



Nota informativa sobre la malaria

15 de diciembre de 2016
Ginebra, Suiza

Índice

I.	Introducción	3
II.	Antecedentes esenciales	4
III.	Gestión de casos	5
	01 Sector público	7
	02 Sector privado	7
	03 Nivel comunitario	7
	04 Vigilancia de la eficacia terapéutica.....	8
	05 Aseguramiento de la calidad de productos farmacéuticos y de diagnóstico y de la prestación de servicios	8
	06 Cuestiones particulares relacionadas con <i>Plasmodium vivax</i>	9
IV.	Control de vectores.....	9
	07 Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración.....	10
	08 Fumigación de interiores con insecticida de acción residual.....	11
	09 Combinación de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y fumigación de interiores con insecticida de acción residual.....	12
	10 Seguimiento de la susceptibilidad a los insecticidas	12
	11 Gestión de la resistencia a los insecticidas	13
	12 Aseguramiento de la calidad de productos para control de vectores	13
	13 Desarrollo de la capacidad entomológica.....	14
V.	Tratamientos preventivos contra la malaria.....	14
	14 Tratamiento preventivo intermitente.....	14
	15 Quimioprevención de la malaria estacional (SMC)	15
	16 Vacuna contra la malaria (conocida como RTS,S)	15
	17 Administración masiva de medicamentos (AMM).....	15
VI.	Vigilancia	16
VII.	Comunicación para inducir cambios sociales y de comportamiento	17
VIII.	Erradicación de la malaria	17
IX.	Poblaciones afectadas por emergencias humanitarias	18
X.	Sistemas para la salud resistentes y sostenibles.....	19
	18 Fortalecimiento de los sistemas comunitarios.....	19
	19 Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente	20
	20 Gestión de adquisiciones y de la cadena de suministro	20
XI.	Comunidad, Derechos y Género	21
XII.	Referencias clave	23
XIII.	Lista de abreviaciones	26

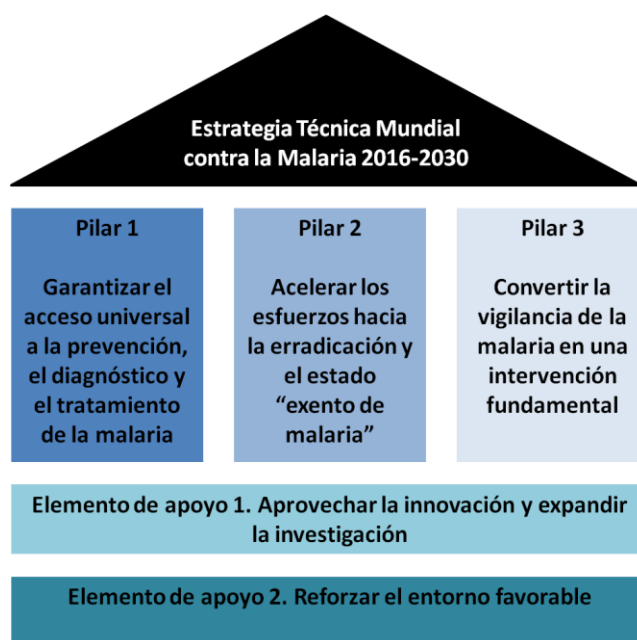
I. Introducción

Esta nota informativa constituye una guía para que los países aptos para recibir financiamiento del Fondo Mundial para la malaria formulen una solicitud de financiamiento correcta desde el punto de vista técnico. Este documento complementa y es totalmente conforme con las directrices técnicas normativas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las organizaciones asociadas. Todas las secciones se han redactado centrándose en los requisitos del Fondo Mundial de la forma más breve y concisa posible, con el fin de facilitar el acceso a la información esencial. Por lo tanto, es posible que se hayan omitido algunos detalles de importancia para determinados lectores. Además, este documento se centra principalmente en las intervenciones relativas a la fase de control de la malaria, ya que son los países que se encuentran en esta fase los que reciben la mayor parte del financiamiento del Fondo Mundial. Asimismo, se ofrece acceso a información más detallada mediante enlaces a los documentos clave enumerados en la sección “Referencias clave” al final de esta Nota informativa. El documento se irá actualizando durante el período de asignación para añadir nuevas directrices de la OMS o hacer otros cambios importantes en la programación de lucha contra la malaria.

Las directrices generales para formalizar una solicitud de financiamiento (anteriormente denominada nota conceptual) se encuentran en otro documento, el cual debe consultarse además de esta nota informativa (enlace abajo).

La Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria (ETM) de la OMS establece objetivos concretos para el año 2030 dirigidos a todos los países y regiones, los cuales se basan en tres pilares y dos elementos de apoyo (figura 1). Para complementar la ETM, el plan “Acción e Inversión para Vencer a la Malaria 2016-2030” (AIM)¹ de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria (RBM, por sus siglas en inglés) aboga por la inversión para movilizar recursos y acciones colectivas a fin de luchar contra la malaria.

Figura 1. Esquema de la Estrategia Técnica Mundial: pilares y elementos de apoyo



El pilar 1 se centra en el control de vectores, la quimioprevención y la gestión de casos, así como en otras intervenciones vitales relativas a la malaria. El pilar 2 constituye el eje político y estructural y abarca los componentes estratégicos necesarios para que los programas avancen hacia la erradicación. El pilar 3 enfatiza el papel de la vigilancia a la hora de evaluar los progresos, de asignar los recursos, los apoyos y las responsabilidades y de lograr que las intervenciones tengan el máximo efecto posible. Los dos elementos de apoyo ponen de manifiesto la necesidad de nuevas herramientas y métodos de aplicación, colaboración y coordinación, sostenibilidad y compromiso por parte de los gobiernos y de los asociados.

¹ Acción e Inversión para Vencer a la Malaria 2016-2030 (AIM). Ginebra, OMS. 2015 (http://www.rollbackmalaria.org/files/files/aim/RBM_AIM_Report_A4_AW_ES-lores.pdf, consultado el 2 de mayo de 2016).

La ETM establece objetivos ambiciosos en línea con el cronograma de este ciclo de financiamiento: para 2020, haber reducido la mortalidad y la incidencia de la malaria al menos un 40% en comparación con 2015, y haber erradicado la malaria en un mínimo de 10 países en los que se seguía transmitiendo en 2015. Los planes estratégicos nacionales contra la malaria de los diferentes países, que ponen en práctica los objetivos de la ETM, constituirán la base para las solicitudes de financiamiento de los países.

II. Antecedentes esenciales

Para poder evaluar la solicitud de financiamiento dentro del contexto específico de cada país, los solicitantes deben aportar información sobre algunos antecedentes esenciales. A continuación se presenta una lista no exhaustiva. La solicitud de financiamiento debe reflejar cómo se ha utilizado dicha información para la toma de decisiones y la programación estratégica.

- 1) Resumen del contexto del país, centrado en la epidemiología de la malaria, que incluya:
 - especies de parásitos presentes y su contribución relativa al alcance de la malaria en el país;
 - alcance de la malaria, incluida una descripción de las tendencias epidemiológicas (incidencia, prevalencia, alcance histórico) y estratificaciones, distribución geográfica de los casos, así como otros datos programáticos relevantes (p. ej., tasa de pruebas que dan positivo);
 - si procede, detalles sobre las poblaciones vulnerables con impedimentos para acceder a los servicios de prevención y gestión de casos, incluidas, entre otras, las barreras relativas a los derechos humanos y de género;
 - descripción y proporciones de los distintos canales a través de los que la gente busca asistencia (p. ej., pública, privada, comunitaria [incluidos los curanderos tradicionales]), proporción de la población con acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento.

- 2) Ejecución anterior y actual, así como las lecciones aprendidas:
 - breve descripción del sistema sanitario, incluido el nivel comunitario;
 - dificultades que se han tenido hasta la fecha para aplicar medidas de prevención y control;
 - falta actual de conocimientos;
 - breve resumen de las intervenciones actuales contra la malaria:
 - herramientas diagnósticas que se estén utilizando y cobertura actual de las pruebas (p. ej., tasa de realización de pruebas);
 - tratamiento de primera y segunda línea contra la malaria; tratamiento para malaria grave;
 - herramientas implementadas para el control de vectores, así como su cobertura y uso respectivos;
 - otras intervenciones esenciales como el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe), la quimioprevención de la malaria estacional (SMC, por sus siglas en inglés), etc.;
 - seguimiento y evaluación (SyE):
 - fecha de la última encuesta de tipo poblacional (Encuesta Demográfica de Salud [EDS], Encuesta de Indicadores de Malaria [EIM], Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados [EIMC]);
 - fecha del último estudio de eficacia terapéutica, sus hallazgos y planes para futuros estudios;
 - fecha del último estudio de susceptibilidad a los insecticidas, sus hallazgos y planes para futuros estudios;
 - seguimiento rutinario, incluidas las encuestas sobre salud y la vigilancia específica de la malaria (sobre todo para aquellos países próximos a la erradicación);
 - actividades e iniciativas pertinentes transfronterizas o regionales.

Como parte de los diálogos en cada país, todos los asociados pertinentes deben implicarse en los debates sobre la solicitud de financiamiento para garantizar que los esfuerzos se complementen entre sí y que los datos para la toma de decisiones estén armonizados (p. ej., cuantificación).

Todos los países deben llevar a cabo un análisis de deficiencias completo durante la preparación de la solicitud de financiamiento para ayudar a detectar las necesidades y las deficiencias, así como para priorizar las

actividades (véase la guía y herramienta de análisis de deficiencias del Comité de Asociados de Apoyo Nacional/Regional [CRSPC, anteriormente denominado Grupo de Trabajo de Armonización] de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria). Asegúrense de que el análisis de deficiencias presentado con la solicitud de financiamiento al Fondo Mundial sea coherente con el resto de análisis de deficiencias realizados en el país.

El Fondo Mundial insta a todos los países a incorporar consideraciones sobre sostenibilidad en el diseño de su programa. En su nueva [Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento](#), el Fondo Mundial describe sus principios para mejorar la sostenibilidad y ofrece un marco con el que contribuir a la buena transición de los países a partir del financiamiento del Fondo Mundial, que está diferenciada a lo largo del proceso continuo de desarrollo. Los solicitantes pueden encontrar más información para elaborar solicitudes de financiamiento conforme a esta política en la nota aclaratoria sobre sostenibilidad, transición y cofinanciamiento (*próximamente*).

III. Gestión de casos

El factor clave para reducir las muertes casi por completo es lograr el acceso universal y la adhesión a las pruebas diagnósticas y al tratamiento. La implementación de la iniciativa “T3: Test. Treat. Track” de la OMS se está llevando a cabo en los países donde la malaria es endémica, con diversos grados de profundización. Sin embargo, la mejora y el mantenimiento del acceso y de la calidad de la atención sanitaria siguen siendo medidas que requieren nuestra atención.

Mientras que, tradicionalmente, la mayoría de países se ha centrado sobre todo en las instalaciones sanitarias del sector público, en la última década se ha ido prestando cada vez más atención a la gestión de casos a nivel comunitario (generalizada o restringida a la malaria). Por otro lado, se ha prestado más bien poca atención (aunque también cada vez más) al aumento del acceso y de la asistencia en el sector privado. El acceso universal requiere un enfoque integral para garantizar la calidad en la gestión de los casos en todos los sectores donde las personas buscan asistencia. Por lo tanto, a fin de mejorar el acceso y la calidad de la asistencia, los países deben analizar la contribución actual y potencial de cada sector.

La mayoría de países ya utilizan o están en proceso de aumentar el uso de artesunato parenteral para casos graves de malaria. Se insta a los países a seguir dejando de utilizar la quinina para la malaria grave, así como a mejorar el tratamiento previo a la derivación de los pacientes y los sistemas de derivación para garantizar el tratamiento inmediato de los casos graves. Téngase en cuenta que el artesunato rectal todavía está pendiente de ser precalificado por la OMS, pero ya es posible adquirir este producto con recursos del Fondo Mundial previa autorización según el caso.

Cuantificación de las pruebas de diagnóstico rápido y de la terapia combinada con artemisinina

Aunque para la solicitud de financiamiento hace falta una cuantificación plurianual de los productos básicos de diagnóstico y tratamiento, a la hora de planificar las adquisiciones hay que evaluar las hipótesis y necesidades año tras año. La cuantificación de dichos productos básicos puede basarse en datos de consumo y/o morbilidad generados por un programa, y debe tener en cuenta los datos epidemiológicos actualizados y los cambios previstos por la ampliación de las intervenciones contra la malaria.

Las estimaciones de cuantificación suelen incluir toda la población potencial que se sospecha que sufre de malaria (p. ej., incluye aquellas personas que no buscan ningún tipo de asistencia o que la buscan de manera informal). Aunque estos pacientes potenciales contribuyen a la necesidad total de pruebas y tratamiento en el país, no son susceptibles de recibir apoyo del Fondo Mundial si no existen planes que los cubran en el marco de un plan de ampliación.

En el caso de los productos de diagnóstico (p. ej., microscopía o pruebas de diagnóstico rápido [PDR]), la cuantificación debe basarse en cálculos de cuántas pruebas parasitológicas harían falta para evaluar todos los presuntos casos de malaria, teniendo en cuenta a su vez el acceso a la asistencia (y en qué sector si no todos los sectores hacen pruebas de diagnóstico), la cobertura de las pruebas parasitológicas y las tasas de notificación. A continuación, el programa tendría que determinar la proporción de pruebas que se deben llevar a cabo por PDR y/o microscopía (utilizando tanto los objetivos de la estrategia nacional como los informes sobre el uso)

y en qué sector (público, privado o comunitario) o región geográfica. Puesto que el uso de las PDR y de la microscopía varía entre los distintos sectores, hay que calcular las necesidades de productos básicos por separado para cada sector. Además, la selección del tipo de PDR (solo *Pf*, PAN, etc.) se debe basar en la especie de parásito prevalente de acuerdo con las directrices de la OMS.

En el caso de la terapia combinada con artemisinina (TCA), la cuantificación debe seguir las estimaciones de los casos confirmados parasitológicamente y los casos de enfermedad febril aguda tratados como presunta malaria.

Se deben realizar ajustes (aumentos o reducciones) en función de los siguientes factores:

- *Cobertura del control de vectores*: Mientras que el CRSPC de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria ha recomendado una reducción del 10%, 20% y 30% de casos de malaria en los años 1, 2 y 3, respectivamente, después de haber logrado una gran cobertura con el control de vectores si no existían datos a nivel nacional; ahora muchos países mantienen una gran cobertura de las intervenciones de control de vectores y deben contar con datos específicos del país o tendencias históricas para determinar con mayor precisión cualquier declive en la incidencia de enfermedad febril aguda o malaria.
- *Quimioprevención de la malaria estacional (SMC)*: En las áreas donde la SMC se implemente con éxito, los países pueden prever una reducción de al menos el 50% de casos de malaria en niños menores de cinco años. Sin embargo, siempre que sea posible, al hacer sus cálculos los países deben basarse en datos específicos de su país a fin de ajustar su cuantificación para niños menores de cinco años.
- *Mayor cobertura en el diagnóstico de la malaria*: Las pruebas de diagnóstico para la malaria cribarán aquellos pacientes febriles que no tienen malaria y que no necesitan tratamiento.
- *Si todavía no se ha logrado (o mantenido) el acceso universal al diagnóstico*: Los países deben ajustar sus requisitos de TCA en función del grado en que consigan que todos los supuestos casos reciban una prueba confirmatoria aplicando un factor basado en datos del país para tener en cuenta también los casos tratados sin confirmación. Por ejemplo, si en el 50% de los supuestos casos se hacen pruebas parasitológicas, los países deberán tener en cuenta las necesidades de TCA basándose en la tasa de resultados positivos del 50% sometido a dichas pruebas (incluidos aquellos que dan negativo pero los profesionales sanitarios no se atienen a los resultados), así como las TCA para el 50% de supuestos casos que no se han sometido a pruebas. Los logros pueden variar entre sectores (p. ej., público o privado) y regiones geográficas, por lo que se deben hacer los ajustes correspondientes.
- *Desabastecimiento*: Se debe tener precaución a la hora de utilizar el consumo como base para la cuantificación si se han dado casos de agotamiento de existencias. Si se siguen suministrando productos insuficientes, seguirá habiendo problemas de desabastecimiento.
- *Expectativas de mayor acceso*: Podría ser necesario ajustar los requisitos de TCA si un país planea ampliar los servicios sanitarios (ya sea aumentando el número de instalaciones de salud pública o involucrando al sector privado o comunitario). Un factor importante es saber si estos esfuerzos aumentarán el número de pacientes con acceso a atención sanitaria o si solo supondrán una mayor variedad de opciones a las que la gente puede recurrir (la primera requeriría un aumento de las TCA, mientras que la segunda quizás no).

Otros factores que se deben tener en cuenta a la hora de la cuantificación son las existencias disponibles (y fechas de caducidad), las necesidades en función de las franjas de edad, la adhesión de los profesionales sanitarios a los resultados de las pruebas, las tasas de notificación (en exceso y en defecto) y la influencia de los cambios en la organización del sistema sanitario (p. ej., la introducción o la anulación de los pagos por planes de servicio). Además, se deben incluir existencias de reserva *en una medida razonable* según el contexto del país.

Para la solicitud de financiamiento se debe utilizar un análisis de deficiencias completo y actualizado que incluya las contribuciones del gobierno y de los asociados, con el fin de ayudar a detectar las necesidades y las deficiencias y a priorizar las actividades (véase la guía y herramienta de análisis de deficiencias del CRSPC de

la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria). Asegúrense de que el análisis de deficiencias presentado en la plantilla del Fondo Mundial sea coherente con el resto de análisis de deficiencias realizados en el país.

01 Sector público

Hasta ahora, la mayoría de recursos de gestión de casos solicitados al Fondo Mundial se han destinado a dar tratamiento en centros del sector público. Dichos centros deben aspirar a diagnosticar el 100% de los presuntos casos de malaria, a tratar adecuadamente los casos confirmados y a registrarlos de acuerdo con la iniciativa T3 de la OMS. Para garantizar un servicio de alta calidad, se requiere lo siguiente: formación adecuada y supervisión de los profesionales sanitarios, rigurosidad en la cuantificación y en la cadena de suministro, creación de demanda y educación de los pacientes, control de calidad y farmacovigilancia, así como datos precisos y puntuales.

02 Sector privado

El sector de salud privado incluye una gran variedad de proveedores de atención sanitaria, entre los que se incluyen médicos, farmacias con y sin licencia, vendedores de medicamentos sin licencia, servicios autorizados pertenecientes a empresas privadas y servicios sin ánimo de lucro como organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones confesionales. El sector privado sin ánimo de lucro a menudo desempeña un papel importante en facilitar el acceso a servicios de calidad, mientras que el sector privado informal podría constituir una fuente importante de tratamientos irracionales, medicamentos de baja calidad y notificación deficiente (o nula) de los casos de malaria. Aunque se ha progresado considerablemente a la hora de mejorar tanto el acceso como la calidad a través de canales públicos y comunitarios, la gestión de casos a través del sector privado sigue requiriendo mucha atención.

Puesto que reconoce la importancia del sector privado, el Fondo Mundial ha añadido una guía técnica desarrollada por asociados en la que se plasman los elementos clave y las estrategias potenciales para implicar al sector privado en la lucha contra la malaria. Además, algunos de los países piloto iniciales siguen utilizando el mecanismo de copago para la TCA (anteriormente, el Mecanismo de Medicamentos Asequibles para la Malaria), el cual continúa siendo una opción para seguir recibiendo apoyo del Fondo Mundial.

03 Nivel comunitario

Muchos países ofrecen o están en proceso de ampliar la gestión integrada de casos en la comunidad (GICC) de enfermedades febriles, que suele incluir, entre otros, el diagnóstico y el tratamiento de la malaria, la diarrea y la neumonía. Si se implementa correctamente, la GICC puede contribuir de manera significativa a reducir la morbimortalidad infantil.

Para ampliar la GICC de manera satisfactoria, se debe planificar con antelación para evitar problemas en la cadena de suministro, mejorar la supervisión de apoyo y prevenir la falta de financiamiento para productos básicos no destinados a la malaria y el abandono de los trabajadores de salud comunitarios. Muchos países han empezado a eliminar estas barreras. Algunos ejemplos son: i) la provisión de un estipendio económico y/o la inclusión de los trabajadores de salud comunitarios como empleados de los ministerios de sanidad para mejorar la retención; ii) la ampliación de los servicios de lucha contra la malaria dentro de la gestión de casos en la comunidad mientras se esperan los recursos para el resto de componentes de la enfermedad; y iii) la aplicación de soluciones innovadoras para mejorar la cadena de suministro y la recopilación de datos, como plataformas móviles y otras intervenciones de salud móvil (mHealth).

El Fondo Mundial financiará la mayoría de componentes de una plataforma de GICC (tabla 1). La provisión de los productos básicos adicionales de coste relativamente bajo, como contadores de respiraciones, sales de rehidratación oral, zinc y antibióticos, no financiados por el Fondo Mundial, es una excelente oportunidad de inversión mediante la que los gobiernos y otros asociados pueden mostrar su compromiso con la mejora de la tasa de supervivencia infantil. Los solicitantes deben mencionar las necesidades y fuentes de financiamiento de los productos no suministrados por el Fondo Mundial. *Puesto que el financiamiento y el suministro de productos básicos no destinados a la malaria han supuesto un problema en muchos países, los países deben adaptar los planes de ampliación a los recursos disponibles para todo el programa de GICC.* Si durante la

ejecución no están disponibles simultáneamente los recursos y/o suministros para enfermedades febriles agudas diferentes de la malaria, el componente de la malaria debe continuar como estaba previsto.

Tabla 1. Componentes esenciales de la GICC y aptitud para recibir apoyo del Fondo Mundial

Componentes esenciales de la GICC	Apoyo del Fondo Mundial
Formación y gastos salariales de los trabajadores de salud comunitarios	Sí, siempre que estos trabajadores participen directamente en la gestión de la malaria
PDR para diagnosticar la malaria	Sí
TCA para tratar la malaria	Sí
Contadores de respiraciones para diagnosticar neumonía	No*
Antibióticos para tratar la neumonía y SRO y zinc para tratar la diarrea	No*
Supervisión de apoyo	Sí
Fortalecimiento de la cadena de suministro	Sí**
Fortalecimiento de los sistemas de información de salud	Sí**
*Los productos no financiados por el Fondo Mundial representan una oportunidad de cofinanciamiento para que los gobiernos y otros asociados de desarrollo inviertan en la plataforma de GICC.	
**Téngase en cuenta que, en la solicitud de financiamiento, estos dos componentes deben incluirse en los módulos SSRS adecuados, mientras que el resto de componentes deben incluirse en el módulo GICC de gestión de casos de malaria.	

04 Vigilancia de la eficacia terapéutica

El seguimiento de la eficacia terapéutica de los medicamentos antimaláricos debe ser una medida rutinaria en los programas de lucha contra la malaria. Se deben realizar estudios de eficacia terapéutica al menos cada dos años. Estas evaluaciones prospectivas de las respuestas clínicas y parasitológicas de los pacientes al tratamiento directamente observado para la malaria no complicada permiten detectar de manera precoz la resistencia a los antimaláricos y aportan datos que sirven para orientar las políticas nacionales sobre el tratamiento de la malaria.

05 Aseguramiento de la calidad de productos farmacéuticos y de diagnóstico y de la prestación de servicios

Los programas que utilicen el financiamiento del Fondo Mundial para adquirir bienes y servicios deben cumplir las políticas de adquisición y aseguramiento de la calidad del Fondo Mundial. Los destinatarios de las ayudas también deben asegurarse de que para la adquisición de los productos sanitarios se apliquen los principios establecidos en el documento “A Model Quality Assurance System for Procurement Agencies” de la OMS. También deben considerarse el control y el aseguramiento de la calidad de los medicamentos y diagnósticos después de la adquisición, incluida la vigilancia tras la comercialización, así como el control y la garantía de calidad de la prestación de servicios (p. ej., supervisión de apoyo, encuestas en los centros sanitarios). Es fundamental un diagnóstico preciso basado en pruebas parasitológicas, no solo para diagnosticar correctamente al paciente, sino también para medir con exactitud el alcance de la malaria. Los programas de aseguramiento de la calidad deben acompañar el diagnóstico basado en pruebas parasitológicas con pruebas de microscopía o PDR para garantizar que el personal sea competente, rinda adecuadamente y pueda emplear nuevas herramientas (p. ej., pocillos de control positivo).

06 Cuestiones particulares relacionadas con *Plasmodium vivax*

El tratamiento de *Plasmodium vivax* (y *P. ovale*) debe seguir las directrices estándar de la OMS. Las cuestiones generales mencionadas anteriormente sobre la gestión de casos también son aplicables al tratamiento de *P. vivax*.

Puesto que el único medicamento disponible para tratar la fase en la que *P. vivax* afecta al hígado (primaquina [PQ]) causa hemólisis leve o grave (potencialmente mortal) en pacientes con déficit de G6PD, se deben realizar pruebas de déficit de G6PD en casos de malaria por *P. vivax* como parte integral de las medidas para garantizar un acceso universal al diagnóstico y al tratamiento. Esta es una medida que debe incorporarse en las directrices de tratamiento nacionales, y deben ofrecerse servicios a medida que se desarrollan herramientas (posiblemente derivando los pacientes a instalaciones sanitarias mejor equipadas para hacerles pruebas de laboratorio más complejas en caso necesario).²

La detección de déficit de G6PD se suele llevar a cabo en laboratorio mediante la prueba de la mancha fluorescente, la cual no suele estar disponible fuera de los hospitales. El Fondo Mundial respalda el uso de dicha prueba y lo seguirá haciendo en el futuro. Recientemente se han comercializado pruebas de cribado rápido (p. ej., la PDR CareStart®) que se pueden utilizar en centros sanitarios periféricos. Puesto que las dos pruebas mencionadas son cualitativas y no cuantitativas, existe un riesgo importante y real de no diagnosticar correctamente a las mujeres heterocigotas (porque la prueba no las identificará), y si se les administra PQ, pueden sufrir una hemólisis importante. Debido a los retos pendientes de garantía de calidad y hasta que la OMS no publique más directrices al respecto, el Fondo Mundial no financiará la adquisición de estas PDR en el punto de atención para G6PD, a menos que la solicitud forme parte de una introducción piloto o de una investigación de implementación con un marco adecuado de evaluación y el respaldo de la OMS (así como de cualquier otro proveedor de asistencia técnica), o hasta que la prueba no haya recibido la precalificación de la OMS.

Los países que soliciten financiamiento para adquirir PQ deben demostrar que tienen un sistema de supervisión adecuado para detectar y manejar la hemólisis (independientemente de si hacen pruebas de déficit de G6PD o no). Esto incluye un sistema de farmacovigilancia a través del cual se eduque bien a los pacientes y se hagan seguimientos y derivaciones de la forma adecuada.

Allí donde no esté disponible la prueba de G6PD es difícil hacer generalizaciones acerca del enfoque correcto a la hora de gestionar los pacientes, ya que la evaluación de cada persona depende del riesgo de consecuencias adversas (relacionadas con la dosis de primaquina que probablemente necesiten, la prevalencia y la gravedad del déficit de G6PD en el área, el grado de anemia y la disponibilidad de transfusiones de sangre) y de los beneficios potenciales (relacionados con la probabilidad de recidiva). En determinadas circunstancias, la evaluación determinará no utilizar la primaquina, mientras que otras veces determinará empezar un tratamiento radical después de informar al paciente sobre los posibles riesgos y de avisarle de que debe interrumpir el uso del medicamento si se pone enfermo o si la orina se vuelve roja o negra.

IV. Control de vectores

La cobertura universal de todas las personas expuestas a la malaria mediante mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD) o mediante fumigación de interiores con insecticida de acción residual continúa siendo el objetivo de todos los países que se encuentran en la fase de control de la malaria. En el caso de las zonas donde siga habiendo transmisión local de malaria (independientemente de los niveles de transmisión anteriores y posteriores a la intervención), la OMS no recomienda disminuir el control de vectores. En aquellas zonas donde se hayan detenido la transmisión, es crucial llevar a cabo un análisis para determinar el riesgo de resurgimiento. Solo se debe plantear disminuir el control de vectores en función de un análisis detallado que incluya: i) una evaluación de la receptividad y vulnerabilidad; ii) un sistema de vigilancia activa de la enfermedad; y iii) la capacidad de gestionar los casos y de dar respuesta al control de vectores. Para poder llevar a cabo una evaluación tan exhaustiva, será condición previa invertir en los sistemas sanitarios,

² Téngase en cuenta que no hay por qué hacer las pruebas de G6PD con una sola dosis de primaquina (0,25 mg de base/kg) para *P. falciparum*, ya que el riesgo de que se dé una hemólisis peligrosa es bajo incluso en pacientes con un déficit alto.

concretamente para reforzar la vigilancia entomológica y de la enfermedad. Es necesario contar con un sistema sólido de información de salud para poder identificar las zonas aptas para una reducción geográfica del control de vectores. La detección precoz de resurgimientos y la respuesta adecuada a estos también dependerá de ello.

Debido a la propagación de la resistencia a los insecticidas y a los cambios en el comportamiento de los vectores como respuesta a las medidas de control, es más difícil llevar a cabo un control de vectores adecuado y efectivo. Las decisiones sobre qué métodos elegir y dónde se deben basar en factores tanto entomológicos como de la enfermedad. Por lo tanto, las estrategias de control de vectores deben incluir un plan claro de vigilancia entomológica, así como de manejo de la resistencia.

07 Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

Los países que utilizan mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD) como instrumento de cobertura universal con control de vectores (ya sea a escala nacional o subnacional) deben aplicar una combinación de distribuciones masivas gratuitas de MILD y de distribuciones gratuitas continuadas a través de varios canales, concretamente a través de servicios de cuidados prenatales y de inmunización, y podrían investigar el posible suministro a través de otros canales (p. ej., escuelas) para mantener la cobertura universal. Se deben realizar campañas masivas cada tres años. Debe haber canales de distribución continua que sean funcionales antes, durante y después de las campañas de distribución masiva para evitar que haya impedimentos al acceso universal a MILD.

La prioridad del Fondo Mundial es garantizar el acceso universal con MILD, o al menos lograr la mayor cobertura posible dentro de un presupuesto dado. A fin de maximizar la cobertura, las MILD deben ser rectangulares y de tamaño estándar, con una altura máxima de 180 cm. Generalmente, el Fondo Mundial no financia mosquiteros de formas o tamaños más caros.

Por otro lado, han aparecido nuevos tipos de MILD, concretamente, mosquiteros tratados con piretroides y el sinérgico BOP, y la OMS está evaluando otros productos actualmente. El Fondo Mundial apoyará la implantación de mosquiteros tratados con una combinación de piretroides y BOP o de mosquiteros de nueva generación cuya llegada al mercado está prevista para 2017, siempre que el plan de implantación se adhiera por completo a las recomendaciones de la OMS y que se puedan cumplir todos los aspectos de dichas recomendaciones con el presupuesto asignado o con una fuente alternativa de financiamiento. Para los mosquiteros tratados con una combinación de piretroides y BOP, los criterios clave establecidos por la OMS son que se mantengan los niveles de cobertura actuales, que la implantación tenga lugar solo como proyecto piloto y exploratorio y que dicha implantación vaya acompañada de una evaluación exhaustiva.

Campañas de distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

Las campañas de distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración deben aspirar a lograr el 100% de cobertura en toda la población expuesta a la malaria a la que van dirigidas. Los países deben desarrollar un plan claro en el que se detalle cómo lograrlo. En las campañas de cobertura universal, los mosquiteros deben distribuirse entre los hogares a razón de 1 red por cada 2 miembros del hogar, redondeando al alza si el número de personas es impar (p. ej., 2 MILD para un hogar de 3 personas). Es necesario ajustar el coeficiente de adquisición para dar cabida a este redondeo al alza, lo que implica un factor de cuantificación de población/1,8; a menos que haya datos locales disponibles que indiquen que es más adecuado otro cociente para alcanzar el objetivo establecido. Si el censo de población para estimar la cantidad de MILD necesarias tiene más de cinco años de antigüedad, es posible que las proyecciones de la población no sean precisas. En estos casos, el país puede plantearse incluir una reserva adicional de hasta el 10% del número estimado de mosquiteros necesarios o utilizar datos de distribuciones previas que lo justifiquen.

Si en el país existen canales de distribución bien establecidos aparte de las campañas masivas, como los servicios de cuidados prenatales, inmunización y escuelas, al planificar una campaña podría ser necesario tener en cuenta la existencia de MILD distribuidos a través de estos canales. Se deben tener en cuenta los mosquiteros existentes (no sustituir los MILD en buen estado por otros nuevos) si los MILD cubren más del 40% de la población y la antigüedad media de los MILD existentes es inferior a dos años. En estos casos, los países tienen tres opciones clave: i) lanzar campañas diseñadas para cubrir brechas de cobertura dirigiéndolas a antiguos usuarios de MILD que ya no tienen mosquitero; ii) estudiar si el hecho de seguir reforzando los canales de distribución continua podría bastar para mantener la cobertura a lo largo del tiempo; o iii) una

combinación de los puntos i) y ii) a través de la cual se hace una transición paso a paso para dejar de hacer campañas.

En general, hay que tener presente que las campañas “de cierre” destinadas a acabar con los déficits de cobertura en zonas que no recibieron suficientes mosquiteros durante campañas anteriores para garantizar la cobertura universal presentan retos enormes de cuantificación e implementación, por lo que no se recomiendan. De la misma forma, las campañas de “colocación”, en las que se ayuda a los usuarios a colgar sus mosquiteros de forma individual o en pequeños grupos, no se consideran rentables. Se deben considerar otros puntos de contacto (p. ej., información sobre el uso de MILD al formar a trabajadores de salud comunitarios y a trabajadores de centros sanitarios o ponerse en contacto con los líderes de las comunidades) para garantizar que la información sobre el uso de MILD llegue a los hogares.

La supervisión y la evaluación de las distribuciones de MILD, ya sea a través de campañas masivas o de otros canales de distribución, deben seguir las directrices de la Alianza para la Prevención de la Malaria. Los recursos del Fondo Mundial no deben utilizarse para satisfacer las necesidades de asociados con requisitos de datos específicos pero no esenciales. Estos asociados deben comunicar sus necesidades al programa nacional en la fase inicial del proceso y pagar por la recopilación de estos datos adicionales.

Distribución continua de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

Aunque las campañas de cobertura universal alcanzan una cobertura amplia y equitativa en poco tiempo, la cobertura se desploma si no van acompañadas de una distribución continua. Los canales de distribución continua incluyen los centros de atención prenatal, servicios de salud infantil y de inmunización, escuelas, redes comunitarias, canales ocupacionales (p. ej., plantaciones, soldados, minas, granjas) y el sector de salud privado/comercial (incluido el marketing social). Es esencial complementar las campañas de distribución con una combinación de algunos de estos canales (p. ej., distribución de MILD a través de centros de atención prenatal e inmunización a mujeres embarazadas y lactantes) para mantener un alto nivel de cobertura, sobre todo entre los grupos más vulnerables.

Los sistemas de distribución continua de MILD se pueden utilizar de dos formas: i) a escala relativamente pequeña (p. ej., distribuyendo solo a través de centros de atención prenatal e inmunización) para proporcionar mosquiteros a miembros vulnerables de los hogares antes, durante y después de las campañas; o ii) a escala mucho más grande (p. ej., añadiendo una distribución periódica en escuelas o a través de estructuras comunitarias a centros de atención prenatal e inmunización) para sustituir por completo las campañas masivas. Algunos estudios piloto llevados a cabo en Tanzania, Madagascar, Sudán del Sur, Ghana y Nigeria indican que los canales a gran escala a través de escuelas o de la comunidad pueden (con una implementación a gran escala) distribuir suficientes mosquiteros para mantener la cobertura universal, pero es posible que las estrategias continuas a gran escala no sean factibles en todos los contextos. Hasta que no haya una estrategia de distribución continua bien establecida y que funcione lo bastante bien para mantener la cobertura universal a lo largo del tiempo, los países deberán planificar campañas de distribución masiva cada tres años para mantener la cobertura en toda la población. La cuantificación para la distribución continua dependerá de cuáles de los canales mencionados anteriormente se estén utilizando en un determinado contexto y cuál es su respectivo alcance (p. ej., tasa de asistencia en centros de atención prenatal).

Conformidad medioambiental de los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

La distribución de MILD puede generar muchos residuos que pueden ser peligrosos tanto para los seres humanos como para el medio ambiente. Los países deben adoptar las medidas adecuadas para gestionar la eliminación de los materiales de embalaje u optar por mosquiteros sin embalar o con embalaje biodegradable y planificar la eliminación de materiales contaminados (incinerándolos a alta temperatura o enterrándolos, conforme a las directrices de la OMS). No se recomienda recoger los MILD de los hogares, ya que los mosquiteros se pueden reutilizar y los residuos generados (así como los recursos necesarios) para ello son considerables.

08 Fumigación de interiores con insecticida de acción residual

Los problemas principales de la fumigación de interiores con insecticida de acción residual se exponen en el resumen de políticas de la OMS que acompaña este documento y en el manual operativo para fumigación de interiores de la OMS. Téngase en cuenta que se han añadido nuevas recomendaciones en respuesta a datos que demuestran que la resistencia a los insecticidas, especialmente a los piretroides, se está propagando

rápidamente en la mayor parte de África. Las principales preguntas acerca de la fumigación de interiores — “¿dónde fumigar?”; “¿qué insecticida utilizar?”; “¿con qué frecuencia?” y “¿con qué otras intervenciones se debe combinar?”— se deben responder desde la perspectiva del manejo de la resistencia a los insecticidas. La estrategia más básica de manejo de la resistencia consiste en fumigar con distintas clases de insecticidas con mecanismos de acción diferentes alternándolos de forma rotativa cada año o, más pragmáticamente, cada dos años, aunque la rotación puede ser complicada debido a la variedad limitada de insecticidas. Hay que evitar emplear el mismo insecticida repetidamente año tras año en los mismos lugares, así como la combinación de una alta cobertura de MILD y fumigación con piretroides. Dado el alto costo que puede llegar a acarrear, solo se debe empezar la fumigación de interiores en áreas donde la malaria es endémica si hay asegurado financiamiento a largo plazo. Si se propone la fumigación de interiores para su financiamiento por parte del Fondo Mundial, en la solicitud de financiamiento se debe incluir una descripción de financiamiento a largo plazo de la fumigación de interiores que no dependa del Fondo Mundial. Aunque una sola fumigación es una respuesta adecuada a una epidemia de malaria si se realiza lo bastante pronto en el curso del brote, este tipo de intervención es demasiado efímero para considerarse verdaderamente útil en áreas con un alto grado de transmisión. Por lo tanto, a menos que sea evidente que se puede mantener la fumigación de interiores a lo largo del tiempo, el Fondo Mundial no financiará su iniciación en nuevas áreas.

Conformidad medioambiental de la fumigación de interiores

Para todos los programas de fumigación de interiores financiados por el Fondo Mundial, se debe contar con mecanismos amplios que garanticen la conformidad sanitaria y medioambiental. Se ha observado que esto plantea dificultades en muchos países donde el Fondo Mundial financia la fumigación de interiores. Todos los programas de fumigación deben incluir medidas adecuadas de contención de la contaminación medioambiental, gestión y eliminación de residuos, así como equipos de protección individual, y se debe describir cómo se supervisarán estos aspectos de seguridad.

09 Combinación de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y fumigación de interiores con insecticida de acción residual

Varios países han llevado a cabo una combinación de MILD y fumigación de interiores con insecticida de acción residual en la misma zona geográfica en un intento de acelerar la reducción de la transmisión. Sin embargo, actualmente no está demostrado que la combinación de fumigación de interiores y MILD aporte una mayor protección contra la malaria. De acuerdo con las directrices de la OMS, el Fondo Mundial insta a los beneficiarios a priorizar o bien la distribución de MILD o bien la fumigación de interiores con alta cobertura y altos estándares, antes que introducir la segunda intervención para compensar las deficiencias a la hora de implementar la primera. La combinación de fumigación de interiores con insecticida de acción residual y MILD solo se puede plantear con el fin de abordar la resistencia a los insecticidas, pero esto solo es aplicable una vez esté garantizada la cobertura universal con un método de control de vectores de todas las poblaciones expuestas con el financiamiento disponible (y si se cumplen otras prioridades importantes como una gestión de casos exhaustiva), cosa que debe estar respaldada por datos entomológicos (como mínimo, datos recientes sobre susceptibilidad a insecticidas). La solicitud deberá ser coherente con las estrategias propuestas como parte del plan nacional de seguimiento y manejo de la resistencia a los insecticidas (véase la siguiente sección).

10 Seguimiento de la susceptibilidad a los insecticidas

El control efectivo de vectores de malaria depende del conocimiento de las especies de vectores locales y su susceptibilidad a los insecticidas, así como del comportamiento de los vectores y de los humanos que pueda hacer que los mosquitos eviten el contacto con las intervenciones y, por tanto, que siga habiendo una transmisión residual. Es de vital importancia recopilar periódicamente dichos datos para orientar las estrategias de control de vectores y hacer un seguimiento de su impacto en la transmisión de la malaria. El Fondo Mundial insta a los solicitantes a exponer de forma clara sus necesidades de vigilancia entomológica y cómo las abordarán. Dentro de este ámbito, el Fondo Mundial sobre todo insta a los solicitantes a asegurarse de que se incluya en los planes y presupuestos la vigilancia rutinaria de la susceptibilidad a los insecticidas.

Tras haber aumentado la vigilancia entomológica en regiones afectadas por la malaria en los últimos años, se ha documentado que está incrementando la resistencia en varias especies importantes de vectores de la malaria. Para seguir este desarrollo y aportar a los países los datos necesarios para decidir cómo abordar la

resistencia a los insecticidas, se exige a todos los países que realicen pruebas de susceptibilidad a los insecticidas como mínimo una vez al año conforme a las directrices de la OMS. Idealmente, en estas pruebas se deben incluir las cuatro clases de insecticida aprobadas en salud pública (organofosforados, piretroides, carbamatos, organoclorados). Se deben priorizar las pruebas de esas clases que se estén utilizando o que se planea utilizar. Los presupuestos deben incluir fondos para estudios de seguimiento, como ensayos de intensidad y de sinérgicos, para poder realizar evaluaciones completas en zonas donde se detecte resistencia a los piretroides o a otros insecticidas en vectores de la malaria.

11 Gestión de la resistencia a los insecticidas

El control efectivo de los vectores de la malaria se enfrenta a la preocupante amenaza de la resistencia a los insecticidas, ya extendida y en constante aumento. Si no se toman medidas para mitigar dicha amenaza, seguramente habrá graves consecuencias tanto en términos de alcance de la enfermedad como de costos económicos directos. El Plan mundial para el manejo de la resistencia a insecticidas en los vectores de malaria (GPIRM) propone un plan integral de acción regional, nacional e internacional. A fin de contribuir a la implementación del GPIRM a escala nacional, la OMS ha desarrollado un marco para elaborar planes nacionales de seguimiento y manejo de la resistencia a los insecticidas. Este ofrece una plantilla útil y directrices específicas sobre cómo integrar el seguimiento de la resistencia a los insecticidas y las actividades de manejo en los planes estratégicos nacionales contra la malaria. A pesar de que el marco todavía está en la fase final de desarrollo, ya se puede solicitar el último borrador a la OMS. El Fondo Mundial exige a todos los beneficiarios de ayudas contra la malaria, sobre todo a aquellos en la fase de control, que establezcan un plan de seguimiento y manejo de la resistencia a los insecticidas basado en el marco de la OMS, y que aprovechen el desarrollo de dichos planes para determinar las necesidades de recursos y garantizar así una vigilancia entomológica efectiva que incluya un seguimiento regular de la susceptibilidad a los insecticidas.

12 Aseguramiento de la calidad de productos para control de vectores

Los programas que utilicen el financiamiento del Fondo Mundial para adquirir bienes y servicios deben cumplir las políticas de adquisición del Fondo Mundial. Además, los beneficiarios deberán asegurarse de que la adquisición de productos sanitarios cumpla los principios establecidos en el documento “A Model Quality Assurance System for Procurement Agencies” de la OMS, y deberán desarrollar y mantener en todo momento un sistema de aseguramiento de la calidad de acuerdo con dichos principios. En cuanto a los productos sanitarios, los beneficiarios deberán asegurarse de que los productos para control de vectores cumplan los requisitos legales pertinentes del país. Los beneficiarios deben desarrollar y mantener un sistema que sea aceptable para la autoridad reguladora competente para informar de cualquier defecto.

Los elementos clave del aseguramiento de la calidad para los productos de control de vectores son los siguientes:

- 1) Adquirir solo productos recomendados en el plan OMS de evaluación de plaguicidas (WHOPES) para su uso contra vectores de malaria y que cumplan las especificaciones de la OMS publicadas en el WHOPES.³ Con el traspaso del proceso de revisión de los productos para control de vectores al equipo de precalificación de la OMS en 2017, se añadirá el requisito de que los productos estén precalificados.
- 2) Se debe solicitar al proveedor o fabricante que entregue un certificado de análisis para cada lote del producto que esté suministrando.
- 3) Se debe llevar a cabo una inspección y un muestreo por parte de una entidad independiente conforme a las directrices de la OMS⁴ y/o a las normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO).
- 4) Se debe realizar una comprobación previa al envío por parte de un laboratorio independiente de control de calidad (precalificado por la OMS o acreditado según la ISO 17025 o las buenas prácticas de laboratorio) para determinar que el producto, en su forma terminada, es conforme a las especificaciones aprobadas en el WHOPES de acuerdo con los métodos de ensayo de la OMS o del CIPAC⁵.
- 5) Solo se debe hacer una comprobación tras la recepción del producto en el país (pruebas de control de calidad después del envío) si se han detectado riesgos específicos relacionados con el transporte o si hay dudas específicas sobre el rendimiento del producto que justifiquen este gasto adicional.

³ <http://who.int/whopes/quality/newspecif/en/>

⁴ http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503426_eng.pdf

⁵ <http://cipac.org/index.php>

- 6) Las condiciones de licitación deben incluir la provisión de sustituciones gratuitas de aquellos envíos que no superen el control de calidad y la eliminación de los lotes no válidos.
- 7) Puede que se requiera vigilancia tras la comercialización, dependiendo del producto y del contexto, para monitorizar el rendimiento a lo largo del tiempo y garantizar que los productos sigan siendo conformes a sus especificaciones o al rendimiento recomendado por la OMS. En el caso de los MILD, esto podría implicar tanto la comprobación de la durabilidad física como de la eficacia insecticida. El contenido del ingrediente activo con efecto insecticida irá disminuyendo con el uso, y solo se determinará en caso necesario. En el caso de los productos de fumigación de interiores con insecticida de acción residual, al introducir por primera vez un insecticida en un país, se deben llevar a cabo pruebas periódicas de bioeficacia en superficies fumigadas de distinta naturaleza (p. ej., barro y ladrillo) según los procedimientos de la OMS. Se podrán realizar mediciones posteriores de la disminución del efecto insecticida en las superficies rociadas solo en caso necesario, ya que supondrán gastos adicionales.

La mejor forma de llevar a cabo la vigilancia posterior a la comercialización de MILD es mediante un diseño de estudio prospectivo vinculado a una campaña de distribución masiva. Puesto que requiere gran cantidad de recursos, la necesidad de vigilancia posterior a la comercialización debe considerarse en el contexto de otras prioridades del programa, los recursos disponibles y el contexto del plan. Los países que no tengan datos específicos nacionales sobre determinados productos de MILD o fumigación de interiores, o donde existan datos circunstanciales que apunten a deficiencias en el rendimiento de determinados productos, pueden priorizar la vigilancia posterior a la comercialización. Las partes implicadas de cada país, incluida la autoridad reguladora competente, deben llegar a un acuerdo sobre la necesidad y el alcance de las actividades propuestas y justificarlas como parte de la solicitud de financiamiento. Todos los estudios deben seguir las directrices de la OMS. Respecto a la durabilidad de los MILD, se puede encontrar más información práctica en el kit de herramientas de seguimiento de la durabilidad ofrecido por la **Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria (PMI)**.

13 Desarrollo de la capacidad entomológica

En la última década, el control de la malaria en el mundo ha progresado gracias a las inversiones en control de vectores. A fin de mantener y seguir desarrollando estos progresos, existe la necesidad de mejorar la eficiencia del control de los vectores de malaria, lo que también incluye seleccionar y dirigir mejor las intervenciones, así como manejar de manera efectiva la resistencia de los Anopheles a los insecticidas. El personal nacional solo puede superar estos retos con la formación, el apoyo y las estructuras profesionales necesarias para poder planificar, supervisar, evaluar y manejar de manera efectiva las actividades de control incluidas en el programa. A pesar de suponer un desembolso inicial, la inversión en recursos humanos y en los sistemas particulares de entomología en salud pública y de control de vectores acabará ahorrando dinero, garantizará que no se pierdan los progresos de la última década y nos permitirá acelerar el avance en el control y la erradicación de la malaria.

El Fondo Mundial respalda por completo las recomendaciones de la OMS para el desarrollo de la capacidad entomológica y, por lo tanto, exige a los ministerios de sanidad que su programa nacional de control de la malaria cuente con la suficiente capacidad humana y de infraestructura para contribuir al control de vectores y a la vigilancia entomológica, incluido el seguimiento de la calidad de la implementación, de la resistencia a los insecticidas y el uso de datos entomológicos para la toma de decisiones. Además, se recomienda la creación o el refuerzo de un mecanismo de coordinación intersectorial, con representación de organismos agrícolas y otros organismos relevantes, que esté dirigido por el Ministerio de Sanidad. La finalidad de este mecanismo es elaborar un plan estratégico de gran alcance para desarrollar recursos humanos y sistemas de entomología en salud pública y de control de vectores. Los recursos económicos necesarios para estas actividades se pueden incluir como parte de la solicitud de financiamiento.

V. Tratamientos preventivos contra la malaria

14 Tratamiento preventivo intermitente

Tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo

El TPIe es una intervención crucial en la lucha contra la malaria. No obstante, ha sido complicado aumentar las dosis hasta el número recomendado por la OMS (al menos tres dosis de sulfadoxina-pirimetamina [SP])

después del primer trimestre). A pesar de estas dificultades, el TPIe continúa siendo una intervención eficaz y económica. Los solicitantes deben evaluar los cuellos de botella en el suministro y las posibles soluciones para mejorar su aceptación, tanto aquellas específicas del TPIe como aquellas destinadas a mejorar la asistencia a CPN y la prestación de servicios. La provisión de SP se puede incluir en las solicitudes al Fondo Mundial, pero los gobiernos suelen incluir este producto básico de bajo costo en la parte de cofinanciamiento que les corresponde. No se recomienda el cribado y tratamiento intermitente de las embarazadas, ya que ha demostrado ser menos efectivo que el TPIe.

Tratamiento preventivo intermitente en lactantes

La OMS recomienda el tratamiento preventivo intermitente en lactantes (TPIL) administrando SP junto con las vacunas DPT2, DPT3 y contra el sarampión a través de un PAI rutinario en áreas del África subsahariana donde la transmisión de la malaria sea moderada o alta (tasa de inoculación entomológica ≥ 10) y donde la resistencia de los parásitos a SP no sea alta (prevalencia ≤ 50 % de mutación 540 del gen dhps de Pf). El Fondo Mundial respaldará la implementación del TPIL con estos parámetros. Los programas deben supervisar el impacto en los resultados y en los servicios de inmunización, así como la farmacovigilancia y la eficacia de SP. Hasta la fecha, la aceptación del TPIL ha sido limitada, puesto que solo lo han aplicado dos países (Chad y Sierra Leona).

15 Quimioprevención de la malaria estacional (SMC)

La SMC es una intervención impulsada por la OMS en 2012. Consiste en administrar tres o cuatro tratamientos mensuales de una combinación de sulfadoxina-pirimetamina y amodiaquina (SP+AQ) a niños menores de cinco años durante la estación de transmisión de la malaria, en la subregión del Sahel en África.⁶ La mayoría de países aptos para la SMC la han introducido y ya planean ampliarla. Los solicitantes deben incluir datos que respalden la aptitud de las áreas elegidas para la implementación, así como un resumen del plan de ejecución que incluya la farmacovigilancia.

Téngase en cuenta que ya se han resuelto los problemas anteriores con la disponibilidad de SP+AQ y ya debería haber suministros suficientes.

16 Vacuna contra la malaria (conocida como RTS,S)

En octubre de 2015, la OMS se reunió con el Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico (SAGE) sobre inmunización y con el Comité Asesor en Políticas de Paludismo (MPAC) para revisar todos los datos que apuntaban a considerar la vacuna RTS,S como una medida relevante para incluirla en una política mundial. El SAGE y el MPAC recomendaron llevar a cabo la implantación piloto de la RTS,S en determinadas áreas de 3 a 5 países del África subsahariana, administrando tres dosis de la vacuna a niños de entre cinco y nueve meses de edad, con una cuarta dosis 15-18 meses después.

Los países fuera de las implantaciones piloto no podrán utilizar los recursos del Fondo Mundial para esta intervención hasta que se hayan terminado de redactar las recomendaciones de la OMS para una aplicación más amplia de la vacuna.

17 Administración masiva de medicamentos

La OMS ha recomendado la administración masiva de medicamentos (AMM) en determinadas situaciones con el objetivo de reducir o detener la transmisión, disminuir rápidamente la morbimortalidad por malaria o prevenir recidivas y la consiguiente transmisión de malaria. En aquellos casos que no se estén acercando de forma realista a la erradicación o si no se trata de epidemias o emergencias complejas, la OMS no recomienda la AMM.

Si se está considerando la AMM para “acelerar” la erradicación, los países deben asegurarse de que haya un control de vectores y unos servicios de gestión de casos efectivos y accesibles, así como una sólida vigilancia de

⁶ Programa Mundial sobre Paludismo de la OMS (marzo de 2012). *Recomendación de la OMS: Quimioprevención de la malaria estacional (SMC) para controlar la malaria por Plasmodium falciparum en áreas de alta transmisión estacional en la subregión del Sahel en África.*

ambos. Además, el riesgo de reintroducción debe ser mínimo. Si no se detiene la transmisión de la malaria o no se prevé su importación, y si la capacidad vectorial no se reduce y mantiene a un nivel muy bajo, la transmisión acaba volviendo al nivel original una vez concluida la AMM.

No en todos los casos hará falta un enfoque acelerado, ya que la transmisión puede ser ya lo bastante baja para no requerir medidas agresivas para reducirla, y puede haber otras intervenciones en curso que sean igual de efectivas.

Se pueden plantear iniciativas de AMM para su inclusión en el financiamiento del Fondo Mundial si se llevan a cabo junto con una alta cobertura de intervenciones fundamentales de control de vectores, acceso al diagnóstico y al tratamiento de la malaria y vigilancia efectiva; o en casos excepcionales de emergencia donde el principal objetivo es prevenir la morbilidad antes que detener la transmisión (p. ej., brotes).

Los programas deben incluir una descripción de la epidemiología y de los motivos para utilizar la AMM, así como el medicamento propuesto para ello y los planes para monitorizar la eficacia y la seguridad. Además, los programas deben monitorizar la susceptibilidad al medicamento utilizado junto con la de los tratamientos de primera y segunda línea.

VI. Vigilancia

La vigilancia, el seguimiento y la evaluación son cruciales para lograr los objetivos de la ETM y del AIM y se les debe dar prioridad como intervención fundamental, independientemente de la epidemiología de la malaria en las áreas designadas. Son un elemento central de la planificación de los programas contra la malaria, en la que se evalúa la situación de la malaria en el país y se elaboran planes para utilizar los recursos de la manera más efectiva posible.

Aunque la información es crucial para planificar e implementar los programas y para medir el impacto y el rendimiento de los mismos, no es dominio exclusivo de los gestores de los programas contra la malaria. Dicha información también se puede utilizar para presionar a los actores externos acerca de los recursos necesarios. Además, también se podrán mejorar los resultados de los programas contra la malaria si se permite un acceso más amplio a la información derivada de la planificación y monitorización de los programas.

En la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria se emplean varias fuentes de datos, incluidos sistemas de información rutinarios, encuestas en hogares y centros sanitarios, recopilación de datos entomológicos, cartografía de la malaria y estudios longitudinales. Su papel e importancia relativa cambia a medida que los programas avanzan desde una situación de alta transmisión hasta la erradicación de la malaria. Las fuentes también deben incluir las diferentes partes del sistema sanitario (pública, privada, comunitaria) y los distintos niveles administrativos.

Además de las fuentes de datos mencionadas, los programas deben tener en cuenta cómo se analizará la información sobre la malaria y cómo se utilizará para generar datos con los que tomar decisiones. También deben tener en cuenta si hay foros y mecanismos adecuados para evaluar la calidad, exhaustividad, representatividad y pertinencia de la información. Los países también deben poder explicar las deficiencias en la recopilación, el análisis, la presentación y el uso de los datos, y se les debe instar a explicar cómo podrían utilizar recursos externos para abordar las deficiencias mencionadas durante la ejecución.

Las solicitudes de inversión en sistemas de información rutinarios deben explicar cómo se integrará la transferencia de información con otras enfermedades de las que se haga seguimiento en el sistema. Las solicitudes también deben exponer la capacidad que los lugares donde se presta la asistencia sanitaria tienen de generar información relativa a la malaria sobre presuntos casos que hayan recibido un diagnóstico parasitológico y sobre si los casos confirmados reciben tratamiento. Se deben planificar con exhaustividad encuestas nacionales a gran escala en los hogares (p. ej., EIM, EDS y EGIM) para generar la información práctica requerida, y espaciarlas adecuadamente para no desvirtuar las actividades rutinarias de recopilación de datos.

VII. Comunicación para inducir cambios sociales y de comportamiento

Cuando se adapta al contexto y a las necesidades propias del país en cuestión, la comunicación para inducir cambios sociales y de comportamiento (CCSC) desempeña un papel importante en el fomento de la aceptación, el aprovechamiento, la adhesión y la creación de demanda de intervenciones contra la malaria, así como en el alcance de resultados a nivel individual y en la salud pública. La CCSC puede dirigirse a los beneficiarios, los proveedores de servicios sanitarios y a los legisladores. A fin de prevenir la malaria, la CCSC debe utilizarse para promover el uso correcto y consecuente de MILD, la aceptación de la fumigación de interiores con insecticida de acción residual y el cumplimiento de las instrucciones de fumigación, la asistencia temprana y habitual a centros de atención prenatal y la adhesión a las directrices nacionales sobre malaria durante el embarazo. En cuanto a la gestión de casos, la CCSC se debe utilizar para fomentar que las personas busquen asistencia pronto, exigir la realización de pruebas confirmatorias, promover el cumplimiento del tratamiento prescrito y la adhesión a las directrices nacionales de gestión de casos.

Las estrategias nacionales de CCSC relacionadas con la malaria deben reflejar los objetivos de prevención, control y erradicación de la malaria establecidos en la Estrategia Nacional contra la Malaria. Las estrategias nacionales de CCSC relacionadas con la malaria deben establecer un proceso iterativo para planificar, diseñar, implementar, monitorizar y evaluar las actividades de CCSC para alcanzar los objetivos propuestos de comunicación y comportamiento.

Ahora que las comunidades están más familiarizadas con las principales actividades contra la malaria y que los datos sobre el acceso, la propiedad, el uso y los conocimientos son mucho más accesibles, los solicitantes deben asegurarse de que sus actividades de CCSC aborden las barreras detectadas en cuanto a la aceptación y el uso de las intervenciones contra la malaria.

A medida que los países avanzan hacia la erradicación y la malaria empieza a dejar de ser un verdadero problema de salud pública, los programas deben plantearse cómo garantizar el compromiso político y comunitario. Los mensajes y las actividades deben adaptarse como corresponda para evitar que resurja y lograr la erradicación.

Las propuestas de CCSC deben adoptar enfoques respaldados por pruebas, orientados a los resultados, basados en la teoría y específicos de cada contexto, incluidos aquellos que reflejen las dinámicas de transmisión y los factores conductuales que podrían cambiar a medida que disminuyen los casos de malaria (p. ej., menor percepción de riesgo). Las propuestas también deben incluir un plan de seguimiento y evaluación (SyE) con los indicadores apropiados de resultados y el presupuesto para las actividades necesarias de recopilación de datos. Las propuestas de CCSC para la malaria deben basarse en las actividades de CCSC existentes en otros sectores sanitarios (p. ej., salud materno-infantil, fortalecimiento de los sistemas comunitarios [FSC]).

VIII. Erradicación de la malaria

La ETM ha propuesto el ambicioso objetivo de haber erradicado la malaria en 2020 en al menos diez países en los que había transmisión de malaria en 2015. Aunque no todos los países que están cerca de la erradicación son aptos para recibir financiamiento del Fondo Mundial, muchos sí lo son. Es fundamental comprender la dinámica de transmisión actual y pasada para dirigir las intervenciones adecuadamente, y aunque la combinación de intervenciones contra la malaria puede variar según el contexto del país, los elementos fundamentales y comunes para la erradicación incluyen un sistema de vigilancia robusto y preciso, así como el compromiso político (incluido el financiamiento nacional).

Al evaluar el grado de preparación para la erradicación, los países deben revisar su estratificación teniendo en cuenta el nivel geográfico más bajo en el que se toman decisiones operativas. La adaptación de las estrategias de intervención a los diferentes estratos requiere un planteamiento cuidadoso, el cual se debe describir, si procede, en la solicitud de financiamiento. Además, se debe realizar un análisis crítico de los puntos fuertes y débiles del sistema sanitario, sobre todo del sistema de vigilancia, del comportamiento a la hora de buscar asistencia y de los papeles de los sectores comunitario y privado.

La gestión de casos se debe centrar en un diagnóstico de calidad garantizada y 100% basado en pruebas parasitológicas, que garantice el acceso universal al tratamiento adecuado, incluida la primaquina gametocitocida y el seguimiento durante 28 días. No hay por qué hacer las pruebas de G6PD con una sola dosis de primaquina (0,25 mg de base/kg), ya que el riesgo de que se dé una hemólisis peligrosa es bajo incluso en pacientes con un déficit alto. Téngase en cuenta que no se deben utilizar PDR para documentar el aclaramiento, ya que pueden seguir dando resultado positivo debido a la persistencia de antigenemia. Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (p. ej., la reacción en cadena de la polimerasa o la amplificación isotérmica mediada por bucles) son herramientas para diagnosticar infecciones de malaria de baja densidad que son difíciles de detectar mediante PDR o microscopía. Estas herramientas solo se deben implementar con las siguientes condiciones: si la transmisión es baja, si ya hay un sistema ampliamente establecido de pruebas de diagnóstico y tratamientos, y si la prevalencia de parásitos es baja (<10 %).

El control de vectores debe dirigirse a los focos y áreas restantes donde siga habiendo transmisión. La retirada prematura del control de vectores puede causar un repunte de la transmisión y solo debe plantearse tras un análisis completo de los factores mencionados en esta sección (y con un plan sólido de respuesta a epidemias). Se debe mantener la vigilancia de los vectores (incluida la susceptibilidad).

La administración masiva de medicamentos se comenta en la sección 5.4.

Se recomiendan la vigilancia sistemática, la detección activa de casos y la investigación de focos, así como la preparación ante brotes, que incluye una preparación ante epidemias, planes de respuesta, formación, etc. El Fondo Mundial no recomienda la preparación preventiva de suministros de emergencia en la mayoría de contextos.

A menudo, la transmisión residual se centra en determinadas poblaciones en alto riesgo que no pueden acceder fácilmente al tratamiento ni a la prevención; por lo tanto, es posible que los programas deban adoptar diferentes estrategias para mejorar el acceso a estas poblaciones. Entre ellas, cabe considerar las iniciativas e intervenciones transfronterizas y regionales, según sea el caso.

La OMS está en proceso de terminar un manual operativo sobre la erradicación de la malaria, cuya publicación está prevista para 2017.

IX. Poblaciones afectadas por emergencias humanitarias

Hasta el 30% de las muertes por malaria en África se producen como consecuencia de la guerra, la violencia local u otras emergencias como catástrofes naturales. Existen muchas probabilidades de que el desplazamiento masivo de la población que suele acompañar las crisis humanitarias provoque un aumento de la morbimortalidad por malaria. La escasez de recursos, la inaccesibilidad, la inseguridad, la inadecuación de las infraestructuras y la falta de capacidad son barreras que impiden llevar a cabo unos programas efectivos de prevención y control de la malaria en dichos contextos. Las emergencias humanitarias pueden debilitar las medidas de control de malaria existentes y colapsar los servicios de salud. Para alcanzar los objetivos de control de la malaria, especialmente en las etapas de ampliación y control mantenido, se deben tomar medidas específicas y adaptadas para controlar la malaria en emergencias humanitarias, ya que estas situaciones pueden llevar a una rápida involución y hacer que se pierdan los progresos logrados hasta la fecha.

Los países deben tener en cuenta el posible aumento de la vulnerabilidad en poblaciones en crisis, incluidas las personas desplazadas internamente y los refugiados, pero también el impacto en las comunidades locales o de acogida. Además, puede que haya que modificar los procedimientos operativos estándar (p. ej., cambios en la metodología de distribución masiva de MILD para garantizar una cobertura amplia y rápida de las poblaciones de refugiados) y que haya que elaborar planes de contingencia.

Las emergencias humanitarias se engloban dentro de la política del Fondo Mundial sobre entornos operativos conflictivos (EOC) aprobada por la Junta Directiva en abril de 2016. Los EOC se definen como países o regiones caracterizados por problemas de gobernanza, acceso limitado a los servicios sanitarios y crisis naturales o

provocadas por el hombre.⁷ Por lo general, el financiamiento por parte del Fondo Mundial en los EOC se proporciona a través de asignaciones por país, las cuales podrían verse modificadas como consecuencia de alguna crisis, también a escala subnacional y regional. Durante las emergencias, las asignaciones por país del Fondo Mundial podrían complementarse con financiamiento del Fondo de Emergencia. Además, en el caso de emergencias con un alto desplazamiento transfronterizo, la asignación del país de acogida se podría utilizar para financiar los servicios dirigidos a las poblaciones entrantes. De igual forma, la asignación de un país de origen se podría utilizar en determinadas circunstancias para ofrecer servicios en un país de acogida, también cuando dicho país carezca de recursos para prestar servicios pero no sea apto para recibir financiamiento del Fondo Mundial.

X. Sistemas para la salud resistentes y sostenibles

La nueva prioridad de crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles (SSRS) en la Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022 representa un cambio de paradigma fundamental en el planteamiento de la prestación de servicios sanitarios. Los sistemas para la salud, a diferencia de los sistemas de salud, no terminan en los centros sanitarios, sino que profundizan en las comunidades y pueden llegar hasta aquellos que no siempre van a estos centros, sobre todo los más vulnerables y marginados. La nueva estrategia ha definido estos siete objetivos para inversiones en SSRS:

- fortalecer las respuestas y los sistemas comunitarios;
- contribuir a la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente, y a las plataformas para la prestación de servicios integrados;
- fortalecer los sistemas mundiales y nacionales de adquisiciones y cadenas de suministro;
- aprovechar las inversiones críticas en recursos humanos para la salud;
- fortalecer los sistemas de datos para la salud y las capacidades de los países para su análisis y utilización;
- fortalecer y concordar estrategias nacionales de salud sólidas y planes estratégicos nacionales específicos para la enfermedad; y
- fortalecer la gestión y supervisión financieras.

Se pueden alcanzar estos objetivos mediante una gran variedad de actividades, que se pueden diseñar desde un punto de vista específico de la enfermedad o bien desde un punto de vista interdisciplinar. Con el enfoque específico de la enfermedad, las actividades propuestas suelen estar dirigidas a fortalecer ciertas áreas del sistema sanitario con unos resultados específicos en mente (p. ej., adquisición y distribución de pruebas de diagnóstico rápido para la malaria). Las actividades interdisciplinarias abarcan áreas más amplias del sistema sanitario que buscan más de un resultado a la vez (p. ej., mejorar las instalaciones de cuidados prenatales o revisar los planes de estudio de medicina y enfermería). Se insta a los solicitantes a que pidan asistencia con los SSRS y a que lleven a cabo intervenciones interdisciplinarias. En las solicitudes de financiamiento se debe explicar claramente cómo las actividades propuestas mejoran el rendimiento del sistema sanitario en cuanto a resultados asociados a más de una de las tres enfermedades, y también se debe incluir un análisis de deficiencias completo y una evaluación de las necesidades que respalden las solicitudes de financiamiento para SSRS.

La nota informativa sobre salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente da indicaciones adicionales a las mencionadas más adelante sobre sistemas de gestión de la adquisición y la cadena de suministro, pero se insta a los solicitantes a reflexionar sobre cómo utilizar los recursos humanos para sistemas de salud y de datos que contribuyan a la programación contra la malaria, a fin de contribuir también a crear unos sistemas para la salud más fuertes e integrados.

18 Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

El objetivo del fortalecimiento de los sistemas comunitarios (FSC) es desarrollar los papeles de las comunidades clave en el diseño, la prestación, el seguimiento y la evaluación de servicios y actividades. Se recomienda encarecidamente a los solicitantes que incluyan las intervenciones de FSC en sus propuestas. Estas actividades buscan ampliar las capacidades, pero también deben ir acompañadas de recursos que contribuyan a mantener

⁷ Desde enero de 2016, están clasificados como EOC los siguientes países: Afganistán, Burundi, República Centroafricana, Chad, Congo (República Democrática del), Eritrea, Guinea-Bissau, Haití, Kenya, Irak, Mali, Níger, Nigeria, Pakistán, Palestina, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, República Árabe Siria y Yemen.

un compromiso amplio y profundo por parte de la comunidad, no solo en lo referente a la prestación de servicios (como la gestión de casos y el cambio de comportamiento) cuando corresponda, sino también a la hora de vigilar el rendimiento de los programas contra la malaria a escala local y nacional, así como promover una mejora del acceso y de las responsabilidades allí donde sea necesario.

19 Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y del adolescente

Existen muchas intervenciones en este ámbito que mejoran la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes afectados por VIH, tuberculosis y malaria. Sin embargo, más allá de dicha programación específica para la enfermedad, el Fondo Mundial reconoce que si no se toman medidas para mejorar la coordinación y crear canales de distribución integrados, las intervenciones de salud seguirán estando fragmentadas y los recursos se desperdiciarán utilizándolos por partida doble. Al preparar solicitudes que incluyan actividades de este ámbito, los solicitantes deben considerar la inclusión de financiamiento para servicios integrados, como centros de atención prenatal y GICC, por ejemplo, los cuales son una oportunidad excelente de maximizar el impacto de la financiación del Fondo Mundial para la salud de las mujeres, los niños y los recién nacidos con muy poca inversión adicional.

Atención prenatal y malaria durante el embarazo

Los centros de atención prenatal constituyen el principal punto de contacto de las mujeres embarazadas con el sistema sanitario. La mayoría de ellas, como mínimo siete de cada diez en la mayoría de países en vías de desarrollo, tienen al menos un contacto prenatal con un profesional sanitario cualificado. No obstante, para aprovechar todo el potencial de los centros de atención prenatal para salvar vidas, hace falta un mínimo de cuatro visitas y un paquete de intervenciones de gran impacto que incluyan TPIe, MILD, intercambio de información y gestión de casos para la malaria en el embarazo (MiP, por sus siglas en inglés).

Se debe intentar proporcionar MILD a las mujeres lo antes posible durante su embarazo, así como TPIe en cada visita a partir del segundo trimestre. El TPIe no solo salva vidas y es fácil de aplicar, sino que también resulta muy económico tanto para prevenir la malaria materna como para reducir el bajo peso y la mortalidad de los neonatos. El TPIe es una intervención clave para las mujeres embarazadas que, combinado con el uso de MILD y una gestión efectiva de casos, debe continuar siendo prioritario en los países con transmisión estable de malaria. Se recomienda empezar el TPIe lo antes posible a partir del segundo trimestre (p. ej., en la semana 13) para todas las mujeres embarazadas en cada visita programada hasta el momento del parto, siempre que las dosis se administren con al menos un mes de diferencia. No se debe administrar SP durante el primer trimestre del embarazo; sin embargo, la última dosis de TPIe se puede administrar hasta el momento del parto sin que suponga riesgos de seguridad.

Es fundamental ampliar y reforzar la prestación de servicios de centros de atención prenatal para garantizar que las mujeres embarazadas tengan un acceso suficiente a la protección y el tratamiento contra la malaria. Los centros de atención prenatal son una oportunidad clave no solo para progresar en los objetivos de control de la malaria, sino también para integrar las actividades de MiP con otras intervenciones sinérgicas (p. ej., prevención y tratamiento de la anemia en el embarazo, asesoramiento nutricional, etc.). Invertir para solucionar algunos de los principales problemas de estos centros, como la tardanza en el contacto inicial, la baja calidad de la atención sanitaria y la inadecuación de los productos para cubrir por completo las iniciativas de TPIe y MILD, podría aumentar la cobertura, frenar las devastadoras consecuencias de la malaria en el embarazo y mejorar las perspectivas maternoinfantiles en general.

20 Gestión de adquisiciones y de la cadena de suministro

Los productos sanitarios para la malaria incluyen: i) productos farmacéuticos; ii) productos de diagnóstico in vitro duraderos y no duraderos, microscopios y equipos de diagnóstico por imagen; iii) MILD; y iv) productos sanitarios consumibles o desechables (incluidos insecticidas, artículos generales de laboratorio y jeringas para inyección), todos los cuales se pueden financiar con los fondos de la subvención.

La gestión de adquisiciones y suministros hace referencia a todas las actividades necesarias para garantizar la disponibilidad continua y fiable de una cantidad suficiente de productos sanitarios efectivos y de calidad asegurada para los usuarios finales, adquiridos al menor precio posible conforme a la legislación aplicable (Fondo Mundial, 2012). Para una correcta ejecución de la subvención, es fundamental presentar enfoques

claros acerca de la gestión de productos sanitarios (incluida la gestión de riesgos potenciales) en la solicitud de financiamiento y el desarrollo de la propuesta de subvención.

Asimismo, resulta esencial coordinar todas las actividades relacionadas con la gestión de adquisiciones y suministros (GAS) para garantizar la oportuna provisión de productos sanitarios de calidad y evitar así interrupciones en los tratamientos, desabastecimiento o retrasos en las campañas de distribución de mosquiteras. Se recomienda encarecidamente implantar un mecanismo de coordinación de GAS, como un grupo de trabajo o un equipo operativo. Los solicitantes deben demostrar que cuentan con sistemas y personas para gestionar las actividades de GAS conforme a las políticas y los requisitos del Fondo Mundial. De no ser así, habrán de presentar un plan claro para la creación de dichos sistemas y medios. Cabe mencionar que, en el marco de un plan estratégico nacional, se insta a los países a diseñar intervenciones que sean interdisciplinarias para garantizar el refuerzo de un sistema sostenible en la cadena de suministro y, por consiguiente, contribuir a otros programas nacionales de salud. En este sentido, la integración desempeña un papel fundamental. Muchas solicitudes de financiamiento incluyen el refuerzo de la GAS, aunque a menudo de forma independiente para componentes de la enfermedad. Se pueden utilizar las inversiones interdisciplinarias en el sistema sanitario para favorecer la integración como una forma de reforzar los sistemas de adquisiciones y suministros.

Los solicitantes deben desarrollar un esquema de la estructura de la GAS destacando las responsabilidades de cada parte implicada en la gestión de los productos sanitarios, incluida la cuantificación, la adquisición y los sistemas de almacenamiento, distribución e información. Además de los costes de los productos, los presupuestos también deben cubrir los costes de gestión asociados como transporte y seguros, despacho de aduanas, almacenamiento, distribución, aseguramiento de la calidad, incluido el control de calidad, monitorización y elaboración de informes sobre GAS, asistencia técnica y costes de las actividades de ampliación de las capacidades, todo ello en función de las necesidades que se hayan identificado.

XI. Comunidad, Derechos y Género

En su estrategia para 2017-2022, el Fondo Mundial se ha comprometido a “introducir y ampliar los programas que eliminan las barreras relacionadas con los derechos humanos en el acceso a los servicios para el VIH, la tuberculosis y la malaria”, así como a “invertir para reducir las desigualdades en materia de salud, incluidas las disparidades relacionadas con el género y la edad”.⁸ *Entre las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género se encuentran las leyes, políticas y prácticas estigmatizantes, discriminatorias y punitivas, así como las normas y actitudes dañinas relacionadas con el género, que impiden el acceso de las personas a los servicios de salud. Este compromiso constituye una intensificación de los esfuerzos para incluir y ampliar los programas dirigidos a eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género en forma de respuestas nacionales a las tres enfermedades, incluida la malaria.*

Para alcanzar el objetivo de una cobertura universal de las intervenciones de los programas contra la malaria, se deben determinar y abordar minuciosamente las barreras de acceso a todos los niveles de servicios.

Para ello, se recomienda encarecidamente a los solicitantes que sigan estos pasos en sus diálogos nacionales, los cuales deben ser inclusivos y participativos:

1. determinar a qué poblaciones es posible que no lleguen los servicios (p. ej., migrantes, personas desplazadas internamente, refugiados);
2. detectar las barreras de acceso a los servicios y estudiar cómo se ofrecen dichos servicios para entender qué acciones hacen falta para eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género;
3. diseñar todos los programas desde una perspectiva basada en los derechos humanos⁹ y
4. solicitar financiamiento para programas dirigidos a eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género para acceder a los servicios contra la malaria, recogida dentro de cada intervención contra la malaria si procede.

⁸ *Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias*. GF/B35/02 – Revisión 1.

⁹ Para ver un resumen del enfoque de la salud basado en los derechos humanos, consúltese el documento publicado en 2008 por la OMS y el ACNUDH: *A Human Rights-Based Approach to Health*, disponible [en línea](#).

Téngase en cuenta que, durante el último ciclo de solicitudes de financiamiento, varios países señalaron grupos particulares con impedimentos para acceder a los servicios, pero muchos no explicaron cómo adaptarían la programación para satisfacer sus necesidades. En la guía técnica *Human Rights, Gender and Malaria* del Fondo Mundial se puede encontrar información adicional sobre programas para eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos y el género en el contexto de la malaria.

XII. Referencias clave

Notas informativas y guías técnicas del Fondo Mundial

- [Nota informativa *Building Resilient and Sustainable Systems for Health through Global Fund Investments*](#)
- [Guía técnica del Fondo Mundial *Human Rights, Gender and Malaria*](#)
- [Guía técnica del Fondo Mundial *Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health*](#)

Otros documentos seleccionados del Fondo Mundial

- [Estrategia del Fondo Mundial 2017-2022: Invertir para poner fin a las epidemias. \(2016\)](#)
- [Solicitud de financiamiento](#)
- [Manual del Solicitante. Una guía práctica para preparar una solicitud de financiamiento \(2016\)](#)
- [Instrucciones para la solicitud de financiamiento \(2016\)](#)
- [Global Fund Modular Framework Handbook](#)
- [Preguntas frecuentes. El ciclo de financiamiento 2017-2019 \(2016\)](#)
- [The Global Fund Sustainability, Transition and Co-financing Guidance Note](#)
- [The Challenging Operating Environments Policy](#)

Directrices y principales documentos del Fondo Mundial y asociados, clasificados por área

Antecedentes esenciales

- [Global Fund concept note development – WHO policy brief 2016](#)
- [Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030](#)

Gestión de casos

- [WHO | Good practices for selecting and procuring rapid diagnostic tests for malaria](#)
- [Herramienta de análisis de deficiencias del CRSPC de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria](#)
- [Guía técnica del Fondo Mundial: Malaria Case Management in the Private Sector](#)
- [Nota informativa del Fondo Mundial sobre AMFm](#)
- [WHO/UNICEF Joint Statement: Integrated Community Case Management \(iCCM\)](#)
- [WHO | Guidelines for the treatment of malaria. Third edition](#)
- [OMS | Tratamiento del paludismo grave – Manual práctico. Tercera edición](#)

Vigilancia de la eficacia terapéutica

- [WHO | Methods for surveillance of antimalarial drug efficacy](#)

Aseguramiento de la calidad de productos farmacéuticos y de diagnóstico y de la prestación de servicios

- [Policies & Principles - The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria](#)
- [WHO | Malaria microscopy quality assurance manual – Ver. 2](#)

Cuestiones particulares relacionadas con P. vivax

- [WHO | Safety of 8-aminoquinoline antimalarial medicines](#)

Control de vectores

- [Nota informativa de la OMS sobre los riesgos asociados a la disminución del control de vectores en áreas donde se ha reducido la transmisión](#)

Mosquiteros tratados con insecticida de larga duración

- [OMS | Recomendaciones para alcanzar la cobertura universal mediante mosquiteros tratados con insecticida de larga duración para el control de la malaria](#)

- [OMS | Condiciones para el uso de mosquiteros tratados con piretroides y butóxido de piperonilo de larga duración](#)
- [AMP: kit de herramientas para campañas de distribución masiva para aumentar la cobertura y el uso de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración](#)
- [Malaria Behavior Change Communication \(BCC\) Indicator Reference Guide](#)
- [AMP Statement on M&E Best Practices for Partners Supporting National Long-Lasting ITN Mass Distribution Campaigns](#)
- [Kit de herramientas para distribución continua](#)
- [WHO | Recommendations on the sound management of packaging for long-lasting insecticidal nets](#)
- [WHO | Recommendations on the sound management of old long-lasting insecticidal nets](#)
- [WHO | Indoor residual spraying: An operational manual for IRS for malaria transmission, control and elimination.](#)

Combinación de MILD y fumigación de interiores con insecticida de acción residual

- [WHO | Larval source management – a supplementary measure for malaria vector control. An operational manual.](#)

Seguimiento de la resistencia y la susceptibilidad a los insecticidas

- [WHO | Test procedures for insecticide resistance monitoring in malaria vector mosquitoes](#)
- [WHO | Global plan for insecticide resistance management in malaria vectors](#)

Aseguramiento de la calidad de productos para el control de vectores

- [Guía de políticas del Fondo Mundial sobre la gestión de adquisiciones y suministros de productos sanitarios](#)
- [Productos recomendados por la OMS | WHOPES para el control de los vectores de malaria](#)
- [WHO | Guidelines for monitoring the durability of long-lasting insecticidal mosquito nets under operational conditions](#)
- [PMI | Kit de supervisión de la durabilidad](#)

Desarrollo de la capacidad entomológica

- [WHO Guidance Note on Capacity Building in Malaria Entomology and Vector Control](#)

Tratamiento preventivo intermitente

- [WHO | Intermittent preventive treatment in pregnancy](#)
- [WHO | Recommendations on intermittent screening and treatment in pregnancy and the safety of ACTs in the first trimester](#)
- [WHO | Intermittent preventive treatment in infants](#)

Quimioprevención de la malaria estacional (SMC)

- [WHO | Seasonal malaria chemoprevention](#)
- [WHO | SMC Implementation Field Guide](#)

Vacuna contra la malaria

- [WHO | Questions and answers on RTS,S/ASO1 malaria vaccine](#)

Administración masiva de medicamentos

- [WHO | Recommendations on the role of mass drug administration, mass screening and treatment, focal screening and treatment for malaria](#)

Vigilancia

- [WHO | Disease surveillance for malaria control: operational manual](#)
- [WHO | Disease surveillance for malaria elimination: operational manual](#)

Comunicación para inducir cambios sociales y de comportamiento

- [RBM BCC Strategic Framework](#)

Erradicación de la malaria

- [WHO | Information note on the risks associated with the scale back of vector control in areas where transmission has been reduced](#)
- [WHO | Updated WHO policy recommendation: Single dose primaquine as a gametocytocide in Plasmodium falciparum malaria](#)
- [WHO | WHO policy recommendation on malaria diagnostics in low transmission settings](#)
- [WHO | Recommendations on the role of mass drug administration, mass screening and treatment, and focal screening and treatment for malaria](#)

Emergencias humanitarias

- [Malaria control in humanitarian emergencies – An inter-agency field handbook](#)
- [Alianza para la Prevención de la Malaria | Directrices para EOC](#)

XIII. Lista de abreviaturas

AMM	-	Administración masiva de medicamentos
AMP	-	Alianza para la Prevención de la Malaria
CRSPC	-	Comité de Asociados de Apoyo Nacional/Regional (anteriormente, GTA de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria)
EOC	-	Entorno operativo conflictivo
ETM	-	Estrategia Técnica Mundial (contra la Malaria)
FSC	-	Fortalecimiento de los sistemas comunitarios
FSS	-	Fortalecimiento de los sistemas de salud
G6PD	-	Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
GAS	-	Gestión de Adquisiciones y Suministros
GICC	-	Gestión integrada de casos en la comunidad
GPARC	-	Plan mundial de contención de la resistencia a la artemisinina
GPIRM	-	Plan mundial para el manejo de la resistencia a insecticidas
GTA	-	Grupo de Trabajo de Armonización (de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria)
ISO	-	Organización Internacional de Normalización
SyE	-	Seguimiento y evaluación
MCP	-	Mecanismo de coordinación de país
MILD	-	Mosquitera tratada con insecticida de larga duración (utilizada indistintamente junto con MTI)
MPAC	-	Comité Asesor en Políticas de Paludismo
MPR	-	Revisión de los programas contra la malaria
MTI	-	Mosquitero tratado con insecticida (utilizado indistintamente junto con MILD)
OCHA	-	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
OMS	-	Organización Mundial de la Salud
ONG	-	Organización no gubernamental
OSC	-	Organizaciones de la sociedad civil
PDR	-	Prueba de diagnóstico rápido
PPM	-	Mecanismo de adquisición conjunto (del Fondo Mundial)
PQ	-	Primaquina
PRT	-	Panel de Revisión Técnica
RBM	-	Alianza para Hacer Retroceder la Malaria
RP	-	Receptor Principal
SAGE	-	Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico
SMC	-	Quimioprevención de la malaria estacional
SP	-	Sulfadoxina-pirimetamina
SSRS	-	Sistemas para la salud resistentes y sostenibles
TCA	-	Terapia combinada con artemisinina
TPIe	-	Tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo
TPIL	-	Tratamiento preventivo intermitente en lactantes
WHOPES	-	Plan de la OMS de Evaluación de Plaguicidas