

MULTICOUNTRY FUNDING REQUEST APPLICATION FORM

SUMMARY INFORMATION			
Applicant ¹	Regional Coordination Mechanism		
Component	<i>Malaria</i>		
Multicountry Strategic Priority	<i>Malaria Elimination</i>		
Entidad Financiera Intermediaria	Inter-American Development Bank		
Envisioned grant start date	01 January 2018	Envisioned grant end date	31 December 2022
Allocation funding request	\$ 6,000,000	Prioritized above allocation request	\$ 2,350,000

IMPORTANT:

To complete this funding request, please:

- Refer to the Guidance Notes relevant to the funding request found on the [Global Fund website](#).
- Ensure that all mandatory attachments have been completed and attached. To assist with this, an application checklist is provided in Annex One;
- Ensure consistency across documentation.

This funding request must be accompanied by:

- Performance Framework
- Budget
- Implementation Arrangement Map
- Multicountry Funding Request Endorsement Sheet
- Endorsement letters from CCM of each country that forms a part of the multicountry application (or equivalent)
- List of Abbreviations and Annexes

IMPORTANT: Multicountry applications are only eligible for funding where the majority (at least 51 percent) of countries included in the funding request are eligible to submit their own request for funding for that same related-disease component through a single-country application.

¹ Please note that this Funding Requests template might be tailored depending on the Strategic Priority. Please request the final Funding Request form from the Strategic Priority Focal Points.

SECTION 1: CONTEXT

This section should capture in a concise way relevant information on the multicountry context. Attach and refer to key contextual documentation justifying the choice of interventions proposed

1.1. Summary of the regional context

- a) Provide a summary of the critical elements within the regional context that informed the development of this funding request. A brief description of the regional context should cover disease-specific components associated to the strategic priority, as appropriate, as well as human rights and gender-related considerations.
- b) Please indicate important issues and gaps at regional and national levels (i.e. epidemiological, health system, community system, human rights) that impact service delivery or health outcomes related to the strategic priority.
- c) If applicable, list the expected, current or previous Global Fund supported grants/interventions and how the proposal outlined in this funding request relates to them. Summarize key lessons learned from their implementation (at country and multicountry level). Indicate if an evaluation or assessment was conducted and if so, what the main recommendations were.
- d) If applicable, list current or previous programs supported by sources other than the Global Fund (donors, national government etc.) and how the proposal outlined in this funding request relates to them. Summarize lessons learned from their implementation (at country and multicountry level). Indicate if an evaluation or assessment was conducted and if so, what the main recommendations were.

I. Elementos esenciales de base para la solicitud de financiamiento

El 1 de enero del 2016 entran en vigor los Objetivos de Desarrollo Sostenible, fijando la meta de poner fin a la epidemia de la malaria (entre otras enfermedades) en el 2030². Para ese mismo periodo (2016-2030), la OMS publica la *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria*, donde se describen 4 objetivos y 3 pilares estratégicos para conseguirlos. Los objetivos 3 y 4 hacen referencia a la eliminación de la malaria y la prevención de su restablecimiento. El objetivo 3 establece “Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión en 2015”, fijando las metas de por lo menos en 10 países, 20 y 35 países en el 2020, 2025 y 2030 respectivamente, mientras que el objetivo 4 pretende evitar el restablecimiento de la malaria en todos los países exentos de la enfermedad. Para apoyar a los países en ese camino hacia la eliminación, la OMS publica en el 2017 el Marco Conceptual para la Eliminación del Paludismo³ el cual se dirige a todos los países con malaria endémico, tengan alta o baja transmisión. En el 2016 la OMS identifica 21 países en el mundo (*Iniciativa E-2020*)⁴ que están en posición para eliminar malaria en los próximos 5 años en función de (i) la tendencia de casos autóctonos de malaria reportado entre 2000 y 2014, (ii) el objetivo de eliminación declarado por el país y (iii) las opiniones de expertos de las oficinas regionales de la OMS. De estos 21 países, 7 se encuentran en la región de las Américas (Belize, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Suriname).

En ese contexto de eliminación, se inicia en marzo del 2014 la iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la Isla Española (EMMIE) apoyada por el Fondo Mundial, incluyendo 3 de los 21 países que podrían eliminar la malaria en el 2020 (Costa Rica, Belize y El Salvador). En el 2015, la OPS elabora para las Américas el *Plan de Acción para la Eliminación 2016 – 2020*⁵, alineándose con la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria. El Plan de Acción establece el objetivo de implementar esfuerzos para eliminar malaria en 18

² Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/la-agenda-de-desarrollo-sostenible/>.

³ World Health Organization. A framework for malaria elimination. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG, 2017.

⁴ World Health Organization. Eliminating Malaria. 2016.

⁵ Pan American Health Organization, World Health Organization. Plan of action for malaria elimination 2016-2020. Washington: 26-30 September 2016. Report No.

de 21 países endémicos, llegar al estatus libre de malaria en al menos 4 países y prevenir el restablecimiento de la transmisión.

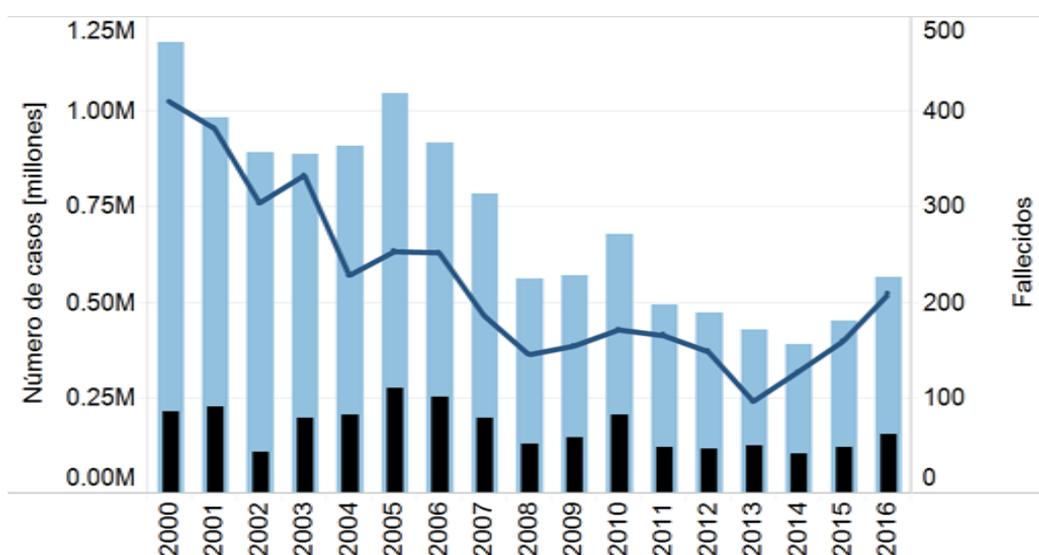
Centroamérica y el Caribe constituyen altas prioridades para los esfuerzos mundiales de eliminación de la malaria. Un estudio de viabilidad de eliminación regional encargado por la Fundación Bill y Melinda Gates y realizado por el profesor Andy Tatem (2010) evaluó la viabilidad técnica y operativa de eliminar la malaria en 13 bloques subregionales de países. El estudio concluyó que Centroamérica es la región más viable para la eliminación.

Los programas de malaria por toda Centroamérica han tenido éxito generalmente a la hora de reducir la incidencia de la mortalidad y la morbilidad a lo largo de las dos últimas décadas, con la reducción de los casos de malaria en más del 90% gracias a los esfuerzos de los gobiernos nacionales acompañados principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante las últimas décadas, así como por el Fondo Mundial. No obstante, la región completa no se encuentra actualmente en una trayectoria que permita lograr su objetivo regional de eliminación para 2020. Después de años de reducciones vertiginosas, los países de mayor incidencia (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) han visto estancamientos en sus números de casos, o incluso aumentos.

II. Situación de la malaria en la región

De acuerdo a los reportes oficiales de los Ministerios de Salud a la Organización Panamericana de la Salud, la incidencia de malaria se ha reducido significativamente en la última década. En el 2016 se notificaron en total 566,965 casos confirmados de malaria en la Región, lo cual representa una reducción de 52% en comparación con los casos reportados anualmente en el 2000. Ese mismo año hubo 208 defunciones a causa de la enfermedad, lo que implica una disminución de 49% en relación con la línea de base del año 2000.

Gráfico 1. Casos y muertes confirmadas por malaria en la región de Las Américas, 2000-2016*.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Datos preliminares al 2016.

En el 2015, cerca de 69% de las infecciones fueron causadas por *Plasmodium vivax*, 24% por *Plasmodium falciparum* y menos de 0,1% por *Plasmodium malarie* (casos notificados principalmente en Guayana Francesa, Guyana y Venezuela) (13). En aproximadamente 7% de los casos no se notificó la especie de parásito que causó la infección.

La subregión de Mesoamérica, República Dominicana y Haití, aportaron un total de 37,047 casos de malaria de los cuales 23,786 (64%) fueron por *P. falciparum* y 13,262 (36%) por *P. vivax*. Los países que solo reportan casos por *P. falciparum* son República Dominicana y Haití, mientras que por *P. vivax*, Belize, El Salvador y Costa Rica. Honduras, Nicaragua, Guatemala y Panamá reportan casos por ambas especies. La mayoría de estos países

muestran una tendencia a la reducción o mantenimiento, en el menor de los casos, del índice de positividad de láminas durante el 2011-2014, mientras algunos países reportaron un aumento durante el 2015 y 2016, principalmente a saber, República Dominicana, Nicaragua, Panamá y Honduras.

Tabla 1. Resumen de casos sospechosos examinados y confirmados en Centroamérica, República Dominicana y Haití en el 2016.

Países	Población	Personas con prueba parasitológica	Casos Malaria (total)	IPA/100,000	Positividad (%)	P. Falciparum	P. vivax
Honduras	8,550,760	167,836	4,097	48	2.44	1351	2746
Nicaragua	6,295,097	553,615	6,282	100	1.13	1311	4971
Guatemala	16,728,922	333,535	4,854	28	1.46	4	4854
República Dominicana	10,671,466	280,124	690	6	0.25	690	0
Haití	10,786,393	318,126	20,388	189	6.41	20388	0
Panamá	3,835,318	50,772	808	21	1.59	38	770
Belize	350,341	20,936	4	1	0.02	0	5
El Salvador	6,427,743	130,000	13	0.20	0.01	0	13
Costa Rica	5,048,452	5,160	4	0.08	0.08	0	4
Total	68,694,492	1,860,104	37,047			23,786	13,262

Fuente: Reporte de los países a la Organización Panamericana de la Salud, 2017.

En Mesoamérica, la mayoría de los casos están causados por *P. vivax*, responsable del 92,4% del total de casos. Las provincias de Gracias a Dios en Honduras y la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) en Nicaragua concentran el 64,4% de los casos de *P. falciparum* en Mesoamérica (PAHO 2016). En la isla de La Española, las infecciones son causadas principalmente por *P. falciparum*, y los datos provenientes de la República Dominicana indican que no existe transmisión local de *P. vivax* (PAHO 2016). En Centro América y República Dominicana, se utilizan la cloroquina y la primaquina como el tratamiento de primera opción para la malaria, salvo en Panamá —donde el fármaco combinado de arteméter y lumefantrina se utiliza para tratar *P. falciparum*. Actualmente, no existe ninguna resistencia conocida a la cloroquina en la región (PAHO 2016).

Estratificación de áreas según riesgo de transmisión en las subregiones

Mesoamérica presenta un mosaico de nichos medioambientales que proporcionan todas las condiciones adecuadas para que los insectos vectores críen y para la transmisión de parásitos de la malaria. Los factores ecológicos y climáticos favorecen entornos que estimulan el desarrollo de la enfermedad (nicho medioambiental) y producen efectos adversos que exacerban el daño producido por la propia enfermedad (catástrofes naturales, ciclones, huracanes, inundaciones, etc.). Estos lugares están habitados por varios grupos étnicos que por sus circunstancias multiculturales, educativas, sociales y financieras a vivir en la pobreza en áreas rurales remotas y dispersas donde resulta difícil acceder a los servicios sanitarios más esenciales. Estas poblaciones se dedican a

actividades económicas como la minería, la tala de bosques, y la agricultura de subsistencia, todas las cuales las dejan más expuestas a la infección y se suman a la complejidad de garantizar la eficacia de medidas preventivas disponibles en estos lugares alejados. Estas poblaciones también tienden a reubicarse frecuentemente, por fines laborales o por conflictos sociales, lo que contribuye a las variaciones en la transmisión de la malaria. Los factores socioculturales entre las poblaciones afectadas, y el carácter remoto de los lugares en los que la enfermedad resulta endémica, exacerbaban las dificultades involucradas en la implementación de actividades para combatir la malaria, especialmente a lo largo de fronteras internacionales en las que los movimientos de la población crean desafíos adicionales para las medidas de control.

En los tres últimos años, el 66% de los municipios de Mesoamérica estuvieron libres de casos autóctonos, un 27% tuvo menos de 1 caso por 1000 habitantes, y solo un 8% tuvo más de 1 caso por 1000 habitantes en cualquier año dado (Proyecto Mesoamérica 2015). La Isla Española (la República Dominicana y Haití) es el único foco de transmisión de la malaria que permanece en el Caribe (Carter et al. 2015). Tatem et al. (2010) sugirieron que los países de América tienen el mayor potencial de eliminación de *Plasmodium falciparum* y un alto potencial para *Plasmodium vivax*. También, otros estudios más recientes, plantean a Mesoamérica y la Isla Española como prospectos para la eliminación de la malaria⁶. En Mesoamérica, la transmisión de la malaria se concentra en el departamento de Escuintla en Guatemala, en el departamento de Gracias a Dios de Honduras y Municipios de la Costa Caribe de Nicaragua, y el municipio de Chepo y la comarca de Guna Yala en Panamá (PAHO 2016).

Como se muestra en el gráfico 2, ha habido un cambio importante en la distribución de los municipios por estratos de riesgo, según los parámetros de riesgo establecidos en el marco de la iniciativa EMMIE (*Estrato 1= 0 casos de malaria; Estrato 2=IPA <1/1000 habitantes y Estrato 3= IPA >1/1000 habitantes*). Unos 3 países de Mesoamérica han pasado a tener solo focos activos, que representan áreas geográficas circunscritas a las condiciones ambientales descritas para focos en el marco de eliminación, donde aún se presentan los pocos casos autóctonos notificados durante los últimos 12 meses. Cabe resaltar que todos los países aumentaron el número de municipios sin casos de malaria notificados en los últimos 3 años, respecto a la clasificación de riesgo del 2011-2013. Con excepción de Guatemala y Panamá, todos los países fueron exitosos en reducir el número de municipios en Estrato 3.

Gráfico 2. Evolución en la distribución de municipios según estratos de riesgo de transmisión de malaria en Las Américas 2011-2013 y 2014-2016.

⁶ Article Source: Prospects for Malaria Elimination in Mesoamerica and Hispaniola
Herrera S, Ochoa-Orozco SA, González IJ, Peinado L, Quiñones ML, et al. (2015) Prospects for Malaria Elimination in Mesoamerica and Hispaniola. PLOS Neglected Tropical Diseases 9(5): e0003700.
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003700>

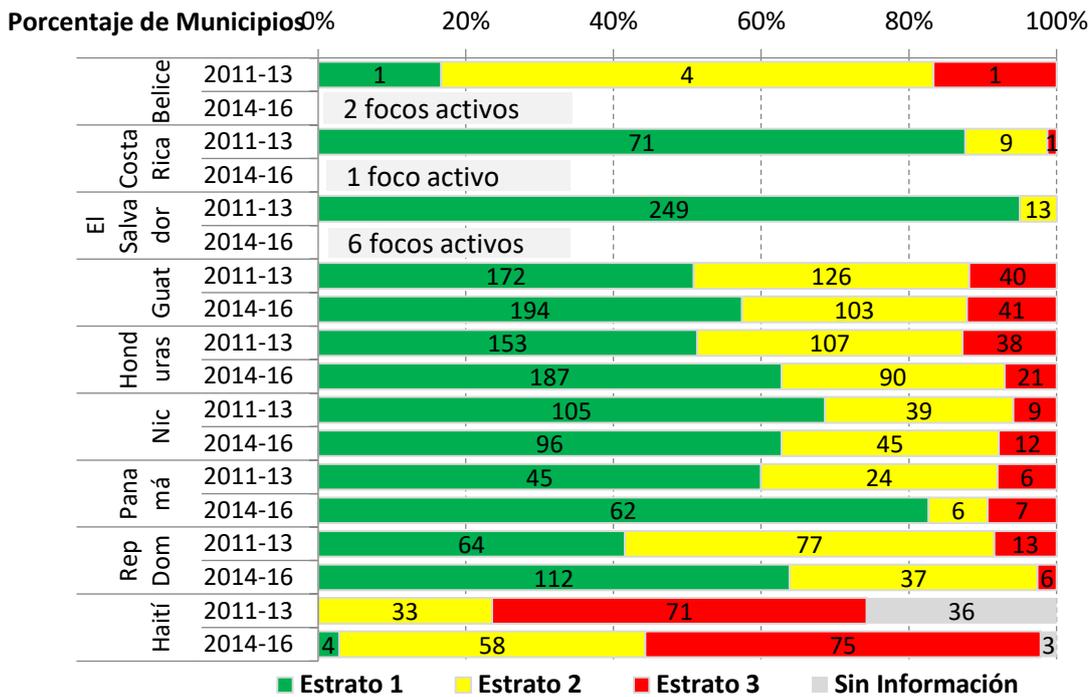
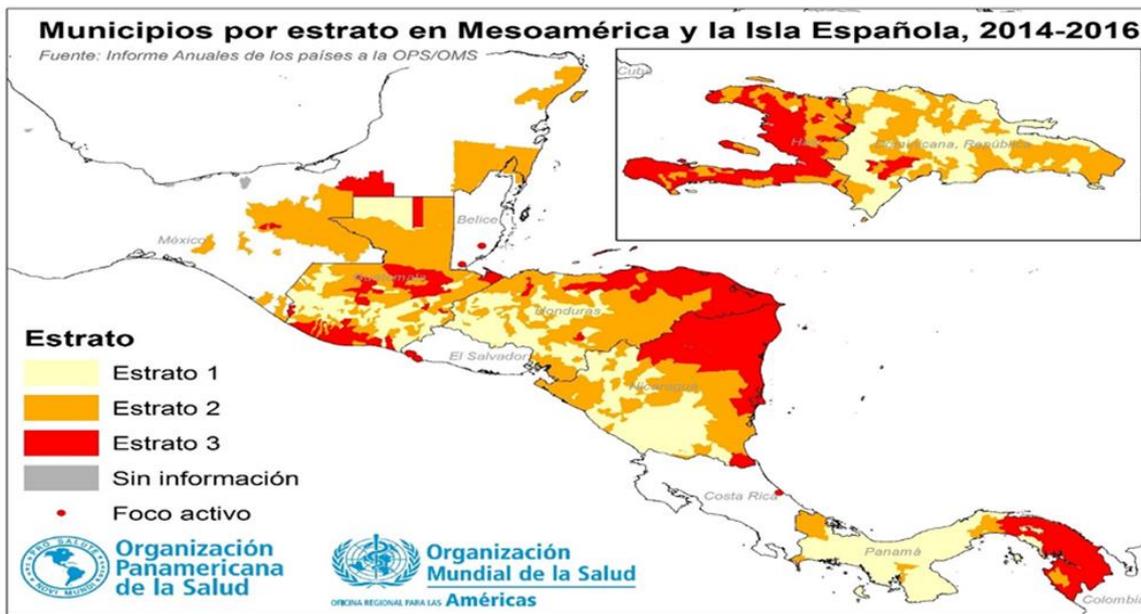


Figura 1. Mapa de municipios según clasificación de riesgo por estratos, Las Américas, 2014-2016



Población en riesgo

La eliminación de la malaria en la región beneficiaría inmediatamente a la población en áreas activas de transmisión y reduciría el riesgo global de infección para poblaciones en riesgo. En Mesoamérica y la República Dominicana, la población en riesgo que vive en áreas activas de transmisión se estimó en 18,3 millones para *P. falciparum* y 18,7 millones para *P. vivax* (Malaria Atlas Project 2010). Solo en Haití, en 2015 se estimaron alrededor de 5 millones de personas viviendo en zonas de riesgo de transmisión para *P. falciparum*.

En 2015, más de 5 millones de personas vivían en áreas de focos activos o de alto riesgo, y en la región se estimaron más de 24.000 casos (WHO 2016). La tabla 2 muestra las estimaciones por cada país.

Tabla 2. Población en riesgo por transmisión de la malaria en Mesoamérica y en la Isla Española

	Año	Belize	Costa Rica	República Dominicana	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Haití	Total
Población del país¹	2015	359.287	4.807.850 ³	10.528.391	6.126.583	16.342.897	8.075.060	6.082.032	3.929.141	10,786,393	56.251.241
Total de población en riesgo de P. falciparum malaria²	2010	—	—	7.734.000	—	4.891.000	1.695.000	3.797.000	254.000	—	18.371.000
(transmisión estable e inestable)											
Total de población en riesgo de P. vivax malaria²	2010	220.000	910.000	—	3.170.000	5.100.000	3.590.000	4.500.000	1.240.000	—	18.730.000
(transmisión estable e inestable)											
En riesgo (bajo + alto)¹	2015	—	—	5.072.515	—	12.539.759	5.117.453	3.428.487	184.172	5,030,000	26.342.386
En riesgo (alto)¹	2015	—	—	97.337	—	4.069.177	376.477	270.047	172.882	5,680,000	4.985.920
Número de personas viviendo en focos activos¹	2015	23.917	—	—	22.000	—	—	—	—	—	45.917
Casos estimados de malaria¹	2015	<50	—	870	<10	11000	7200	4600	660	69,000	24.330
Muertes estimadas¹	2015	0	—	<10	0	<10	<10	<10	0	180	—

Fuentes: 1. Estimaciones de perfiles de países, OMS (2016); 2. Malaria Atlas Project (2010); 3. El Banco Mundial (2017).

Grupos y poblaciones más afectadas por condiciones de derechos humanos y género

Se identifican grupos prioritarios específicos que aportan más a la incidencia de casos en Las Américas, pero estos pueden variar según los países. Usualmente esta población se distribuye en los municipios con alto riesgo de transmisión que se identifican en el análisis de situación en la región. Según la Organización Panamericana de la Salud, las tendencias más importantes se observan en poblaciones indígenas, personas que viven en zonas fronterizas, las poblaciones móviles y también los mineros, leñadores y trabajadores en plantaciones, para los cuales la malaria se convierte en un riesgo ocupacional (Informe de situación de la Malaria al 2014, OPS 2016).

Todas estas poblaciones se identifican en los análisis de situación de los países que se documenta en sus respectivos Planes Estratégicos Nacionales, destacándose:

- **La población móvil y migrante en República Dominicana.** La transmisión de la malaria en la República Dominicana históricamente ha estado relacionada con los ciclos de desplazamientos nacionales e internacionales de fuerza de trabajo migratoria y temporal (principalmente desde Haití), sobre todo en la producción de caña de azúcar y otros rubros agrícolas (plátanos, bananos, tomate, cítricos, habichuelas, etc.), siendo más frecuente la enfermedad en zonas rurales de provincias de la región fronteriza debido a las actividades comerciales binacionales y provincias con gran actividad agrícola, donde es frecuente la contratación de mano de obra migrante (interna y externa). No obstante, este histórico patrón de malaria rural ha cambiado en los últimos años, observándose desde el 2014 una consistente reducción de los casos en esas provincias, como resultado de las acciones de control llevadas a cabo, y un notable incremento de los casos en zonas urbanas y peri-urbanas de la provincia de Santo Domingo y el Distrito Nacional (43% de los casos del país en ese año), donde residen un gran número de personas (aproximadamente un tercio de la población del país) y existen condiciones favorables para la presencia y desarrollo del mosquito transmisor.
- **Haití.** El Plan Estratégico Nacional destaca que la población total representa aún población en riesgo de transmisión, y cerca del 50% en zonas de alto -mediano riesgo de transmisión. Sin embargo, se destaca una concentración de los casos en las tierras bajas, así como ciudades en las zonas costeras en los estudios más recientes, principalmente Grand Anse, Sud y Quest, por lo tanto, las personas que residen en estas zonas se consideran poblaciones clave. Adicionalmente, como parte del proceso de planificación estratégica, en un ejercicio llevado a cabo con la participación de las poblaciones clave, se han identificado las siguientes poblaciones con barreras específicas e inequidades relacionadas a los derechos humanos y género que dificultan su acceso a los servicios de malaria: mujeres viviendo en áreas rurales, migrantes y la población en prisiones.
- **Belize.** The current focus is on the border areas and communities with highly mobile populations, especially in endemic regions. This includes workers in the industries of sugar cane, citrus, bananas and tourism, which not only have a high population of migrant workers, but also a mobile population. The focal area include the districts of Corozal and Orange Walk in the North and Stann Creek and Toledo in the South.
- **Panamá.** La principal preocupación de las autoridades consiste en los altos movimientos de población de áreas con transmisión focalizada a las áreas libres de esta transmisión que es la mayor parte del país. Además, la población indígena conocida como los Guna, Ngabe Bugle y Emberás-Wounaan. (Comarca Guna, Madungandí, Wargandí).
- **Honduras:** Comparte la frontera con Nicaragua a través del río Coco o Segovia, concentra población en su mayoría indígena (conocida como miskitos) es población móvil a nivel interno por actividades de tipo agrícola, comercial, familiar, cultural y religioso y también población procedente de otros territorios que transitan en esta con características ambientales, geográficas socio económicas y dispersión de la población favorecen el riesgo de infección de malaria amerita un abordaje integral e intercultural y debidamente coordinado con la República de Nicaragua Así mismo el país reporta casos de malaria en las regiones Atlántica y Oriental en el departamento de Colon, Islas de la Bahía, Yoro, Olancho El paraíso, Atlántida y Cortes ameritan abordajes de focalización, control de brotes, capacitación In Situ para el personal institucional y comunitario
- **Nicaragua.** Se ubica entre los países de Honduras y Costa Rica. Con una población de 6,167,237 habitantes. En los últimos tres años la incidencia ha sido constante, siendo la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) (territorios fronterizos con Honduras) donde persiste la mayor carga de la enfermedad, Se caracteriza por ser territorio de difícil acceso y con una población dispersa y con alta movilidad que amerita un abordaje integral e intercultural.

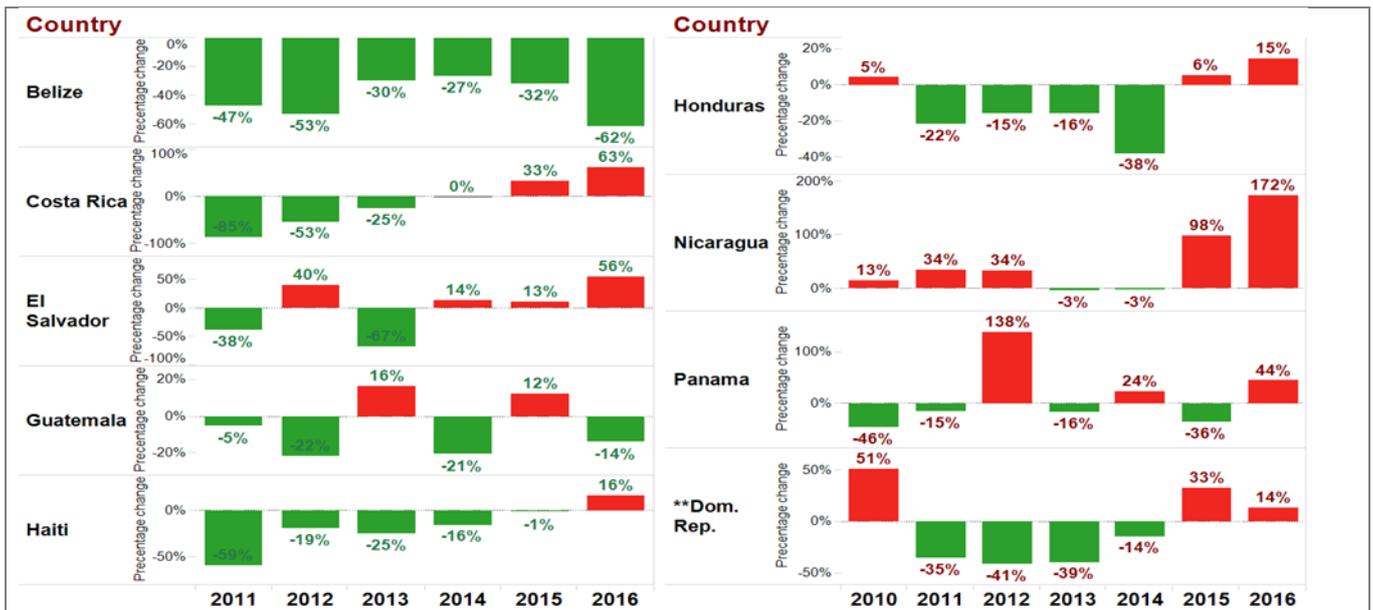
- **Guatemala.** Identifican los grupos indígenas (como por ejemplo el pueblo maya Kekchí) y en general la población en áreas rurales y en pobreza y pobreza extrema como principales afectados, en adición a los fenómenos socio económicos como el de cambios en la producción agrícola en cultivos como la caña de azúcar, la palma africana, y el arroz, entre otros que ha dado lugar al movimiento de trabajadores temporales del altiplano del país hacia áreas endémicas como Escuintla, Suchitepéquez, Petén Sur Occidente, Izabal lo que implica tanto la llegada de población portadora de *Plasmodium* a áreas con potencial de transmisión, o de población susceptible que se exponen a la transmisión local en algunas áreas.
- **El Salvador:** Las poblaciones con mayor vulnerabilidad son las poblaciones migrantes, empobrecidas, las mujeres embarazadas, los niños, las poblaciones móviles y las que viven en zonas maláricas y fronterizas. El Informe de Seguimiento de la Estrategia de Prevención y Atención del VIH en poblaciones móviles estima que la población migrante que entra anualmente en El Salvador por vía terrestre asciende a las 20,988 personas y vía aérea unas 42,750 adicionales, para un total de 63,738 en el año 2014. El mismo estudio refleja una tendencia al incremento en los últimos 3 años. Se considera como población prioritaria aquellas poblaciones móviles y migrantes que transitan por áreas con receptividad y vulnerabilidad, relacionadas a las actividades económicas en el país, dentro de los municipios que se encuentran en estrato II. Estas zonas incluyen zonas fronterizas con Guatemala, Honduras y Nicaragua. Adicionalmente, dentro de las barreras de El Salvador se encuentran los conflictos sociales, violencia de maras e inseguridad que limitan el acceso de la población a los servicios de salud y al personal técnico hacia las comunidades debido al dominio y control territorial de los diferentes grupos conflictivos.
- **Costa Rica.** La preocupación del país es el alto movimiento de población de países vecinos y de otras regiones con transmisión

En los planes estratégicos se asumen las importantes limitaciones en el acceso al diagnóstico y el tratamiento relacionadas con barreras culturales e idiomáticas, pero también de altos costos indirectos como el transporte por la limitada oferta del sistema de salud en las áreas geográficas donde están situados. La Organización Panamericana de la Salud, en el último informe de situación publicado en el 2016, también ha resaltado la limitada documentación sobre la situación de la salud de estas poblaciones y las causas de los problemas de acceso a los servicios de salud en los países, lo que no contribuye a identificar e intervenir para lograr cambios políticos que permitan superar estas barreras de manera oportuna.

Contexto epidemiológico al 2016 y proyecciones hacia la eliminación al 2020, en los países seleccionados

La situación epidemiológica de la malaria en los países de Centroamérica, República Dominicana y Haití durante los últimos 6 años (2011-2016) refleja la necesidad de intervenciones aceleradoras que permitan reducir las brechas programáticas de la respuesta a la malaria en los 9 países. Aunque ha habido cambios importantes cada año hacia la eliminación, algunos países muestran un incremento durante el 2015 y 2016 respecto al año anterior respectivamente. Adicionalmente, aunque existen algunas estrategias e intervenciones aceleradoras para eliminar *P. falciparum*, en la región, no se tiene claridad sobre el impacto de estas mismas u otras intervenciones para eliminación del *P. vivax*.

Gráfico 3. Cambio porcentual en la morbilidad por malaria, comparado con el año anterior, 2011-2016



Proyecciones de eliminación al 2020

Estudios publicados⁷ plantean que es posible eliminar la malaria en Centroamérica y La Isla Española. En un estudio publicado en el 2015, Carter et al documentan y evalúan la disminución de la incidencia de la malaria en los países de las Américas, y establecen las tendencias durante la serie de años 1959-2011, basados en 4 variables (IPA, ILP, casos de Pv y Pf). Para fines de planificación en el marco de la iniciativa EMMIE, la Organización Panamericana de la Salud actualizó sobre la base de los métodos del estudio y el modelo publicado, un modelo logarítmico, incorporando los datos reportados por los países en 2011-2016 para las mismas variables, y proyecta a partir del 2017 estas mismas tendencias. Este modelo podría reflejar el horizonte de tiempo en el cuál podría esperarse la eliminación de la malaria, de continuarse las mismas tendencias, asumiendo que se mantienen similares intervenciones en el futuro, en comparación con la serie de años anterior (“business as usual”). Esta tendencia se refleja en la línea azul de los gráficos del modelo por países. En la línea verde, se refleja la meta esperada para poder alcanzar 0 casos autóctonos al 2020. Cabe resaltar que el modelo no diferencia casos importados de autóctonos, los cuales siguen siendo una minoría en estos países, como se describe a continuación para cada país. Por lo que el modelo podría interpretarse considerando que la eliminación podría alcanzarse antes de lo que refleja la proyección para 0 casos, aunque aún se reporten casos porque podrían corresponder a casos importados de otros países.

Considerando la larga extensión del período durante el cual se podría esperar que se mantiene la transmisión de la malaria, es evidente que mantener la implementación de las estrategias e intervenciones actuales, implicaría una alta inversión y esfuerzo para los países, para una relativamente baja carga de enfermedad. Ello refleja la necesidad de acelerar los esfuerzos para eliminar la malaria en un horizonte de tiempo más corto.

GUATEMALA

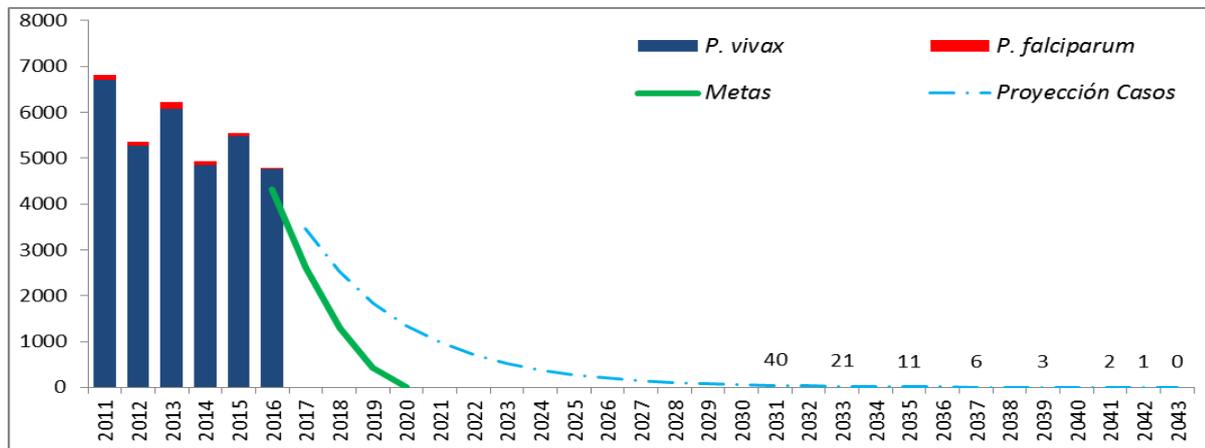
Guatemala reportó 4 854 casos de malaria en el año 2016, de los cuales 4,849 fueron por *P. vivax*., 4 a *P. falciparum* y 1 (importado) a *P. ovale*. El país tiene una meta de eliminar la malaria al año 2020 con eliminación *P. falciparum* para el año 2017. Las tendencias logarítmicas de últimos 10 años calculadas basadas en un modelo

⁷ Herrera S, Ochoa-Orozco SA, González IJ, Peinado L, Quiñones ML, et al. (2015) Prospects for Malaria Elimination in Mesoamerica and Hispaniola. PLOS Neglected Tropical Diseases 9(5): e0003700. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003700>

Tatem, A. J. et al. Ranking of elimination feasibility between malaria-endemic countries. The Lancet (2010) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21035838>

previamente publicado, estiman que, de continuar la misma tendencia en intensidad de las intervenciones, la malaria será eliminada hasta después del año 2035

Gráfico 4. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



La malaria ha evolucionado con descensos en los últimos años; en el año 2016 hay un 10.43% menos de casos respecto al año anterior; en menor proporción hay descenso en el esfuerzo de búsqueda de casos (4%). A lo interno de las áreas en se ha tenido reducciones de diferente magnitud. Un 66 % de los casos se encuentran concentrados en Escuintla, Alta Verapaz (11%) e Izabal (8%). Agregando Suchitepéquez, con 5% y Santa Rosa se tiene que el 93 % de casos del país se concentra en cinco áreas de salud.

De manera notable y hasta este año, Escuintla ha manifestado reducción con 363 casos menos que en el año 2015 (10%). Alta Verapaz, que ya venía con mejoría, tiene en el 2016 una reducción del 31 % de casos. Dieciséis áreas de salud denotan reducción en número de casos. Desafortunadamente, varias áreas de salud, incluyendo Escuintla y Alta Verapaz mermaron la toma de muestras hemáticas, principalmente por dificultades laborales. Algunas áreas que tuvieron incremento de casos, como Santa Rosa, venían con brotes desde el 2015 en varias comunidades de la región de la costa (Chiquimulilla y Taxisco). Se considera que los esfuerzos generados dentro del Plan Escuintla se han traducido ya en la reducción de casos observada en Escuintla y distritos relevantes como Masagua (33%) y La Gomera (16%), dentro de ese plan, se reconoce especial empeño en la mejora de la búsqueda pasiva con atención puntual al funcionamiento de los colaboradores voluntarios, el establecimiento de búsqueda activa en localidades prioritarias y el tratamiento y seguimiento estrecho de los casos. A nivel de país el IPA continúa por debajo de 1 y baja a 0.83; el ILP sigue por debajo de 5%: 1.65.

Los casos de Plasmodium falciparum en el 2015 fueron 36 y están concentrados en Masagua, Escuintla. Debe resaltarse como un logro la interrupción de la transmisión de esa especie desde febrero del 2016, mes en el que se presentaron los dos últimos casos por esa especie.

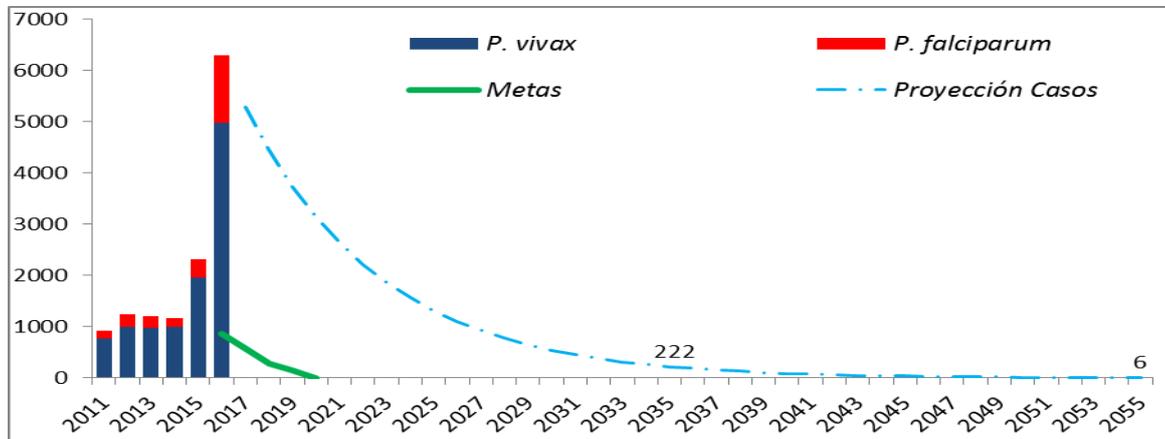
NICARAGUA

Nicaragua logró disminuir la malaria desde el pico de 76,269 casos en el año 1996 a 692 casos en el año 2010, e inició un incremento de 925 casos en el año 2010 a 6,284 al cierre del año 2016, En el año 2016 se presentó un incremento de los casos de malaria relacionado a factores climáticos, de acceso y factores económicos y socioculturales en la Costa Caribe que ocasionó la aparición de brotes en comunidades dispersas y alejadas de los servicios de salud y brotes en áreas urbanas con alta movilidad poblacional. Aplicando el mismo modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta después del año 2055.

El área más afectada por la malaria es la Costa Caribe, que presenta el 97% de los casos registrados en el país en el 2016, siendo el SILAIS Bilwi el de mayor incidencia con el 65% de los casos. El resto del país registró casos provenientes de la región caribe. Hay 95 municipios que no han tenido casos en los últimos tres años (2014-

2016). Los casos de Malaria por *P. falciparum* prevalecen en la costa caribe, siendo los SILAIS Bilwi con el 51% de los casos y Las Minas con el 44%. Se presentó 1 fallecido en el año 2015 y 2 en el 2016 ocurridos en los SILAIS de Bilwi y la RACCS.

Gráfico 5. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



HONDURAS

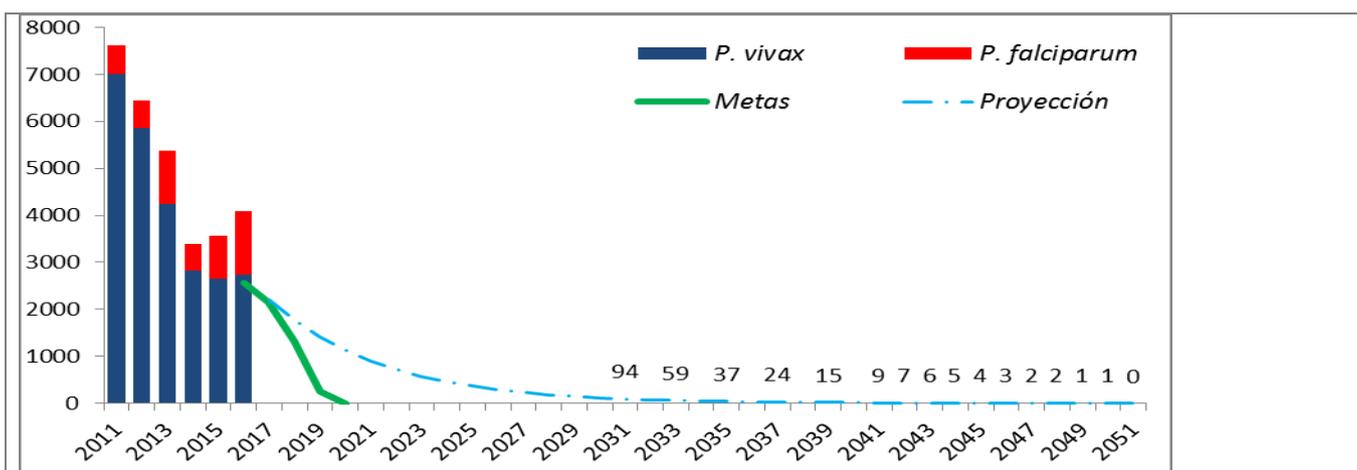
Honduras alcanzó el objetivo del ODM 6, habiendo logrado una reducción del 90% en los casos de malaria durante 2000-2015. Durante el período 2010-2016, Honduras registró un descenso del 58% en los casos. En 2016, se registraron 4.097 casos y ningún fallecimiento reportado (Gráfico 4 y 5). En comparación con otros países de Centroamérica, Honduras ocupó el tercer lugar después de Nicaragua y Guatemala, en reportar el mayor número de casos para 2016. Aplicando el modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta después del año 2050.

Del total de casos en 2016, un 33% fueron causados por *P. falciparum* e infecciones mixtas y un 67% por *P. vivax*. Durante 2007-2016, Honduras ha reportado consistentemente el mayor número de *P. falciparum* e infecciones mixtas en todos los países centroamericanos.

Durante el período 2014-2016, un 63% de los 298 municipios del país fueron clasificados como estrato I que se define como municipio con cero casos autóctonos durante esos años (Gráfico 8 y Mapa 1). Un 30% de los municipios del país reportaron <1 caso por 1.000 habitantes y un 7% de los municipios tuvo una Índice Parasitario Anual (IPA) de > 1 caso por cada 1.000 habitantes durante este período. En comparación con el Plan Estratégico Nacional de la Malaria de Honduras 2014-2017, los municipios han mostrado una mejoría en la disminución de sus incidencias desde 55% en estrato I, 34% en estrato II, y 10% en estrato III.

En relación al riesgo de malaria en el país, para el 2016 se reporta 0.47 casos de malaria por mil habitantes con un porcentaje de positividad del 2.44%, estos presentan un aumento en relación al 2014 de 0.07 en relación al riesgo de malaria y del 0.21% de positividad. Este incremento de casos está asociado al incremento de la vigilancia en respuesta brotes de malaria específicamente en las zonas de mayor incidencia del país.

Gráfico 6. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



En el 2016, un 58% (2390 de 4097 total) de todos los casos en el país fueron reportados en el departamento de Gracias a Dios, mientras que un 18% (727 de un total de 4097) fueron reportados en el departamento de Colón. Específicamente, el municipio de Puerto Lempira en Gracias a Dios sigue reportando el mayor número de casos en el país (45% de los casos en 2016). Hubo un aumento de casos en Puerto Lempira entre 2015 y 2016 debido a un brote de *P. falciparum* en la zona costera de Kauquira, algunas localidades de mismo sector (Daphat, Alabar, y Tailibila) también tuvieron brotes causados por *P. vivax* (Gráfico 13 y 14). Estos brotes estuvieron relacionados a la migración de trabajadores temporales por la reciente actividad económica de (extracción de medusa y pepino del mar).

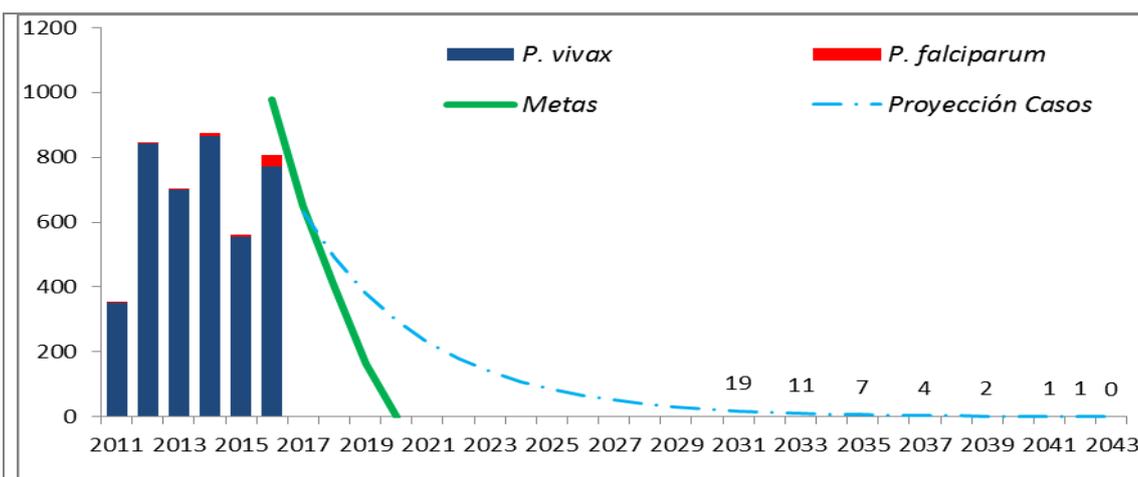
Los departamentos de Atlántida, Francisco Morazán e Islas de la Bahía siguen teniendo transmisión leve. Estos departamentos enfrentan factores de importación hacia y desde otras partes del país. Aunque el departamento de Francisco Morazán ha tenido una reducción del 43% desde 2014, tiene alta vulnerabilidad debido a la importación de casos procedentes de áreas endémicas llegando a la capital del país principalmente a Tegucigalpa. Colón y Olancho han tenido reducciones significativas. Colón ha reducido los casos a 44% entre 2014 y 2016 mientras Olancho ha reducido significativamente a un 84% en el mismo periodo.

PANAMA

Durante el año 2016 se registró en Panamá 811 casos de malaria, 773 773 por *P. vivax* y 38 por *P. falciparum*. Del total de casos, 42 importados, 36 de Colombia, 5 de Venezuela y 1 de Italia²⁵ (3.0%) son importados, 20 de Colombia y 5 de Venezuela. La especie de mayor importancia relacionada a la transmisión autóctona en Panamá es el *P. vivax*. A pesar de que en este año se observó un incremento respecto al año 2015, se mantiene una focalización de la transmisión en las Regiones de Darién, Panamá Este, Comarca Guna Yala y Comarca Ngobé Buglé, eliminando la Malaria en gran parte del territorio Nacional. Aplicando el modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta el año 2043.

Es importante aclarar que en el 2007 se eliminaron los casos de malaria a *P. falciparum* autóctona. Hasta el año 2016 que se presentó un brote en dos comunidades de la Región de Darién fronterizas con Colombia, donde a raíz de un brote de grandes magnitudes a *P. falciparum* en este país se detectaron 17 casos reintroducidos como producto de esos movimientos migratorios en las comunidades Guyabito y Cocalito. Cabe mencionar que se detectaron 21 casos de malaria a *P. falciparum* importados de otros países.

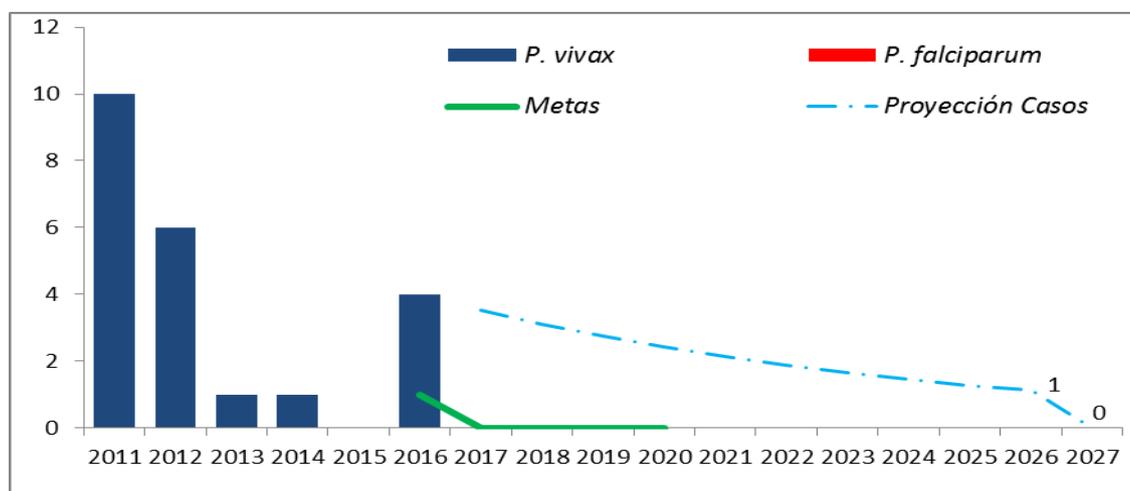
Gráfico 7. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



COSTA RICA

En el año 2016 se registraron (n=13) casos de malaria con índice parasitario anual (IPA) de 0.007 por 1000 habitantes. Del total de casos, (n=9) se clasificaron importados y (n= 04) autóctonos. De los importados corresponden (n=6) a *P. vivax*, (n=02) provienen de Perú, (n=03) de Guyana y (n=01) de Colombia). Los otros (n=03) importados son de la especie *P. falciparum* y provienen de la República del Congo, Colombia y Mozambique. Los (n= 04) casos autóctonos se presentaron después de un período de tres años en los cuales el país no había notificado casos de transmisión local y corresponden a casos aislados sin antecedentes de viajes recientes fuera del país residentes de la localidad de Saborío del distrito Carrandi, cantón de Matina. Aplicando el mismo modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta después del año 2025.

Gráfico 8. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



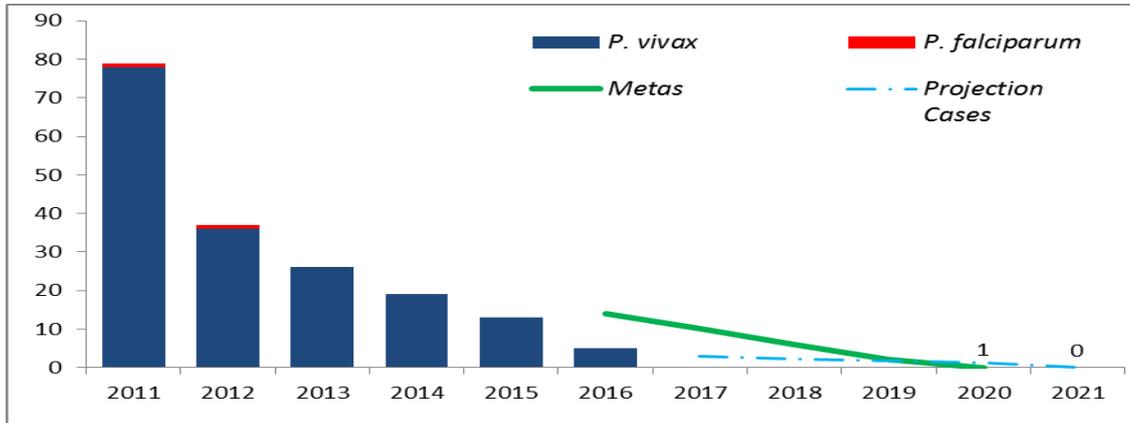
BELIZE

Between 2000 and 2016 the country achieved a 99.7% reduction in cases from 1,486 cases to 5 in 2016. Malaria continues to be concentrated mostly in the Southern and Northern districts and likewise cases are now concentrated in a few communities. Of the 5 cases in 2016, there was 1 imported from Nicaragua. Aplicando el modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, en el año 2021.

Los casos por *P. vivax* representan el 100% de los casos detectados, dado que *P. falciparum* fue eliminado en 2006. In 2016 indigenous transmission occurred in Trio and Conejo Creek Villages alone but there are several

localities at risk or with recent transmission – therefore we have 27 foci (areas with various level or risk for transmission) under close surveillance. All cases were investigated, classified, and had various levels of supervised treatment based on patient access/availability. Data reported for 2015 and part of 2016 was verified in the external validation process carried out independently by the Global Fund and PAHO from the 24th October to 1st November 2016. Despite the resurgence of Malaria in the northern districts of Corozal and Orange Walk in 2014 and 2015, there has been significant advancements in the region which reported no cases in 2016.

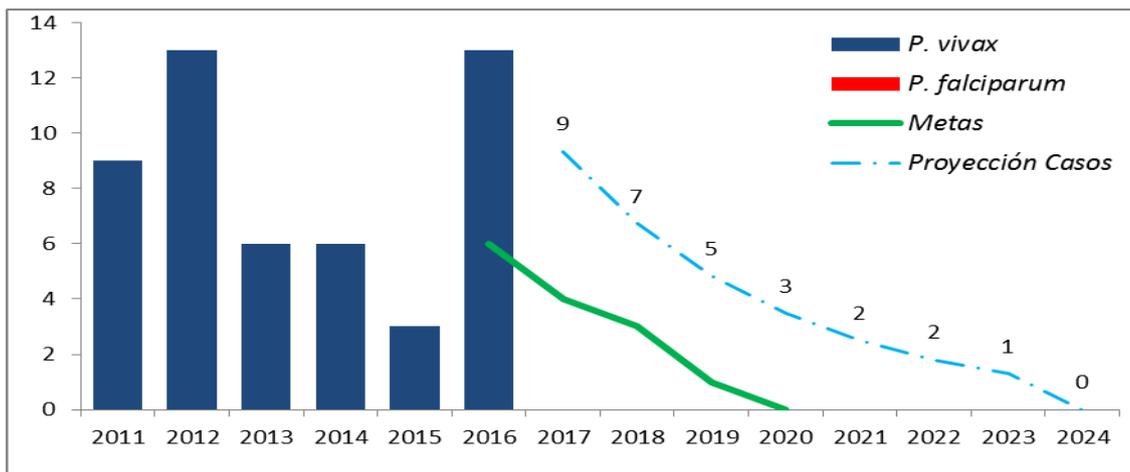
Gráfico 9. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



EL SALVADOR

El Salvador alcanzó niveles de pre-eliminación de la malaria en el 2011 ya que tenía una tasa de positividad de láminas inferior al 5%. El Índice de lámina positiva (ILP) a nivel nacional fue de 0.01% en el año 2011, de 0.02% en el 2012, de 0.006% en el 2013 y 2014 respectivamente, 0.003% para el 2015 y de 0.01 en el 2016; lo que revela que la positividad a malaria en láminas examinadas es menor que el 5%, que es el rango establecido por OPS. Aplicando el modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta el año 2024.

Gráfico 10. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



El Índice Parasitario Anual (IPA) se ha mantenido en 0.001x1000 habitantes durante los años 2011 al 2015. En el año 2016 el IPA fue de 0.0022x1000 habitantes. Según la OPS se ha logrado el estatus de eliminación, debido a que se tiene una incidencia anual menor de 1 caso por 1000 habitantes. La tasa de incidencia de casos confirmados para el año 2016 es de: 0.21x100,000 habitantes (autóctonos más importados) y la tasa incidencia

de casos autóctonos es de 0.19x100,000 habitantes. En lo referente a muertes por malaria en el país la tasa es de cero desde el 1984.

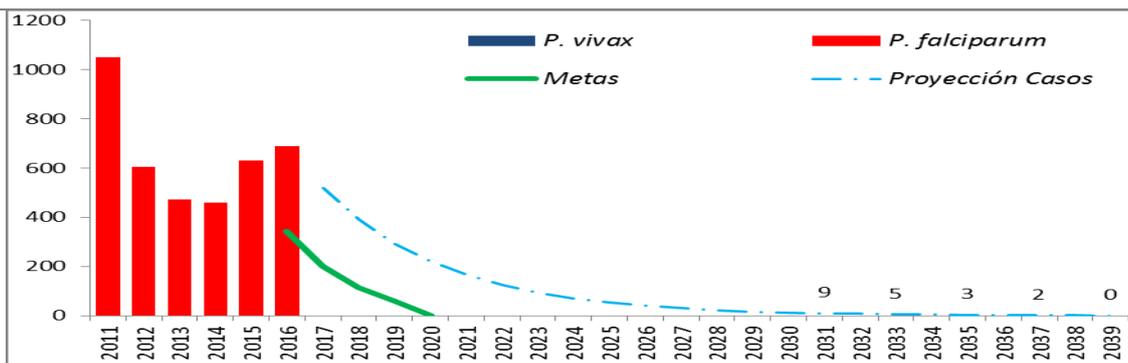
En el 2016, el país registro 6 focos activos, los cuales se encuentran altamente focalizados en la Región Occidental del país. Dos focos se encontraron en el departamento de Ahuachapán y 4 en el departamento de Sonsonate. En lo referente a procedencia, el 65.0% (48) de los casos notificados durante los años 2011-2016 se catalogaron como casos autóctonos; del total de casos importados el 35% (25), el 72% (18) procedían de Guatemala, el 22.2% (4) del continente africano y el 16.7% (3) de Honduras. En lo que respecta al género y especie de Plasmodium, de los 73 casos el 86.3% (63) fueron Plasmodium vivax, de los cuales, el 28.6% (18) fueron importados. El 8.3% (6) fueron a Plasmodium falciparum, de los cuales el 100% eran importados, 2 de la República de Honduras y 4 del continente africano. Los últimos cinco casos a P. falciparum fueron en 1995, los registrados a partir de ese año han sido catalogados como importados. El 100% de casos autóctonos han sido Plasmodium vivax.

REPÚBLICA DOMINICANA

En el 2016, 690 casos por P. falciparum fueron notificados en la República Dominicana. Durante los últimos dos años (2015-2016) se ha aumentado levemente el número de casos confirmados en el país, a diferencia de la tendencia a la reducción que se observaba durante los años previos desde el 2011 hasta el 2014. Aplicando el modelo logarítmico para proyectar la tendencia de casos, se podría esperar la eliminación de la malaria, de continuar con la misma intensidad en las intervenciones, hasta el año 2030.

Hasta el 2014, a pesar de la importante reducción de los casos a nivel nacional, se observó un incremento de los casos en áreas urbanas de la provincia de Santo Domingo, de manera particular en barrios ubicados en las orillas del río Ozama e Isabela en el municipio Santo Domingo Norte y Santo Domingo Este. En el 2015 los municipios Santo Domingo Norte y Santo Domingo Este aportaron el 49% de los casos del país, siendo mayor la transmisión en Santo Domingo Este. Sin embargo, producto de las intervenciones realizadas por el programa en coordinación con las Áreas de Salud, especialmente la integración del trabajo comunitario en la detección y notificación de personas con fiebre, se logró reducir la transmisión de la enfermedad en estos municipios en el año 2016. En el 2016, la transmisión se concentró en otro municipio de la provincia de Santo Domingo, el municipio Santo Domingo Oeste, donde se reportó el 49% de los casos de esta provincia (22% de los casos del país). A finales del 2016 se produjo además un importante brote de malaria en varios bateyes de 2 provincias de la zona sureste del país (provincias Hato Mayor y San Pedro de Macorís) donde desde el 2014 no se reportaban casos y hasta el 2013 existía muy baja endemia. Este brote estuvo asociado con la zafra azucarera. Por otro lado, entre los años 2013 al 2016 ha habido una tendencia a la reducción en los casos importados en el país procedentes desde Haití, a pesar del ligero incremento en los casos totales observado a partir del año 2015 en relación a los casos del 2014. Los casos procedentes de Haití históricamente representaban cerca del 100% de los casos importados. Esa tendencia cambió de forma dramática sobre todo desde el año 2013 (99 casos) cuando en todo el año se observó una reducción de un 79 % y 83% en relación a los años 2010 (461 casos) y 2011 (567 casos), respectivamente. A partir del año 2013 se observa un incremento de los casos importados procedentes de Venezuela y Guyana, con el mayor registro en el año 2016 (51% del total de casos importados).

Gráfico 11. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.

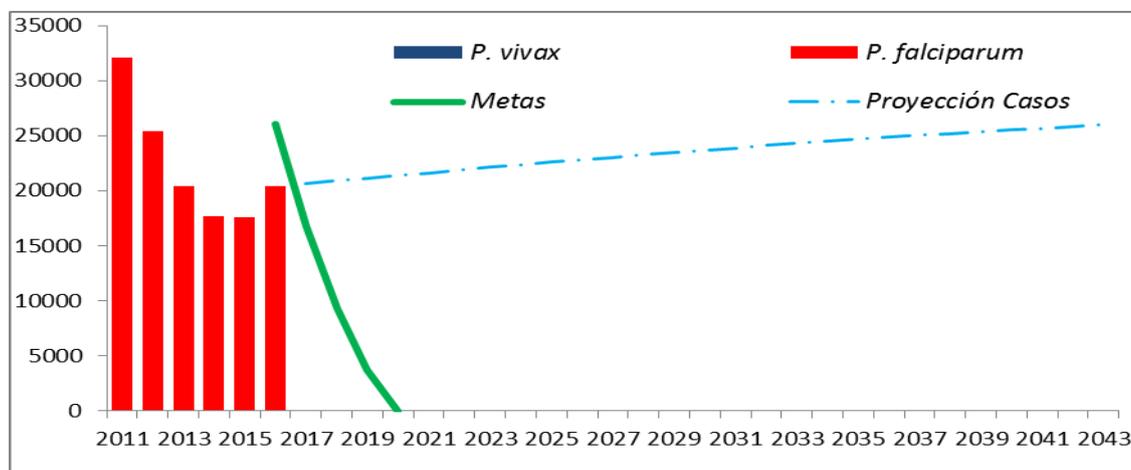


HAITÍ

Los casos de malaria confirmados aumentaron de 16,872 en 2014 a 17,583 en 2015 y 21,430 en 2016. Los casos de muertes aumentaron de 9 en 2014, a 15 en 2015 y 13 en 2016. La incidencia aumentó de 1,7 casos por 1.000 habitantes en 2014 a 1,7 casos por 1.000 habitantes en 2015 y 2 casos por 1.000 habitantes en 2016. Esta tendencia resulta a expensas principalmente de los casos notificados por los departamentos de Grand'Anse (incidencia de 23 casos por 1000 habitantes), Nippes (3 casos por 1000 habitantes) y Sur (4 casos por 1.000). Estos tres departamentos tienen una población estimada de 1,561,656 habitantes (tan solo 14,5% de la población nacional). Este aumento en la notificación de casos también se ha relacionado a la mejora en la calidad de la información y el número de instituciones que notifican al Programa Nacional.

El modelo logarítmico de proyección de casos muestra una tendencia al incremento de los casos y no a la reducción, de continuarse con la misma intensidad en las intervenciones programáticas.

Gráfico 12. Casos de malaria reportados 2011-2016 y proyecciones para la eliminación.



En Abril 2015, Haití adoptó un nuevo Plan estratégico para la eliminación de la malaria (PSNEM 2016 – 2022 por sus siglas en Francés). El plan establece un horizonte para la eliminación de la malaria al 2020 y ha tenido un buen inicio con el apoyo de los socios bilaterales y multilaterales. El país mantiene una estratificación por incidencia y positividad (Estrato 1: <1 caso confirmado de malaria /1000 habitantes, Estrato 2: >1 caso por 1000 habitantes y la positividad es entre 1-<5% y Estrato 3: >1 caso por 1000 habitantes y >5% positividad de las láminas) y las estrategias e intervenciones han sido establecidas de manera específica para cada estrato. Hasta la fecha, el plan no representa cambios relevantes estratégicos dado que la situación epidemiológica del país no ha cambiado significativamente. Se observa una tendencia al incremento de la morbilidad y mortalidad.

III. Situación programática en los países de Centroamérica, República Dominicana y Haití

La mayoría de los países en las subregiones implementan de manera similar las principales intervenciones de control de vectores, método diagnóstico y tratamiento de primera línea para *P. falciparum* y *vivax*, con algunas excepciones, que se muestran en la tabla resumen a continuación.

Tabla 3. Resumen de las principales medidas de control vectorial, diagnóstico y tratamiento en Centroamérica y la Isla Española

Países	Principales intervenciones de control de vectores			Método Diagnóstico	Tratamiento primera línea Pf	Tratamiento primera línea Pv	
	MILD	RRI	Control de larvas			Microscopía	Prueba rápida
Honduras		Si	Si	Si	Si	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
Nicaragua		Si	Si	Si	Si	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(7d)
Guatemala		Si	No*	Si	Si	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
República Dominicana		Si	Si	Si	Si	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
Haití		Si	No	Si	Si	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
Panamá		Si	Si	Si	Si**	AL+PQ(1d)	CQ+PQ(7d);CQ+PQ(14d)
Belice		Si	Si	Si	No	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
El Salvador		Si	Si	Si	Si**	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(14d)
Costa Rica		No	Si	Si	No	CQ+PQ(1d)	CQ+PQ(7d);CQ+PQ(14d)

Fuente: Perfiles de país, OMS 2016 y Reporte de Situación de la Malaria de la OPS al 2015. Actualizado con información reportada por los países al Fondo Mundial. *El país no utilizó RRI desde el 2011. *En 2017 se iniciará su implementación en Escuintla con el apoyo de la OPS/OMS. **De inicio reciente durante 2016 y en ampliación a zonas focalizadas durante 2017.

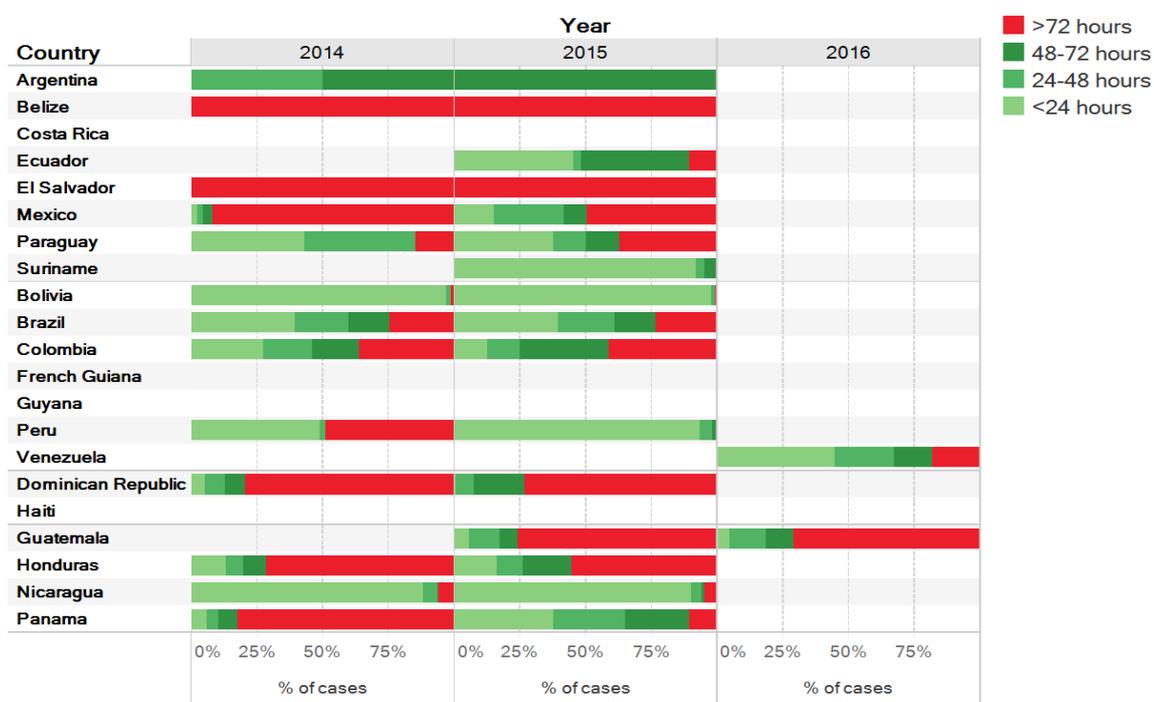
La microscopía de la malaria es el método diagnóstico más utilizado en la región. El uso de las pruebas rápidas se ha intensificado principalmente durante los últimos 2 años, con su introducción en El Salvador, Panamá, Honduras, Nicaragua y Guatemala. El uso de las pruebas rápidas en estos países de la subregión ha sido principalmente con el propósito de reducir el tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, ya que todos los casos requieren de microscopía para ser examinados de acuerdo al algoritmo nacional. La Cloroquina sigue siendo eficaz en estos países, de acuerdo a los resultados de la vigilancia molecular de la resistencia de manera sistemática, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (Informe de situación de la Malaria en Las Américas, 2014).

Acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria

A pesar de que la mayoría de los países en la región, presentan una red amplia de oferta del diagnóstico y tratamiento de la malaria con cobertura nacional, los resultados del análisis del tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas y el inicio del tratamiento no son óptimos para todos los países, lo cual se podría atribuir a las limitaciones en el acceso a los servicios de diagnóstico para las poblaciones y grupos más afectados. Los países con más alta proporción de casos con amplios tiempos de espera para tener acceso al tratamiento (>72 horas)

al 2015, se siguen observando en El Salvador, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Belice, aunque ello no implica que no hayan tenido mejoras durante los últimos 3 años, como se documenta en el reporte de la Organización Panamericana de la Salud al 2015. Nicaragua y Panamá muestran un mejor desempeño durante el 2015 principalmente.

Gráfico 13. Tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas y el tratamiento en la región, 2014-2016*.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Datos preliminares para el 2016, aún en recopilación.

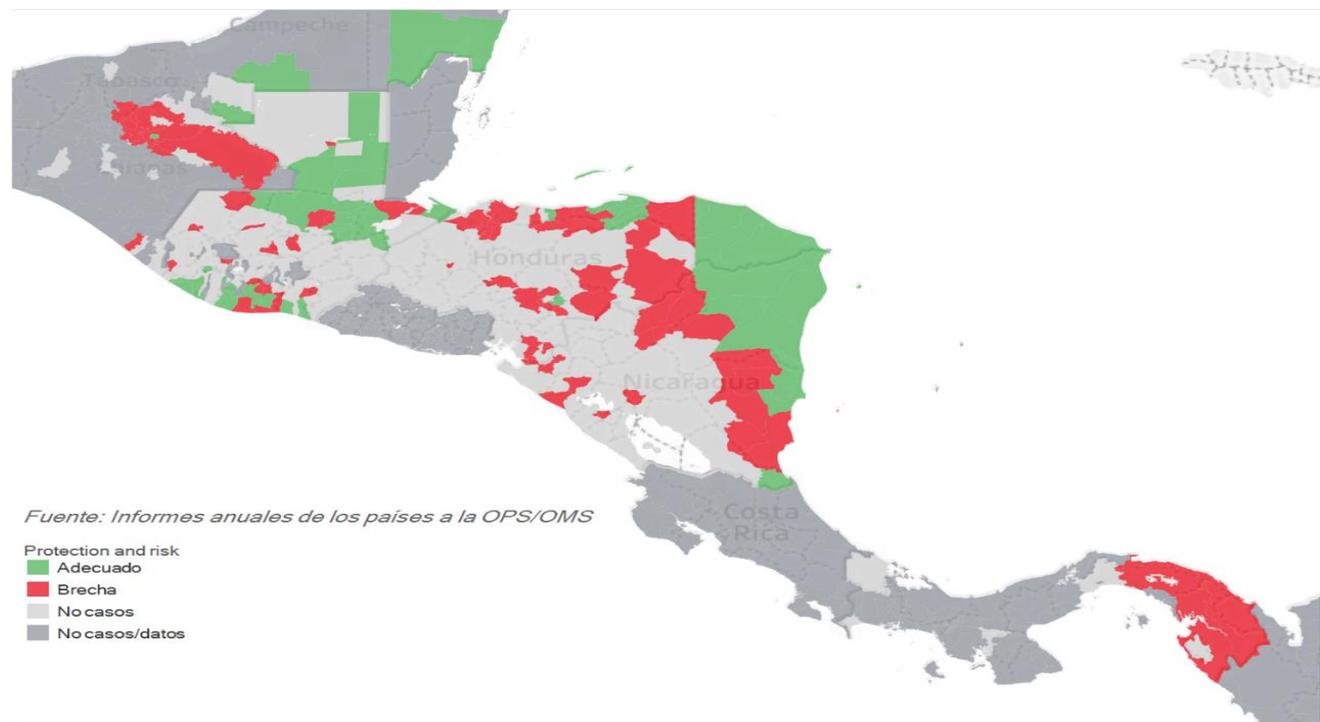
La oferta disponible del diagnóstico y tratamiento se describe más adelante por país, como parte de la descripción de la situación de los sistemas de salud y programas de malaria. Ello ha sido tomado en consideración para la identificación de las brechas programáticas más relevantes que también se incluyen más adelante, y por ende, en la planificación de las intervenciones necesarias para acelerar hacia la eliminación. Cabe resaltar que, la conclusión de la OPS/OMS como resultado de las verificaciones en el marco de EMMIE a los países durante 2016-2017, sitúan el diagnóstico tardío como el principal cuello de botella en la región para acelerar el éxito en la reducción de la transmisión y la superación de esta debilidad está muy relacionada con las mejoras necesarias en los modelos de atención a la salud para asegurar el acceso a las poblaciones clave y más vulnerables.

Cobertura de las intervenciones de control vectorial según riesgo a nivel de municipios

La cobertura de las intervenciones de control vectorial a nivel de los municipios con alto riesgo de transmisión aún es muy baja en muchos de los municipios con un alto (IPA >10/1000 habitantes) a moderado (IPA <10/1000 habitantes) riesgo de transmisión en los países que planifican la eliminación para el 2020. Estas brechas de coberturas óptimas en municipios con transmisión se observan principalmente en Honduras, Nicaragua, Guatemala y Panamá.

Asumiendo que los municipios con alta transmisión deberían alcanzar mínimamente 80% de cobertura y que los de moderada a baja transmisión tendrían una cobertura al menos del 25% considerando que se focalizarían la intervención a subdivisiones territoriales enmarcadas dentro de dichos municipios, el mapa muestra en verde los municipios que cumplen con ambos criterios y en rojo, los que no cumplen con ninguno.

Figura 2. Cobertura de las intervenciones vectoriales por países, según niveles de riesgo por municipios, Latinoamérica, 2016.



Fuente: Reportes de los países a la Organización Panamericana de la Salud.

Participación de la sociedad civil y sistemas comunitarios a nivel de la región

En la región se han desarrollado muchas iniciativas para promover la organización y fortalecimiento de la sociedad civil y su participación en la lucha contra la malaria. Durante los últimos años, se han dado pasos contundentes para reforzar la participación social en la iniciativa EMMIE que se describen a continuación. Sin embargo, todavía se requiere continuar fortaleciendo este enfoque, escalar las acciones principalmente y asegurar su sostenibilidad.

Conformación de la Liga Regional de Sociedad Civil de lucha contra la malaria

Para poder lograr la eliminación de la malaria en el 2020, el MCR definió como prioridad la incorporación de la sociedad civil en la iniciativa EMMIE. Se conformó la Liga Regional de Sociedad Civil de lucha contra la malaria, con el propósito de promover la conformación de una sociedad civil estructurada que responda a la eliminación de la malaria. La sociedad civil se integra por un conjunto de organizaciones formadas por voluntarios con el propósito de promover sus ideas e intereses. Desempeña un papel clave en la elaboración e implementación de programas y políticas de salud pública. Con respecto a la eliminación de malaria y la sostenibilidad de la misma, la participación de la sociedad civil en la EMMIE es vital porque puede alcanzar las comunidades de difícil acceso donde la transmisión persiste, abogar por los recursos necesarios para la iniciativa, movilizándolo a los gobiernos y donantes entre otros, y utilizar su experiencia en el cambio de comportamiento para aumentar y sostener las actividades para la prevención y el control de la malaria, especialmente cuando el número de casos empiece a disminuir.

Como resultado de las actividades llevadas a cabo inicialmente, se generó un plan de trabajo para la Liga regional y un plan de participación de sociedad civil a nivel de los países. Avances que ha tenido la liga regional de sociedad civil:

1. Participación en la verificación de datos de país
2. Participación en procesos de verificación para la certificación
3. Participación en los MCP y el monitoreo estratégico del MCR
4. Conformación de las Ligas Nacionales por país en Nicaragua y Haití
5. Gestión para el soporte del funcionamiento de las Ligas Nacionales
6. Visitas de intercambio y aprendizaje entre organizaciones de la sociedad civil y MCP de país
7. Visibilizarían de estudios de casos exitosos desde los aportes de sociedad civil
8. Participación en la realización de investigaciones operativas
9. Fortalecer la estructura regional de la Liga, membrecía y definiciones de la figura actual.

Enfoque de la participación de la liga y necesidades a futuro

1. Organización de una plataforma virtual de la liga como red donde se cuenta con bibliografía y materiales educativos compartidos, publicación de boletines etc.
2. Incidencia y/o acompañamiento a los Ministerios de Salud para la eliminación de la Malaria.
3. Realización de Foros regionales de ligas, colvol, sociedad civil etc
4. Crear comités comunitarios que promuevan estilos de vidas saludable para que cada quien pueda cuidar y limpiar su entorno y las demás áreas donde se cría el mosquito.
5. Desarrollar un plan regional de comunicación de materiales educativos innovadores que pueden ser adaptados al contexto local
6. Mapear los actores de sociedad civil para su integración a las acciones de la EMMIE, incluyendo a la empresa privada.

La participación de sociedad civil deberá en estos primeros años fortalecerse y para eso si es necesario apoyar con financiamiento para su fortalecimiento, sin embargo, una vez organizadas todas las comunidades, ellos son los que van a garantizar la sostenibilidad de las acciones a nivel comunitario sobre todo educativas, divulgación y cambio de comportamiento y la vigilancia comunitaria en coordinación con los Ministerios de Salud a nivel local.

En el Plan Estratégico Regional de Malaria del MCR, se contemplan acciones como Monitorear el progreso a la eliminación de la malaria en cada país. El cual estaría a cargo de la Comisión de Monitoreo Estratégico del MCR con participación de la Liga Regional de Sociedad Civil, además del monitoreo social y la vigilancia a las acciones de prevención y control de la malaria por la sociedad civil representa una auditoría social en los diferentes procesos para asegurar y mejorar la calidad de los servicios, especialmente para las personas en las comunidades más afectadas. A nivel regional, se desarrollarán herramientas para ser adaptadas a los contextos locales para monitorear y mejorar los servicios de salud.

Se hace necesario una mayor integración y coordinación entre los programas y las comunidades para lograr el verdadero fortalecimiento y sostenibilidad de las acciones.

En la experiencia de Nicaragua en un contexto donde el Gobierno de la República promueve un modelo participativo en la gestión de la Salud “Modelo de Salud Familiar y Comunitario, la integración de la comunidad se convierte en un pilar protagónico de sus cambios y logros. A nivel de la comunidad existe una red de agentes de salud y colaboradores voluntarios que participan activamente en acciones de prevención, educación, vigilancia de casos febriles, la realización de pruebas para el diagnóstico oportuno de la malaria (gotas gruesas y PDRM). Estos se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional y en comunidades de difícil acceso, como las de las regiones autónomas del Caribe Norte y Sur del Caribe garantizan el tratamiento inmediato y completo de personas con malaria. En estudios de casos donde se ha tenido impacto en la reducción de casos de malaria, se han identificado factores entre los más importantes: el involucramiento de las comisiones comunitarias de salud a través de planes de acciones para el control de la malaria, elaboración de mapas de riesgo, coordinación con el MINSA y la sensibilización, seguimiento al uso de MTLD. Así mismo se han venido educando, capacitando e integrando a los agentes de medicina tradicional y otros actores claves para el control de la malaria. Otros países de la región como Honduras, Panamá, República Dominicana han desarrollado acciones para la integración de la comunidad en la lucha, que se requiere sean fortalecidas y escaladas a nivel nacional.

IV. Contexto programático a nivel de los países

A continuación, se resumen los principales elementos que describen el funcionamiento de los sistemas de salud y las brechas programáticas más relevantes en la respuesta a la malaria en los países de Centroamérica y la Isla Española, basadas en las informaciones proporcionadas por los países miembros del Mecanismo Coordinador Regional (MCR) para la preparación de esta propuesta y los Planes Estratégicos Nacionales de Malaria, cuando han sido actualizados. Más información se encuentra en los Planes Estratégicos de cada país (algunos se han incluido en estado de borrador dado que su oficialización no ha concluido), y el informe de evaluación de las capacidades de control de vectores en Haití, de la Organización Panamericana de la Salud. Estos se incluyen en los anexos xxx.

GUATEMALA

La oferta de servicios para manejo de casos

El sistema de salud está compuesto por el sector público y el privado. El primero incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), la sanidad militar, y otras instancias de gobierno que realizan actividades de salud. El segundo incluye diversos prestadores con y sin fines de lucro, además de prestadores comunitarios tradicionales. Todos coexisten en un sistema segmentado y fragmentado.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es la autoridad rectora de la prestación de servicios de salud y presta, dentro de su red primaria, secundaria y terciaria, alrededor de 1,492 servicios. Al primer nivel corresponden el 74% de los servicios (puestos de salud, puestos de salud fortalecidos con fin de semana, puestos de salud fortalecidos y unidades mínimas). Al segundo nivel corresponde el 23% de los servicios (centros de atención permanente, centros de salud, centros de atención al paciente ambulatorio, centros de atención integral materno-infantil, centros de urgencias médicas, maternidades cantonales, clínicas periféricas y servicios especializados) y el tercer nivel representa el 3% de los servicios. El segundo proveedor de servicios de salud es el IGSS, el cual atiende alrededor del 17% de la población y cuenta con 125 servicios, distribuidos en el país, los cuales incluyen: hospitales, policlínicas, consultorios, centros de atención, unidades asistenciales, unidades integrales de adscripción, salas anexas, unidades periféricas y puestos de primeros auxilios. El sistema privado, por su parte, cuenta con 6,963 centros que van desde clínicas y laboratorios, hasta hospitales. En muchos casos, incluso contando con cobertura de servicios públicos de salud, la población acude a centros privados para recibir atención.

Para el año 2016 el diagnóstico se realizó a través de laboratorios locales, de los cuales 24 funcionan como laboratorios locales de microscopía dentro de un área de salud, coordinando la logística del control de calidad e informando al Laboratorio Nacional de Salud (LNS) como laboratorio central de referencia.

A nivel nacional se cuenta con 165 técnicos capacitados para el diagnóstico de malaria. Estos técnicos que realizan toma de muestra hemática y prueba de diagnóstico rápido (PDR), transporte de las mismas y administración de tratamiento. También hay personal de campo (1,250 personas) que se dedica parcialmente a actividades de malaria y que están involucrados en actividades primarias (muestreo de sangre y otras actividades de apoyo). Además, se cuenta con aproximadamente 5,600 colaboradores voluntarios distribuidos por todo el país y que apoyan exclusivamente la vigilancia pasiva por medio de la toma de muestras hemáticas en su comunidad.

Con el fin de ampliar la red de diagnóstico, se necesita ampliar la red de colaboradores voluntarios, asegurar la adquisición de insumos para toma de muestra y diagnóstico de la malaria, recursos para asegurar la vigilancia activa y la distribución de nuevos centros periféricos de microscopía en comunidades de áreas postergadas y sin acceso a servicios de salud, con especial enfoque en distritos de estrato 3, identificando y capacitando a líderes comunitarios.

Actualmente uno de los principales retos para el país es lograr la regularización de la comercialización de medicamentos antimaláricos. La automedicación y la falta de regularización en la venta libre de estos medicamentos que son expendidos a los usuarios con sospecha de malaria sin confirmación de laboratorio y de manera incompleta facilitan el mal uso de los mismos principalmente en las zonas endémicas.

El Plan Estratégico Nacional de Malaria prioriza la ampliación de los servicios a los departamentos con mayor carga de casos, ubicados en las áreas de salud de Escuintla (9), Alta Verapaz (7), Suchitepéquez (3), Izabal (2), Santa Rosa (1), Retalhuleu (1), así mismo en departamentos con dificultad al acceso al diagnóstico y en zonas fronterizas, ubicados en las áreas de salud de Baja Verapaz (2), Huehuetenango (2), Ixil (2), El Quiché (2), Jutiapa (1), San Marcos (2), Zacapa (2), Sololá (1). Siendo un total de 37 centros de microscopía. Se espera que durante el año 2017 se implementarán 9 en Escuintla y 7 en Alta Verapaz, se pretende que durante los siguientes años la implementación en las otras áreas de salud continúe.

Capacidades para control de vectores

Según la Guía MIV (MSPAS, 2015), dentro de las estrategias para el abordaje de la malaria se encuentran: Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración (MTILD), Rociamiento Residual Intradomiciliar (RRI), Saneamiento Ambiental (SA), Nebulización (NB) y Abordaje de Criaderos Productivos (ACP).

A nivel central el Subprograma de Malaria es parte del Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores, el cual se compone de otros cinco subprogramas y una sección de entomología médica. El Subprograma de Malaria es operado por aproximadamente 2,200 técnicos distribuidos en 27 Áreas de Salud, los cuales comparte otras funciones con otros programas de enfermedades transmitidas por vectores. Dentro del grupo de técnicos para los distintos programas de vectores, existen 44 Auxiliares de Entomología distribuidos a lo largo de las distintas áreas del país: seis en Alta Verapaz y uno o dos en cada una de las áreas restantes.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

Actualmente la vigilancia epidemiológica en Guatemala es principalmente pasiva y ejecutada por los colaboradores de las distintas comunidades, también denominados "colaboradores voluntarios". Actualmente con la reorientación a eliminación, se comienza a impulsar la búsqueda activa de casos.

Para la vigilancia, el monitoreo y evaluación, se utiliza el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) que es la fuente oficial de datos. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Bill Clinton (CHAI) se ha diseñado un nuevo protocolo de vigilancia epidemiológica en conjunto con el subprograma de malaria que establece el marco normativo y operativo orientado hacia la eliminación.

NICARAGUA

La oferta de servicios para manejo de casos

Con la implantación del Modelo de Atención en Salud Integral de la Región Autónoma de la Costa Caribe (MASIRACC), se ha intensificado el acercamiento de la atención en salud a las poblaciones étnicas y migrantes, lo que ha favorecido el fortalecimiento al abordaje integral de la malaria.

De un total de 1973 Establecimientos de salud (Hospitales, Centros y Puestos de Salud) distribuidos en 153 municipios del país que participan en la vigilancia de Malaria, 206 unidades brindan diagnóstico oportuno de malaria, 144 unidades pertenecientes al Ministerio de Salud. Un total de 62 servicios de salud privados, todos participan en la notificación de casos positivos, pero no suministran tratamiento, están en proceso de introducción al sistema de control externo de la calidad y están bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

A nivel comunitario, un total de 8,073 colaboradores voluntarios están distribuidos en los 153 municipios del país y asignados a los SILAIS (nivel de gestión intermedia). Sin embargo, la necesidad de colaboradores voluntarios ha sido estimada en un total de 9,185, por lo que aún falta habilitar unos 1,112 colaboradores más, y la brecha está principalmente en los SILAIS Matagalpa, Managua, Rivas y RAAS. Los Col Vol no realizan diagnóstico microscópico de malaria, pero sí suministran el tratamiento a los casos positivos de su localidad. Únicamente los SILAIS de Bilwi, Las Minas y RACCS cuentan con pruebas de diagnóstico rápido para malaria.

En total existen 493 microscopistas a nivel nacional que realizan diagnóstico de gota gruesa y 1 revisor para el control de calidad por cada SILAIS, para un total de 19 revisores. En el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR) en el Ministerio de Salud nivel central, existe 1 recurso propio del MINSA y 5 contratados por el Proyecto Fondo Mundial/Malaria.

En las zonas endémicas (14 municipios) se necesita un recurso adicional por unidad de salud ya que la carga laboral es alta y a mayor carga laboral menos calidad diagnóstica, además se necesita repuestos para equipos microscópicos principalmente, así como dotar de microscopios completos y nuevos en algunos municipios y centros de diagnóstico.

Capacidades para control de vectores

En el Nivel Central del Ministerio de Salud existen dos (2) recursos que desempeñan funciones programáticas de Malaria. En cada uno de los 19 SILAIS del país existe un equipo formado por el Responsable de Epidemiología y el Responsable de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), este equipo existe igualmente en 130 de los 153 municipios del país, que garantizan las actividades de control vectorial del componente de Malaria, la respuesta a las Arbovirosis, Chagas y Leishmaniasis. Se cuenta con un equipo básico de dos recursos capacitados en componentes de entomología, a nivel de los 19 SILAIS del país, que apoyan el seguimiento de las actividades de control vectorial.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

En Nicaragua se tiene un sistema de información numérico 'Simalaria' que abarca a los Silais y municipios, el cual está en proceso de migración a un sistema nominal y en línea, que llegará hasta las unidades de salud privadas y públicas, cuyo reporte es mensual. Con el sistema numérico los mecanismos de calidad de los datos son débiles aún. El Ministerio tiene el sistema de vigilancia nacional, el SIVE, que reporta diariamente la información de la malaria en todos los niveles, con el que se coteja la información de malaria del SIMALARIA, la unificación de estos dos sistemas será alcanzada a mediano plazo, este es un proceso que se está fortaleciendo.

En los municipios de las zonas endémicas la responsabilidad de epidemiología es asumida por médicos en servicio social con poca experiencia, los que al cabo de un año o menos tiempo rotan, por lo tanto, se afecta la estabilidad para el seguimiento y análisis de la situación epidemiológica en dichas zonas. Las principales brechas descansan en que la migración a este nuevo sistema implicará equipos de computadoras y la conectividad por internet desde las unidades de salud hasta el nivel nacional. Hasta la fecha se ha fortalecido los sitios endémicos

con el proyecto del fondo mundial, pero la conectividad en esa zona requiere altos costos. Y es imperante que el sistema se implemente en todo el país y no solo en área endémica. Así como también la capacitación continua de migración al nuevo sistema, llevara mas más tiempo del esperado, en la zona maláricas, donde la rotación de personal es continua.

HONDURAS

La oferta de servicios para manejo de casos

La malaria se diagnostica principalmente por microscopía en el país, aunque las PDR se utilizan en zonas de difícil acceso como la Moskitia. El Ministerio de Salud está estructurado en 20 regiones sanitarias (18 departamentales y 2 regiones metropolitanas), 1640 establecimientos de salud: 7 Hospitales Nacionales, 6 Hospitales Regionales, 16 Hospitales de Área, 438 Centros de salud con médico (CESAMO), 1 084 Centros de salud rural (CESAR), 72 Centros Materno Infantil (CMI), 3 clínicas periféricas de emergencia (CLIPER), 14 CEO, 224 laboratorios responsable del diagnóstico de malaria y 18 Unidades Entomológicas.

Actualmente, la red nacional de laboratorios de diagnóstico se compone de 20 laboratorios departamentales, y solo 25 microscopistas exclusivos para microscopía de malaria que incluye los revisores (9 supervisores) y 13 contratados con financiamiento del Fondo Mundial para las áreas prioritarias de alta transmisión.

Actualmente y con el apoyo del Fondo Mundial, el país ha desarrollado modelos de atención que permiten que las intervenciones de malaria tengan una cobertura más amplia, se han instalado puestos de notificación con PDR en localidades de difícil acceso mediante la capacitación de colaboradores voluntarios. De igual manera, es necesario continuar asegurando acceso al diagnóstico universal y tratamiento oportuno lo cual implica mantener los 131 puestos de notificación comunitario con diagnóstico mediante uso de PDR y continuar instalando más puestos a fin de llegar al 100% de los puestos de colaboradores voluntarios con PDR , considerando la dispersión de la población y el difícil acceso en el Departamento de Gracias a Dios.

En cuanto al sector privado, a partir del 2015 se está integrando la red privada tanto de laboratorios como de clínicas y hospitales; aunque todavía no en su totalidad ya que para esto requieren la certificación de la capacidad diagnóstica para malaria de la Secretaría de Salud. Se han incorporado formalmente a los sistemas de control de calidad y notificación de casos los laboratorios ya certificados.

Capacidades para control de vectores

Las principales estrategias incluyen la vigilancia entomológica y control de criaderos, vigilancia y monitoreo de la resistencia a los insecticidas en 8 puntos centinelas con el apoyo técnico de la OPS y CDC, distribución de MILDs y rociamiento residual intradomiciliario en la población de riesgo. Las 20 regiones sanitarias, tienen a su vez las direcciones municipales y cuentan con personal de epidemiología y técnicos de saneamiento ambiental para coordinar las acciones del programa de vectores. Las principales limitaciones incluyen la disponibilidad de recursos para asegurar la supervisión de los servicios en las comunidades (colaboradores voluntarios) y recursos para garantizar la respuesta oportuna a los brotes.

En el 2016 el país inició la caracterización de focos lo cual continuará en 2018-2023 ya que el país plantea mantener esta metodología como un proceso dinámico.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

Unidad de Vigilancia es la entidad responsable de la Secretaría de Salud (SESAL) de Honduras para temas relacionados a vigilancia epidemiológica y entomológica de la malaria, el Laboratorio Nacional de Referencia para parasitología es el responsable del diagnóstico de la malaria y la Unidad de Gestión de Información es la responsable de los sistemas de información relacionados a malaria. El país sigue manteniendo vigilancia a la resistencia antimaláricos (cloroquina) usando pruebas moleculares desde del año 2012. Así mismo se implementarán las capacitaciones IN SITU para los equipos locales de salud, la focalización de la malaria,

tratamiento supervisado, la investigación de casos y el análisis local de la situación de la malaria a fin de operativizar la respuesta oportuna especialmente en el abordaje de brotes

PANAMA

La oferta de servicios para manejo de casos

Los establecimientos de salud total son 913 de estos 834 son del Ministerio de Salud y 79 son de la Caja del Seguro Social. De estos 33 son hospitales y 4 Patronatos del tercer nivel de atención de los cuales 31 toman se toman muestras de sangre para el diagnóstico de la malaria, e inician el tratamiento a los casos positivos, pero el mismo es finalizado por personal de vectores.

En el segundo nivel de atención el país cuenta con 180 centros de salud y 26 policlínicas del Seguro Social, en estas se toma muestras de sangre y se inicia tratamiento en 94 instalaciones, pero al igual que en el nivel tercer nivel, la mayoría de las muestras son tomadas por personal de vectores los cuales le dan el tratamiento de cura radical.

En el nivel de atención primaria se cuenta con 116 sub- centros de salud, 473 puestos de salud, 15 Unidades de laboratorios y 23 Centros de atención primaria del Seguro Social, en los cuales se toman muestras de sangre y se dan tratamientos, en 230 Puestos de Salud en las áreas de alto riesgo de las regiones de salud con transmisión de malaria, estos promotores de salud toman las muestras de sangre y proporcionan el tratamiento de cura radical.

En Panamá ya no existe el colaborador voluntario. Esta figura fue remplazada por el Asistente de Salud el cual es funcionario del Ministerio de Salud los cuales tienen dentro de sus funciones la toma de la muestra y una vez es diagnosticado con malaria le dan el tratamiento respectivo.

En el sector privado son pocas las instalaciones de salud participan en la notificación, pero los hospitales regionales en las diferentes regiones de salud del país principalmente en la Región Metropolitana se asegura el acceso al diagnóstico, se toman las muestras y son enviadas al Laboratorio Conmemorativo Gorgas de Estudios en Salud para la confirmación del diagnóstico y el hospital da tratamiento respectivo de acuerdo a la normativa nacional.

Las muestras de sangre por ley son examinadas por un tecnólogo médico que no es exclusivo para la microscopía de malaria, lo cual ha reducido el acceso al diagnóstico.

Capacidades para control de vectores

El programa de malaria mantiene una coordinación estrecha con Epidemiología en las 15 regiones, pero se necesita mayor apoyo en lo relacionado con el acompañamiento de estas unidades las cuales en algunas regiones solo hay una o dos unidades para todos los programas. Las unidades de salud ambiental realizan otras actividades de salud lo que les impide formar parte del equipo de vectores ya que son dirigidas a la manipulación de alimentos y las inspecciones de los locales de interés sanitarios.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

Las guías y manuales para la vigilancia y los sistemas de información se encuentran actualmente en revisión, por lo que se necesitará capacitar a todo el personal en el nivel local que ejerce funciones de vigilancia epidemiológica. Las acciones que tienen que mejorarse incluyen la investigación de casos, detección y reporte de brotes, mantenimiento de bases de datos, registro nominal de casos a nivel regional y municipal, entre otras.

COSTA RICA

La oferta de servicios para manejo de casos

El Ministerio de Salud (MS) de Costa Rica no dispone de servicios de salud, es el ente Rector de la promoción social de la salud, la atención a las personas la realiza la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

En este contexto no existe programa vertical de malaria, el Ministerio de Salud está organizado por procesos, abordándose los temas específicos desde la perspectiva y competencia de cada función rectora, de manera articulada y buscando sinergias en todos los niveles de gestión.

El diagnóstico y tratamiento de la malaria se realiza a través de los establecimientos de la CCSS institución que dispone de una extensa red de centros de salud: 29 hospitales, 104 áreas de salud, 1041 EBAIS (Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud) y 711 puestos de visita periódica, garantizando accesibilidad geográfica oportuna. Uno de los aspectos más destacados del modelo de sistema de salud de Costa Rica es la visita domiciliar de los EBAIS. Ésta se encuentra a cargo principalmente de los asistentes técnicos de atención primaria o ATAPS, que son funcionarios de campo del EBAIS que salen a las comunidades a visitar cada una de las casas por diversos medios de transporte y detectar posibles riesgos que puedan poner en peligro la salud de los habitantes, realizan actividades de vacunación, identificación de enfermedades transmisibles y no transmisibles además de otros problemas de salud. Esto facilita la programación de citas con el médico, servicios de laboratorio y farmacia, entre otros. Los EBAIS han permitido que exista una relación más estrecha entre el equipo de prestación de servicios de salud y la comunidad.

La CCSS realiza el servicio de laboratorio en los 3 Niveles de Atención, con fortalecimiento importante a Nivel Local con una red de 126 laboratorios en sus Áreas de Salud Locales (Incluyendo 10 de cooperativas de salud que le brindan servicio a la CCSS). El Centro Nacional de Referencia en Parasitología (CNRP) del INCIENSA es el encargado del Control de Calidad.

Capacidades para control de vectores

Las Operaciones de Control Vectorial se enmarcan en el contexto del Proceso de Manejo Integral de Vectores (MIV) que cuenta con los siguientes componentes: Control Químico, Control Biológico, Ordenamiento del Medio, Control Cultural, Entomología Médica, y funciona en los 3 niveles de atención, Nacional, Regional y Local. Otras acciones complementarias al control del vector como el mejoramiento de la vivienda y control físico; canalización y relleno sanitario, además obras físicas y gestión ambiental con la colaboración de gobiernos locales y participación de otros actores sociales (conformación de comités de salud y alianzas con el sector privado, religioso, educativo y autoridades municipales).

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

El Ministerio de Salud es el organismo oficial que determina cuál es el estado o comportamiento epidemiológico de las enfermedades. La vigilancia epidemiológica de la malaria y otros eventos de notificación obligatoria son competencia de la Dirección de Vigilancia de la Salud (DVS), que además de la vigilancia epidemiológica, hace el seguimiento de los determinantes de la salud. Tiene un equipo de apoyo administrativo y su nivel de coordinación inmediato superior con la Dirección General de Salud.

En el Grupo Técnico Nacional de Enfermedades Vectoriales integrado por profesionales del MS, CCSS y el INCIENSA (Instituto Nacional de Investigación y Enseñanza de la Salud), se realiza el análisis nacional y seguimiento epidemiológico, para elaborar lineamientos y normas de esta enfermedad, así como de otras vectoriales como dengue, Chikungunya y Zika.

La vigilancia epidemiológica opera en los tres niveles de la estructura de salud antes descrita, la realizan equipos interinstitucionales (MS-CCSS-INCIENSA), existiendo equipos locales de vigilancia de la salud conocidos como CILOVIS (Comisión Interinstitucional Local de Vigilancia de la Salud), a nivel regional están los epidemiólogos regionales, tanto en la CCSS como del MS ambos integran una comisión regional (CIREVIS) la cual funciona como apoyo a las comisiones locales. A nivel central, la información epidemiológica es agregada y analizada por la DVS que además integra la notificación de casos que provienen de las instituciones privadas de atención a las personas.

BELIZE

La oferta de servicios para manejo de casos

Un total de 130 servicios de salud (76 públicos y 54 privados) ofertan los servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria en Belice. El reporte desde todos los servicios de salud privados ocurre, pero de manera inconsistente. Aproximadamente unos 300 trabajadores comunitarios de salud y colaboradores voluntarios se distribuyen en las zonas de alto riesgo, sin embargo, existe la necesidad de mantener estos colaboradores motivados para asegurar que se mantienen activos. A través de los años, el número se ha reducido considerablemente, así como su productividad en términos del número de láminas que son colectadas.

Capacidades para control de vectores

Se utilizan mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MILD) en combinación con rociado residual intradomiciliario (RRI) en las zonas con transmisión; Esta combinación de intervenciones junto con la supervisión del tratamiento ha producido buenos resultados. En 2017 el plan es mejorar la vigilancia pasiva y activa, redistribuir las redes de cama, reducir el tiempo de respuesta desde el momento en que se lleva una diapositiva al tratamiento administrado, la supervisión del tratamiento y la clasificación de los focos para determinar las acciones necesarias.

El programa nacional identifica como principal reto lograr la implementación de las acciones contando solo con el personal responsable de las acciones de control vectorial, que asciende a solo 60 trabajadores. Entre las funciones de este personal se incluye las de supervisión, microscopía, chofer, identificación, tratamiento y eliminación de los criaderos de mosquitos, investigación de casos, tratamiento de casos y otras actividades relacionadas al control vectorial.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

El Programa Nacional considera que en el nivel central el equipo de soporte para las acciones de vigilancia epidemiológica es adecuado, no así a nivel de las 4 regiones de salud y sus respectivos programas distritales, donde hay una limitación importante de personal. Para superar la brecha, se han formado comités de vigilancia funcionales y se han capacitado a través del Programa de Epidemiología de Campo del CDC, a personal para apoyar la respuesta ante brotes.

En preparación para la eliminación, el Programa nacional ha identificado la necesidad de mantener y ampliar la capacitación del personal clave de salud pública en los aspectos de eliminación de la malaria, la adecuación y estandarización de los protocolos y formatos de vigilancia y programáticos relacionados a la investigación del caso y focos, mejorar la selección de lugares para la detección activa y reactiva en áreas de alta vulnerabilidad y en los focos, reforzar la cobertura de exploración sanguínea en la población de riesgo, fortalecer la capacidad del personal de salud en los servicios privados de salud para que participen activamente en la eliminación de la malaria y aumentar los esfuerzos para reducir las tardanzas en el diagnóstico y tratamiento principalmente a través de la vigilancia pasiva realizada a nivel comunitario.

EI SALVADOR

La oferta de servicios para manejo de casos

El Sistema Nacional de Salud está constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población (Diario Oficial tomo 377 Decreto 442).

Son miembros del Sistema Nacional de Salud: a) El Ministerio de Salud y sus dependencias, b) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, c) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a Sanidad Militar, d)

El Fondo Solidario para la Salud, e) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y, f) El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

El Salvador cuenta con 30 hospitales públicos, de los cuales 11 son Hospitales básicos, 14 son Hospitales departamentales, 2 son Hospitales Regionales y 3 son Hospitales de Referencia Nacional. También existen un total de 20 hospitales privados. En el primer nivel de atención se cuenta con un total de 752 establecimientos de salud públicos; de los cuales hay 419 Unidades Comunitarias de salud Familiar (UCSF), 291 UCSF Intermedias, 39 UCSF Especializadas, 2 Centros de Atención de Emergencias (CAE), 1 Clínica de empleados. En resumen, existen 214 establecimientos de salud con capacidad instalada para el diagnóstico microscópico de malaria y 538 unidades de salud sin laboratorio que son apoyadas por los que sí cuentan con laboratorio. Se cuenta con 543 licenciados en laboratorio clínico, 106 técnicos de laboratorio clínico y 19 microscopistas de malaria. El país tiene 292 recursos de malaria y una red de 2,752 colaboradores voluntarios (Col. Vol.) a nivel nacional.

En el 2015, la representación del sector privado en el abordaje general de la malaria es mínimo (menos del 0,5% del total de casos) teniendo en cuenta que el total de casos de malaria que se presentan al sector privado es de aproximadamente 1 por año. Esta situación evidencia una probable sub-notificación de casos; asimismo, es de hacer notar que el sector privado no realiza vigilancia activa, sino que solo reacciona ante la llegada de sospechosos sus instalaciones.

Capacidades para el control de vectores

El equipo de control de vectores del Programa Nacional de Malaria cuenta con 37 entomólogos ubicados en los 17 SIBASI. Las actividades de control de vectores realizadas por el Programa Nacional de malaria se desarrollan de forma integral, intensificándose en aquellas localidades donde se identifican los focos maláricos. El manejo y control del vector se enmarca en actividades que se establecen en un Plan Operativo anual que es evaluado de forma trimestral y anual en los diferentes niveles de atención.

La distribución de MILDs se ha efectuado una vez al año en los caseríos donde hay focos de transmisión principalmente. La cantidad actualmente distribuida no responde a una estimación de necesidades, sino a la disponibilidad presupuestaria. La vigilancia entomológica en el país se contextualiza en un programa nacional de vectores que planifica acciones en los 3 estratos para mantener una vigilancia activa para malaria y otras enfermedades endémicas como Chikungunya, Dengue, Leshmaniasis, Chagas y Zika.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

Al diagnóstico positivo de un caso de malaria se activa la respuesta directa operativa en un tiempo no mayor de 24 horas. Sin embargo, es importante señalar que la vigilancia se programa para los Estratos I y II, condición que se ve delimitada por la falta de insumos, equipos y medios de transporte. El país no cuenta con un sistema de información para malaria en línea en tiempo real que vincule información epidemiológica, entomológica y de vigilancia de casos, en línea que permita análisis de información desagregada para la toma de decisiones oportunamente. El 100% de los casos son notificados e investigados epidemiológicamente. La información sobre casos notificados se registra en el SUIIS, en el instrumento de notificación individual de caso, el módulo VIGEPES. El VIGEPES es alimentado por las diferentes Unidades Notificadoras (de Primer Nivel y Hospitales). La información registrada en el VIGEPES es complementada a través de un registro manual en hoja de Excel administrado y utilizado por el personal operativo de malaria de los SIBASI. No obstante, de ser el reporte oficial, no incluye todas las variables necesarias para un análisis y toma de decisiones en la fase de eliminación, como por ejemplo la carga parasitaria, historial de viaje, clasificación de caso, datos entomológicos, clasificación de foco, o completamiento de tratamiento, lo cual se aborda como parte de las acciones del plan estratégico nacional. Es importante mencionar la urgente necesidad que existe de integrar la información de estos dos sistemas y obtener un sistema único de información orientado hacia la eliminación. La fragmentación y segmentación del sistema genera duplicidad de esfuerzos y limita el análisis necesario en la fase de eliminación.

REPUBLICA DOMINICANA

La oferta de servicios para manejo de casos

Desde hace dos años, el Ministerio de Salud-MSP- se encuentra en un proceso de separación de funciones, delegando al Servicio Nacional de Salud las funciones de prestación de servicios, con una vasta red de establecimientos, que abarcan el nivel primario (Unidades de Atención Primaria), Hospitales Municipales y Provinciales (segundo nivel) y Hospitales y establecimientos Regionales o de Referencia Nacional. El Ministerio de Salud, se está concentrando en sus funciones esenciales que son la de rectoría y prevención, y en este marco se encuentra el CENCET, que ha iniciado un proceso de desconcentración de personal y la de asumir la rectoría.

Este proceso viene a garantizar que las acciones tanto preventivas como curativas se realicen de manera más racional. Parte del financiamiento del sector se realiza a través de las Aseguradoras de Riesgo de Salud, en las cuales está afiliada aproximadamente el 70% de la población nacional, en uno de los dos sistemas (Contributivo o Subsidiado).

En la actualidad 18 establecimientos (1 hospital general, 1 hospital regional, 14 hospitales provinciales y 2 hospitales municipales) ofertan diagnóstico microscópico en el país cubriendo 16 de 32 provincias del país. Otros establecimientos, sobre todo en el primer nivel de atención y algunos centros privados ofrecen diagnóstico por pruebas rápidas. El tratamiento es aun manejado y dispensado por el Programa de Malaria en todos los establecimientos de salud donde se diagnostique un caso y a nivel comunitario. Cada provincia tiene asignado un stock de antimaláricos en función a su situación epidemiológica. Está planificado que en el 2018 los antimaláricos serán manejados directamente por los servicios de salud.

Al presente solo 126 establecimientos privados del país participan en la notificación de casos.

En la República Dominicana no existen Colaboradores Voluntarios de Malaria, pero el país dispone de una red de Promotores de Salud, adscritos a los Servicios de Salud y Autoridades Locales de Salud. Disponemos de una red de evaluadores de Malaria quienes son los responsables de realizar la búsqueda activa de casos en las localidades endémicas y forman parte del equipo de control vectorial. En los últimos años el país ha demostrado experiencia de integración comunitaria en el control de la malaria, lo que ha dado como resultado que en las localidades con alta transmisión líderes comunitarios y organizaciones de base comunitaria participen activamente en las actividades de prevención, reduciendo sustancialmente la transmisión.

La red de laboratorios de malaria está conformada por 18 laboratorios incluyendo un laboratorio de referencia nacional y un laboratorio de referencia de zona con un total de 28 microscopistas. Para el futuro próximo, se plantea que en cada hospital provincial y en los hospitales de gran demanda se ofrezca el diagnóstico microscópico. Para esto se requiere llevar a cabo una certificación de los laboratorios en estos hospitales y la implementación del sistema de aseguramiento de la calidad del diagnóstico en el laboratorio de referencia nacional.

A nivel central el programa nacional cuenta con dos médicos especialistas en Malaria, cuyas funciones son básicamente las de elaborar normas, protocolos, guías, análisis, informes de Malaria, etc. Para el diagnóstico, búsqueda activa y tratamiento, el nivel central dispone de dos técnicos y un médico, uno de estos es el encargado de tomar muestras a todos los casos notificados en la zona metropolitana, darles tratamiento si lo ameritan, iniciar la búsqueda activa y junto a los otros dos coordinar con las autoridades locales de salud, la investigación de los casos y la respuesta (acciones de control).

Capacidades para control de vectores

Para las acciones de Manejo Integrado de Vectores (MIV) se cuenta con una estructura que a nivel central, dentro el proceso de separación de funciones que lleva acabo el MSP, asume de forma exclusiva las funciones de normalización y está conformada por un encargado general de entomología y control de vectores, un encargado de laboratorio y de evaluación biológica de plaguicidas, un encargado de vigilancia entomológica, un encargado de operaciones de campo en control de vectores y un encargado de colonización y crías/taxonomía.

En el nivel local las Direcciones Provinciales de Salud y/o las Direcciones de Áreas de Salud (DPS/DAS) de cada provincia, asumen el compromiso de crear equipos locales que estarán conformados por un entomólogo y dos auxiliares de entomología en control vectorial, los cuales serán los responsables de la parte operativa del manejo integrado y el control de vectores. Para apoyar este proceso con el auspicio de USAID, la OPS y el CDC, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, a través de sus facultades de Ciencias de la Salud y Ciencias Agronómicas y Veterinarias, y el Ministerio de Salud Pública a finales del mes de agosto de este año 2017 darán inicio a un Diplomado en Entomología en Salud Pública y Control de Vectores, con el objetivo de formar estos profesionales y técnicos y de ese modo crear las capacidades en el monitoreo y MIV en este nivel

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

El programa de Malaria tiene un sistema de información en el cual se registran los casos confirmados, las muestras tomadas (en búsqueda activa y pasiva) y otras variables (ej. Defunciones, pacientes por semana epidemiológica y fecha de toma de muestra, casos en zonas urbanas y rurales por grupo de edad y sexo). En el marco de la separación de funciones y desconcentración del Ministerio de Salud Pública, se ha decidido integrar el sistema de información de Malaria al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico – SINAVE y alinear a las necesidades de información para la eliminación. Este último tiene aproximadamente 10 años de funcionamiento y vigilando todos los eventos de notificación obligatoria. Se ha diseñado una hoja de ruta que establece que antes de fin de año, Malaria debe estar integrado completamente al SINAVE, reportando y produciendo información útil para el programa.

HAITI

La oferta de servicios para manejo de casos

La red de establecimientos de salud en el país cuenta con un total de 805 centros que ofertan servicios de diagnóstico y tratamiento para malaria. Los establecimientos se clasifican por niveles de complejidad de la atención: primario, secundario y terciario. A nivel primaria, se incluyen centros de salud comunitarios (359), centros de salud a nivel de municipios, (129 con camas y 298 sin camas, para un total de 427) y hospitales comunitarios (121) de los cuales 52% se encuentra en el Departamento del Oeste. El nivel secundario, se refiere a los hospitales departamentales (10) y el nivel terciario, se refiere a los hospitales de universidades e instituciones especializadas de referencia nacional, para un total de 5 que incluyen 2 que son también hospitales departamentales.

De acuerdo a la última encuesta nacional de evaluación de los servicios de salud, solo el 43% de estos establecimientos de salud tiene capacidades para ofertar el diagnóstico de malaria.

Los servicios privados han sido incorporados a la notificación, aunque con importantes limitaciones todavía, lo cual es de mayor relevancia en el contexto de Haití considerando su alta contribución a la oferta de servicios en el país. En Haití el sector privado consiste en dos subsectores: el sector privado lucrativo (liberal) que reúne a todo el personal de la salud que trabajan en el sector privado, por cuenta propia o en clínicas privadas y se concentra en áreas metropolitanas y representa casi el 32% de la oferta de atención; y el sector privado no lucrativo, que incluye personal del Ministerio de Salud, que trabajan en instituciones administradas por el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y organizaciones basadas en la fe. Representa casi el 31,8% de la oferta de atención.

La figura del colaborador voluntario no existe en Haití. De un total de 3,300 trabajadores de salud comunitarios polivalentes, el Ministerio de Salud nombrará alrededor de 2,378 trabajadores comunitarios de salud polivalentes a partir del 2018, para ofertar servicios de diagnóstico en las localidades de los municipios en estratos 1 (<1 caso confirmado de malaria /1000 habitantes) y 2 (>1 caso por 1000 habitantes y la positividad es entre 1-<5%) y apoyar la operacionalización del sistema de vigilancia reactiva. Aunque el Ministerio de Salud ha permitido la oferta del servicio de diagnóstico con PDR por estos trabajadores comunitarios, no se ofertará el tratamiento. Esta intervención será financiada por el Fondo Mundial.

Capacidades para control de vectores

Para implementar las actividades de control de vectores, el Programa Nacional cuenta con coordinaciones en cada una de las Direcciones Departamentales/Provinciales. Las direcciones provinciales cuentan con un responsable del programa (usualmente enfermero/a), un oficial de vigilancia epidemiológica y una brigada de 5 técnicos de lucha contra vectores. En el nivel central, se cuenta con un servicio de vigilancia entomológica y control vectorial que incluye un jefe del servicio, 2 técnicos de entomología y una brigada de control vectorial (5 técnicos).

Las principales actividades de respuesta durante los brotes y otros desastres son la fumigación y control de criaderos independientemente del tipo de brote. No existen planes oficiales de contingencia o preparación para emergencias sanitarias. Los responsables de la gestión ambiental (drenaje, eliminación de residuos sólidos y aguas residuales, etc.) tienen como objetivo la implementación de la unidad de los Consejos de Salud y Protección Ambiental (CDPI) y de la ciudad.

Si bien se ha escogido en 2012 adoptar de medida de control vectorial la distribución masiva de mosquiteros, se ha recurrido, en casos de brotes, a rociado en el espacio público, y a la lucha contra larvas, mientras que el rociado residual intradomiciliario no se ha utilizado desde hace una década. PSI, en su rol de receptor principal de las subvenciones financiadas por El Fondo Mundial es el principal responsable de la distribución de mosquiteros programada para comenzar en julio de 2017. Hay directrices para la compra y la evaluación de los insecticidas. Sin embargo, los insecticidas para la malaria se compran por PSI. El país carece de personal calificado para la gestión y eliminación de los insecticidas. Por lo tanto, la información sobre el uso seguro de insecticidas y equipos no es clara. En el país usualmente la disponibilidad de los insecticidas es insuficiente, debido a limitaciones financieras. Se utilizan los mismos insecticidas para todas las especies de mosquitos (*Culex*, *Aedes* y *Anopheles*). El Laboratorio Nacional de Referencia del Ministerio de Salud (MSPP) es responsable del registro y control de calidad de los insecticidas.

Las actividades de control vectorial no son supervisadas sistemáticamente, monitoreadas o evaluadas.

Capacidades para la vigilancia epidemiológica

La vigilancia de malaria es principalmente pasiva, a través de los centros de salud públicos (públicos y mixtos) y privados. El país ha planificado la transición a la vigilancia nominal de los casos (case-based surveillance) en las comunidades de los estratos 1 y 2, lo cual ha sido establecido en el actual manual operacional de vigilancia. Sin embargo, la transición solo iniciará como un piloto durante el 2017 y la expansión a nivel nacional continuará durante 2018-2020 con el financiamiento del Fondo Mundial. El Programa Nacional ha identificado intervenciones importantes cuya implementación se ha planificado para los próximos años también, lo cual permitirá desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia y cuentan con el financiamiento disponible externo. Estas intervenciones incluyen las siguientes, las cuales se constituyen en la operacionalización del actual manual de vigilancia y la estrategia nacional:

Apoyado por el Fondo Mundial:

1. El desarrollo de la plataforma DHIS2 (SISNU) para la vigilancia de la malaria: pasiva con reportes semanales para localidades en estrato 3 y caso a caso/nominal y diariamente para las comunidades de estratos 1 y 2;
2. Aplicación de móvil para la recolección de los datos y apoyar la retroalimentación y toma de decisiones;
3. Automatizar los controles de calidad y la retroalimentación;
4. Estandarización de tableros de mando, mapas y alertas, así como otras visualizaciones que apoyen la toma de decisiones basadas en las normativas y guías nacionales bajo los lineamientos de la OMS;

5. Equipos de computación e informática para localidades de estratos 1 y 2;
6. Entrenamiento del recurso humano en todos los niveles para aseguramiento de la calidad de los datos
7. Supervisión en todos los niveles;
8. Reuniones para procesos de validación y uso de datos;
9. Procesos de aseguramiento de la calidad de la microscopía y la confirmación de los positivos en PDR;
10. Revisión/evaluaciones del programa nacional;
11. Estudios de hogares en 2017 y 2020 para medición de cobertura y comportamiento en relación a los MILDs (TRaC survey);
12. Apoyo técnico y desarrollo de capacidades para mantener las mejoras sistémicas necesarias para responder a las necesidades del programa, asegurando la calidad de los datos y su uso.

Apoyado por Malaria Zero:

1. Expansión de los trabajadores comunitarios polivalentes para detección rápida de casos e investigación de casos;
2. Apoyo a los departamentos de salud en el fortalecimiento de la vigilancia;
3. Asistencia técnica para la vigilancia activa y pasiva con un enfoque en el fortalecimiento de la vigilancia pasiva en las comunidades de estrato 3;
4. Apoyo al sistema de monitoreo y evaluación a través de una evaluación epidemiológica anual y la investigación operativa que incluye:
 - a. Análisis de estudios operacionales (Easy Access Group study)
 - b. Estudio para evaluar el rol de las poblaciones móviles de alto riesgo en la transmisión de la malaria en Haití;
 - c. Análisis serológico y desarrollo de herramientas analíticas para documentar la eliminación;
 - d. Apoyo a la recolección de datos, análisis de laboratorio, análisis epidemiológico del estudio de hogares
5. Apoyo a diversas actividades que incluyen intervenciones específicas para eliminación;
6. Asistencia técnica para medidas de control vectorial.

V. Financiamiento del Fondo Mundial en los países de Centroamérica y la Isla Española:

El financiamiento del Fondo Mundial hasta la fecha para los países de Mesoamérica y la Isla La Española en el componente de malaria asciende a un total de US\$166,776,765 y ha beneficiado a 6 países: República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras, Guatemala y Nicaragua. Belize, Costa Rica y Panamá nunca fueron elegibles para financiamiento en el componente de malaria.

Para el periodo de asignación 2014-2016 5 países fueron elegibles para financiamiento debido a que República Dominicana dejó de ser elegible para malaria en el 2014. El monto total de las subvenciones activas para este periodo asciende a los US\$55,867,743.

Para el nuevo período 2017-2019, solo 4 países (Haití, Honduras, Guatemala y Nicaragua) han recibido una asignación y el monto total disponible suma un total de US\$39,774,668, casi un 30 por ciento menos que en el periodo anterior.

Considerando la tendencia a la reducción del financiamiento directo en malaria para los países de esta subregión, la iniciativa regional juega un rol clave y catalítico para incrementar el financiamiento doméstico y sostener la lucha contra la malaria para alcanzar la eliminación.

Tabla 4. Financiamiento del Fondo Mundial para los países de Centroamérica y la Isla Española (national grants only)

Paíse	Monto total aprobado (todas las subvenciones) US\$	Monto total comprometido (todas las subvenciones) US\$	*Monto total desembolsado US\$
Belize	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
Costa Rica	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
República Dominicana	\$7,143,690	\$7,143,690	\$7,143,690
El Salvador	\$2,000,000	\$1,409,640	\$939,921
Haití	\$65,312,519	\$62,530,401	\$60,774,685
Honduras	\$23,331,214	\$20,034,653	\$19,568,752
Guatemala	\$41,963,234	\$37,184,464	\$35,389,652
Nicaragua	\$27,026,108	\$25,730,156	\$23,953,864
Panamá	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
Total	\$166,776,765	\$154,033,004	\$147,770,564

Tabla 5. Financiamiento del Fondo Mundial para el periodo de asignación 2014-2016 y 2017-2019

Paíse	Monto total aprobado (periodo de asignación 2014-2016)	Periodo implementación de subvención	Monto total aprobado (periodo de asignación 2017-2019)
Belize	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
Costa Rica	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
República Dominicana	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
El Salvador	\$ 2,000,000	01-07-2014 31-12-2017	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria
Haití	\$ 17,305,284	01-01-2016 31-12-2017	\$ 21,600,000
Honduras	\$ 9,238,895	01-05-2016 31-12-2017	\$ 5,376,572

Guatemala	\$17,371,121	01-07-2014 31-12-2017	\$6,362,560
Nicaragua	\$ 9,952,443	01-01-2016 31-12-2018	\$6,435,536
Panamá	No cuenta con inversiones directas del Fondo Mundial en Malaria		
Total	\$ 55,867,743		\$ 39,774,668

1.2. Regional dialogue

- Describe the regional dialogue process that led to the development of this funding request. Detail the most important stakeholders (especially representatives of civil society and key populations, including appropriate gender balance) that took part in the discussion, most important meetings and communication channels.
- If applicable, detail major challenges and mitigation measures that were put in place to reach consensus.
- This section should be complemented by relevant documentation in the annexes, including meeting minutes and other evidence of a dialogue process.

[Applicant response, suggested max. 1 page]

On January 20, 2017 as EMMIEs Verification of results was being completed, the Global Fund together with other partners joined Malaria No More in DAVOS to launch the “END MALARIA COUNCIL”

Bill Gates, co-chair of the Bill & Melinda Gates Foundation, and Ray Chambers, the United Nations Secretary-General is Special Envoy for Health in Agenda 2030 and for Malaria, announced the launch of the End Malaria Council, a group of influential public and private sector leaders who aim to ensure malaria eradication remains a top global priority.

The launch of the End Malaria Council came just a month after the release of the World Health Organization's [2016 World Malaria Report](#), which showed remarkable progress in reducing cases and deaths from malaria since 2000, but also underscored the urgent need for global leadership, new funding and innovation to stay on track to meet targets.

The Council has nine founding members, a group of whom met on the sidelines of the World Economic Forum Annual Meeting in Davos, Switzerland to discuss strategies for filling critical financing gaps in Africa, Asia and Latin America. The End Malaria Council will grow to represent all of the key malaria-endemic regions. Inaugural members include:

- Bill Gates, Co-chair and Trustee, Bill & Melinda Gates Foundation
- Ray Chambers, UN Secretary-General's Special Envoy for Health in Agenda 2030 and for Malaria
- Peter Chernin, Founder, Chernin Entertainment and The Chernin Group
- Aliko Dangote, President and Chief Executive, Dangote Group
- H.E. Idriss Déby, President, Republic of Chad (representing the African Leaders Malaria Alliance)
- H.E. Jakaya Kikwete, Former President, United Republic of Tanzania
- Graça Machel, Founder, Foundation for Community Development, Mozambique
- Luis Alberto Moreno, President, Inter-American Development Bank

- H.E. Ellen Johnson Sirleaf, President, Republic of Liberia

As discussed, ending malaria is within reach, but the next few years are critical. Success requires maintaining the progress to date, achieving control in endemic countries and accelerating to elimination where possible. These discussions, specifically for Latin America became the catalyzing force together with the important work of EMMIE since 2014, to drive the discussion to a further meeting with IDB, PAHO, Gates, and Ministers of Finance in Washington in February of 2017. During this meeting, data was shared as well as an analysis of gaps and opportunities together with the idea of a facility focused on malaria elimination that could ensure significant funds and support to countries to reach the elimination goal.

The Global Fund together with PAHO and other partner's already working in the region welcomed the idea of bringing together funds, additional technical and operational assistance as well as strong government counterpart.

Further exploration from the Global Fund secretariat team took place between January and June of 2017 through the participation in several meeting together with IDB and partners together with MOF and MOH of the countries who will be eligible for financial support from the Facility. In addition, in depth discussions with other partners and PAHO also were carried out at the time through conference call and email communications as well as in person meetings. The lessons learned from EMMIE were reviewed and discussed as a way forward for the new phase.

Some key dates included partners and Ministers of Finance and President Moreno (IDB) hosted Ministers of Finance on the 9th of February for all countries in Central America and the DR at IDB for meetings this week, and invited us technical partners to present the opportunity for malaria elimination during a lunchtime keynote, including a high-level description of the facility. The Ministers responded enthusiastically to the idea—the MoF of Nicaragua shared that he comes from a malaria endemic region and that eliminating the disease will boost agricultural productivity, and other ministers added on. The GF shared a statement showing that as an organization it would continue to support to the region. The momentum and strong expression of country interest was an important step to create a real urgency to secure donor commitments. Securing the financial contributions to the Facility are important for IDB to formally begin to design and negotiate operations that may be financed through a combination of: (i) new loans; (ii) reassigning resources from existing loans or (iii) national budget resources together with grant resources from the Facility. Until the Facility is approved and contributions from donors signed and deposited the Bank may not begin to formally design operations.

The partners, i.e. IDB , GF, Gates, PAHO, and CHAI met (see Agenda attached, Annex XX) on the 26th and 27th of April with the objective of obtaining a common knowledge of the burden of malaria in Mesoamerica and Hispaniola. In this meeting the strategies, actions and challenges for malaria elimination; the potential performance framework for the Facility; high-level monitoring indicators for each country; and the methods to establish targets and verification method were discussed. A preliminary Theory of Change and intervention design for the Initiative, potential gaps in technical assistance and financing for the Initiative was presented. All this with the purpose of aligning and determining the best way forward.

Finally, the IDB, and PAHO as well as some members of the RCM participated in the COMISCA meeting of Minister of Health on the 21st of June in San Jose, Costa Rica. As a result, the Council of Ministers provided a resolution of support to the facility, and the support for the GF being part of this proposal- this positive declaration of the Council of Ministers was also shared with RCM and they took this mandate forward.

As a result of these numerous calls and two in person meetings and the go ahead of MOF and MOH, the Global Fund had a call with the RCM Board on the 4th of July to share the proposed way forward and request the agreement and setting up of timelines and next steps to submit the required documentation to share with the TRP for approval. The discussion focused on the key areas that would shift within the continuation of this request.

- 1) There would no longer be a Principle Recipient figure but instead a Financial Intermediary institution – IDB
- 2) The agreement that the integration of the 6 million available for malaria elimination in the EMMIE countries into the Facility that would overall drive over 56 million between country resources (in the form of new country financing, new or existing loans) t and grant resources, including performance payment toward malaria elimination makes sense in light of developing a separate implementation process that would run in parallel.

- 3) The RCM role would shift but remain strategic and focused with the role of regional Coordinating Mechanism for Malaria (as part of the COMISCA'S Technical Committees) including responsibilities such as: (i) harmonizing the regional response to Malaria; (ii) follow-up the compliance of the COMISCA resolutions related to Malaria issues in Central America and Dominican Republic at regional and national level; (iii) providing technical advice on the malaria situation in the sub region to the Council of Ministers; (iv) participate in the preparation and monitoring of country operations; (v) jointly with IDB prepare the annual report for the SE-COMISCA to be shared in the annual ordinary meetings; (vi) participate in regional learning events.

The RCM and the Malaria team began working on all the information required for the Concept Note and from the 2-5th of August meeting was held in Guatemala with the key members of the RCM and the malaria experts from PAHO, MOH of the region, civil society groups, IDB, and CHAI.

In addition, the RCM has organized on the 3 de agosto del 2017, la Dra. Naxalia Zamora, representante de la Liga Regional de la Sociedad civil contra la malaria, informó a los miembros de la liga, sobre la preparación de la nota conceptual y solicitó enviar aportes para fortalecer el trabajo de la sociedad civil en esta nueva fase. Los aportes fueron incluidos en el primer borrador de la Nota Conceptual.

El 6 de Julio, el MCR informó a los Mecanismos de Coordinación de País, sobre los nuevos elementos de la segunda fase de la EMMIE y la importancia de la articulación entre las acciones de país, con la propuesta regional, que además debe ser avalada por los MCP.

A partir de este mensaje, los MCP's abrieron espacio en sus agendas, para que el MCR presentara los resultados de la primera fase de la EMMIE y comunicara los próximos pasos.

El [13 de Julio](#), el MCR presentó ante el MCP de El Salvador, los resultados de implementación de la EMMIE y los elementos generales de la propuesta

El [9 de agosto de 2017](#), el MCR presentó en Asamblea plenaria del MCP de Panamá, los logros y brechas derivados de la primera fase de la EMMIE e informó sobre los aspectos generales de la nueva nota conceptual. Hubo interés en conocer si Panamá sería beneficiado con los fondos de recompensa y se resaltó el trabajo que se debe hacer en la segunda fase, encaminado a la población migrante que proviene de Colombia.

El [17 de agosto del 2017](#), el MCP de Honduras tendría su Asamblea plenaria, para lo cual se les envió una presentación con los principales elementos de la propuesta. Aun no se ha recibido retroalimentación o aval a la propuesta.

Los MCP's han solicitado el envío de la propuesta para revisarla detenidamente y han expresado su interés en articular las acciones nacionales en el marco de la meta de eliminación regional. El MCR enviará la información una vez presentada al Fondo Mundial el 28 de agosto y aprobada por sus miembros en la Reunión Plenaria que se realizará el 2 y 3 de septiembre en Antigua Guatemala.

El [17 de agosto 2017](#), el Presidente del MCR se reunió con el Dr. Alejandro Solís, nuevo secretario ejecutivo del COMISCA. En esta reunión se ratificó el rol del MCR ante esta propuesta y el apoyo de la SE-COMISCA en el nivel político para implementarla. Se dio a conocer todo el trabajo que el MCR hizo en conjunto con el Secretario Ejecutivo anterior y se definió el mecanismo de trabajo para el nuevo período.

Para el 2 y 3 de septiembre se ha organizado una reunión plenaria del MCR en Antigua Guatemala, para validar la Nota Conceptual Regional de Malaria y enviar los avales de los miembros del MCR a más tardar el 4 de septiembre al Fondo Mundial.

SECTION 2: FUNDING REQUEST (within designated upper ceiling amount)

This section should describe and provide a rationale for the program elements proposed for this funding request. It should clearly state why this multicountry proposal is likely to be the best one to fill the gaps and to strengthen the country level efforts, without duplicating them. Attach and refer to a completed **Performance Framework** and **Budget** and refer to regional or national strategy documents as applicable.

Given the multicountry strategic priority and context outlined in Section one:

- a) Describe the rationale for prioritizing modules and interventions associated with the strategic priority, and how these choices ensure the highest possible impact with a view to support ending the disease. Explain why these interventions are best addressed through a multicountry approach and why they cannot be addressed through existing or upcoming national grants/interventions.
- b) Describe how the program will be complementary to, or address gaps in, the interventions at the national level for each of the participating countries and explain how this funding request will avoid duplicating national programs or other ongoing interventions. Explain how the program will create synergies and added value through an integrated and strategic approach, rather than implementing a number of parallel programs with a common objective at country level.
- c) Describe how the program will be evaluated to assess the impact of the activities supported by the proposed grant. Please detail at least the following components: Evaluation elements, Questions for Evaluation, Methods and Evaluators for each of the program's objectives (*please refer to the "Multicountry Funding Request Instructions" for more information*).

[Applicant response, suggested max. 8 pages]

1. Deficiencias programáticas similares a nivel de países con una oportunidad para potencializar y crear sinergias con el fin de eliminar la transmisión

La evaluación de los países a través de una mirada común de los sistemas de salud así como las herramientas utilizadas para la gestión de los programas de vectores, la vigilancia epidemiológica y demás componentes programáticos de la respuesta, ha permitido a los países, con la asistencia técnica de los socios como OPS y CHAI principalmente, identificar deficiencias programáticas que son comunes, y por lo tanto, ha destacado la posibilidad de utilizar similares abordajes que permiten incorporar las lecciones aprendidas para apoyar de una respuesta eficiente a nivel nacional y en áreas fronterizas.

Los hallazgos de la última evaluación EMMIE han sido de particular importancia para identificar los principales retos con miras a la eliminación que deben enfrentar los países de Mesoamérica y la Isla Española. Aunque las verificaciones han tenido un mayor enfoque en los aspectos de oferta del servicio de diagnóstico y tratamiento y la vigilancia epidemiológica, la información reportada por los países a la OPS/OMS respecto a las coberturas de las intervenciones para control de vectores permite documentar la existencia de brechas en este sentido también, como se observa en el gráfico de la sección 1, principalmente a nivel de municipios remanentes en alto riesgo de transmisión.

En el anexo 2, se presenta una tabla con el resumen de las principales recomendaciones como resultado de las verificaciones que fueron implementadas en el 2016-2017 para cada uno de los 9 países de la iniciativa.

Las verificaciones y la asistencia técnica a los países mediante esta iniciativa se basan en un marco de referencia o supuestos, como criterios de éxito para la preparación de los programas nacionales de malaria en ambas subregiones, que prioriza las siguientes estrategias y acciones propuestas por la Organización Panamericana de la Salud. Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación, que han sido actualizadas en el marco de la operativización del plan de acción regional y el marco mundial para la eliminación de la malaria que llevó a cabo la organización durante el 2016.

Detección y tratamiento temprano de los casos

2. Ampliar cobertura con nuevos puestos de microscopistas a nivel institucional
3. Ampliar cobertura con nuevos puestos de PDR a nivel institucional y comunitario
4. Garantizar programa de gestión de calidad de diagnóstico funcionando
5. Normas de malaria actualizadas e implementadas

6. Disponibilidad de medicamentos en cada uno de los puestos de diagnóstico
7. Seguimiento individual de cada caso con tratamiento supervisado o semi-supervisado
8. Monitoreo de resistencia a los anti-maláricos

Manejo integrado de vectores

9. Cobertura óptima por MTILD o RRI en los focos activos, residuales y brotes ; tanto en áreas receptoras con alta vulnerabilidad.
10. Promoción de salud dirigido a cambio de comportamiento
11. Uso de control larvario en forma complementaria y otros en sitios seleccionados

Un Sistema de vigilancia robusto

12. Casos notificados en 24 horas a nivel superior para toma de acciones
13. Todos los casos de malaria investigados (individual o conjunto)
14. Búsqueda reactiva como respuesta a cada caso autóctono o conglomerados de casos
15. Entendimiento local de la transmisión de malaria a través de investigación de focos

Capacidades instaladas para la eliminación a nivel local

16. Capacidades instaladas de eliminar malaria en nivel local
17. Entrenamiento in-situ del personal de salud en temas de eliminación

Promoción de la Salud

18. Sensibilización de la comunidad hacia la eliminación de la malaria
19. Sensibilización del personal de salud y actores institucionales y no gubernamentales en la eliminación de la malaria

Estos aspectos se traducen en un grupo de indicadores prioritarios de resultado y proceso con metas mínimas a ser alcanzadas durante el período de planificado para eliminación:

Tabla 6.

<i>Indicadores de Resultado</i>	<i>Línea Base</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
<i>Porcentaje de pacientes con resultado diagnóstico dentro de 72 horas del inicio de la fiebre</i>		80%	80%	80%	80%	80%	80%
<i>Porcentaje de pacientes tratados dentro de las 72 horas del inicio de la fiebre</i>		80%	80%	80%	80%	80%	80%
<i>Porcentaje de casos de malaria que fueron notificados oportunamente (tiempo a definir en la norma y según estrato)</i>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Indicadores de Proceso</i>	<i>Línea Base</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>
<i>Porcentaje de técnicos de capacitados</i>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Porcentaje de casos investigados y clasificados.</i>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Porcentaje de focos investigados y clasificados</i>		100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Número de casas protegidas por RRI</i>							
<i>Numero de MTILD instaladas.</i>							
<i>Número de Puestos de notificación institucional y comunitario detectando y</i>							

<i>notificando casos de malaria (Utilizando microscopia y/o PDR)</i> <i>Porcentaje de unidades de salud (públicos y privados) notificando casos de malaria</i> <i>Número de equipos locales capacitados in-situ en detección, vigilancia y respuesta</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%
--	------	------	------	------	------	------

Las principales recomendaciones como resultado de las verificaciones que se detallan en el anexo 2, se basan en las deficiencias programáticas identificadas con distintos niveles en los 9 países, pero que dificultan el avance para acelerar hacia la eliminación al 2020:

- 20. Necesidad de actualizar las guías y protocolos de vigilancia, investigación, clasificación y manejo de casos y el manejo integrado de vectores, alineados a las guías nuevas de la OMS (publicadas en 2017) para la eliminación;

Vigilancia epidemiológica:

- 21. Limitada caracterización de las zonas y poblaciones en riesgo como focos, que permita planificar hasta el nivel más local, las modalidades idóneas de intervención en base al contexto social y ambiental con criterios técnicos, siguiendo la última guía para la eliminación;
- 22. Sistemas de información accesibles y con cobertura nacional, que faciliten el análisis oportuno e informen la toma de decisiones en el nivel local principalmente con apoyo de los niveles superiores;
- 23. Necesidad de mejorar aún más la calidad del dato, basada en integración de sistemas basados en notificación de datos agregados y la cobertura limitada de sistemas de aseguramiento de la calidad;
- 24. Necesidad de actualizar y mejorar limitaciones técnicas de recursos humanos, y limitado otros recursos físicos (ej: formatos estandarizados, equipos tecnológicos, insumos y materiales, etc.) y financieros (ej: para pago de movilización de personal) para asegurar la supervisión y el seguimiento, la respuesta oportuna a los brotes, la investigación de casos y de focos, tanto en zonas malarías como en zonas de no transmisión;
- 25. Mejoramiento necesario en planificación e implementación de las acciones de detección activa y reactiva, principalmente en la población y zonas en riesgo, en base a los lineamientos actualizados para la eliminación;
- 26. Limitada documentación de la participación del sector privado en la vigilancia y manejo de casos, y limitada planificación de las acciones de involucramiento de este sector;
- 27. Inadecuada seguimiento y cumplimiento de la notificación obligatoria, positiva y negativa a nivel nacional;

Oferta y cobertura de servicios diagnósticos y tratamiento:

- 28. Sistemas de aseguramiento de la calidad de la microscopía con cobertura limitada, de acuerdo a los lineamientos recomendados por la OPS/OMS tanto para el sector público como privado;
- 29. Limitaciones en cobertura del diagnóstico por microscopía en áreas de riesgo de transmisión usualmente remotas,
- 30. Limitaciones en cobertura y disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido a nivel comunitario en las zonas remotas en riesgo de transmisión;
- 31. Brechas en sistema de capacitación continuo del personal médico, enfermeras y otros, en los sistemas de prestación de servicios de los países, con énfasis en los lineamientos actualizados para la eliminación;
- 32. Inadecuada documentación y supervisión del tratamiento completo y de acuerdo a las guías nacionales;
- 33. Mejorar coordinación con socios externos y laboratorios sub-regionales para mantener la vigilancia de la susceptibilidad a los antimaláricos;

Sub-sistemas transversales del sistema de salud:

34. Prestación integrada de servicios.
 - a. El desarrollo y fortalecimiento del primer nivel de atención, como parte de los procesos de reforma del sector salud y la estrategia de atención primaria, representa una oportunidad para mejorar la integración de los servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria en las zonas remotas. Sin embargo, la limitada cobertura de estos en las áreas geográficas y poblaciones prioritarias podría ser una limitación importante en los países en eliminación.
 - b. Los colaboradores voluntarios han sido una estrategia para ampliar los servicios de diagnóstico y tratamiento donde el primer nivel de atención no cuenta con equipos de salud, sin embargo, se requiere integrar estos servicios para asegurar su sostenibilidad y mantener su motivación en la respuesta a la malaria.
 - c. Necesidad de aumentar aún más la cobertura y calidad de mecanismos de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios y de planes de mejora para los distintos niveles de complejidad y ámbitos de la atención (comunidad, distintos tipos de establecimientos de salud, etc.)
35. Sistemas de adquisición y gestión de la cadena de suministros.
 - a. Inadecuada capacidad para la programación, el monitoreo y suministro de los insumos claves para el diagnóstico y tratamiento de la malaria, sobre todo en los niveles locales e intermedios y en contexto de descentralización/ desconcentración de las sistemas de salud.
 - b. Débil infraestructura para almacenaje e inadecuada logística para distribución de los insumos relacionados al control de malaria.
36. Sistemas de información, monitoreo y evaluación.
 - a. Fragmentación de los distintos subsistemas de información que producen datos para la construcción de los indicadores claves de monitoreo y evaluación de la respuesta nacional para la malaria y principalmente aquellos relevantes para medir el progreso hacia la eliminación. Adicionalmente, dichos subsistemas en muchas ocasiones no han sido integrados a las iniciativas de fortalecimiento de sistemas de información y tecnología de los Ministerios de Salud, lo que limita su sostenibilidad y mejoramiento futuro, con recursos nacionales.
 - b. Los planes de monitoreo y evaluación existentes todavía carecen de algunos indicadores clave y sus respectivas desagregaciones para facilitar el análisis e informar la toma de decisiones que permitan acelerar los pasos hacia la eliminación. En muchas ocasiones, los planes de monitoreo y evaluación son solo implementados a nivel central, y no han sido operacionalizados en el nivel intermedio y/o local.
 - c. Se carece financiamiento y capacidades técnicas especializadas para realización de los estudios especiales que permiten asegurar la disponibilidad de información estratégica para la respuesta a la malaria de manera sistemática (ej: estudios de conocimientos, actitudes y prácticas de la población, etc.) por lo que existe una dependencia del financiamiento y asistencia técnica externa en muchos de los países para implementarlos;
37. Sistemas de gestión financiera pública y cuentas nacionales para malaria.
 - a. Existe una limitada documentación del gasto en los programas de malaria por las distintas fuentes de financiamiento, así como la proyección de los compromisos para cerrar las brechas financieras con recursos nacionales en base a las necesidades de la respuesta nacional establecidas en los Planes Estratégicos Nacionales.
 - b. Dado que se requiere la actualización de los Planes Estratégicos Nacionales para algunos de los países, su costeo también está pendiente. Así como las fuentes de financiamiento que se espera contribuyan a reducir estas brechas, sea financiamiento doméstico y/o externo.
 - c. La falta de integración del componente de malaria a la planificación, presupuestaria y gestión financiera pública, principalmente en el nivel intermedio, adquiere mayor relevancia en los países que se encuentran en el proceso de descentralización y desconcentración, como parte de la reforma del sector salud. Esto afecta la operacionalización de los programas y del financiamiento de la malaria en el nivel local e intermedio, dado que la decisión sobre el destino de los recursos y la responsabilidad de implementación o ejecución de actividades ha sido delegada a estos niveles. Adicionalmente, en muchas ocasiones no se integra en la

planificación las actividades y recursos de fuentes externas que han sido destinadas para el nivel central, intermedio o local, lo que no contribuye con la optimización de los recursos existentes y genera un desgaste de los recursos humanos limitados que les corresponde dar respuesta tanto a la demanda del nivel central, en su respectivo territorio y a los donantes y cooperación técnica para malaria.

38. Sistemas comunitarios y participación de la sociedad civil.
- En algunos de los países, el rol de la sociedad civil para apoyar en la respuesta a la malaria y específicamente en el contexto de eliminación, no ha sido claramente definido y/o no se cuenta con un mapeo de capacidades principalmente en las áreas de riesgo.
 - Donde los sistemas comunitarios tienen un rol definido, este se limita principalmente a la provisión de servicios, a través de líderes comunitarios, y su sostenibilidad no está garantizada o prevista.
 - El abordaje desde la sociedad civil y la participación comunitaria no ha impactado en la percepción de riesgo, sobre todo en las comunidades indígenas que requieren una estrategia intercultural.

39. Carencias técnicas y financieras

Las tablas mostradas a continuación presentan un resumen general de las intervenciones actuales por país y las carencias proyectadas en los años venideros, independientemente de la fuente de financiación. Algunas de estas carencias indicadas debajo podrían cubrirse con fondos de operaciones en países (p. ej. presupuesto nacional, Fondo Mundial) y otras podrían ser financiadas directamente a través de la asistencia técnica.

The financial assumptions underpinning this Facility are based on estimates of operational gaps in case management, vector control, and surveillance that exist across the endemic regions of Central America and the Dominican Republic (see Table 1, below, for the total estimated funding gap). These financial estimates will be refined and updated by national malaria programs and their partners through a series of country-driven workshops facilitated by IDB, PAHO, and CHAI. These workshops—which will derive detailed microplans for elimination, evaluate how existing funding is aligned with those plans, and identify the remaining budget requirements for all priority interventions—will be conducted prior to the completion of individual country loan amounts and details. Workshops are scheduled to occur in the latter half of 2017 and the beginning of 2018.

Table 7. Estimated annual funding gap for achieving and sustaining malaria elimination by 2020, from 2018-2022 by Country

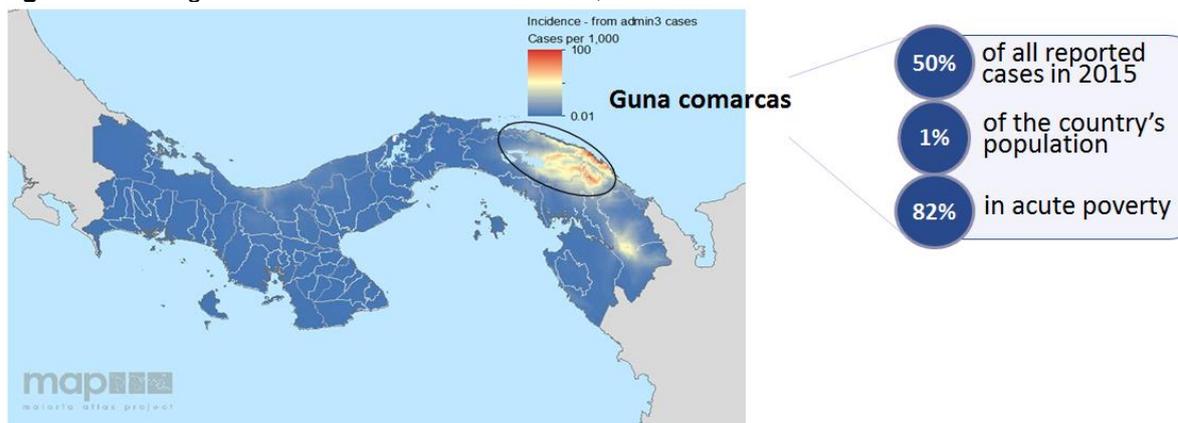
	Total (000s)
Belize	650
Costa Rica	649
Dominican Rep.	3,650
El Salvador	650
Guatemala	14,054
Honduras	9,688
Nicaragua	13,000
Panama	7,125
Intervention need	49,467

Estimated annual funding gap for achieving and sustaining malaria elimination by 2020, from 2018-2022 by Country

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Belize	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$650,000
Costa Rica	\$121,577	\$148,895	\$126,124	\$126,124	\$126,124	\$648,845
Dominican Rep.	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000	\$325,000	\$325,000	\$3,650,000
El Salvador	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$650,000
Guatemala	\$3,043,563	\$3,107,962	\$3,304,483	\$2,265,857	\$2,332,764	\$14,054,629
Haiti	\$10,000,000	\$10,000,000	\$10,000,000	\$10,000,000	\$10,000,000	\$50,000,000
Honduras	\$1,823,306	\$1,798,359	\$2,024,226	\$2,053,513	\$1,989,020	\$9,688,423
Nicaragua	\$2,600,000	\$2,600,000	\$2,600,000	\$2,600,000	\$2,600,000	\$13,000,000
Panama	\$1,685,026	\$1,361,962	\$1,513,474	\$1,343,017	\$1,221,493	\$7,124,973
Estimated gap without Haiti	\$10,533,473	\$10,277,177	\$10,828,307	\$8,973,512	\$8,854,401	\$49,466,870

The current financial gap estimates come from a year-long assessment that CHAI conducted in 2015 concerning the investments required to achieve malaria elimination in Central America and the Hispaniola by 2020. Eliminating malaria with existing tools has been judged to be technically feasible across the region, and Central America has made significant progress towards malaria elimination in recent years. However, the remaining malaria is highly focalized within remote, primarily indigenous communities underserved by health systems, and the assessment identified gaps in vector control and case management coverage in these remote areas (see Graphic 15, below).

Figure 3. Average Predicted Incidence in Panama, 2011-2015



CHAI produced descriptive analyses and malaria risk maps for countries in Mesoamerica to more rigorously define the highly focalized areas in which endemic malaria transmission persists. These geographies—including the Guna region in Panama, Escuintla and Alta Verapaz in Guatemala, and Gracias a Dios in Honduras—account for the great majority of all reported cases in the region and may additionally contribute to transmission elsewhere through exported infections.

To gain an initial understanding of the remaining needs to eliminate malaria from these high priority regions, CHAI examined existing operations in those locations, considering potential gaps in case management, surveillance, vector control, community engagement, legal framework, sustainability, and program management, and governance. Several overarching questions helped guide the detailed operational analysis, including the following:

40. Is there an integrated surveillance system that is actively used to report comprehensive data on individual-level malaria cases and interventions in a timely manner, and are robust

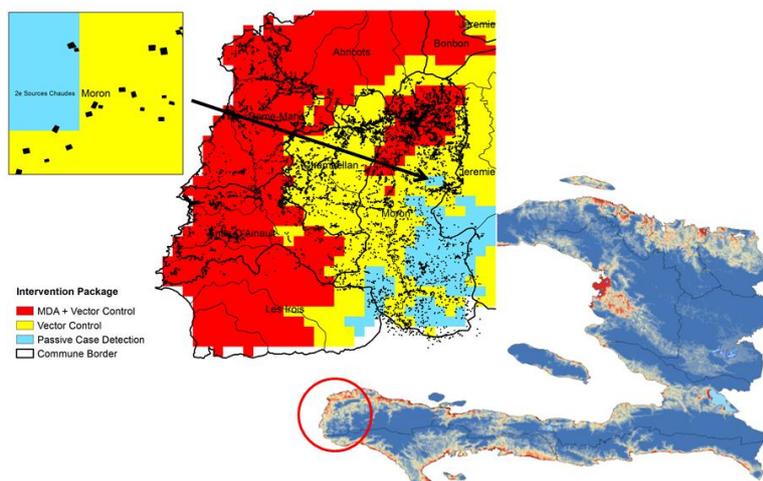
analytics routinely conducted to close any surveillance gaps, identify specific transmission foci, and monitor progress?

41. How many people live in areas at high-risk of transmission, and are all of those at-risk people being protected with evidence-based interventions?
42. Are priority foci being actively investigated to determine what interventions will be most effective for eliminating them?
43. Are all potential malaria cases seeking treatment at health facilities tested, treated, and investigated/geo-located appropriately?
44. Do all at-risk communities have access to testing and treatment services, and if not how many additional case management access points are required?
45. Does program management and governance feature evidence-based program planning and efficient budgeting, and is there sufficient political leadership to implement elimination strategies?

During the second half of 2015, CHAI gathered information on the current status of each of these components and defined the gaps that require strengthening. CHAI's country teams worked with the NMCPs and the Ministries of Health in Haiti, Guatemala, Honduras, Costa Rica and Panama in order to gain an in-depth understanding of national elimination plans and the key gaps in their malaria response, and they assessed which interventions needed to be prioritized for achieving elimination from a country and regional perspective. CHAI then developed recommendations for how the government could implement pragmatic solutions and prioritize areas for strengthening based on findings from the assessment.

CHAI translated these recommendations into a detailed, activity-based plan for Costa Rica, Panama, Honduras, and Guatemala that determined the approximate investment needed to accelerate malaria elimination efforts and make elimination possible by 2020. These activity-based plans were costed. To determine vector control, case management, and surveillance costs, surveillance data was used to generate transmission risk maps. These risk maps were then overlaid on gridded population maps, which then categorized population according to the predicted risk of malaria. The need for case management services, surveillance, and vector control coverage was estimated using all of the populations with medium to high risk (for example, see Graphic 2, below).

Figure 4. Household enumeration and operational stratification are used to define intervention packages to target specific populations in Haiti



This geo-spatial population information alongside information about the existing health infrastructure allowed for the quantification of the case management, surveillance, and vector control services required. The key case management cost drivers included compensation for community health worker testing and treatment networks in addition to diagnostic and treatment commodities. For vector control, different vector control scenarios were costed, with the final cost estimate based on the budget required if IRS were to be used as the main vector control method. The decision of what vector control tool to use will be made by each country based on local evidence of what will be most impactful, but IRS was used as a proxy intervention because its high cost created a conservative

“ceiling” budget that might be required for vector control once these decisions are made. For surveillance, cost drivers included surveillance equipment and IT infrastructure in addition to investigative and response costs. Unit costs for activities and commodities were taken from existing national strategic plans, operational plans, and Global Fund budgets. Notably, there is uncertainty around these costs, given that many countries in the region are testing out different vector control methods, which is a key cost driver. Further, as better data is obtained on incidence and as existing funded intervention coverage changes, vector control and case management gaps will need to be refined.

Once the detailed budget was completed, existing government and donor contributions to these specific activities were evaluated (see Table 2, below, for current aggregated sources of funding), and the remainder taken as the financial gap.

Table 8. Estimated future domestic and current Global Fund malaria funding by country

Country	Estimated Domestic Contribution '22*	Total '18-	2018-2020 GF Allocation**
Belize	\$ 1,381,667		
Costa Rica	\$24,150,000		
Dominican Rep.	\$10,856,920		
El Salvador	\$ 4,758,073		
Guatemala	\$ 7,565,720		\$ 6,362,560
Honduras	\$ 3,787,635		\$ 5,376,572
Nicaragua	\$10,772,423		\$ 6,435,536
Panama	\$ 37,756,913		

*Estimated domestic contribution through 2022 is based on the average annual domestic spending on malaria as reported in the 2016 World Malaria Report.

**EMMIE awards are not included.

Detailed activity-based budgets and gap analyses were not done for the other countries, but costs were estimated based on publicly available information and available malaria partner assessments. With case counts under 20 cases per year, Belize, El Salvador, and Costa Rica were estimated to require mostly surveillance associated costs related to managing imported malaria, responding to outbreaks, and certifying elimination. In the Dominican Republic, estimates were based on a review of non-public, partner estimates of the cost of elimination. For Nicaragua, where detailed information from government plans and budgets was not available to CHAI or its partners, costs were estimated using case count as a proxy for total costs based on the need profile of similar, neighboring countries.

Table 9. Estimated annual funding gap for achieving malaria elimination by 2020 by category

		2018	2019	2020	2021	2022	Total
Belize	Vector Control Case Management	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Surveillance	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$650,000
	Costa Rica						
Costa Rica	Vector Control Case Management	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Surveillance	\$121,577	\$148,895	\$126,124	\$126,124	\$126,124	\$648,844
	Dominican Republic						
Dominican Republic	Vector Control Case Management	\$521,429	\$521,429	\$521,429	\$0	\$0	\$1,564,286
	Surveillance	\$346,340	\$346,340	\$346,340	\$130,000	\$130,000	\$1,299,020

	Surveillance	\$132,231	\$132,231	\$132,231	\$195,000	\$195,000	\$786,694
El Salvador	Vector Control	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Case Management	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
	Surveillance	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$130,000	\$650,000
Guatemala	Vector Control	\$2,391,757	\$2,455,532	\$2,621,455	\$1,570,910	\$1,605,896	\$10,645,549
	Case Management	\$300,959	\$304,968	\$314,419	\$320,859	\$330,336	\$1,571,542
	Surveillance	\$350,847	\$347,462	\$368,608	\$374,088	\$396,531	\$1,837,537
Honduras	Vector Control	\$821,931	\$823,465	\$972,157	\$725,990	\$764,616	\$4,108,159
	Case Management	\$777,236	\$745,151	\$816,584	\$899,043	\$976,997	\$4,215,011
	Surveillance	\$224,139	\$229,742	\$235,486	\$428,479	\$247,407	\$1,365,253
Nicaragua	Vector Control	\$1,172,058	\$1,190,535	\$1,248,678	\$919,193	\$999,488	\$5,529,953
	Case Management	\$1,108,324	\$1,077,312	\$1,048,854	\$1,138,300	\$1,277,107	\$5,649,897
	Surveillance	\$319,617	\$332,153	\$302,468	\$542,508	\$323,405	\$1,820,150
Panama	Vector Control	\$339,221	\$347,701	\$356,394	\$0	\$0	\$1,043,315
	Case Management	\$755,186	\$651,273	\$745,961	\$764,610	\$783,726	\$3,700,757
	Surveillance	\$590,620	\$362,988	\$411,119	\$578,407	\$437,767	\$2,380,901

To determine costs after 2020, it is assumed that countries will maintain certain critical investments to maintain and certify elimination. These activities include maintaining diagnostic capacity and a strong surveillance system in medium to high risk areas—which can be costly given the need to support community health worker networks in remote areas—in addition to supporting the related costs of WHO certification. Although all countries are targeting elimination by 2020, to be conservative, the cost estimates assume that vector control interventions will be scaled up and partially sustained through 2022 in 3 countries (Guatemala, Honduras, and Nicaragua) to ensure successful elimination, while these interventions will be scaled down in 2020 in the other five. Accordingly, the estimated budget maintains substantial operational costs in 2021 and 2022 to ensure and sustain elimination success.

46. Technical Gaps to Malaria Elimination

Malaria programs across Mesoamerica and Hispaniola have been extremely successful in reducing the incidence of malaria mortality and morbidity over the past two decades, with malaria cases declining by over 90%. Nevertheless, the entire region is not currently on a trajectory to achieve its stated regional goal of elimination by 2020. After years of dramatic declines, the highest incidence countries of Guatemala, Honduras, Nicaragua, and Panama have seen plateaus in their case counts or even increases. Malaria transmission is now focalized within remote, impoverished areas, typically populated by indigenous peoples. Eliminating malaria will thus require an augmentation of existing control programs to seek out the final pockets of transmission and implement highly targeted, precisely coordinated, and evidence-based programs to excise them. Further, in those countries with under 20 cases per year – Costa Rica, El Salvador, and Belize – a final effort is required to build sufficient surveillance and response activities so that elimination can be certified and sustained.

A short-term but intensive effort to extend surveillance, understand specific drivers of malaria in these regions, and deploy effective interventions is required to achieve sustainable elimination, yet national programs, facing other disease threats and waning political support for malaria elimination, have little incentive to do so at present. Over \$25M in domestic resources and Global Fund grants is currently spent annually on anti-malaria activities in Central America, but a 2015 Clinton Health Access Initiative (CHAI) assessment suggests that an additional \$10M per year may be required to eliminate,

with the majority of the gap related to funding more aggressive attack measures to interrupt transmission in the focalized areas where endemic transmission persists. At the same time, the increasing threats of dengue, Zika, and other diseases result in de-prioritization of malaria programs, further jeopardizing progress. CHAI and PAHO are currently providing operational and technical support to the endemic countries of the region, and Global Fund provides substantial financing for some of the highest burden countries, but substantial gaps to elimination remain.

The following is a brief country by country overview of country context, existing funded activities, and programmatic gaps. Although these gaps represent the general areas in which additional expenditure will likely be required, the specific set of activities that will be funded for elimination by this investment will need to be derived during a comprehensive microplanning and funding mapping process at the beginning of this project that involves all stakeholders and is led by each national program.

Guatemala

Most malaria transmission in Guatemala occurs in Escuintla, home to local and migrant workers during sugarcane harvest (November–March), coinciding with the high-risk season for malaria transmission. An intensified focus on strengthening case management and implementing effective vector control measures in Escuintla, along with the few other remaining transmission foci in the country such as Alta Verapaz, will enable near-term elimination.

Case Management

An improved CHW network in Escuintla and Alta Verapaz can ensure comprehensive access to testing and curative treatment throughout these remaining endemic regions, driving down transmission while providing enhanced intelligence about where vector control interventions must be implemented to finish the job.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by domestic resources</u> Guatemala has had a CHW network since the 1960s. These CHWs provide critical health services, including malaria case management services in recent years. Most malaria cases are detected by CHWs. Approximately 600 or 10% of the total 6000 are located in Escuintla.</p> <p>The country has an electronic malaria information system that includes data on case management commodities to manage the supply chain and prevent stock outs. Despite the existence of this system, it is not clear that all health facilities and CHWs have uninterrupted stocks of tests and drugs.</p> <p><u>Funded by GF</u> The GFATM funds 'Plan Escuintla', which among other activities, funds the commodities for malaria case management services including CHWs. The '18-'20 grant is being submitted in early 2018, providing an opportunity to ensure it funds priority activities from the microplanning exercise conducted as part of this project, with the additional funds from this investment funding others.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> The CHW network currently has several gaps, including: 1) many of the CHWs in</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improving detection, early parasitological diagnosis, and prompt curative treatment across all at-risk communities by CHWs • Improving data reporting completeness, timeliness and quality • Ensuring strong supervision and ongoing evaluation of case management practices • Provision of uninterrupted supplies of commodities to all case management access points <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiring additional CHWs as needed to cover all at-risk communities across Escuintla and Alta Verapaz, as well as the other low endemic areas of Izabal, Suchitepéquez, and Santa Rosa, each of which currently has insufficient access to case management and are home to seasonal workers coming from malaria low-risk parts of the country. • Improving CHW performance and motivation via improved trainings, including revised training materials and approach • Improving the training of VCT/EHTs in how to conduct effective supportive supervision of CHWs • Increasing active case detection in prioritized areas, and ensuring access to prompt treatment to all positive cases. • Increasing the number of microscopy centers in non-prioritized communities located in risk areas without access to health services, with a special focus on stratum 3 districts, • Providing ongoing monitoring of adherence to case management guidelines in both public and private health facilities • Routinely collecting, analyzing and using supervision data to inform follow up trainings and supervision

<p>Escuintla have not received any malaria case management trainings in recent years; 2) the vector control technicians VCT who supervise the CHWs have received little to no training in how to perform supportive supervision; and 3) little to no data are being collected to evaluate the performance or impact of CHWs. To address these issues, CHAI is currently funding CHW trainings and helping to devise a plan for monitoring and evaluation. CHAI is working with the program to re-train around 1/3rd or 183 CHW in high incidence districts (Santa Lucia Cotzumalguapa, La Gomera, Pueblo Nuevo Tiquisate, Masagua, y La Democracia). In addition, CHAI plans to train supervisors and introduce a standardized checklist to allow for evaluation and comparison of the performance of CHWs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exploring the potential for safe introduction of tafenoquine to ensure radical cure • Identifying potential efficiencies and sustainability mechanisms through integration of existing CHW partner networks for other disease areas • Strengthening procurement and distribution of malaria commodities to endemic regions to ensure steady and sufficient supply of quality assured malaria commodities • Regulate the marketing of antimalarial drugs to address self-medication of suspected malaria cases without laboratory confirmation. • Developing a comprehensive quality assurance and control program that ensures microscopists can perform quality assured diagnosis for malaria • Improving adherence to national diagnosis and treatment guidelines for malaria case management in the private sector via improved outreach and education • Regulating the commercialization of anti-malaria drugs unauthorized by the Ministry of Health including potentially banning suboptimal treatments • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above
---	--

Vector Control

Vector control in Escuintla has recently focused on distribution of LLINs, but an initial LLIN impact analysis (utilizing bed net distribution data for 2014-2016) conducted by CHAI found numerous communities within Escuintla with either 0% or partial LLIN coverage. Introduction of other vector control measures including IRS or potentially addressing breeding sites around the numerous agricultural plantations of the region could be important for minimizing transmission.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> The NSP gap analysis to be completed in Q3/4 of 2017 will involve enumeration of all currently funded activities.</p> <p><u>Funded by GF</u> Funding is expected to be provided for an IRS pilot in Escuintla, Guatemala, which will be supported by PAHO and CHAI. In addition, bed-nets are distributed in some, but not all high-risk localities; there is a limited impact given low and incomplete coverage in some localities and across the department and historically, outdoor biting behavior occurs in the evening.</p> <p>Global Fund contributions for scale up of vector control measures will depend upon the results of the IRS pilot and the decisions made during the microplanning process at the beginning of this project.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO is funding the program to complete limited bionomic studies in Escuintla and insecticide resistance tests, as part of the IRS feasibility study. PAHO will also be funding an IRS training of VCTs for the 2017 pilot campaign. PAHO is also providing TA on monitoring of resistance to insecticides in 8 sentinel sites in Escuintla.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI will be procuring insecticide and equipment for the IRS feasibility study and has additional</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defining the appropriate packages of interventions for each of the transmission areas • Sustainably implementing appropriate vector control interventions in foci of transmission • Building a strong M&E component at the departmental level to assess the impact of the interventions and evolve attack measures as required <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improving the understanding of the evolving vectorial landscape through vector bionomics monitoring and surveillance • Expanding vector control teams and available commodities to ensure complete coverage of all at-risk households in malaria foci, which is likely not currently possible given limited budgets • Evaluating breeding sites and malaria risk factors in Alta Verapaz and any other remaining transmission foci outside of Escuintla (e.g., Suchitepéquez, Izabal, Santa Rosa) • If included in future strategies, improving bed-net distribution mechanisms in Escuintla to ensure complete coverage in targeted localities

<p>resources to support a portion of IRS operations in Escuintla for the coming years, if the feasibility study demonstrates its effectiveness.</p> <p>CHAI is also supporting a case control study and breeding site analysis in high burden areas on and near sugar cane plantations in Escuintla. These studies are meant to map and characterize key vector habitats in the area, explore the relationship between land use and vector breeding, and identify key socio-behavioral characteristics that are contributing to malaria transmission. The outputs of these assessments will help inform appropriate interventions to eliminate malaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • If supported by the results of larval habitat analysis in Escuintla, implement larviciding in larval habitats associated with agricultural land-use and plantation irrigation systems. • Supporting the program with strengthening entomological capacity, including human and physical resources, in order to conduct regular entomological monitoring and surveillance activities • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above
---	---

Surveillance

The national surveillance system, with two parallel systems, needs to be redesigned. Current case data collected by the Global Fund are aggregated by locale, and although case-based data are collected by the National Surveillance Authority (SIGSA) system, they are of poor quality and the indicators collected are not comprehensive enough for malaria elimination. While malaria elimination indicators are now being collected on the new notification forms, data collected by CHWs and health facilities using these notification forms are often incomplete. Entomological data are not recorded in the national surveillance system and the program does not seem to have sufficient entomological evidence to guide vector control interventions. Active surveillance in high-risk areas is limited and not targeted based on epidemiological data. The MoH is currently implementing a new health care model (MIS, which stands for “inclusive health model”) and it is currently defining next steps on how the health information system will work under this new concept.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> A strong community-based program is being implemented across endemic regions, making it unlikely that meaningful pockets of transmission are being missed. The program is also working with CHAI to use epidemiological data and predictive modeling to help target active case detection, though implementation is not currently funded.</p> <p><u>Funded by GF</u> Guatemala’s Global Fund grant provides funds for the roll-out of a new electronic system. The improved electronic system will incorporate data on commodity stock. There is also the inclusion of data for decision-making in the Guatemala eTAB Dashboard System.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO and CHAI are currently working with the program to identify and map foci. Foci investigation forms will be updated and there will need to be classification and investigation of each foci on a recurring basis. This information should be incorporated into the new surveillance module to help plan the response to each focus.</p> <p>PAHO is providing technical assistance to support countries implement the key</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improving case investigation to classify cases, locate case households or places of transmission, and better understand factors leading to transmission. • Development of approaches for active testing in the community to capture cases missed by the passive surveillance system • Roll-out of electronic reporting system and tools nationwide. • Integration of data systems into routine national health system to avoid duplication and increase sustainability. The new surveillance module will have case-based data rapidly available and accessible for decisions related to malaria-elimination. The module will also integrate case data with entomological, VC, and commodities data to facilitate rapid decision making. • Instituting mechanisms and training staff to document, consolidate, disseminate and analyze malaria-related data at national and subnational levels (including weekly epidemiological reports). <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Designing the new Global Fund-supported elimination surveillance system and facilitating the initial implementation across Escuintla before subsequent national roll-out. • Procuring adequate electronic reporting tools (i.e., tablets) for regions outside Escuintla

<p>recommendations identified in the 2016 EMMIE evaluation reports.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is conducting epidemiological and entomological investigations in Escuintla to identify how malaria is introduced and propagates during the high transmission season, with the intent of devising context-specific interventions to address it. CHAI is also working on improvement of reporting forms and design of a new system for electronic data collection and digital reporting from CHWs. Finally, CHAI will provide CHWs with adequate electronic reporting tools (i.e., tablets) in Escuintla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementing foci investigations to evaluate specific local social and entomological drivers of transmission outside of Escuintla, particularly Alta Verapaz; this work will require epidemiological and entomological detective work in communities where transmission persists • Active screening of mobile, high-risk populations including plantation workers who come to Escuintla from the highlands. • Implementing context-appropriate active surveillance approaches such as proactive or reactive house to house visits by VCTs and/or CHWs • Conducting entomological studies using remote sensing to identify larval habitats • Proactive testing as required to prove elimination of endemic foci • Training departmental and municipal level epidemiologists and entomologists. • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above
---	---

Honduras

Malaria transmission is highly focalized in two departments in the northeastern part of Honduras, Gracias a Dios and Colon, which are home to 11% of the country's population yet account for a disproportionate number of its malaria cases. Existing case management is limited by a need for better supply chains and training, and vector control is currently spotty and limited by a lack of specific information on the drivers of transmission.

Case Management

Access to health facilities in remote areas of Gracias a Dios remains a barrier to testing and treatment of malaria, with 109 communities having insufficient access to diagnosis and treatment.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> Domestic resources primarily fund HR at central, departmental and municipality levels and go towards running the health facilities nationwide. Treatment is also funded with government funds.</p> <p><u>Funded by GF</u> The Global Fund supports the CHW network and its commodities. There are 302 CHWs in Gracias a Dios, but only 24% are trained and equipped with RDTs. Of the 48 health facilities in Gracias a Dios, RDTs are currently available at 27, while 11 have microscopy capacity; 10 health facilities have no diagnostic capacity at present.</p> <p>Honduras is adding another 52 testing points to the existing 131 (national level) across the department by the end of 2017. Estimates reveal that despite this expansion, 179 existing CHWs and 10 health facilities will still have insufficient testing services (they will be covered by the end of 2018 with the support from CHAI).</p> <p>The country's existing Global Fund grant includes budget for community meetings among key stakeholders to discuss strategies for malaria elimination as well as funds to set up information for the community during World Malaria Day.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Improving detection, early parasitological diagnosis, and prompt treatment within all at-risk communities • Shortening times to diagnosis due to need to send microscopy slides long distances to be read • Strengthening the supply chain of malaria commodities to avoid stock outs of diagnosis and treatment supplies • Continue integrating the private networks of laboratories, clinics, and hospitals by certifying malaria diagnostic capacity by the Secretary of Health. <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Based on current maps of endemic regions, enumerating all at-risk communities and evaluating whether access to case management services is sufficient in all areas • Expanding the CHW network into Colon and Islas de la Bahia as required

<p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is supporting the MoH in training 179 CHWs in Gracias a Dios and providing them with RDTs and treatment. For the period of 2018-2020, CHAI will support expansion on this network in areas of Gracias a Dios that currently do not have diagnosis or treatment services nearby. CHAI will also fund the hiring of a CHW coordinator who will help train and supervise the CHW network in Gracias a Dios. Despite this expansion in Gracias a Dios, CHAI does not have funding for additional testing and treatment access points that will be needed across other high endemic regions, such as Colon.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concluding the review and update of the national malaria protocol • Training staff from all levels in appropriate case management and reporting practices. • Procuring drugs and diagnostics if needed to ensure adequate supplies for all health facilities and CHWs • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above
---	--

Vector Control

Current resources go to potentially ineffective interventions including fogging, while challenges with IRS and nets have been reported. Understanding the most appropriate vector control interventions in the specific contexts of transmission foci and ensuring sufficient coverage will be essential for elimination.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> Around 50% of domestic resources are allocated to the procurement of insecticides for fogging and other vector control interventions.</p> <p>Para el periodo 2018-2020 el país se ha comprometido a financiar con \$ 403,223 para la adquisición de insecticidas como parte del 50% de los fondos de compromiso del 15% de la subvención del fondo mundial para el mismo periodo</p> <p><u>Funded by GF</u> The country's existing Global Fund grant includes budget for LLIN procurement and distribution and IRS in select communities in strata III municipalities. In 2016 an IRS campaign was funded in Gracias a Dios as part of an emergency response for an outbreak. The country's Global Fund grant also includes budget for some key HR including central level entomologists and M&E director.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is supporting the MoH in the procurement of 9K LLINs to help it achieve its goal of 100% coverage in Gracias a Dios in 2017. CHAI will support the MoH in conducting a KAP survey to assess use of the LLINs and their acceptance in Gracias a Dios.</p> <p>For 2018, the MoH has requested CHAI to conduct an IRS pilot in Gracias a Dios and define the feasibility of this strategy. CHAI has available funds to contribute to a coordinated VC plan once it is defined. CHAI will cover IEC/BCC activities prior to any vector control activities taking place in Gracias a Dios; CHAI's plan includes radio advertisements, informational pamphlets and TV ads.</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defining the most appropriate package of interventions for Gracias a Dios, Colon, Islas de la Bahia and any other endemic areas • Improving planning for VC interventions and training the staff that will conduct them • Strengthening implementation of vector control in other high-risk areas of the country not currently covered by partners • Ensuring an appropriate IEC/BCC strategy is developed and implemented based on local context to ensure community acceptance of vector control activities • Ensuring appropriate M&E of interventions at community level, including routine entomological surveillance. <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducting assessments of the vector and social factors influencing the most appropriate vector control interventions in the at-risk locations not already covered by partners • If shown to be effective, procuring additional supplies for scale-up of IRS across all appropriate communities • Developing training materials and conducting trainings and supervision of vector control teams • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Surveillance

The current case-based surveillance system struggles with a lack of standardization across departments, timeliness, and discordance of case data between different levels of the health system. Honduras has tasked the information management and surveillance units to move the national health information system to an online web-based platform built using DHIS2.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> The MoH is providing funds for some basic components of the current health information system.</p> <p><u>Funded by GF</u> GF has provided funding for the national implementation of the new information system but funds have not been approved or released, leading to implementation delays.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO is supporting the mapping of transmission foci, active case detection, investigation and classifications in Gracias a Dios.</p> <p>PAHO is providing technical assistance to support countries implement the key recommendations identified in the 2016 EMMIE evaluation reports.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is supporting the MoH on the design and initial roll-out stages of a new DHIS2 platform in Gracias a Dios and Islas de la Bahia. CHAI will continue funding implementation in these two departments for the period 2018-2020 and will develop a national scale-up plan that will be shared with main stakeholders.</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scaling up the new DHIS2-based surveillance system countrywide. • Ensuring the use of data for decision-making beyond Gracias a Dios. • Improving case investigation to classify cases, locate case households or places of transmission, and better understand factors leading to transmission. • Screening of mobile, high-risk populations • Implementation of foci investigation and identification of appropriate interventions based on understanding key drivers of transmission <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incorporating into the new surveillance system other key inputs that are currently missing, including entomological surveillance data, intervention coverage, malaria commodities, and case investigations • Training staff at the municipal level in highly endemic areas and equipping municipalities (and where possible, health facilities) with necessary equipment for timely reporting into DHIS2 • Implementation of active testing to augment passive information, ensure all transmission locations are identified, and confirm elimination in future years • Hiring additional HR and procuring equipment needed to scale up foci investigations to all endemic locations after initial PAHO/CHAI supported efforts in Gracias a Dios • Providing commodities and training to ensure targeted screening of high-risk populations (e.g., specific groups of workers known to exhibit particularly high incidence rates) at appropriate times of the year • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Panama

In Panama, malaria transmission is concentrated in remote, rural, and underserved areas of Panama. Malaria will continue to be endemic in these neglected communities unless case management and preventative interventions are accessible and utilized.

Case Management

Expanding community-based access to RDTs to test and rapidly treat infections will help to both quickly identify infections and reduce malaria burden in the remaining endemic pockets. Vector control technicians who make periodic visits to these communities are the only cadre currently permitted to administer treatment. Under the current model, delays between diagnosis and treatment are common due to the logistics of accessing some of these communities. However, CHWs, who would be embedded in the community and receive a small compensation in exchange for their

contributions, offer a cost-effective opportunity to complement the effort made by the promoters and technicians.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> Approximately 80% of malaria cases are detected by vector control technicians (VCTs) during active surveillance. Until 2017, the only method to diagnose malaria was via microscopy; however, VCTs working in difficult to access areas were trained in RDTs and have begun to use them to diagnose cases and immediately begin treatment even before the case is confirmed by microscopy. Only limited education and promotional activities are carried out by VCTs during active surveillance, but are not tracked or standardized.</p> <p><u>Funded by GF</u> Panama is only eligible for EMMIE incentives; it does not receive national GF grants.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO is currently supporting the revision of the National Malaria Guidelines for elimination through a series of workshops with the program and relevant technical partners.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is currently supporting a network of CHWs to test and treat in indigenous communities in 49 communities in Guna Yala to help reduce transmission while providing disease intelligence. CHAI is funded to extend this network to communities in the remaining Guna Comarcas (Madugandi and Wargandi). CHAI is also funded RDT trainings for 90 VCTs working in difficult to access areas in 2017. CHWs funded by CHAI conduct information education and promotion activities, like sharing information about malaria with their community members during nightly meetings.</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Increasing access to diagnosis and treatment within all at-risk communities by designing, validating, and implementing processes to permit CHWs to test and treat locally • Ensuring widespread access to RDTs to improve the timeliness of diagnosis and treatment <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Updating current microscopy-focused national diagnosis protocols to include use of RDTs as a diagnostic tool and treatment standards in accordance with most recent evidence • Disseminating new case management guidelines among relevant stakeholders and training additional health care workers, vector control technicians, health promoters and CHWs in new case management norms and guidelines • Strengthening procurement and distribution processes, including improving the supply chain management system • Updating program management policies and standard operating procedures (SOPs) • Expanding the CHW model to all endemic regions not covered by the existing CHAI investment • Decentralizing microscopy from the Gorgas Institute to improve diagnosis timeliness and to underline its guiding and quality control roles (instead of a diagnosis facility). • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Vector Control

Attack measures consist of larviciding and fogging during outbreaks, as well as some routine IRS, but these are not performed routinely or comprehensively. Accuracy and completeness of the IRS campaign is not tracked, so it is hard to determine its real impact on transmission.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> According to recent MoH information, IRS is conducted in approximately 600 households by four vector control technicians in the Guna Yala region (Guna Yala, Panama Este, Darien and Comarca Ngabe Bugle). Larvicide is also applied at some anopheles breeding sites although this effort is not comprehensive.</p> <p><u>Funded by GF</u> Panama does not receive malaria-focused NFM or FM grants.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI will help the program identify and test out vector control options in the Guna communities over the next two seasons. CHAI will strengthen the IRS campaign undertaken by the MoH in the Guna Yala region through the provision of technical tools for planning and monitoring the campaign. CHAI will also support the geolocation and characterization of anopheles breeding sites in Guna Yala. Finally, CHAI plans to pilot insecticide treated mosquito nets for hammocks in order to understand their potential as an acceptable vector control intervention in the Guna Yala comarca. CHAI has some funds to support implementation of proven vector control activities subsequently, though only to cover a subset of all at-risk areas.</p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifying acceptable and appropriate vector control tools in at-risk communities to achieve elimination • Implementing vector control with good monitoring of coverage and evaluation of impact <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifying vector control gaps on a community by community basis. • Procuring supplies and hiring staff to implement vector control strategies, beyond whatever government funding can be reallocated to these activities; • Adopting electronic tools for guiding implementation and monitoring coverage achieved • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Surveillance

At present, the national surveillance system is weak, with paper-based reporting at all levels; incomplete, slow reporting; and data housed in an Excel database to which only a single individual has access. As a result, surveillance data provide an incomplete picture of where malaria is and who is affected and do not support any targeting of intervention or monitoring of progress toward elimination.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> Current program funding includes a paper-based surveillance system that relies on both active and passive surveillance to detect cases.</p> <p><u>Funded by GF</u> Panama does not receive malaria-focused NFM or FM grants.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO is providing technical assistance to support countries implement the key recommendations identified in the 2016 EMMIE evaluation reports.</p> <p><u>Funded by CHAI</u></p>	<p>Specific goals will be determined during the microplanning process, but programmatic goals are likely to involve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensuring malaria surveillance is fully integrated into the health information system and maintained through 2022 • Integrating case data with entomological surveillance data, intervention coverage, commodity reports, data on stocks of RDTs and drugs to improve commodity availability, and data on implementation of attack measures to facilitate robust analytics. • Improving case investigation to classify cases by origin, locate case households or places of transmission, and better understand factors leading to transmission. • Implement active screening of mobile populations and, as appropriate, active testing within high-risk communities. <p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finalization of the new elimination-relevant surveillance module, creation of guidelines for its use, and training staff as required. • While CHAI is supporting household enumeration and foci investigations throughout the Guna Yala, determining drivers of

<p>CHAI is funded to support household enumeration and foci investigations throughout the Guna Yala, as well as the implementation of a new malaria module in the current surveillance system platform (SISVIG)</p>	<p>transmission elsewhere in the country is not funded by existing investment. This work will require epidemiological and entomological detective work in communities where transmission persists once the CHW network is set up.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Further mapping structures and breeding sites and investigate risk factors: investigate breeding sites and identify the highest priority locations • Updating maps of foci on a regular basis by the vector control technicians during their community surveillance visits (georeference new houses and map breeding sites). • Procuring digital tools for CHWs to capture malaria if appropriate • Improving geolocation of cases and reporting in every community in the Guna territories using existing georeferenced data from the national census institute on households, footpaths, and bodies of water • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above
---	--

Nicaragua

Nicaragua reported 6,282 cases in 2016, mainly along the districts bordering Honduras, and is thus a primary concern as the highest-incidence country where no TA is currently being provided. Like all countries with endemic transmission in Central America, malaria transmission in Nicaragua occurs mostly in rural, hard to reach, and poor regions of the country – primarily in La Mosquitia region which runs along the Caribbean coast, and in particular in the areas of SILAIS Bilwi and Las Minas.

Case Management

The remaining endemic areas have mobile and indigenous groups that lack access to health services. With the introduction of the Model of Integral Health Care of the Autonomous Region of the Caribbean Coast (Modelo de Atención en Salud Integral de la Región Autónoma de la Costa Caribe or MASIRACC), Nicaragua is seeking to expand access to healthcare for ethnic and migrant populations; however, while there has been an expansion of services, there are still some gaps in coverage. Rapid tests are available in high burden areas of SILAIS Bilwi and Las Minas, though an analysis hasn't been done of how good accessing to testing.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> TBC based on Nicaragua's costed/gap NSP</p> <p><u>Funded by GF</u> Nicaragua is submitting a grant for the 2018-2020 window. The microplanning process that will begin this project will ensure that activities funded by GF complement additional investment through this investment.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI does not have operations in Nicaragua at this time, but it is working with IDB to build its relationships with the national program.</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • With a focus on Mosquitia, mapping all at-risk populations and case management access points to identify any at-risk communities that have insufficient access • Extending case management access to all at-risk communities through expansion of existing CHW networks and MASIRACC initiatives • Procurement of sufficient tests and drugs to ensure sustained access to case management in high risk areas like Mosquitia • Strengthening supply chains to ensure all case management access points are fully stocked • Training healthcare workers and CHWs to improve testing, treating, and reporting according to guidelines • Implementing supportive supervision as needed • Conducting community education and engagement to ensure people are aware of the need to quickly seek treatment for malaria symptoms • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Vector Control

Both IRS and LLINs are used in Nicaragua, with nets protecting approximately 173,000 people.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via the Facility
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> TBC based on Nicaragua's costed/gap NSP In the Central Level of the Ministry of Health there are two (2) resources that perform programmatic functions of Malaria, one full time and the other partial. In each of the 19 SILAIS of the country there is a team formed by the Responsible for Epidemiology and the Responsible for Diseases Transmitted by Vectors (DTV), this team also exists in 130 of the country's 153 municipalities</p> <p><u>Funded by GF</u> Nicaragua is submitting a grant for the 2018-2020 window. The microplanning process that will begin this project will ensure that activities funded by GF complement additional investment through this investment.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI does not have operations in Nicaragua at this time, but it is working with IDB to build its relationships with the national program.</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification of appropriate packages of interventions for each transmission area following careful analysis of social factors, entomology • Procurement of vector control commodities in sufficient quantities • Creation of detailed operational plans for implementation of VC • Mapping of all households and/or breeding sites to receive interventions • Piloting and roll-out of electronic tools for data capture and intervention monitoring • Strengthening community engagement and education to ensure participation and compliance • Supportive supervision to ensure good implementation • Data verification via evaluators to ensure plans were truly followed • Monitoring and evaluation to assess impact and revise future plans as needed • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Surveillance

Nicaragua is currently focusing efforts on strengthening the national surveillance system and implementing community brigades in high-risk areas.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> TBC based on Nicaragua's costed/gap NSP</p> <p><u>Funded by GF</u> Nicaragua is submitting a grant for the 2018-2020 window. The microplanning process that will begin this project will ensure that activities funded by GF complement additional investment through this investment.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO developed the methodology for verifying the number of cases for EMMIE through a pilot study carried out in Nicaragua.</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI does not have operations in Nicaragua at this time, but it is working with IDB to build its relationships with the national program.</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integration of data on malaria incidence, intervention coverage, and entomology into a common system to facilitate monitoring and evaluation • Creation of dashboards for data review by decision-makers at all levels • Implementation of routine approaches for case investigation, classification, and geolocation • Introduction of efficient means of data reporting from all access points, intervention teams • Improved data analysis to understand spatial and temporal patterns in transmission • Investigation of transmission foci and identification of appropriate interventions based on the drivers of transmission, social factors, entomology • Additional training of staff conducted as required • All necessary HR have been hired including GIS/epi for analysis, field teams for active surveillance, entomology capacity • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Costa Rica

Costa Rica has eliminated endemic malaria and has minimal autochthonous transmission, with only four local cases since late 2012. Malaria has been de-prioritized within the country due to the low case burden and lack of resources with background/experience in the disease. However, Costa Rica still maintains efforts to develop community outreach programs at the local, regional and national levels through formation of cross-sector alliances.

Case Management and Surveillance

Malaria diagnosis and treatment is integrated into the country's national health system services, with hospitals, health centers, and periodic visit posts providing access to these services. After the confirmation of a malaria case, active searches are conducted among populations in direct contact with confirmed cases, though are limited by patient information. Immigrant populations continue to be the highest risk group with limited access to health services. Certifying the absence of indigenous transmission will require increased detection services especially among immigrant populations. Importation will be reduced as neighboring countries successfully advance their elimination programs, but some surveillance strengthening will still be required.

Vector Control

Limited vector control is conducted in high risk areas, including IRS around identified introduced cases to prevent outbreaks.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> Costa Rica is working to integrate two previously independent health information systems run by the MoH and the CCSS, which aims to strengthen the timely reporting of cases (24h). The government funds limited active case finding and reactive searches when imported cases are identified. IRS is conducted in high-risk areas and in response to introduced cases.</p> <p><u>Funded by GF</u> Costa Rica does not currently have a grant but could be eligible for the EMMIE rewards</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is providing TA to the MoH on how to strengthen diagnosis and treatment services in transmission areas and prevent re-introduction in malaria free areas</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment are likely to be minimal. Reductions in exported malaria, particularly from Nicaragua, is likely to be the most important factor in enabling Costa Rica to achieve certification of elimination. Nevertheless, some additional efforts will still be required in Costa Rica to meet all WHO requirements for that achievement. Specific activities to support these will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establishment of a strengthened surveillance model in the Limon province, where agricultural workers are highly mobile • Updating and implementing revised case-investigation forms • Incorporating case notification and quality control from private laboratories into surveillance • Conducting foci investigations in locations that have seen any transmission over the past several years to identify any additional preventative measures that should be instituted • Supporting documentation and certification of Costa Rica's elimination achievement • Assessing possibilities of a national policy change to address cases among migrant groups • Encouraging the government to assist its neighbors to advance their own efforts and thereby reinforce its own success • Evaluating the need for additional focal strategies in areas at risk for transmission from migrant populations • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Belize

Belize reported only 19 cases in 2015 and 5 in 2016, with local transmission occurring in only two localities—Trio Village and Conejo Creek Vilage. Of the 5 cases in 2016, 1 was imported from Nicaragua. Nonetheless, high levels of tourism in the region and movement of people across national borders create continued risks for introduced transmission. *P. vivax* accounts for all detected cases in Belize since 2006, and since then *P. Falciparum* has been considered eliminated.

Case Management & Surveillance

Surveillance activities are centralized to the VC unit within the MoH. This unit aims to ensure rapid case detection, early parasitological diagnosis, prompt treatment, and maintain microscopy competencies. A network of community health workers and volunteers assist with case management in high risk areas. Countrywide the MoH is continues to try and bridge the surveillance and reporting gap with the private sector. In some malaria free areas such as Belize City, the MOH has established relationships with private sector labs and clinics targeting tourist populations. The MoH currently engages in cross-border activities not specific to malaria but can be used as a foundation for future cooperation. There are existing cooperation agreements in health with immediate neighbours Mexico

and Guatemala, but Malaria needs to be prioritized by these countries from a tri national corporation perspective.. The country plans to improve delays between testing and treatment, in addition to better identification and response to foci.

Vector Control

Activities include fogging, IRS, and LLINS which are often implemented to address multiple VC goals, not specific to malaria.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> All case notification and investigation activities are currently funded by national resources.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> PAHO donated treatment for the period 2016/2017 and will assist in procurement through its strategic fund</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI is providing TA to the MoH on the development of the National Strategic Plan for malaria elimination, with areas of future collaboration still to be defined.</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment are likely to be minimal. Reductions in exported malaria from the endemic countries of the region are likely to be the most important factor in enabling Belize to achieve certification of elimination. Nevertheless, some additional efforts will still be required in Belize to ensure that all indigenous transmission has ceased in Trio Village and Conejo Creek Village, and to ensure that Belize is capable of meeting all WHO requirements for proving that achievement. Specific activities to support these will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strengthen supervision to ensure curative treatment is occurring • Supporting detailed foci investigation in the one remaining communities with local transmission to identify any additional interventions that should be implemented there • If such measures are identified, supporting procurement of commodities and training of staff as necessary to implement them • Improving the quality of case investigation in order to permit the government to establish whether all observed local cases are introduced • Increasing awareness of the need for rapid treatment seeking to enable elimination, and the reduction existing delays between testing and treatment • Identifying remaining surveillance needs to facilitate certification • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

El Salvador

In El Salvador, where 7 cases were reported in 2015, transmission has also been low and focalized in the neighboring municipalities of Acajutla and San Francisco Menendez. Government partners suspect that Guatemala could be a source of infection in El Salvador. Highly dense populations increase the risk of continued transmission, heightened by prevalence of local cases in neighboring Guatemala and indigenous populations in the south of Mexico.

Case Management & Surveillance

El Salvador has strong surveillance system (VIGEPES) which allows for a suspected case to be analyzed within the next 24 hours and for a positive case to be confirmed in the next 24 hours with the support of the vector control coordinator of the department and the community health worker. All cases are reported and investigated epidemiologically. However, El Salvador does not have a real-time electronic malaria information system linking epidemiological, entomological and case-control information, allowing analysis of disaggregated information for timely decision-making. Basic case information is entered to the VIGEPES through an individual case notification instrument (SUIS) filled by the different notifying units (i.e., first level health centers and hospitals). This database is then complemented with information from an Excel spreadsheet filled by the malaria technicians. While the Excel file is considered an official report, it does not include many of the necessary variables for an adequate analysis and decision-making in a malaria elimination phase. Some of the variables currently not collected include: parasite load, travel history, entomological data, foci classification, and treatment completion. The fragmentation and segmentation of the system generates duplication of efforts and limits the necessary analysis in the elimination phase. Potential gaps to be addressed via IADB proposal would include integrating the information of VIGEPES and the Excel spreadsheet into a unique integrated electronic system to enable the collection of relevant information for malaria elimination.

Vector Control

The vector control team of the National Malaria Program consists of 37 entomologists distributed across the 17 SIBASI. Vector control activities are developed with a comprehensive approach but are intensified in those localities with identified malarial foci. These activities are established and managed through an annual Operative Plan that is evaluated on a quarterly and yearly basis at the different levels of government. The distribution of bed-nets is carried out once a year in areas with potential for malaria transmission. The quantities currently distributed do not correspond to a needs assessment but rather to budget availability. VC activities include IRS and distribution of bed-nets.

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> All routine malaria-related activities are funded via domestic resources.</p> <p><u>Funded by GF</u> In 2016 the country received a GF grant to support and strengthen the surveillance system. Details of activities funded with this grant need to be confirmed.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI has been asked to support the creation of operational stratification maps to facilitate establishment of protocols for classification of risk and activities in different regions</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment are likely to be minimal. Reductions in exported malaria from the endemic countries of the region are likely to be the most important factor in enabling El Salvador to achieve certification of elimination. Nevertheless, some additional efforts will still be required in El Salvador to ensure that it is capable of meeting all WHO requirements for proving that achievement. Specific activities to support these will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Updating malaria guidelines, including case investigation and notification forms • Improving case investigation to ensure introduced cases are properly classified • Minimizing delays between detection and investigation • Improving surveillance of travelers and other risk groups • Conducting a needs assessment for bed-nets in order to ensure adequate coverage. • Strengthening quality assurance for public and private laboratories • Establishing regular cross-border meetings among neighbors • Increasing community awareness in high risk areas • Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

Dominican Republic

Malaria transmission in the Dominican Republic has historically been connected to internationally displaced migrant populations and migratory agricultural labor, particularly from Haiti. However, since 2014, there has been a shift in transmission from the border and rural areas and agricultural regions to urban and peri-urban areas in the province of Santo Domingo and the Nacional District. The Dominican Republic reported 661 cases in 2015 and 755 cases (690 indigenous *P. falciparum* cases and 65 imported cases, 33 *P. vivax*, and 32 *P. falciparum*) in 2016. In 2015, 70% of confirmed cases were located in the province of Santo Domingo and the Nacional District. In the province of Santo Domingo the main transmission occurred in the municipalities Santo Domingo Este and Santo Domingo Norte, however, during 2016 transmission moved to Santo Domingo Oeste, another municipality of the province. At the end of 2016 a big outbreak was reported in the southeast region of the country in conjunction with the sugarcane harvest. The sugarcane areas of Hato Mayor and San Pedro de Macoris had not reported any cases in recent years until this outbreak. Cases from Haiti have historically accounted for all imported cases, but since 2013, cases have reduced significantly, while there has been an increase in imported cases from Guyana and Venezuela since 2013, specifically in 2016.

Case Management & Surveillance

The national malaria program, CENCET, responded to the outbreak in the capital by increasing active surveillance in affected communities through the help of CHWs. This response proved effective in Santo Domingo Este where cases dropped substantially in 2016 after the use of community testing measures. With multiple information systems used for tracking malaria, the country has set a goal to integrate these into one surveillance system.

Vector Control

The national malaria program, CENCET, has responded to recent outbreaks of malaria in its capital through the use of thermal fogging (2014 and 2015) and IRS (late 2015).

Current Activities	Examples of Potential Gaps to be Addressed via IADB proposal
<p><u>Funded by Domestic Resources</u> All programmatic operations are domestically funded.</p> <p><u>Funded by GF</u> The Dominican Republic is no longer eligible for NFM malaria funding.</p> <p><u>Funded by PAHO</u> TBC</p> <p><u>Funded by CHAI</u> CHAI has funding to provide technical assistance at national level to assist with planning and risk mapping.</p>	<p>Specific additional activities to be funded by this investment will be identified during the microplanning process, but likely candidates may include:</p> <ul style="list-style-type: none">• Expanding community-based testing and treatment in the to the great Santo Domingo area and other identified at risk areas• Training healthcare workers and CHWs to improve testing, treating, and reporting according to guidelines• Conducting community outreach to encourage treatment seeking amongst all populations• Improve data analysis to better understand remaining at-risk locations across the country and the degree to which endemic transmission persists• Establishment of a national malaria elimination committee• Instituting agreements with Haiti to decrease transmission in border areas, while also evaluating the need for additional focal strategies in areas at risk for transmission from migrant populations• Strengthening epidemiological surveillance among different stakeholders• Updating surveillance formats and the use of data for decision making at the local and national level, while supporting the government with streamlining their current surveillance systems• In locations where transmission has recently been observed such as in greater Santo Domingo and sugarcane harvest areas, evaluate the need for additional vector control measures, and reallocate government funding (and/or augment as needed through this investment) to implement them• Implementing supportive supervision as needed• Provision of technical and operational assistance to ensure efficient implementation of the above

47. EMMIE: La respuesta de países del 2014 al 2017

El Fondo Mundial para la Lucha contra la Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM) concedió una subvención de 10,2 millones de dólares para apoyar la eliminación de la Malaria en 2014. Ha sido un proyecto innovador tanto en la región como para el FM con la metodología de "Cash on Delivery" (COD), en la que USD 7 millones de la Subvención se asignaron para los incentivos que dependen de que los países receptores muestren disminuciones verificables de la malaria de acuerdo con sus objetivos preestablecidos. El financiamiento está destinado a actuar como un catalizador para la región para permitir a los países coordinar y acelerar su progreso hacia el objetivo compartido de la eliminación de la malaria. El proyecto se desarrolló con el fin de motivar avances técnicos y programáticos, pero también compromisos políticos. El proyecto estableció un solo indicador para monitorear el progreso: "Disminución del número de casos de malaria autóctona en un año".

El primer año de esta iniciativa proporcionó una financiación "inicial" de 200.000 dólares para todos los países sin subvenciones del Fondo Mundial (Belize, El Salvador, Costa Rica, Panamá, República Dominicana y Haití) y "reprogramación especial" de las subvenciones existentes del Fondo Mundial para cambiar sus programas hacia la eliminación de la malaria y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia (Honduras, Guatemala, Nicaragua). La reorientación de la eliminación y la vigilancia fue fundamental para el mecanismo de desembolso efectivo, ya que permitió establecer una base de referencia creíble de casos locales de malaria. El segundo y tercer año de la subvención se han dedicado a disminuir el número de casos locales de malaria. El Fondo Mundial hará desembolsos a los países que logren alcanzar sus objetivos.

Además de los fondos de arranque, se proporcionaron fondos para abordar temas transversales, entre ellos: (1) elaboración de un plan estratégico regional para la eliminación de la malaria en

Centroamérica y Isla La Española, para incluir a la sociedad civil y sus asociados, que incluyó estrategias eficaces para eliminar la malaria en la región EMMIE; 2) Fortalecimiento de la capacidad del programa regional de lucha contra el malaria para reorientarse hacia la eliminación; (3) Reuniones regionales para apoyar el desarrollo de estrategias nacionales para eliminar la malaria mediante el fortalecimiento de la capacidad local; Y (4) Reuniones de la Sociedad Civil para fomentar la participación activa en la eliminación de la malaria.

Una evaluación inicial realizada por los países participantes en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2013/14 identificó algunas de las brechas operacionales y técnicas que impedían la eliminación de la transmisión local de la malaria. En respuesta directa, se establecieron los siguientes objetivos del programa:

1. Mejorar la prevención, la vigilancia y el diagnóstico precoz de la malaria para contener los brotes.
2. Promover la Gestión Integrada de Vectores.
3. Mejorar el diagnóstico oportuno y el tratamiento de calidad garantizado.
4. Mejorar la comunicación sobre la malaria y la promoción mediante el fomento de asociaciones estratégicas y alianzas.
5. Fortalecer los sistemas de salud, la planificación estratégica, el monitoreo y la evaluación, la investigación operacional y las capacidades del programa.

Fondos de arranque

Los fondos de arranque por valor total de 1,2 millones de dólares se han desembolsado a los Ministerios de Salud de Haití, República Dominicana, Belize, Costa Rica, Panamá y El Salvador para acelerar la reorientación de los programas de malaria hacia la eliminación y fortalecer la vigilancia. También se otorgó fondos a la OPS para apoyar la verificación de los resultados. Todos los fondos de arranque, con la excepción de Haití, terminaron en diciembre de 2016. Debido a la situación de emergencia en Haití como consecuencia del huracán Mathew, la implementación de las actividades se ha retrasado. Se espera que las actividades se continúen hasta el 2017.

Los principales logros hasta sobre estos fondos a fecha incluyen:

48. Todos los países EMMIE avanzaron hacia la reorientación del programa nacional de lucha contra la malaria hacia un enfoque de eliminación. Los programas de lucha contra la malaria han actualizado su estrategia nacional para incorporar los objetivos de eliminación y han establecido un Plan Estratégico Nacional de Eliminación de la Malaria, que ahora incluyen Estrategias de eliminación basadas en la evidencia. Se han invertido importantes esfuerzos en el fortalecimiento de las capacidades para la eliminación de la malaria; Todo el personal del programa de lucha contra la malaria y el control de vectores, participaron en varios talleres en el país para desarrollar las habilidades necesarias para la transición del control del malaria a la eliminación.
49. EMMIE también contribuyó a la mejora de los sistemas de vigilancia. Por ejemplo, Costa Rica, El Salvador y la República Dominicana tendrán bases de datos de eliminación electrónica a fines de 2016, y Belize, Panamá y Haití están en proceso de integrar la base de datos de eliminación dentro de los sistemas de vigilancia existentes. Los sistemas de vigilancia renovados son capaces de geo-referenciar casos individuales con una prueba de confirmación de laboratorio de la infección. Esto permitirá el seguimiento de casos en los que la prevalencia es baja y para la identificación clara de los puntos fuertes de la malaria. La detección activa de casos fue incorporada como una herramienta de vigilancia. Se realizaron dos estudios para establecer la prevalencia de infección asintomática en entornos con transmisión continua (República Dominicana) y donde no se han reportado casos locales en al menos tres años (Costa Rica). Los resultados proporcionarán evidencia para el desarrollo futuro de herramientas para demostrar la transmisión cero.
50. También se avanzó en la implementación de sistemas nacionales de garantía de calidad de microscopía (QA) para diagnóstico microscópico y pruebas diagnósticas rápidas (RDT), mejorando capacidades e infraestructura para el diagnóstico de la malaria en Costa Rica y República Dominicana.
51. EMMIE reconoce la importancia del uso estratégico de la comunicación de cambio de comportamiento en la promoción de comportamientos saludables; cuando se utiliza de manera adecuada y consistente, la eliminación de la malaria se convierte en una meta más alcanzable. Se invirtieron fondos para el desarrollo, la impresión y la difusión del plan

nacional de comunicación estratégica en Haití y la actualización de los esfuerzos actuales en El Salvador y Belize y mediante una serie de talleres.

Actividades transversales para todos los países

Se estableció un plan estratégico para la eliminación de la malaria para Centroamérica y la Isla La Española ([Plan estratégico regional de eliminación de la malaria 2015-2020](#)) mediante un proceso de consulta y amplio consenso con los representantes de los países en el marco del Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) en estrecha colaboración con otros actores clave de la región. El proceso incluyó la participación activa de representantes de los Programas Nacionales de Malaria (o puntos focales) de los nueve países de la región, así como representantes de la sociedad civil y asociados técnicos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Clinton Health Access Initiative (CHAI) Y el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). Los Ministerios de Salud de México y Colombia también estuvieron representados como socios nacionales de la EMMIE. Además de este proceso de consulta regional, el plan también describe la situación epidemiológica en la región, los avances en la transición hacia la eliminación y las prioridades, brechas, desafíos y requerimientos financieros que serán cruciales para la exitosa eliminación de Malaria en la región. El plan fue aprobado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) en junio de 2015.

El plan servirá de catalizador tanto para la colaboración regional como para una respuesta coordinada entre países. Al llevar adelante los tres objetivos, la región podrá coordinar más eficazmente, mejorar la calidad y la accesibilidad de los productos y servicios clave y sostener la financiación necesaria para lograr la eliminación. El plan concluye con recomendaciones para acciones que pueden considerarse como un marco para apoyar y avanzar en la eliminación efectiva de la malaria a nivel nacional y regional.

Liga Regional de la Sociedad Civil para la Eliminación de la Malaria

Los países de EMMIE habían reconocido que la sociedad civil es clave para la eliminación de la malaria y una prioridad para fortalecer su participación en la respuesta regional y nacional a la malaria. En respuesta, se formó la "Liga Regional de la Sociedad Civil de Lucha Contra la Eliminación de la Malaria" (Liga Regional de la Sociedad Civil contra la Malaria). Se prevé que esta plataforma regional de lucha contra la malaria coordinará las actividades de eliminación de la malaria entre la sociedad civil y las poblaciones en riesgo.

PSI (Population Services International), en su papel de Receptor Principal, realizó dos reuniones regionales con representantes de la sociedad civil y puntos focales de malaria de cada país, en las que los participantes

- 1) formaron la Liga y desarrollaron los correspondientes mecanismos de gobernanza;
- 2) elaboró un plan de trabajo regional para la Liga;
- 3) desarrolló relaciones entre los representantes de la sociedad civil y los programas de malaria;
- 4) creó planes para que la sociedad civil apoyara a los programas de malaria en sus planes de eliminación estratégica; y
- 5) compartir experiencias y materiales entre países y programas, incluyendo los mecanismos de gobernanza cruciales para sostener la liga de la sociedad civil.

En Nicaragua se llevó a cabo un estudio piloto para probar el interés nacional en una liga de la sociedad civil a nivel nacional. Como resultado, la Liga Nacional se formó en Nicaragua para coordinar mejor los esfuerzos de prevención y control en el país. El piloto demostró ser exitoso y se están realizando esfuerzos similares en Haití. Se prevé que esta plataforma permitirá a las partes interesadas de la sociedad civil comprometerse eficazmente con los gobiernos nacionales y los donantes a velar por que los programas de lucha contra la malaria tengan en cuenta la inclusión de las comunidades y la sociedad civil, especialmente las poblaciones móviles. Las Ligas Nacionales también proporcionarán un mecanismo para fortalecer el conocimiento y la comprensión de la respuesta a la malaria. Hasta la fecha, solo se ha creado la Liga Nacional de Nicaragua.

Verificación de Casos Autóctonos de Malaria (el indicador)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolló la metodología para la verificación del número de casos reportados por los países. Se realizó un estudio piloto de la metodología en

Nicaragua. Tras el estudio piloto, los resultados del proyecto piloto se incorporaron a la metodología de verificación final. Se ha completado la verificación de casos de malaria del 2014 (Línea de base) y 2015.

La estimación final de los casos en cada país para 2014 constituye la línea de base (Anexo 56), en la que se calculan las metas de cada país, lo que a su vez determina su elegibilidad para recibir Fondos de recompensa. Todos los países ya han presentado al Fondo Mundial el número de casos notificados en 2015 pero tomo en cuenta alguna información del 2016 y la verificación correspondiente finalizó en marzo de 2017, y a raíz de esta verificación se confirman premios en 5 países (Honduras, Costa Rica, Belize, El Salvador y Panamá) según los indicadores de resultado y un premio parcial para Nicaragua por los avances en la mejora del cumplimiento y no así del indicador de medición de éxito. Estos premios se adjudicarán entre agosto y Diciembre del 2017 a los países, y estos aportaran a la continuación de la respuesta y lograr la eliminación para el 2020, también se ha tomado en cuenta para la revisión de brechas financieras en la región para lograr acelerar la eliminación para esta nueva propuesta.

Resultados de EMMIE verificación a continuación

Figura 5.

Results 2015 for awards



5 countries met performance target

Cash on Delivery Awards

Country	Award Amount (Estimated Cases)	Award Amount (Compliance increase)	Total Award
Belize	\$ 800,000		\$ 800,000
Costa Rica	\$ 800,000	\$400,000	\$ 1,200,000
Dominican Republic			No award but TA support
El Salvador	\$ 800,000	\$400,000	\$ 1,200,000
Guatemala			No award but TA support
Haiti			No award but TA support
Honduras	\$ 800,000	\$400,000	\$ 1,200,000
Nicaragua		\$400,000	\$ 400,000
Panama	\$ 800,000	\$400,000	\$ 1,200,000
Total	\$ 4,000,000	\$2,000,000	\$ 6,000,000








Tras la aprobación del Comité de Aprobación de Subvenciones para otorgar el premio en base a los resultados de 2015, la Secretaría del Fondo Mundial está ultimando el acuerdo para los premios para que los países puedan recibir el desembolso del premio antes de diciembre de 2017.

Según el acuerdo original, los premios deben invertirse en la lucha contra el paludismo o el fortalecimiento del sistema de salud que beneficien directamente a los Programas Nacionales de Malaria. El Comité de Aprobación de Subvenciones aprobó también la reprogramación de los fondos asignados para la última evaluación a la asistencia técnica que se llevará a cabo en 2017. La OPS intensificará la asistencia técnica para apoyar a los países en la implementación de las principales recomendaciones identificadas en los informes de evaluación 2015.

Political resolutions and malaria discussion at the Ministerial level since EMMIE initiation

Uno de los mayores éxitos de EMMIE fue el fortalecimiento del compromiso político en la lucha contra la malaria. En términos de compromisos políticos se visualiza que las reuniones de la COMISCA incluyeron en casi todas sus sesiones el tema de discusión de la Malaria, compromiso del MCR en su trabajo de abogacía e incidencia para el tema en la región.

Id	Lugar y fecha	Resoluciones de Malaria
XXXVII Reunión Ordinaria	27 y 28 Junio 2013 Costa Rica	Ampliar el mandato del MCR para que además de VIH incorpore acciones contra la tuberculosis y malaria y modifiquen su reglamento a fin de respaldar su accionar y ampliar su membresía Instruir al MCR para que prepare la Nota Conceptual de malaria y la presente al FM en Septiembre
XXXIX Reunión Ordinaria	5 y 6 dic 2013 Panamá	Autorizar la participación del coordinador del programa de malaria o control de vectores y su suplente en el MCR para dar seguimiento a los compromisos derivados de la EMMIE Autorizar al Secretario ejecutivo del COMISCA para que firme el acuerdo en calidad de testigo el acuerdo de financiamiento entre el FM y el RP
XL Reunión ordinaria	26 y 27 junio 2014 República Dominicana	Agilizar el proceso de firma de los acuerdos de fondos de arranque de El Salvador, Panamá y Costa Rica
XLI Reunión ordinaria	1 y 2 de diciembre 2014 Belize	Reiterar el compromiso asumido por los países con la firma de la declaración de la malaria en Mesoamerica y la Isla Española Instruir a los jefes de programa de malaria que finalicen el PER de malaria 2015-2020 y someterlo a COMISCA en su próxima reunión
XLII Reunión ordinaria	11 y 12 de junio 2015 Guatemala	Aprobar el PER de malaria, instruir a los técnicos para que adopten sus estrategias regionales y exortar a los socios estratégicos a apoyar la implementación Hacer una revisión exhaustiva del PER de malaria para que armonice con el plan maestro de malaria aprobado en el marco del sistema mesoamericano de salud
XLIII Reunión ordinaria	10 y 11 de diciembre 2015 El Salvador	No hubo resolución para malaria
XLIV Reunión Ordinaria	28 de junio 2016 Honduras	Ratificar el compromiso del COMISCA ante la iniciativa EMMIE y seguir apoyando sus mecanismos operativos Instruir al MCR para que prepare la propuesta de transición y segunda fase de la EMMIE según los lineamientos del Fondo Mundial y presente los avances en la próxima reunión
XLV Reunión Ordinaria	6 de Diciembre 2016 Nicaragua	Designar a los puntos focales de la EMMIE para que participen en una reunión de análisis técnico en enero del próximo año y establecer un plan de acción sobre la situación actual de la malaria y se presente en la próxima reunión
XLVI Reunión Ordinaria	22 de junio 2017	Facilitar la participación de los puntos focales de la EMMIE y/o técnicos de salud de los países de la región en los diálogos regionales organizados por el MCR; a fin de preparar la segunda petición de fondos al FM para la dar la continuidad a las acciones de la EMMIE hasta el 2020, garantizando que la propuesta cuente con el respaldo de multiples donantes

52. Lecciones aprendidas de EMMIE

La reflexión sobre los desafíos encontrados durante la implementación de la beca EMMIE señala 4 lecciones principales aprendidas:

- **Establecimiento inicial** - El tiempo y la preparación para la puesta en marcha de la implementación de la subvención tardaron más de lo esperado, lo que provocó retrasos en las implementaciones. Esto se debió en parte a la nueva modalidad de subvención, pero también a la intensa coordinación que se requiere para preparar la implementación. Como medidas de mitigación, el MCR y sus socios están planificando reuniones durante el período de concesión de subvenciones para abordar cuestiones clave de implementación y asegurar la participación y compromiso de todos los interesados (incluyendo la Sociedad Civil, el personal del Programa y funcionarios de alto nivel en los Ministerios de Salud y Finanzas).

- **Asistencia técnica (AT)** - La función del principal proveedor de asistencia técnica (OPS) es fundamental para ayudar a los países a implementar cambios en las políticas y la programación para avanzar hacia la eliminación de la malaria. Como parte de la lección aprendida, es importante señalar la necesidad de desarrollar un plan de asistencia técnica robusto y completo en estrecha colaboración con el Programa Nacional, así como con otros asociados (CHAI, Gates y Malaria No More). El plan debe ser lo suficientemente flexible como para satisfacer las necesidades específicas de cada país, ya que los desafíos para implementar políticas y abordar las poblaciones afectadas varían de un país a otro.

El Fondo para el paludismo coordinará el desarrollo de los planes de asistencia técnica con los países y asociados durante el primer año de concesión. Los informes de evaluación producidos por la OPS / OMS identifican áreas clave y actividades que requieren apoyo y formarán la base del plan de asistencia técnica para la donación.

- **Coordinación y Compromiso Político** - El MCR enfrentó desafíos para coordinar a los países participantes, PR y socios. Quedó claro que el éxito de una iniciativa regional depende de una coordinación eficaz para asegurar un compromiso sostenido. La traducción del compromiso político al compromiso financiero es un desafío clave identificado para la subvención propuesta, y el MCR está reestructurando los mecanismos de compromiso y coordinación para optimizar los resultados.

- **Evaluación** - El desarrollo del proceso de validación tomó más tiempo de lo esperado y esto llevó a un retraso en la finalización de la línea de base, así como las verificaciones, completándolas sólo una vez durante la implementación de la subvención. Las verificaciones son una gran herramienta para incentivar a los países hacia la terminación del indicador de eliminación, habiendo dicho que esta verificación anual puede no ser la mejor relación calidad-precio. Se conviene en que las validaciones de 2 a 3 años dan apoyo financiero y de apoyo a los países para demostrar logros reales más allá de un número de casos.

53. Nuevos avances para alcanzar la eliminación

Sobre la base de las lecciones aprendidas durante los últimos 3 años de EMMIE, así como de los importantes logros en los países, pero también las brechas aún por completar para lograr la meta de eliminación; el MCR en conjunto con los socios en la región, el FM, BID, OPS y CHAI propone integrar los 6 millones de dólares de recursos disponibles para continuar hacia el mismo objetivo que se estableció con EMMIE en 2014. El objetivo de lograr "0 casos autóctonos para 2020" y la Eliminación de la malaria como compromiso político en toda la región. En cuanto a las metas y la visión, el programa continúa avanzando hacia estos ambiciosos logros, la diferencia significativa para esta próxima etapa se basa de un análisis de necesidades regionales para lograr la eliminación y traer a socios claves técnicos y financieros y los países a la mesa todos enfocados hacia este objetivo común.

La propuesta presentada para la revisión del PRT se basa en la importante labor del modelo de financiamiento basado en resultados (RBF, por sus siglas en inglés) y la integración tanto política como estratégica del Ministerio de Salud, Ministerios de Finanzas y otros socios claves en cada país de la región hacia la eliminación; la cual se centrará en 5 grandes principios:

54. Apuntar al objetivo programático de alta prioridad de acelerar la eliminación de la malaria en Centroamérica y la República Dominicana mediante el cierre de la brecha técnica y financiera para apoyar y ejecutar planes nacionales y continuar fomentando el intercambio regional, las lecciones y el gasto. (Haití seguirá siendo parte del proyecto en términos de discusiones regionales y coordinación por medio de los socios en el país, pero con los recursos de donantes bi-laterales de Malaria no more y el FM. Haití sigue con su compromiso de lograr la eliminación, pero no se integrará en el esquema de financiación del Fondo-Facility). The request for PARRA includes annual validation for Malaria results for Haiti.
55. Llevar a todos los socios y donantes de la región a alinearse con un enfoque innovador y asegurar una mayor apropiación por parte del país y liderazgo político.
56. Apalancamiento de los recursos por medio de recursos nacionales, nuevos o existentes préstamos, proporcionado por el Banco interamericano de desarrollo (37,1 millones de dólares) y de los fondos de los donantes en el Fondo, lo que redundará en mayores compromisos y en el fortalecimiento de la capacidad para asegurar la sostenibilidad de la respuesta.
57. Oportunidad de alinear aún más la estrategia de la eliminación de malaria en la región, uniendo los socios del Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud en el país, así como los donantes / financiadores y asesores e implementadores de asistencia técnica.
58. Aprovechar las lecciones aprendidas de EMMIE y trabajar con los países para acelerar y catalizar aún más los objetivos ambiciosos pero alcanzables para la eliminación de la malaria y asegurar mayores recursos hacia la misma.

Para ello, el MCR propone que los seis millones de dólares disponibles a través de FM se integren en la propuesta más amplia de la *Iniciativa para la Eliminación de la Malaria de Centroamérica y el Caribe (IREM)* para desarrollar los esfuerzos y resultados logrados por el Proyecto EMMIE, los Países y la OPS hasta la fecha. El BID será el "*Financial Intermediary Institution*" que administrará de los recursos del Fondo Mundial en el Fondo junto a los recursos de la Fundación Gates, siguiendo los Términos y Condiciones de la Fondo y Guía Operativa de la Fondo. El BID trabajará en estrecha coordinación y colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Clinton Health Access Initiative (CHAI), Fundación Gates, y otros socios tanto técnicos como financieros en la región. Ellos cumplirían con el rol de "Institución Intermediaria Financiera".

Esta iniciativa incluye el Mecanismo o Fondo de Eliminación de la Malaria - *Facilty* (MEF, por sus siglas en inglés) propuesto por el BID para cubrir las deficiencias financieras y operacionales en la implementación de las intervenciones técnicas ya reflejadas en los planes regionales y nacionales en Centroamérica y República Dominicana que permita acelerar los progresos hacia la eliminación de la malaria 2020.

Esta propuesta se basa en las recomendaciones y el compromiso de los Ministros de Salud al 55º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de aprobar un plan para eliminar la malaria para 2020 y el plan regional de eliminación de la malaria 2016-2020. Al adoptar este plan, la región se compromete a intensificar los esfuerzos para hacer frente a la enfermedad, especialmente con esfuerzos intensificados centrados en poblaciones y grupos vulnerables. También se basará en los planes de acción nacionales de eliminación de cada país.

Los recursos se utilizarán en un mecanismo de financiación mixta (que incluye \$6 millones del FG y \$30,3 millones de Gates) combinando con recursos de los países (en forma de contribuciones adicionales financieras, nuevos préstamos o cartera existente del BID). Esto asegurará una financiación adicional por parte de los países como condición para acceder al financiamiento de donantes para la eliminación de la malaria. El Fondo de financiamiento (facility) incluye un esquema de financiamiento basado en resultados que condicionaría parte de la financiación al logro de los resultados clave para la eliminación de la malaria. El período inicial propuesto es de cinco años (2018-2022), incluyendo Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Panamá. Se estima que la OPS continuará proporcionando asistencia técnica estratégica y orientación a los países. Otros socios ya trabajando en el terreno como CHAI proporcionarán apoyo operacional a los países para implementar el paquete de intervenciones más costo-efectivo.

Meta y Objetivos

La Iniciativa para la Eliminación de la Malaria de Centroamérica y República Dominicana tiene como meta:

Lograr la eliminación de la malaria de manera sostenible en Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Panamá al 2020.

La iniciativa tiene 6 objetivos:

59. Demostrar el efecto positivo de la iniciativa de financiamiento para la eliminación de la malaria ya sea para otras áreas geográficas u otras enfermedades en Centroamérica y República Dominicana.
60. Fortalecer el marco regulador y normativo para la eliminación de la malaria, actualizando las políticas y guías nacionales para incluir nuevas estrategias y herramientas para la eliminación de la malaria y la prevención de reintroducción en ocho países, basadas en evidencia, para el año 5.
61. Contribuir con el aumento de la financiación doméstica como parte de los presupuestos nacionales para la eliminación de la malaria y la prevención de su reintroducción, mediante recursos nacionales, prestamos nuevos o existentes e incentivos financieros que se proporcionarán a través de una "modalidad de financiación basada en los resultados" en ocho países, para el año 5.

62. Fortalecer los procesos de planificación e implementación de los programas de malaria a nivel nacional, para mejorar la calidad de los sistemas de salud, el manejo de los casos, el control de vectores y la logística para la eliminación de la malaria, en ocho países, para el año 5.
63. Fortalecer los sistemas de vigilancia y aseguramiento de la calidad de los datos para la eliminación de la malaria en ocho países, para el año 3.
64. Facilitar el impacto colectivo a través de la alineación de la cooperación técnica y financiera entre los socios a nivel regional y de los países de acuerdo con las necesidades del país.

Método de Implementación

El liderazgo y la apropiación de los países es una necesidad para que esta Iniciativa sea exitosa, el BID trabajará con los países para generar un ímpetu regional y un benchmarking entre los países. La Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF), el Fondo Mundial (GF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y ocho países de Centroamérica y República Dominicana (CC) son los socios contribuyentes a la iniciativa:

65. El BMGF y el GF proporcionarán fondos de donación directamente al Fondo, el cual será administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
66. Los países tendrán operaciones que serán financiadas a través de préstamos nuevos o existentes del BID o por medio de asignación de su presupuesto nacional.
67. El BID brinda apoyo directo, conocimientos técnicos y sistemas de gestión para asegurar la colaboración, la implementación de la calidad, la transparencia, la coherencia técnica, la gestión a resultados y la rendición de cuentas.

The Bank will work in association with: i) an Operational Committee ii) Regional entities for policy dialogue and coordination; iii) technical assistance and cooperation partners; and, iv) 8 countries of the region to ensure the functional operation and implementation of the Initiative. Se espera que el compromiso con las autoridades de los países al más alto nivel genere el apoyo necesario que se evidenciará a través de su propia contribución al objetivo de la Fondo e incorporado en las operaciones individuales.

Las intervenciones basadas en la evidencia deben adaptarse al contexto específico, la dinámica de los países y la intensidad de la transmisión. Aceleración considera esfuerzos limitados en el tiempo para lograr cobertura universal en la prevención y manejo de casos de malaria, mejorar la sensibilidad y especificidad de los sistemas de vigilancia, reducir la transmisión de la malaria a niveles Casos idóneos, gestión de focos y seguimiento (OMS 2017). Además de la Teoría de la Eliminación de la Malaria del Cambio, es importante hacer explícita la teoría del cambio del Fondo considerando la complejidad y diversidad de los actores implicados. El BID propone que este Fondo adopte y adapte el marco de Impacto Colectivo (IC). El Impacto Colectivo (IC) es un marco conceptual y un enfoque para problemas sociales complejos, publicado por primera vez en la Revista de Innovación Social de Stanford en 2011 (Kania y Kramer 2011). Este enfoque se basa en la creencia de que la única manera de resolver problemas sociales complejos es a través de la combinación de acciones de múltiples actores y socios. Por lo tanto, se necesita un enfoque que va más allá de la colaboración o cooperación.

El impacto Colectivo incorpora cinco elementos clave: una agenda común; un sistema de gestión compartida; la comunicación continua, las actividades que se refuerzan mutuamente, y una organización de la columna vertebral. El apoyo para apoyar el plan para acelerar la eliminar la malaria en los países participantes ofrece tres beneficios potenciales. En primer lugar, sirve como una demostración (si se logra sus objetivos) para otras áreas del mundo que la eliminación de la malaria es de hecho posible. En segundo lugar, ayuda a fortalecer los sistemas de salud en la región, ya que pone a prueba su capacidad regional de coordinación frente a problemas de salud comunes y compartidos. Y tercero, compartir las mejores prácticas para un mecanismo regional que podría adaptarse a otras enfermedades transmitidas por vectores de alta prioridad (dengue, Zika, Chikungunya) en Mesoamérica y la República Dominicana.

La demostración de una exitosa eliminación regional aumentará la confianza de los donantes y los países endémicos, generará ímpetu (tanto a nivel global como dentro del hemisferio) y proporcionará

lecciones vitales para abordar los desafíos técnicos, operativos, financieros y políticos en otras regiones. Por el contrario, el incumplimiento de los objetivos regionales de eliminación en América Central y el Caribe amenaza con frenar el impulso y alimentar las dudas sobre la viabilidad del esfuerzo mundial de eliminación del paludismo.

La propuesta del Fondo (facility) abordaría algunos de los siguientes desafíos financieros y estructurales para lograr y acelerar la eliminación en la región:

68. y dado las frecuentes transiciones políticas, existe un alto riesgo de que la financiación de la malaria interna pueda ser interrumpida y un riesgo de la paradoja del éxito: Y disminución de la visibilidad de la malaria aumenta el riesgo de que los gobiernos reduzcan la financiación justo cuando sea más necesario para terminar el trabajo (Cohen et al., 2012),
69. ayudar a llenar la brecha de financiación más allá de los compromisos de financiación existentes de los países y donantes. De aproximadamente 70 millones de dólares necesarios para lograr y sostener la eliminación de la malaria en el período 2018-2022 en Centroamérica),
70. priorizar los gastos donde sea necesario para su eliminación; Se requerirá el gasto en actividades específicas en áreas focales de transmisión; Y
71. reforzar el compromiso regional ya que la eliminación requiere un esfuerzo coordinado a nivel regional dentro y fuera de las fronteras nacionales, que se basa en el compromiso político continuo. La importación entre países se reducirá y el éxito de cada país reforzará el de sus vecinos.

El compromiso individual de cada país se verá reforzado por la responsabilidad mutua y la garantía de que los países vecinos cuentan con los recursos, la capacidad y el compromiso necesarios para abordar las cuestiones transfronterizas y lograr la eliminación en sus propios países. La situación actual presenta una oportunidad única para acelerar el progreso de la eliminación de la malaria en los países de Mesoamérica hacia 2022, complementando el trabajo que han realizado los países hasta ahora respaldados por la OPS, el Fondo Mundial y otros socios. Durante un período de cinco años (2018-2022), la iniciativa procurará acelerar el progreso hacia la eliminación de la malaria para 2020 en estos países a través de un mecanismo de financiamiento basado en resultados, un instrumento de financiamiento combinado con nueva financiación a través de donaciones y préstamos nuevos o reorientados del BID existentes o presupuestos nacionales.

La institución administrará un acuerdo contractual de plazos y metas de resultado para la eliminación de la malaria. Los Ministerios de Salud recibirán fondos de adjudicación sólo cuando se hayan alcanzado los objetivos previamente acordados, lo que se verificará externamente en momentos específicos. También se prestaría asistencia técnica directa a los países para ayudar a reducir las deficiencias técnicas y de gestión necesarias para lograr resultados. La asistencia técnica no sólo ayudaría a los países a mejorar las estrategias, instrumentos o instrumentos necesarios para reforzar la eficacia de los programas de malaria e integrar la vigilancia y el tratamiento de la malaria en la prestación de servicios de salud, sino también mejorar las prácticas de gestión de programas, fortalecimiento del sistema a nivel central, sub-nacional y local. La asistencia técnica se centrará en proporcionar intervenciones basadas en la evidencia, junto con innovaciones prometedoras, para eliminar la malaria.

El Fondo (facility) también dependerá de un enfoque regional, una mejora de la calidad y cultura de aprendizaje, y asistencia técnica centrada en los resultados para acelerar el progreso hacia la eliminación. Estos componentes se basan en las lecciones de la Iniciativa Salud Mesoamérica (El Bcheraoui et al., 2017) y el proyecto de EMMIE.

72. Innovaciones ⁸

IREM proporcionará un terreno fértil para probar nuevas intervenciones y enfoques operativos para erradicar la malaria. En los últimos años, se han desarrollado diferentes innovaciones para la vigilancia, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria, aunque muchas no se han utilizado en programas a gran escala. Por ejemplo, las pruebas de diagnóstico rápido, incluidas las

⁸ Se debería estimar un presupuesto para introducir innovaciones. La actual propuesta financiera no incluye ninguno en este momento.

de mayor sensibilidad a medida que pasen a estar disponibles; la presentación de datos basada en teléfonos móviles, que permite una precisión y puntualidad mejorada de los datos, así como las geo coordenadas, que permitirán una precisión mucho mayor al apuntar las intervenciones contra la malaria allí donde se necesitan (Tatem et al. 2009); sistemas de información sanitaria individual mejorados (p.ej., DHIS 2) que están siendo refinados y mejorados por medio de otras inversiones potenciales de la BMGF con CHAI y otros y que ayudarán a mejorar el actual análisis de datos proveniente de diferentes fuentes; nuevas herramientas de control de vectores, incluyendo hamacas tratadas con insecticida (disponibles actualmente), así como potencialmente pilotables como cebos atractivos de azúcar tóxico y repelentes espaciales; nuevos métodos para medir la malaria para su eliminación (Hay, Smith, and Snow 2008); y muchos otros.

El testeo de nuevos enfoques a escala resulta desafiante y requiere una articulación específica de conocimientos. Por un lado, se necesita una relación de confianza para que los Ministerios de Salud implementen nuevos enfoques. Por otro lado, se necesita un profundo conocimiento operativo y administrativo para garantizar que se implementan los procesos con estándares de calidad elevados. CHAI y el BID tienen amplia experiencia en la implementación y evaluación de innovaciones⁹.

Asistencia técnica y enfoque técnico (AT)¹⁰

La asistencia técnica se proporcionará sobre los esfuerzos y resultados existentes logrados por los países y la OPS hasta la fecha. El BID trabajará en estrecha coordinación y colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Clinton Health Access Initiative (CHAI) para alinear y facilitar orientación técnica a medida y apoyo operativo (considerado AT) a los países y a nivel regional. Mediante este mecanismo, la OPS seguirá proporcionando asistencia técnica estratégica y orientación a países, mientras que otras agencias como CHAI proporcionarán apoyo operativo a países para implementar el paquete de intervenciones estrechamente ligadas con costo efectividad. Los esfuerzos de asistencia técnica se centrarán en fortalecer la gestión de casos, los sistemas de vigilancia pasiva, la vigilancia y búsqueda activa, la investigación de focos, y el control de vectores.

Las funciones fundamentales de la OPS incluyen proporcionar apoyo a países en asuntos críticos para la salud, conformar la agenda de investigación, apoyar el establecimiento de normas y estándares, y promocionar su implementación, articulando opciones de políticas con base empírica y monitoreando la situación sanitaria y la evaluación de tendencias (PAHO 2014). La OPS ha establecido un Plan de Acción para 2016-2020 (PAHO 2016b) para continuar con los avances de la Región hacia la eliminación de la transmisión local de la malaria e impedir el rebrote de la enfermedad. Los objetivos propuestos incluyen reducir la morbilidad de la malaria en un 40% o más; reducir las muertes relacionadas con la malaria en un 40% o más; implementar esfuerzos para eliminar la malaria en 18 de los 21 países endémicos; implementar enfoques innovadores para abordar los desafíos en los países con avances limitados; e impedir el rebrote de la malaria en países declarados libres de malaria (PAHO 2016b).

Para lograr estos objetivos, se han establecidos cinco líneas de actuación: 1) acceso universal a las intervenciones de prevención de la malaria, gestión integrada de los vectores, y diagnóstico y tratamiento de la malaria; 2) vigilancia reforzada en favor de la toma de decisiones y respuestas con base empírica; 3) fortalecimiento de los sistemas sanitarios, planificación estratégica, monitorización y evaluación, investigación operativa, y establecimiento de capacidades a nivel de países; 4) asesoría estratégica, comunicaciones y alianzas estratégicas y colaboraciones; y 5) esfuerzos y enfoques a medida centrados para facilitar la eliminación de la malaria e impedir su rebrote en áreas libres de malaria. Como parte de estos esfuerzos, la OPS ha apoyado a países en Mesoamérica y en la República Dominicana a desarrollar planes nacionales para la eliminación de la malaria. (PAHO 2016b).

⁹ Innovaciones implementadas por el BID a través de ISM, tales como el estudio de redes sociales para el cambio de comportamientos realizado en colaboración con la Universidad de Yale en Honduras (Shakya et al. 2017), la evaluación de vouchers de transporte implementados en Nicaragua y Honduras, un estudio de sistemas de incentivos para equipos sanitarios comunitarios en El Salvador, y un fondo de innovación de calidad para la mejora de la calidad implementado en Belice, entre otras innovaciones.

¹⁰ Las principales aportaciones de esta sección vienen de la CHAI, así como de información de la OPS.

El programa mundial de CHAI contra la malaria, que apoya programas contra la malaria en más de 20 países alrededor del mundo, tiene un modelo fundamental de apoyo operativo día a día a programas contra la malaria en sus países de enfoque estableciendo fuertes relaciones a lo largo de años de compromiso para convertirse en un socio importante. CHAI se enfoca en trabajar con los programas contra la malaria para elaboren planes estratégicos con base empírica y adaptados al contexto; que ejecuten operaciones eficaces y eficientes en su día a día; que fortalezcan el alcance y la precisión de la inteligencia sobre la situación de la malaria; y que mejoren los objetivos de las intervenciones para maximizar el impacto a pesar de los recursos limitados. Durante los tres últimos años, CHAI ha evaluado el estado de los programas de malaria en los países de la región y ha identificado brechas para proveer apoyo. Este trabajo los ha llevado a identificar potencial en la vigilancia y la respuesta dirigida para acelerar más el avance de los programas de eliminación en América Central.

CHAI está proporcionando AT actualmente en Belize, Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Panamá y la República Dominicana. Los países de enfoque focal incluyen Guatemala, Panamá y Honduras, donde se proporciona asistencia día a día a nivel nacional y sub-nacional. El apoyo sub-nacional de CHAI se prioriza en el área de mayor riesgo de cada país de enfoque. En los países de enfoque, CHAI está trabajando estrechamente con gestores de programa para analizar datos de vigilancia, completar investigaciones de focos, capacitar equipos de intervención, gestionar campañas, y monitorizar y evaluar los avances.

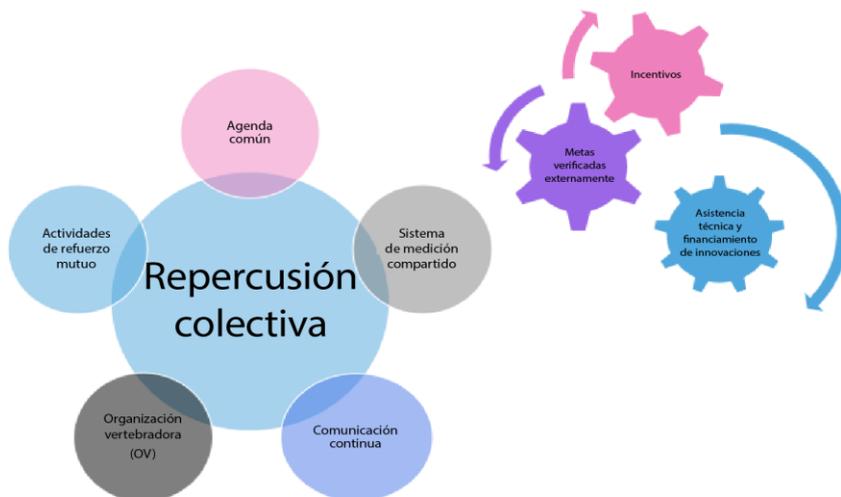
CHAI ayuda a los programas a crear directrices mejoradas de vigilancia y manuales operativos mejorados, a adoptar nuevos enfoques, formar y supervisar al personal y resolver problemas técnicos según van apareciendo. La asistencia técnica, proporcionada tanto a nivel nacional como local en regiones endémicas, resulta necesaria porque los equipos provinciales contra la malaria tienen una considerable autonomía para gestionar a los trabajadores sanitarios en puntos de prueba, para investigar focos de transmisión de la malaria, y para determinar exactamente dónde y cuándo implementar intervenciones. Esta naturaleza descentralizada de los programas contra la malaria requiere de asistencia técnica y apoyo de gestión a los equipos directamente responsables de la toma de decisiones y de la implementación de las actividades de eliminación en áreas de alta prioridad. CHAI recibe financiamiento por medio de la Fundación Gates y es parte de la contrapartida ya reflejada en el presupuesto de aportes hasta el 2020.

La teoría del cambio aplicada al RMEI: Planificación, evaluación y sinergias

Además de la Teoría del Cambio para la Eliminación de la Malaria, es importante formular una teoría del cambio aplicada al Mecanismo, que tenga en cuenta la complejidad y la diversidad de las partes interesadas implicadas. El BID propone que este mecanismo adopte y adapte el marco del «impacto colectivo» (IC; véase la figura 2). Se trata de un marco conceptual y un enfoque para abordar problemas sociales complejos, publicado por primera vez en *Stanford Social Innovation Review* en 2011 (Kania and Kramer 2011). Este innovador enfoque se basa en la convicción de que la única manera de resolver problemas sociales complejos es mediante la combinación de diversos asociados. Dicho de otro modo, ningún gobierno, ministerio, organización, donante, programa o empresa por sí solo puede atajar la causa raíz de estos problemas complejos.

Por lo tanto, se necesita un enfoque que vaya más allá de la colaboración o la cooperación. El IC se articula en torno a cinco elementos clave: una agenda común; un sistema de gestión compartido; la comunicación continua; actividades de refuerzo mutuo; y una organización vertebradora. Partiendo de la experiencia de la *Iniciativa Salud Mesoamérica* (ISM; véase el anexo B), la teoría del cambio propuesta para el Mecanismo de la Iniciativa de Eliminación de la Malaria en Centroamérica y el Caribe (IREM) integra los cinco elementos del IC, junto a tres mecanismos clave para acelerar el cambio: incentivos, metas de verificación externa, y asistencia técnica y financiamiento para las innovaciones.

Figura 6. La teoría del cambio aplicada al Mecanismo



En el marco de la IREM, figura en la agenda común la eliminación de la malaria en Centroamérica y la República Dominicana, según los planes nacionales en cuya elaboración ha participado la OPS. Todas las partes interesadas deben coincidir en esta agenda a fin de alcanzar el objetivo. Conjuntamente, las partes interesadas desarrollarán planes operativos y presupuestos para coordinar actividades que se refuerzan mutuamente para alcanzar el objetivo a través de estrategias y actividades adaptadas al ámbito local. El financiamiento incluye préstamos y financiamiento nacionales, financiamiento para proyectos y para asistencia técnica.

Un mayor financiamiento contribuirá a cubrir las deficiencias en los fondos necesarios para lograr erradicar de forma sostenible la malaria en cada país. El financiamiento adicional ayudará a cubrir los costos requeridos en la recta final para la eliminación de la malaria. El instrumento de financiamiento mixto animará además a los países a ampliar el espacio fiscal en sus presupuestos nacionales para los fondos destinados a la eliminación de la malaria, así como a reforzar su compromiso con la sostenibilidad del financiamiento en el futuro.

Todos los planes deberían concentrarse primeramente en los resultados deseados y retroceder después para asegurarse de que se tengan en cuenta todas las actividades. Las actividades que se refuerzan mutuamente deberían basarse en pruebas, pero también deberían permitir ensayar intervenciones prometedoras cuando no haya pruebas suficientes. Para cada programa nacional y regional, se desarrollará una teoría del cambio específica y contextualizada en función de las características locales.

La teoría del cambio requiere contar con información del sistema de evaluación común y una comunicación continua, para analizar si todas las acciones llevadas a cabo por los asociados están logrando los cambios previstos. Este ciclo de planificación, acción, análisis y acción (aplicado también en procesos de mejora continua) es el que permite a los implicados detectar nuevas soluciones, estudiarlas y reproducirlas, descubriendo las mejores formas de lograr un cambio. Se utilizarán dos grandes tipos de datos: 1) datos para la verificación de metas; y 2) datos para un seguimiento regular. Los datos para la verificación de metas los proporcionará un tercero externo. Los datos para el seguimiento regular provendrán de los sistemas de información sanitaria habituales.

El BID y los países (MCR) se pondrán de acuerdo con respecto a las metas, el mecanismo de verificación y las definiciones de los indicadores, en coordinación con la OPS y la CHAI. Las metas tenderán tanto a la aceleración como a la sostenibilidad. Incluirán las medidas fundamentales y los indicadores requeridos por el proceso de certificación de la eliminación de la malaria que otorga la Organización Mundial de la Salud (WHO 2017), con el fin de garantizar que los países no solo luchen por reducir a cero el número de casos de aquí a 2020, sino que contribuyan también a crear —a través del refuerzo de los mecanismos de vigilancia y el establecimiento de políticas adecuadas— las condiciones necesarias para evitar que vuelva a aparecer el contagio.

Hay tres factores que contribuirán a acelerar el proceso de eliminación de la malaria. El primero de ellos, los incentivos, se utilizará en los ámbitos regional y nacional para impulsar un cambio, partiendo de la experiencia de la ISM. Se utilizarán tanto incentivos monetarios como de mejora de la reputación. Los incentivos nacionales promoverán cambios en los sistemas —desde las normas a los presupuestos, pasando por las acciones locales—, necesarios para acelerar (y mantener posteriormente) el cambio. El enfoque regional promoverá la evaluación comparativa, las economías de escala y la lucha contra la malaria desde una perspectiva regional. La competencia entre los países puede estimular más el comportamiento de los países y atraer la atención de las instancias decisorias superiores para que atajen rápidamente las restricciones los obstáculos. La compra conjunta a través de consejos regionales como el COMISCA (el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana) podría abaratar los precios y mejorar el abastecimiento rápido de insumos básicos (como pruebas rápidas y fármacos contra la malaria). Además, podrían favorecerse programas conjuntos de control de los vectores en áreas fronterizas y entre los trabajadores y las comunidades de dichas áreas. Podrían estudiarse incentivos innovadores en las fronteras y para organismos regionales (en caso de que un mínimo de tres países lograra reducir los casos a cero).

El segundo factor, las metas de verificación externa, haría responsables a las partes interesadas. Dado que será necesario verificar los resultados de manera externa e informar al público de ellos, el fuerte hincapié en el seguimiento y la evaluación motivará la transparencia.

Por último, la asistencia técnica (AT) y el financiamiento de innovaciones servirán de apoyo a los equipos nacionales y locales durante las actividades de planificación, ejecución y seguimiento. Se prestará asistencia técnica para diseñar y apoyar la ejecución de las intervenciones y apoyar y promover el desarrollo de capacidades de los Ministerios de Salud de los países participantes en los diferentes ámbitos del sistema: i) en el ámbito central, para reforzar las normas reguladoras y la adopción de políticas nacionales, el abastecimiento, la planificación, el seguimiento y la vigilancia; ii) en los ámbitos regionales, para el desarrollo de capacidades, la supervisión (y supresión de barreras) en los ámbitos de prestación de servicios; y iii) en el ámbito de las infraestructuras sanitarias, la red de laboratorios y la comunidad. La OPS continuará prestando asistencia a todos los países en el ámbito estratégico, especialmente en apoyo de los aspectos normativos, reglamentarios, de supervisión y políticos. CHAI ofrecerá ayuda operativa en los ámbitos local y regional para implantar y hacer un seguimiento de la prestación de servicios.

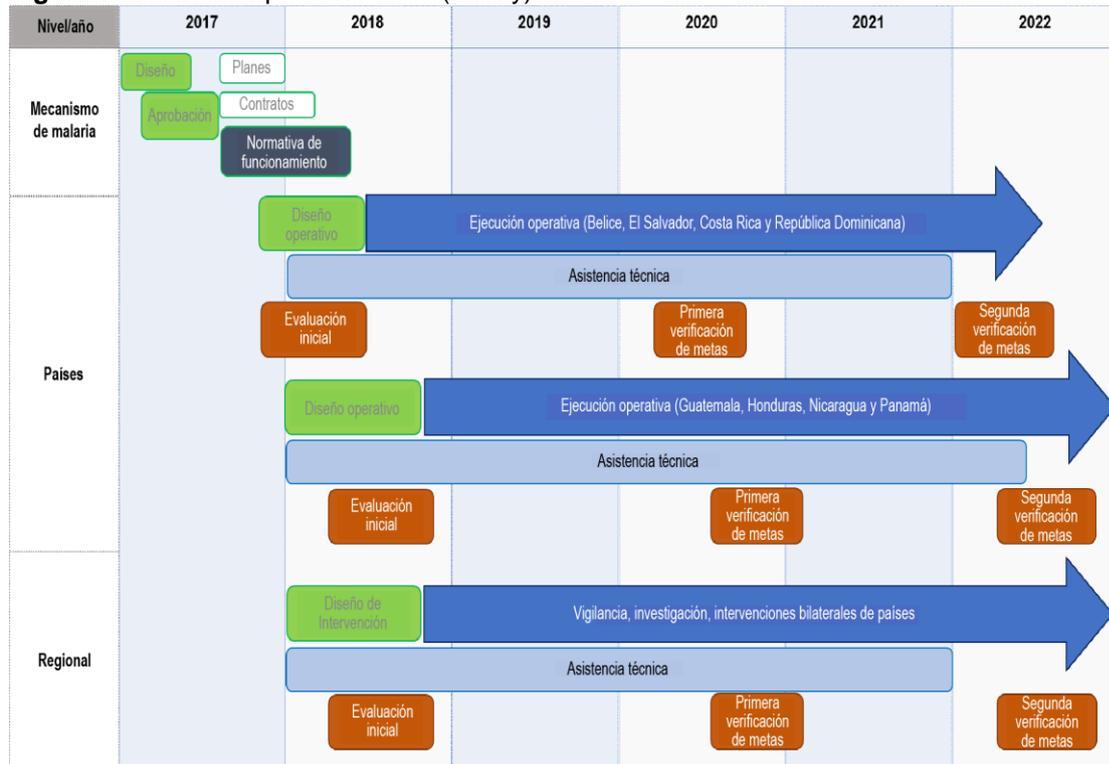
La AT debería concentrarse en la transferencia de conocimientos y competencias, y en reforzar la capacidad del Ministerio de Salud en los ámbitos nacional, subnacional y local, así como en comunidades localizadas. Los equipos responsables de brindar la AT deberían trabajar también en colaboración con otras partes interesadas del sector de salud que trabajen en temas relacionados con la eliminación de la malaria. Es importante que las decisiones que se tomen en relación con la AT se fundamenten en datos y base empírica. Además, es esencial que todas las actividades y productos se basen en las normas, políticas y estrategias del Ministerio de Salud, así como en las prácticas y estándares internacionales en vigor, y que cumplan con todos ellos. Dado que las áreas objetivo corresponden a poblaciones indígenas, las intervenciones deberán personalizarse y adaptarse culturalmente, cuando sea necesario.

73. Calendario de ejecución y próximos pasos

El calendario previsto para el Mecanismo (facility) se resume en la **figura 7** abajo. En 2017, las actividades se centrarán en la aprobación del Fondo (facility), la elaboración de planes de gestión del programa, el comienzo del proceso de armonización y colaboración con los beneficiarios subsidiarios CHAI (asistencia técnica) y la OPS (verificación de metas), así como la redacción y la firma, por todas las partes, de la normativa de funcionamiento de la RMEI.

A principios del 2018 se consagrará al diseño y aprobación de las operaciones, la aprobación de asociados y la asignación de fondos. Los acuerdos de asistencia técnica darán comienzo una vez que los países, el BID, CHAI y la OPS se hayan puesto de acuerdo sobre el enfoque, el ámbito de aplicación y los mecanismos operativos de apoyo a los Ministerios de Salud. Las mediciones iniciales —si fueran necesarias— tendrán lugar tan pronto como sea posible, una vez que los países hayan acordado el Marco de Desempeño con el BID (basado en el MD acordado ya con los socios).

Figura 7. Calendario para El Fondo (facility)



Es posible que sea necesario un acuerdo binacional para la región de Mosquitia (Honduras y Nicaragua), que armonice, coordine y desarrolle una intervención efectiva. La primera verificación en todos los países tendrá lugar el 3.º año (2020) y la medición final el 5.º año (2022). Se desarrollarán y consensuarán marcos regionales junto con el COMISCA y Proyecto Mesoamérica, a fin de promover en el ámbito regional políticas de salud, mecanismos de vigilancia y coordinación con otros sectores, dirigidos por el BID y la OPS.

Micro-planes

El proceso de los microplanes se construye sobre los planes estratégicos nacionales incluyendo acciones que cubran las brechas técnicas y financieras para la aceleración de eliminación de malaria.

Actualmente algunos de los países se encuentran en procesos de planificación para la eliminación de malaria. El BID trabajara con los Ministerios de Salud a través de los Jefes de Equipos el proceso para el desarrollo de los micro-plans en cada país. El BID con OPS y el apoyo operativo de CHAI desarrollaran el proceso metodológico y los instrumentos para facilitar la elaboración de los planes. En el proceso de elaboración se incluirá la participación del RCM. Los contenidos de micro-planes deben responder a las acciones que faciliten el logro de los indicadores de desempeño y metas que se acuerden con los países; que faciliten la elaboración de un sistema de monitoreo rutinario para valorar la ejecución; e incluir acciones programáticas acciones de fortalecimiento de sistemas como ciclo logísticos para disponibilidad de insumos, sistemas de mejora de la calidad, información y desarrollo de competencia de personal, etc.

Bajo el ciclo de preparación de operaciones bajo este Fondo se llevara a cabo entre enero del 2018 y agosto 2018 para los 8 países, esto incluye la preparación de los micro-planes. El ciclo de preparación de operaciones incluye llegar a un acuerdo sobre el marcos de resultados y desempeño; diseño de intervenciones, productos e hitos; arreglos de implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento; definición de planes financieros, adquisiciones; matriz de riesgo; entre otros. Esto se consolida en un Plan de Ejecución Plurianual (PEP) que incluirá todas las acciones necesarias en cada país para acelerar la eliminación independientemente de la fuente de financiamiento. Esto es para asegurar que el país tiene en un solo instrumento todas las estrategias necesarias para lograr la eliminación, asegurando complementariedad, sinergias, alineación de asistencia técnica y

evitando duplicidades. Este instrumento es monitoreado en sus aspectos técnicos y financiero formalmente cada 3 meses por el Banco y el Ministerio de Salud, acompañado por OPS, RCM y CHAI.

Del micro-plan nacional se elaboran micro-planes locales por municipio, distrito, regiones u otros basados en el PEP. Cada municipio con prevalencia de malaria, en especial los focos tendrán una micro-planificación alineada con el PEP Nacional.

En las reuniones de RCM y de COMISCA el BID presenta avances, cuellos de botella, y soluciones para consideración del RCM en su rol de supervisión de esta propuesta y COMISCA en su rol rector de la salud a nivel regional.

Marco de evaluación y medición del desempeño de la Iniciativa

Se propone un marco de medición del desempeño de la Iniciativa que abarca lo siguiente, en base al enfoque de El Fondo Mundial para las propuestas regionales, aunque tomando en cuenta las particularidades de esta propuesta regional y la modalidad mediante el cual El Fondo Mundial se integra a la Iniciativa:

- 74. Marco de medición programática: para monitorear las medidas de seguimiento del plan de trabajo;
- 75. Marco de evaluación: para evaluar el alcance de los objetivos de la Iniciativa;

Cabe resaltar que existe una diferencia importante entre el marco de evaluación y medición del desempeño de la Iniciativa y el mecanismo de medición del desempeño de los países y sus respectivos marcos de desempeño, como base para la modalidad de financiamiento basado en resultados, sobre los cuales serán evaluados para determinar las mejoras en las áreas programáticas priorizadas y en base a ello, se otorgarán los incentivos. Dicho marco de desempeño por países será diseñado e implementado como parte de la Iniciativa misma, en colaboración con los socios técnicos y los países, como se describe en los objetivos y estrategias de la Iniciativa en la sección 2.

Marco de desempeño

- 76. Se incluye un indicador de impacto "personalizado" que permitirá medir el avance de la meta de la Iniciativa en los 8 países participantes;
- 77. No se incluyen indicadores de resultado ni de cobertura, dada la estructura de la propuesta, que no incluye la prestación de servicios directa; y la participación de El Fondo Mundial en la Iniciativa, que no requerirá de decisiones de desembolsos anuales;
- 78. Se incluyen 4 macro actividades clave de la Iniciativa, para las cuales se proponen hitos y criterios de finalización, que permitirán a la Secretaría del Fondo Mundial dar seguimiento periódicamente al progreso y participar en la implementación de la Iniciativa a nivel regional y de los países;

Marco de evaluación

El marco de evaluación se esquematiza en el anexo **XX**, formato estándar proporcionado por El Fondo Mundial para propuestas regionales.

Con el fin de evaluar el nivel de alcance de los objetivos de la Iniciativa, se propone la evaluación a medio término (después de año 3) y final (después de año 5), para documentar el nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos, en función de preguntas que podrían relacionarse con el éxito de la Iniciativa, identificando los principales conductores de los resultados obtenidos, ya sea a nivel colectivo o regional, como individual por país.

Dicha evaluación se enfocaría en métodos cualitativos, para describir los hallazgos que permitirían establecer la relación entre los resultados obtenidos a nivel de los países, en relación a los siguientes aspectos:

- 79. Marco regulatorio y de políticas nacionales
- 80. Modelo de financiamiento innovador e impacto colectivo
- 81. Financiamiento doméstico

82. Desempeño de los sistemas de vigilancia, calidad de los datos, manejo de casos y control vectorial

Utilizando como fuentes la documentación generada a través de la iniciativa, o existente a nivel de los países y en la región a través de los socios y cooperación técnica, incluidos los sistemas de información rutinarios y otras fuentes como estudios o evaluaciones realizadas fuera o dentro de la iniciativa, entrevistas a los actores clave y otros métodos.

Se han definido unas 6 preguntas para inicialmente guiar el alcance de la evaluación, sin embargo, otros elementos durante la planificación de la iniciativa podrían surgir para enriquecer el marco de evaluación:

83. Cuáles han sido los elementos conductores para la aceleración de la eliminación de la malaria en los niveles regulatorios, estratégicos y operativos en los países?
84. Puede una iniciativa bajo la modalidad de financiamiento basado en resultados, acelerar el progreso para la eliminación de la malaria a nivel regional?
85. De qué manera el abordaje de colaboración técnica entre socios e impacto colectivo ha contribuido a acelerar la eliminación de la malaria en la región?
86. Cuáles han sido los elementos conductores para las mejoras en el desempeño de los sistemas de vigilancia, la calidad de los datos, el manejo de los casos y el manejo integrado de vectores en los países participantes?
87. De qué manera la iniciativa ha contribuido a reducir las barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria, relacionadas a los derechos humanos y género que afectan a las poblaciones más vulnerables.

El diseño, implementación y los resultados estarían sujetos a la revisión del comité de socios (partnership committee) que se establece como parte de los arreglos de implementación del Fondo (facility).

Los resultados también serían compartidos con los países a través del MCR y COMISCA que participan en la implementación.

Los resultados de la evaluación a medio término, podrían ofrecer información clave para el Banco Interamericano de Desarrollo, como entidad financiera intermediaria para mejorar las estrategias que están siendo empleadas como parte del funcionamiento propio de la Iniciativa a nivel de los países y posiblemente reforzar los incentivos a elementos claves identificados como conductores de los resultados satisfactorios en cuanto al aceleramiento hacia la eliminación, relacionados a condiciones o circunstancias tanto colectivas como particulares.

Adicionalmente, los resultados permitirían informar a la cooperación técnica para hacer ajustes o mejoras a los planes de asistencia técnica. Los resultados finales, permitirían contar con evidencias para replicar este abordaje en otras enfermedades u otros países de la región.

Cabe resaltar que se solicita financiamiento adicional para cubrir los costos de esta evaluación, en la sección 5 (PAAR).

SECTION 3: OPERATIONALIZATION AND RISK MITIGATION

This section describes the planned implementation arrangements and foreseen risks for the proposed activities. Applicants are requested to **attach an Implementation Arrangements Map** (no template provided, please refer to the “Multicountry Funding Request Instructions” for more information).

3.1 Implementation arrangements summary

- a) Provide an overview of the proposed implementation arrangements and elaborate how these will assure successful implementation of the grant (please make reference to coordination at multicountry, and if applicable at Principal Recipient and Sub-recipients levels). Explain how the proposed implementation arrangements take into account the multicountry and catalytic nature of the investment.

- b) Explain how coordination among the participating stakeholders (PRs, SRs, RCM, ROs, CCMs, etc.) will be assured to deliver on the grant's objectives.
- c) Detail the oversight mechanism to be put in place and how other actors outside the RO/RCM/PR would be engaged in the grant oversight, especially representatives of key populations and people living with the disease(s).
- d) If the funding request is proposing to use existing implementation arrangements (current implementers of GF grants), discuss the strengths and weaknesses in the current system and explain what adjustments and improvements will be made.

[Applicant response, suggested max.2 page]

1. Arreglos de Ejecución

La propuesta es que el Fondo Mundial proporcione US \$ 6 millones a la Fondo para la Eliminación de Malaria (el "MEF" o "Fondo", facility), que es un fondo fiduciario de múltiples donantes administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo. El objetivo del Mecanismo propuesto será acelerar la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en áreas subnacionales prioritarias de alto riesgo de países de Centroamérica y República Dominicana mediante una fuerte vigilancia y una respuesta específica. El mecanismo propuesto armonizaría los esfuerzos de los donantes para generar beneficios directos duraderos y sostenidos para la población que vive en zonas endémicas de malaria. Las actividades contribuirían al Objetivo de Desarrollo Sostenible (SDG) 3.3, es decir, poner fin a la epidemia de paludismo, entre otras cosas para 2030 y SDG17 para fortalecer la movilización de recursos internos movilizando recursos financieros adicionales de múltiples fuentes.

El MEF ayudará a proporcionar recursos nacionales (por medio de recursos nacionales adicionales, prestamos nuevos o prestamos existentes) e incentivará a los países a cubrir las brechas financieras y operacionales pendientes sobre la implementación de intervenciones técnicas basadas en evidencia probadas ya reflejadas en los planes regionales y nacionales en Centroamérica y República Dominicana, así como innovaciones prometedoras.

Además de financiar las intervenciones necesarias, los países también requieren asistencia técnica y operativa y apoyo en actividades de medición y evaluación. Debido al patrón del mosquito transmisor de la enfermedad, también es necesaria la coordinación regional para armonizar los esfuerzos entre los países. Esta necesidad se estima en aproximadamente US \$ 18 millones, que serán proporcionados por el Banco a través de organizaciones especializadas en asistencia técnica y operativa. Por lo tanto, el apoyo financiero total necesario para acelerar la eliminación de la malaria en esta subregión se estima en 75 millones de dólares EE.UU. (véase el cuadro 1).¹¹

Estimated funding gap (US\$) for achieving malaria elimination from 2018-2022 by Country

	Total (000s)
Belize	650
Costa Rica	649
Dominican Rep.	3,650
El Salvador	650
Guatemala	14,054
Honduras	9,688
Nicaragua	13,000
Panama	7,125
Intervention need	49,467

El MEF ayudará a abordar algunos de los siguientes desafíos financieros y estructurales para lograr y sostener la eliminación en la región:

- Mantener la financiación interna considerando que los presupuestos de salud están bajo presión en toda la región y el alto riesgo de que la financiación de la malaria interna pueda ser interrumpida como resultado de la paradoja del éxito: la disminución de la carga de morbilidad y la disminución de la visibilidad del malaria aumenta el riesgo de que los gobiernos Reducir la financiación justo cuando se necesita más para terminar el trabajo (Cohen et al., 2012);

¹¹ Micro-planning analysis is currently being undertaken that may generate revised estimates.

- Ayudar a cubrir las brechas de financiamiento más allá de los compromisos de financiamiento de los países y donantes existentes para lograr y sostener la eliminación de la malaria en el período 2018-2022 en Centroamérica y República Dominicana;
- Priorizar el gasto donde sea necesario para la eliminación; Se requerirá el gasto en actividades específicas en áreas de foco de transmisión; y,
- Reforzar el compromiso regional, ya que la eliminación requiere un esfuerzo coordinado a nivel regional dentro y fuera de las fronteras nacionales, que se basa en el compromiso político continuo. La importación entre países se reducirá y el éxito de cada país reforzará la de sus vecinos.

2. Plan Financiamiento mixto

Las brechas financieras para eliminar malaria son heterogéneas entre países. El Fondo contribuirá con un porcentaje fijo de las brechas financieras estimadas para eliminar la malaria y evitar su reintroducción. Para acceder a los recursos MEF los países tendrán que aportar recursos adicionales, que puede consistir en cualquiera de las siguientes opciones o una combinación de ellas: i) nuevos préstamos; (ii) préstamos existentes o (iii) recursos adicionales del presupuesto nacional. Si los pagos por resultados de EMMIE son incluidos en los presupuestos nacionales estos también podrían ser considerados como recursos nacionales.

Cada operación cuenta con tres tramos de financiamiento: i) tramo de inversión financiada con los recursos nacional; ii) tramo de inversión financiada con fondos del MEF; y iii) el tramo del incentivo al desempeño financiado con fondos del MEF. Los fondos nacionales y los fondos de donación se hacen disponibles para ejecución una vez el país y el BID hayan firmado el contrato y se cumplan las condiciones de elegibilidad. El tramo del incentivo será desembolsado una vez se cumplan las metas a los 3 o a los 5 años.

Dado los montos de las brechas, la opción de obtener nuevos préstamos o usar préstamos existentes puede ser adecuada para 5 de los países (República Dominicana, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) mientras que los otros 3 países (Costa Rica, El Salvador y Belize) puede que sea factible movilizar recursos nacionales (basado en la experiencia del proyecto Salud Mesoamérica, y basado en la cartera existente y/o en programación). Sin embargo, todas las opciones estarán disponibles para todos los países elegibles y será decisión del país determinar la fuente de financiamiento que aportará los recursos nacionales para la eliminación de malaria> Este dialogo y decisión se determinará en el proceso de diseño y negociación de la operación.

La asignación de financiamiento propuesto se basa en: las brechas de financiamiento estimadas para lograr la eliminación, las donaciones disponibles al momento (posibles aportes al MEF); la experiencia de EMMIE; y la experiencia el Fondo de Salud de Mesoamérica (MHF) con medir resultados para otorgar pagos de desempeño.

Por lo tanto, operaciones individuales se financiarán de la siguiente manera: 65% de los recursos del país (a través de cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente); 22% por el MEF para las intervenciones y el restante 13% como pago por resultado.

The estimated concessionality of the overall financing may vary from 35% if the country uses its own resources to 43% if the financing includes an IDB investment loan (non-concessional countries), and to 61% if the financing includes an IDB loan to a country eligible (Nicaragua y Honduras) for concessional financing (Concessional OC). Furthermore, for every dollar invested by the country donors will contribute an additional US\$0.53 for the needed interventions and the leverage is almost US\$1 to US\$1 when technical and operational assistance, measurement and evaluations are taken into account.

Este último representará un importante incentivo para que los países alcancen metas acordadas

Table 10. Financial details for the operations by country, based on financing gaps identified for malaria elimination¹²

Country	Operation cost			Total operation cost
	Country (new, existing loans or national resources)	Non-reimbursable Investment tranche (MEF)	Non-reimbursable Performance tranche (MEF)	
	Financial gap for intervention			
	65%	22%	13%	100%
Costa Rica	486,633.75	162,211.25	97,326.75	746,171.75
Belize	487,500.00	162,500.00	97,500.00	747,500.00
Dominican Rep.	2,737,500.00	912,500.00	547,500.00	4,197,500.00
El Salvador	487,500.00	162,500.00	97,500.00	747,500.00
Guatemala	10,540,971.75	3,513,657.25	2,108,194.35	16,162,823.35
Honduras	7,266,317.25	2,422,105.75	1,453,263.45	11,141,686.45
Nicaragua	9,750,000.00	3,250,000.00	1,950,000.00	14,950,000.00
Panama	5,343,729.75	1,781,243.25	1,068,745.95	8,193,718.95
TOTAL	37,100,152.50	12,366,717.50	7,420,030.50	56,886,900.50

El MEF también financiará el apoyo a organizaciones especializadas para la asistencia técnica y operativa. Este último garantizará que los países podrán fortalecer sus conocimientos y capacidad para lograr la eliminación, en particular en los municipios de transmisión de la malaria, adoptando enfoques a nivel de todo el sistema para orientar a los países hacia la eliminación regional.

Ámbito geográfico: MEF eligible countries include Belize, Costa Rica, Dominican Republic, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua and Panama. Hispaniola is currently supported by the Malaria Zero Alliance that seeks to eliminate malaria from the Hispaniola by 2020, and which is concentrating efforts and resources on Haiti. The alliance has financing from Global Fund, and Bill and Melinda Gates Foundation. Haiti may be eligible for technical assistance from MEF to complement existing efforts

3. Operacionalización del IREM

Intervenciones

Dependiendo del contexto y de los planes regionales y nacionales actuales, las intervenciones ilustrativas a considerar incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- a) Detección completa, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y vigilancia robusta
- b) Vigilancia entomológica, movilización comunitaria y paquetes de control vectorial adaptados localmente
- c) Fortalecimiento del sistema de salud
- d) Innovaciones operacionales para mejorar o ampliar las intervenciones

Los organismos ejecutores de las operaciones en los países serán el Ministerio de Salud de cada país, lo cual es coherente con las actuales subvenciones del Fondo Mundial y se basará en los esfuerzos existentes y las lecciones aprendidas de EMMIE.

Ciclo del proyecto

El BID será responsable de las propuestas a ser financiadas por el MEF. El BID trabajará con los Ministerios de Salud a través de los Jefes de Equipos el proceso para el desarrollo de las

¹² Initial amounts are indicative and may be modified

operaciones a ser financiadas. El ciclo de preparación de operaciones bajo esta Fondo se llevara a cabo entre enero del 2018 y agosto 2018 para los 8 países; que incluye llegar a un acuerdo sobre el marcos de resultados y desempeño; diseño de intervenciones, productos e hitos; arreglos de implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento; definición de planes financieros, adquisiciones; matriz de riesgo; entre otros. En el proceso de elaboración de la operación se trabaja con los Ministerios y Secretaría de Salud a través de los programas nacionales de malaria y/o vectores o sus puntos focales

Los insumos para las operaciones se obtendrán de la agencia de contraparte de cada país beneficiario (Ministerio de Salud), así como mediante consultas con la OPS, CHAI, el MCR y otros interesados pertinentes con experiencia en malaria y establecerán las disposiciones necesarias. El proceso de programación brindará la oportunidad de involucrar a actores regionales como PM y el COMISCA para identificar actividades clave para financiar y reforzar el compromiso regional de eliminación.

Los recursos del Fondo y los de los gobiernos nacionales se utilizarán para financiar la parte de inversión de las operaciones, con desembolsos de acuerdo al calendario del proyecto acordado entre el BID y el país. Los tramos de rendimiento (incentivo-premios) se otorgarán al logro de objetivos verificados externamente. Habrá dos pagos de desempeño vinculados a dos mediciones de desempeño: la primera medición concluirá aproximadamente después de tres años de implementación del programa y la segunda medición concluirá al final de las operaciones. Se propone que el uso del incentivo sea discrecional con la única condición de ser utilizado en el sector de la salud para el área de malaria. Un evaluador independiente verificará los objetivos para informar sobre la decisión de desembolsar los dos tramos de rendimiento.

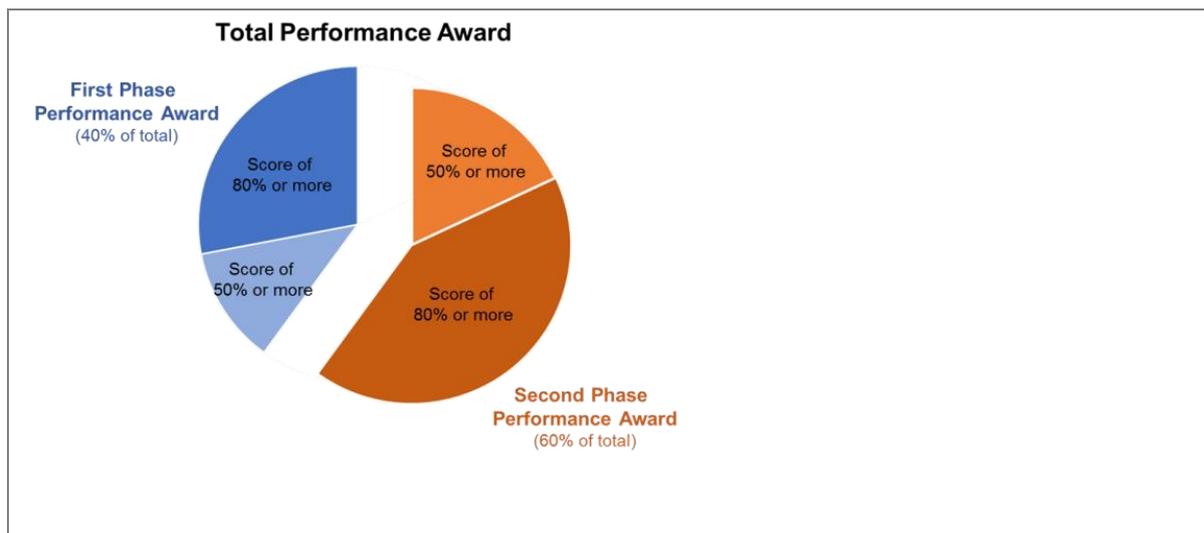
Las Reglas de Operación incluirán detalles sobre los métodos de verificación para evaluar el marco de desempeño propuesto, realizar la verificación de objetivos e informar los resultados al BID.

Mecanismo de incentivo

Se utilizará una combinación de los tramos de inversión, así como los tramos de desempeño (en los que los desembolsos se basarán en alcanzar los objetivos). Siendo ambos no reembolsables, ambos representan un incentivo. Cada operación incluirá un marco de resultados que describirá las metas a alcanzar que servirán para el pago de desempeño. El premio se otorgaría de acuerdo con dos umbrales de desempeño con incrementos progresivos de la cantidad de recompensa. Por ejemplo, los países que alcancen el 50% de los objetivos previamente acordados tendrían derecho al 30% del premio al desempeño, mientras que los que alcanzan el 80% de los objetivos tendrían derecho al 100% del premio al desempeño.

También se considerará la ponderación de indicadores y objetivos para incentivar objetivos clave, como llegar a cero casos de malaria. En la Figura 2 se muestra un ejemplo del mecanismo de recompensa. Se establecerá una metodología de establecimiento de objetivos teniendo en cuenta los datos cuantitativos y cualitativos disponibles, tales como las tendencias regionales / nacionales / sub-nacionales del malaria estudios de casos de eliminación del malaria en otros países, Sobre el impacto de las intervenciones contra el malaria y las experiencias de los asociados en la región, etc. Este ultimo se incluirá en las Reglas de Operacion.

Figure 7. Example of first- and second-phase award thresholds and allocations (based on lessons learned from EMMIE)



4. Construyendo sobre los esfuerzos existentes

El enfoque incluye la construcción de una agenda común, el intercambio de un sistema de gestión, la comunicación continua, las actividades de refuerzo mutuo y una organización central, en este caso el BID, para acelerar el cambio a través de incentivos, resultados verificados externamente y asistencia técnica y financiación para la innovación. Generará la circunstancia correcta de alcanzar la última milla en la eliminación de la malaria. Por esta razón, es importante que MEF se base en los esfuerzos existentes y evite duplicaciones, ya que el objetivo es completar la financiación de las intervenciones claves.

Compromiso regional

Este Fondo se basará en el trabajo que los países están llevando a cabo para eliminar la malaria. En el año 2016, el 55º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó un plan para acelerar la eliminación de la malaria hasta 2020, y los Ministros de Salud adoptaron este plan, comprometiéndose a intensificar los esfuerzos para controlar la enfermedad. Los países también han desarrollado, con el apoyo del Proyecto Mesoamérica y la OPS, planes de acción nacionales de eliminación y un Plan Estratégico Regional de Malaria elaborado por el MCR y aprobado por el COMISCA que armoniza la respuesta regional contra la malaria. En junio de 2017, durante la [XLVI](#) Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) los países participantes en la reunión firmaron una resolución por la cual reiteran su compromiso con la eliminación de la malaria y solicitaron al BID, OPS y FM cubrir la brecha de financiación para la eliminación de la malaria.

El diseño del MEF toma en consideración algunos de los elementos que han contribuido al éxito de Mesoamérica Health Facility (MHF) a saber el hecho de que MHF:

- i. adoptó una teoría flexible del cambio con metas claras mantenidas a través de la iniciativa;
- ii. alineados con las prioridades sanitarias nacionales y regionales y las han catalizado;
- iii. adoptaron estrategias de aplicación basadas en una multiplicidad de evaluaciones y destinadas a abordar los cuellos de botella específicos de cada uno de los países participantes;
- iv. promovió un enfoque regional que creó la presión de pares que impulsó el aprendizaje y el apoyo entre países, aumentó la eficiencia en el uso de la asistencia técnica entre países y permitió economías de escala, específicamente para los suministros;
- v. adoptó un modelo de gestión basada en los resultados con un sistema de incentivos que es muy apreciado por los países, ya que son libres de reinvertir los fondos otorgados como lo desean en el sector de la salud y el componente de medición responsabiliza a los involucrados, comparte riesgos y facilita transparencia.
- vi. La asistencia técnica apoya a la mejora de la calidad de los procesos y las capacidades;
- vii. Agilizar los procesos para acelerar el flujo financiero hacia los países

viii. Los resultados de monitoreo informan el diálogo regional activo y continuo

Hay una serie de actores involucrados en la eliminación de la malaria en la región, y el BID trabajará activamente con el MCR, la OPS, CHAI, USAID, FM, GATES, entre otros. Por ejemplo, CHAI recibió financiamiento de BMGF para proporcionar asistencia operativa y técnica; de manera similar, la OPS está financiada actualmente por USAID, FM y otras entidades para asistencia técnica. El compromiso con estas partes interesadas se hará a través del Comité Operativo con colaboración estrecha del COMISCA y el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) donde se integrarán potencialmente otros asociados, entre ellos países como México y Colombia que han apoyado la cooperación Sur-Sur durante EMMIE y podrían seguir desempeñando un papel en esta próxima etapa.

Coordinación y Consulta Regional

Dada la naturaleza regional de la malaria, es fundamental contar con socios regionales clave en la Iniciativa. La Entidad Regional rectora de la salud es el Consejo de Ministerios de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), el Mecanismo de Coordinación Regional (MCR) como comisión técnica del COMISCA encargada de la homologación de la respuesta regional para malaria (y TB y VIH) y del monitoreo del desempeño de la subvención, el Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) y los Ministerios de Hacienda que estarán informados de los avances y participarán del proceso de retroalimentación o aprobar y dar seguimiento a las acciones regionales. COMISCA y SMSP ayudarán a resolver los cuellos de botella durante la ejecución.

Gobernanza del Fondo y Roles de Socios

La Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF), el Fondo Mundial (GF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y siete países de América Central y República Dominicana (CC).

- El BMGF y el GF proporcionarán fondos de donación directamente al Fondo, el cual será administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Los países recibirán fondos a través de préstamos nuevos o existentes del BID o por medio de asignación de su presupuesto nacional.
- El BID brinda apoyo directo, conocimientos técnicos y sistemas de gestión para asegurar la colaboración, la implementación de la calidad, la transparencia, la coherencia técnica, la gestión a resultados y la rendición de cuentas.

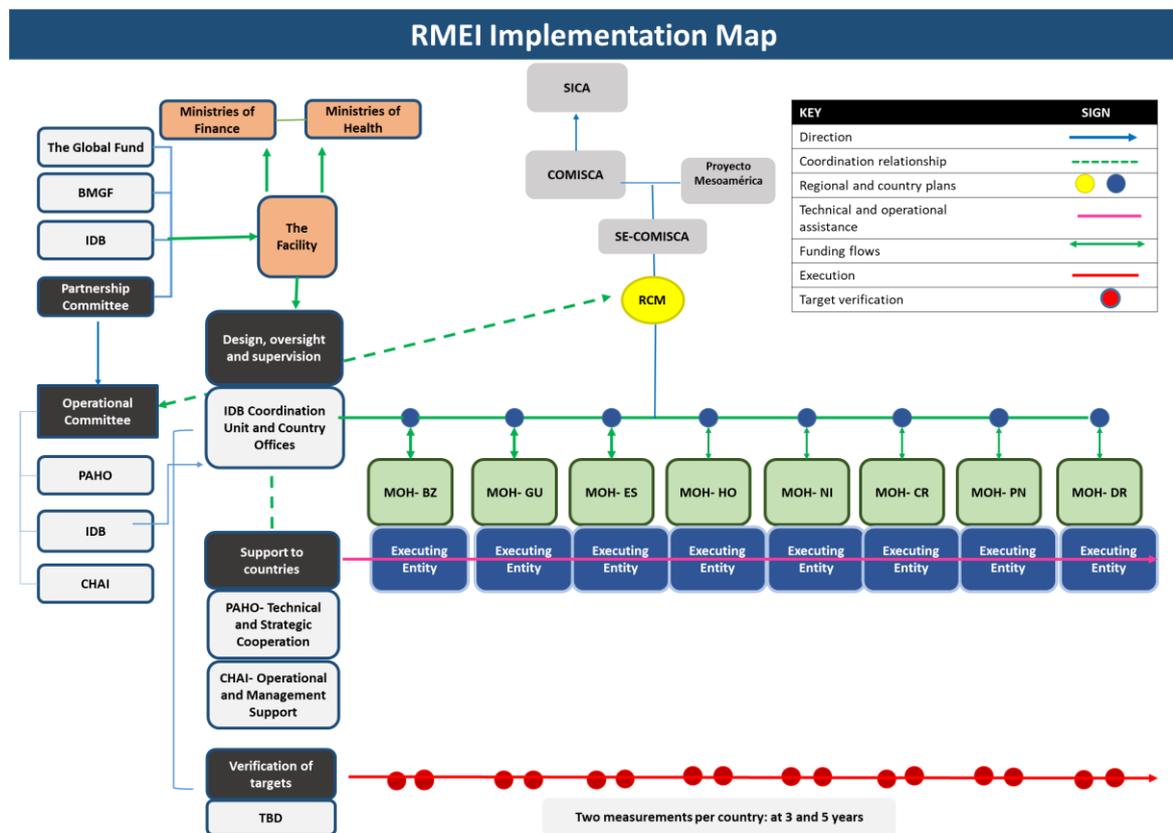
La gobernanza de la Fondo incluye dos entidades: 1) un Comité de Asociación, y 2) un Administrador del Fondo (facility). El Fondo (facility) trabajará en asociación con: i) un Comité Operativo ii) las entidades regionales para el diálogo y la coordinación de políticas; lii) asistencia técnica y socios de cooperación; Y, iv) 8 países de la región para asegurar el funcionamiento y la implementación de la Iniciativa (desde ahora "las Entidades Funcionales"). El Reglamento Operativo de la Fondo sería el documento que rige la Fondo y será aprobado después de la adjudicación. Los Términos y Condiciones de la Fondo describirán el papel del Comité de Asociación. El BID sería responsable de la creación de este documento y en una reunión de miembros del Comité de Asociación se confirmará su contenido y su aprobación definitiva. Este documento será el documento guía entre los miembros del Comité de Asociación.

El Comité de Asociación (CA) -Los miembros del CA incluyen el BMGF, el Fondo Mundial y el BID. Este comité aprueba los reglamentos operativos de la iniciativa (documento marco), los marcos de desempeño de los países y los planes y presupuestos plurianuales, las propuestas técnicas clave y los informes y planes anuales. El comité de asociación también aprueba todos los desembolsos del tramo de rendimiento basados en el informe de verificación independiente de los objetivos. Todos los miembros del comité de asociación tienen voz igual y las decisiones se tomarán por consenso. El presidente del comité de asociación se decidirá en el Reglamento Operativo. El Jefe de División del BID SPH representaría al BID en el PC.

El Administrador del Fondo (facility) – que para efectos del FM se denominará Entidad Financiera Intermedia, será el BID a través de una unidad de coordinación. El BID actuará como administrador técnico y financiero de la Fondo. En esta función, el BID, conjuntamente con los asociados, dirigirá

y administrará el diseño, la ejecución y el seguimiento de la iniciativa, incluido el diálogo político con los países. Dado que se trata de una iniciativa compleja con diversas partes interesadas, el BID facilitará la alineación de los socios y administrará contratos o sub-subsidencias. Por último, el BID será responsable de la administración y de los recursos de donaciones a través del Fondo y se encargará de todas las responsabilidades técnicas, fiduciarias y contractuales que acompañan a los países, donantes y asociados. Estos incluyen: i) negociar términos específicos del programa y acuerdos financieros con los gobiernos; ii) salvaguardar los aspectos técnicos y operacionales de la Fondo establecidos en los reglamentos operativos que se acordarán con el Comité de Asociación; iii) garantizar que la asistencia técnica se preste en forma oportuna, vinculada a las necesidades y planes operativos, y de manera integrada y coherente para evitar la duplicación o la fragmentación; iv) preparar y supervisar las operaciones; V) prestar apoyo financiero, fiduciario, administrativo y jurídico.

Figure 8. Partnership Relationships for RMEI



El mapa de implementación y la relación entre los socios, podrá ser definida durante el proceso de negociación de la propuesta de implementación.

Entidades funcionales - El Comité Operativo (OC). Los miembros del Comité Operativo incluyen el MCR (Estructura de monitoreo), la OPS, el BID y CHAI. La Unidad Coordinadora del BID representará al BID en el OC. El comité proporcionará apoyo continuo para las actividades programáticas basadas en la dirección estratégica basada en los acuerdos con el Comité de la Asociación. El Comité proporcionará orientación técnica a las propuestas nacionales y regionales, asistencia técnica y de cooperación estratégica basada en las necesidades. El BID presidirá el comité y será responsable de las comunicaciones formales con el comité de asociación, incluidos los requisitos de presentación de informes.

Equipo (s) de cooperación y asistencia técnica (AT) - Los países requieren asistencia técnica a nivel estratégico y operacional para alcanzar objetivos. Los acuerdos relativos a la asistencia técnica estratégica se alcanzarán mediante discusión con en el Comité Operativo. El BID será responsable de negociar la dirección estratégica con los países, y el BID será acompañado por la OPS a este nivel, dada su función y mandato. Para administrar esta línea, el BID administrará contratos y

/subvenciones. El BID podría, por ejemplo, establecer acuerdos con la OPS, CHAI y otros asociados para administrar una AT integrada y adaptada a los países (a nivel nacional y sub-nacional) y a nivel regional. Este enfoque aprovechará las fortalezas operacionales de CHAI y trabajará con la OPS para asegurar que los planes estratégicos se traduzcan en acciones locales. Durante la implementación, la OPS, el BID y CHAI ajustarán los planes de asistencia técnica conjuntamente con los países basándose en los avances de la implementación y las lecciones aprendidas en el camino.

Evaluador Independiente - Dado que se implementará un esquema de financiamiento basado en resultados, se necesitará un evaluador independiente para la verificación de objetivos para tomar la decisión de desembolsar el tramo de rendimiento. Esta función será cumplida por un tercero, seleccionado en base a las competencias y conocimientos técnicos requeridos para esta función. El BID otorgará una subvención o un contrato para la verificación de objetivos; El sub-adjudicatario / contratista propondría métodos de verificación para evaluar el marco de desempeño propuesto, realizar la verificación de objetivos e informar los resultados al BID. Actualmente se está evaluado el trabajo ya desarrollado por EMMIE con el fin de determinar si la validación y herramientas ya desarrolladas se pueden seguir acoplando para la utilización en esta próxima etapa.

Dentro del COMISCA, el **Mecanismo de Coordinación Regional (RCM)**, es una comisión técnica permanente de COMISCA, que se encarga de prestar asesoramiento técnico para malaria (y tuberculosis y el VIH) al Consejo de Ministros, así como de armonizar la respuesta regional a esta enfermedad. El Banco prepara los reportes del Fondo, incluyendo avances. El MCR participara en dar seguimiento, proporcionar insumos y traer las visiones de la sociedad civil y la retroalimentación de los países en el marco de los Mecanismos de coordinación de País

Los ejecutores y co-financiadores del programa son los Ministerios de Salud de los países - Los países ejecutarán los fondos asignados por el Fondo así como recursos nacionales de financiamiento I y financiamiento del FGEI BID y los países negociarán en el contexto de cada operación metas para el marco de desempeño, las teorías del cambio, las estrategias y actividades claves del programa y crearán planes operacionales -con base a los lineamientos de la Facilidad y en los Planes Estratégicos Nacionales y en el análisis de las brechas- para llevar a cabo estas acciones.

Los planes operacionales considerarán todos los recursos disponibles independientemente de la fuente para maximizar y hacer más eficiente su uso. Contando con el liderazgo del MSP, el comité operacional apoyará el proceso de planificación y asegurará que la financiación de la implementación esté totalmente alineada con las actividades de asistencia técnica proporcionadas. Los países serán responsables de la ejecución oportuna y de calidad del programa.

El BID y la OPS llevarán a cabo actividades de **diálogo político**. El diálogo político es una actividad crítica para garantizar la adhesión política al RMEI. El BID y la OPS compartirán liderazgo para esta actividad. Sin embargo, el BID es responsable de asegurar que el diálogo político a nivel de país y regional se lleve a cabo de manera oportuna y efectiva.

Table 11. Roles and Responsibilities

IDB	PAHO	CHAI	Project Mesoamerica and COMISCA¹³	RCM (Committee of COMISCA)
Role: Facility Administrator	Role: Policy Dialogue Leadership and Technical Cooperation Partner	Role: Operational Assistance Partner	Role: Regional Policy Dialogue Partner	Role: Regional Coordinating Mechanism (as part of the COMISCA'S Technical Committees)
Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities
<ol style="list-style-type: none"> 1. Safeguard the Operating Guidelines agreed to by the Partnership Committee 2. Lead and manage the design, execution, and monitoring of the operations, including political relationships with countries. 3. Ensure partner alignment and manage critical contracts/sub grantees 4. Coordinate policy dialogue with country partners (PAHO).. 5. Coordinates and oversees actions directly with countries through the IDB Team Leaders (TL), and 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provide technical advice, and strategic recommendations based on country needs. 2. Provide technical cooperation to countries following international standards 3. Support and advice in the design, implementation and monitoring of country operations. 4. Provide technical cooperation to achieve the collective objectives agreed in line with WHO/PAHO recommendations towards elimination of malaria in participating countries 5. Jointly with IDB, PAHO will generate policy awareness for Malaria Elimination in Central America and the Dominican Republic. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provide direct operational and management support to each country tailored to the specific challenges or gaps to achieve commonly agreed objectives towards malaria elimination. 2. Provide input and operational management advice on critical path to reach elimination within available funding. 3. Provide input and participate in the design, implementation and monitoring of country operations of this Initiative, including but not limited to support appropriate information technology 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jointly with IDB and PAHO, PM, COMISCA and SMSP will generate awareness for Malaria Elimination in Central America and the Dominican Republic to keep malaria elimination in the political regional agenda and advocate for financial commitment towards elimination and avoid reintroduction 2. Project Mesoamerica (PM) including the Council of Ministers of Central America (COMISCA) and the Mesoamerica n Public Health System (SMSP) will be informed 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Harmonizing the regional response to Malaria. 2. Follow-up the compliance of the COMISCA resolutions related to Malaria issues in Mesoamerica at regional and national level 3. Providing technical advice on the malaria situation in the sub region to the Council of Ministers 4. Participate in the preparation and monitoring of country operations 5. Jointly with IDB prepare the annual report for the SE-COMISCA to be shared in the annual ordinary meetings 6. Participate in regional learnings events 7. A través de su comisión de monitoreo

¹³ To be finally negotiated on September 2017 and contingent on Mexico and Colombia participation

IDB	PAHO	CHAI	Project Mesoamerica and COMISCA ¹³	RCM (Committee of COMISCA)
Role: Facility Administrator	Role: Policy Dialogue Leadership and Technical Cooperation Partner	Role: Operational Assistance Partner	Role: Regional Policy Dialogue Partner	Role: Regional Coordinating Mechanism (as part of the COMISCA'S Technical Committees)
Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities
<p>with PAHO and CHAI.</p> <p>6. Foster an operative and collaborative environment with partners to:</p> <p>i) negotiate the performance framework; ii) identify and assess the countries' technical, financial and operative gaps and coordinate the specific support the country needs; iii) follow-up on the financial, technical and operative progress and provide support to solve problems or issues as they arise; iv) organize country and regional knowledge exchanges; v) link the country approach to the regional</p>	<p>6. Support and advice countries and partner agencies in emergencies and outbreaks</p> <p>7. Support and advice countries and partners during regular or urgent requests for procurement or acquisition or medicines and any other relevant commodities relevant to achieve the elimination of malaria.</p> <p>8. Collaborate in the analysis and dissemination of technical information related to malaria from participating countries</p> <p>9. Monitor the malaria situation as mandated by WHO</p>	<p>systems and improve visualization of data from routine systems for decision making; mapping of transmission foci and risks; if appropriate, to test some innovations before scaling them up.</p> <p>4. Facilitating the development of detailed microplans at different levels as required, involving all relevant partners, followed by the mapping of all available resources and identification of funding gaps.</p> <p>5. Align and adjust the technical assistance plans under CHAI with this Initiative and in line with the national needs</p>	<p>of progress at least twice a year</p> <p>3. PM, COMISCA and SMSP will track regional and country progress and support countries to resolve bottlenecks during execution.</p> <p>4. If a regional action is required, PM, COMISCA and SMSP will have an active role in planning, executing and monitoring regional activities.</p>	<p>estratégico, participará de las revisiones y análisis que realice el comité de asociados</p> <p>8. Promover el involucramiento de la Sociedad civil y los MCP's en la articulación de la respuesta regional</p>

IDB	PAHO	CHAI	Project Mesoamerica and COMISCA ¹³	RCM (Committee of COMISCA)
Role: Facility Administrator	Role: Policy Dialogue Leadership and Technical Cooperation Partner	Role: Operational Assistance Partner	Role: Regional Policy Dialogue Partner	Role: Regional Coordinating Mechanism (as part of the COMISCA'S Technical Committees)
Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities	Responsibilities
<p>and program approach to increase the probability of regional malaria elimination; and, vi) help countries to adopt and adapt tools and methods to sustain malaria elimination.</p> <p>7. Comply with reporting requirements</p>				

3.2. Key implementation risks

Using the table below, outline key risks foreseen in the proposed implementation plan, and outline the specific mitigation measures planned to address each of these challenges/risks to ensure effective performance in the given multicountry context.

Key Risk	Mitigating actions	Timeline
<p>Non-achievement of programmatic impact</p> <p>There is almost no risk of lowered impact as a result of entering into the proposed blended finance arrangement jointly with the IADB, Gates Foundation, and PAHO, when compared to alternatives such as a stand-alone Global Fund grant. The current allocation is only \$6 million across the whole region, down from \$10.2 million in the previous regional malaria elimination grant. Across the 8 priority countries, this investment would be ineffective given the small amounts: the proposal to finance malaria elimination with the IADB and the Gates Foundation, supported by technical assistance from the Pan American Health Organization and Clinton Foundation, and led by Ministries of Health in coordination with the RCM was overwhelming endorsed by technical and political actors in the region as being critical to achieve programmatic impact i.e. malaria elimination.</p> <p>The first Global Fund \$10.2 million regional grant designed to incentivize the Elimination of Malaria from Mesoamerica and the Island of Española (EMMIE) included seven countries in Central America, Haiti and the Dominican Republic- 3 of the participating countries have been projected by WHO as having the potential to eliminate malaria in 2020 (Costa Rica, Belize and El Salvador).The mid-term and final evaluations of this regional grant highlighted that while EMMIE has catalyzed much needed regional dialogue, establishing alignment in country strategies of malaria control towards sustainable malaria elimination in the region, the size of the grant itself was grossly insufficient to support or sustainably incentivize much needed large capital investments in malaria surveillance and control. It was further highlighted that given plateaus in case findings in countries with highest incidence, robust and comprehensive technical assistance in the form of short-term but intensive surveillance was required to understand specific drivers of malaria in these regions, in collaboration with the National Program.</p>	<p>This proposed model has a low risk of limited impact because by participating in this regional malaria initiative as an outcomes funder, the Global Fund will leverage approximately 9 times more funding for malaria--an additional \$56 million (inclusive of technical assistance, excluding operational costs) towards malaria elimination in the region. From knowledge transfer and epidemiological perspective, at least \$4.6 million from this facility--about 76% of the Global Fund's total envelop- will be invested by participating actors to provide targeted technical assistance to participating countries, something the Global Fund alone would not be able to provide.</p>	<p>Not Applicable</p>

<p>As noted, there is a general decline in funding for malaria for the region from the Global fund. In the current allocation cycle, the regional grant decreased from \$10.2 to \$6 million. Also, the 4 countries still eligible for direct GF country allocations for malaria saw envelopes decline by 30%. Epidemiologically, with overall decline in malaria over time, the pockets that are left are mobile populations in border regions with limited access to health services. Given this growing decline in direct malaria financing in the sub region as well as the epidemiological challenges at hand, a well-funded, coordinated regional response will be critical to at- the very minimum- to maintaining current gains, catalyzing increased domestic resources, needed to work towards regional malaria elimination.</p>		
<p>Political Commitment and Country Ownership There is limited risk of ineffective or absent country ownership under the proposed model due to two mitigating factors: a) Co-financing requirements and the structure of funding b) the Political process and governance structure, as embodied by the Regional Coordinating Mechanism (RCM).</p>	<p>Political Commitment: Based on detailed consultations on EMMIE’s results between the End Malaria Council, IDB, the Global Fund and PAHO, representatives from this group along with members of the Regional Coordinating Mechanism met with the Council of Ministers of Health of Central America (COMISCA) in June 2017 to discuss what the next version of the grant would look like, and how a blended finance facility could support the region’s goal to eliminate malaria. In response, the Council of Ministers provided a resolution of support to the facility, explicitly endorsing GF participation in the model; the \$6 million available from the Global Fund would drive an additional 56 million in direct country funding (in the form of new country financing, new or existing loans) and grant resources, including performance P/payment toward malaria elimination. It was based on this resounding support that the RCM and the Malaria team began working on the Concept Note jointly with malaria experts from PAHO, MOH of the region, civil society groups, IDB, and CHAI.</p> <p>Co-financing: Table 7 in the proposal details the size of financing gaps faced by country. Participating countries have demonstrated their commitment to this regional project by agreeing to tailored co-financing modalities wherein country</p>	<p>On-Going</p>

	<p>governments will invest national grant envelopes allocated by the Global Fund, Domestic health resources, and/or reprogram existing IDB loans to invest in with the key strategies jointly identified by the Facility and the National Strategic Plans. It is also key to note that financing from the facility as well the domestic contributions will be on budget. The purely domestic contributions (separate from GF grants) that will be provided separate from loans are detailed in Table 8.</p>	
<p>Debt sustainability There is a limited risk of adversely affecting countries' debt sustainability due to a) the offering under the Blended Finance facility, which does not require countries to take out new loans and b) Loans where given will be informed by Debt sustainability assessments.</p>	<p>Financial product offered by the Facility: The Blended Finance facility will not require participating countries to invest in new loan for malaria alone, this is one among three options provided in the case that countries cannot secure national domestic funding, or re-program existing non-performing loans. The IDB's role in the facility is not one of a loan provider alone, and its mandate includes the provision of direct support, technical expertise and management systems to ensure collaboration, quality implementation, transparency, technical coherence, management to results and accountability.</p> <p>In summary, pre-financing required to make needed investments can be funded fully or in part through a) national budgets b) re-programming of existing non-performing health sector loans or c) taking out a new loan, which in some cases would be concessional loans that the country would have applied for per IDB loan cycles. In addition, countries can use the award funding received from EMMIE to complete their counterpart for financing, which will reduce the need for new loans.</p> <p>Debt sustainability assessments as per the IMF Debt Sustainability Framework (DSF) methodology, done by the IDB and during separate IMF Article IV consultations made the following recommendations:</p> <p>Bolivia. The risk of debt distress for Bolivia continues to be assessed as "low" (Annex VIII).</p>	<p>From now to June 2018</p>

	<p>Costa Rica: No confirmed overall risk level assessment, ‘debt and gross financing needs approach the benchmarks for medium-risk assessment under stressed scenarios, and the market perception indicators are approaching the high-risk assessment.’¹⁴</p> <p>Dominican Republic: No confirmed overall risk level assessment, ‘Sustainable medium-term outlook and resilient to external shocks’¹⁵</p> <p>El Salvador: No confirmed overall assessment, ‘Country susceptible to shocks’¹⁶</p> <p>Guatemala: No overall risk level assessment, risk due to global uncertainties and domestic policy constraints¹⁷</p> <p>Honduras. The risk of debt distress for Honduras continues to be assessed as “moderate”.</p> <p>Nicaragua. The risk of debt distress for Nicaragua continues to be assessed as “moderate”.</p> <p>Panama: Sustainable public debt, Social Fiscal Responsibility Law is in place; comprehensive assessment of all contingent liabilities of the consolidated public sector is still needed¹⁸</p>	
<p>Loan structuring</p> <p>Financial gaps are heterogeneous across countries. Therefore, the Facility will provide countries different options to contribute with financial resources for malaria elimination. If countries decide to fund the resource gap to eliminate malaria and avoid its reintroduction through new IDB loans or through the restructuring of the portfolio of already approved IDB loans, congressional approval</p>	<p>The Bank has offices in each country and will work with authorities to accelerate process. This consideration will be taken into account when considering options</p>	<p>January – June 2018</p>

¹⁴ Costa Rica : 2016 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Costa Rica <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2016/12/31/Costa-Rica-2016-Article-IV-Consultation-Press-Release-Staff-Report-and-Statement-by-the-43916>

¹⁵ Dominican Republic: 2017 Article IV Consultation- Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for the Dominican Republic; IMF Country Report 17/254; March 10, 2017

¹⁶ El Salvador : 2016 Article IV Consultation- Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for El Salvador <http://www.imf.org/en/publications/cr/issues/2016/12/31/el-salvador-2016-article-iv-consultation-press-release-staff-report-and-statement-by-the-44038>

¹⁷ Guatemala: 2016 Article IV Consultation— <http://www.imf.org/en/news/articles/2016/09/01/pr16390-imf-executive-board-concludes-2016-article-iv-consultation-with-guatemala>

¹⁸ Panama: Staff Concluding Statement of the 2017 Article IV Mission <http://www.imf.org/en/news/articles/2017/03/17/ms031717-panama-staff-concluding-statement-of-the-2017-article-iv-mission>

<p>might be needed which could represent a risk in terms of timely availability of resources.</p>		
<p>Inadequate Program Quality and Efficiency and Risk of limited use of Data There is low risk of inadequate Program Quality and Efficiency given the focus on program quality under the payment for results element of the discussed facility. PAHO is a strong partner and is involved in technical support to build capacity for malaria elimination, supplemented by funding from the Gates Foundation for technical assistance by PAHO, and the Clinton Foundation.</p>	<p>Building on lessons learnt from EMMIE which as a Cash-on-Delivery mechanism, RMEI's theory of change recognizes that eliminating malaria will require an augmentation of existing control programs to seek out the final pockets of transmission and implement highly targeted, precisely coordinated, and evidence-based programs to excise them. In countries with under 20 cases per year – Costa Rica, El Salvador, and Belize – a final effort is required to build sufficient surveillance and responsible activities that elimination can be certified and sustained.</p> <p>Based on this rationale, as discussed in the Proposal, in addition to direct input-financing for countries, the Facility also offers performance payments or rewards (10% of the entire funding pool) that mitigate the risk of inadequate program quality by setting positive incentives. Each country's 2014 final case estimate has been agreed on as the baseline (details in Annex 56), based on which resource-realistic country's goals have been set. The Pan American Health Organization (PAHO) developed the methodology for verifying the number of cases reported by the countries, but will also conduct country specific missions focusing on the qualitative dimensions of service delivery in order to understand the relative efficacy of the proposed strategy. This draws from the experience with EMMIE, wherein Nicaragua was given a partial award for improving compliance, despite not having met the agreed on outcomes target.</p>	<p>Country Dialogue and Grant-Making</p>

<p>Country leadership and partner alignment</p> <p>The IDB will work with countries to generate a regional momentum, benchmarking between countries and country ownership. The main platform will be through COMISCA, working with partners such as PAHO to address political and technical challenges for malaria elimination as well the Central American Integration System. Engagement with country authorities at the highest level is expected to generate the needed support that will be evidenced through their own contribution to the Facility goal and incorporated into individual operations. There will be elections in the next couple of years in several years.</p>	<p>Put malaria on the agenda of key regional meetings including The meeting of Ministers of Health of COMISCA held on June 21 to discuss the issue of malaria elimination. Resolution produced. Initiative presented at Proyecto Mesoamerica authorities. Opportunities will continued to be explored. IDB has an established process to engage new authorities with changes in Government due to elections.</p> <p>In addition, the partnership established by the facility will improve the coordination of regional challenges (such as border areas and migration).</p>	<p>Continuous</p>
<p>Limited Program Design and Relevance</p> <p>There is low risk of Limited Program Design and Relevance due to two mitigating actions: a) focus of the Facility and b) Composition RCM and supporting structures</p>	<p>Focus of the Facility:</p> <p>Epidemiologically, as has been acknowledged in the proposal, the strategic planning process was carried out with the participation of key populations including representatives of indigenous groups, recognizing that these are the communities at highest risk of contracting malaria. Other than the general focus on indigenous groups located in border areas, and migrant workers, the disease programming will also have an explicit focus on women living in rural areas, migrants and the population in prisons:</p> <p>Belize. The current focus is on border areas and communities with highly mobile populations, especially in endemic regions. This includes workers in the sugarcane, citrus, banana plantations, and the tourism industry that tend to employ poorer mobile migrants who may both be carriers of plasmodium as well as more susceptible to it.</p> <p>Panama. Explicit focus and engagement with indigenous populations, the Guna Yala and emberás-wounaan.</p> <p>Honduras and Nicaragua. In addition to sharing the border, where the indigenous population (known as Miskitos) is concentrated, the countries will focus on the mobile population in the Amazonian basin that have increased exposure to vectors.</p>	<p>Continuous</p>

	<p>Guatemala. Programming is focused on indigenous groups (such as the Mayan Kekchí people), urban and rural impoverished groups. There is also a focus on the temporary workers in the Sugarcane, African palm, and rice, plantations located in the country's endemic plateau areas of Escuintla, Suchitepéquez, Petén Sur Occidente, Izabal.</p> <p>El Salvador: The focus will be on most vulnerable populations are migrants, impoverished, pregnant women, children, mobile populations and those living in malarious and border areas.</p> <p>RCM and Supporting structures: Under EMMIE, participating countries have representatives from the participating national programs jointly monitoring and coordinating the sub-regional response. Further, the RCM has recognized the central role of civil society in eliminating malaria and considered it a priority to strengthen its participation in the regional and national response to malaria. A permanent representative of the "Regional Civil Society League to Combat the Elimination of Malaria" (Regional Civil Society League against Malaria) is present on the RCM for RMEI and has provided regular inputs on behalf of civil society from the participating countries. The regional malaria control platform is expected to coordinate malaria elimination activities between civil society and at-risk populations, as well as participate with the RCM's Strategic Monitoring team in the data verification and country missions under the new structure.</p>	

SECTION 4: SUSTAINABILITY

Describe the actions planned to assure sustainability of Global Fund financed programs emphasizing any plans of the national governments to assume the future costs of the proposed activities Specifically

- a) Explain how the multicountry grant will catalyze programming for the strategic multicountry priority in the region, both in achieving targets during the three year grant period and in contributing to sustainable change beyond the lifetime of the grant.

- b) Describe actions to improve sustainability of Global Fund financed programs. Specifically, highlight key sustainability challenges of the program(s) covered by the funding request, and any current and/or planned actions to address them.
- c) Explain if the proposed Global Fund investment will leverage resources from national governments and other donors to support or take up key costs included in this grant.

[Applicant response, suggested max. 1 page]

Tal y como se ha descrito en las secciones anteriores, esta subvención regional jugará un papel catalizador de las respuestas a la malaria a través principalmente de su contribución a: i) la concertación de diálogo político regional de alto nivel y multisectorial (incluyendo Ministerios de Finanzas) para reforzar el compromiso y empuje hacia las metas de eliminación; ii) el incremento de recursos domésticos disponibles para las respuestas a la malaria; c) la coordinación de donantes y proveedores de asistencia técnica.

La subvención regional contribuirá a la priorización de la malaria en la agenda regional y nacional y ayudara a fortalecer la orientación de las inversiones hacia la eliminación. Prioridad política e inversión estratégica son claves para la sostenibilidad de la respuesta.

Tal y como se ha indicado en las secciones anteriores, además con la subvención no solo se busca establecer las acciones necesarias para acelerar la eliminación sino también las estrategias para sostener su consecución. Por ello se harán esfuerzos para que los países establezcan o incrementen sus líneas presupuestarias, las cuales se espera que sienten las bases de una asignación presupuestaria adecuada para financiar las estrategias que garanticen las medidas de control para evitar reintroducción.

De los 6 países beneficiarios de la propuesta regional (Belice, El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Honduras), 4 cuentan en la actualidad con financiación del Fondo Mundial y 3 de los 4 han recibido una asignación para el periodo 2017-2019. Junto a lo indicado en el párrafo anterior, esta subvención regional apoyara estas tres respuestas nacionales a través de las intervenciones planteadas para la eliminación de la malaria en los países fronterizos, reduciendo el riesgo de importación de casos a través de los movimientos migratorios en la región.

En 2016, los países de Centroamérica y República Dominicana registraron un crecimiento promedio de 3,7%, similar al observado en años anteriores. Este desempeño positivo estuvo respaldado por el crecimiento de la economía de los Estados Unidos, los bajos precios del petróleo y de otras materias primas, así como los esfuerzos de reforma en los países de la región, factores que estimularon al consumo doméstico y a las exportaciones, y permitieron mantener tasas de inflación e interés bajas y estables. En 2017 se proyecta un crecimiento para la región ligeramente superior, aunque bajo un entorno internacional con mayor incertidumbre. Mayores detalles sobre situación económica, incluyendo cartera de crédito¹⁹. favor ver:

Para acceder a recursos del MEF se les dará a los países varias alternativas para el financiamiento de la contribución nacional que incluye presupuesto nacional, nuevos préstamos o préstamos existentes. Esto les dará a los países la flexibilidad necesaria para decir como mejor manejar su deuda y solicitudes de préstamos al Banco.

El esquema de financiamiento basado en los resultados transfiere la responsabilidad de lograr los objetivos a los países, asegurando la apropiación y sostenibilidad. La estimación de las operaciones estimadas a cinco años permitiría la ejecución, la consolidación y la institucionalización de las medidas para la eliminación de la malaria, la prevención de la reintroducción y la continuación de la sostenibilidad financiera y técnica de los logros en el tiempo y en la escala.

La asistencia técnica y la asistencia operacional ayudarán a fortalecer los conocimientos especializados y la capacidad para lograr la eliminación, en particular en los municipios de transmisión de la malaria, mediante la adopción de enfoques en todo el sistema para orientar a los países hacia la eliminación regional.

La concesionalidad estimada de la financiación total puede variar de 35% si el país utiliza sus recursos propios al 43% si la financiación incluye un préstamo de inversión del BID (países no

¹⁹ <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/8141/Cuando-los-vientos-a-favor-se-agotan-Oportunidades-para-fomentar-el-crecimiento-inclusivo-en-Centroamerica-y-Republica-Dominicana.pdf?sequence>

concesionarios Republica Dominicana, El Salvador, Belice, Guatemala, Panamá) y al 61% si la financiación incluye un préstamo del BID a un País elegible para financiamiento concesional (OC Concesional, Nicaragua y Honduras). Cada país tendrá diferentes opciones para financiar su porción de la operación que puede ser con recursos propios, prestamos nuevos o prestamos existentes (Annex 17).

Además, por cada dólar invertido por el Fondo Mundial, BMGF aportará US \$ 5 y apalancará S \$ 12,49 si se toma en cuenta los recursos de los donantes y los países.

Al trabajar a través de este Fondo administrada por el BID, la inversión catalizará el compromiso con los Ministerios de Salud, Finanzas y diversos actores en los países para acelerar estratégicamente los esfuerzos que EMMIE inició.

SECTION 5: PRIORITIZED ABOVE ALLOCATION REQUEST (PAAR) (if applicable)

In the table below provide a prioritized above allocation request which, if deemed technically sound and strategically focused by the TRP, could be funded using savings or efficiencies identified during grant-making, or other resources. This above allocation request should include clear rationale, be aligned with the strategic priority of the multicountry funding request, and be reasonable within the limitations of possible funding available. The request should reflect the order in which interventions will be funded (from most important to least important) if additional resources become available in line with the Global Fund's Strategy to maximize impact and end the epidemics.

[Component]			
Module	Interventions	Amount requested	Brief Rationale, including expected outcomes and impact (how the interventions build on the funding request)
Technical cooperation	Technical cooperation for PAHO to provide countries in support of accelerating malaria elimination	US\$1,500,000	<p>Technical assistance (TA) will be provided building on existing efforts and results achieved by countries to date. Creating competences in planning, monitoring, evaluation, communication for behavior change, community outreach, and potential development of community platforms to deliver cost effective interventions would also be included in the TA. Each of these areas will require different types of technical assistance, as described below:</p> <p>Policies, Norms & Strategies: Depending on the country, technical assistance may be required to update national norms and strategies to reflect international best practices or the most recent evidence available.</p> <p>Programatic Aspects of Cost Effective Interventions to eliminate Malaria: Technical assistance efforts will focus on strengthening case management, passive surveillance systems, active surveillance, foci investigation, vector control and systems strengthening aspects.</p> <p>Operationalization and Technical Capacity Building: Countries also require technical assistance to official plans and documents into action. This requires various types of technical assistance, from process mapping and optimization, to updating guidelines and protocols, and creating job-aid tools.</p> <p>Results-based planning and Management / Operational support: Working under a results-based planning program will require technical assistance to</p>

			design, plan, monitor, and adjust with a new mindset and potentially new tools. Information Systems & Using Data for Decision Making: Availability and use of quality and timely information is critical to the success of RMEI. Integration & Sustainability: Although some actions in RMEI are vertical by nature and will not continue over time, others must be integrated into existing primary health care processes.
Monitoring and Evaluation	3- year and final evaluation with mixed methods provided by an external provider plus annual validations of results for Haiti	US\$850,000	Currently contemplated a mid-term and final in-house evaluation of the Facility. If an external evaluation is required additional resources would be needed. This is different from the country verification of targets for disbursement of incentive award. The annual validation of results for Haiti aims at providing detailed feedback on performance indicators and adjust technical assistance plan.
TOTAL AMOUNT		2,350,00	

Additional Relevant Information for PAAR (optional)

Provide any additional contextual information relevant to the prioritized above allocation request (e.g. any explanations that further clarify linkages to the multicountry funding request; any considerations or data that informed the request or updates of the request; etc.)

[Applicant response]

Información adicional pertinente (opcional)

Aporte cualquier otra información contextual que considere pertinente para la solicitud priorizada por encima del monto asignado (p. ej., cualquier explicación que ayude a aclarar la vinculación con la solicitud de financiamiento multipaís; cualquier consideración o datos que sirvieran de base para elaborar la solicitud o actualizaciones de la solicitud; etc.)

Capacidad organizativa del BID

En el marco de la IREM, la UC de la ISM contratará a dos miembros más: 1) un gerente de programa y 2) un técnico especialista en aspectos relativos a malaria, epidemiología o similares. Estos dos miembros adicionales de la UC supervisarán la ejecución regional y nacional integrada de los planes contra la malaria, y trabajarán estrechamente con el equipo de asistencia técnica para proporcionar conocimientos especializados y experiencia en la organización y la ejecución de la IREM.

Idoneidad organizativa

El BID se creó en 1959 para apoyar el proceso de desarrollo económico y social en Latinoamérica y el Caribe. Actualmente, cuenta con 48 países miembros y es la principal fuente de financiamiento multilateral de la región. El BID concede préstamos y subvenciones a clientes de los 26 países miembros prestatarios. Con una calificación AAA, el BID consigue préstamos en los mercados internacionales a tipos competitivos y puede ofrecer préstamos a sus clientes en condiciones favorables.

Además, el BID ofrece estudios, asesoría y asistencia técnica en diversos sectores, como el social, el institucional, las infraestructuras, la sostenibilidad y el cambio climático o la integración. A través de su Oficina de Alianzas Estratégicas (ORP, por sus siglas en inglés), el Banco dispone de un canal

específico para colaborar con asociados existentes y potenciales, buscando, desarrollando y manteniendo relaciones con asociados y donantes tanto del sector público como del privado. Para garantizar la responsabilidad, la transparencia y la efectividad de sus actividades, el BID cuenta con la Oficina de Evaluación y Supervisión y con la Oficina de Integridad Institucional (OVE y OII, respectivamente, por sus siglas en inglés), creadas para garantizar una supervisión adecuada de sus proyectos.

El BID cuenta con una amplia experiencia en la gestión de los recursos financieros de sus donantes. El Banco gestiona 73 fondos destinados a operaciones de financiamiento mediante subvenciones y préstamos, 44 de los cuales son fondos fiduciarios de uno o de varios donantes, y 10 fondos de intermediarios financieros (FIF), cuyo papel es fundamental en el financiamiento de cooperación técnica o en las actividades subvencionadas de la región. En este contexto, el nivel total de los recursos administrados por el Banco se acerca a los 905 millones USD. A finales de 2016, la cartera de financiamiento mediante subvenciones activas constaba de 1563 operaciones, por un monto aprobado de 2100 millones USD.

Además, el BID mantiene una relación y un diálogo sólidos y permanentes con cada país miembro prestatario, a través de sus diálogos políticos, de las estrategias conjuntas con países desarrollados y de unas importantes carteras de préstamos y cooperación técnica, así como a través de su presencia física con oficinas en 28 países. Además de los recursos financieros, el Banco brinda asistencia técnica y servicios de asesoría sobre políticas y cuestiones técnicas.

El BID representa desde hace tiempo un importante papel en la agenda de integración regional de la región de Centroamérica y Mesoamérica. El Banco proporciona apoyo estratégico, técnico y financiero a varias iniciativas desarrolladas en el marco de foros y mecanismos de integración regional como el Proyecto Mesoamérica (PM) y el Sistema de Integración Centroamericano (SICA). Un importante ejemplo de su apoyo es la Iniciativa Salud Mesoamérica, que ha invertido más de 118 millones USD en subvenciones en ocho países de la región mesoamericana. Estos esfuerzos han convertido los 39,2 millones USD de los presupuestos nacionales e inversiones adicionales de cinco países en la suma de 225,5 millones USD en forma de operaciones de préstamo. Además, se han facilitado 0,4 millones USD de cooperación técnica para el refuerzo institucional de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), destinados a la formulación de una «Política de Salud Regional del SICA», y a apoyar procesos conjuntos de negociación para la compra de medicamentos.

En el área de la Salud y la Protección Social (SPS), el Banco supervisa 99 operaciones con un valor total de 3050 millones USD. Su cartera de salud en Centroamérica y la República Dominicana asciende actualmente a 1040 millones USD. Los jefes de equipo del área de SPS, junto con el apoyo de equipos intersectoriales del BID, diseñan y supervisan operaciones con especialistas que trabajan en los respectivos países. La experiencia del BID se extiende igualmente a fondos de inversión social centrados en la pobreza, así como a programas de desarrollo regional orientados a las poblaciones indígenas de las tierras altas de Guatemala y a las poblaciones afrocaribeñas de la costa Caribe de Colombia, Honduras y Nicaragua.

El BID tiene amplios conocimientos y competencias en operaciones basadas en resultados. El diseño y la ejecución de préstamos condicionados al desempeño es una de sus áreas de especialización. El entorno general del BID, orientado a los resultados, es inherentemente adecuado para el desarrollo y el funcionamiento del diseño y la ejecución de proyectos basados en el desempeño que constituyen el núcleo de esta propuesta de colaboración. La experiencia basada en resultados más destacable es la Iniciativa Salud Mesoamérica, administrada desde la división de SPS y patrocinada por la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Carlos Slim y el Gobierno de España. La ISM también ha colaborado con asociados técnicos clave de la región, como *Neonatal Alliance*, *The Maternal Mortality Working Group*, *A Promise Renewed for the Americas*, USAID; UNICEF, UNFPA, la OPS, MSH y URC.

SECTION 6: ENDORSEMENT OF THE FUNDING REQUEST

1. Endorsement of the funding request by RCM or RO

The Global Fund requires evidence of endorsement of the final funding request by all Regional Coordination Mechanism (or their designated alternates) or Regional Organization legal representative(s). Please use “Multicountry Funding Request Endorsement Sheet”

In addition, a representative of each PR must sign off on the bottom of the endorsement sheet confirming that they endorse the funding request and are ready to begin grant-making and implementation.

El 2 y 3 de septiembre se llevo a cabo en la Ciudad de Antigua Guatemala, la [Reunión Plenaria](#) del MCR, donde participaron 20 miembros con derecho a voto del total de 23 necesarios para aprobar la propuesta. En esta reunion participaron todos los representantes del sector gubernamental, la representante del sector de Sociedad civil contra la malaria y 2 representantes del sector cooperación. Estuvieron ausentes, 2 representantes de Sociedad civil para VIH y 1 del sector cooperación, con quienes se gestionó el aval virtual

2. Endorsement of the funding request by CCMs

(a) For each country included in the funding request, attach a signed letter or equivalent communication from the national CCM Chair or Vice-Chair, confirming endorsement of this regional funding request. If available, attach the minutes of the CCM meetings, at which the CCM agreed to endorse the funding request submitted.

(b) List below any countries included in the funding request where there is a CCM, but for which there is no CCM endorsement and explain the reasons for the lack of such endorsement. For these countries, describe how the RCM / RO will obtain support from in-country partners to implement the proposed interventions and address any operational and legal challenges to program implementation.

Country	Description
	El MCR en el mes de Julio del presente año informó a los MCP sobre la nueva propuesta de financiación y ha participado en las asambleas plenarias de El Salvador, Panamá y Honduras durante el mes de julio y Agosto a fin de que conozcan mas detalles sobre la propuesta; sin embargo los MCP has expresado su deseo de conocer la propuesta completa a fin de garantizar que los esfuerzos de país no estan siendo duplicados. Por esta razón una vez afinada la propuesta se enviará a los MCP para coordinar su revision y envío de aval durante el mes de septiembre.

(c) If any of the countries included in the funding request have no CCM, please attach a signed letter of endorsement from Ministry of Health or national coordinating body. If no endorsement has been provided, explain the reasons for the lack of such endorsement. For these countries, describe how the RCM / RO will obtain support from in-country partners to implement the proposed interventions and address any operational and legal challenges to program implementation.

Country	Description
	N/A

SECTION 7: MINIMUM STANDARDS FOR FINANCIAL INTERMEDIARY RECIPIENT AND PROGRAM DELIVERY

Complete this table for each nominated Financial Intermediary Recipient

PR 1 Name	Inter-American Development Bank
Does this Intermediary Financial Recipient currently manage a Global Fund grant(s) for this disease component, strategic priority or a cross-cutting health system strengthening grant(s)?	<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
Minimum Standards	Applicant assessment
<p>1. The Bank demonstrates effective management structures and planning at multicountry and country levels, as applicable.</p>	<p>PEI Banco Interamericano de Desarrollo (BID) cuenta con una estructura de gobernanza y supervisión que define formalmente los roles, responsabilidades y autoridad asignada de cada área funcional e individual en la organización.</p> <p>El Banco cuenta con una estrategia país con cada uno de sus 26 países miembros prestatarios. Estas 26 estrategias se preparan, acuerdan y revisan periódicamente con los países.</p> <p>With a triple-A rating, the IDB borrows in international markets at competitive rates and can structure loans at favorable conditions for its clients.</p> <p>Igualmente, el BID tiene su presupuesto propio y cuenta con sistemas de gestión financiera, de control interno y externo, monitoreo y evaluación. Mayor información aquí (http://www.iadb.org/es/acerca-de-nosotros/como-esta-organizado-el-banco-interamericano-de-desarrollo-5998.html) IDB has extensive experience managing financial resources for its donors. The Bank manages 73 funds for grant and loan financing operations, which including 44 single and multi-donor trust funds on behalf of donors and 10 financial Intermediary funds (FIF), which play a major role in financing technical cooperation or grant activities in the region. In this regard, the total level of resources administered by the Bank is close to US\$905 million. At the end of 2016, the active grant financing portfolio consisted of 1,563 operations, with an approved amount of \$2.1 billion.</p>
<p>2. The Bank has the capacity and systems for effective programmatic management and oversight of sub-recipients (and relevant sub-sub-recipients) at multicountry and country levels, as applicable.</p>	<p>El Banco tiene normas y procedimientos para la preparación, supervisión y monitoreo de las operaciones que financia y administra.</p> <p>Es importante aclarar que las mismas normas y procesos para el financiamiento de propios proyectos del Banco, aplican para solo la administración de fondos.</p>

<p>3. The internal control system of the Bank is effective to prevent and detect misuse or fraud.</p>	<p>Nos esforzamos por asegurar que nuestras actividades se desarrollen libres de fraude y corrupción y que estén sujetas a los más estrictos mecanismos de control.</p> <p>To ensure accountability, transparency and effectiveness in its activities, the IDB has the Office of Evaluation and Oversight (OVE) and the Office of Institutional Integrity (OII) in place to ensure sufficient oversight for its projects.</p> <p>La Oficina de Integridad Institucional (OII) desempeña un papel clave en materia de Integridad. Es responsable de investigar las denuncias de fraude y corrupción en actividades financiadas por el Grupo BID y de encarar los esfuerzos necesarios para impedirlos. Anualmente, la OII y el Sistema de Sanciones reportan sus actividades en su informe anual. Mayor información aquí.</p>
<p>4. The financial management system of the Bank is effective and accurate.</p>	<p>In addition to answer #1, periodic preparation and reporting of financial statements in accordance with recognized accounting standards; track record in the preparation and transparent use of business plans, financial projections and budgets.</p>
<p>5. Data-collection capacity and tools are in place to monitor programmatic and financial performance.</p>	<p>El BID cuenta con sistemas que capturan la información financiera con el fin de asegurar la apropiada supervisión y rendición de cuentas de sus proyectos, comenzando con las etapas de elaboración y aprobación hasta llegar a la ejecución y a etapas subsiguientes. Mayor información aquí.</p>
<p>6. A functional routine reporting system with reasonable coverage is in place to report multicountry financial and programmatic performance timely and accurately.</p>	<p>El Banco cuenta con sistemas de acceso a la información los 365 días del año. Los gobiernos y agencias ejecutoras pueden acceder a la información para el manejo de sus deudas y seguimiento a las operaciones por las cuales son responsables.</p>

In case the Applicant has not yet nominated the Principal Recipient, it is requested to detail how the process is envisioned or what is the status of the PR nomination at the time of the submission of the funding request. Please describe what minimum requirements will the future PR need to meet and how the inclusiveness and transparency of the selection process will be assured.

[Applicant response]

ANNEX 1: CHECKLIST FOR CORE DOCUMENTS

<input checked="" type="checkbox"/>	Performance Framework
<input checked="" type="checkbox"/>	Budget
<input checked="" type="checkbox"/>	Implementation Arrangement Map
<input checked="" type="checkbox"/>	List of Abbreviations and Annexes
<input checked="" type="checkbox"/>	Multicountry Funding Request Endorsement Sheet
<input type="checkbox"/>	Endorsement letters from CCM of each country that forms a part of the regional application (or equivalent)