



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

AMEXCID

AGENCIA MEXICANA
DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO



PLAN MAESTRO MESOAMERICANO PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA MALARIA HACIA SU ELIMINACIÓN

Mayo, 2015

CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN

2. ANTECEDENTES

2.1. Políticas, estrategias y planes implementados

3. SITUACIÓN ACTUAL DE MALARIA EN LA REGIÓN DE MESOAMÉRICA

3.1. Casos de malaria en poblaciones indígenas

3.2. Casos de malaria en mujeres embarazadas

3.3. Casos de malaria en poblaciones fronterizas

3.4. Otros grupos de riesgo

4. PLAN

4.1. Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes

4.2. Manejo integrado de vectores

4.3. Diagnóstico y tratamiento de la malaria

4.4. Promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboración

4.5. Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país.

5. MONITOREO Y EVALUACIÓN

6. PRESUPUESTO

7. ANEXOS

7.1. Casos de malaria en poblaciones indígenas (2008-2013)

7.2. Casos de malaria en mujeres embarazadas (2008-2013)

7.3. Casos de malaria en poblaciones fronterizas (2008-2013)

7.4. Casos de malaria en otros grupos de riesgo

7.5. Análisis FODA: Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes

7.6. Análisis FODA: Manejo integrado de vectores

7.7. Análisis FODA: Diagnóstico y tratamiento

7.8. Análisis FODA: Promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboración

7.9. Análisis FODA: Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país

7.10. Análisis FODA: Otras líneas de acción propuestas por los países

8. ACRÓNIMOS

9. REFERENCIAS

1. INTRODUCCIÓN

El Plan Maestro Mesoamericano para Mejorar el Control de la Malaria hacia su Eliminación con un enfoque particular en las poblaciones vulnerables está destinado a los países que forman parte del Proyecto Mesoamérica: Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana. Su finalidad es guiar a los países de la sub-región en los esfuerzos destinados al progreso del control de la malaria hacia la pre-eliminación y posteriormente la eliminación, dando especial consideración a las poblaciones vulnerables (embarazadas, poblaciones indígenas, afro-descendientes, poblaciones móviles, trabajadores de plantaciones, jornaleros, entre otros). Las bases para la elaboración de este material son los diferentes documentos técnicos, estrategias, planes de acción y resoluciones asumidas por los países mesoamericanos a nivel mundial, regional y subregional.

Este plan maestro se desarrolla en el marco del Proyecto Mesoamérica, espacio político de alto nivel que articula esfuerzos de cooperación, desarrollo e integración entre sus 10 países integrantes. El Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) es el mecanismo especializado del Proyecto Mesoamérica cuyo objetivo es generar bienes públicos regionales para resolver retos comunes en materia de salud. El mecanismo de gobernanza del SMSP comprende del Consejo de Ministros de Salud (CM-SMSP), el Secretariado, el Instituto Mesoamericano de Salud Pública, el Comité de Estrategia Financiera y los Coordinadores Nacionales del SMSP.

Durante la V reunión del CM-SMSP celebrada en Panamá en diciembre 2013, se acordó la elaboración y/o actualización de los planes maestros de dengue, seguridad vial y atención primaria de salud. En octubre 2014 en Washington D.C., se acuerda trabajar también en la actualización del plan de malaria. En este sentido, la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional y Desarrollo de México (AMEXCID) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) suscribieron un acuerdo de cooperación técnica para la elaboración de los siguientes planes maestros:

1. Plan Maestro Mesoamericano de atención primaria en salud como parte de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
2. Plan Maestro Mesoamericano de seguridad vial en las ciudades de Mesoamérica;
3. Plan Maestro Mesoamericano para mejorar el control de la malaria hacia su eliminación; y
4. Plan Maestro Mesoamericano de gestión integrada para la prevención y control del dengue y chikungunya.

Los planes maestros fueron realizados en conjunto con los ministerios de salud e instituciones relacionadas de todos los países, con apoyo técnico de OPS/OMS, y soporte financiero y de comunicación con el SMSP por parte de AMEXCID.

El proceso de elaboración de los planes incluyó: análisis de situación; reuniones presenciales y virtuales para el establecimiento de prioridades, indicadores y elaboración del plan maestro; visita a los países por parte de OPS/OMS para acompañamiento técnico y elaboración de los planes estratégicos nacionales y/o de ciudad.

Se espera que este plan sirva de base para mejorar el control de la malaria hacia la eliminación en poblaciones vulnerables, complementando otros esfuerzos y proyectos en la Subregión Mesoamericana.

2. ANTECEDENTES

2.1 Políticas, estrategias y planes implementados

El mandato regional de la OPS para combatir la malaria está guiado por las metas existentes mundiales, regionales y de país. En el 2005, la OPS reunió a representantes de varios sectores y a socios que trabajan en el campo de la malaria en un amplio proceso de discusión y consulta para desarrollar y consolidar guías de política y orientaciones programáticas que sirvieran como lineamientos útiles a los países miembros e instituciones asociadas en actividades y colaboraciones para la prevención y control de la malaria en la Región. El resultado de este esfuerzo es el Plan Estratégico Regional contra la Malaria en las Américas 2006–2010

Este plan estratégico fue actualizado en el 2011 en la *Estrategia y Plan de Acción Sobre la malaria (2011-2015)*, y aprobado por unanimidad por el Consejo Directivo de la OPS de fecha 26-30/09/2011; Resolución CD51.R9 . Esta estrategia y plan de acción es consistente con la *Estrategia Técnica Global (GTS)* del Programa Global de Malaria de la OMS. Actualmente, la Estrategia Técnica Global se encuentra en desarrollo para el periodo 2015-2025 y será adaptada para la próxima Estrategia y Plan de Malaria de la OPS (2016-2020).

Además del Desarrollo de la Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria en las Américas, un importante número de avances y políticas se desarrollaron en este periodo, proporcionando orientación adicional en lo referente al trabajo en Malaria de la Región:

- CD49/9: Eliminación de Enfermedades Desatendidas y otras Infecciones relacionadas con la Pobreza (septiembre 2009), las cuales incluyen la malaria entre la lista de enfermedades que pueden ser eliminadas en algunas áreas
- El Plan de Acción Mundial de la Malaria (2008)
- CD48/13: El control integrado de vectores, una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial (septiembre 2008), que promueve el manejo integrado de vectores como parte integral del manejo de enfermedades causadas por vectores en la Región.
- CSP27.R11: La 27a. Conferencia Sanitaria Panamericana: Malaria en las Américas (julio, 2007) dictó el mandato de conmemorar el Día de la Malaria en las Américas, celebrado anualmente el 6 de noviembre.
- CSP27.R10: La 27a. Conferencia Sanitaria Panamericana: Política y Estrategia Regionales para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria Incluyendo la Seguridad del Paciente.
- WHA60.18: Paludismo, incluida la propuesta del establecimiento de un Día Mundial del Paludismo.
- WHA60.25: Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: Borrador de Estrategia.
- CD47.R18: La salud de los pueblos indígenas de las Américas.

Otros objetivos e iniciativas relevantes al problema mundial de la malaria, que continúan reafirmando el papel de la OPS en el desafío de la malaria en las Américas, también incluyen:

- Los objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas (NU) (septiembre 2000) especialmente el ODM 6 – combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
- La Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA58.2 operativamente definió la meta NU- ODM para la malaria como una reducción de 25% adicional a la meta del RBM 2010 (reducir la malaria a la mitad); así la meta para el 2015 es una reducción del 75% de los casos de malaria.
- La Alianza Hacer Retroceder el Paludismo (RBM) (octubre 1998) de disminuir la malaria a la mitad en el año 2010.
- La Estrategia Mundial para el Control de la Malaria (EMCM) (octubre 1992).
- Resoluciones emitidas en la última Asamblea Mundial de la Salud y varias reuniones y conferencias de la OMS y la OPS:
 - Resolución del 46o. Consejo Directivo de la OPS: La malaria y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos en la Declaración del Milenio (CD46.R.13; septiembre 30, 2005).
 - 58a Asamblea Mundial de la Salud: Control del paludismo (WHA58.2; mayo 23, 2005) /115a Sesión de la Junta Ejecutiva de la Malaria (EB115.R14; enero 24, 2005)
 - CD45.R3: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas de salud.
 - CD44.R6: Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros.
 - 26a Conferencia Sanitaria Panamericana: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las Américas (CSP26.R12; Septiembre 23–27, 2002).
 - Resoluciones del 42o Consejo Directivo de la OPS: Hacer retroceder el paludismo en la Región de las Américas (CD42.R15; septiembre 25–29, 2000).
 - 52a Asamblea Mundial de la Salud: Alianza Hacer Retroceder el Paludismo (WHA52.11; mayo 24, 1999).

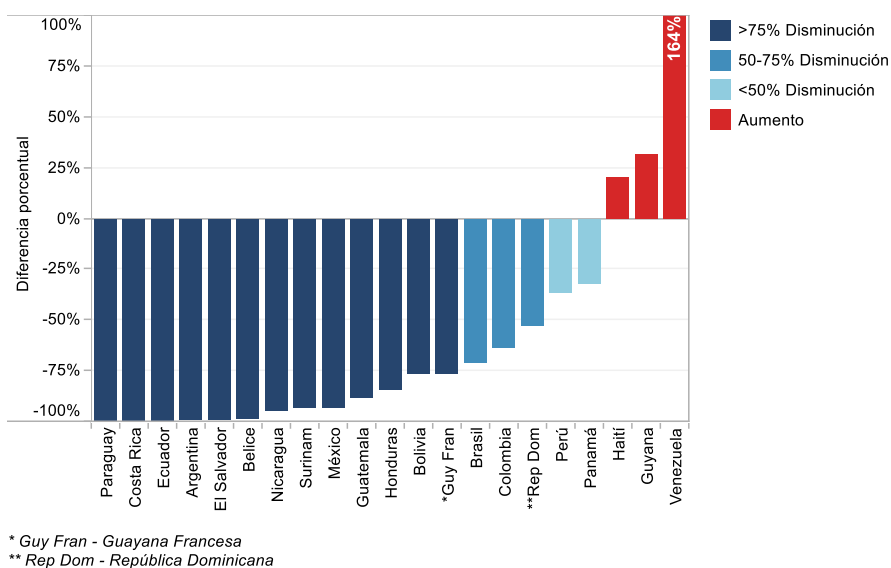
Para la implementación de la Estrategia y Plan de Malaria (2011-2015), en Mesoamérica, el Programa Regional de Malaria de la OPS/OMS cuenta con la participación y colaboración de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria (AMI/Amazon Malaria Initiative por sus siglas en inglés), financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la isla la Española (EMMIE), con financiamiento del Fondo Mundial contra el VIH, TB y Malaria; y el Consorcio para la Eliminación de la Malaria en Haití (HaMEC /Haiti Malaria Elimination Consortium por sus siglas en inglés), con financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, que apoya a la República Dominicana.

Entre los socios de la OPS/OMS en la implementación de esas iniciativas, están el Centro de Control de Enfermedades de los EEUU (CDC), el Centro Carter y la Iniciativa Clinton de Acceso a la Salud (CHAI).

3. SITUACIÓN ACTUAL DE MALARIA EN LA REGIÓN DE MESOAMÉRICA

Analizando la morbilidad por malaria en el periodo 2000 a 2013 en cada uno de los 21 países endémicos de la región, encontramos que 13 de ellos han conseguido reducciones de más del 75%, logrando así la meta del ODM #6 para el 2015. De estos 13, siete corresponden a países de esta subregión (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua). Otros tres países (Colombia y República Dominicana entre ellos) con reducciones entre el 50 y 75%, y otros dos (incluido Panamá) con disminuciones de menos del 50% pero encaminados (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de reducción en casos confirmados en la Región de las Américas. 2000-2013



Al mirar con más detalle al conjunto de los 10 países de esta sub-región, encontramos que la reducción es aún más marcada, reportándose en el 2013 un total de 66,380 casos de malaria, 78% de estos reportados por Colombia, correspondiendo a una reducción de la morbilidad del 75% en relación al año 2000.

Los principales vectores transmisores de la malaria son el *Anopheles darlingi*, *An. albimanus*, y *An. pseudopunctipennis* y las dos especies parasitarias predominantes son *Plasmodium vivax* (69%) y *P. falciparum* (30%).

Debido a las marcadas reducciones y los progresos que pueden observarse en esta subregión, cuatro de los 10 países se encuentran clasificados actualmente por la OPS/OMS en fase de pre-eliminación, estos son: Belice, Costa Rica, El Salvador y México. El resto de los países se encuentran actualmente en fase de control, reorientando las acciones para moverse hacia la pre-eliminación y posterior eliminación.

Los patrones de malaria en la región mesoamericana tienen características peculiares que deben considerarse en el diseño e implementación de las estrategias para mejorar el control y aspirar a la eliminación. En la región mesoamericana, los países con mayor carga de malaria son Honduras y Guatemala, sin embargo, en la última década se ha registrado un notable descenso en la transmisión de la enfermedad en toda la región.

Si analizamos la situación a nivel municipal en los países de Centroamérica durante 2010, 2011 y 2012, y clasificamos la información en tres estratos específicos: estrato 1 (municipios sin casos autóctonos en estos 3 años), el estrato 2 (< 1 caso por 1000 habitantes en los tres años), y estrato 3 (>1 caso por 1000 habitantes en uno o más de esos años), los resultados muestran que en el conjunto de países de esta sub-región la mayoría de los municipios (66%) se encuentran en estrato 1, seguido por un 27% en estrato 2, y 8% en estrato 3. Vemos que para México el número de municipios en estrato 1 llega al 96%. (Tabla 1).

Tabla 1. Número de municipios por estrato y por país. 2010 al 2012

País	Estrato 1 (sin casos autóctonos)	Estrato 2 (< 1 caso por 1000 habitantes)	Estrato 3 (>1 caso por 1000 habitantes)	Total
Belice*	1	4	1	6
Costa Rica	71	9	1	81
El Salvador	249	13	0	262
Guatemala	167	128	37	332
Honduras	153	107	38	298
Nicaragua	105	39	9	153
Panamá	45	24	6	75
Centroamérica	791 (66%)	324 (27%)	92 (8%)	1,207
México	2357 (96%)	87 (3.54%)	13 (0.52%)	2457

Fuente: Informes de países a la OPS

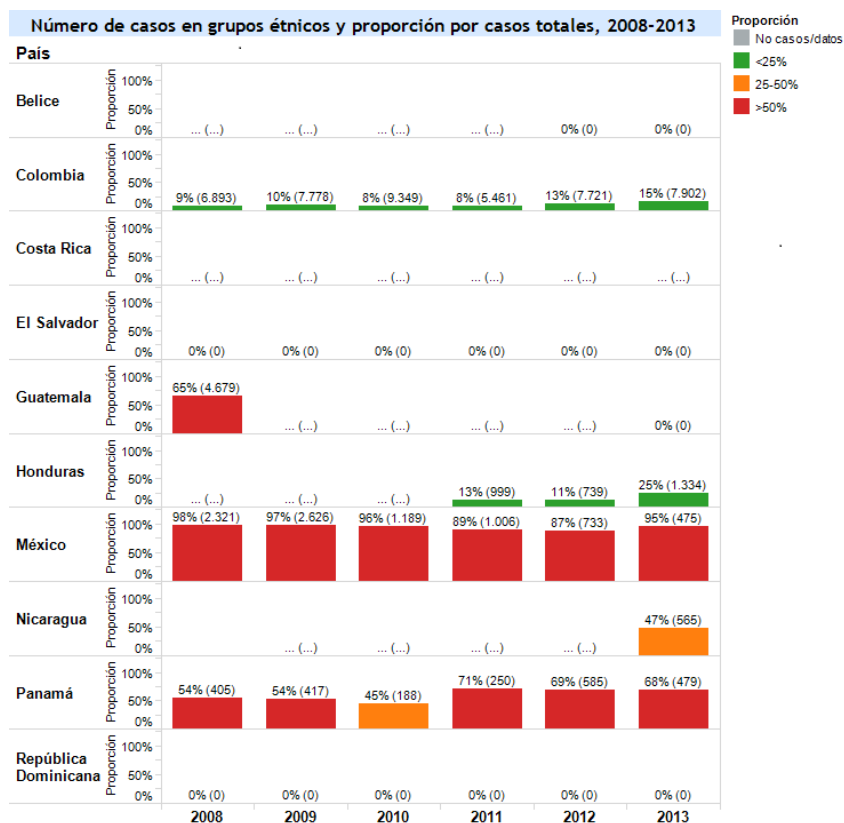
**División nacional por distritos (nivel administrativo1)*

Utilizando el sistema de reporte actual que utiliza la OPS, se realizó un análisis de la estratificación de los casos de malaria en las poblaciones vulnerables identificadas por cada país; encontrándose lo siguiente:

3.1. Casos de malaria en poblaciones indígenas

De los países de la Sub-región puede observarse que los casos en estas poblaciones se concentran en Colombia, Guatemala, Honduras, México y Panamá como se observa en la figura 2.

Figura 2. Casos de malaria en poblaciones indígenas por país (2008-2013)



Fuente: Informe de países a la OPS

... No hay datos disponibles

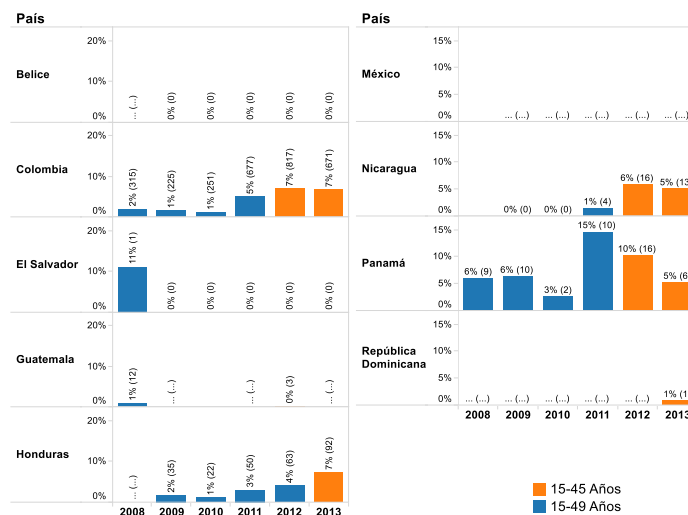
* Los datos suministrados por México (2015) son por municipios con Poblaciones indígenas, no casos individuales reportados en indígenas u otros grupos étnicos

En los últimos 6 años (2008-2013) se puede observar que Belice, Costa Rica, El Salvador y República Dominicana no reportaron casos de malaria en poblaciones indígenas; Guatemala sólo reportó casos en el 2008; Honduras tiene reporte de casos en estas poblaciones a partir de 2011 y Nicaragua a partir del 2013. (Anexo 1).

3.2. Casos de malaria en mujeres embarazadas

Los casos de malaria en mujeres embarazadas se concentran en Colombia, Honduras, Nicaragua y Panamá como se observa en la figura 3.

Figura 3. Casos de Malaria en Mujeres Embarazadas por país (2008-2013)



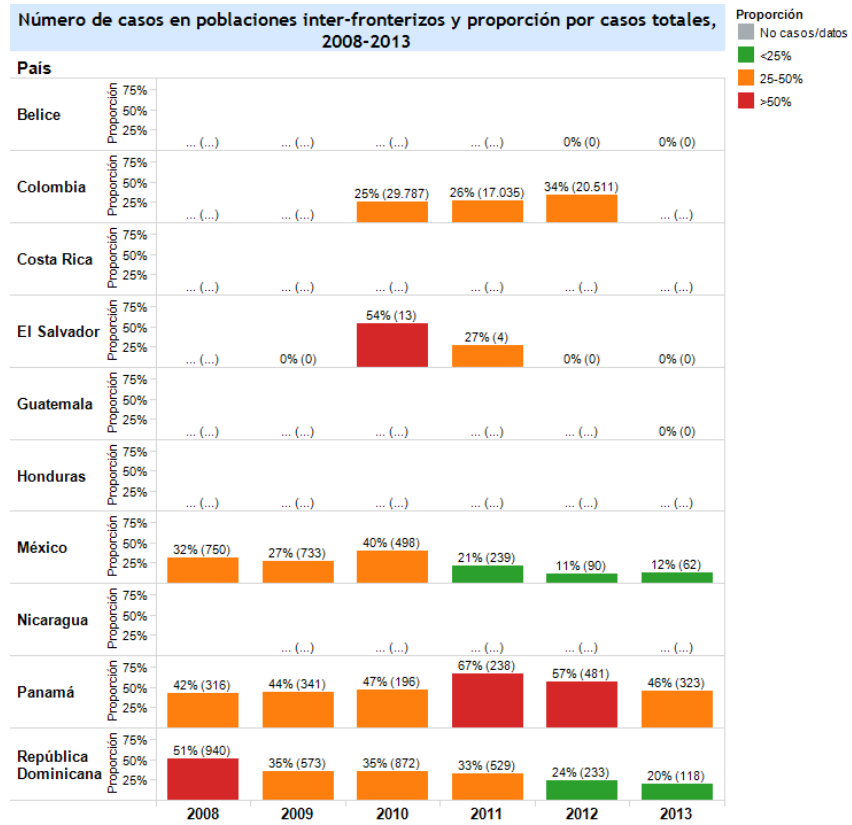
Fuente: Informe de países a la OPS
 ... No hay datos disponibles

Belice y Costa Rica no reportaron casos en embarazadas en los últimos años; El salvador y Guatemala tienen reportes irregulares, México no tiene datos disponibles y República Dominicana no aporta datos. (Ver Anexo 2). No puede descartarse un sub-registro de casos en los países que no aportaron datos.

3.3. Casos de malaria en áreas fronterizas

Los siguientes países reportan casos en áreas fronterizas: Colombia, El Salvador, México, Panamá y República Dominicana, como se muestra en el Grafico 4. (Ver Anexo3)

Figura 4. Casos de Malaria en áreas fronterizas por país (2008-2013)



Fuente: Informe de países a la OPS

... No hay datos disponibles

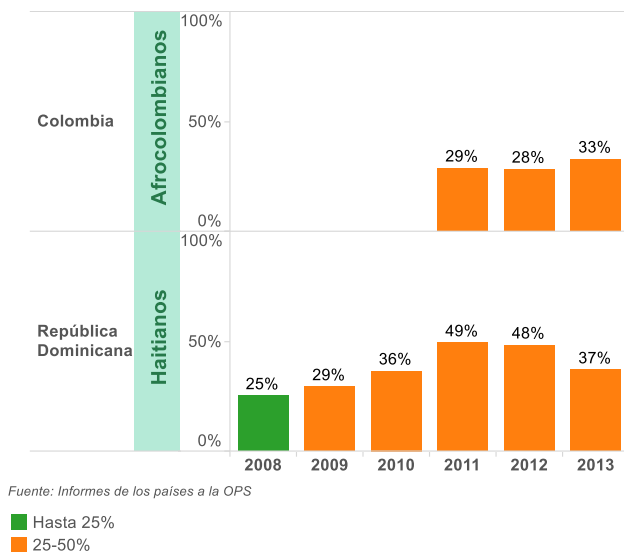
*Datos de México suministrados por el país (2015)

No puede descartarse un sub-registro de casos en los países que no aportaron datos.

3.4. Otros grupos de riesgo

Dos países reportaron -hasta la fecha- casos de malaria en otros grupos que consideraron de riesgo (afrocolombianos y haitianos) como se observa en la figura 5. (Ver Anexo 4)

Figura 5. Casos de malaria en otros grupos de riesgo por país (2008-2013)



No hay reportes de ninguno de los países que forman parte del Proyecto Mesoamérica, en las siguientes poblaciones especiales: mineros, leñadores, trabajadores de plantaciones o habitantes de áreas de conflicto.

La situación demuestra falta de datos en poblaciones vulnerables, lo que limita el análisis. Se necesita mejorar la calidad de los sistemas de vigilancia y la notificación de casos nominales, incluyendo información que pueda ayudar a la recolección de estos datos.

4. PLAN

El objetivo de este plan es mejorar el control de la malaria hacia la eliminación en poblaciones vulnerables, complementando otros esfuerzos y proyectos en la Subregión Mesoamericana.

Su elaboración incluyó la revisión de las áreas de acción e identificación de las fortalezas y debilidades de los programas nacionales de malaria (análisis interno), así como las oportunidades y amenazas existentes (análisis externo) para el abordaje de la malaria en estas poblaciones vulnerables, teniendo en consideración las líneas estratégicas y el enfoque de la región hacia la eliminación de la malaria. Se contó con la participación de todos los países que componen el Proyecto Mesoamérica. Los resultados variaron dependiendo del país, debido a la heterogeneidad de la situación de malaria y de los programas nacionales. Los resultados de este análisis FODA (ver Anexos 5, 6, 7, 8, 9 y 10) fueron utilizados para delinear las metas, objetivos y actividades propuestas en el PMM para Malaria.

También fueron revisados documentos elaborados por los países para el abordaje de la salud en las poblaciones vulnerables. Es importante mencionar que los países han realizado esfuerzos importantes en los últimos años para el abordaje intercultural de la salud, tomando en cuenta los diferentes contextos a nivel de país, la presencia de múltiples etnias, culturas y lenguas. En algunos países esto se ha traducido en acuerdos ministeriales y reglamentos internos para la Atención de la salud de los Pueblos Indígenas como es el caso de Guatemala. En otros casos se han realizado estudios específicos para el abordaje intercultural de la malaria, como en el caso de Panamá y Nicaragua.

Sin embargo, a nivel de la Región continuamos observando como la malaria se concentra en estas poblaciones, y las dificultades existentes para su abordaje. Es por esto que este Plan, vendrá a completar los esfuerzos que se han realizado hasta la fecha, dándole la oportunidad a la Región Mesoamericana de concertar los esfuerzos para lograr el abordaje intercultural de la malaria en estas poblaciones y poder así acelerar el progreso de la región hacia la eliminación.

Las metas establecidas para el PMM han sido definidas por líneas de acción. Los grupos que componen las poblaciones vulnerables son diferentes en cada uno de los países y esto se refleja en las metas establecidas y en los planes nacionales. Los cinco componentes de La Estrategia y Plan de Acción para Malaria en las Américas 2011-2015 son los siguientes:

- 4.1. Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.
- 4.2. Manejo integrado de vectores.
- 4.3. Diagnóstico y tratamiento de la malaria.
- 4.4. Promoción, comunicación, alianzas y colaboraciones.
- 4.5. Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, monitoreo y evaluación; investigaciones operacionales; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país.

4.1 Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.

Metas	Objetivos	Indicadores	Actividades
Mejorar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica y notificación de casos nominales de malaria con análisis a nivel de las localidades o focos y grupos vulnerables.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la notificación de los casos de malaria y análisis de la información. 2. Interrumpir la cadena de transmisión de la malaria de forma eficiente, evitar la instauración de brotes y lograr la contención de los mismos una vez detectados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de casos reportados anualmente por grupos vulnerables por país 2. Número de productos/instrumentos para la Vigilancia Epidemiológica adaptados según las necesidades de cada país/áreas de transmisión. 	<p>Apoyo a los países para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actualización de los sistemas existentes de reporte y notificación de casos. 2. Mejorar los Sistemas de flujo de información. 3. Elaboración de reportes semanales y análisis de la situación de la malaria para planificar las actividades de prevención, control y prevención de la reintroducción en base a los análisis epidemiológicos realizados.
Estratificación de las áreas de riesgo malárico a nivel de municipios, localidades o focos con especial atención a las zonas de influencia habitadas por poblaciones vulnerables.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratificación de las áreas de riesgo malárico para poder priorizar los municipios/localidades y facilitar la ejecución de las acciones de prevención y contención de brotes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de municipios según estratos 2. Número de focos caracterizados en áreas del proyecto. 	<p>Apoyo a los países para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definir áreas habitadas por poblaciones vulnerables y focos de transmisión y realizar la estratificación. 2. Realizar talleres de re-orientación hacia la eliminación.

4.2. Manejo integrado de vectores (MIV)

Metas	Objetivos	Indicadores	Actividades
Mejorar la idoneidad del recurso humano mediante la	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediante la capacitación de personal local (de preferencia, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de capacitaciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo técnico a los países en el desarrollo de

capacitación de personal local.	personal perteneciente a las comunidades de las poblaciones vulnerables/zonas de transmisión) se aspira sobrepasar las barreras culturales existentes en algunas poblaciones (lenguaje, creencias, cosmovisión, entre otras) y garantizar la sostenibilidad de las acciones para el MIV.	realizadas a los funcionarios que trabajan en el MIV.	capacitaciones para el MIV. 2. Apoyo técnico a los países en la organización de talleres para la formación del personal de salud en el abordaje intercultural de las poblaciones vulnerables.
Adecuación de las actividades de control vectorial; Rociado Residual Intradomiciliario, (RRI) y utilización de Mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) tomando en cuenta las particularidades culturales de las diferentes poblaciones vulnerables a ser abordadas.	1. Lograr la implementación exitosa de las actividades de prevención de la malaria mediante la adecuación de las mismas a las particularidades de cada población; identificando y abordando las barreras culturales existentes.	1. Cobertura del RRI y MTILD por estratos y/o grupos vulnerables.	1. Evaluar cobertura del RRI y MTILD en las zonas habitadas por poblaciones vulnerables. 2. Apoyo técnico a los países que lo requieran para realizar un análisis de las medidas para el control vectorial actualmente utilizadas y las posibles barreras culturales que estén afectando la implementación en las poblaciones vulnerables. 2. Apoyo técnico a los países en las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC).
Monitorear y mejorar la Vigilancia Entomológica.	1. Conocer la situación de resistencia a los insecticidas en las zonas de alto riesgo malárico, (habitadas por	1. Situación de la resistencia en focos de transmisión y/o áreas de grupos vulnerables.	1. Monitorear indicadores entomológicos en las zonas habitadas por poblaciones vulnerables.

	poblaciones vulnerables), y los patrones de comportamiento de los vectores, a fin de aplicar las medidas localmente apropiadas para mejorar el control vectorial.		
	2. Mejorar la vigilancia entomológica a fin de adecuar las acciones de MIV.	1. Indicadores entomológicos realizados	1. Apoyar a los países en la caracterización de hábitos del vector en el país y/o focos específicos.

4.3 Diagnóstico y tratamiento de la Malaria

Metas	Objetivos	Indicadores	Actividades
Mejorar la cobertura del diagnóstico parasitológico de la malaria en zonas rurales, poblaciones móviles y migrantes y localidades de difícil acceso, habitadas por poblaciones vulnerables.	1. Mejorar la cobertura del diagnóstico de la malaria en zonas rurales, poblaciones móviles y migrantes y áreas de difícil acceso, para lograr un diagnóstico oportuno, evitar el tratamiento de casos sospechosos de malaria (sin un diagnóstico parasitológico), ofrecer un tratamiento oportuno y de calidad, y poder interrumpir de forma eficiente la cadena de transmisión de la malaria.	1. Número de personas tratadas dentro de 72 horas del inicio de los síntomas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar al país en adecuar la red de microscopía en las zonas donde haya factibilidad (recurso humano y de infraestructura). 2. Apoyar al país en la implementación de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en grupos/áreas de difícil acceso, a fin de garantizar que todos los casos sospechosos de malaria reciban una prueba diagnóstica. 3. Apoyar en la elaboración e implementación de la Norma de Diagnóstico y Tratamiento

			de Malaria en concordancia con los lineamientos de la OPS/OMS.
Garantizar el control de calidad del diagnóstico.	1. Mediante el control de calidad del diagnóstico y la realización de las pruebas de panel para la evaluación del desempeño, y la evaluación de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) se busca garantizar un diagnóstico de calidad.	1. Número de países con programas de gestión de control de calidad funcionando. 2. [Países en Pre-eliminación]: % de laboratorios participando en programas de gestión de control de calidad.	1. Apoyar a los países en el control de calidad del diagnóstico microscópico. 2. Dar asistencia técnica para el mejoramiento del diagnóstico (capacitación de microscopistas y de colaboradores voluntarios o personal técnico encargados de la toma de muestras (extendido y gota gruesa y PDR).
Garantizar el tratamiento adecuado, oportuno y de calidad de todos los casos confirmados de malaria.	1. Garantizar el tratamiento adecuado y oportuno de todos los casos confirmados de malaria, mediante el control de suministro de medicamentos, control de calidad de los mismos y la adopción de tratamiento supervisado que esté alineado con las directrices de tratamiento de la OPS/OMS.	1. Número de países que reportan desabastecimiento de medicamentos de primera línea para el tratamiento de malaria en un año.	1. Apoyar en el mejoramiento de la cadena de suministros e insumos de los medicamentos antimalaricos. 2. Apoyar en la evaluación de la calidad de los medicamentos.
Mejorar la adherencia a los esquemas de tratamiento para disminuir recrudescencias y recaídas de la malaria.	1. Al mejorar la adherencia a los esquemas de tratamiento se podrán disminuir las recrudescencias y las recaídas debidas a tratamientos incompletos y a la persistencia	1. Número de países con estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento (tratamiento	1. Dar asistencia técnica para mejorar los formularios utilizados para el seguimiento de los casos de malaria. 2. Dar asistencia técnica para la adecuación de las normas de

	de la parasitemia.	supervisado, Gota Gruesa control pos tratamiento, hospitalización u otros).	malaria y su implementación.
--	--------------------	---	------------------------------

4.4 Promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboración

Metas	Objetivos	Indicadores	Actividades
Mejorar la participación Comunitaria.	1. Lograr el empoderamiento de la población en relación a la prevención de la malaria, mediante el mejoramiento del conocimiento de la enfermedad, percepción de riesgo, y la participación comunitaria en actividades de prevención y control de la enfermedad.	1. Numero de reuniones realizadas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizar reuniones con los representantes de los programas de malaria, médicos de atención primaria en salud (ministerios de salud), colaboradores voluntarios y representantes de las poblaciones vulnerables (médicos tradicionales y representantes claves de la comunidad) para evaluar las medidas de prevención actualmente utilizadas, aceptación y adherencia de la población a las mismas. 2. Apoyar al país para el fortalecimiento de la red de colaboradores voluntarios. 3. Apoyar al país en la organización de Jornadas de Participación Comunitaria

			(mediante campañas publicitarias, uso de radio y otros medios de comunicación de forma culturalmente apropiada)
Incrementar las actividades de promoción sobre la malaria (educativas, preventivas y de cambios de conducta); que sean culturalmente adecuadas y adaptadas a los grupos vulnerables y/o áreas de transmisión.	1. Mejorar la percepción de riesgo de la enfermedad, la adhesión a las medidas preventivas propuestas y la aceptación de las intervenciones realizadas.	1. Número de documentos adaptados con abordaje intercultural y/o con vista hacia la eliminación.	1. Apoyar a los países en el diseño de estrategias de información, educación y comunicación (IEC), culturalmente apropiadas, con la participación del sector educativo, sector salud (médicos tradicionales y occidentales) y representantes de las comunidades afectadas.
Incrementar la participación intersectorial y coordinar acciones con el sector privado para el manejo de la malaria.	1. Con el aumento de la participación intersectorial (agricultura, construcción, turismo, etc.) y la coordinación con el sector privado de salud se pretende involucrar a todos los sectores que estén directamente relacionados con el manejo de la malaria para poder alinear las acciones.	1. Numero de instituciones de salud y otras del sector público/o privado que reportan casos de malaria al sistema nacional.	1. Reuniones con los sectores involucrados en el manejo de la malaria (salud, infraestructura, ambiente), empresas que contratan poblaciones migrantes provenientes de áreas maláricas (agricultura, construcción, turismo), el sector público y miembros de las comunidades de las poblaciones vulnerables, a fin de discutir y alinear acciones (diseminación de la Norma/armonización de

			sistemas de reporte) para que estas se mantengan dentro de lo establecido en los planes nacionales de cada país.
Incrementar el trabajo interfronterizo en aquellos países donde las poblaciones móviles se han identificado como poblaciones vulnerables; o donde las fronteras son áreas maláricas con elevada transmisión, a fin de realizar actividades conjuntas.	1. Con el trabajo interfronterizo se busca la armonización de las actividades en estas zonas, dando particular atención a las poblaciones migrantes y a las poblaciones vulnerables que las habitan para mejorar las medidas existentes para el control de la malaria.	1. Número de países con trabajos interfronterizos para el manejo de la malaria.	1. Reuniones interfronterizas en los países que comparten zonas de transmisión de malaria, con la participación de representantes de los sectores afectados.

4.5 Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país.

Metas	Objetivos	Indicadores	Actividades
Generar evidencia científica de las medidas de control y prevención de la malaria aplicadas en las poblaciones vulnerables (poblaciones indígenas, mujeres embarazadas, migrantes entre otros).	1. Al generar evidencia científica de las medidas aplicadas en poblaciones vulnerables se tendrá un sustento para la replicación de las actividades en otras comunidades a fin de poder dirigir e invertir esfuerzos y recursos de forma más eficiente.	1. Reportes y/o publicaciones científicas de los trabajos realizados en las poblaciones vulnerables.	1. Dar apoyo técnico a los países para la elaboración de reportes y/o publicaciones científicas de los trabajos realizados en las poblaciones vulnerables.
Mejorar el acceso a la salud en las poblaciones móviles o localizadas en áreas de difícil	1. Adecuación de los sistemas de salud existentes para mejorar la cobertura de las poblaciones	1. Número de personas tratadas para malaria dentro de 72 horas	1. Visitas del PRM junto al país a las localidades priorizadas; zonas/ áreas de grupos

acceso.	móviles o poblaciones vulnerables localizadas en áreas de difícil acceso.	del inicio de los síntomas.	vulnerables y focos de transmisión; para evaluación de los sistemas de salud.
Mejorar los Sistemas de Monitoreo y Evaluación (M&E) existentes.	1. Evaluar el impacto de las intervenciones realizadas para el control y prevención de la malaria.	1. Número de visitas realizadas por el Programa Regional de Malaria (PRM) en zonas/ áreas de grupos vulnerables y focos de transmisión.	1. Visitas del PRM para M&E en las localidades priorizadas; zonas/ áreas de grupos vulnerables y focos de transmisión.

5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El seguimiento del Plan Maestro Mesoamericano para malaria se realizará mediante visitas y comunicaciones periódicas con los países, el análisis anual de las metas planteadas y los objetivos alcanzados, y la evaluación por resultados de las actividades desarrolladas.

6 PRESUPUESTO

Línea de Acción	Metas	Actividades	2016	2017	2018
PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA MALARIA Y CONTENCIÓN DE BROTES.	1. Mejorar los Sistemas de vigilancia epidemiológica y notificación de casos nominales de malaria con análisis a nivel de las localidades o focos y grupos vulnerables.	1. Apoyo a los países que componen el Proyecto Mesoamérica para la actualización de los sistemas existentes de reporte y notificación de casos. 2. Mejorar los Sistemas de flujo de información. 3. Elaboración de reportes semanales y análisis de la situación de la malaria para planificar las actividades de prevención, control y prevención de la reintroducción en base a los análisis epidemiológicos realizados.	35,000	35,000	35,000
	2. Estratificación de las áreas de riesgo malárico a nivel de municipios, localidades o focos	Apoyo a los países para: 1. Definir áreas habitadas por poblaciones vulnerables y focos de transmisión y realizar la estratificación.	10,000	10,000	10,000

	con especial atención a las zonas de influencia habitadas por poblaciones vulnerables.	2. Realizar talleres de re-orientación hacia la eliminación.			
MANEJO INTEGRADO DE VECTORES.	1. Mejorar la idoneidad del recurso humano existente.	1. Apoyo técnico a los países en el desarrollo de capacitaciones para el MIV. 2. Apoyo técnico a los países en la organización de talleres para la formación del personal de salud en el abordaje intercultural de las poblaciones vulnerables.	20,000	20,000	20,000
	2. Adecuación de las actividades de control vectorial, Rociado Residual Intradomiciliario, (RRI) y utilización de Mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) tomando en cuenta las particularidades culturales de las diferentes poblaciones.	1. Evaluar cobertura del RRI y MTILD en las zonas habitadas por poblaciones vulnerables. 2. Apoyo técnico a los países que lo requieran para realizar un análisis de las medidas para el control vectorial actualmente utilizadas y las posibles barreras culturales que estén afectando la implementación en las poblaciones vulnerables. 3. Apoyo técnico a los países en las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC).	20,000	20,000	20,000
	3. Monitorear y Mejorar	1. Monitorear indicadores	15,000	15,000	15,000

	la vigilancia entomológica.	entomológicos en las zonas habitadas por poblaciones vulnerables. 2. Apoyar a los países en la caracterización de hábitos del vector en el país y/o focos específicos.			
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA	1. Mejorar la cobertura del diagnóstico parasitológico de la malaria en zonas rurales, poblaciones móviles y migrantes y localidades de difícil acceso, habitadas por poblaciones vulnerables.	1. Apoyar al país en adecuar la red de microscopía en las zonas donde haya factibilidad (recurso humano y de infraestructura). 2. Apoyar al país en la implementación de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en grupos/áreas de difícil acceso, a fin de garantizar que todos los casos sospechosos de malaria reciban una prueba diagnóstica. 3. Apoyar en la elaboración e implementación de la Norma de Diagnóstico y Tratamiento de Malaria en concordancia con los lineamientos de la OPS/OMS.	10,000	10,000	10,000
	2. Garantizar el control de calidad del diagnóstico.	1. Apoyar a los países en el control de calidad del diagnóstico microscópico. 2. Dar asistencia técnica para el	30,000	30,000	30,000

		mejoramiento del diagnóstico (capacitación de microscopistas y de colaboradores voluntarios o personal técnico encargados de la toma de muestras (extendido y gota gruesa y PDR).			
	3. Garantizar el tratamiento adecuado, oportuno y de calidad de todos los casos confirmados de malaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyar en el mejoramiento de la cadena de suministros e insumos de los medicamentos antimaláricos. 2. Apoyar en la evaluación de la calidad de los medicamentos 	20,000	20,000	20,000
	4. Mejorar la adherencia a los esquemas de tratamiento para disminuir recrudescencias y recaídas de la malaria.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar asistencia técnica para mejorar los formularios utilizados para el seguimiento de los casos de malaria. 2. Dar asistencia técnica para la adecuación de las normas de malaria y su implementación. 	10,000	10,000	10,000
PROMOCIÓN DE LA CAUSA, COMUNICACIÓN, ALIANZAS Y COLABORACIÓN.	1. Mejorar la participación Comunitaria.	1. Organizar reuniones con los representantes de los programas de malaria, médicos de atención primaria en salud (ministerios de salud), colaboradores voluntarios y representantes de las poblaciones vulnerables (médicos tradicionales y representantes claves de la	40,000	40,000	40,000

		<p>comunidad) para evaluar las medidas de prevención actualmente utilizadas, aceptación y adherencia de la población a las mismas.</p> <p>2. Apoyar al país para el fortalecimiento de la red de colaboradores voluntarios.</p> <p>3. Apoyar al país en la organización de Jornadas de Participación Comunitaria (mediante campañas publicitarias, uso de radio y otros medios de comunicación de forma culturalmente apropiada).</p>			
	2. Incrementar las actividades de promoción sobre la malaria (educativas, preventivas y de cambios de conducta); que sean culturalmente adecuadas y adaptadas a los grupos vulnerables y/o áreas de transmisión.	1. Apoyar a los países en el diseño de estrategias de información, educación y comunicación (IEC), culturalmente apropiadas, con la participación del sector educativo, sector salud (médicos tradicionales y occidentales) y representantes de las comunidades afectadas.	10,000	10,000	10,000
	3. Incrementar la participación intersectorial y	1. Reuniones con los sectores involucrados en el manejo de la malaria (salud,	10,000	10,000	10,000

	<p>coordinar acciones con el sector privado para el manejo de la malaria.</p>	<p>infraestructura, ambiente), empresas que contratan poblaciones migrantes provenientes de áreas maláricas (agricultura, construcción, turismo), el sector público y miembros de las comunidades de las poblaciones vulnerables, a fin de discutir y alinear acciones (diseminación de la Norma/armonización de sistemas de reporte) para que estas se mantengan dentro de lo establecido en los planes nacionales de cada país.</p>			
	<p>4. Incrementar el trabajo interfronterizo en aquellos países donde las poblaciones móviles se han identificado como poblaciones vulnerables; o donde las fronteras son áreas maláricas con elevada transmisión, a fin de realizar actividades conjuntas.</p>	<p>1. Reuniones interfronterizas en los países que comparten zonas de transmisión de malaria, con la participación de representantes de los sectores afectados.</p>	<p>10,000</p>	<p>10,000</p>	<p>10,000</p>

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD, PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN; INVESTIGACIONES OPERATIVAS; Y FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD A NIVEL DE PAÍS.	1. Generar evidencia científica a partir del trabajo realizado para el control y prevención de la malaria en las poblaciones vulnerables (mujeres embarazadas, poblaciones indígenas, afrodescendientes, migrantes, poblaciones móviles).	1. Dar apoyo técnico a los países para la elaboración de reportes y/o publicaciones científicas de los trabajos realizados en las poblaciones vulnerables.	10,000	10,000	10,000
	2. Mejorar el acceso a la salud en las poblaciones móviles o localizadas en áreas de difícil acceso.	1. Visitas del PRM junto al país a las localidades priorizadas; zonas/ áreas de grupos vulnerables y focos de transmisión; para evaluación de los sistemas de salud.	20,000	20,000	20,000
	3. Mejorar los Sistemas de Monitoreo y Evaluación (M&E) existentes.	1. Visitas del PRM para M&E en las localidades priorizadas; zonas/ áreas de grupos vulnerables y focos de transmisión.	15,000	15,000	15,000
OTROS		Gastos administrativos del proyecto	37,050	37,050	37,050
			322,050	322,050	322,050

7. ANEXOS

ANEXO 1. Casos de malaria en poblaciones indígenas (2008-2013)

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Belice	0	0	0	0	0	0	0
Colombia	6893	7778	9349	5461	7721	7902	45104
Costa Rica	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	0	0	0	0	0	0	0
Guatemala	4679	-	-	-	-	-	4679
Honduras	-	-	-	999	739	1334	3072
México*	2321	2626	1189	1006	733	475	8305
Nicaragua		0	0	0		565	565
Panamá	405	417	188	250	585	479	2324
República Dominicana	0	0	0	0	0	0	0
Total	11977	8195	9537	6710	9045	10280	55744

Fuente: informes de los países a la OPS

- No hay datos disponibles

* Información suministrada por el país (2015)

ANEXO 2. Casos de malaria en mujeres embarazadas (2008-2013)

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Belice	0	0	0			0	0
Colombia		225	251	677	817	671	2641
Costa Rica	0	0	0	0	0	0	0
El Salvador	1	-	-	-	-	-	1
Guatemala	12	-	-	-	3	-	15
Honduras		35	22	50	63	92	262
México	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	0	0	0	0	16	13	29
Panamá	9	10	2	10	16	6	53
República Dominicana	-	-	-	-	-	-	-
Total	22	270	275	737	915	782	3001

Fuente: informes de los países a la OPS
 - No hay datos disponibles

ANEXO 3. Casos de malaria en áreas fronterizas (2008-2013)

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Colombia	-	-	29787	17035	20511		67333
El Salvador			13	4			17
México*	750	733	498	239	90	62	2372
Panamá	316	341	196	238	481	323	1895
República Dominicana	940	573	872	529	233	118	3265

Fuente: informes de los países a la OPS

- No hay datos disponibles

* Información suministrada por el país (2015)

ANEXO 4. Casos de malaria en otros grupos de riesgo

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Colombia	-	-	-	18471	17123	17093	52687
México	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	460	480	903	799	457	213	3312
Total							

Fuente: informes de los países a la OPS
- No hay datos disponibles

ANEXO 5. ANÁLISIS FODA: PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LA MALARIA Y CONTENCIÓN DE BROTES

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas nacionales de Malaria con financiamiento del ministerio de salud 2. México reporta suficiencia presupuestaria para llevar a cabo las actividades del programa por tres fuentes de financiamiento (estatal y dos federales) 3. Malaria como una de las tres prioridades de las Enfermedades Transmitidas por Vectores 4. Recursos humanos de planta del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores 5. Existe una red de personal local compuesto por un supervisor, evaluadores y laboratorio en algunas provincias 6. Recursos Humanos: Entomólogo, Microbiólogo 7. Red de notificantes comunitarios voluntarios activa 8. Miembros del personal de vectores están capacitados en malaria y algunos son parte de la población indígena 9. Protocolos de la Red de Entomología 10. Protocolos de investigación y control de brotes 11. Se cuenta con un sistema de notificación electrónico en tiempo real (SISVIG) 12. A nivel central, se cuenta con un laboratorio central de malaria, unidad de entomología, una unidad diagnóstico y tratamiento, una unidad de estadística, una unidad de vigilancia epidemiológica 13. Se dispone de manual de vigilancia epidemiológica 14. Laboratorio Nacional de Vigilancia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Débil sistema de vigilancia 2. Problemas de comunicación (notificación deficiente) 3. Detección inoportuna de los brotes (Notificación de la información no es oportuna por lo que la identificación de brotes no es en tiempo) 4. Retraso en el diagnostico parasitológico 5. Falta en la implementación de acciones integradas para el control de brotes 6. Poblaciones en riesgo no identificadas por regiones 7. Falta de insumos y recursos económicos para la logística (medios de transporte), para la intervención oportuna de brotes 8. Poco monitoreo y evaluación de las intervenciones 9. Falta de capacitaciones 10. Sistemas de información desarrollados que no están alineados con el sistema nacional del Ministerio de Salud 11. Sistema actual de información que no incluye las variables relacionadas con el proceso de eliminación (casos y focos).

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos financieros y técnicos de cooperación internacional 2. Se dispone de guías de trabajo de la OMS 3. Anualmente mejora la oportunidad en la radicación de recursos federales a las entidades federativas 4. Personal de epidemiología formándose en Epidemiología de campo (FETP-CDC) (Field Epidemiology Training Program por sus siglas en inglés) 5. Financiamiento externo proveniente de la Cooperación Andina de Fomento (CAF), Iniciativa EMMIE, Fondo Mundial, AMI/RAVREDA (USAID) y socios nacionales 6. Existe capacidad instalada en las instituciones y la academia. 7. Se hha iniciado el proceso de articulación entre las instituciones, con apoyo político indicando que debe compartirse la información. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja percepción de riesgo de malaria por la población 2. Falta de actividades culturalmente adecuadas para la prevención 3. Poca participación comunitaria 4. Poblaciones móviles 5. Inaccesibilidad a los servicios de salud o no utilización de los mismos en algunas poblaciones en particular (indígenas, agricultores, migrantes, jornaleros) 6. El Receptor Principal debe comprar en el extranjero los equipos e insumos, y darlos al país en carácter de donación. 7. Problema administrativo (relacionado con los concursos para la selección del personal).

ANEXO 6. ANÁLISIS FODA: MANEJO INTEGRADO DE VECTORES

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos financieros de los programas nacionales 2. México reporta suficiencia presupuestaria para llevar a cabo las actividades del programa por tres fuentes de financiamiento (estatal y dos federales) 3. Recursos humanos de planta del programa de enfermedades transmitidas por vectores 4. Recurso humano con experiencia que puede organizar y asesorar al recurso humano entrante 5. Departamento con profesionales y técnicos entomólogos a nivel central 6. Recursos humano capacitado 7. Protocolos de la Red de Entomología 8. Metodología para la implementación de toldillos 9. SIVIEN (Sistema de Vigilancia Entomológica) 10. Se dispone de guías técnicas 11. Se dispone de manual de vigilancia entomológica. 12. Existe coordinación con la Dirección General de Epidemiología, el Instituto Nacional de referencias Epidemiológicas, Promoción de la Salud y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades 13. Se ha estandarizado la operación de las Unidades Entomológicas de Bioensayos 14. Laboratorio de entomología. 15. Unidad Entomológica (UE) Central 16. 18 Unidades Entomológicas locales y departamentales 17. Infraestructura de las UE adecuadas en un 50%. 18. Un manual de MIV para los trabajadores de salud comunitarios se completó recientemente y una serie de talleres está prevista en los próximos meses. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de recurso humano capacitado para el control de vectores (Capacitación de RRHH; No existe el recambio oportuno del recurso humano necesario; personal altamente capacitado en edad de jubilación) 2. Falta de estrategias de control biológico 3. Falta de actividades para el manejo de criaderos y hábitats de anofelinos (uso racional del control químico) 4. Falta de equipos para la realización de las actividades de RRI (Insumos insuficientes, compra y distribución fuera de tiempo) 5. Falta de estudios entomológicos actualizados 6. Sostenimiento de las actividades en el contexto actual de eliminación de la malaria 7. Necesidad de metodología para la implementación de los MTILD 8. Mejorar la vigilancia entomológica (identificación, caracterización, georeferenciación y manejo de los criaderos) 9. Problemas en el flujo de información 10. Falta de capacitación en el MIV 11. Necesidad de fortalecimiento de la vigilancia entomológica a nivel local 12. Necesidad de recursos para infraestructura y medios de transporte 13. Recursos insuficientes para encuentros y foros comunitarios. 14. Necesidad de recursos para la adquisición de mosquiteros impregnados de insecticidas 15. Falta de Estudio CAP 16. Falta de recursos para talleres, encuentros y reuniones con empresarios agrícolas y de la

	<p>construcción</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Recursos para investigaciones entomológicas 18. Recursos para la adquisición de equipos de georreferenciación 19. Recursos para la compra de insecticidas, biolarvicidas, equipos entomológicos. 20. Falta de Capacitación a los equipos locales sobre vigilancia entomológica 21. Necesidad de formación de Unidades Entomológicas a nivel provincial 22. El personal de campo ha sido capacitado en los conceptos básicos del MIV en los últimos años, pero muchos no comprender plenamente, y los gerentes de salud y supervisores del programa a nivel regional no tienen la experiencia para gestionar sus programas utilizando este enfoque. 23. La participación de las comunidades en la vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores y las actividades de prevención y control no son ampliamente utilizadas.
--	--

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos financieros y técnicos de cooperación internacional (Unión Europea, EMMIE) 2. Se dispone de guías de trabajo de la OMS 3. Apoyo financiero con fondos externos del Fondo Mundial 4. Existe capacidad instalada en Universidades 5. Reuniones programadas con el personal como parte de un esfuerzo de reorientación a través del Proyecto de Eliminación de la malaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resistencia a los insecticidas 2. Adherencia limitada al uso de los MTILD 3. Falsas creencias y desconocimiento sobre la importancia del uso del Mosquitero 4. Falta de conocimiento de los empresarios agrícolas y de la construcción, con la consiguiente creación de ambientes favorables para la formación de criaderos 5. Desconocimiento de la población de la importancia de mantener condiciones adecuadas de saneamiento

ANEXO 7. ANÁLISIS FODA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de atención primaria en salud 2. Programas de evaluaciones de la calidad de la muestra nacional y departamental 3. Plan Operativo de Salud (POS) 4. Red Nacional de Laboratorios Estatales de Salud Pública con Microscopistas 5. Los laboratorios Estatales de Salud Pública cumplen sus parámetros de calidad entregando resultados antes de una semana después de haber recibido la muestra 6. Existencia de una red de laboratorios en coordinación con control de vectores y epidemiología 7. Departamento de diagnóstico y tratamiento central 8. Estructura local integrada por Jefes de Campo (supervisor regional), supervisor provincial y evaluadores 9. Laboratorio Nacional de Referencia en el tema del Diagnóstico microscópico de malaria 10. Diagnóstico de los procesos de gestión y suministro de medicamentos del país así como la evaluación de los almacenes regionales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento inadecuado de los microscopios 2. Débil sistema de gestión y suministro de antimalaricos. Almacenamiento inadecuado de medicamentos y adquisición no oportuna de antipalúdicos (desabastecimiento) 3. Falta de insumos para el tratamiento (otros aparte de los medicamentos) 4. Falta de Insumos para el diagnóstico microscópico de la malaria 5. Falta de recursos para la movilización del personal de campo para la toma de la gota gruesa (logística) 6. Falta de disponibilidad y de buen almacenamiento de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) en las zonas de difícil acceso 7. Cobertura inadecuada del diagnóstico en zonas rurales y en las regiones de difícil acceso geográfico 8. Retraso en la obtención de un diagnóstico oportuno 9. Poca capacitación de personal en zonas rurales 10. Control de calidad del diagnóstico inadecuado 11. Esquemas de tratamiento inadecuados (no alineados con la OPS/OMS) 12. Detección y manejo de asintomáticos y pacientes con baja parasitemia. La prueba que se utiliza para detectar asintomáticos es poco sensible (gota gruesa). Necesidad de PCR 13. Recurso humano capacitado listo a retirarse sin generación de relevo prevista 14. Falta de recursos para monitoreo y evaluación 15. Falta de fondos para las capacitaciones de los RR.HH. de salud y comunitarios

	<p>16. Estandarización de la técnica de tinción para el diagnóstico de gota gruesa en todos los laboratorios de la red.</p> <p>17. La supervisión del tratamiento sigue siendo un problema; supervisar un tratamiento de 14 días es costoso y hay escasez de recursos humanos (el personal es responsable de dengue, chikungunya, Chagas y malaria)</p>
--	---

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Proyectos de cooperación internacional (AMI/RAVREDA, Socios EMMIE, CLAIM, Sistema Mesoamericano). 2. Herramientas técnicas para actualización de guías 3. Conseguir una mayor participación de los colaboradores voluntarios y de los trabajadores comunitarios de salud para ayudar en la supervisión del tratamiento completo. 4. Se han programado talleres con estos dos grupos (colaboradores voluntarios y trabajadores comunitarios de salud). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso limitado al diagnóstico y tratamiento en poblaciones móviles (migrantes) 2. Poca adherencia a los esquemas de tratamiento en algunas poblaciones (tratamiento supervisado) 3. Falta de integración del sistema privado al control de calidad 4. Necesidad de Incorporar en la red de diagnóstico de malaria a los demás sectores de la salud, tales como: el Instituto del Seguro Social, Bienestar Magisterial, Batallón de Sanidad Militar y Sector privado. 5. Gestión y suministro de antimaláricos no siempre a cargo de los Programas Nacionales de Malaria lo que dificulta el proceso (descentralización) 6. Población desinformada que no consulta oportunamente al presentar los síntomas.

ANEXO 8. ANÁLISIS FODA: PROMOCION DE LA CAUSA, COMUNICACIÓN, ALIANZAS Y COLABORACIÓN

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementación del Plan Decenal de Salud Pública, Comités Intersectoriales de Salud Pública. 2. Se dispone de metodología para implementación de COMBI malaria y su correspondiente material educativo 3. Se cuenta con recursos financiados por el Seguro Popular para promoción de la salud en contratos de personal y elaboración de materiales impresos. 4. Fondos para investigación 5. Consultorías 6. Existencia de una propuesta de trabajo para el desarrollo de alianzas estratégicas para fortalecer la colaboración de la población en el tema de malaria. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pocas actividades de promoción sobre la malaria (educativas, preventivas y de cambios de conducta) 2. Sostenibilidad de la estrategia COMBI 3. Ausencia de un programa de información, educación y comunicación con enfoque intercultural e integral dirigido a toda la población 4. Falta de materiales de promoción y prevención de la malaria en lenguas nativas. 5. Falta de estrategias de comunicación específicas para la zona rural (articulación con el sector de educación formal y educación para el trabajo) 6. Desconocimiento del grado de organización de la sociedad civil y su capacidad para acompañar los esfuerzos de la eliminación de la malaria 7. No hay organizaciones de la sociedad civil que tengan actividades específicas relacionadas con la prevención y control de la malaria

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de un plan Binacional México-Guatemala y disposición de la OPS para apoyar acciones conjuntas para control de focos 2. Trabajo conjunto Panamá-Colombia para áreas fronterizas 3. Se dispone de guías de trabajo de la OMS para verificar la pre-eliminación de la transmisión de la malaria 4. Alianzas con ONG, instituciones gubernamentales y organismos internacionales (iniciativas AMI RAVREDA y EMMIE) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta incorporar nuevos socios y actores del sector privado, sector público, sociedad civil y academia 2. Falta de involucramiento de actores clave de las comunidades como son los médicos tradicionales, maestros, religiosos, y autoridades locales 3. Necesidad de un grupo técnico asesor nacional para avanzar el proceso de certificación de áreas libres de transmisión de la malaria 4. Necesidad de trabajos interfronterizos (armonización de planes existentes) 5. Pocas organizaciones civiles y estatales trabajando en malaria. 6. Escasa participación de la población organizada en las intervenciones

ANEXO 9. ANÁLISIS FODA: FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD; PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN; INVESTIGACIONES OPERATIVAS; Y FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD A NIVEL DE PAÍS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reorganización del programa nacional y territorial de malaria 2. Modelo de atención en salud 3. Plan de intervenciones colectivas que deberán actualizar sus criterios y reorganizarse para una mejor operatividad del programa. 4. Se cuenta con recurso humano, equipos e insumos. 5. Existencia de la Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas creada en el 2011 (Panamá) 6. Existencia del manual de normas y procedimientos para la malaria 7. Plan Estratégico Nacional de Malaria 2014-2017 8. Nota Conceptual de Malaria 2015- 2017 9. Se cuenta con recursos con el suficiente nivel técnico para la implementación de investigaciones operativas en el tema de malaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Necesidad de generar evidencia científica de los resultados de las medidas de prevención y control implementadas 2. Falta de evidencias sobre la eficacia de las medidas de control vectorial (RRI, MTILD y lucha anti larvaria) 3. Falta de estudios que investiguen movilidad y transmisión (epidemiología de la malaria en poblaciones móviles) 4. Investigación en vectores 5. Mantenimiento de insumos y equipos indispensables (microscopios) para el diagnóstico 6. Falta de seguimiento de los criterios de pre-eliminación establecidos por la OMS 7. Falta de adecuación de las estrategias a las poblaciones indígenas y otras comunidades étnicas 8. Falta de socialización y aplicación de la norma nacional por los profesionales de salud y los agentes comunitarios de salud 9. Recurso humano insuficiente (concentrado en áreas urbanas en algunos casos) y falta de generación de relevo 10. Pocos técnicos en entomología 11. Falta de epidemiólogos en los municipios donde se encuentran las poblaciones vulnerables 12. Falta de supervisión en las áreas donde habitan las poblaciones vulnerables (generalmente en áreas de difícil acceso, áreas de conflicto o zonas fronterizas) 13. Baja calidad de las acciones realizadas por los técnicos de ETV

	<ul style="list-style-type: none"> 14. Reorientación del sistema de salud de Control a Eliminación de la malaria 15. Débil fortalecimiento de los niveles de atención (local, municipal, departamental y central) en el tema de malaria 16. Adquisición de insumos, materiales y equipo para impulsar el proceso de eliminación 17. No se cuenta con el personal necesario para la reorientación del tema de eliminación 18. Pocas investigaciones operativas en el tema de malaria. 19. No puesta en acción de las recomendaciones dadas en temas de investigaciones realizadas por el sistema público
--	---

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> 1. Cooperación internacional 2. Se dispone de guías de trabajo de la OMS para verificar la pre-eliminación de la transmisión de la malaria 	<ul style="list-style-type: none"> 1. La universidad nacional no cuenta con un programa de salud pública y la investigación y la formación limitada realizada en el país ha sido a través de los esfuerzos de los Servicios Uniformados de la Universidad de las Ciencias de la Salud y un pequeño centro de investigación privado local - Centro de Ecología y Vectores de Belice 2. Falta de incorporación de las unidades médicas como notificantes del Programa de Paludismo 3. Sostenibilidad del proceso de eliminación con fuentes nacionales

ANEXO 10. ANÁLISIS FODA: OTRAS LINEAS DE ACCION PROPUESTAS POR LOS PAISES

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ol style="list-style-type: none">1. Reorganización en los tres ejes principales: atención médica, salud pública y riesgo sanitario2. Acceso a Servicios de Salud para indígenas y migrantes3. Acceso a Servicios de Salud para zonas de conflicto	<ol style="list-style-type: none">1. Falta de cumplimiento a la Normatividad del país2. Falta de alineación de los criterios de certificación del país vs los criterios de pre eliminación de la OMS3. Rezago en la vigilancia epidemiológica de malaria4. Convivientes del caso confirmado en la estrategia “Comunidades Saludables”

8. ACRÓNIMOS

Abreviación	Significado
AMEXCID	Agencia Mexicana de Cooperación Internacional y Desarrollo
AMI	Iniciativa Amazónica contra la Malaria
An.	<i>Anopheles</i>
APS	Atención Primaria en Salud
ANÁLISIS FODA	Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
CAF	Corporación Andina de Fomento
CD	Consejo Directivo
CDC	Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos
CHAI	Iniciativa Clinton para Acceso a Salud
CLAIM	Centro Latinoamericano de Investigación en Malaria
CM-SMSP	Consejo de Ministros de Salud del Sistema Mesoamericano de Salud Pública
Col-Vol	Colaborador Voluntario
COMBI	Communication for Behavioral Impact
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
EGI	Estrategia de Gestión Integral
EMCM	Estrategia Mundial para el Control de la Malaria
EMMIE	Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla La Española
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FODA	Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas
GTS	Estrategia Técnica Global
HaMEC	Consortio para la Eliminación de Malaria en Haití
MIV	Manejo Integrado de Vectores
MTILD	Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración
M&E	Monitoreo y Evaluación
NU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P	Plasmodium
PDR	Pruebas de Diagnóstico Rápido
POS	Plan Operativo de Salud
PMM	Plan Maestro Mesoamericano
RAVREDA	Red de Vigilancia de Resistencia de Medicamentos Antimaláricos
RBM	Alianza Hacer Retroceder el Paludismo
RRI	Rociado Residual Intradomiciliario
SC	Sociedad Civil

SIVIEN	Sistema de Vigilancia Entomológica
SMSP	Sistema Mesoamericano de Salud Pública
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
USAID	Agencia de Desarrollo Internacional de Estados Unidos
WHA	Asamblea Mundial de la Salud

9. REFERENCIAS

1. Arenas-Monreal Luz, Piña-Pozas Maricela, Gómez-Dantés Héctor. Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. Salud Pública de México. Vol.57, No 1, enero-febrero de 2015.
2. Alianza Hacer Retroceder el Paludismo. Plan de Acción Global para la Malaria. RBM: Ginebra, 2008. Disponible en: <http://www.rbm.who.int/gmap/>
3. Asamblea Mundial de la Salud. Control de la Malaria. WHA58.2, Mayo 2005: Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_2-sp.pdf
4. Cáceres Lorenzo, Griffith Margarita, Calzada José, Rovira José y Torres Rolando. Guía metodológica para el abordaje intercultural de la malaria en la Comarca Kuna de Madungandi. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud. Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Departamento de Entomología Médica. Panamá 2013.
5. Cáceres Lorenzo, Griffith Margarita, Calzada José, Rovira José y Torres Rolando Diagnóstico de las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas sobre las Políticas de Atención de la Malaria en la Población Indígena de la Comarca de Madungandi. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la salud. Dirección de Investigación y Desarrollo Tecnológico. Departamento de Entomología Médica. Panamá 2013
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Unidad de Atención de la salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala. Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 y Reglamento Interno de la Unidad. Acuerdo Ministerial No. 8-2010. Guatemala, Abril 2011.
7. Ministerio de Salud de Nicaragua. Marco de Planificación para Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas para el proyecto de Mejora de la Salud Familiar y Comunitaria en los Servicios de Salud de los Silais de Nicaragua. Nicaragua, Julio de 2010.
8. Ministerio de salud de Panamá. Caja de Seguro Social. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la salud. Manual de Normas y Procedimientos para malaria. República de Panamá. Septiembre 2011.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sesión cincuenta y cinco de la Asamblea General. Septiembre, 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHA60.18: Paludismo, incluida la propuesta de establecimiento de un Día Mundial del Paludismo. 60a. Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 23 2007. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R18-sp.pdf
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHA60.25: Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia: 52a. Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 23 2007. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R25-sp.pdf
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). WHA52.6: Alianza Hacer Retroceder el Paludismo (Roll Back Malaria). 52a. Asamblea Mundial de la Salud. Mayo 24, 1999. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA52/ew6.pdf

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Reporte de un Grupo de Estudio de la OMS en la Implementación de un Plan de Acción Global para el Control de la Malaria 1993-2000. Ginebra: OMS, 2000
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan Estratégico Regional contra la Malaria en Las Américas, 2006-2010. Washington D.C.: OPS; 2006. [Online]. 2010 [citado el 20 de Octubre de 2010]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/mal-reg-strat-plan-06.htm>
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución CD51.R9. Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria. Washington D.C.; 2011. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1725/CD51.R9-s.pdf?sequence=2>.
16. Organización Panamericana de la Salud. CD49/9: Eliminación de las Enfermedades Desatendidas y otras Infecciones Relacionadas con la Pobreza, 49avo. Consejo Directivo OPS, Septiembre 2009. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-s.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud. CD48/13— El control integrado de vectores: Una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial. 48avo. Consejo Directivo OPS, Septiembre 2008. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-13-s.pdf>
18. Organización Panamericana de la Salud. CSP27.R11: Malaria en las Américas. 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, Julio 2007. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r11-s.pdf>
19. Organización Panamericana de la Salud. CSP27.R10: Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana, Julio 2007. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27.r10-s.pdf>
20. Organización Panamericana de la Salud. CD47.R18: La salud de los pueblos indígenas de las américas. 47avo. Consejo Directivo OPS, Septiembre 2006. Disponible en : <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/CD47.r18-s.pdf>
21. Organización Panamericana de la Salud. Hacer Retroceder el Paludismo en la Región de las Américas, Resolución CD42.R15. 42avo Consejo Directivo, OPS Septiembre 2000. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_16-s.pdf
22. Organización Panamericana de la Salud. CD46.R13: la Malaria y los Objetivos de Desarrollo Internacionalmente acordados, incluyendo los contenidos En la Declaración del Milenio. 46avo. Consejo Directivo OPS, Septiembre 2005. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46.r13-s.pdf>
23. Organización Panamericana de la Salud. CD45.R3: Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las Metas de Salud. 45avo. Consejo Directivo OPS. Septiembre 2004. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd45.r3-s.pdf>
24. Organización Panamericana de la Salud. CD44.R6—Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44avo. Consejo Directivo, OPS. Septiembre 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud. CSP26.R12: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en las Américas. 26a. Conferencia Sanitaria Panamericana. Septiembre 23 - 27, 2002. Disponible en:

<http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r12-s.pdf>

26. Organización Panamericana de la Salud. Hacer Retroceder el Paludismo en la Región de las Américas, Resolución CD42.R15. 42avo Consejo Directivo, OPS Septiembre 2000. Disponible en:

http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_16-s.pdf

27. Organización Panamericana de la Salud. El rol de los gobiernos municipales y la participación comunitaria en el manejo integral de vectores de la malaria sin el uso de DDT en Mesoamérica. Washington, DC 2011.