Camboya, se ha encontrado resistencia a los dos componentes de TAC múltiples, por lo que se han tomado medidas especiales para implementar un tratamiento de observación directa utilizando combinaciones de medicamentos que no sean a base de artemisinina (atovaquona-proguanil).

Vigilancia de la Malaria

Los sistemas actuales de vigilancia de la malaria detectan solo el 10% de los casos estimados anualmente. Las tasas de detección de casos son menores en países con mayor cantidad de casos de malaria.

34. La proporción de casos de malaria que buscan tratamiento en servicios de salud del sector público, que son evaluados y reportados (la "tasa de detección de casos") es menor al 20% en 30 de los 99 países con transmisión activa de malaria. Estos 30 países aportan 185 millones de casos de malaria o el 78% del total estimado a nivel mundial. Los obstáculos a la detección de casos varían de una región de la OMS a otra: en las regiones Africana y del Pacífico Oeste, la principal preocupación es la poca proporción de pacientes que asisten a los servicios públicos a quienes se les realiza una prueba de diagnóstico para malaria, mientras que en la

Región de Sudeste de Asia, el aspecto más importante es la alta proporción de pacientes que buscan tratamiento en el sector privado.

35. Para los países que se encuentran en etapa de control de la malaria (en contraposición con eliminación), no es necesario que los sistemas de vigilancia detecten todos los casos para alcanzar sus objetivos, que son principalmente evaluar las tendencias en el tiempo e identificar diferencias geográficas en la incidencia de la malaria. Sin embargo, en 41 países alrededor del mundo, que aportan el 85% de casos estimados, no es posible una evaluación confiable de las tendencias de la malaria debido a lo incompleto e inconsistente del sistema de reporte a lo largo del tiempo. De esta forma, los sistemas de salud aparentan ser más débiles donde la carga de malaria es grande, por lo que se necesita actuar urgentemente para mejorar la vigilancia en entornos de este tipo.

Cambios en la incidencia y mortalidad por malaria

Aproximadamente la mitad de los países con transmisión activa de malaria están en vías de alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud y de la alianza RBM: lograr una reducción del 75% de los casos de malaria para el 2015, en comparación con los niveles del 2000. Mientras que 50 países están en vías de alcanzar la meta, en más de un tercio de los países no se puede evaluar el progreso, debido a limitaciones en el reporte de datos. Los progresos que se hagan en el futuro hacia las metas internacionales para malaria dependen del logro de avances sustanciales en países con las cargas más grandes de la enfermedad.

36. De 99 países con transmisión activa de malaria, 58 enviaron datos suficientemente completos y consistentes respecto a los casos de malaria entre el 2000 y 2011, lo que permite realizar una evaluación de las tendencias. En base a estos datos reportados, 50 países, incluyendo 9 países de la Región Africana, están en vías de alcanzar las metas de la WHA y de la iniciativa RBM de reducir la incidencia de la malaria en un 75% para el 2015. Se espera que otros 4 países más alcancen reducciones de entre 50% y 75%. La incidencia de casos de malaria aumentó en 3 países de la Región de las Américas.
37. De 104 países endémicos para malaria en 2011, 79 países se clasifican en fase de control, 10 en fase de pre-eliminación, 10 en fase de eliminación, y 5 están clasificados en fase de prevención de la introducción.
38. Se estima que en 2010 ocurrieron 219 millones de casos de malaria (rango 154–289 million) y 660 000 muertes (rango 610 000–971 000). Estas estimaciones fueron publicadas por primera vez en el Informe Mundial sobre el Paludismo 2011 y posteriormente han sido actualizadas a través de un proceso de consulta con los países. Los estimados disponibles a nivel de país para el 2010 muestran que más del 80% de las muertes estimadas por malaria ocurren en sólo 14 países y que aproximadamente el 80% de los casos ocurren en 17 países. Juntos, la República Democrática del Congo y Nigeria aportan más del 40% de las muertes estimadas por malaria a nivel mundial. La República Democrática del Congo, India y Nigeria aportan el 40% de los casos estimados de malaria.

39. La malaria está fuertemente ligada a la pobreza. Las tasas estimadas de mortalidad por malaria son más altas en países con el menor INB per cápita. Los países con las proporciones más altas de población viviendo en la pobreza (menos de US\$ 1.25 por persona por día) tienen tasas de mortalidad por malaria más altas. Entre países, la prevalencia de parásitos en niños es mayor en poblaciones más pobres y en áreas rurales.
40. Los avances para reducir la incidencia de casos de malaria y las tasas de mortalidad han sido más rápidos en países con menor cantidad de casos y muertes. Sin embargo, se estima que se ha evitado un mayor número de casos y muertes entre el 2001 y 2010 en países que tuvieron las cargas más altas de malaria en 2000. Si la incidencia de la malaria y las tasas estimadas de mortalidad para el 2000 hubieran permanecido sin cambio a lo largo de esa década, hubieran ocurrido 274 millones más de casos y 1.1 millones más de muertes entre 2001 y 2010. La mayoría de los casos prevenidos (52%) y vidas salvadas (58%) fueron en los 10 países que tuvieron las cargas estimadas de malaria más altas en 2000. Las estimaciones como estas indican que los programas de malaria están teniendo mayor impacto en sitios donde la carga por la enfermedad es más alta.
41. Hay muchas incertidumbres asociadas a cualquier método que se utilice para producir estimados de incidencia de casos de malaria y mortalidad, y en los análisis basados en estos estimados. La comunidad mundial para malaria necesita aumentar los esfuerzos para apoyar a los países endémicos para malaria en el mejoramiento de la realización de pruebas de diagnóstico, vigilancia, registro de información vital y sistemas rutinarios de información en salud, de forma que pueda obtenerse información exacta sobre la morbilidad y mortalidad por malaria.