

Eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla Española 2013



COMITÉ DE PROPUESTA EMMIE



MCR

NOMBRE	INSTITUCION
Dra. Ana Isabel Nieto Gómez	Ministerio de Salud El Salvador
Dr. José Manuel Puello	Ministerio de Salud República Dominicana
Lic. Fernando Vizcaíno	Ministerio de Salud de Panamá
Dra. Elizabeth Rodríguez	OPS El Salvador
Dr. Miguel Aragón	OPS El Salvador
Dr. Ralph Syring	Health Focus

COMITÉ EDITOR DE PROPUESTA

NOMBRE	INSTITUCION
Dra. Ana Isabel Nieto Gómez	Ministerio de Salud El Salvador
Dr. José Manuel Puello	Ministerio de Salud República Dominicana
Lic. Fernando Vizcaíno	Ministerio de Salud de Panamá
Dra. Elizabeth Rodríguez	OPS El Salvador
Lic. María Isabel Mendoza	Ministerio de Salud El Salvador
Lic. Genny Fuentes	Ministerio de Salud El Salvador
Dra. Lilian Verónica Avalos	Ministerio de Salud El Salvador
Dra. Norma Padilla	Universidad del Valle, Guatemala
Dr. Sócrates Herrera	Centro de Investigación Caucaseco
Dra. Miriam Arévalo	Centro de Investigación Caucaseco

COMITÉ EJECUTIVO

MECANISMO DE COORDINACIÓN REGIONAL

NOMBRE	SECTOR
Dra. Ana Isabel Nieto Gómez, Presidenta	Gubernamental
Dr. Ramón Jeremías Soto, Vicepresidente	Organizaciones Basadas en la Fe
Dr. Aurelio Núñez, Secretario	Gubernamental
Dr. José Manuel Puello, Coordinador Malaria	Gubernamental

RECEPTOR PRINCIPAL

NOMBRE	SECTOR
Population Services International, PSI	No Gubernamental

EQUIPO TÉCNICOS QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACIÓN DE LA NOTA CONCEPTUAL

NOMBRE	SECTOR
Lic. Zoraida Morales Monroy	Ministerio de Salud de Guatemala
Dr. Edgar Huertas	Ministerio de Salud de Guatemala
Sr. Kim Bautista	Ministerio de Salud de Belize
Dr. Engels Illich Banegas	Ministerio de Salud de Honduras
Dra. Ana Isabel Nieto Gómez	Ministerio de Salud de El Salvador
Dra. Jaime Enrique Alemán	Ministerio de Salud de El Salvador
Lic. María Isabel Mendoza	Ministerio de Salud de El Salvador
Dr. Edmundo Sánchez	Ministerio de Salud de Nicaragua
Dra. Celestina Padilla Wanky	Vicealcaldesa de Waspan, Nicaragua
Dra. Naxalia Zamora	Red Nicasalud, Nicaragua
Dr. José Luis Garcés	Ministerio de Salud de Costa Rica
Dr. Rodrigo Marín	Ministerio de Salud de Costa Rica
Lic. Fernando Vizcaíno	Ministerio de Salud de Panamá
Dr. José Manuel Puello	Ministerio de Salud de República Dominicana
Lic. José Enrique Rojas	Ministerio de Salud de República Dominicana
Dra. Keyla Ureña	Ministerio de Salud de República Dominicana
Dr. Rafael Rodríguez	Ministerio de Salud de República Dominicana
Ing. Ángel Solís	Ministerio de Salud de República Dominicana
Sr. José Vicente Ruiz	Sociedad Civil República Dominicana
Padre Guillermo José Perdomo	Sociedad Civil República Dominicana
Dr. Brunel Delonnay	Ministerio de Salud de Haití
Dr. Jules Grand-Pierre	Ministerio de Salud de Haití
Dr. Arnaud Le Menach	CHAI
Sr. Robert Brinckman	CHAI
Dra. Pamela Faura	PSI México
Dra. Catalina Jermann	PSI Colombia

CONSULTORES QUE ACOMPAÑARON EL PROCESO

NOMBRE	ROL
Dra. María Paz Ade	Área Programática
Dra. Monique Perret	Área Programática
Dr. Fernando Llanos	Área Programática
Dr. Parbhjot Singh	Área Programática
Dr. Arturo Sánchez	Área Programática
Ing. José Rubén Gómez	Área Programática
Dra. Dina Soza Espinoza	Área Financiera

COLABORADORES TÉCNICOS Y LOGÍSTICO

NOMBRE	ORGANIZACIÓN
Dra. Rosibel Cruz	Health Focus, MCR
Lic. Aída Palomo	Health Focus, MCR
Arq. Verónica Durán de Gálvez	Health Focus, MCR
Ing. Alicia Guidos	Health Focus
William Morales	Health Focus
Verónica López de Piche	Health Focus
Kenny Romero	OPS El Salvador
Dra. Luz Mercedes Rivera	Ministerio de Salud República Dominicana
Lic. Orfa González	Ministerio de Salud República Dominicana

APOYO FINANCIERO PARA LA ASISTENCIA TÉCNICA DE LA NOTA CONCEPTUAL

Health Focus / GIZ

OPS – OMS

Nota conceptual para los solicitantes de la fase temprana a nivel regional:

Mecanismo de Coordinación Regional

Esta versión regional de la herramienta de la nota conceptual debe completarse por parte de los solicitantes de la primera fase de los Mecanismos de Coordinación Regional (MCR) invitados a solicitar financiamiento del Fondo Mundial en 2013 durante la transición al nuevo modelo de financiamiento. Para obtener más información acerca de cómo rellenar esta herramienta, consulte las instrucciones de la nota conceptual para solicitantes regionales.

La solicitud de financiamiento detalla la solicitud de recursos al Fondo Mundial por parte del solicitante para una enfermedad (y/o para el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud) para el siguiente período de tres años. Haciendo referencia, según corresponda, a las secciones pertinentes de los planes estratégicos regionales y nacionales, así como a cualquier otra documentación apropiada, la solicitud de financiamiento permite que el solicitante articule una solicitud de financiamiento ambiciosa y estratégica que logrará e máximo impacto.

Las secciones de la nota conceptual son:

Sección 1: **Resumen** general acerca de la solicitud

Sección 2: Proceso de elaboración de la **solicitud y cumplimiento de los requisitos** de elegibilidad

Sección 3: Descripción de la **situación epidemiológica regional** y de cómo funcionan los planes estratégicos regionales en el contexto de la enfermedad en la región Sección 4: Solicitud de **financiamiento, incluido un análisis de las brechas** programáticas, descripción del presupuesto y fundamento y enfoque de los requisitos de la solicitud de financiamiento

Sección 5: Acuerdos de implementación, incluidos los estándares mínimos del receptor principal (RP)

Sección 6: Lista de **abreviaturas y acrónimos**, y lista de anexos

Este formulario de la nota conceptual se ha diseñado específicamente para los solicitantes de la primera fase de los MCR. No constituye el formulario final que se utilizará para el despliegue completo del nuevo modelo de financiamiento y se revisará para reflejar las opiniones recibidas durante la fase de transición.

SECCIÓN 1: RESUMEN GENERAL

1.1 Información del solicitante			
Mecanismo de Coordinación Regional	MCR		
Componente	Malaria		
Fecha de inicio de la solicitud de financiamiento	01/01/2014	Fecha de finalización de la solicitud de financiamiento	31/12/2016

1.2 Países incluidos en la solicitud de financiamiento del Mecanismo de Coordinación Regional

Países	Nivel de ingresos (según la lista de elegibilidad del Fondo Mundial de 2013)	Carga de morbilidad (según la lista de elegibilidad del Fondo Mundial de 2013)
Belice	Índice Medio Bajo Superior	Moderada
Costa Rica	Índice Medio Alto	Moderada
El Salvador	Índice Medio Bajo Superior	Baja
Guatemala	Índice Medio Bajo Superior	Moderada
Haití	Índice Bajo	Moderada
Honduras	Índice Medio Bajo Inferior	Moderada
Nicaragua	Índice Medio Bajo Inferior	Moderada
Panamá	Índice Medio Alto	Baja
República Dominicana	Índice Medio Alto	Baja

1.3 Presupuesto Resumido

Moneda de Solicitud de Financiamiento	Dolares		
	A= Solicitud de Financiamiento Indicativo	B= Solicitud de financiamiento por encima del monto Indicativo**	A+B= Total por Año
Introduzca las fechas de los años de vigencia			
2014	1,842,026.00	0	1,842,026.00
2015	681,311.00	567,358.00	1,248,669.00
2016	7,676,663.00	117,358.00	7,794,021.00
Total	10,200,000.00	684,716.00	10,884,716.00

SECCIÓN 2: REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD Y FINANCIAMIENTO DE DOBLE VÍA

Dos de los seis requisitos de elegibilidad del MCR se relacionan con la elaboración de la solicitud y los procesos de selección de los receptores principales (RP). Estos serán evaluados como parte de la solicitud de financiamiento:

Requisito 1: proceso de elaboración de la solicitud de financiamiento

Requisito 2: proceso de selección del receptor o receptores principales

Para cada requisito, los solicitantes deben facilitar pruebas del cumplimiento y adjuntar la documentación justificativa correspondiente. Por favor crear una lista con estos documentos en la pestaña correspondiente del Anexo 1 y firmar en la pestaña del formulario de los miembros del MCR.

2.1 Proceso de elaboración de la solicitud de financiamiento (Requisito 1)

Describa:

El proceso transparente y documentado utilizado por el MCR para la elaboración de la solicitud de financiamiento, el cual involucra un amplio abanico de partes interesadas, sean o no miembros del MCR.

Las iniciativas para involucrar activamente a la población clave, así como a las poblaciones en mayor riesgo, durante el diálogo de país y la elaboración de la solicitud de financiamiento.

Proceso para la elaboración de la solicitud

Con fecha 28 de febrero de 2013, el Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la malaria, remitió al Mecanismo de Coordinación Regional (MCR), invitación para participar en una Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE) en su Fase Temprana de su Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF) (**Anexo 2.1.a**). En ese momento, la Presidencia Pro Tempore del Consejo de Ministros de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA), con sede en Costa Rica, asumió la responsabilidad de hacer partícipe de la iniciativa y del esfuerzo, a todos los países miembros del MCR. En marzo del mismo año, en la primera reunión ordinaria del MCR, en Costa Rica, se tuvo una fono conferencia con el Jefe Regional para América Latina y el Caribe del Fondo Mundial, Silvio Martinelli (**Anexo 2.1.b y 2.1.c**), quien informó del NMF que desarrollará el Fondo Mundial y la posibilidad de trabajar en una iniciativa regional, enfatizando el rol de los mecanismos de coordinación, en torno a la presentación de la Nota Conceptual, así como asegurar la eficiencia en el uso de los recursos y la selección del receptor principal (RP).

A través de fono conferencias y correos electrónicos, el Fondo Mundial, OPS-OMS y el MCR, comenzaron a analizar los mecanismos para la formulación de la Nota Conceptual e identificar la información clave para sustentar la solicitud (**Anexo 2.1.d**). Uno de los primeros pasos fue conformar un equipo asesor de OPS-OMS para realizar el diagnóstico situacional de malaria de Centroamérica y la Isla La Española, el cual fue levantado entre el 13 de mayo y el 12 junio de 2013. Este diagnóstico fue presentado en la reunión de Costa Rica del 24 al 26 de junio (**Anexo 2.1.e**), el que fue convocado por el FM, teniendo como invitados, a todos los presidentes de los MCPs, jefes de programas de malaria o control de vectores de todos los países de Mesoamérica y la Isla La Española, Organizaciones Comunitarias, Instituciones y Agencias de Cooperación (**Anexo**

2.1.f) quienes dialogaron sobre diferentes temas a considerar para la eliminación de la malaria y sentaron bases para la definición de las estrategias regionales. En la XXXVIII Reunión Ordinaria de COMISCA, la presidenta *pro tempore*, Dra. Daysi María Corrales, presentó a los ministros la propuesta de una Declaración Ministerial para la eliminación de la malaria (**Anexo 2.1.g**), la cual fue aprobada por los asistentes. En la Declaratoria se da mandato al MCR para que elabore la Nota Conceptual y le den seguimiento a su implementación. El COMISCA emitió el Acuerdo de ampliar el mandato del MCR a tuberculosis y malaria (**Anexo 2.1.h**).

Posteriormente se conformó un equipo de trabajo integrado por los Puntos Focales designados por los ministros, consultores y el MCR, quienes establecieron una serie de reuniones de trabajo presencial y virtual (**Anexo 2.1.i**) y así cumplir con la fecha de presentación del primer avance de la Nota Conceptual, el 22 de julio 2013. (**Anexo 2.1.j**). El Equipo consultor realizó visitas a cada uno de los países involucrados, a fin de acompañar a los jefes de programa de malaria en la recopilación de información nacional y el involucramiento de organizaciones de la sociedad civil en el tema. Se efectuaron diálogos en Costa Rica, República Dominicana y El Salvador (**Anexo 2.1.k**). Desde el inicio del proceso se ha contado con el acompañamiento del equipo regional del Fondo Mundial, quienes han orientado al equipo conductor de EMMIE. Los jefes de malaria de Centroamérica, República Dominicana y Haití, participaron en la sesión ordinaria del MCR en San Salvador, del 12 al 15 de agosto, donde acordaron el reglamento interno para la incorporación de malaria y tuberculosis y además, fortalecer las líneas estratégicas de la iniciativa y eligieron al coordinador del grupo de malaria, siendo electo el Dr. José Manuel Puello, de República Dominicana. Como parte del proceso de acompañamiento del FM, se ha tenido la oportunidad de retroalimentación del Panel de Revisión Técnica (PRT), este remitió sus observaciones al equipo conductor, utilizándose este insumo para el diálogo multipaís desarrollado en San Salvador, del 2 al 4 de septiembre.

Iniciativas para involucrar a la población clave

En todo el proceso, se ha contado con la participación activa de organizaciones de la sociedad civil de las áreas más afectadas por la malaria en la subregión (zona de la Mosquitia, zonas interfronterizas de Haití y República Dominicana). Como parte del procedimiento se realizaron encuentros virtuales, consultas telefónicas, así como múltiples reuniones de trabajo tanto del equipo, como con socios comprometidos en esta acción como la OPS/OMS, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Instituto ISGlobal de Barcelona, la Clinton Health Access Initiative de Estados Unidos (EU), el Centro Carter de EU y Caucesco de Colombia. Luego de la finalización del diálogo multipaís en El Salvador, el equipo conductor, con el apoyo de socios estratégicos, escribió la propuesta que ahora se presenta.

2.2 Proceso de designación y selección de los receptores principales – RP (Requisito 2)

Describa:

El proceso y los criterios, transparentes y documentados, que se han seguido para designar a los nuevos receptores principales o a los que continuarán con su labor.

El modo en que se han manejado los posibles conflictos de intereses que han podido incidir en el proceso de designación de los receptores principales.

Procesos y criterios para designación del RP

Para la ejecución de la subvención de malaria, actualmente en proceso de elaboración, revisión y aprobación, el Fondo Mundial, requiere que los criterios y procesos de selección del RP, sean transparentes y documentados. A efecto de cumplir la condición, el MCR elaboró los términos de referencia en coordinación con el FM (Anexo 2.2.a y Anexo 2.2.a1) tomando como condición inicial lo establecido en el capítulo III, Artículo 23 de las directrices y requisitos para los MCP (Anexo 2.2.b). Con el fin de garantizar una oferta amplia, se procedió a publicar el aviso en tres sitios web: a) SE-COMISCA <http://www.sica.int/comisca>; b) MCR www.vihcentroamericard (Anexo 2.2.c y Anexo 2.2.d); y PASCA Guatemala www.pasca.org, así como en las de los diferentes Ministerios de Salud de la región. El anuncio estuvo en línea del 12 al 20 de junio de 2013, dado que el tiempo corto entre la definición de los Términos de Referencia y la presentación del primer borrador de la NC. Al plazo indicado, se recibieron siete propuestas (Anexo 2.2.e), que fueron analizadas en sesión Ordinaria del MCR, realizada el 26 de junio de 2013, en San José Costa Rica (Anexo 2.2.f): Population Service International, Judith Heichelhem, Guatemala; Centro de Estudios de Salud, Universidad del Valle, Norma Padilla, Guatemala; CHF International, Brian Husler, Honduras; RTI International, Robin C. Bridges, EEUU; SISCA, Ana Hazel Escrich, El Salvador; Health Focus, Manja Naumann-Hustedt, Alemania; Health Poverty Action, Karen Tompson, Nicaragua.

Los criterios de evaluación y análisis fueron examinados por el Comité de selección, el cual contó con la participación de miembros del MCR, tanto del sector gubernamental, como de sociedad civil (Anexo 2.2.f1): a) Jurídica: tiene relaciones directas con los objetivos; b) Planeación estratégica: tiene experiencia con proyectos en malaria y cuenta con procesos sistemáticos de planeación estratégica; c) RH: funcionarios con nivel profesión y experiencia relevante de mínimo 3 años, capacidad y experiencia d) Capacidad administrativa: cuenta con procesos administrativos definidos, disponibilidad de material e infraestructura adecuada, un sistema de contable legalizado; e) Capacidad financiera: elabora presupuestos anuales y experiencia de manejar proyectos en los últimos cinco años; f) Costos administrativos: costos de administración manejados por el proyecto.

Selección y manejo de potenciales conflictos de interés

Con estos criterios de evaluación se procedió a ponderar en una matriz de análisis a los 7 postulantes (Anexo 2.2.g). Es importante mencionar que 3 propuestas fueron descartadas por estar incompletas, estas fueron Health Focus, Centro de Estudios de Salud, Universidad del Valle y Health Poverty. Asimismo, al revisar el expediente de RTI, se encontró que únicamente refería experiencia en Recursos Humanos, por lo cual también fue descartada. Por lo tanto, únicamente 3 propuestas quedaron preseleccionadas como potenciales RP: PSI, CHF y SISCA. La presidenta considerando la acuciosidad con la que se debería analizar a cada uno de los potenciales RP, sugirió que cada miembro del comité de evaluación, enviara vía correo electrónico, sus propios

análisis (Anexo 2.2.h) y ella lo consolidaría en un solo informe. Con el fin de robustecer y garantizar la transparencia del proceso, se efectuaron el examen y la calificación de los potenciales RP, de manera ciega (sin nombre), utilizando una codificación con números del 1 al 7. Con relación al manejo de potencial conflicto de intereses en la selección, es importante mencionar que Health Focus, quien se postuló como potencial RP, se retiró de la reunión, en tanto se desarrollaba el punto correspondiente al análisis y proceso para la selección. El resultado final, otorgó la responsabilidad de ser RP a PSI (Anexo 2.2.i), por lo que se procedió a notificar a los participantes (Anexo 2.2.j).

2.3 Financiamiento de doble vía

El financiamiento de doble vía se refiere a un acuerdo de ejecución propuesto en el que participan receptores principales tanto del sector público como del sector privado. Si la presente solicitud no refleja un arreglo de financiamiento de doble vía, indique el motivo que sustente este hecho. No complete esta sección si la solicitud de financiamiento incluye un acuerdo de financiamiento de doble vía.

Dado que se aplicará un nuevo modelo de financiamiento donde habrá un fondo de arranque para los países que no tienen subvenciones de malaria, sólo se contará con un RP que proviene del sector privado con presencia en todos los países, para la administración de las actividades de implementación regional y los fondos de arranque. Los fondos de recompensa serán recibidos directamente por los países. Por normativas institucionales similares en cada país, las instituciones públicas no pueden administrar fondos para otros países ni para organizaciones de sociedad civil por lo que no aplican para receptor principal regional aunque si pueden ser sub-receptores de fondos.

2.4 Aval de la nota conceptual regional

(a) Para cada país incluido en la nota conceptual, adjunte una carta firmada por parte del presidente o el vicepresidente del MCP nacional que confirme el aval de esta solicitud de financiamiento regional. Incluya el nombre estos documentos en la pestaña correspondiente del Anexo 1.

(b) Para cada país incluido en la nota conceptual, adjunte las actas firmadas y fechadas de las reuniones del MCP en las que éste acordó avalar la solicitud de financiamiento enviada por la organización regional. Incluya el nombre de estos documentos en la pestaña correspondiente del Anexo 1.

(c) Indique los países incluidos en la nota conceptual donde exista un MCP en funcionamiento pero no un aval por parte del MCP y explique las razones por las que no existe dicho aval. Para estos países, describa cómo obtendrá la organización regional asistencia de los socios nacionales para ejecutar las intervenciones propuestas y abordar las dificultades operativas y legales para la ejecución del programa.

Anexo 1: Carta firmada por los países 1 PÁGINA RECOMENDADA

(d) Si alguno de los países incluidos en la solicitud de financiamiento no dispone de un MCP en funcionamiento, adjunte una carta de aval firmada de un mecanismo nacional existente. Si no se ha proporcionado aval, explique las razones para ello. Para estos países, describa cómo obtendrá la organización regional asistencia de los socios nacionales para ejecutar las intervenciones propuestas y abordar las dificultades operativas y legales para la ejecución del programa.

1 PÁGINA RECOMENDADA

SECCIÓN 3: CONTEXTO REGIONAL

3.1 Contexto de la enfermedad y los sistemas y servicios de salud

Explique la epidemiología actual y su tendencia en la región para la enfermedad correspondiente y cualquier limitación de los sistemas y servicios de salud relacionada. Haga referencia a los perfiles de desempeño e impacto (PDI) proporcionados por el Fondo Mundial y a las revisiones de programas que correspondan. Indique la concentración de la carga de morbilidad entre determinados grupos de población, edad, sexo y regiones geográficas, y los cambios recientes que haya sufrido el patrón de la enfermedad (incidencia o prevalencia).

Describa:

- a.** La situación epidemiológica y las poblaciones clave que sean epidemiológicamente importantes y cuyo acceso a la prevención y al tratamiento haya sido desproporcionadamente bajo (y en el caso del VIH y la tuberculosis, la disponibilidad de servicios de atención y apoyo).
- b.** Los factores responsables de desigualdad en el acceso a los servicios destinados al tratamiento y a la prevención en la región, como las normas y las prácticas de género, la pobreza, la ubicación geográfica, los conflictos y los desastres naturales.

Situación Epidemiológica de la Malaria en Mesoamérica

El número de casos de malaria reportados en los países de la sub-región Centroamericana, que incluye Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá, se redujo a menos de 14.000 en el año 2012, continuando con la tendencia general de disminución en la última década, correspondiente a 88,1% de reducción de morbilidad en el 2012 en comparación con el año 2000. En este periodo, la disminución ha sido mayor para *P. vivax* (88,6%) que para *P. falciparum* e infecciones mixtas (79,7%). De los 7 países de la sub región, 6 ya han alcanzado el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM#6) con reducciones de más de 75% de los casos comparado con los reportados en el 2000¹, y Panamá está en camino de alcanzar la meta del ODM, en los próximos años. Sin embargo, Nicaragua y Panamá reportaron un aumento en el número de casos en 2012 en relación con el 2011, y durante 2012 y 2013 Costa Rica reportó la presencia de casos autóctonos de *P. malariae*. De otro lado, la mortalidad, en la subregión, también se redujo, reportándose 2 fallecidos por malaria en el 2011, comparado con los 5 fallecidos en 2000.²

En el 2013, como resultado de una búsqueda activa mediante la utilización de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en 4 localidades del municipio de Puerto Lempira (Honduras) se identificaron más de 200 casos de malaria en un periodo de tres semanas, de los cuales, 119 fueron por *P. falciparum* e infecciones mixtas; sin embargo, para el año 2012 en el mismo municipio se reportaron 350 casos, lo que demuestra que el probablemente el aumento de las acciones de vigilancia activa propuestas, podrían aumentar el número de casos reportados por los países.

Tres de los países: Costa Rica, El Salvador y México se encuentran actualmente en la fase de pre-eliminación: y dos de ellos reportaron menos de 20 casos autóctonos de malaria en el 2012, los 7 países restantes se encuentran en fase de control, pero algunos de estos se encuentran ya en proceso de transición a la fase de pre-eliminación. Entre 2010 y 2011 los casos reportados a nivel de municipio han disminuido en casi todos los 30 municipios con mayor carga de malaria en la sub región Mesoamérica y las áreas de alta transmisión de la malaria están focalizadas en la zonas de Escuintla en Guatemala, la Mosquitia entre Honduras y Nicaragua, en el Valle de Bajo Aguan en Honduras (área de conflicto agrario), zona sur de Honduras adyacente a noroeste de Nicaragua y en el área de Kuna Yala en Panamá.

La cloroquina sigue siendo eficaz para el tratamiento de *P. falciparum* en Centroamérica, y por tanto representa la primera línea de tratamiento en todos los países de la subregión. En un estudio realizado en Honduras en 2009 se observó una sensibilidad de 100% a la cloroquina en los aislados de *P. falciparum* obtenidos de pacientes no complicados.³ De otro lado, los países tienen la política de uso de tratamiento radical de malaria por *P. vivax*, con cloroquina administrada por tres días y primaquina por 14 días, excepto en Nicaragua, Panamá y Costa Rica que utilizan tratamientos con primaquina para *P. vivax* por periodos de 7 días. Todos los países realizan el diagnóstico parasitológico por el método de gota gruesa y adicionalmente Guatemala, Nicaragua y Honduras utilizan PDR en áreas de difícil acceso,

¹ Informe Mundial de la Malaria. Organización Mundial de la Salud, Ginebra (2012).

² Organización Panamericana de la Salud. *Interactive malaria statistics*. (2013) Disponible en <http://www.paho.org/malariastats>.

³ Torres, R. E., Banegas, E. I., Mendoza, M., Diaz, C., Bucheli, S. T., Fontecha, G. A., y Zambrano, J. O. (2013). Efficacy of Chloroquine for the Treatment of Uncomplicated Plasmodium falciparum Malaria in Honduras. *The American journal of tropical medicine and hygiene*.

además de la gota gruesa para confirmación diagnóstica.

Las poblaciones más afectadas incluyen indígenas, trabajadores del azúcar y banano, y poblaciones migrantes entre otras. En 2010 y 2011, Belice, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, reportaron que alrededor de 30-40% de casos de malaria se presentaron en niños y adolescentes menores de 15 años de edad, mientras que durante el mismo periodo, en El Salvador y Costa Rica la población económicamente productiva (15 a 49 años), fue la más afectada.

La migración intra regional no se ha estudiado en mucho detalle, pero existen evidencias que en los últimos años se han presentado movimientos de población desde Honduras y Nicaragua a El Salvador, dado el crecimiento económico del país después que terminó la guerra civil. Además, la migración de nicaragüenses bananeros inicialmente, y después de cultivadores de café y otros productos agrícolas a Costa Rica, la cual se mantiene en la actualidad también se ha estudiado y documentado.⁴ Además, Centroamérica es un punto importante de tránsito de las poblaciones centroamericanas, de suramericanas en menor proporción y de algunos países asiáticos hacia México, Estados Unidos y Canadá aumenta la vulnerabilidad de la población y el riesgo de malaria importada.

Este aumento de migraciones intrarregionales presentan desafíos como: *“...invisibilidad y discriminación que sufren estos flujos; en lo organizativo, la débil articulación social, por la desconfianza, atomización y competitividad reinante (...); y la escasa perspectiva política de la mayoría de los actores, con relación a otros ámbitos de los derechos humanos.”*⁵

Con la llegada del Huracán Mitch en Octubre de 1998 todos los países de la región se vieron afectados con inundaciones que ocasionaron un incremento en los casos de malaria, derivados del aumento en el número de criaderos de mosquitos con el consecuente aumento de la densidad de los vectores y de la transmisión de malaria.

Situación Epidemiológica de la Malaria de Haití y República Dominicana

El número de casos de malaria en Haití y República Dominicana, aumentó de 18.130 en 2000 a 33.664 casos en 2011. En años recientes, la mayoría de los casos se diagnostican en Haití o son casos importados desde Haití y diagnosticados en República Dominicana, donde se ha disminuido el número de casos reportados en los últimos años (de 2.711 en 2007 a 952 en 2012). Ninguno de los dos países ha logrado cumplir las metas del Roll Back Malaria (RBM) de 2010 ni las del ODM #6 para el año 2015. La mayor transmisión de malaria en la isla es por *P. falciparum* con casos ocasionales de *P. vivax* reportados. Los dos países tienen normatizado el tratamiento de *P. falciparum* mediante el uso de cloroquina por 3 días y una dosis única de primaquina el primer día, mientras para *P. vivax* utilizan 3 días de cloroquina y 14 días de primaquina.

⁴ Mahler, S. J. y Ugrina, D. Central America: Crossroads of the Americas. (2006). Disponible en: <http://www.migrationinformation.org/USFocus/display.cfm?ID=386>

⁵ Project Counselling Services. Mapeo de actores sociales de la migración en Mesoamérica: desafíos organizativos y oportunidades de incidencia. (2010).

En República Dominicana, existen algunos municipios que reportan baja transmisión de malaria pero la mayoría de casos de malaria se concentran en los municipios fronterizos con Haití y en 2010 y 2011 la mayor proporción de casos se reportó en población económicamente productiva (15- 49 años). En contraste, en Haití existen pocas áreas sin transmisión de la malaria. En un estudio realizado en la época de lluvias en 2010 en sudeste del país, un área con baja transmisión de la malaria, se observó gran variabilidad en la prevalencia de *P. falciparum* a algunas localidades, con fluctuaciones entre 0-34,5%.⁶ Estudios realizados en 2006 en Artibonite reportaron una prevalencia de menos de 3,5% y en 2011 a nivel nacional de menos de 0,5% (datos preliminares).⁷ A pesar que Haití reportó un total de 49.535 casos en 2009, luego del terremoto de 2010 los casos aumentaron a 84.153, acompañados de un colapso del sistema de salud. En 2011 en Haití, más del 40% de casos de malaria se reportan en niños y adolescentes menores de 15 años de edad. Los dos países usan diagnóstico microscópico para confirmación de los casos, y Haití tiene planificado implementar el uso PDR a partir de 2013.

Sistemas de Salud en Mesoamerica y la Isla Española

Entre 1985 y 1990, la subregión Mesoamericana comenzó un proceso de reformas del sector salud con el Objetivo común de garantizar acceso universal a servicios de salud privilegiando la Atención Primaria en Salud (APS). La reformulación del conjunto del sistema y la red de servicios en sus distintos niveles es un objetivo y a la vez el marco estratégico para lograr las transformaciones necesarias. Anteriormente, los sistemas de salud en Centro América se orientaron hacia la atención de estratos específicos de la población agrupados por las diferentes clases sociales, situación que produjo un fenómeno de segregación que a la vez condujo a su mayor fragmentación y afecto profundamente en su desempeño.

En todos los países de la Subregión, y en la Isla Española existe un marco legal que sustenta la organización y funcionamiento del Sistemas Nacionales de Salud; el cual ordena y regula las funciones de rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento de la salud, que son ejercidas por las Secretarías o Ministerios de Salud de la subregión, en un marco regulatorio que incide directamente en la capacidad de fiscalizar y garantizar la calidad de los Servicios de Salud y modular el financiamiento especialmente de problemas de salud colectivos. En algunas oportunidades se presenta un desempeño limitado de funciones básicas como el análisis, vigilancia de la situación de salud de la población, investigación y del control de riesgos y daños, así como de la promoción de la salud. Con relación a la atención y respuesta a problemas de salud colectivos, incluyendo a aquellos relacionados a las enfermedades transmitidas por vectores, los países de la subregión responden a situaciones diferentes de acuerdo a la organización y funcionamiento del sistema de salud. En general los programas nacionales de malaria plantean fortalezas en el funcionamiento del subsistema de vigilancia de malaria, a pesar de que transitan hacia la integración plena de sus funciones a la red de servicios de salud.

Los principales obstáculos y desafíos planteados por los sistemas y políticas de salud han limitado el

⁶ Raccurt, C. P., Cicéron, M., Dossil, R., y Boncy, J. Prevalence of Plasmodium falciparum during the rainy season (June-December) in the southeast district of Haiti. *Medecine et sante tropicales*. (2013).

⁷ Eisele, T. P., Keating, J., Bennett, A., Londono, B., Johnson, D., Lafontant, C., y Krogstad, D. J. Prevalence of Plasmodium falciparum infection in rainy season, Artibonite Valley, Haiti, 2006. *Emerging infectious diseases* (2007) 13(10), 1494.

control e impedido la eliminación de malaria en la subregión se resumen así:

1. La falta de objetivos nacionales claros que sean medibles y consistentes con un marco estratégico de malaria que favorezcan la equidad e igualdad de oportunidades de atención a población en riesgo viviendo en pobreza y sobre todo para grupos étnicos que residen en zonas de difícil acceso geográfico como: Misquitos y Tahwakas en frontera Honduras-Nicaragua, las tres comarcas de la etnia Guna (Wargandi, Madugandi y Guna Yala) en la frontera Panamá-Colombia.
2. Limitaciones propias del sistema de salud por falta de capacidad de financiamiento (presupuesto de programas o estrategia de las secretarías o ministerios de salud), así como el fraccionamiento del mismo para actividades críticas de vigilancia, prevención y control de malaria, especialmente en países con alta incidencia y focos de infección transfronterizo (Haití, Honduras, Nicaragua).
3. Población viviendo en áreas maláricas sujetas a riesgos por eventos naturales (tormentas, huracanes y terremotos), fenómenos que influyen en el nivel de transmisión estacional de malaria específicamente en la zona noreste de Honduras y Nicaragua y Sur de Guatemala en Mesoamérica y Republica Dominicana y Haití en la Isla Española.
4. Aumento de conflictos sociales en áreas maláricas que causan desplazamiento de poblaciones susceptibles y de portadores del parásito. En estas zonas del noreste de Honduras (Municipios de Villeda Morales, Wampusirpi, Brus Laguna, Puerto Lempira, Trujillo, Tocoa, La Ceiba, Roatán entre otros) y Nicaragua (Área de Bilwi) se suspenden parcial o totalmente las operaciones de control vectorial y se limita el diagnóstico y tratamiento oportuno. La respuesta a esta situación es la definición y funcionamiento de una estrategia de vigilancia y control de malaria bajo la responsabilidad de la población, en estrecha colaboración con gobiernos locales y alianza con organizaciones de sociedad civil.
5. Malaria en áreas de baja transmisión con alta receptibilidad (características eco-epidemiológicas favorables para la transmisión), con presencia de especies de Anopheles con capacidad vectorial eficiente, con transmisión esporádica de malaria y en donde las alteraciones producidas por factores climáticos, socio-económicos y demográficos aumentan la vulnerabilidad para la existencia de transmisión epidémica. Esta situación plantea la necesidad de reforzar la vigilancia en estas áreas para responder oportunamente principalmente en los focos de mayor transmisión, con énfasis en zonas fronterizas como: Honduras/Nicaragua/El Salvador, Guatemala-El Salvador, Republica Dominicana-Haití.

Otros retos planteados para superar situaciones estructurales, organizacionales y operativas débiles, toman en cuenta el marco legal diferenciado de los Sistemas de Salud en cada país, y los enfoques técnicos y operativos de las Estrategias Nacionales de Malaria de la subregión:

1. En el año 1 (2014) se aumentará la capacidad de conducción programática-técnica de los Programas Nacionales de Malaria de los países que muestran debilidad en el desempeño de funciones básicas para el control y eliminación de malaria. Los Jefes del Programa Nacional de Malaria conducirán en sus países una evaluación rápida que brinde información base para facilitar negociación y concertar con la autoridad política de salud los asuntos técnicos-operativos y financieros necesarios, entre otros: a) fortalecer la gerencia y conducción de los programas nacionales de malaria en vista a los objetivos de eliminación, b) apoyo al abordaje de una estrategia de base comunitaria con enfoque sectorial para superar la falta de recursos humanos de salud en áreas en fase de control con dificultades de acceso a servicios de salud principalmente Honduras, Nicaragua, Guatemala, Haití y Panamá.
2. En el año 2014 se habrán cumplido acciones costo-efectivas necesarias para brindar al personal

de la red de servicios de salud, comunidad y otros actores locales, el conocimiento necesario a fin de favorecer el cumplimiento de criterios y directrices de eliminación, monitorear actividades y evaluar metas en el escenario institucional y sectorial apropiado.

3. El enfoque sectorial de la EMMIE favorecerá la integración a corto plazo de los programas nacionales de malaria a la estructura nacional, regional (intermedia) y local de respuesta social a contingencias naturales en los países de la subregión que aún no agregan malaria a la agenda de los comités o foros de respuesta a efectos en la salud post desastres naturales.

La oferta de los sistemas de salud de los países de la subregión está estructurada de la siguiente manera:

- El Salvador tiene 30 hospitales públicos y 20 hospitales privados⁸, 154 equipos comunitarios de salud familiar especializados (ECOSF) y 538 unidades de salud sin laboratorio. El diagnóstico parasitológico se realiza en 184 laboratorios, con 543 licenciados en laboratorio, 106 técnicos de laboratorio y 19 microscopistas de malaria. El país tiene 292 recursos de malaria y una red de colaboradores voluntarios (Col-Vol) que cuenta con 3.246 Col-Vol.
- Panamá cuenta con 62 hospitales públicos, 8 hospitales privados⁸, 271 centros de salud y 527 puestos de salud que funcionan como unidades de notificación de malaria. Así mismo cuenta con 11 laboratorios y 17 microscopistas en la red de la malaria. . Por otro lado para las actividades de control vectorial se cuenta con 480 técnicos; la participación de la comunidad se expresa en forma de 93 promotores de salud y 4 Col-Vol.
- Guatemala tiene 45 hospitales públicos⁹, 39 hospitales privados⁸, 365 centros de salud y 4.000 puestos de salud que funcionan como unidades de notificación de malaria. Cuenta con 75 laboratorios y 28 centros periféricos de la red del diagnóstico de la malaria, con 178 microscopistas, dos por cada laboratorio y uno por cada centro periférico. La participación de la comunidad se expresa a través de 4.120 Col-Vol en todo el país. Además el país tiene 6.963 establecimientos de salud privados registrados en Departamento de Regulación y Acreditación de los Establecimientos de Salud.⁹
- Nicaragua cuenta con 33 hospitales y 27 hospitales primarios, 18 hospitales privados⁸, 150 centros de salud y 957 puestos de salud familiar y comunitaria que funcionan como unidades de notificación de malaria. Así mismo cuenta con 163 laboratorios de la red de la malaria, con 185 microscopistas. La participación de la comunidad se expresa en forma de 8.043 Col-Vol.
- Honduras cuenta con 31 hospitales públicos, 15 hospitales privados⁸, 1.506 establecimientos de salud, incluyendo centros de salud rurales que funcionan como unidades de notificación de malaria.¹⁰ Se estima que la red de la Secretaría de Salud tiene una cobertura del 60% de la población hondureña. Así mismo cuenta con 187 laboratorios de la red de la malaria, con 287

⁸ Kethlöhn, N., Martínez, C., y Arias, J. C. Los hospitales de Centroamérica. INCAE Business Review (2013) 2(7).

⁹ Ministerio de salud pública y asistencia social. Diagnostico Nacional de Salud (2012).

¹⁰ Dinaret M. Estudio de Gasto Público en Salud en Honduras, en el Marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Disponible desde: <http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/website/Honduras%20SM2015%20-%20Estudio%20Gasto%20P%C3%ABlico%20en%20Salud.pdf>

microscopistas. La participación de la comunidad se expresa en forma de 6.654 Col-Vol.

- Belice cuenta con 8 hospitales públicos, 7 hospitales privados⁸, 40 establecimientos de salud público y 744 establecimientos de salud privado.¹¹ Así mismo se cuenta con 6 laboratorios de la red de la malaria, con 126 técnicos de laboratorio con 6 microscopistas, tres de los cuales están ubicados en distritos donde hay transmisión de la malaria.
- Costa Rica cuenta con 29 hospitales públicos y 8 hospitales privados⁸, 771 puestos de visita periódica y 1.014 de Equipos Básicos de Atención Integral. La red de diagnóstico está formado por 126 laboratorios de la seguridad social y 7 laboratorios en red con el Centro Nacional de Referencia en Parasitología (INCIENSA); con al menos un profesional en microbiología por laboratorio.
- República Dominicana cuenta con 39 Hospitales provinciales, 127 hospitales municipales, 226 unidades de atención primario, 99 centros, 51 clínicas urbanas y 906 clínicas rurales que funcionan como unidades de notificación de malaria. Además, 14 entomólogos, 15 auxiliares en control vectorial, 26 supervisores y 165 evaluadores forman el parte de la equipo de control vectorial en varias niveles. La red de laboratorios está formada por 22 laboratorios incluyendo laboratorio de referencia nacional regional y con 34 microscopistas.
- Haití cuenta con 45 hospitales públicos, 62 hospitales privados, 324 centros de salud, 232 de ellos con camas y 470 puestos de salud. Se cuenta con 404 laboratorios para el diagnóstico de malaria (públicos y privados) con 1.100 microscopistas. Para actividades de control de vectores se cuenta con 56 técnicos; mientras que se evidencia la activa participación comunitaria a través de 1.750 agentes comunitarios de salud polivalentes, 350 entrenados en malaria.

A pesar de la importancia del recurso humano ya existente, la infraestructura física de salud y las redes nacionales establecidas, este recurso humano es insuficiente y requiere mayor capacitación tanto a nivel institucional como comunitario, lo que afecta la calidad de las intervenciones de prevención y de control. Adicionalmente se presentan limitaciones para la ejecución financiera en los territorios de mayor transmisión de la malaria para responder a la dispersión y ruralidad de la población, además de una limitada adaptabilidad de los métodos de intervención, de promoción y de evaluación a las diversidades étnicas y culturales en las áreas de mayor transmisibilidad de la malaria. Una descripción detallada de las fortalezas y debilidades del sistema se describen en el Anexo 3.1 **“Estructura y Funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la subregión”**

¹¹ OPS/OMS. (2010). Indicadores básicos de salud.

3.2 Fundamento para un enfoque regional

Proporcione el fundamento para un enfoque regional en relación con los objetivos de esta solicitud de financiamiento. Haga referencia a los planes estratégicos regionales o nacionales de los países incluidos en la solicitud, que se describirán en la sección 3.3.

Describa:

- a.** El valor añadido de un enfoque regional o transfronterizo para lograr más de lo que podría conseguirse a nivel nacional.
- b.** De qué manera complementa la solicitud de financiamiento al control nacional de la enfermedad y a los planes de prevención de cada país incluido en la solicitud de financiamiento, así como a cualquier plan regional pertinente.
- c.** Si la solicitud se centra en poblaciones desplazadas o remotas, cómo se llegará a estos grupos de población y cómo se beneficiarán de la solicitud de financiamiento.

La Malaria es un problema de salud pública común para los países de la subregión Mesoamericana y la Isla Española y su eliminación requiere incrementar de forma gradual y sin límite de fronteras los espacios geográficos libres de la enfermedad. El esfuerzo regional se fundamenta desde múltiples perspectivas que incluyen factores biológicos, sociales, políticos, administrativos y técnicos operativos.

Contexto biológico: En la subregión los casos de malaria son debidos a *P. vivax* y *P. falciparum*, afortunadamente aun susceptibles a la cloroquina^{12,13}. Estudios recientes indican que existe un flujo genético de las poblaciones de vectores y parásitos en la subregión favorecidos por los movimientos migratorios de la población, y si en algunas zonas de la subregión surgiera resistencia de los parásitos a los antimaláricos o resistencia de los vectores a los insecticidas¹⁴, este flujo de la población facilitarían la posibilidad que a través del flujo genético de parásitos y mosquitos dichas resistencias se dispersaran en la subregión. Un enfoque subregional permitiría que los países atiendan y brinden una respuesta conjunta.

Contexto social: La subregión está conformada por países que comparten espacios territoriales, costumbres y migración poblacional. La alta tasa de migración y movilización de personas facilitan la transmisión de la enfermedad donde el vector, el parásito y el hospedero no respetan fronteras. La malaria sigue concentrada en zonas con menos acceso geográfico y logístico en la subregión, con movimientos migratorios internos y externos, legales o ilegales, que favorecen el flujo permanente de parásitos de una zona a otra, limitando el seguimiento de los pacientes. Los esquemas de tratamientos diferentes en algunos países dificultan el control de la malaria en zonas interfronterizas y poblaciones migrantes.

El enfoque regional propuesto genera un importante valor agregado al generar una mayor eficacia de las actividades de eliminación dado que contempla la estandarización de las actividades orientadas a la vigilancia, diagnóstico, tratamiento y manejo integrado de vectores de manera articulada regionalmente, lo que permitirá afrontar de una manera más eficiente y efectiva el problema generado por la alta tasa de movilidad poblacional, entre los países de la subregión.

Contexto político: La estrategia subregional facilita espacios de decisión necesarios para fortalecer la capacidad técnica y administrativa para mejorar la conducción, gestión financiera y la implementación de las estrategias nacionales de malaria en los países. Los países de la subregión están organizados en un Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y han declarado su compromiso para impulsar intervenciones hacia la eliminación de la malaria en sus países. Además, existen acuerdos binacionales para coordinar intervenciones de control de la malaria en zonas interfronterizas que se han desarrollado entre Honduras y Nicaragua, Costa Rica y Panamá, y entre Guatemala y México, entre otros. En los planes

¹² Mejia Torres RE, et al., Efficacy of chloroquine for the treatment of uncomplicated Plasmodium falciparum malaria in Honduras. Am J Trop Med Hyg. 2013. 88(5):850

¹³ Bergonzoli G et al., Therapeutic efficacy of different antimalarial regimens in the Costa Rica-Nicaragua border region]. Rev Panam Salud Publica. (2000) (6):366-70.

¹⁴ Cáceres L, et al. Determination of the resistance to organophosphate, carbamate, and pyrethroid insecticides in Panamanian Anopheles albimanus (Diptera: Culicidae) mosquitoes]. Biomedica. (2011), 31(3):419 MS. (2010). Indicadores básicos de salud.

estratégicos de El Salvador, Nicaragua y Honduras se contempla la pre-eliminación y eliminación de la malaria. En este contexto existen ejemplos exitosos como el del control de la malaria en el municipio de Wampusirpi en Honduras, donde las intervenciones integrales han permitido al municipio reducir el número de casos de 700 casos en el 2010 a menos de 10 en 2012.¹⁵

Contexto técnico: El enfoque subregional incluirá la cooperación técnica entre países, aprovechando las fortalezas de cada uno y compartiéndolas con los que necesiten apoyo. Con base a este enfoque los países donde el diagnóstico microscópico se ha fortalecido apoyarían los esfuerzos de otros países donde las estrategias del diagnóstico son limitadas. De igual modo las experiencias de los países que han logrado disminuir sus casos de Malaria, pueden ser aplicadas para mejorar el control en los países donde persiste un alto índice de la enfermedad. Este esfuerzo subregional facilita la construcción de una agenda común de investigaciones y estrategias de control de malaria que no solo sustenta la cooperación técnica entre países sino que también alinearla a la asistencia técnica internacional a los objetivos comunes. En el marco subregional, existe además una larga historia de colaboración entre México y Centroamérica, sustentado en acuerdo político de la reunión del sector salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD)¹⁶ en la cual participa México y Haití a partir del año 2000.

La estrategia regional contempla la creación de un comité técnico, conformado por los jefes de Programas Nacionales de Malaria y un grupo *Ad Hoc* integrado por socios técnicos quienes deberán reunirse anualmente. Su función será la coordinación y armonización de metodologías técnicas, el seguimiento y evaluación del desempeño. En este sentido, se contempla la creación de una Comisión Nacional para monitorear la eliminación de la malaria en cada país como ha sido sugerido por la OMS para garantizar la ejecución de las actividades y la transparencia de los datos y logros, y una Comisión Verificadora Regional.

Estrategias Regionales de Cooperación

La subregión cuenta con extraordinaria experiencia de intervenciones regionales exitosas (interpaíses) no solo en las enfermedades inmuno prevenibles (Ej: eliminación de la poliomielitis, avances en la eliminación del sarampión y el síndrome de rubéola congénita), sino también en enfermedades transmitidas por vectores incluidas, la certificación de la interrupción de la transmisión de la enfermedad de Chagas (IPCA) por *R. prolixus* en Guatemala en el 2009, en El Salvador y Honduras en el 2010, y en Nicaragua en el 2012. Así mismo se ha interrumpido la transmisión de la Oncocercosis en Guatemala y México, encontrándose actualmente en la fase de “vigilancia epidemiológica post-tratamiento” para alcanzar la certificación de su eliminación en los próximos tres años. Un enfoque regional potenciará las experiencias exitosas que existen en la subregión. El abordaje regional proveerá una oportunidad para reorientar y estandarizar políticas y normas nacionales con miras hacia la eliminación de la enfermedad.

La estrategia regional contempla la creación de un comité técnico, conformado por los jefes de

¹⁵ Banegas E. I., Mejia R. E., Singh P., Burgos E, Aguilar J., Calderon K., Montalvan W., y Talabera M. P.. An integral intervention for malaria control in the municipality of Wampusirpi, Gracias a Dios. Poster session presented at: Research without borders. 6th Biennial NeTropica Meeting; (2012) Jul 25-27; Copan, Honduras.

¹⁶ Acuerdo 13 “16 RESCA, Honduras año 2000”

Programas Nacionales de Malaria y un grupo *Ad Hoc* integrado por socios técnicos quienes deberán reunirse anualmente. Su función será la coordinación y armonización de metodologías técnicas, el seguimiento y evaluación del desempeño. En este sentido, se contempla la creación de una comisión nacional para monitorear la eliminación de la malaria en cada país sugerido por la OMS para garantizar la ejecución de las actividades y la transparencia de los datos y logros, así mismo se contempla una Comisión Verificadora Regional.

Recientemente dentro del proyecto DDT/GEF, los países de Centroamérica y México trabajaron conjuntamente en el tema de malaria para desarrollar experiencias en áreas demostrativas con una participación de base comunitaria para el control de malaria. México ha expresado su interés en lograr la eliminación de la malaria en el sur del país, aportando a este proyecto subregional. Se han realizado reuniones inter-fronterizas con Guatemala y Belice (en agosto 2013) donde se definieron áreas de cooperación para la eliminación de la enfermedad, entre otros. Además este país ha ofrecido dentro del marco del proyecto AMI/RAVREDA para apoyar junto con el Laboratorio Regional de Malaria de Honduras, capacitar al personal de los laboratorios regionales de referencia en diagnóstico microscópico para Malaria (planificado en octubre y noviembre 2013). Las Universidades de México ofrecen cursos para manejo de vectores y desarrollar capacidades entomológicas a través de becas, para los países de Centroamérica y del Caribe (taller entomología en México en junio 2013).

De otro lado, en el marco de un proyecto orientado al establecimiento del Centro Latino Americano de Investigación en Malaria (CLAIM) que financia el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, a partir del año 2010, se iniciaron actividades de investigación operativa orientadas a brindar apoyo a los gobiernos de los diferentes países de la región (Panamá, Guatemala, Honduras y próximamente Haití) para mejorar sus programas de control y acelerar la eliminación de la malaria. Esta iniciativa no solo facilita la interacción subregional, sino la cooperación con países de Sur América como Colombia, Ecuador y Perú, así como con colaboradores técnicos y científicos de los Estados Unidos y de Europa que será de gran valor para la iniciativa. Otro ejemplo de trabajo conjunto es el del plan binacional entre Haití y República Dominicana para la eliminación de la malaria y filariasis linfática apoyado por el Centro Carter. De otro lado, existen dos planes regionales sobre la eliminación de la malaria en las regiones de Europa y en el Mediterráneo oriental que servirán como base para nuestro proyecto.

Todas estas iniciativas facilitarán el aumento de las zonas libres de malaria y gradualmente la eliminación de la malaria en la subregión. La articulación de todas ellas a través del intercambio de información, de experiencias, de lecciones aprendidas y la implementación de acciones de cooperación entre países serán claves en este logro.

Como conclusión, los esfuerzos regionales propuestos harán frente a los retos actuales a través de diferentes mecanismos como: 1) estableciendo de compromisos políticos entre los países de la subregión; 2) Definiendo estrategias para la implementación de planes y actividades conjuntas entre los mismos como: a) vigilancia de casos y notificación de casos entre países fronterizos a nivel local; b) diagnóstico rápido y tratamiento oportuno de los casos; c) establecimiento de programas de educación de la comunidad teniendo en cuenta las diferencias culturales (ej. desarrollo de material bilingüe); d) armonización de medidas de control vectorial (selección y compra del insecticidas, mosquiteros, uso de repelentes, sistema de monitoreo y sincronización de actividades de rociamiento; entre otras.

Como valor agregado adicional de este esfuerzo regional comparada con los niveles de país se encuentran: 1). Economía de escala en la compra de antimaláricos, insecticidas, mosquiteros, educación comunitaria, control de calidad en los diagnósticos, etc.; 2). Desarrollo y fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y planificación conjunta de las actividades de control y eliminación de la malaria; 3) Construcción de un sistema local transfronterizo que de valor agregado a la vigilancia y caracterización de poblaciones migrantes que permita definir factores determinantes de la transmisión local y una vigilancia operativa más efectiva (ej. de vectores, desarrollo de pruebas de susceptibilidad a insecticidas, y la replicar modelos de éxitos de participación ciudadana y civil); 4) Armonización de los sistemas de información; y 5) La socialización de experiencias aprendidas.

Viabilidad

La meta de eliminación de malaria en la Subregión de Mesoamérica y la Isla Española presenta numerosos elementos indicativos a favor de la viabilidad técnica, operativa, financiera y política aunque no se cuente con evaluaciones sistemáticas para todos los países de esta subregión. Se debe resaltar que de los diez países incluidos en la subregión siete ya han alcanzado para el año 2012 las Metas de Desarrollo del Milenio planteadas el año 2000 para el 2015, con una reducción de más de 75% de los casos de malaria, y de los otros, dos de ellos van en camino a lograrlo.

Desde el punto de vista de viabilidad técnica, según la OPS/OMS, existen históricamente dos índices que caracterizan la viabilidad de la eliminación de la malaria en un país o región: 1) la intensidad de transmisión, y 2) la tasa de casos importados. En este sentido la reducción de transmisión de la malaria en la última década en la subregión Mesoamericana y la baja incidencia alcanzada en países como Costa Rica y El Salvador representan factores favorables para la viabilidad.

En términos de viabilidad operativa la Subregión se ubica en categorías (ranking) de viabilidad intermedia¹⁷. La sub-región se ubica en esta categoría en gran medida por el desarrollo económico en la mayoría de países y al mejor estado de salud de la población producto de innovadoras iniciativas que influyen en el acceso a servicios de salud mejorados. Como producto del creciente desarrollo económico, los riesgos por malaria disminuyen y por ende su transmisión.

Desde el punto de vista de viabilidad política, la sub región presenta una estabilidad política caracterizada por gobiernos democráticamente electos en los últimos 25 años; han disminuido considerablemente riesgos por conflictos internos, y no se avizoran amenazas en un futuro cercano. El COMISCA en representación de los países de la subregión manifestó su compromiso con los objetivos de la iniciativa con la firma en junio de 2013 de la declaratoria de eliminación de Malaria de la subregión, decisión que estimula y desarrolla la capacidad de gestión estratégica de la iniciativa. Adicionalmente, desde el punto de vista financiero, durante los últimos años, agencias internacionales como la USAID, con el apoyo técnico de CDC, MSH, USP y OPS vienen apoyando desde el 2008 a todos los países de Centroamérica y la isla de la Española a través de la iniciativa AMI/RAVREDA para apoyar las actividades de vigilancia, prevención y control de la malaria.

¹⁷ Lancet 2010; 376:376

Igualmente la Fundación Carlos Slim, Carter Center, Agencia de Cooperación Española trabajaron juntos en la formulación de la iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), la cual definió prioridades de salud de interés regional, incluyendo un componente de malaria a trabajarse en el área fronteriza de la Mosquitia entre Honduras y Nicaragua. Si bien la iniciativa SM2015 no progreso como se esperaba, el compromiso de las agencias financieras representa alternativas y agrega valor adicional a la responsabilidad de este programa. Todo este entorno genera condiciones favorables para el fortalecimiento del Sistema de Salud Pública incluida la iniciativa de establecimiento del Instituto Mesoamericano de Salud Pública, que podría colaborar en los procesos de educación en todos los niveles, pero particularmente en la formación del recurso humano requerido en esta iniciativa, así como en la articulación de la agenda de investigación para la eliminación (investigación operativa).

A pesar de todos estos factores favorables, es importante resaltar que globalmente se ha considerado que la eliminación de *P. vivax*, el parásito prevalente en la región, es menos factible dado el desarrollo de hipnozoitos y recaídas periódicas, de las cuales se desconocen la frecuencia, su periodicidad y posible variabilidad geográfica, et. Esto implica un reto significativo por la necesidad de identificar reservorios y la utilización de métodos alternativos de diagnóstico como las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR), o las técnicas moleculares y probablemente un uso más masivo de tratamientos con primaquina. Para este último ya hay países realizando estudios de deficiencia de G6PD para conocer la prevalencia de esta. Adicionalmente, algunas de las regiones más endémicas, Ej. La Mosquitia (Honduras/Nicaragua) posee acceso geográfico y logístico limitado lo que generará una evidente mayor dificultad.

Actualmente, el Clinton Health Access Initiative (CHAI) está trabajando junto con la OMS para el desarrollo de una herramienta para estimar el costo de eliminación de la malaria, y el NIH financia investigación orientada a la eliminación en varios países de la región a través de un Centro de Excelencia de Investigación en Malaria (ICEMR). Sin embargo, se reafirma que la viabilidad real de la eliminación de malaria en la subregión, solo se podrá estimar de manera confiable, a través de evaluación sistemática, analizando el avance del programa en sus etapas iniciales y los posibles obstáculos a la misma, para lo cual se requiere el desarrollo de investigación operativa sistemática en factores que permitan un estimado razonable de su factibilidad.

3.3 Planes estratégicos regionales y su ejecución

Haga referencia a los documentos de los planes estratégicos correspondientes (e inclúyalos en la sección 6.2 como anexos) y resuma los elementos clave relacionados con esta solicitud para abordar el contexto regional descrito en la sección 3.1.

En la respuesta, describa:

- a. Los objetivos, las metas y las áreas programáticas prioritarias de dichos planes, incluido cómo estos abordan los desencadenantes de la epidemia y los retos de control de la enfermedad comunes a los países de la región.
- b. El estado de ejecución de los planes estratégicos, los principales retos que presenta la región y los esfuerzos actuales para resolverlos.
- c. Las principales conclusiones de las evaluaciones o revisiones de programa que se hayan realizado recientemente y la respuesta a las mismas, si relevante, así como cualquier revisión propuesta o necesaria durante el período de la presente solicitud de financiamiento.
- d. Las principales barreras relacionadas con los derechos humanos (incluidas aquellas relacionadas con las desigualdades de género) que pueden impedir el acceso a los servicios y sistemas sanitarios y los programas actuales que abordan estas limitaciones fundamentales.
- e. Los principales obstáculos relacionados con los sistemas comunitarios que dificultan la obtención de los resultados planificados al igual que los programas existentes que abordan estas limitaciones fundamentales.
- f. Para las solicitudes de financiamiento para la tuberculosis y el VIH, describa cómo ayudará la solicitud de financiamiento a fortalecer las actividades de colaboración en materia de tuberculosis/VIH en los países incluidos en la solicitud de financiamiento.

Actualmente en la región de las Américas existe una Estrategia y Plan de acción para la Malaria (2011-2015), el cual incluye el componente de eliminación, que servirá de marco estratégico para el desarrollo del Plan subregional. Esta iniciativa propicia el desarrollo de un Plan Estratégico Subregional con elementos estratégicos para establecimiento de lineamientos armonizados algunos ya identificados en múltiples reuniones inter país, que ayudaran a la elaboración de este plan.

Actualmente todos los países de la subregión cuentan con Planes Estratégicos Nacionales de Malaria vigentes, con la excepción de Costa Rica y Panamá que tienen planes operativos anuales, todos ellos orientados a la prevención y control de la enfermedad. El Salvador ha avanzado en disponer de un Plan Estratégico Nacional orientado hacia la eliminación, el resto de los países se encuentran en diferentes fases para la actualización de los planes con miras a la eliminación.

Los objetivos, metas e intervenciones de los Planes Estratégicos están orientados al control de la enfermedad. Por ejemplo, en el caso de Honduras el Plan Estratégico de malaria establece como meta: *“Contribuir en el control de malaria en el país con énfasis en los municipios endémicos de malaria y en las poblaciones viviendo en condiciones de vulnerabilidad ante la reintroducción e*

*introducción de la malaria que afecta el desarrollo humano en especial en poblaciones en condiciones de pobreza.*¹⁸ Nicaragua contempla en su plan estratégico 2009-2013 que “A fines de 2013, los casos de malaria confirmados por laboratorio y registrados en los centros de salud se han reducido a menos de 25.”¹⁹ Así mismo Haití tiene como propósito “Obtenir l’éradication de la malaria à l’horizon 2020” (Obtener la erradicación [sic] de la malaria en 2020), las acciones e intervenciones programadas no reflejan una estrategia hacia la eliminación de la enfermedad.²⁰ Así mismo también se cuenta con el Plan Estratégico Mesoamericano de la COMISCA sobre malaria el cual se focaliza en el control de la enfermedad.²¹

Evaluaciones y revisiones recientes

El programa regional de malaria de OPS/OMS ha realizado evaluaciones de los programas nacionales de malaria en varios países de la subregión: Costa Rica y Panamá en 2010, El Salvador en 2011 y Guatemala en 2012-2013. (**Ver Anexo 3.3.1, Evaluación programa por país**) encontrando que en los países evaluados las estrategias están orientadas hacia el control de la malaria más que a la eliminación. Dentro de los hallazgos clave mencionan que algunos países no cumplen las recomendaciones de OPS/OMS con respecto al tratamiento de *P. vivax*. No se aplica en forma rutinaria la vigilancia entomológica de la fase adulta del vector y se usa rociamiento residual intra domiciliar y nebulizaciones espaciales para el control de la fase adulta del vector como respuesta a los brotes. Adicionalmente, se realiza lucha anti-larvaria con bio-larvicidas para el control de la fase acuática del vector. La detección de casos se basa habitualmente en búsqueda pasiva mientras que se realiza búsqueda activa como una respuesta ante brotes de la enfermedad. Los países no cuentan con datos actualizados de los focos activos de transmisión de malaria. Se hace control de calidad del diagnóstico parasitológico en forma directa (100% de láminas positivas y un porcentaje de las negativas).

La OPS/OMS sugiere criterios de mayor importancia para pre-eliminación y otros criterios que los países deben cumplir para pasar de fase de control a fase de pre-eliminación.^{22,23} Se utilizaron instrumentos basados en estos documentos para realizar una evaluación rápida de los programas nacionales de Belice, Honduras y Nicaragua en 2013. Esta evaluación rápida, evaluaciones anteriores, informes anuales de OPS/OMS y visitas a los países han sido utilizados para presentar

¹⁸ Programa Nacional de Prevención de Control de Malaria. Plan estratégico de la prevención y control de la malaria en Honduras, 2012-2015. Secretaría de Salud de Honduras (2012).

¹⁹ Fajardo, R. , Gaitán, A. L. , Gurdíán, M. , y Román, M. Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Malaria 2009-2013. Mecanismo Coordinador de País-Nicaragua (2009).

²⁰ Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National de Lutte Contre la Malaria 2009-2013- Révisé avec Extension a 2015. République d’Haiti (2012).

²¹ Rodríguez, Mario Henry, y Ángel Francisco Betanzos-Reyes. "Plan de mejoramiento del control de la malaria hacia su eliminación en Mesoamérica." *salud pública de méxico* 53 (2011): s333-s348.

²² Organización Mundial de la Salud. “Informe Mundial de la Malaria-2012” OMS (2012).

²³ Organización Panamericana de la Salud. “Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación.” OPS/OMS (2011).

los hallazgos en las tablas siguientes:

Cumplimiento de criterios por país- Mesoamérica

Criterios	Temas	Requeridos para alcanzar la fase de pre-eliminación	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	México (sur)	Nicaragua	Panamá
Mayores	Situación de la Malaria	ILP < 5% en casos sospechosos durante el año	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
		Número de casos manejable: no más de 5 casos por 1000 habitantes por año en el municipio más afectado	Sí	Sí	Sí	NO	NO	Sí	NO	NO
	Tratamiento y Diagnóstico	Todos los casos confirmado por microscopia, tanto en sector privado como en sector publico	NO	Sí	NO	NO	NO	Sí?	NO	NO
		Sistema de aseguramiento de calidad de microscopia se ha instalado	EP	EP	EP	EP	EP	Sí?	EP	EP
		Política de tratamiento radical de los casos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí?	Sí	Sí
	Vigilancia, Monitoreo y Evaluación	Todos los casos de malaria diagnosticado por sector publico y privado notificados inmediatamente	Registro central de casos, vectores y focos	NO	NO	Sí?	NO	NO	Sí?	NO
Base de datos de eliminación iniciado			NO	NO	NO	NO	NO	Sí?	NO	NO
Reorientación del programa de control a eliminación			NO	NO	NO	NO	NO	Sí?	NO	NO
Otros	Meta del Programa	Reorientación del programa de control a eliminación	NO	NO	NO	NO	NO	Sí?	NO	NO
	Control vectorial y prevención	Cobertura con RIR (rociado) en focos; Manejo integrado de vectores y mosquiteros (MTILD) de manera complementaria en situaciones específicos	NO*	EP	EP	NO*	NO*	Sí?	NO*	EP
		Mobilización de recursos del país	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí?	Sí	Sí
	Sistemas de salud y financiamiento	Programa nacional de malaria esta formado por el mínimo: epidemiólogo, parasitólogo, entomólogo, especialista de laboratorio	NO	NO	Sí	Sí	NO	Sí?	NO	NO
Sistema de salud cubre todas las poblaciones incluyendo migrantes y otros poblaciones con difícil acceso		NO*	Sí	Sí	NO*	NO*	Sí?	Sí	NO*	

Sí Cumple
 Sí? Verificación del cumplimiento requerido
 EP En Proceso
 NO No cumplimiento
 NO* Cumplimiento parcial

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2013)

Cumplimiento de criterios por país- Isla de la Hispaniola

Criterios	Temas	Requeridos para alcanzar la fase de pre-eliminación	Haití	República Dominicana
Mayores	Situación de la Malaria	ILP < 5% en casos sospechosos durante el año	NO	Sí
		Número de casos manejable: no más de 5 casos por 1000 habitantes por año en el municipio más afectado	NO*	NO
	Tratamiento y Diagnóstico	Todos los casos confirmado por microscopia, tanto en sector privado como en sector publico	NO	Sí
		Sistema de aseguramiento de calidad de microscopia se ha instalado	NO	EP
		Política de tratamiento radical de los casos	Sí	Sí
	Vigilancia, Monitoreo y Evaluación	Todos los casos de malaria diagnosticado por sector publico y privado notificados inmediatamente	NO	Sí
		Registro central de casos, vectores y focos	NO	NO
Base de datos de eliminación iniciado		NO	NO	
Otros	Meta del Programa	Reorientación del programa de control a eliminación	NO	NO
	Control vectorial y prevención	Cobertura con RIR (rociado) en focos; Manejo integrado de vectores y mosquiteros (MTILD) de manera complementaria en situaciones especificos	NO*	EP
		Mobilización de recursos del país	Sí	Sí
	Sistemas de salud y financiamiento	Programa nacional de malaria esta formado por el mínimo: epidemiólogo, parasitólogo, entomólogo, especialista de laboratorio	Sí	Sí
		Sistema de salud cubre todas las poblaciones incluyendo migrantes y otros poblaciones con difícil acceso	NO*	Sí

Sí	Cumple
Sí?	Verificación del cumplimiento requerido
EP	En Proceso
NO	No cumplimiento
NO*	Cumplimiento parcial

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (2013)

En la subregión hay países, que según OPS/OMS están en fase de pre-eliminación y cumplen con los criterios establecidos. Sin embargo, necesitan mejorar por ejemplo, la calidad del diagnóstico parasitológico por gota gruesa, orientar sus intervenciones a focos identificados, desarrollar e implementar una base de datos de la eliminación, reorientar el programa y los trabajadores de salud desde control hacia la eliminación de la malaria e incluir al sector privado en la vigilancia rutinaria de la enfermedad.

Las limitaciones en el sistema de servicios generales de salud ha hecho que en todos los países de la subregión, el sistema se apoye con la participación activa y solidaria de la red de colaboradores voluntarios en acciones de diagnóstico y tratamiento, ejemplo los pueblos indígenas de Kuna Yala en Panamá, algunos grupos formados en zonas de conflicto en Honduras y poblaciones remotas de la región del atlántico de Nicaragua.

SECCION 4: SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO AL FONDO MUNDIAL

4.1: Análisis de las brechas programáticas

Las tablas de brechas programáticas presentadas en esta sección proporcionan el análisis que explica el fundamento subyacente de la solicitud de financiamiento.

- a. Para las 3 a 6 intervenciones prioritarias para las que se solicita financiamiento, complete las tablas de brechas programáticas a continuación. Las tablas describen hasta qué punto

las intervenciones clave ya son respaldadas y dónde se encuentran las brechas principales.

- b. Si alguna de estas intervenciones prioritarias es difícil de cuantificar (es decir, intervenciones que no prestan servicios), explíquelo detalladamente a continuación, incluidos los tipos de programas en vigor, las poblaciones o grupos incluidos y las fuentes de financiamiento y brechas actuales.
- c. Para comprender el panorama de financiamiento general del programa regional, describa brevemente las áreas programáticas que reciben financiamiento en la actualidad y la fuente de dicho financiamiento (nacional o de donantes). Destaque cualquier área que ya cuente con los recursos apropiados a través de otras fuentes que no se haya incluido en la solicitud al Fondo Mundial.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) ha establecido en su Plan Regional de Salud 2010 a 2015 la importancia del abordaje de malaria; se describe en su Eje 1; Fines de la integración en el componente de salud, en el Resultado 3, en la línea de acción 3.2 “Implementación de planes estratégicos regionales para la prevención y control de **Malaria**, Tuberculosis, Enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.”, en el Resultado 4, en la línea de acción 4.4 “Promoción del acceso a medicamentos en el primer nivel de atención, con énfasis en aquéllos relacionados con salud mental, VIH-Sida, TB, **Malaria** y enfermedades Crónicas”. Como una de las prioridades existentes en la sub región. El COMISCA ha establecido al Mecanismo de Coordinación Regional como el ente técnico en el abordaje del VIH y ahora de la Malaria con una participación amplia de los jefes de programas de malaria de los países de la sub región incluyendo a la isla La Española. El COMISCA ha realizado una evaluación de medio término del plan regional de salud 2010-2015 y en el ajuste del mismo integrará como prioridad el plan de eliminación sub regional de la malaria con el objetivo de armonizar los planes nacionales de los países de la sub región.

Las brechas programáticas identificadas en la subregión para la eliminación de la malaria son:

- El Plan Regional de Salud 2010-2015 de COMISCA se limita a las acciones de prevención y control, de no realizarse un giro en el plan las determinaciones y acuerdos políticos para apoyar a los países estarán limitados a las acciones de control.
- No existe un plan sub regional de eliminación de la malaria para los países; algunos de los países tienen planes estratégicos dirigidos al control.
- En los países de la subregión, el abordaje de la Malaria está diseñado para control. La transición del control hacia la eliminación implica un seguimiento mucho más cuidadoso de cada caso de malaria y la búsqueda activa de posibles nuevos casos así como casos autóctonos. Es necesario que las normativas y protocolos de investigación de casos y focos estén orientados a la eliminación bajo estándares internacionales.
- La dispersión de las comunidades, características socioculturales de las poblaciones indígenas y ausencia de mecanismos para coordinar intervenciones regionales son condiciones que limitan la implementación de intervenciones hacia la eliminación.
- Se cuenta con limitados recursos humanos capacitados en tratamiento, prevención y control. Se hace necesario desarrollar habilidades y capacidades a los recursos existentes en la eliminación de la malaria, así como también incrementar el personal para la vigilancia sistemática de controles de focos e investigaciones operativas.
- Los sistemas de vigilancia epidemiológica de la malaria no tienen incorporados las

variables, indicadores y metas que proporcionen a los países evidencias del logro de las actividades de aceleración en la eliminación de la malaria.

- Los estudios e investigaciones son limitados para comprender la dimensión de los determinantes y conductas poblacionales ante la enfermedad de la malaria. De no realizarse este proceso, el impacto de las intervenciones se verá limitada en las escasas estrategias efectivas dirigidas a poblaciones meta.
- Escasa integración de la sociedad civil y poblaciones afectadas para incidir en el cambio de comportamiento y en la educación en salud. La intervención y participación de la población es clave para impulsar acciones de promoción, prevención, adherencia y contraloría social, de no contar con la participación activa, los servicios de salud y comunitarios difícilmente alcanzarán las metas propuestas.

A partir de estos antecedentes, los países de la sub región se proponen desarrollar cinco estrategias de carácter transversal a fin de reducir las brechas entre lo que se necesita urgentemente y aquello de lo que se dispone para alcanzar para la eliminación.

1. La reorientación de los programas de control a estrategias de pre-eliminación y eliminación de la malaria en la subregión.
2. La armonización de planes, manuales, guías, normas y planes estratégicos costeados para la eliminación.
3. La vigilancia epidemiológica dirigida al abordaje de control de los focos según los criterios de la OPS/OMS.
4. Estrategia de comunicación social y participación comunitaria (comunidades y sociedad civil) dirigida a la pre-eliminación y eliminación de la Malaria en los países.
5. Estudios e investigaciones operativas para la orientación y agilización de la implementación de las estrategias de eliminación en la subregión. **(Anexo 4.1, Estrategias Transversales para los países de la Región)**

Los esfuerzos integrales y continuados de la subregión y de los socios han aumentado su apoyo financiero a los países, en el reporte mundial de Malaria 2012 de la OMS se presenta un aporte financiero para el 2011 según datos reportados por los países de US\$44 millones, de los cuales el 80.9% provienen de fondos públicos, un 18.8% por el Fondo Mundial con subvenciones a 4 países (Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, no se cuenta con datos de Haití) y el 0.4% por otros donantes. Los programas nacionales reciben apoyo financiero de los Ministerios de Salud, dirigidos a la contratación de recursos humanos, tratamiento y actividades de rociado; en muchos países el presupuesto no es específico para la malaria, excepto Honduras y Haití.

En el marco del diálogo multipaís los países iniciaron un ejercicio para cuantificar los recursos necesarios para acelerar la eliminación de la malaria, este ejercicio se espera finalizar en el segundo año del proyecto, apoyándose en la elaboración de los planes estratégicos nacionales y su costeo.

Guatemala, Honduras, Haití, Nicaragua y República Dominicana poseen subvenciones financiadas por el Fondo Mundial que concluyen en Septiembre y Diciembre 2014 (República Dominicana y Honduras), Septiembre y Diciembre 2015 (Nicaragua y Haití), y Diciembre 2016 (Guatemala). Sin embargo El Salvador, Costa Rica, Panamá, Belice y República Dominicana y Haití tendrán acceso a un fondo para que arranquen el proyecto con miras a la eliminación de la enfermedad. Es preciso señalar que los países que poseen financiamiento del Fondo Mundial realizarán reprogramaciones para reorientar sus recursos financieros y programáticos encaminados a la eliminación de la

4.2 Resumen de la solicitud de financiamiento

enfermedad.

Para reflejar la expresión de necesidad total del programa regional, los solicitantes pueden presentar una solicitud de financiamiento "por encima del monto indicativo" asignada a esta iniciativa regional por el Fondo Mundial. Aquellos elementos considerados apropiados técnicamente para los que no hay financiamiento disponible por parte del Fondo Mundial se registrarán como "demanda de calidad no financiada". Para proporcionar un resumen de la solicitud de financiamiento completa:

- a. Describa el enfoque programático y el fundamento de la solicitud, y destaque los logros que se esperan de la inversión.
- b. Resuma el fortalecimiento de los sistemas y servicios sanitarios, los módulos y/o intervenciones transversales de fortalecimiento de los sistemas de salud de la solicitud y/o de derechos humanos, incluido cómo estos elementos abordan específicamente las barreras identificadas en el contexto del país y cómo contribuyen con los objetivos de esta solicitud de financiamiento.

Cash on Delivery for EMMIE

During a three-day workshop held in El Salvador from September 2-4, 2013, two "Cash on Delivery" models were discussed and presented. The countries decided, by a narrow majority vote, to go forward with the first structure laid out below. There is also an alternative model presented, which could be utilized (with alterations to the financial payouts) in the event that the proposed model is not deemed sufficiently regional in approach.

The grant is three years in duration. The first year is dedicated to improvement of surveillance systems, with the expectation of a significantly more accurate capture of malaria infections in each country. The number of malaria cases identified and documented during the Year 1 (2014) start-up period will serve as the baseline for Years 2 and 3 (2015 and 2016) of the grant. Countries have developed percentage reduction targets on an individual basis for Years 2 and Years 3. In the COD model, a country will be rewarded with a reimbursement for any malaria-related expenditure from the previous year. These funds are flexible, but the expectation is that they will be reinvested in the malaria or other vector control program.

MODEL 1: Individual Country Participation Towards a Common Goal

Key Attributes

- 1. All countries rally around a common goal: reduced local malaria cases**
- 2. Countries have individual targets, and are rewarded for successful completion**
- 3. To be eligible, confirmatory diagnostic testing rates must not decrease**
- 4. The main role of the recipient is to verify the annual results submitted by countries**

All countries rally around a common goal: reduced local malaria cases

This grant is focused on uniting the entire region in a campaign towards malaria elimination. The structure of this grant – using one indicator that triggers disbursements – constructs a simple and relevant goal for the entire region. As the WHO defines malaria elimination using the singular metric of zero local cases of malaria, this grant uses the same indicator as its North Star. From Haiti, which has over 24,000 cases to Costa Rica, which has 17, the finish line is the same – zero local cases.

Countries have individual targets, and are rewarded for successful completion

Each country will establish its own local malaria case reduction targets for year 2 and year 3 of the grant. They targets will be percentages, rather than actual figures because the first year of the grant will be dedicated to establishing a credible baseline by radically improving the surveillance systems. This is of particular importance for countries with weaker systems like Belize, Haiti, Guatemala, Honduras and Nicaragua.

To be eligible, confirmatory diagnostic testing rates must not decrease

In order to ensure that case loads are not decreasing because of decreased testing, as a condition to any country receiving its reward funding, it must demonstrate that its confirmatory diagnostic testing rate is either static or increasing from the year prior. This will also be in line with the strengthening of the surveillance system and expanded diagnostic network.

All malaria cases are presumed local, unless proven otherwise

This condition creates an incentive for all countries to accelerate their active case detection and properly document all malaria cases. By cataloguing all cases as local from the onset, the burden of proof lies with the country to demonstrate that any imported cases were not the result of domestic transmission. This can catalyse a rapid improvement in strength of each respective surveillance system.

The main role of the recipient is to verify the annual results submitted by countries

The Principal Recipient, Population Services International (PSI), will be responsible for verifying the annual case data that is submitted by countries. PAHO will verify the baseline case data which is reported in Year 1 (2014) and PSI will verify the case data in Year 2 and Year 3 which, if successful, triggers a reward payment. PSI is also tasked with ensuring that testing rates have increased or stayed the same and that all imported cases are documented, guaranteeing fair play amongst all countries in this initiative.

The reward payments are technically reimbursements for any government malaria expenditure in the previous year. This enables the Global Fund to pay for a malaria related expense, while the government recipient received an unbudgeted cash infusion that can be allocated for any priority (with the expectation that it be reinvested in a vector control program). Expenditures that are submitted for reimbursement must be auditable by the Global Fund.

The grant is three years, with the first year centred upon improving the surveillance system and establishing a baseline and the second and third year focused on stopping malaria transmission.

Malaria elimination requires a highly advanced surveillance system. Some of the countries in this region already have sophisticated operations like Costa Rica, El Salvador, Dominican Republic and Panama, while others need to substantially improve (Belize, Haiti, Guatemala, Honduras y Nicaragua). Although El Salvador, Costa Rica and Dominican Republic and Panama are considered countries with a better surveillance system does not mean that there is also a need for improvement.

The first year of this grant provides “start-up” funding of \$200,000 for all countries without Global Fund grants and “special reprogramming” of existing Global Fund grants to shift their surveillance systems towards malaria elimination. This is critical for the Cash on Delivery mechanism, as it will enable a credible baseline of local malaria cases to be established. The second and third years of the grant will be dedicated to decreasing the

amount of local malaria cases (while keeping testing rates the same or increasing) and the Global Fund will make disbursements to countries who are successful in achieving their targets.

Financial Payouts

The current financial payout model assumes a 60% success rate of countries to meeting their targets. If more than 60% of countries achieve their targets, the grant will not have sufficient funds to make reward payments in the second year. There are a total of 18 possible payouts during the life of the grant (9 countries x 2 years). The financial model is viable if a maximum of 11 payouts are made. There needs to be a financial contingency plan for the unlikely, but possible, event that more than 60% of countries achieve their targets. If this is not possible, then a maximum annual payout per country of \$380,000 is advisable for the first payout year (Year 2). At this level, the fund would still be solvent if all 9 countries achieved their goals both years. Any unspent grant funds during the first payout year, due to lack of performance, could be rolled into the second payout year (Year 3) to make for a larger incentive towards the end of the grant (accelerating progress).

Financial Scenarios - Model 1 - Individual Participation Towards a Common Goal			
Total Grant	10,000,000		
PR Costs	2,000,000		
Start-up Funding (5 countries, \$200k each)	1,000,000		
Remaining Funding for COD Payments	7,000,000		
Annual Reward for Successful Completion of Targets	600,000		
Year 1 Successful Countries	2	5	8
Year 1 Total Disbursements	1,200,000	3,000,000	4,800,000
Remaining Funds for Year 2	5,800,000	4,000,000	2,200,000
Year 2 Successful Countries	2	5	8
Year 2 Total Disbursements	1,200,000	3,000,000	4,800,000
Remaining Funds End of Grant	4,600,000	1,000,000	-2,600,000

This grant will go into deficit at current reward levels if more than 60% of countries are successful annually.

The table below showed the present of reduction targeted for year 2020

Metas

País	Línea de base*		Metas propuestas							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020**
Belice	79	37	75	<70	15%	25%	20%	15%	15%	0 (10%)
Costa Rica	17	8	17	<50	15%	25%	20%	15%	15%	0 (10%)
El Salvador	15	21	10	<50	20%	20%	20%	15%	15%	0 (10%)
Panamá	354	844	1649	<1400	15%	25%	20%*	15%	15%	0 (10%)

Guatemala	6817	5346	7018	<8100	20%	30%	20%*	15%	10%	0 (5%)
Honduras	7615	6430	7266	<8000	10%	15%	20%*	25%	25%	0 (5%)
Nicaragua	925	1235	1175	<1050	20%	20%	20%	20%	10%	0 (10%)
México	1124	797		Eliminación en sur del México						
Haití	32048	20468	24328	<29200	10%	20%	25%	20%	15%	0 (10%)
República Dominicana	1616	603	656	<525	20%	20%	25%	15%	10%	0 (10%)

**La suma del porcentaje hasta 2019, si es 100% implica que la meta en números absolutos es 0 casos para el año 2019 y no 2020, dando el ejemplo de Panamá. Por esta razón, se ha modificado los porcentajes para todos los países para adecuarlo.

* Estos países eliminarán el *P. falciparum* para el 2017

Las estimaciones planteadas sobre las metas han sido elaboradas en base a los datos históricos de cada país recopilados durante la última década y un análisis de regresión logística. Se estima que el número de casos en el año 2014 aumentará a consecuencia de un incremento en la búsqueda activa de casos en todos los países.

Supuestos:

1. Las metas se basan en el supuesto de no tener eventos imprevistos que influyan los esfuerzos nacionales hacia la eliminación (desastres naturales, inestabilidad social, conflictos, etc.)
2. El cumplimiento de las metas supone que las brechas programáticas y financieras deben ser cubiertas.

Objetivos:

El objetivo de largo plazo de esta iniciativa subregional es que los países logren la eliminación de los casos autóctonos de malaria para el 2020. Eso se alcanzará a través de los siguientes objetivos de mediano plazo:

1. Mejorar la prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria para la contención de brotes.
2. Promover el control Integrado de vectores (IVM).
3. Fortalecer el diagnóstico y tratamiento oportuno con calidad garantizada.
4. Mejorar la promoción y comunicación en malaria promoviendo alianzas estratégicas y colaboraciones.
5. Fortalecer los sistemas de salud; planificación estratégica, monitoreo y evaluación, investigación operativa, fortalecer las capacidades del país.

Estrategias:

En el contexto del abordaje subregional, basados en el perfil epidemiológico, los países de Centroamérica se orientarán hacia la eliminación en tres grupos: países con baja carga de enfermedad, como Belice, Costa Rica y El Salvador; países con moderada carga de enfermedad como Nicaragua y Panamá y países con alta carga de enfermedad como Guatemala y Honduras. Por razones geográficas, epidemiológicas y logísticas Haití y República Dominicana trabajarán conjuntamente como está establecido en su plan binacional. En el caso de México, por ser país de ingresos altos no accede a financiamiento del Fondo Mundial pero participa dando asistencia técnica a la subregión y compartiendo su experiencia en el impacto de la reducción de malaria en el

Sur de México.

Además, al interior de los países sus territorios se clasificarán en tres estratos.

Estrato 1: Municipios libres de malaria (mínimo 3 años previos con buena vigilancia) con o sin factores epidemiológicos de riesgo que favorecen la transmisión de malaria.

Estrato 2: Municipios con muy baja transmisión de malaria (uno o menos casos por 1,000 habitantes por año, en los últimos tres años)

Estrato 3: Municipios que no cumplen con los criterios del estrato 1 y 2

Según las guías de OPS/OMS sobre eliminación de la malaria existe una estratificación a nivel de país en base al Índice Parasitario Anual (IPA), según la cual un IPA de un caso o menos por mil habitantes se considera en fase de eliminación. (Malaria Elimination: A field manual for low and moderate endemic countries, WHO 2007) Usando la misma estrategia los países de la subregión con apoyo técnico de OPS/OMS, decidieron clasificar los municipios en base al mismo criterio para mejorar las acciones de eliminación de la malaria. (Malaria Elimination: A field manual for low and moderate endemic countries, WHO 2007).

A medida que los países avanzan, deberán modificar la clasificación de estratos a localidades y de éstas a focos (de malaria). Entendiéndose como estratos los municipios, distritos o comunas. Las localidades corresponden a las comunidades dentro de un municipio y los focos como las unidades funcionales de transmisión de la malaria.

Mejorar la prevención, vigilancia y detección temprana, y control de los brotes de malaria

En esta iniciativa subregional se fortalecerá la vigilancia de los casos de malaria a través de la búsqueda activa de casos sintomáticos y asintomáticos en áreas de riesgo establecidas de acuerdo a la estratificación citada previamente.

La búsqueda activa complementará la identificación y tratamiento de casos realizada a través de la búsqueda pasiva disminuyendo el tiempo entre inicio de los síntomas y diagnóstico, y tratamiento de la enfermedad, permitiendo además disminuir el tiempo de infectividad para un mosquito. Adicionalmente un análisis rutinario de los datos permitirá la detección oportuna de los brotes de malaria, que es uno de los pilares esenciales de esta iniciativa, permitiendo una respuesta rápida y mayor impacto en la interrupción de la transmisión.

Para este fin se fortalecerá un sistema de notificación local de la malaria en tiempo real, notificando en forma nominal la información de los casos confirmados del nivel local al nivel central de los Ministerios de Salud. En este sentido se buscará la armonización de los sistemas de notificación en toda la subregión; algunos países como El Salvador, Costa Rica y República Dominicana poseen sistemas eficientes que serían deseables en toda la región.

Se desarrollarán actividades de capacitación del personal de salud en mapeo, caracterización y abordaje integral de intervenciones de los focos, lo que permitirá la identificación y caracterización de los mismos y la vigilancia continua del estado de la transmisión a nivel de focos. En los mismos se enfatizará la clasificación de los casos (autóctonos, importados) como parte de las acciones de vigilancia, adecuando las intervenciones en miras a la eliminación. Como consecuencia de estas actividades se espera un aumento en el número de casos reportados a nivel de país y subregión.

Manejo Integrado de Vectores (MIV)

La estrategia de MIV incluye intervenciones de mayor impacto para interrumpir el contacto hombre-vector como: el rociado residual intradomiciliario y el uso de MTILD entre otros. El MVI se orientará según las guías de la OPS/OMS, mediante una estrategia interinstitucional con participación de actores claves como ministerio de agricultura, ministerio de medio ambiente, direcciones de protección civil, empresas privadas agrícolas, comunidad y proveedores locales y demás sectores involucrados. Se aumentará el uso de las intervenciones de control de vectores pertinentes según la situación de la malaria en cada área.

El uso de los insecticidas para rociamiento o mosquiteros impregnados del insecticida necesitará una vigilancia continua de la sensibilidad del vector a los insecticidas utilizados en cada uno de los países. El control de criaderos utilizando sustancias químicas, biológicas y/o intervenciones físicas con participación de la comunidad complementará otras acciones de control vectorial. El control de criaderos de mosquitos se realizará sólo en áreas donde exista transmisión.

El sistema de información de los casos se vinculará con la información sobre intervenciones de control vectorial y vigilancia entomológica a nivel de los focos.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato y adecuado de los casos de malaria será esencial. Se trabajará en el fortalecimiento del Programa que garantice la calidad del diagnóstico. Este incluye el control directo e indirecto, certificación de los microscopistas a través de lectura de paneles, capacitaciones periódicas, garantía del suministro de los equipos e insumos necesarios para el diagnóstico de la Malaria en todo el país, tanto del sector público como el sector privado. Así mismo se aumentará la cobertura del diagnóstico a través de nuevos recursos humanos entrenados y ubicados estratégicamente.

Adicionalmente, se aumentará el acceso al diagnóstico usando las pruebas de diagnóstico rápido en áreas de difícil acceso geográfico y logístico y/o para el control de brotes. El uso de PDR, también será incluido en el sistema de control de calidad.

Se promoverá el uso de pruebas moleculares (PCR, LAMP, etc.) en forma estratégica, en áreas con baja o nula transmisión de malaria (Estratos 1 y 2) para detectar los últimos casos y certificar la eliminación de la transmisión de la malaria.

Diagnóstico:

En relación al diagnóstico de Malaria el Gold Estándar para la subregión Mesoamérica e Isla Española sigue siendo la gota gruesa a través del método de tinción de Giemsa. De los 10 países miembros, 8 utilizan la tinción de Giemsa mientras que República Dominicana y Costa Rica utilizan Romanowsky. Es preciso señalar que el proceso de abordaje regionalizado permitirá que los países que usan Romanowsky se trasladaran a la tinción de Giemsa.

A pesar que se ha diseminado en la subregión el uso de pruebas de diagnóstico rápido (PDR), estas se implementan y delimitan su uso para áreas postergadas, de difícil acceso y alta incidencia de Malaria donde no hay posibilidades de energía eléctrica y para el efecto se han desarrollado manuales, normas, guías, que estandarizan su uso.

En cuanto al PCR (Reacción en cadena de polimerasa) queda restringido para regiones de baja incidencia donde la confirmación del caso por un método adicional es necesaria.

El proceso de fortalecimiento en el diagnóstico conlleva a la homologación de las normas; estándares de calidad, control de calidad, intercambio de experiencias, capacitación inter países y fortalecimiento y ampliación de la red de diagnóstico en áreas fronterizas de alto riesgo y transmisión

Tratamiento:

En la Región Mesoamericana y Española, desde 1953 el tratamiento de primera línea para *P. vivax* y *P. falciparum* que se ha estado utilizando hasta la actualidad es la cloro quina y prima quina. (25 mg por Kg de peso distribuido en tres días; 0.25 mg por kg de peso, por día para 14 días ó 0.5 por kg de peso por 7 días) Los esquemas de tratamiento se muestran en la tabla N°1.

Tabla N°1: Tratamiento de Primera Línea para la Malaria en la subregión de Mesoamérica y la Isla Española según normas nacionales

País	<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>
Belice	CQ + PQ (1 día)	CQ + PQ (14 días)
Costa Rica	CQ + PQ	CQ + PQ (7 y 14 días)
El Salvador	CQ + PQ (1 día)	CQ + PQ (14 días)
Guatemala	CQ + PQ (3 días)	CQ + PQ (14 días)
Haití	CQ + PQ (1 día)	CQ + PQ (14 días)
Honduras	CQ + PQ (1 día)	CQ + PQ (14 días)
México *	CQ + PQ	CQ + PQ
Nicaragua	CQ + PQ (1 día)	CQ + PQ (7 días)
Panamá	Artemether+ lumefantrine (3 días)	CQ + PQ (7 y 14 días)
República Dominicana	CQ + PQ (3 días)	CQ + PQ (14 días)

*Cloroquina, la dosis ideal está distribuido en tres días para todos los países y ambas especies de Malaria

La dosificación para tratamiento de *P. falciparum* en adultos es de 3 días de primaquina a razón de 15 mgs ó 1 día de tratamiento con primaquina a razón de 45 mgs.

La dosificación para *P. vivax* para adultos es de 3 días de primaquina a razón de 0.25mg por Kg de peso/ día por 14 días ó 0.5 mgs por kilogramo peso día durante 14 días de primaquina

A pesar de que las normas de malaria de los países no recomiendan el uso del tratamiento presuntivo, este sigue siendo utilizado en algunas zonas de los países principalmente por problemas de accesibilidad oportuna en el diagnóstico.

Únicamente Belice tiene en su norma vigente un día de tratamiento, sin embargo esta en el proceso de actualizar las mismas en base a los lineamientos de la OMS y OPS. Directrices para el tratamiento de la malaria, OPS 2° edición, año 2011. ¹

Según estudios realizados dentro del grupo de las hemoglobinopatías, los problemas asociados a la hemoglobina S y C y trastornos afines a la deficiencia enzimática de la deshidrogenasa de glucosa- 6-fosfato en la región demuestran una baja prevalencia limitado a individuos de descendencia negra de extracción africana²⁴ por lo que el bajo riesgo (casi nulo) justifica su uso en forma amplia y masiva.

Los mapas presentados a continuación reflejan que entre 1989 y 2012 el comportamiento asociado a hemoglobina S y C no presentan cambios significativos para esta afección en la población estudiada.^{4,5} (figura 1 y 2)

Figura N° 1: Mapa Mundial, OMS-1989

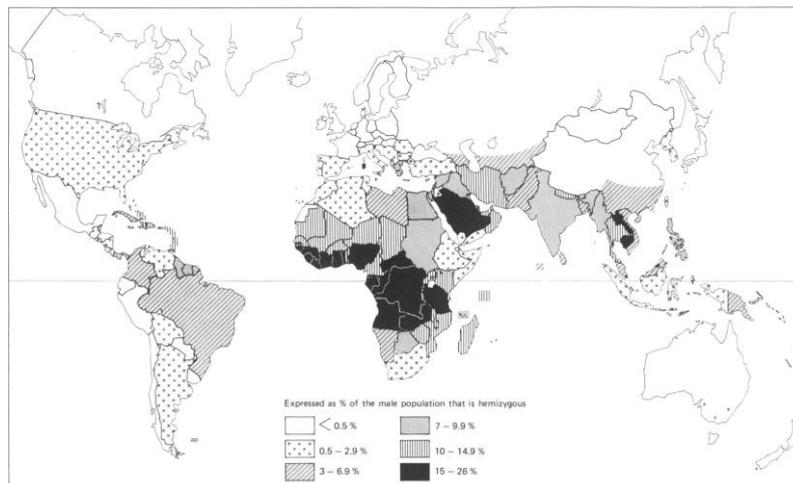
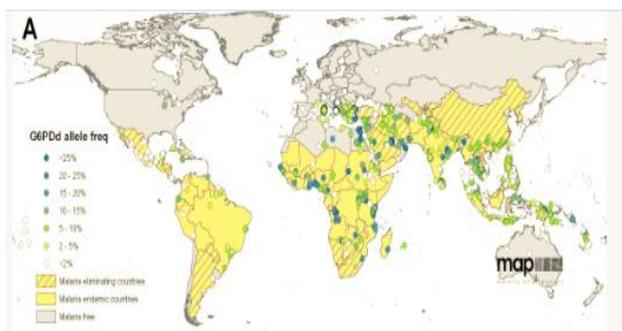


Figura N° 2: Mapa Mundial de 2012

²⁴ Costa Rica - 1988: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v105n2p101.pdf>

^{4,5} Mapa Mundial, OMS-1989: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2491315/pdf/bullwho00064-0002.pdf>

Mapa Mundial de 2012: <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001339>



Manejo de casos

El manejo de casos se hace a nivel institucional a través de los centros, puestos de salud y hospitales de la red por un lado y por otro se hace a nivel comunitario a través de redes de colaboradores voluntarios y la propia comunidad donde se instalan centros periféricos de microscopia y centros donde se provee primaquina y cloroquina siguiendo el régimen establecido en las normas nacionales.

Este manejo hace que la comunidad se apropie de la problemática y participe en la solución de su problema. Hay una amplia participación de base comunitaria en la distribución de telas mosquiteras impregnadas con insecticida de larga duración lo que contribuye a crear una barrera efectiva entre hombre y vector, además de reducir las poblaciones vectoriales. Por otro lado el éxito en la reducción de la incidencia de la malaria en la subregión se debe a una reorientación estratégica que acercó el diagnóstico a la comunidad haciéndolo más oportuno y dispensó tratamiento haciéndolo más inmediato. Esta reorientación mostró que aún sin el uso de químicos y con el tratamiento de criaderos a través de medidas físicas donde participa la comunidad muy activamente son factores que reducen el riesgo de enfermar.

Promoción, comunicación, alianzas y colaboraciones

Los avances hacia la eliminación de una enfermedad requieren de la activa participación de la comunidad, además de los otros actores claves como el gobierno local, instituciones de fe, grupos organizados de la comunidad tomando en cuenta las diferencias socioculturales e interculturales, etc. Se implementará una estrategia de comunicación social y participación comunitaria (comunidades y sociedad civil) dirigida a la pre-eliminación y eliminación de la Malaria en los países de la subregión. Esta estrategia incluirá:

- Desarrollo de foros municipales e inter-fronterizos y ordenanzas municipales en los municipios de más alta transmisión de Malaria
- Realización de actividades de monitoreo y evaluación de los acuerdos establecidos en los diferentes espacios de coordinación y participación intersectorial
- Intervenciones de veeduría y auditoría social de los servicios de atención a las personas beneficiadas con énfasis en derechos humanos y enfoque de género
- Diseñar e implementar un plan regional de comunicación para cambios de comportamiento favorables a las estrategias de pre-eliminación y eliminación de la Malaria que incluye actividades de información, educación y comunicación en salud por grupos vulnerables.
- Mapeo y homologación de material educativo en la región.
- Actualización, reedición y reproducción de materiales educativos sobre la Malaria en diferentes enfoques (Uso de MTI, manuales de promotores, polivalentes, colaboradores voluntarios y educadores comunitarios en la salud, brochures, posters, etc.)
- Creación de la Liga Regional de la sociedad civil para la preeliminación y eliminación de la malaria en

Mesoamérica y La Española.

Se evaluará la aceptabilidad comunitaria de las intervenciones para eliminar la malaria, cuando la enfermedad no constituye un problema de salud pública en la comunidad. El interés de las autoridades políticas se mantendrá con abogacía y campañas informáticas de los logros para apoyo logístico y financiero cuando el problema de malaria sigue en descenso o sea eliminada.

Fortalecimiento de sistemas de salud; planificación estratégica, monitoreo y evaluación, investigación operativa y fortalecimiento de las capacidades del país

En la medida que los países avanzan en la disminución de casos y focalizan la transmisión de la enfermedad en un área geográfica más limitada, la orientación de las políticas, regulaciones y estrategias del programa de control de malaria (o vectores) se debe adecuar al contexto situacional. Este proyecto pretende guiar a los países hacia esta reorientación en el camino a eliminación. También se mantendrá la capacidad técnica existente con re-entrenamientos, capacitaciones y tutorías. Reuniones regionales se planificarán para compartir las experiencias de los países y para facilitar el proceso de adecuación de las políticas y estrategias entre para mejorar la coordinación de las intervenciones en áreas fronterizas.

Líneas de acción por estrato

Estrato 1.

La vigilancia de malaria depende de la búsqueda pasiva de casos (demanda espontánea en la red de servicios de salud y sitios comunitarios voluntarios). Para lograr resultados costo-efectivo y disminuir la posibilidad de uso indebido, la búsqueda activa se promoverá con el criterio de vigilancia desde sitios centinelas o servicios de salud de empresas productivas agrícolas y otras organizaciones permanentes o temporales (ej. productores de caña, comandos o fortalezas del ejército entre otros). El 100% de casos confirmados en la red de diagnóstico público y privado recibirán tratamiento directo supervisado conforme a norma técnica vigente. El proceso de búsqueda, diagnóstico y tratamiento de casos aportará al sistema de monitoreo de la calidad diagnóstica directa e indirecta y a la vigilancia rutinaria de la susceptibilidad a los antimaláricos.

Encuestas hemáticas en población priorizada (migrantes etc.) apoyarán el modelo de búsqueda de casos, serán ejecutadas en focos una vez identificados y caracterizados, usando PCR cuando sea posible. La vigilancia se complementa con la evaluación de malaria en focos potenciales para responder en forma oportuna al control.

Estrato 2

Prioriza las acciones siguientes:

A la búsqueda pasiva de casos se integra la búsqueda activa en la estación o temporada de transmisión alta con encuestas dirigidas a población en riesgo que reside en localidades con historia de transmisión de malaria (o focos residuales y activos). Igualmente se suministrará tratamiento supervisado al 100% de casos confirmados por diagnóstico microscópico.

Con mayor interés que en el estrato 1, se llevará a cabo un análisis de la capacidad de la red pública y privada a fin de fortalecer la calidad del diagnóstico y aumentar cobertura si es necesario.

Tomando en cuenta que el riesgo de ocurrencia de brotes es mayor en este estrato, su control demandará de

encuestas hemáticas para el análisis, investigación y tratamiento de casos confirmados. La notificación de brotes permitirá clasificar los focos en países con transmisión baja o en fase de pre eliminación (El Salvador y Costa Rica en 2014) y garantizará seguimiento efectivo a los focos residuales.

Estrato 3:

Donde se necesita acelerar la reducción de la incidencia de malaria a corto plazo, la vigilancia se basa en el objetivo de mejorar acceso a diagnóstico microscópico oportuno (< de 72 horas) y el tratamiento temprano y completo, así como asegurar calidad del diagnóstico de acuerdo a procedimientos operativos estándar.

Es necesario garantizar el acceso oportuno de medicamentos, gestionado el financiamiento para la adquisición y aseguramiento en la distribución, prescripción, uso y medición sostenida de la adherencia completa al tratamiento según la norma nacional.

En este estrato, la vigilancia epidemiológica se basa en la búsqueda pasiva, se apoyará en datos de vigilancia entomológica de rutina de distribución geográfica del vector, medición de comportamiento y susceptibilidad de *Anopheles spp*, base para la selección apropiada de medidas de control de vectores con cobertura y calidad necesaria, entre otras: rociamiento de viviendas, uso de mosquiteros impregnados de larga Duración, y tratamiento de criaderos. Las medidas de control en áreas de transmisión incluyendo la situación por *P. falciparum* tomarán en cuenta modelos desconcentrados/descentralizados y experiencias de éxito en los países: ej. La respuesta a situación de malaria en el municipio de Wampusirpi, Honduras; el enfoque de la participación de socios del sector salud incluyendo empresa privada en República Dominicana; la respuesta conjunta en los municipios de Dajabón y Ouanaminthe en la frontera Haití-República Dominicana.

Los siguientes elementos/objetivos serán considerados para el desarrollo de la capacidad resolutive de los sistemas de salud en los tres estratos, tomando en cuenta el enfoque regional:

- Profundizar en la evaluación de capacidades nacionales de conducción y gerencia de la estrategia de malaria de los países con el fin de adaptar la estructura técnica y administrativa-financiera a la política y objetivos de eliminación de malaria.
- Aumentar la capacidad de análisis de situación de malaria para la toma de decisiones en la red de servicios de salud a nivel local.
- Ejecución de planes o estrategias binacionales (caso La Española) y Mesoamérica (casos Honduras-Nicaragua, Guatemala-México, Panamá-Colombia) a fin de aportar al logro de metas de aceleración de eliminación de malaria.
- Considerando el marco legal vigente y el objetivo de socializar la estrategia de eliminación de malaria, los países gestionarán la utilización de medios de comunicación local para informar a la población y a la sociedad en general el proceso de cambio y reorientación de programa de control a eliminación.
- Integrar a la población y organizaciones locales de sociedad civil en la respuesta de malaria, con interés en áreas fronterizas

Coordinación Regional

Una coordinación subregional con trabajos inter-fronterizos es necesaria para enfrentar los riesgos, agilizar la vigilancia y seguimiento de los casos transfronterizos, mejorar la programación logística, garantizando la sostenibilidad de las intervenciones para mantener los avances, y prevenir la reintroducción de la enfermedad en áreas libres. El proyecto brindará una oportunidad para estandarizar las políticas y normas nacionales, contribuyendo a un abordaje armonizado de la respuesta de la subregión con miras a la eliminación de la

enfermedad. Los trabajos coordinados entre los países facilitarán el aumento de las zonas libres de la malaria y así, gradualmente, lograr la eliminación del parásito de la subregión. El intercambio de información, de experiencias, de lecciones aprendidas y la implementación de acciones de cooperación sur-sur serán otra área que este plan facilitará. Estas acciones regionales permitirán:

1. Actualizar y orientar los Planes Estratégicos y Normas Nacionales hacia la pre-eliminación y eliminación.
2. Desarrollar bases de datos individuales de los casos y focos, especialmente en fase de pre-eliminación.
3. Estandarizar esquemas de tratamiento basados en la evidencia.
4. Elaborar e implementar fichas de investigación basadas en la orientación hacia la eliminación.
5. Implementar evaluación externa del desempeño del diagnóstico microscópico.
6. Vigilar y monitorear la sensibilidad a los insecticidas, para el control vectorial.
7. Vigilar la sensibilidad de los antimaláricos a los parásitos tratados.
8. Implementar los procedimientos estándares para el diagnóstico microscópico.
9. Intercambiar periódicamente la información de malaria entre países (y áreas inter-fronterizas).
10. Reorientar y capacitar al personal hacia la pre-eliminación y eliminación de la malaria.

A solicitud del Fondo Mundial el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) realizó una consulta a los socios potenciales a fin de identificar el interés y grado de participación en esta iniciativa. Anexo 4.2. Ronda de Consultas ISGlobal sobre eliminación de malaria

4.3 Herramienta modular y presupuesto resumido por módulo (indicativo y por encima del monto indicativo)

La herramienta modular (Anexo 2) es uno de los documentos principales de la solicitud de financiamiento y debe completarse.

a. Para la solicitud de financiamiento indicativo, cree una lista con los módulos e intervenciones en orden de prioridad, los indicadores y los objetivos relacionados, además de los supuestos presupuestarios y de costes de cada intervención.

b. Para la solicitud de financiamiento por encima del monto indicativo, añada cualquier módulo o intervención adicional (en orden de prioridad) e incluya los indicadores y objetivos asociados, así como los supuestos presupuestarios y de costes de cada intervención.

En la tabla de resumen que aparece a continuación:

a. Proporcione un resumen del presupuesto de la solicitud de financiamiento total por módulo, tal y como se detalla en la herramienta modular, tanto para la solicitud de financiamiento indicativo como por encima del monto indicativo. Presente los módulos en orden descendiente por cantidad de financiamiento.

Módulos	Suma del presupuesto indicativo para tres años	Suma del presupuesto "por encima del monto indicativo" para tres años	Total del presupuesto de la solicitud completa para tres años	Porcentaje de la solicitud de financiamiento indicativo	Porcentaje de la solicitud completa
Seguimiento y evaluación	865,933.00	0	865,933.00	8%	8%
Gestión de programas	752,261.00	0	752,261.00	7%	7%
Gestión de casos	1,200,000.00	0	1,200,000.00	12%	11%
Intervenciones de prevención específicas	381,806.00	684,716.00		4%	10%
Financiación basada en los resultados	7,000,000.00	0	7,000,000.00	69%	64%
Total	10,200,000.00	684,716.00	10,884,716.00	100%	100%

4.4 Solicitud de financiamiento indicativo

Tomando la herramienta modular como referencia:

- a. Proporcione un resumen de la solicitud de financiamiento indicativo y de la forma en que la inversión propuesta maximiza el impacto. Explique el fundamento para la selección y priorización de estos módulos e intervenciones.
- b. Describa el impacto y los resultados indirectos esperados de la solicitud (con referencia a la herramienta modular y las tablas de brechas programáticas). Remítase a las pruebas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones propuestas.

Los US\$ 10.2 millones del nuevo mecanismo de financiamiento se distribuirán de la manera siguiente: US\$ 7 millones son los fondos de recompensa y US\$3.2 millones para acelerar los esfuerzos de la región en la eliminación de la malaria, fondos que serán manejados por PSI, el receptor principal y que incluyen US\$ 1.2 millones de fondos de arranque para seis países de la región.

Bajo este nuevo mecanismo de financiamiento, solamente se utilizará el indicador “número de casos adquiridos localmente” reportados. Los nueve países que hacen parte de esta iniciativa tendrán la posibilidad de recibir de parte del Fondo Mundial (el Receptor Principal no manejará estos recursos) hasta US\$ 600,000 si cumplen sus metas de reducción de casos de malaria. Si algún país no cumple con sus metas, no recibirá recompensa. Es importante mencionar que del total de estos US\$ 7 millones del fondo de recompensa,

US\$100,000 se tendrán que destinar a cubrir los costos de auditoría que hará el fondo sobre la utilización de estos recursos.

De los US\$ 3.2 millones que manejará el receptor principal, US\$ 1.2 millones se destinarán a seis países para fondos de arranque (US\$ 200,000 por país): Panamá, Belice, El Salvador y Costa Rica que no cuentan actualmente con financiamiento del FM, la República Dominicana que cuenta con un financiamiento que finaliza en el 2014 y Haití, quien también cuenta con un programa nacional financiado por el FM. Estos recursos se destinarán a apoyar la reorientación de los programas de malaria que actualmente se centran en el control de casos a tener una estrategia de eliminación a través de actividades de entrenamiento que ayudarán a mejorar la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento, el monitoreo y la evaluación, los países que no acceden a fondos de arranque realizarán estas actividades con la reorientación de los recursos de las subvenciones del FM, recursos de otros socios de la cooperación y recursos nacionales. A continuación se describen las actividades priorizadas por los países: (Anexo 4.4 Justificación de Fondos de Arranque por País)

- Elaboración de Planes Estratégicos Nacionales de eliminación elaborados socializados y costeados.
- Reorientación de las normas, protocolos y guías de los países hacia la eliminación.
- Sistemas de información para la vigilancia fortalecida, definidas las variables, de la investigación de caso y focos, la información como elemento fundamental que permite monitorear el comportamiento de la malaria, con el nivel de detalle que la fase de eliminación exige. Los esfuerzos para implementar las bases de datos, deben ir acompañados por desarrollos informáticos que permitan a los diferentes niveles emitir reportes automatizados y su análisis para la toma oportuna de decisiones.
- Establecido el diagnóstico microscópico de malaria en gota gruesa y frotis teñida con método Giemsa en dos países, a través de la dotación de microscopios y capacitación de los recursos humanos en esta técnica. Costa Rica y República Dominicana son los únicos países en la Región, que no utilizan esta metodología y dadas las recomendaciones OPS/OMS, que para la eliminación de la malaria, se debe homologar la metodología para el diagnóstico de los casos, lo cual es un requisito para la certificación y evaluación de competencias bajo estándares internacionales.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda activa de asintomáticos en focos residuales no activos y en potenciales nuevos casos, se requiere de compra de vehículos, movilización de recursos e insumo para atender a población con difícil acceso a los servicios.
- Desarrollo de las capacidades los recursos humanos en el cambio de la técnica de tinción de Romanowsky a Giemsa (Dominicana y Costa Rica)
- Desarrollo de capacidades de los agentes comunitarios polivalentes, a través de capacitación y entrenamiento para la captación de casos de malaria, cada uno atenderá a 1000 personas, la capacitación comprende 400 horas presenciales y prácticas con certificación académica.
- Desarrollo de la capacidad técnica y profesional en entomología médica para las actividades de vigilancia y control vectorial, con certificación académica.
- Actualizar a los Recursos humanos en el manejo de normas, guías y protocolos orientados a la eliminación.
- Entrenamiento de colaboradores voluntarios en rociado residual intradomiciliar y aplicación de larvicidas.
- Reproducción de materiales educativos para la promoción y prevención de la salud con énfasis en la eliminación de la malaria.
- Contratación de Recursos Humanos para ampliar cobertura en zonas endémicas de malaria (Belice)

- Elaboración de un plan de comunicación nacional con enfoque de cambio de comportamiento para la eliminación de la malaria.

Los US\$ 2 millones restantes serán destinados a financiar actividades de seguimiento y evaluación, gestión de programas e intervenciones específicas. Los US\$ 865,933 de actividades de seguimiento y evaluación corresponden principalmente al costo de la verificación independiente de los resultados de reducción de casos reportados por los países. A continuación se hace una descripción del proceso de evaluación:

Evaluación (y eventual incentivo) basándose únicamente en la verificación de la reducción de casos, limitado a la evaluación del cumplimiento de los indicadores de reducción de casos que se encuentran descritos a continuación.

Proceso de verificación : Reporte de Casos y Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia

El objetivo principal de este proceso de verificación es determinar el número de casos locales y corroborar que el sistema de vigilancia reporta los casos con precisión: confirmar el nivel de confianza en las estadísticas de los informes de casos presentados al MCR por cada país, documentando/comunicando los casos (y su reducción).

Como cada país tiene un nivel de capacidad diferente, el proceso de verificación se hará por partes:

(1) Comunicar los indicadores seleccionados por categoría (los indicadores de Reducción de Casos y Verificación del Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia se incluyen a continuación);

(2) Iniciar el proceso de verificación in situ en el primer año del proyecto para recopilar información sobre el número de casos y el funcionamiento del sistema nacional de vigilancia que servirá de punto de referencia;

(3) Monitorear el progreso de los sistemas nacionales de vigilancia para garantizar que la disminución reportada se basa en un sistema de vigilancia que se informa adecuadamente y de manera consistente y que la capacidad de vigilancia está progresando, y

(4) Los resultados de la verificación se comunicarán al MCR y al FM a fin de proceder a otorgar la recompensa. Esto se hará en el país y colaborando con los asociados técnicos a nivel nacional y/o regional.

Equipos de Verificación: Los procesos de vigilancia y verificación de casos consistirán en una evaluación in situ hecha por un equipo de expertos técnicos en malaria seleccionados con la asesoría del Consejo Técnico. Los equipos de evaluación serán contratados por el RP a través de un proceso de licitación abierto. Los equipos estarán conformados por un líder (epidemiólogo), un especialista en vigilancia y un trabajador de la salud especialista en malaria con al menos 5 años de experiencia laboral. Otros miembros del equipo pueden ser necesarios dependiendo del tamaño del país y se requiere experiencia suficiente en el tema.

Selección del lugar: En todos los distritos afectados se hará una revisión de los datos nacionales así como una verificación in situ de una muestra representativa de las instalaciones. Marcos de muestreo serán propuestos por los equipos de verificación y se coordinarán con los Ministerios de Salud nacionales por lo menos cuatro semanas antes del inicio de las evaluaciones. Ejemplos de muestreo se presentan a continuación:

1) Cada distrito endémico: 25 centros de salud, 1 a 3 hospitales y la Unidad Administrativa Regional del

Ministerio de Salud.

2) Cada distrito no endémico: 5 centros de salud, 1 hospital y la Unidad Administrativa Regional del Ministerio de Salud.

Resultados: Una vez hecha la evaluación de verificación de los resultados de los indicadores de reducción de casos, presentará un informe completo al RP, quien lo compartirá con el Consejo Técnico. Cuando el RP y el Consejo Técnico estén de acuerdo con los resultados, el RP enviará el Informe de Evaluación de Verificación final al FM para su respectivo análisis y desembolso de las recompensas de acuerdo al cumplimiento metas establecidas.

El RP ha planificado 9 verificaciones en el 2015 y 9 verificaciones en el 2016 ya que la línea de base será verificada y avalada por la OPS. Si un país no logra completar el informe de verificación de casos confirmados en la ronda del 2015, tendrá cuatro meses para superar e informar sobre el progreso de las limitantes encontradas. Al recibir dicho reporte, el RP programará una evaluación adicional (siempre y cuando el país cubra con esos gastos o el RP obtenga recursos adicionales).

A continuación se presentan los indicadores propuestos por el RP los cuales serán validados por los jefes de programa en el taller sobre la verificación externa a nivel regional en el cuarto trimestre del año 1 de EMMIE.

Indicadores de Reducción de Casos:

1) Indicadores de epidemiología de la malaria:

a. Número y tasa de incidencia de casos de malaria confirmados por clasificación, sexo, edad, grupo de riesgo (estudiantes, trabajadores migrantes). Meta: Reducción a nivel país.

b. Supervisión: Tasa de análisis de sangre por distrito/municipio y foco pasivo o activo detectado. Meta indicativa en focos endémicos, residuales activos, nuevos activos y residuales inactivos: 8% de la población.

2) Indicadores de gestión de casos:

a. Porcentaje de casos confirmados investigados a fondo (incluyendo formato de investigación de casos, formato de investigación del foco y detección de casos activos). Meta: 80%.

b. Tiempo transcurrido desde el primer contacto hasta hacer la prueba. Meta: 48 horas.

c. Tiempo transcurrido desde obtener el resultado positivo de la prueba y el inicio del tratamiento. Meta: el mismo día.

3) Indicadores de Centros de Salud:

a. Porcentaje establecimientos de salud que reportan oportunamente (con número de pacientes evaluados para la malaria y número de pacientes positivos). Meta: 80%

4) Indicadores del sistema:

a. Tiempo transcurrido desde obtener el resultado positivo y la notificación al programa de malaria nacional (al distrito o nivel intermedio, con copia a nivel central). Meta: hasta una semana.

b. Porcentaje de laboratorios que cumplen con los estándares del control de calidad directo e indirecto. Meta: Sistema de control de calidad vigente, documentado y puesto en práctica.

Nota: Una evaluación entomológica para analizar la prevalencia de mosquitos infectados o la posibilidad de transmisión en el país/región está fuera del mandato del proceso de verificación del RP. Adicionalmente, este proceso no constituye la verificación de que la eliminación se ha logrado.

Los \$752,261.00 destinados a la gestión de programas comprenden el costo de las personas que serán contratadas para este proyecto así como un porcentaje del tiempo del personal de apoyo tanto de la Oficina Regional de Guatemala como de la oficina de PSI en Washington DC, los viajes del Jefe de Equipo, Técnico en Malaria y Analista Financiero a los países de la región para dar apoyo y seguimiento a las actividades y los costos administrativos de la Oficina Regional y de PSI casa matriz que cubren, entre otros, la preparación de reportes al FM y al MCR.

Finalmente, US\$ 381,806.00 se destinarán a financiar y coordinar capacitaciones, reuniones y conferencias regionales; se capacitarán los equipos nacionales en los procesos de eliminación de malaria, se compartirán las experiencias de los países, retos y oportunidades así como resultados obtenidos, se hará igualmente una reunión con la sociedad civil para alinear sus acciones a la eliminación de la malaria y se pagará un consultor para formular el plan estratégico regional. Las actividades priorizadas son:

- Formulación del Plan Estratégico Regional para la eliminación de la Malaria en Centroamérica y La Española 2014-2019 producto de consultas y consensos alcanzados por representantes de gobiernos, sociedad civil y organizaciones socias para el desarrollo, en la búsqueda de estrategias eficaces y apropiadas al ámbito regional, para la eliminación de la malaria
- La reorientación de los programas de Control a estrategias de pre-eliminación y eliminación en los países. En esta actividad estratégica se trabajará en capacitación regional de los equipos nacionales de los países en procesos de eliminación con el objetivo de tener una visión universal. Incluye los estándares, homologación de conceptos, definiciones, manejo de casos, búsquedas activas de casos.
- Reuniones regionales para la elaboración de estrategias nacionales a fin de lograr la eliminación, re-ajuste de línea basal y metas con un plan que apoye el fortalecimiento desarrollo a nivel de país.
- Reunión regional con representantes regionales de Sociedad Civil para motivar su participación en el cambio de enfoque de control a eliminación de la malaria.

4.5 Solicitud de financiamiento 'por encima del monto indicativo'

Tal y como se ha indicado en la sección 4.2, el propósito de la solicitud de financiamiento 'por encima del monto indicativo' es presentar la expresión de la necesidad total de la iniciativa regional. Describa y priorice esta solicitud de financiamiento 'por encima del monto indicativo', incluyendo:

- a. Una descripción general de la solicitud de financiamiento 'por encima del monto indicativo', incluidos los módulos y las intervenciones que se han solicitado y las razones por las que se han seleccionado y dispuesto en ese orden.
- b. El impacto y los resultados previstos y los beneficios adicionales de esta solicitud, incluido cómo se han calculado (en referencia a la herramienta modular). Remítase a las pruebas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones propuestas.

La solicitud del financiamiento total necesario para cumplir con las estrategias transversales regionales requiere de un monto total de US\$1,066,522 en esta propuesta se está cubriendo con el indicativo es un monto US\$381,808 quedando sin cubrir como monto sobre indicativo la cantidad de US\$ 684,716 por lo que se detallan en orden de prioridad:

En la estrategia de reorientación hacia la eliminación de la malaria es necesario realizar la siguiente intervención

1. Reunión de equipos nacionales para intercambiar experiencias, logros y retos en la estrategia de reorientación de su plan con la participación y asesoría técnica regional, para los años 2015 y 2016 ha sido seleccionada como la primera actividad prioritaria por la necesidad de coordinación y dar seguimiento a los avances en la reorientación de las normas, manuales y planes estratégicos.

En la estrategia Implementar una estrategia de comunicación social y participación comunitaria (comunidades y sociedad civil) dirigida a la pre-eliminación y eliminación de la Malaria en los países.

2. Diseñar e implementar un plan regional de comunicación para cambio de comportamiento favorable a las estrategias de pre-eliminación y eliminación de la Malaria que incluye actividades de información, educación y comunicación en salud por grupos vulnerables. La diseminación de la información utilizando medios masivo de bajo costo como la radio y participativos, perifoneo, visitas domiciliarias, entrega de material educativo, ferias comunitarias, sensibilizar a la población y a los diferentes actores clave (hoteleros, empresarios, parceleros y asociaciones agrícolas, trabajadores de la construcción, comunicadores sociales, líderes comunitarios, entre otros) en la corresponsabilidad de acciones preventivas contra la malaria. Con estas actividades se espera una mayor eficacia en las intervenciones ya que con estas se lograría impacto en la población objetivo.

4.6 Eficiencia programática y de implementación

Describa cómo la solicitud de financiamiento complementa y se basa en subvenciones existentes del Fondo Mundial para el programa regional y para los países donde se ejecutarán las actividades.

- a. En el caso de los MCR que ya estén ejecutando una subvención del Fondo Mundial, explique cómo se adaptará, se interrumpirá o se ampliará para maximizar el impacto programático. Describa también de qué manera maximizará esta solicitud de financiamiento las eficiencias y de implementación.
- b. Si esta solicitud se va a ejecutar en países con subvenciones existentes del Fondo Mundial (para un componente de enfermedad similar o diferente), describa de qué manera estas intervenciones solicitadas complementan (sin duplicar) la subvención actual.

Actualmente Guatemala, Honduras, Nicaragua, Haití y República Dominicana reciben fondos a través de la subvención de malaria por parte del Fondo Mundial. En el período 2014 a 2016 cuatro de estos países tendrán subvención vigente en dicho período (Guatemala pasa a Fase II en 2014 por un período de 3 años, Honduras y Nicaragua tendrán Subvención hasta 2014, Haití hasta 2015 y República Dominicana termina en 2013). Por otro lado, Panamá y Costa Rica no cumplen con los criterios de elegibilidad propuestos por el FM para recibir Fondos, Belice y El Salvador tienen acceso a la financiación pero no cuentan con Proyecto en este momento.

Se tiene dispuesto un fondo de arranque por US \$200,000.00 por país a partir de enero del 2014 para Costa Rica, El Salvador, República Dominicana, Panamá y Belice los cuales no cuentan para esa fecha con una Subvención del Fondo Mundial.

En Honduras, el proyecto vigente cubre 48 de los 298 municipios y está enfocado en control de la enfermedad. Este proyecto se focalizará en la eliminación de la malaria en el resto de los municipios (250) y para reorientar el programa de control a eliminación en 48 municipios.

Nicaragua tiene una subvención del FM orientado a la pre-eliminación de la malaria que cubre todo el país. Este proyecto 2014-2016 acelerará la interrupción de la transmisión de la malaria en municipios que serán priorizados por país, en el 2014 y ampliados a todos los municipios del país en los siguientes años.

Guatemala cuenta con una Subvención Integrada producto de RCC R4 y R9, la cual concluye en su primera fase en el presente año y da inicio su segunda fase del 2014-2016. Los fondos de la presente propuesta complementarán las actividades de la subvención para reorientar el programa nacional del control a la eliminación y acelerará la interrupción de la transmisión de la enfermedad en áreas sub-nacionales.

Haití inició con el proyecto en el año 2013 con enfoque de control de la malaria en todo el país, pero aún tiene varias necesidades insatisfechas no cubiertas por el gobierno, Fondo Mundial u otros donantes. Este proyecto fortalecerá la respuesta nacional del programa de malaria hacia la pre-eliminación. Además Haití ha solicitado ser incluido dentro de los fondos de arranque.

Además de apoyar a los países en fortalecer sus respuestas nacionales, el presente plan tendrá un enfoque regional de armonización de las políticas y normas nacionales, de coordinación de

intervenciones en zonas inter-fronterizas y de vigilancia regional. Actualmente estas actividades no están cubiertas por el FM o fondos nacionales.

4.7 Enfoque en las poblaciones clave y las intervenciones de mayor impacto

Si todos los países incluidos en esta nota conceptual son países con ingresos bajos, no responda a esta pregunta. En el resto de los casos, los MCR deben demostrar que las intervenciones propuestas ejecutadas en los países de ingresos medianos bajos y países de ingresos medianos altos cumplen los requisitos de enfoque de la propuesta del Fondo Mundial.

Para determinar el enfoque de la propuesta aplicable, los solicitantes deben utilizar la categoría del nivel de ingresos o la carga de morbilidad de la mayoría de los países incluidos en la solicitud de financiamiento.

Debe describirse si se han reunido los requisitos de enfoque de la propuesta según se indica a continuación:

- a)** En el caso de las intervenciones que se van a ejecutar en países de ingresos medianos bajos, al menos el 50% del presupuesto se destina a poblaciones desatendidas y de mayor riesgo y a intervenciones de mayor repercusión dentro del contexto epidemiológico definido.
- b)** En el caso de las intervenciones que se van a ejecutar en países de ingresos medianos altos, al menos el 100% del presupuesto se destina a poblaciones desatendidas y de mayor riesgo y a intervenciones de mayor repercusión dentro del contexto epidemiológico definido.

En el contexto de la eliminación de la malaria, toda la población de un país donde los factores epidemiológicos y ambientales permitan transmisión de la enfermedad se considera en riesgo. La enfermedad, en eliminación, siempre se concentra en áreas de difícil acceso geográfico y/o logístico y en poblaciones con menos acceso a servicios de salud. Por lo tanto, no sólo en los países de ingresos medios altos y bajos, pero incluso en los países de bajos ingresos el enfoque de este proyecto para la eliminación de la malaria estará focalizado en esas poblaciones marginales en donde la malaria se concentra en escenarios de eliminación.

Durante la eliminación y en la etapa de aceleramiento hacia ésta, se hace necesario el uso de intervenciones de mayor impacto basadas en evidencia de manera coordinada, al interior de los países y entre los países. El uso de intervenciones de bajo impacto y/o intervenciones que no se basan en la evidencia práctica se limita a raras ocasiones en donde las intervenciones de mayor impacto basadas en evidencia no pueden ser implementadas.

SECCIÓN 5: Acuerdos de implementación

5.1 Información del receptor principal (RP)

Complete esta sección para cada RP designado. Para más información sobre los Estándares Mínimos, consulte las Instrucciones

Nombre del RP 1	Population Services International (PSI)	Sector	Salud
¿Administra actualmente este RP subvenciones del Fondo Mundial para este componente de la enfermedad o subvenciones de intervenciones transversales de fortalecimiento de los sistemas de salud autónomas?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estándares Mínimos		Evaluación del MCR	
<p>1. El Receptor Principal da muestra de la eficacia de las estructuras y de la planificación de la administración.</p>		<p>PSI ha estado implementando subvenciones financiadas por el Fondo Mundial (FM), como receptor principal (RP) o sub-receptor, desde el año 2002. En la actualidad, la cartera de PSI con el FM incluye 13 subvenciones como RP y 20 como sub-receptor en más de 25 países en las áreas de salud de la malaria, tuberculosis y VIH / SIDA. El presupuesto anual de estas subvenciones es de aproximadamente US\$ 200 millones, equivalente a un 30% del presupuesto anual total de PSI. Las subvenciones del FM son auditadas anualmente, de acuerdo con lo pactado en los acuerdos. Además, PSI y el FM han revisado recientemente los Términos de Referencia de la Auditoría (TdR) para incluir una auditoría anual en Washington DC para las transacciones financieras realizadas en nombre de las oficinas de PSI desde la casa matriz. Esta revisión proporciona una total transparencia en la ubicación de las transacciones financieras ya que las fuentes y los usos son auditados en el lugar donde se generan. Por último, la auditoría de la casa matriz permitió al auditor externo obtener información directamente de los expertos del Departamento de Compras de la casa matriz, rubro que representa la mayor</p>	

	<p>utilización de los fondos del FM.</p> <p>En 2012, el FM contrató un consultor externo para evaluar los sistemas de gestión financiera global de PSI. El alcance de la evaluación incluyó: Sistemas de Gestión Financiera, Auditoría Interna Global (incluyendo la prevención y denuncia de fraudes), cumplimiento de normas (incluyendo el monitoreo de sub-receptores), Compras y Monitoreo y Evaluación. Tras esta evaluación, una delegación de representantes del FM visitó la casa matriz de PSI en junio de 2013 para tener un mayor conocimiento de la base financiera de PSI y de elaborar estrategias para ser más eficientes en la supervisión, aprovechando los servicios que ofrece la casa matriz de PSI.</p> <p>Para este proyecto, PSI cuenta con filiales en cada uno de los países de Mesoamérica y La Española. Fundada hace 15 años, la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO, por sus siglas en inglés) es la filial Centroamericana de PSI con una oficina regional en la ciudad de Guatemala y una presencia en cada país de la región. En Haití la filial se llama Programme de Sante et Information, y en La República Dominicana se llama Society for Family Health.</p>
<p>2. El Receptor Principal está capacitado y cuenta con los sistemas necesarios para realizar una administración y una supervisión eficaces de los sub-receptores (y de los sub-sub-receptores pertinentes).</p>	<p>PSI actualmente gestiona aproximadamente 420 subcontratos a nivel mundial por un valor de más de US\$ 128 millones. La subcontratación es supervisada por el Departamento de Contratos de PSI, el cual cuenta con un equipo dedicado a la gestión de los subcontratos y los procedimientos establecidos para la evaluación de los sub-receptores. PSI tiene un conjunto de herramientas estandarizadas para el manejo de subcontratos, incluyendo un proceso de evaluación previa a la</p>

	<p>adjudicación, una matriz de gestión de subcontratos, sistema de monitoreo de sub-receptores, herramientas para la modificación y cierre de subcontratos. Las funciones de gestión de subcontratos son financiadas por los costos indirectos de PSI. PSI minimiza los costos no productivos limitando los cargar costos de casa matriz a aproximadamente el 1% del monto total de los contratos y prefiere recurrir a los más de 7.500 empleados directamente empleados por las oficinas locales en lugar de expatriados.</p>
<p>3. No existe conflicto de intereses en la selección de los receptores principales y los sub-receptores.</p>	<p>El MCR llevó a cabo un proceso transparente para la selección del RP, el cual está documentado en la Sección 2.2 y en anexos 2.2 a, 2.2 a 1, 2.2. b, 2.2 c, 2.2 d, 2.2 e, 2.2 f, 2.2 f1, 2.2 g, 2.2 h, 2.2 i y 2.2 j.</p> <p>PSI trabajará con los Ministerios de Salud de los seis países que recibirán fondos de arranque (Belice, Costa Rica, El Salvador, Haití, Panamá y República Dominicana) de acuerdo con los lineamientos del MCR, por lo tanto no existe conflicto de interés.</p>
<p>4. El plan de ejecución del programa previsto en la nota conceptual es sólido.</p>	<p>Para el MCR, la nota conceptual se basa en el contexto regional y la situación epidemiológica de la región y responde al compromiso de los Ministerios de Salud de los países de Centroamérica y la Isla La Española para eliminar la malaria en la sub región en el 2020.</p>
<p>5. El sistema de control interno del receptor principal es eficaz para evitar y detectar la malversación o el fraude.</p>	<p>PSI cuenta con un departamento de auditoría interna (Global Internal Audit-GIA) que evalúa anualmente todas las oficinas locales de PSI de acuerdo a diferentes factores como el nivel de ingreso/su incremento, rotación del personal clave y si se identificó algún fraude en los últimos tres años. El riesgo de evaluación no se centra solamente en actividades llevadas a cabo para los proyectos del FM sino en todas las actividades de las</p>

	oficinas.
6. El sistema de administración financiera del Receptor Principal es eficaz y exacto.	Todos los procedimientos de gestión de fondos están sujetos a manuales de procedimientos aceptados por los donantes. Como una organización sin ánimo de lucro americana que recibe una porción importante de su financiamiento por parte del gobierno EE.UU., PSI cumple con los requisitos administrativos, contables y de auditoría de la Oficina de Administración y Presupuesto, como se describe en las Circulares A-110, A-122 y A-133. El sistema contable de PSI cumple con los requisitos federales especificados en la Circular A-110, incluyendo la capacidad de rastrear los ingresos y gastos por proyecto/donante y comparar los gastos con el presupuesto.
7. El almacén central y los almacenes de las regiones tienen la suficiente capacidad y siguen las prácticas recomendadas con respecto al almacenamiento para garantizar unas condiciones, integridad y seguridad adecuadas para los productos sanitarios (<i>completar solo si el suministro de productos farmacéuticos y médicos es parte de la solicitud de financiamiento</i>).	Las oficinas de PSI que venden o distribuyen productos cuentan con manuales de procedimiento para el almacenamiento y control adecuado de los insumos que se mantienen en las bodegas. Adicionalmente, el departamento de Auditoría Interna de PSI efectúa visitas a las bodegas de las oficinas para asegurarse que dichos procedimientos se cumplan.
8. Los acuerdos de los sistemas de distribución y transporte son eficaces y garantizan un suministro continuado y seguro de productos sanitarios a los usuarios finales para evitar que se produzcan interrupciones en el tratamiento o el programa (<i>completar solo si el suministro de productos farmacéuticos y médicos es parte de la solicitud de financiamiento</i>).	PSI tiene una larga historia de adquisiciones exitosas en el marco del Fondo Mundial, especialmente con productos básicos de VIH y malaria, y una experiencia probada en relación a eficacia de costo con el transporte de grandes volúmenes de productos básicos financiados por el FM. Las oficinas locales de PSI mantienen un control de ventas vs inventarios para asegurarse de hacer los pedidos de productos con el tiempo suficiente para asegurar que no se produzcan rupturas de inventarios.
9. Se dispone de capacidad y herramientas de recopilación de datos para supervisar el desempeño	PSI cuenta con un sistema de información adecuado y tiene

<p>del programa.</p>	<p>experiencia en el cumplimiento de los requisitos de información del FM. PSI tiene un sistema integral de gestión y contabilidad financiera, que ha sido diseñado para permitir que genere informes mensuales de uso interno por subvención así como reportes externos a los donantes.</p>
<p>10. Se dispone de un sistema de información sistemático y funcional con cobertura suficiente para reportar puntualmente y con precisión sobre el desempeño del programa.</p>	<p>Las funciones financieras y contables de todos los países aprovechan el sistema contable central de PSI, el cual les suministra información financiera oportuna. PSI mantiene controles internos adecuados para garantizar que los costos se asignen adecuadamente a los proyectos.</p>
<p>11. El MCR supervisa de forma activa la ejecución de la subvención e interviene cuando es necesario.</p>	<p>El MCR y el RP establecerán un sistema de diálogo abierto que permita una eficiente coordinación en la ejecución del rol de cada una de las partes.</p> <p>El MCR da seguimiento a los proyectos de cada país y lleva a cabo reuniones anuales de seguimiento.</p>
<p>12. Los ejecutores cumplen los requisitos de calidad y supervisan la calidad del producto a lo largo de toda la cadena de suministro (completar solo si el suministro de productos farmacéuticos y médicos es parte de la solicitud de financiamiento).</p>	<p>PSI es la entidad de mercadeo social que más productos ha adquirido a nivel mundial. Solamente en el 2011, PSI compró más de 258 millones de condones masculinos, 41.9 millones de mosquiteros, más de 635,000 tratamientos de ACTs y más de 1.4 millones de productos para el tratamiento y la prevención de la malaria.</p> <p>El departamento de Compras de PSI/Washington se encarga de la adquisición internacional de productos para garantizar la maximización de los recursos y aprovechar economías de escala. Tiene una gran experiencia en la gestión de todos los aspectos de la cadena de suministro internacional de productos tales como el desarrollo de las especificaciones para la contratación efectiva, contratación, administración de contratos, transporte aéreo o marítimo de</p>

	<p>productos, seguros, transporte terrestre, almacenamiento y reclamaciones. Todas las actividades de compras son realizadas con transparencia, siguiendo procesos establecidos de cotización, revisión y aprobación de acuerdo a los montos que se manejan.</p> <p>PSI tiene un historial de desempeño intachable gracias a la estrecha coordinación entre el personal de la casa matriz y el personal calificado empleado por las oficinas de los países. PSI cumple con todos los procedimientos y controles a través de una comunicación constante con los donantes y los gobiernos, y mediante el uso de un proceso de seguimiento exhaustivo.</p> <p>Además, la experiencia de PSI se extiende a otras necesidades de adquisición, incluyendo envases, etiquetas, materiales de instrucción, materiales de promoción en los puntos de venta.</p> <p>En cada país, las oficinas locales realizan compras y contrataciones de servicios por medio de empresas locales reconocidas en el país, legalmente constituidas, lo que permite garantizar que los bienes y servicios adquiridos cumplan con los más altos estándares de calidad y obteniendo los mejores precios disponibles.</p> <p>PSI enfatiza la integridad de todos sus productos y actividades y no acepta prácticas corruptas o fraudulentas en los procesos de compras ni en otros aspectos de sus programas y proyectos y en los contratos por bienes y servicios.</p>
--	--

5.2 Resumen de los acuerdos de implementación

Proporcione una visión general sobre los acuerdos de implementación propuestos para la solicitud de financiamiento. En la respuesta, indique (según corresponda):

- a. El procedimiento que se seguirá para la coordinación de receptores principales si existe más de uno.
- b. Si se han identificado los sub-receptores y el tipo de acuerdos de ejecución con los que probablemente se contará.
- c. La coordinación entre cada receptor principal designado y sus respectivos sub-receptores.

Los sub-receptores del presente proyecto serán los ministerios de salud de los países participantes.

El Receptor Principal tiene experiencia en el manejo de sub receptores y propone dos alternativas para el manejo de los fondos de arranque con los ministerios de salud: se pueden firmar acuerdos que combinen el pago de un anticipo con el reembolso de costos o se pueden hacer acuerdos de precio fijo.

En el caso de sub-contratos de anticipo/reembolso de costo, las actividades suelen ser generales y hacen parte de un marco general de trabajo. Las condiciones de pago se hacen primero dando un anticipo y luego con base en los costos reales en función de la ejecución de las actividades. Por lo tanto, los informes que se requieren tienen que detallar los costos efectivamente incurridos en cada período. En el caso de los contratos de precio fijo, las actividades son específicas y medibles; cada actividad completada se acompaña de un pago específico. Por lo tanto, los pagos son pre-definidos y se hacen una vez se completan las actividades y los informes que se reciben solamente contienen las actividades completadas y el monto a desembolsar.

Independientemente de que tipo de sub contrato se escoja, PSI se asegura de cumplir con los siguientes requisitos:

1. Hacer una evaluación previa de cada sub receptor para :

- Determinar sus fortalezas y debilidades en material técnica y financiera y de implementación de actividades.
- Desarrollar un plan de Monitoreo / Desarrollo de Capacidades (según el caso)
- Recopilar, revisar y analizar los informes financieros y de actividades para asegurar su calidad
- Visitar a los sub receptores y observar como realizan las actividades
- Asignar personal / recursos para dar seguimiento

Para tal efecto, PSI utiliza tres herramientas de control clave

- Evaluación Pre-contrato

- Lista de revisión financiera
 - Plantilla de Informe de Visita
2. Hacer un seguimiento para asegurarse que:
- Las actividades que se implementan están permitidas.
 - Los costos se alinean con el presupuesto.
 - El dinero en efectivo, el equipo, los insumos del programa se están manejando de manera óptima.
 - La información y supervisión del sub contrato es verídica, eficiente y eficaz.
 - Los sub receptores están cumpliendo con las condiciones del donante
 - PSI proporciona asistencia técnica cuando es necesario.

5.3 Riesgos actuales o previstos en el desempeño del programa y de los receptores principales

En referencia a los estándares mínimos mencionados anteriormente y las evaluaciones de riesgo realizadas (si procede), describa los riesgos actuales o previstos para el programa y el desempeño de los receptores principales designados, así como las acciones que se proponen para atenuarlos (incluyendo asistencia técnica) que se han incluido en la solicitud de financiamiento.

Los objetivos y metas del proyecto se basan en la suposición de que todas las necesidades se han cumplido incluyendo las estratégicas, logísticas y financieras, esperando cuenta con un alto apoyo político. Por otra parte, conociendo que el problema de la malaria no es de importancia para la salud pública en la mayoría de los países de la sub-región y su importancia irá disminuyendo en la medida que haya menos casos. Una financiación adecuada hacia la eliminación de la malaria es un reto que tiene que ser abordado antes de que la enfermedad sea eliminada o que ocurra un resurgimiento de la enfermedad como consecuencia del debilitamiento de los sistemas de vigilancia por la poca importancia de la enfermedad como un problema de salud pública en los países. La financiación insuficiente durante o después este esfuerzo hacia la eliminación de malaria es una amenaza para la ejecución de este proyecto y el mantenimiento de los avances.

Las recientes epidemias de enfermedades transmitidas por vectores como dengue y otras que han ocurrido en la sub-región han llevado a menudo a la disminución de control de la malaria ya que el personal de salud, tanto a nivel central como local, que enfrenta estas situaciones es el mismo. Un programa integrado de control de vectores es necesario, ya que ayudaría al mantenimiento de los conocimientos técnicos con personal capacitado a medida que disminuye la malaria. Por ello, se requiere una mejor planificación que tenga en consideración dichas situaciones. Por otro lado, en los países donde existen en forma separados programas de control para las diversas enfermedades transmitidas por vectores (dengue, malaria, Chagas, etc.), hay necesidad de formular un programa integrado de lucha anti-vectorial.

5.4 Riesgos externos principales

Describa los posibles riesgos externos principales (que escapen del control de los responsables de administrar la ejecución del programa) que puedan afectar negativamente a la ejecución y al desempeño de las intervenciones propuestas.

La reciente crisis financiera ha dejado al mundo en general y a los países de la sub-región, en particular, en una situación desesperada. La deuda pública ha aumentado y la financiación de actividades de gobierno se ha restringido. La financiación internacional para el desarrollo también se ha reducido, lo que acentúa aún más el problema en los países en desarrollo. Aunque el actual panorama económico mundial y sus proyecciones parecen más positivos de lo que era hace un par de años, se necesitaría mayor tiempo para que los países en desarrollo de la subregión puedan reducir la deuda pública y mejorar la disponibilidad de fondos.

El alto nivel de violencia social mezclada con y atribuida a las actividades ilegales, incluyendo comercio de drogas ilegales y tráfico de personas, presentan un serio desafío para los países de la subregión. La seguridad del personal que trabaja sobre el terreno no se garantiza en muchas áreas de la subregión impidiendo la cobertura óptima de la zona correspondiente a las intervenciones de eliminación de la malaria.

Los desórdenes civiles históricamente se han asociado con el aumento de problemas de salud en todo el mundo. La reciente y continua epidemia de malaria en el valle del Bajo Aguán en Honduras atribuida a la agitación social y el aumento de la violencia demuestra claramente el riesgo asociado. La continuación de este problema en Honduras o el inicio de problemas similares en la sub-región en otros lugares aumentarán la malaria y pondrían en riesgo el actual proyecto.

Los desastres naturales como el terremoto en Haití en 2010, o el huracán Mitch en 1998 han resultado en destrucción masiva y la interrupción temporal en la provisión de servicios básicos como la salud. La sub-región es propensa a los huracanes, en especial los países caribeños, y los terremotos son comunes a lo largo de la costa pacífica de América Central. Estos eventos tienen el potencial de poner el país o los países afectados en el caos y disminuir seriamente la ejecución de las actividades de eliminación de malaria.

La dificultad en el cumplimiento de las brechas programático-financieras al interior de los países para el desarrollo de actividades orientadas a la eliminación de la malaria. Este es un factor crítico para el cumplimiento de las metas propuestas.

5.5 Mujeres, comunidades y otras poblaciones clave

Describa de qué modo participarán activamente los representantes de las organizaciones de mujeres, personas que viven con las tres enfermedades y otras poblaciones clave en la ejecución de esta solicitud de financiamiento; en particular, en intervenciones que sirvan para eliminar los obstáculos jurídicos o de políticas que impiden el acceso a los servicios.

En principio, los países incluidos en este proyecto tienen una política de cobertura universal de salud en sus territorios y no tienen obstáculos jurídicos o políticas que impidan el acceso a los servicios. Las limitaciones existentes son por razones culturales, conflictos internos y actividades ilegales, entre otras razones. El proyecto, a través de los países, promoverá la reunión con los grupos organizados que representan a estas mismas poblaciones para generar alianzas comunitarias y sociales que permitan abordar el tema de malaria, entre otros aspectos de salud. Existen experiencias documentadas, de trabajos anteriores con estas poblaciones en la sub región, los cuales se usarán como lecciones aprendidas para abordar este tema.

Se pretende que la población general de los países adopten comportamientos favorables para la pre eliminación y eliminación de la malaria que incluya medidas de saneamiento ambiental, el uso de mosquiteros tratados con insecticidas de forma sostenida, acepten el rociado de la vivienda y el entorno, examen de gota gruesa y el apego al tratamiento antimalárico en los casos detectados.

Se proponen cinco ejes de actuación con las comunidades.

1. Una comunidad que adopta medidas de autocuidado para prevenir y controlar la malaria en su entorno.

Se identificarán dos grupos objetivos tomando como referencia las variables demográficas. Como **audiencia primaria** aquellos grupos que se encuentran directamente vinculados al aumento de la incidencia de casos de malaria, población con mayor riesgo de contraer malaria. Como **audiencia secundaria** aquellos segmentos de individuos relacionados con el primer grupo de forma directa e indirecta que podrán contribuir con la solución de la problemática de cada uno de los grupos.

Se considerara como audiencia primaria:

- Población en riesgo
- Migrantes y población móvil.
- Trabajadores: agrícolas, de la construcción, industria azucarera, bananeras, entre otros.

La audiencia secundaria identificada es:

- Gobierno local
- Instituciones de salud (Ministerio de Salud y ONG)
- Personal de salud
- Instituciones educativas (educadores, estudiantes)
- Actores claves: hoteleros, empresarios, asociaciones agrícolas, comunicadores sociales y líderes comunitarios.

Escenarios de intervención

- Comunidades afectadas
 - Servicios de salud
 - Hogares
 - Escuelas
 - Universidades
 - Organizaciones sociales de base
 - Empresas públicas y privadas
 - Espacios comunitarios: iglesias, clubes, centros comunales, otros.
 - Medios de comunicación.
2. Población inducida hacia una actitud positiva para aceptar las medidas preventivas contra la propagación del mosquito transmisor de la malaria.

Las familias reciben mensajes adecuados a su nivel de conocimiento de manera directa y se enfoca en un cambio de comportamiento, con un enfoque saludable.

El voluntariado se ve fortalecido a través de una participación activa en las comisiones comunitarias de salud, se integra la participación de los agentes de medicina tradicional y que son recursos valiosos y muy respetados en sus comunidades.

La relación de la eliminación de criaderos y lo que esto significa en algunas comunidades.

La extrema pobreza existente en las comunidades no debe ser un obstáculo para la eliminación de la malaria, retomar el tema de **El Relato** que se utiliza para transmisión de experiencias, el superar la enfermedad, ese relato que ha sido a nivel local utilizado entre los comunitarios, se utilizará a nivel de radio como un efecto multiplicador. Que sea la persona afectada con su propio lenguaje como se ha visto afectada compartiendo su experiencia, lo que gastó, lo que dejó de trabajar.

La realización de foros nacionales en las zonas de alta transmisión con una participación e integración de todas las comunidades afectadas, líderes, colaboradores voluntarios, parteras, brigadistas, promotores de salud en una estrecha comunicación con organizaciones de sociedad civil y entes rectores

El aporte de las Creencias principios y valores religiosos, el trabajo pastoral de las iglesias deberá retomar el enfoque de estar sano.

3. Sensibilizar a los diferentes actores claves (hoteleros, empresarios, parceleros y asociaciones agrícolas, trabajadores de la construcción, comunicadores sociales, líderes comunitarios, entre otros) en la corresponsabilidad de acciones preventivas contra la malaria.

La diseminación de la información utilizando medios masivo de bajo costo como la radio y participativos, perifoneo, visitas domiciliarias, entrega de material educativo, ferias comunitarias.

La búsqueda de aliados como cantantes o autores que produzcan información con metodologías lúdicas.

Se realizarán acciones coordinadas que brinden protección a personas con alta movilidad, que por razones laborales, familiares, políticas o de otra índole se encuentran vulnerables a ser portadores de malaria y ser focos de transmisión en las diferentes comunidades donde se movilicen.

4. Fortalecer los conocimientos en el tema de malaria al personal de salud y mecanismos de apoyo comunitario en promoción de salud para un mejor manejo de la información en los diferentes escenarios.

Amplios espacios de participación a diferentes niveles, compartiendo ejemplos de buenas prácticas, uso del internet para diseminación de la información, experiencias radiales en la región, compartir la información, creación de red de conocimiento de intercambio de información sobre el tema de malaria.

5. Sostenibilidad

Se revisará y analizará el nivel de dispersión de las acciones comunitarias en salud por una débil vinculación entre gobierno, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado, así como revisar la capacidad de planteamientos resolutivos de las organizaciones de la sociedad civil en el ámbito comunitario con respecto a los temas de salud.

Evitar la reintroducción a través de acciones basadas en la comunidad como una actividad originada en las comunidades.

En términos generales las intervenciones desarrolladas estarán orientadas a:

- Facilitar la creación, articulación e implementación de políticas de intervención local que sean garantía de la sostenibilidad de la respuesta local y municipal de la pre-eliminación y eliminación de la Malaria.
- **El desarrollo de Foros y ordenanzas Municipales** amparadas en marcos legales que mantenga integrado a todos los organismos existentes en la comunidad y un trabajo activo enfocado hacia la eliminación.
- Las municipalidades toman como propias las actividades integrales de eliminación, basado en principios de colaboración con todos los sectores implicados de la sociedad civil e incluya en su presupuesto, recursos económicos para la prevención y control de la Malaria.

La sostenibilidad se deberá basar en el fortalecimiento de organizaciones con base comunitaria para mejorar la prestación de los servicios de salud, difundir los servicios e impulsar políticas de carácter local, diseño de intervenciones de carácter municipal y permanente que garantice la sostenibilidad de un programa nacional para disminuir la incidencia de la Malaria, logrando resultados perceptibles en la Respuesta Regional.

Integración regional de la Sociedad Civil en la prevención y promoción de la malaria

Como incorporar a la Sociedad Civil

La integración regional de la sociedad civil estará enfocada a recoger y sistematizar las buenas prácticas para estimular el aprendizaje y cooperación horizontal entre los países.

Describir y presentar anualmente, una o más prácticas que a su criterio sean relevantes y exitosas, que con evidencia demostrada han contribuido (o están contribuyendo) conjuntamente con el ente rector de la Malaria, a una respuesta efectiva a la eliminación de la Malaria en cada país. Con el fin de focalizarnos en los temas centrales y asegurar que el análisis de las prácticas presentadas en las reuniones regionales ayuden a contestar las preguntas y/o inquietudes durante la puesta en marcha de la iniciativa.

Con esta integración regional se estaría visibilizando un rol específico de la sociedad civil, en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios, asegurando la inclusión de las poblaciones clave e interactuando con el Gobierno. Este rol es diferente al rol que tienen los programas gubernamentales de malaria, dado que los Ministerios son los entes clave para institucionalizar los logros, asegurar la capacidad necesaria de implementación, así como también el presupuesto suficiente y un funcionamiento adecuado de los sistemas nacionales, que pueden servir más allá y no solamente para una iniciativa específica.

En resumen, la participación de la sociedad civil favorece la creación de una Red Regional de la sociedad civil para la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Española en la que se integran las experiencias y se avanza hacia la eliminación de la malaria desde un enfoque local y de acciones comunitarias con una responsabilidad compartida y orientada hacia el acompañamiento comunitario y fortalecimiento de acciones.

El monitoreo social y la vigilancia a las acciones de prevención y control de la malaria desde la sociedad civil como una responsabilidad social y participación activa, así como de cogestión de proyectos y programas, garantizando la auditoría social en los diferentes procesos, el acompañamiento y aporte de la sociedad civil en armonía con las entidades de gobierno aportando al esfuerzo regional. Así como fortalecer el rol primario de la participación de la mujer y derechos humanos en salud.

Sociedad civil organizada

Propósito al 2016.

Como un resultado intermedio de las acciones se espera que se fomenten y fortalezcan grupos informados y habilitados para incidir en la eliminación de la malaria, sobre todo en las zonas de alta transmisión.

La sensibilización de la comunidad a través de coordinaciones con las organizaciones en el campo de la salud, una comunidad informada que sea partícipe de las acciones de prevención de la malaria.

Las comunidades entienden que la Malaria ha sido arrancada de sus lugares y que ya no se enfermarán de Malaria, la transmisión de la información entre comunitarios debe diseminarse

fluidamente en todas las reuniones comunitarias, todos los espacios de acción de las diferentes formas de organización de la comunidad.

Visión al 2020 de la participación comunitaria.

La sociedad civil y la comunidad organizada han permitido eliminar la transmisión local de la malaria a través de acciones locales sostenidas, compartiendo las experiencias exitosas y manteniendo las acciones que han sido positivas, que garantizan una amplia participación y que generan transmisión de conocimiento en las diferentes comunidades de manera oportuna y constante.

SECCIÓN 6: LISTAS DE ABREVIATURAS Y ANEXOS

6.1 Lista de abreviaturas y acrónimos utilizados por el solicitante
Indique a continuación todas las abreviaturas y acrónimos utilizados en esta solicitud de financiamiento
BID – Banco Interamericano de Desarrollo
BMGF – Bill & Melinda Gates Foundation
CDC – Centers for Disease Prevention and Control
CHAI- Clinton Health Access Initiative
COMISCA – Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
DDT/GEF- Proyecto DDT/GEF(Global Environment Facility)
ECOSF- Equipos comunitarios de salud familiar
FM- Fondo Mundial
GIZ – Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
ILP- Índice de Láminas Positivas
INCIENSA- Centro Nacional de Referencia en Parasitología
IPA- Índice Parasitaria Anual
IPCA- INICIATIVA CENTROAMERICANA PARA LA INTERRUPCION DE CHAGAS
IS-Global – Instituto de Salud Global, Universidad de Barcelona
IVM- Control Integrado de Vectores
MCP – Mecanismo de Coordinación del País
MIV- Manejo Integrado de Vectores
MCR – Mecanismo de Coordinación Regional
MTILD – Mosquiteros Tratados de Insecticida de Larga Duración
ODM - Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIM - Organización Internacional de Migración
OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
PASMO – Pan American Social Marketing Organization
PCR- Polychromase Chain Reaction
PDR- Pruebas de Diagnóstico Rápido
PNM- Programa Nacional de Malaria
POA-Plan Operativo Anual
PRT- Panel de Revisión Técnica
PSI – Population Services International
RAVREDA- Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos

Nota conceptual del Mecanismo de Coordinación Regional

6.2 Lista de anexos			
Indique toda la documentación complementaria correspondiente que se adjunta con esta solicitud de financiamiento.			
S No.	Nombre del anexo	Referencia	de página
2.1.a	2.1.a_ LAC_Regional Malaria Elimination Initiative in Mesoamerica and Hispaniola for malaria	Sección 2	NC
2.1.b	2.1.b Lista de asistentes Reunión MCR Marzo 2013	Sección 2	NC
2.1.c	2.1.c-Minuta Reunión MCRCOR_Fonoconferencia FM	Sección 2	NC
2.1.d	2.1.d Correosmecanismformulacion	Sección 2	NC
2.1.e	2.1.e Reunión Costa Rica-Dialogo Regional 24 al 260613	Sección 2	NC
2.1.f	2.1.f Lista_Participantes reunion COR junio2013	Sección 2	NC
2.1.g	2.1.g_Declaración para la eliminación de la malaria firmada	Sección 2	NC
2.1.h	2.1.h Resolución COMISCA junio 2013	Sección 2	NC
2.1.i	2.1.i El Salvador-Reuniones trabajo borrador NC Del 9 al 220713	Sección 2	NC
2.1.j	2.1.j Documentos Finales NC PRIMER BORRADOR NMF 22-07-2013	Sección 2	NC
2.1.k	2.1.k Reuniones Diálogos Multipaises	Sección 2	NC
2.2.a	2.2.a_TdR Receptor Principal Malaria	Sección 2	NC
2.2.a1	2.2.a1 comunicaciones con FM_TDR	Sección 2	NC
2.2.b	2.2.b_CCM_Requirements_Guidelines_es	Sección 2	NC
2.2.c	2.2.c_Auncio TDRRP_Malaria	Sección 2	NC
2.2.d	2.2d_Publicaciones	Sección 2	NC
2.2.e	2.2.e_Propuestas para Receptor Principal	Sección 2	NC
2.2.f	2.2.f Minuta RCM RP_Malaria	Sección 2	NC
2.2.f1	2.2.f1 Comité Evaluador MCR	Sección 2	NC
2.2.g	2.2.g_Consolidado Matriz evaluación RP Malaria EMMIE	Sección 2	NC
2.2.h	2.2.h Evaluaciones	Sección 2	NC
2.2.i	2.2.i_Notificación a PSI_RP	Sección 2	NC
2.2.j	2.2.j_Notificaciones	Sección 2	NC
2.4	2.4_anexo1 Elegib y aval	Sección 2	NC
3.1	3.1_Estructura y funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la región	Sección 3	NC
3.3.1	3.3.1_Evaluación Programa por país	Sección 3	NC
4.1	Estrategias Transversales para los países de la Región	Sección 4	NC
4.2	4.2_Ronda de consultas IS Global sobre eliminación de malaria	Sección 4	NC
4.3	4.3 ANEXO 2 Herramienta Modular	Sección 4	NC
4.4	4.4_Justificación fondos de arranque por pais	Sección 4	NC
3.A1	Anexo 3.A1 Plan de Monitoreo Estratégico para componente VIH	Req.3	Performance Assessment
3.A2	Anexo 3.A2 Reglamento Interno v.agosto 2013 Cap.III, Art.24, Num.4, pág.18	Req.3	Performance Assessment
4.D1	Anexo 4.D1 Lista de miembros del MCR con sector representado	Req.4	Performance Assessment
4.D2	Anexo 4.D2 Directorio Participantes Taller Regional de la EMMIE/San José, Costa Rica	Req.4	Performance Assessment

4.D3	Anexo 4.D3 Lista de asistencia Diálogo Multipais en República Dominicana	Req.4 Assessment	Performance
4.D4	Anexo 4.D4 Lista de asistencia Diálogo Multipais en El Salvador	Req.4 Assessment	Performance
4E 1	Anexo 4E 1 Listamiembros MCR	Req.4 Assessment	Performance
5F 1	Anexo 5F 1 Resolución Ordinaria 02-2013	Req.5 Assessment	Performance
5F 2	Anexo 5F 2 Resolución Ordinaria 04-2013	Req.5 Assessment	Performance
6	Anexo 6 Política de gestión de conflicto de interés MCR Final agosto 2013	Req.6 Assessment	Performance

ANEXO 1: Elegibilidad de la nota conceptual y aval por parte de los Mecanismos de Coordinación de País

- a. Adjunte las cartas de respaldo de todos los MCP (o bien de los mecanismos nacionales actuales si no existen MCP) y enumérelas en la pestaña correspondiente del Anexo 1.
- b. Adjunte el formulario de los miembros del MCR del Anexo 1 con las firmas de todos los miembros aprobando la nota conceptual presentada.

ANEXO 2: Herramienta modular

La 'herramienta modular' es uno de los documentos principales de la solicitud de financiamiento que debe ser completado en formato Excel.