

Enfoque de repriorización programática del CS7

Fecha de publicación: 16 de mayo de 2025 (versión provisional)

Fecha de actualización: 12 de junio de 2025 (versión completa)



El contenido de este documento no pretende ser prescriptivo. Las decisiones de modificar las actividades de las subvenciones vigentes deberán adaptarse a cada contexto nacional.

La repriorización y las revisiones del CS7 sientan unas bases sólidas para el CS8

Preparación para el Octavo Ciclo de Subvenciones (CS8)

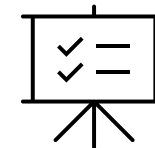
Las decisiones sobre la repriorización y las revisiones de las subvenciones del CS7 ofrecen la oportunidad de impulsar la integración, la rentabilidad y la sostenibilidad de los programas de VIH, tuberculosis y malaria como apoyo a los servicios de atención primaria de salud y de los sistemas de salud y comunitarios de los países. Este esfuerzo se acelerará en durante el CS8.

El documento sobre el enfoque de repriorización programática puede servir de apoyo a los países durante sus deliberaciones y toma de decisiones inclusivas sobre la repriorización y la optimización de las intervenciones.



Documento completo

[English](#) | [Español](#) | [Français](#) | [Português](#)



Presentación resumida

[English](#) | [Español](#) | [Français](#) | [Português](#)



Este enfoque **no** pretende ser prescriptivo. Las decisiones sobre la repriorización deberán adaptarse a cada contexto nacional y seguir las directrices normativas de la OMS.

Principios de las adaptaciones de las subvenciones a mitad del CS7

En un contexto donde se está reduciendo el financiamiento internacional para los programas de salud, el objetivo del Fondo Mundial es ofrecer apoyo a los Receptores Principales (RP), los Mecanismos de Coordinación de País (MCP) y otros socios en el país para optimizar el uso de las inversiones de las subvenciones del Fondo Mundial durante el Séptimo Ciclo de Subvenciones (CS7).

El objetivo principal es apoyar a los países para que protejan y faciliten el acceso a servicios vitales.

Hitos clave de la repriorización de las inversiones

1



Aplazar o pausar las actividades acordadas

para reducir el ritmo de gasto y maximizar el financiamiento disponible.

2



Utilizar los ahorros de las subvenciones y los programas

para preservar la calidad de su ejecución de la manera más eficiente posible, dejando un margen financiero que permita maximizar la cobertura de las intervenciones vitales y de alto impacto.

3



Repriorizar las inversiones del Fondo Mundial

para preservar el acceso a servicios vitales, teniendo en cuenta todas las fuentes de financiamiento y el apoyo integral para todos los programas de enfermedades y sistemas comunitarios y de salud.

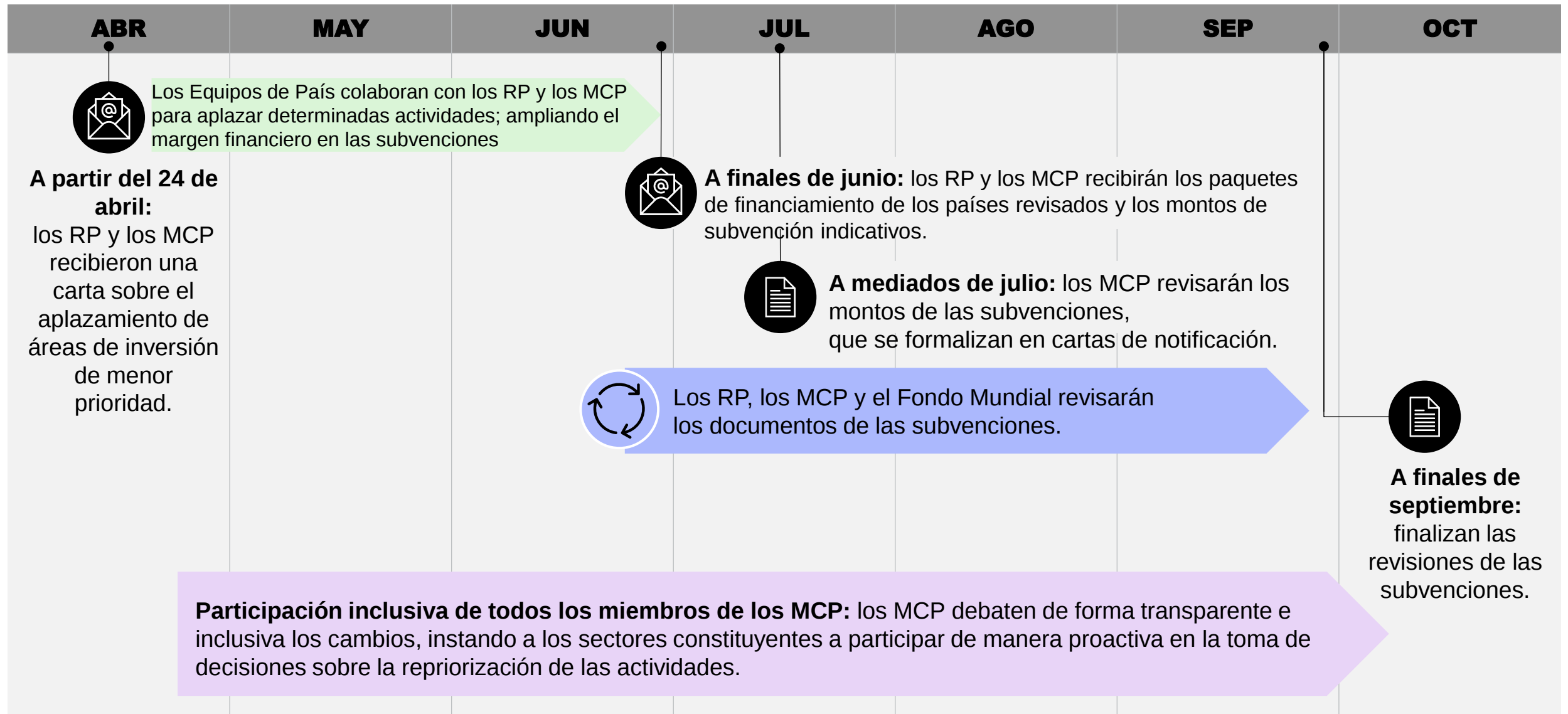
4



Revisar las subvenciones

Si se reducen los fondos asignados para el CS7, se necesitará recurrir a las revisiones de subvenciones para modificar los acuerdos de subvención.

Plazos indicativos de las revisiones de las subvenciones a mitad del CS7



Servicios vitales en el contexto de la repriorización programática



Para preservar y permitir el acceso a servicios vitales, los programas de VIH, tuberculosis y malaria deben cubrir las principales prioridades teniendo en cuenta todas las fuentes de financiamiento.

Los servicios prioritarios variarán en función de cada programa de enfermedad, aunque en la mayoría de los casos el elemento imprescindible será el tratamiento:

- Continuidad del tratamiento y la atención para el VIH.
- Diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis.
- Gestión de casos de malaria.

Los países deben seguir observando las orientaciones normativas de la OMS para cada enfermedad.

El acceso de las poblaciones y comunidades más afectadas por las tres enfermedades a servicios vitales es un principio clave del enfoque de repriorización. Debemos valorar:



Intervenciones que eliminen los obstáculos en el acceso a los servicios



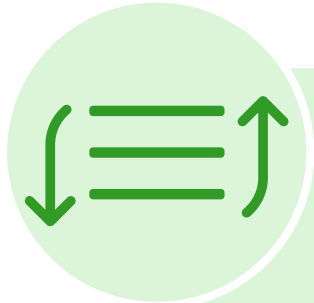
Sistemas de salud y comunitarios esenciales



Plataformas de prestación de servicios

Todos estos elementos (productos, prestación de servicios, funciones de los sistemas de salud y acceso) son específicos de cada contexto.

Preparación para la repriorización



Los RP deben aprovechar este momento para valorar cuáles son las opciones programáticas adecuadas a la hora de revisar las subvenciones del Fondo Mundial con límites financieros más bajos de la siguiente forma:

- Identificando las prioridades y las oportunidades esenciales para optimizar y modificar el alcance, buscar enfoques más integrados, y promover la rentabilidad y la eficacia.
- Teniendo en cuenta el acceso y la equidad entre poblaciones y modelos de prestación de servicios.
- Analizando las intervenciones del CS7 que se deben repriorizar para las revisiones de las subvenciones en función del contexto nacional. La toma de decisiones deberá realizarse con los gobiernos, las comunidades, la sociedad civil y los socios, valorando todas las fuentes de financiamiento (nacionales e internacionales).

Las decisiones de repriorización programática deben tener en cuenta el contexto y todas las fuentes de financiamiento



Consideraciones específicas sobre el financiamiento nacional, por ejemplo, *qué* puede ser objeto de transición al financiamiento nacional, *cómo* y *cuándo*:

- Compromisos de transición previos
- Rentabilidad y eficacia
- Preparación del financiamiento nacional
- Capacidad de ejecución nacional
- Alineación con las prioridades gubernamentales y vías de transición de intervenciones específicas a corto o medio plazo



La repriorización solo afecta a las subvenciones del CS7. Se espera que las actividades relacionadas con el C19RM continúen tal y como fueron aprobadas, dada la necesidad de mantener el ritmo de ejecución dentro del período de ejecución del C19RM. **Cuando las deliberaciones sobre la repriorización afecten a las contribuciones del sector privado, las inversiones catalizadoras (como los fondos de contrapartida) o las transacciones de financiamiento mixto, consulte directamente al Fondo Mundial.**

Principales prioridades a nivel del portafolio para la malaria

Desplegar un enfoque adaptado a nivel subnacional que dé prioridad a las actividades de mayor impacto para minimizar la mortalidad relacionada con la malaria.

Gestión de casos

- ✓ Garantizar un diagnóstico y tratamiento eficaces en los establecimientos públicos y a nivel comunitario prestando una atención continua a las estrategias de mitigación de la farmacoresistencia (múltiples terapias de primera línea).
- ✓ Garantizar suficiente apoyo para proporcionar acceso a servicios de calidad con un enfoque que no deje a nadie atrás.

Prevención de la enfermedad

- ✓ Dirigir en primer lugar los servicios de prevención a las poblaciones más vulnerables y a las zonas con mayor morbilidad.
- ✓ Intentar que la cobertura del control de vectores sea universal. Cuando no sea posible, utilizar los canales de distribución más eficaces y eficientes para lograr la mayor cobertura posible, especialmente en los grupos vulnerables.
- ✓ La quimioprevención de la malaria estacional debe centrarse en primer lugar en las áreas con mayor carga de la enfermedad y en los niños menores de cinco años.
- ✓ El tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo y otras iniciativas de quimioprevención desplegadas mediante servicios rutinarios deben integrarse y cubrirse totalmente con financiamiento nacional, cuando sea posible.

Vigilancia

- ✓ Seguir apoyando los esfuerzos para mejorar el enfoque de adaptación subnacional.
- ✓ Realizar la transición de encuestas a gran escala a enfoques de monitoreo más eficientes (por ejemplo, vigilancia en la primera visita a la atención prenatal, muestreo específico de aseguramiento de la calidad de los lotes).
- ✓ Mantener el monitoreo de las amenazas biológicas (estudios de eficacia terapéutica, encuestas sobre la supresión de genes HRP2/3, monitoreo de la resistencia a los insecticidas).
- ✓ Integrar y descentralizar las iniciativas de preparación frente a epidemias.

Esencial para todas las prioridades - Mantener los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios necesarios para los servicios integrados de atención primaria, incluidos los de VIH, tuberculosis, malaria y salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (en consonancia con el paquete nacional) y evaluar su despliegue óptimo, la cadena de suministro, el sistema de información sobre la gestión sanitaria y la selección de productos adecuados para hacer frente a las amenazas biológicas.

Principales prioridades a nivel del portafolio para la tuberculosis

Diagnóstico y tratamiento

- ✓ Proteger el diagnóstico y el tratamiento, puesto que a pesar de generar importantes costos, son fundamentales para los programas de tuberculosis.
- ✓ Mantener las pruebas del VIH para personas con tuberculosis e iniciar el tratamiento antirretroviral para quienes están coinfectados.
- ✓ Mantener el tamizaje de la tuberculosis para personas que viven con el VIH, las que tienen diabetes y quienes sufren desnutrición.
- ✓ Seguir usando nuevas herramientas de tamizaje o diagnóstico y regímenes terapéuticos acortados.

Sobre el “cómo”: la colaboración con el sector privado sigue siendo un enfoque rentable

Detección activa y dirigida de casos

- ✓ Centrarse en las poblaciones clave y vulnerables, así como en las áreas geográficas con una incidencia alta.
- ✓ Mantener la investigación de contactos (dando prioridad a los niños) y la vinculación con el tratamiento y la prevención.
- ✓ Integrar la detección activa de casos de tuberculosis con otras enfermedades y afecciones.

Implicar a las comunidades a lo largo de la cascada de atención

Prevención de la tuberculosis

- ✓ Mantener el tratamiento preventivo de la tuberculosis para personas que viven con el VIH y niños menores de cinco años que estén en contacto con pacientes con tuberculosis pulmonar confirmada bacteriológicamente.
- ✓ Usar el tamizaje basado en síntomas para iniciar el tratamiento preventivo de la tuberculosis.

Esencial para todas las prioridades - Mantener los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios necesarios para los servicios integrados de atención primaria, incluidos los de VIH, tuberculosis, malaria y salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (en consonancia con el paquete nacional y evaluar su despliegue óptimo), abordar la estigmatización, la discriminación y los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en la atención puntual y efectiva para la tuberculosis. Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia, fortalecimiento de los sistemas de laboratorio y modificación del mercado para las herramientas innovadoras de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Principales prioridades a nivel del portafolio para el VIH

Salvar vidas

- ✓ Garantizar la continuidad del tratamiento de todas las personas que viven con el VIH.
- ✓ Ampliar la cohorte para incluir a las personas que acaban de recibir un diagnóstico o que han vuelto a los servicios de atención.
- ✓ Garantizar los servicios para diagnosticar y manejar la tuberculosis y la enfermedad del VIH en fase avanzada (pruebas de CD4, diagnóstico y tratamiento de infecciones oportunistas).

Identificar a las personas con VIH

- ✓ Garantizar las pruebas del VIH para las personas más expuestas a la infección: pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor, pruebas en servicios de tuberculosis y pruebas específicas para grupos o entornos prioritarios (poblaciones clave, clínicas de ITS) y vinculación con los servicios correspondientes.
- ✓ Identificar a mujeres embarazadas que viven con el VIH y evitar la transmisión maternoinfantil: pruebas en centros de atención prenatal en entornos con una carga alta y tratamiento, pruebas y profilaxis infantil.

Garantizar la prevención primaria

- ✓ Garantizar servicios de prevención primaria del VIH: preservativos, PEP para todas las posibles exposiciones al VIH, PrEP para quienes ya la reciben y para nuevos usuarios en lugares con una incidencia alta o para personas en mayor riesgo.
- ✓ Mantener los servicios de reducción de daños: manejo y tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos, especialmente metadona, naloxona y productos de inyección seguros.

Esencial para todas las prioridades - Mantener todas las funciones de apoyo necesarias (p. ej., datos, suministro), explorar la integración en la atención primaria de salud y en los sistemas de salud nacionales y comunitarios cuando sea posible, mantener los programas y la abogacía en torno al género y los derechos humanos que más impacto tienen en el acceso a los servicios, mantener la divulgación entre pares, especialmente para los servicios de atención primaria de salud integrados, entre ellos, las pruebas y la prevención del VIH y la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (en consonancia con el paquete nacional) y evaluar su despliegue óptimo, la protección y seguridad; la modificación del mercado y la introducción de nuevos productos.

Consideraciones sobre productos sanitarios y adquisiciones



Los países deben:

- Centrar las adquisiciones en productos sanitarios vitales para el VIH, la tuberculosis y la malaria.
- Considerar la posibilidad de recibir asesoramiento periódico del Fondo Mundial con relación a cómo mantener un mercado sano y viable de productos sanitarios para garantizar la sostenibilidad de las respuestas a las tres enfermedades.
- Ajustar las previsiones y los planes de adquisición cuando se produzca un cambio en la cobertura de una intervención y comunicar rápidamente cualquier cambio en la demanda.
- Tener en cuenta los costos generales de ejecución y prestación de servicios, en lugar de ceñirse únicamente a los costos de los productos.

Entre las consideraciones transversales adicionales están las siguientes:



No se pueden cancelar las órdenes de compra emitidas ni los contratos en vigor.



Los RP deben estar pendientes de cualquier cambio en las [recomendaciones del Fondo Mundial sobre los plazos de entrega](#).



Utilizar el PPM, wambo o el Servicio Farmacéutico Mundial (en el caso de la tuberculosis) a fin de optimizar los recursos y las intervenciones de suministro tanto para las subvenciones como para el financiamiento nacional.



Las Plantillas para la gestión de productos sanitarios (HPMT) deben actualizarse obligatoriamente con los precios de referencia de los productos de tuberculosis del Mecanismo de Adquisiciones Conjuntas (PPM) o del Servicio Farmacéutico Mundial (GDF) para todos los canales de adquisiciones.



Estandarizar las especificaciones y el tamaño de los envases para optimizar el suministro y reducir los plazos de entrega (véase la siguiente diapositiva).

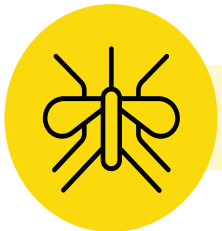
Recomendaciones de estandarización de los productos sanitarios

Por enfermedad



Tuberculosis

- El uso del régimen de cuatro meses para adultos con tuberculosis farmacosensible (2HPMZ/2HPM) debe ser mínimo.
- Se debe dar prioridad al uso de nuevas pruebas cutáneas de próxima generación basadas en antígenos para detectar la infección por tuberculosis, puesto que las pruebas IGRA son más caras y las pruebas PPD o las pruebas cutáneas de la tuberculina no son específicas.



Malaria

- Estandarizar las especificaciones de los MTI tratados con piretroides y butóxido de piperonilo con los siguientes tamaños estándar para optimizar el suministro:
 - 180x160x150 y 180x190x150



VIH

- Estandarizar el tamaño de los envases de los tratamientos de primera línea para optimizar el suministro:
 - envase de TLD para adultos de 90 unidades
 - envase de ALD pediátrico de 180 unidades
- **Preferencias de productos:** cuando la aceptación del usuario sea importante, se adquirirán y ofrecerán únicamente aquellos productos que cubran las necesidades de los usuarios para evitar caduquen o se desperdicien (p. ej., agujas y jeringas, preservativos y lubricantes, y PrEP).

Consideraciones sobre productos sanitarios y adquisiciones

Consideraciones transversales adicionales

- **Evitar la personalización** de etiquetas y folletos para reducir costos, optimizar la flexibilidad y responder mejor a las necesidades urgentes.
- **Actualizar las cuantificaciones:** ajustar la cuantificación para el posible aumento o reducción del consumo cuando los supuestos relativos a la cobertura hayan cambiado.
- **Transición para dejar de utilizar regímenes inadecuados:** promover una transición rápida de regímenes donde los volúmenes sean bajos y existan productos mejores. Se deben evitar las transiciones forzosas debido a la falta de disponibilidad de productos. Valorar las posibles adaptaciones de políticas y las actividades de gestión de cambios para realizar adecuadamente modificaciones en los productos sanitarios.
- **Equipos:** dar prioridad a la revisión, el mantenimiento y la cobertura de la garantía de los equipos existentes para garantizar la precisión de los instrumentos y maximizar su vida útil. Acelerar el diálogo con el Ministerio de Salud para que asuma el costo de mantenimiento de servidores, licencias cuando corresponda, garantías y almacenamiento de equipos.
- **Innovación:** considerar el uso de nuevos productos sanitarios adecuados en cuanto estén disponibles donde ofrezcan la oportunidad de mejorar los resultados sanitarios, la optimización de recursos o los ahorros.



La integración deliberada de los SSRS, los derechos humanos, el género y los sistemas comunitarios es esencial en todas las prioridades de las enfermedades

Se debe analizar cómo logramos un impacto vital gracias a nuestras inversiones en SSRS, derechos humanos y sistemas comunitarios.

- **Calidad en la prestación de servicios y el acceso a la atención.** Los recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios, las innovaciones en productos y su prestación, así como los servicios de diagnóstico son fundamentales para proporcionar servicios vitales para el VIH, la tuberculosis y la malaria con las capacidades y las aptitudes pertinentes, incluida la capacidad de respuesta a las cuestiones de género.
- **Sistemas de salud inclusivos con sólidos cimientos que mantendrán los logros.** Los sistemas de laboratorio, los sistemas de información y vigilancia sanitaria, y las cadenas de suministro son fundamentales para ofrecer respuestas sanitarias efectivas al VIH, la tuberculosis y la malaria, así como para garantizar la autosuficiencia de países que se enfrenten a futuras pandemias.
- **Integración eficaz.** La integración de servicios de VIH, tuberculosis y malaria en los servicios de atención primaria de salud y en los sistemas de salud existentes es fundamental para lograr la eficiencia y la autosuficiencia. Al hacerlo, es fundamental realizar inversiones que eliminen los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en el acceso de las poblaciones clave, vulnerables y desatendidas para lograr una respuesta eficaz.
- **Mejora de la salud.** Monitorear e intercambiar observaciones para la mejora de la calidad a través del monitoreo dirigido por la comunidad, incluida la identificación de obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género para mejorar la salud.

Consideraciones sobre la repriorización de las áreas temáticas de los SSRS (1/6)

Recursos humanos para la salud

Optimizar el desempeño de los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios en la prestación de servicios y avanzar al mismo tiempo **en la integración y la sostenibilidad**.

A qué se debe dar prioridad

- **Remuneración y material (incluidas herramientas digitales) para los recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios, dando prioridad a las funciones que prestan servicios integrados en los establecimientos de atención primaria de salud y de gran volumen.** Analizar la **eficiencia** del despliegue del personal, oportunidades de **integración** y el **cofinanciamiento** cuando sea viable.
- **Formación preparatoria de nuevos trabajadores de salud comunitarios polivalentes**, de conformidad con las estrategias nacionales de salud comunitaria.
- **En determinadas circunstancias, puede valorarse la formación preparatoria de recursos humanos para la salud (que no sean trabajadores de salud comunitarios)**, siempre que se ajuste a las estrategias pertinentes, o la posibilidad de acelerar la innovación, p. ej., la formación mixta.
- **Actividades de análisis, políticas y planificación de recursos humanos para la salud, siempre que se centren en la integración, la sostenibilidad y la transición**, o puedan catalizar tales procesos.
- **Mejora continua de la calidad de los servicios integrados en los establecimientos de atención primaria de salud o de gran volumen.**

Qué debe dejar de ser prioritario

- Contratación, remuneración, despliegue, y formación preparatoria de **nuevos recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios para funciones verticales o relacionadas con una sola enfermedad.**
- **Formación continua externa independiente o de reciclaje.**
- **Formación de trabajadores de salud comunitarios sobre un único tema para los elementos que no se contemplan en los paquetes de formación preparatoria.**
- **Talleres o reuniones en hoteles sobre planificación, divulgación y validación de políticas y estrategias.**
- **Supervisión de una sola enfermedad o servicio para los recursos humanos para la salud o trabajadores de salud comunitarios**
- **Mantenimiento de los sistemas de información sobre recursos humanos para la salud.**
- **Otras actividades para mejorar la calidad de la atención**, a menos que beneficien directamente al nivel de prestación de servicios.

Qué se debe promover

para garantizar la sostenibilidad y la integración

Políticas y planificación, incluido el despliegue de personal

- Elaboración y actualización de estrategias **presupuestadas de recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios.**
- Diseño de convenios y planes de sostenibilidad para los recursos humanos de la salud y los trabajadores de salud comunitarios.
- Formalización de la función de los trabajadores de salud comunitarios.
- Reforma del reparto de tareas para facilitar la integración de servicios.

Financiamiento y remuneración

- Armonización de las escalas salariales.
- Localización de fondos y seguimiento de los gastos de los recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios.

Desarrollo de la capacidad de formación y supervisión

- Definir y acelerar la **inclusión de funciones y competencias relacionadas con enfermedades específicas en los programas de formación preparatoria** para equipos de atención primaria de salud (incluidos los trabajadores de salud comunitarios), sistemas de supervisión y recopilación de datos, y listas de material.
- **Rediseñar los enfoques de formación** para permitir la mejora de la calidad.
- Planificación conjunta de la formación y la supervisión en las subvenciones para el VIH, la tuberculosis y la malaria, con la integración de enfoques en distintos niveles del sistema.
- Incorporación de elementos relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria en sistemas de supervisión integrados en la atención primaria de salud.

Consideraciones sobre la repriorización de las áreas temáticas de los SSRS (2/6)

Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

A qué se debe dar prioridad

Proteger las **inversiones que contribuyen a mejorar la vinculación, la derivación y el apoyo a los derechos humanos entre las plataformas de prestación de servicios formales y las comunitarias**, entre ellas:

- Mantener los programas vigentes o consolidados de monitoreo dirigido por la comunidad que ofrecen datos en tiempo real sobre la accesibilidad y calidad de servicios vitales, así como de productos y diagnósticos.
 - Garantizar que los programas de monitoreo dirigido por la comunidad dispongan de acceso a los establecimientos y centros de prestación de servicios, que ya hayan formado y desplegado al personal encargado del monitoreo, y que cuenten con marcos de recopilación y análisis de datos para la mejora de la calidad.
- Seguir invirtiendo en **el desarrollo de las capacidades de organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad** que contribuyen a la prestación de servicios vitales. Esto debe acelerarse para garantizar la sostenibilidad y la transición.
- **Mantener los equipos de pares** (por ejemplo, "madres mentoras") y que reciban una remuneración justa y supervisión para garantizar la prestación de servicios vitales de calidad.
 - Siempre que sea viable, ampliar las funciones de los pares para que cubran múltiples enfermedades y aspectos relacionados con los derechos humanos, con el apoyo de formación continua.
 - Los asistentes jurídicos y otros mecanismos de reparación jurídica son componentes fundamentales, independientes y complementarios que se centran en mejorar el acceso a la justicia cuando los obstáculos relacionados con los derechos humanos afectan al acceso a la salud. Cuando sea posible, se deben buscar oportunidades para mejorar la eficiencia y la integración.

Qué debe dejar de ser prioritario

- **La abogacía y la investigación dirigida por la comunidad** que no utilicen datos del monitoreo dirigido por la comunidad para mejorar la calidad o eliminar los obstáculos en los servicios.
- **Proyectos piloto independientes de monitoreo dirigido por la comunidad** que no estén relacionados con los ciclos de mejora de los programas o **estructuras paralelas de monitoreo sin una orientación clara hacia el cambio. Cómo mínimo, es importante garantizar que se cuente con un mecanismo de intercambio de observaciones entre los proveedores de servicios y los usuarios sobre la calidad y la equidad en cada país.**
- **La investigación centrada en el monitoreo dirigido por la comunidad**, especialmente en los países donde el programa de dicho monitoreo es nuevo o todavía no ha completado más de dos ciclos de recopilación de datos.
- **Actividades de investigación** dirigidas o ejecutadas por socios comunitarios si no están directamente vinculadas con la mejora de la calidad de la prestación de servicios.

Qué se debe promover para garantizar la sostenibilidad y la integración

- **Monitoreo dirigido por la comunidad (múltiples enfermedades/preparación y respuesta frente a pandemias) integrado** en los sistemas y procesos rutinarios de aseguramiento y mejora de la calidad en el punto de atención.
- **Utilizar los sistemas de datos existentes** (SIGS, eSIGL) para simplificar el intercambio de observaciones, las soluciones y la presentación de informes comunitarios.
- **Aprovechar las inversiones en SSRS** (monitoreo y evaluación, recursos humanos para la salud, herramientas digitales) **para apoyar las actividades de monitoreo dirigido por la comunidad.**
- **Invertir en entornos favorables para acelerar la contratación social o la prestación de servicios mediante otros flujos de financiamiento** (donantes, nacional, sector privado, enfoques sociales de generación de ingresos).

Consideraciones sobre la repriorización de las áreas temáticas de los SSRS (3/6)

Sistemas de gestión de productos sanitarios

La priorización de las inversiones en la cadena de suministro debe guiarse principalmente por las intervenciones y costos que permiten salvar vidas y garantizar un acceso equitativo a los productos sanitarios, al tiempo que aceleran la eficiencia, la integración y la sostenibilidad de los sistemas de gestión de productos sanitarios.

A qué se debe dar prioridad

- **Costos de gestión de adquisiciones y suministros** para garantizar unos servicios integrales y eficaces de transporte, aseguramiento de la calidad, depósito, almacenamiento y distribución en el país. Detectar oportunidades para ahorrar gastos en la gestión de la cadena de adquisiciones y suministros posterior.
- **Dar prioridad a intervenciones que mejoran las operaciones, como la integración** de las instalaciones, los enfoques operativos y los activos existentes.
- **Acelerar el despliegue y el apoyo de sistemas de información interoperables que no estén dedicados a enfermedades específicas**, como un sistema electrónico de información para la gestión logística (eSIGL), sistemas de gestión de almacenes, sistemas de planificación de recursos empresariales y sistemas digitales de gestión del transporte.
- **Diseño o revisión de los Planes Estratégicos Nacionales (PEN)**, incluidas las estrategias de salud digital (cuando sea necesario).
- **Gobernanza coordinada e integral de la cadena de suministro nacional**, incluida la gestión del desempeño, la planificación estratégica, la cuantificación y la ejecución de todas las actividades relacionadas con políticas clave.
- **Sostenibilidad de los equipos e infraestructuras de gestión de residuos y almacenamiento ya existentes (terminados o casi terminados)**, tales como su garantía y mantenimiento, costos operativos y el desarrollo de la capacidad operativa (que se complementará con el cofinanciamiento); después de la fecha de finalización del C19RM, cuando el uso de recursos nacionales no sea viable.

Qué debe dejar de ser prioritario

Dejar de dar prioridad a las inversiones relacionadas con la cadena de suministro aisladas o en enfermedades específicas, por ejemplo, en áreas como los sistemas de información y la infraestructura. Asegurarse de que estén integradas. Entre las consideraciones y áreas de inversión a las que se debe dejar de dar prioridad también se encuentran las siguientes:

- **Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.**
- Examinar caso por caso la adquisición de nuevos equipos, incluidos los de gestión de residuos, y **reducir su prioridad en función de la preparación operativa del centro**
- **Dejar de dar prioridad al financiamiento de talleres residenciales** para actividades relacionadas con la cadena de suministro.
- **Supervisión de la cadena de suministro de una enfermedad específica** en relación con la calidad de los datos, la disponibilidad de productos u otras áreas de supervisión que no estén integradas.

Qué se debe promover para garantizar la sostenibilidad y la integración

- **Estrategias nacionales de la cadena de suministro alineadas que aceleren e integren la sostenibilidad de la cadena** en todas las áreas centrales.
- Centrarse, bajo la dirección de los países y en coordinación con los principales socios, en **el diseño y el funcionamiento de cadenas de suministro más integradas.**
- **Ampliar el acceso a productos sanitarios de calidad asegurada a través de farmacias del sector privado u otros canales de distribución alternativos diseñados de manera que sean reembolsables a través de los seguros médicos.**

Fortalecimiento de los sistemas de laboratorio

A qué se debe dar prioridad

Todas las inversiones en sistemas de laboratorio integrados (sistemas de derivación de muestras, de información de laboratorio, de gestión de la calidad en los laboratorios, etc.) en función del contexto y las necesidades del país. Esto puede incluir:

- **Sistemas integrados de derivación de muestras** y comunicación de los resultados de las pruebas.
- **Permitir la participación en sistemas integrados de pruebas de aptitud** (p. ej., de diagnóstico del VIH, la tuberculosis o la malaria), aprovechando los sistemas regionales y nacionales certificados por la norma ISO 17043.
- **Interoperabilidad del sistema de información de laboratorio** con otros sistemas de datos.
- Utilizar los **datos de optimización de la red de diagnóstico** para mejorar las funciones de toda la red de laboratorios.
- **Contratos de mantenimiento y garantías** de los equipos existentes.
- **Sustitución de los módulos de Xperts** en lugar de adquirir equipos nuevos.

Qué debe dejar de ser prioritario

- **Reprogramación de todos los sistemas de derivación de muestras o sistemas de información de laboratorio aislados (específicos de una enfermedad)** que recibían financiamiento anteriormente para priorizar sistemas integrados mediante un enfoque escalonado.
- **Mejoras de infraestructuras que no han comenzado** o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.
- Optimización de la red de diagnóstico de **enfermedades o equipos específicos**.
- Revisar caso por caso la adquisición de nuevos equipos y **reducir su prioridad en función de la preparación operativa de los centros**.
- Supervisión y mentoría in situ de laboratorios de nivel inferior para enfermedades específicas desde el nivel central.
- **Reuniones o talleres en hoteles** para elaborar o validar directrices, instrumentos o procedimientos operativos normalizados. Se pueden considerar otras opciones sin costo, como salas de juntas de socios o laboratorios del Ministerio de Salud.

Qué se debe promover para garantizar la sostenibilidad y la integración

- Promover **iniciativas regionales**, como la **formación entre pares**, que permite mejorar la implantación de sistemas de laboratorio integrados.
- Aprovechar las **capacidades de las que disponen los países**, como los sistemas de información de laboratorio desarrollados internamente o de código abierto, con el fin de ampliar su cobertura para mejorar la gestión de los pacientes.
- Respaldar el **despliegue del modelo de madurez de laboratorios** en colaboración con socios regionales.

Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad

Transversales (por orden de prioridad indicativa):

- **Mantener al personal clave de monitoreo y evaluación** en los programas de VIH, tuberculosis y malaria, así como de la dirección del sistema de información sanitaria.
- Asegurar que se disponga de **herramientas en papel para la recopilación y notificación de datos** en todos los sectores.
- Garantizar el **mantenimiento del SIS digital nacional** (p. ej., DHIS2 u otros):
- Las formaciones deben **limitarse a procesos esenciales relacionados con los datos**. Siempre que sea posible, debe analizarse la posibilidad de utilizar modalidades de formación virtuales.
- Apoyar la **configuración de funcionalidades de calidad de los datos** en el software del SIGS digital (por ejemplo, el conjunto de herramientas sobre la calidad de datos de DHIS2).
- Realizar **evaluaciones digitales rutinarias de la calidad de los datos integradas** en los centros de gran volumen.
- Apoyar **las reuniones rutinarias de análisis de datos y monitoreo de su uso**, prestando especial atención a **los distritos y los establecimientos de salud**.
- Apoyar los **sistemas de datos de los pacientes o basados en casos solo si ya se han implantado**.
- **Mantener los repositorios de datos vigentes** y financiar los que están en proceso de creación.
- Adaptar una **metodología eficaz para las revisiones de los programas**.

VIH: promover la seguridad de los sistemas; monitoreo de pacientes; monitoreo de la dispensación de antirretrovirales para el tratamiento antirretroviral, la PrEP y la PEP; monitoreo de las pruebas de laboratorio; sistemas de datos digitales de los pacientes y agregados; integración del monitoreo de los resultados de la prevención en el monitoreo rutinario de los servicios.

Tuberculosis: dar prioridad a las actividades de fortalecimiento del sistema de vigilancia rutinaria de la tuberculosis; acelerar la transición a la notificación en tiempo real en función del contexto del país.

Malaria: seguir apoyando el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de la malaria; vigilancia específica de las amenazas biológicas, por ejemplo, evaluaciones entomológicas; apoyo a las encuestas en curso. Respaldar la introducción de la vigilancia basada en la primera visita a la atención prenatal como alternativa a la encuesta de indicadores de malaria.

Qué debe dejar de ser prioritario

- (1) Procesos de datos verticales que pueden optimizarse mediante procesos integrados.
- (2) Evaluaciones y encuestas que requieren muchos recursos.
- (3) Impresión de documentos estratégicos, directrices y boletines.
- (4) Talleres nacionales costosos relacionados con datos.

Más concretamente, todos los países deben considerar:

- Aplazar la **nueva descentralización digital en sistemas híbridos (papel/digital)** (esto no se aplica a los sistemas que son prácticamente digitales).
- A la hora de planificar el diseño de un nuevo **sistema a nivel de los pacientes** (Tracker o registros médicos electrónicos), hay que **evitar** optar por **sistemas de enfermedades específicas** a favor de sistemas integrados.
- Dejar de financiar **talleres residenciales** para actividades relacionadas con los datos.
- **Suspender las auditorías de datos de enfermedades específicas** y las evaluaciones rutinarias de la calidad de los datos **que utilizan el formato Excel**. Dar preferencia a los enfoques **integrados y digitales**.
- Suspender o **reducir la impresión** de directrices, informes, boletines, u otros documentos.
- Abstenerse de llevar a cabo **nuevas evaluaciones de sistemas de vigilancia independientes**.
- Abstenerse de realizar **nuevas encuestas o estudios o evaluaciones**, y tomar decisiones al respecto caso por caso.

Qué se debe promover para garantizar la sostenibilidad y la integración

Para identificar eficiencias a medio y largo plazo, es necesario adoptar enfoques novedosos que inicialmente supondrán un costo, pero que a largo plazo generarán ahorros. Entre ellos pueden estar:

- Realizar **evaluaciones digitales rutinarias de la calidad de los datos** para el aseguramiento sistemático de la calidad de los datos.
- Formaciones virtuales.
- **Metodologías mejoradas para las reuniones de monitoreo de los datos**.
- **Mantener la digitalización e integración de los sistemas**.
- Buscar una mayor integración de los sistemas de vigilancia de pandemias y del VIH, tuberculosis y malaria con los sistemas de información sanitaria.
- Evitar los talleres residenciales.

Sistemas de financiamiento de la salud

Se debe dar prioridad a mantener el financiamiento de actividades que **promuevan específicamente la sostenibilidad y la planificación de la transición a nivel nacional, aborden los retos del financiamiento sanitario o fortalezcan sus sistemas.**

A qué se debe dar prioridad

- El apoyo a **planes de transición o sostenibilidad, evaluaciones de la transición u otros ejercicios de planificación.**
- **Estrategias de financiamiento de la salud** para la mejora de la movilización y recaudación de ingresos nacionales y el financiamiento del sector sanitario.
- **Intervenciones que apoyen específicamente el agrupamiento de fondos y la integración de beneficiarios o servicios de VIH, tuberculosis y malaria en los paquetes de atención primaria de salud o de prestaciones.**
- Actividades que apoyen específicamente **inversiones en el seguimiento de los recursos o la capacidad de las partes interesadas de los países para generar y utilizar datos sobre el financiamiento sanitario** que permitan respaldar la transición hacia el cese del financiamiento externo.
- Inversiones en **mecanismos de financiamiento mixto** diseñados para apoyar la movilización de recursos.
- Actividades diseñadas para **fortalecer la gestión financiera pública y apoyar la integración de las subvenciones del Fondo Mundial en los sistemas nacionales de gestión financiera pública.**

Qué debe dejar de ser prioritario

Actividades que no tienen un impacto directo en los objetivos centrales de financiamiento sanitario o sostenibilidad:

- Actividades complementarias a las de socios para el desarrollo que ya no pueden cumplir sus compromisos. Actividades que **no están directamente relacionadas con la mejora de resultados sanitarios o funciones cruciales de los sistemas.**
- En el marco de la gestión financiera pública:
 - Las evaluaciones de la capacidad relacionada con la gestión financiera pública que se considera que **duplican los esfuerzos de otros socios para el desarrollo.**
 - Actividades de formación para el desarrollo de la capacidad de gestión financiera pública que queden fuera del ámbito de las que figuran en la sección "A qué se debe dar prioridad".

Qué se debe promover para garantizar la sostenibilidad y la integración

Acelerar o poner en marcha actividades que promuevan una mayor sostenibilidad e integración, tales como:

- **Ejercicios de planificación a nivel nacional** diseñados específicamente para promover la transición hacia el cese del financiamiento externo y del Fondo Mundial.
- **Consolidación de subvenciones del Fondo Mundial con seguros médicos y planes de financiamiento sanitario** para que cubran a las personas que viven con el VIH, la tuberculosis y la malaria y los servicios de las tres enfermedades.
- **Financiamiento u opciones de pago sostenibles para los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios, así como la contratación social.**
- **Actividades de gestión financiera pública** que: 1) no están incluidas en el ámbito de la sección "A qué se debe dar prioridad" pero cuyo impacto es significativo y su ejecución es específica o se prevé a largo plazo; 2) están vinculadas a sistemas de planificación de recursos empresariales o sistemas integrados de información sobre la gestión financiera.
- Fortalecimiento institucional de los actores que participan en la gestión financiera pública, como las funciones de auditoría interna y externa, entre otros.
- Profesionalización o certificación de quienes trabajan en finanzas del sector sanitario.
- Actividades diseñadas para respaldar la elaboración y ejecución adecuada y eficaz del presupuesto nacional de salud.



Tuberculosis: repriorización por intervención

Los países están avanzando rápidamente hacia la optimización, la prestación de servicios integrados y la mejora de la eficiencia.

Mejorar la eficiencia *dentro* de los programas de tuberculosis

Integración y descentralización

- Tamizaje de contactos, detección activa de casos, tratamiento de la tuberculosis y tratamiento preventivo de la tuberculosis.
- Actividades relacionadas con la tuberculosis farmacorresistente y farmacosenible.
- Tamizaje mediante radiografías digitales con IA, agrupación de muestras de esputo y pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS.

Reducir costos

- Utilizar nuevas herramientas y algoritmos más sensibles y específicos para el tamizaje o el diagnóstico.
- Regímenes terapéuticos cortos y rentables.
- Digitalizar el registro y la notificación de casos de tuberculosis, garantizar la interoperabilidad de los sistemas y reforzar la vigilancia y el uso de datos.

Ampliar los modelos innovadores y más eficientes para la **participación del sector privado** en la respuesta a la tuberculosis.

Mejorar el **financiamiento nacional** y explorar opciones de financiamiento innovador y mixto.

Integrar los servicios de tuberculosis *en otros* programas

- ✓ Integrar el tamizaje de enfermedades (tales como tuberculosis, VIH, diabetes, salud materna y nutrición).
- ✓ Promover plataformas de tamizaje y pruebas de múltiples enfermedades en los programas de salud para ofrecer una atención integral.
- ✓ Reforzar y capacitar a los trabajadores de salud comunitarios en áreas como la detección de la enfermedad, la observancia del tratamiento y la prestación de servicios de salud integrados para múltiples afecciones.
- ✓ Ampliar e integrar las redes de transporte de muestras construidas en plataformas nacionales o locales y los sistemas para la tuberculosis y otras enfermedades.
- ✓ Utilizar plataformas digitales y en línea para la formación, la participación comunitaria y soluciones digitales para la integración de la vigilancia sanitaria y la notificación.

Ejemplos, no exhaustivo

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Tamizaje y diagnóstico (Tuberculosis farmacosensible, tuberculosis farmacorresistente, tuberculosis/VIH, infección por tuberculosis)	• Actividades de detección de casos en los establecimientos de salud, incluida la detección intensificada, sobre todo en centros de gran volumen. • Mantener servicios esenciales de diagnóstico y optimizar el uso de las pruebas de diagnóstico molecular recomendadas por la OMS. • Transporte de muestras para aumentar el acceso a las pruebas de diagnóstico molecular recomendadas por la OMS y pruebas de sensibilidad a los fármacos existentes. • Actividades de colaboración entre la tuberculosis/VIH • Prestación de servicios integrados para las personas con otras enfermedades, como la diabetes, la desnutrición y otras comorbilidades. • Participación del sector privado en la respuesta a la tuberculosis, especialmente en países donde la mayoría de las personas con síntomas de tuberculosis acuden a los servicios del sector privado. • Mantener la participación comunitaria para reducir la estigmatización, generar confianza y mejorar la utilización de los servicios, así como para mantener el acceso de las poblaciones clave y vulnerables a la atención de la tuberculosis.	• Revisar la detección activa de casos en la comunidad y localizar o priorizar a los grupos y áreas de alto riesgo utilizando los datos disponibles y herramientas o enfoques simples. • Cuando corresponda, considerar la posibilidad de agrupar muestras de esputo para optimizar los costos de los cartuchos (<i>existe una evidencia limitada, por lo que requiere la revisión y aprobación de la OMS</i>) y utilizar radiografías digitales para el triaje con el fin de reducir el número de cartuchos o chips necesarios. • Utilizar pruebas de muestras alternativas para grupos específicos, p. ej., muestras de heces en niños.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Tratamiento de la tuberculosis farmacosensible, tuberculosis farmacorresistente, coinfección por tuberculosis/VIH e infección por tuberculosis.	- Garantizar que los pacientes con todas las formas de tuberculosis reciban un tratamiento y apoyo adecuados, que los medicamentos de primera línea se adquieran con recursos nacionales y que se asuma progresivamente la adquisición de medicamentos de segunda línea en la medida de lo posible. - Utilizar los nuevos regímenes, más cortos y efectivos, como el BPaL/M de seis meses (BDLLfx/C para niños y mujeres embarazadas) para la tuberculosis farmacorresistente, 3HP para el tratamiento preventivo de la tuberculosis, y el tratamiento de cuatro meses en niños con tuberculosis farmacosensible no grave. - En el caso del tratamiento preventivo de la tuberculosis, se debe dar prioridad a las personas que viven con el VIH y a quienes están en contacto en el hogar con pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada. - Medidas de prevención y control de infecciones, en especial, equipos de protección individual: mascarillas para pacientes con tuberculosis farmacorresistente y respiradores para el personal, incluidos los trabajadores de salud comunitarios.	- Acelerar la transición a regímenes acortados para la tuberculosis farmacorresistente y el tratamiento preventivo. - Integrar los servicios para la tuberculosis farmacorresistente y farmacosensible y realizar la transición a modelos de tratamiento centrados en las personas con el apoyo de la observancia digital del tratamiento, familiares y comunidades. - Considerar el uso del tamizaje basado en síntomas en lugar de IGRA o de la prueba cutánea de la tuberculina con el fin de proporcionar tratamiento preventivo de la tuberculosis según las recomendaciones de la OMS.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Datos, monitoreo, supervisión, formación y revisión de programas	- Mantener un sistema de notificación rutinaria y reforzar las actividades de vigilancia. - Análisis rutinarios y uso de datos para identificar deficiencias y orientar mejor las intervenciones. - Promover que se completen las encuestas y los análisis rutinarios en curso. - Revisar y repriorizar la formación y garantizar, entre otras cuestiones, que incluya consideraciones de derechos humanos y género. - Seguir apoyando la supervisión rutinaria de los programas y las actividades de monitoreo y evaluación, incluida su integración con otros programas (p. ej., del VIH), cuando sea pertinente y eficaz.	- Herramientas como la localización de puntos críticos y el análisis de la cascada de atención de la tuberculosis pueden orientar las intervenciones a determinadas poblaciones y zonas para optimizar la asignación de los recursos. - Utilizar datos de vigilancia, revisiones epidemiológicas y modelos sencillos para fundamentar la planificación y la priorización. - Si es necesario, respaldar un proceso simplificado de revisiones programáticas y epidemiológicas para fundamentar la revisión o elaboración de los PEN, centrándose en la priorización en función de los datos disponibles y con apoyo remoto, en consonancia con el nuevo enfoque anunciado recientemente por la OMS. - Aprovechar las plataformas y tecnologías de formación en línea para proporcionar formación a distancia, establecer redes de mentoría y supervisar estas actividades con el fin de reducir los costos relacionados con el transporte, los viáticos y el tiempo que no se dedica a tareas programáticas.

Intervenciones que deben dejar de ser prioritarias

Intervenciones	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones
Tamizaje y diagnóstico	Adquisición de nuevos equipos	- Priorizar el uso de microscopios para el seguimiento del tratamiento frente al diagnóstico. - Optimizar el uso de cartuchos, por ejemplo, mediante la agrupación de muestras, el uso radiografías con IA para el tamizaje y el triaje de quienes acuden a la atención, o el análisis de muestras de heces en niños. - Sustitución de módulos defectuosos en lugar de adquirir nuevos dispositivos. - Utilizar nuevas pruebas asequibles cerca de los puntos de atención (cuando estén disponibles).
Detección activa de casos	Servicios de salud móviles para la tuberculosis o campañas a gran escala y detección activa de casos no priorizados o inespecíficos.	Valorar la localización y selección de grupos y áreas geográficas de alto riesgo utilizando los datos disponibles, por ejemplo, el índice de vulnerabilidad.
Tratamiento	Regímenes terapéuticos prolongados y caros cuando existen alternativas más cortas, eficaces y baratas.	- Acelerar la transición a nuevos regímenes terapéuticos acortados (p. ej., tratamiento de seis meses para la tuberculosis farmacorresistente, 3HP/1HP, 3HR para el tratamiento preventivo de la tuberculosis, tratamiento de cuatro meses en niños con tuberculosis farmacosensible no grave). - Seguir utilizando regímenes de seis meses para los adultos con tuberculosis farmacosensible como opción rentable.
Facilitadores, apoyo nutricional	Apoyo nutricional general e incentivos.	Mantener o priorizar la provisión de apoyo nutricional y ayudas de transporte a grupos específicos, como pacientes con tuberculosis farmacorresistente, niños con desnutrición severa y personas sin hogar.
Encuestas	- Nuevas encuestas sobre tuberculosis, por ejemplo, sobre la prevalencia. - Proyectos de investigación operativa no urgentes y costosos.	- Utilizar los datos existentes para actualizar la estimación de la carga de tuberculosis según corresponda. - Limitar la investigación operativa a lo esencial y utilizar los datos y evidencias existentes para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de tuberculosis.
Gestión de programas, recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios	Ampliar el número de trabajadores comunitarios y de asistentes jurídicos.	- Mantener a los trabajadores de salud comunitarios y embajadores que participan actualmente en la respuesta a la tuberculosis. Para más información sobre la integración de los trabajadores de salud comunitarios, véase la sección sobre <u>recursos humanos para la salud en los SSRS</u>. - Revisar minuciosamente los costos de gestión de programas y salarios de todos los equipos de proveedores de atención sanitaria, incluidos los trabajadores de salud comunitarios.
Nuevas construcciones	Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.	- Valorar la participación a distancia en lugar de viajar para asistir a conferencias, reuniones o cursos formativos internacionales. - Reducir los gastos de reuniones, talleres, entre otros, dentro del país.
Asistencia técnica		Revisar y priorizar la asistencia técnica para que esté mejor dirigida y sea más eficiente, por ejemplo, mediante apoyo remoto.
Eliminar los obstáculos	Nuevos marcos jurídicos y políticos para evitar medidas punitivas o coercitivas y mejorar los servicios de tuberculosis basados en los derechos.	Respaldar la integración de iniciativas en torno a los marcos jurídicos y políticos relacionados con la tuberculosis y las actividades de acceso a la justicia en los mecanismos e instituciones nacionales de derechos humanos.



VIH: repriorización por intervención

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Tratamiento y atención del VIH: prestación de servicios diferenciados, enfermedad del VIH en fase avanzada, tuberculosis/VIH, manejo de coinfecciones y comorbilidades.	• Acceso al tratamiento del VIH, incluida la adquisición de antirretrovirales y la prestación de servicios (administración de antirretrovirales, apoyo para la continuidad del tratamiento), para la cohorte actual y ampliación a personas que son diagnosticadas por primera vez. • Medidas para mantener a las poblaciones clave y vulnerables en tratamiento, por ejemplo, garantizando su seguridad y protección y el apoyo basado en pares para la continuidad del tratamiento. • Enfermedad del VIH en fase avanzada: pruebas de CD4, diagnóstico de la tuberculosis para personas con enfermedad del VIH en fase avanzada (pruebas LF-LAM y moleculares); pruebas y tratamiento criptocócico; pruebas y manejo de otras infecciones oportunistas en función del contexto nacional; profilaxis con cotrimoxazol, y su interrupción cuando sea necesaria; pruebas y manejo integrados de la hepatitis C en países con niveles altos de coinfección; tratamiento para casos de hepatitis B diagnosticados; apoyo a los programas existentes de detección del cáncer cervicouterino y prestación de prevención secundaria. • Monitoreo de la carga viral y búsqueda de las opciones de menor costo disponibles, con la posibilidad de realizar modificaciones (véase más abajo la diapositiva sobre consideraciones para reducir prioridades en los productos sanitarios). • Tuberculosis/VIH: tamizaje de síntomas de tuberculosis en cada contacto con el establecimiento de salud, tamizaje de la tuberculosis utilizando los equipos disponibles; diagnóstico molecular (p. ej., GeneXpert, TrueNat) junto con LF-LAM como pruebas iniciales; pruebas del VIH para personas con tuberculosis; inicio inmediato o continuación del tratamiento antirretroviral en pacientes coinfectados por tuberculosis/VIH y provisión de tratamiento contra la tuberculosis; tratamiento preventivo de la tuberculosis para todas las personas que viven con el VIH elegibles.	• Utilizar modelos de dispensación y retirada de antirretrovirales que ahorren recursos siempre que sea posible, por ejemplo, mediante puntos de recogida rápida. • Considerar la dispensación para varios meses (seis meses cuando sea viable), la administración de tratamiento antirretroviral en la comunidad, el uso optimizado de pares y actores comunitarios, la prestación de servicios adaptados y modelos de apoyo a la observancia específicos para llegar a quienes más lo necesitan. • Las pruebas y el manejo de la hepatitis B podrían cubrirse en entornos de alta prevalencia entre las personas con mayor riesgo. • Se recomienda el uso de regímenes de tratamiento preventivo de la tuberculosis acortados, ya que son rentables, tienen menos efectos secundarios y una mayor tasa de finalización.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Eliminación de la transmisión vertical	• Prueba doble del VIH y la sífilis como primera prueba en el marco de la eliminación de la transmisión vertical; pruebas para mujeres de poblaciones clave y otras mujeres de alto riesgo (entre otras, las niñas adolescentes y mujeres jóvenes más expuestas en entornos con una incidencia elevada); priorizar las pruebas del VIH en los centros de atención prenatal de entornos con una carga alta. • Distribución de preservativos; introducción o ampliación de la PrEP en entornos que ofrecen servicios a mujeres embarazadas o lactantes cuando la incidencia en la población sea muy alta (>3%) o alta (1-3%) Y cuando se registren comportamientos de alto riesgo. Utilizar la PrEP oral y las opciones de PrEP inyectable de menor costo. • Detección de la violencia de género, derivación y respuesta efectivas cuando ya están integradas en la eliminación de la transmisión vertical. • Profilaxis infantil para todos los niños expuestos al VIH; diagnóstico infantil precoz y pruebas de seguimiento para todos los niños expuestos al VIH. • Apoyo para la retención con el fin dar continuidad al tratamiento antirretroviral, incluidas las estrategias comunitarias.	• Las pruebas de hepatitis B podrían dejar de ser prioritarias. Sin embargo, se debe valorar con cuidado esta posibilidad debido a la posible interrupción de las iniciativas vigentes para promover la integración, en especial en entornos donde las pruebas de la hepatitis B podrían tener un mayor impacto. • Reducir la prioridad de las inversiones en nuevos equipos de diagnóstico infantil precoz y carga viral en el punto de atención; optimizar las redes de diagnóstico existentes para seguir garantizando el diagnóstico infantil precoz. • Valorar si es posible ahorrar con modelos de apoyo entre pares o de madres mentoras y oportunidades para ampliar el alcance su trabajo cuando sea viable (p. ej., apoyo para dispensar el tratamiento antirretroviral). Para más información, consulte la sección sobre recursos humanos para la salud en los SSRS.
Pruebas del VIH	• Pruebas para poblaciones clave. • Pruebas para niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas sexuales masculinas en zonas donde la incidencia sea elevada (entre un 1 y un 3%), así como donde la incidencia sea moderada (superior al 0,3% e inferior al 1%) y las niñas adolescentes y mujeres jóvenes registren conductas de alto riesgo. • Pruebas basadas en redes sociales, incluidas las pruebas a partir del caso índice y los servicios de pareja. • Pruebas en servicios de tuberculosis, para niños en riesgo, personas con ITS y otros pacientes que el proveedor considere personas de riesgo.	• Implicar a proveedores no profesionales en la realización pruebas del VIH puede ser una medida rentable en comparación con las realizadas exclusivamente por trabajadores sanitarios. • Oportunidades para ahorrar costos mediante la adopción de kits y productos de pruebas del VIH de bajo costo. • Existen opciones de calidad asegurada de bajo costo, especialmente para la primera prueba del algoritmo de tres pruebas. • Adoptar pruebas de autodiagnóstico del VIH (incluso en los establecimientos de salud) puede contribuir a ahorrar cuando sustituyen a las pruebas realizadas por proveedores.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones

Inversiones prioritarias

Consideraciones

Prevención del VIH

- Preservativos masculinos y lubricantes (preservativos femeninos solo cuando sean claramente necesarios o su uso sea estable, como en el caso de trabajadoras del sexo); preservativos, lubricantes y material de inyección seguro en lugares informales (p. ej., bares, burdeles, máquinas expendedoras) gestionados por actores locales; centrar en primer lugar las inversiones en entornos con una incidencia del VIH elevada y, a continuación, en los de incidencia moderada.
 - PrEP para quienes ya la reciben y nuevos usuarios en lugares de incidencia alta o para personas en mayor riesgo (se sugieren umbrales). Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.
 - Comunicación, información y creación de demanda en materia de prevención del VIH para todas las poblaciones clave, así como para las niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas sexuales masculinas en entornos con una incidencia moderada o alta.
 - Capacitación comunitaria para todas las poblaciones clave: prestación de servicios específicos de prevención del VIH basados en la divulgación y centrados en el uso de opciones de prevención; seguridad y protección.
 - Intervenciones de protección social (comunicación personal estructurada) para niñas adolescentes y mujeres jóvenes en entornos con una incidencia elevada del VIH y una alta prevalencia de factores de riesgo.
 - PEP para todas las posibles exposiciones al VIH, incluida como parte de los servicios integrados de respuesta de primera línea a la violencia de género; servicios básicos integrados y gestión sindrómica de ITS; pruebas y tratamiento del VHC en servicios de reducción de daños en países con altos niveles de coinfección.
 - Reducción de daños: material de inyección seguro que refleje las preferencias de los usuarios; cuidado de lesiones; terapia de sustitución de opiáceos para personas que consumen drogas inyectables; prevención y manejo de sobredosis.
 - Circuncisión masculina médica voluntaria: integración en la atención primaria de salud o en servicios generales de salud sexual.
 - Actividades de derechos humanos directamente vinculadas con la mejora del acceso a los servicios (entre ellas, abordar prácticas policiales perjudiciales).
- Integrar la PrEP y la PEP en los servicios existentes de salud sexual y reproductiva, planificación familiar e infecciones de transmisión sexual, así como en otros servicios de salud.
 - Esto incluye catalizar la introducción de PrEP con lenacapavir en determinados portafolios como parte de las iniciativas generales de planificación.
 - Valorar un enfoque de mercado total para que los programas de preservativos sean sostenibles.
 - Dar prioridad a actividades de creación de demanda y comunicación que aborden múltiples opciones de prevención y pruebas del VIH, en lugar de campañas con una sola opción; combinar modalidades presenciales con modalidades de salud en línea o móvil.
 - Acelerar la transición a programas gubernamentales de protección social y el apoyo a la educación para niñas adolescentes y mujeres jóvenes.
 - Prevención para poblaciones clave: monitorear el costo de la prestación de servicios en relación con el desempeño; analizar la prestación de servicios fuera de los centros de asistencia; integrar servicios siempre que sea posible.
 - Priorizar la administración nacional de los programas de prevención del VIH para gestionar y adaptar la prestación de servicios, integrar la prevención del VIH en la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y la atención primaria; y responder a las necesidades críticas de suministros (preservativos y lubricantes, PrEP o PEP, productos para la reducción de daños).

Priorización de intervenciones y consideraciones

Consideraciones para priorizar la prestación de servicios de prevención del VIH:

Divulgación comunitaria:

- Reforzar el sistema de divulgación comunitaria para las diferentes fases de la prevención, las pruebas, el tratamiento y el apoyo relacionados con el VIH. Evitar la divulgación de un único tema o intervención.
- Dar prioridad a organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad con gran alcance.
- Garantizar que las actividades de divulgación se centren en la prevención y las pruebas del VIH, así como en la vinculación con los resultados de la atención.
- Ampliar la prestación de servicios de salud en línea o móvil.
- Adaptar los costos de recursos humanos dedicados a la divulgación, de organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad a escalas salariales nacionales sostenibles y normalizadas. Cuando el contexto no permita realizar un cambio inmediato sin que esto afecte a los servicios de divulgación, se deberá comenzar a planificar la transición a escalas salariales nacionales estandarizadas con los fondos del CS8 (consulte la sección sobre recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios de los SSRS para más información).

Aprovechar las plataformas de prestación de servicios existentes:

- Los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar e ITS (del gobierno y de organizaciones de la sociedad civil) están infrautilizados como lugares donde llevar a cabo iniciativas de prevención y pruebas del VIH. Valorar la posibilidad de utilizar una plataforma de servicios de salud sexual y reproductiva como instrumento clave para prestar servicios de prevención y pruebas del VIH.
- Ampliar la entrega de productos de prevención del VIH en farmacias.
- Revisar los costos de los servicios móviles y las instalaciones fijas (p. ej., centros de asistencia y espacios seguros para poblaciones clave), evaluando el desempeño en relación con las metas del VIH. Centrar las inversiones en lugares con una alta concentración de poblaciones clave.

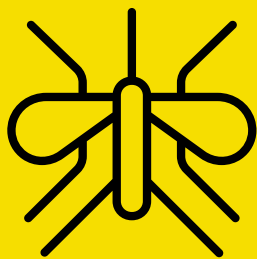
Priorización de intervenciones y consideraciones

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Reducir los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH y tuberculosis.	• Actividades para reducir la estigmatización y la discriminación en 1) establecimientos de atención sanitaria y 2) entornos comunitarios para eliminar los obstáculos en los servicios de salud. • Mantener los mecanismos de las diferentes partes interesadas para coordinar y supervisar la ejecución de planes estratégicos y programas relacionados con los derechos humanos. • Mantener el monitoreo dirigido por la comunidad de las vulneraciones de los derechos humanos y la reparación en los establecimientos de salud. • Mantener intervenciones dirigidas por la comunidad (p. ej., asistentes jurídicos comunitarios) que promuevan el acceso a la justicia, la rendición de cuentas y la reparación en el contexto de los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de salud. • Mantener la capacidad comunitaria para llevar a cabo iniciativas de monitoreo y reducir la estigmatización y la discriminación en la atención sanitaria, la comunidad y los entornos jurídicos.	• Integrar competencias sobre el principio de no discriminación, las poblaciones clave y el género en las actividades de capacitación del personal sanitario. • Para promover la sostenibilidad a largo plazo, es necesario respaldar la integración de las actividades de acceso a la justicia relacionadas con el VIH en los mecanismos e instituciones nacionales de derechos humanos, entre otros, los de rendición de cuentas para que los servicios de VIH respeten los derechos y mecanismos de denuncia para pacientes.

Consideraciones sobre la reducción de prioridades en productos sanitarios

Qué debe dejar de ser prioritario:

- **Tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH:**
 - Continuación del tratamiento con cotrimoxazol para quienes siguen el tratamiento antirretroviral de forma estable de acuerdo con las directrices de la OMS.
 - La detección activa y el manejo de casos de hepatitis B en adultos (podrían cubrirse en entornos de alta prevalencia entre las personas con mayor riesgo).
 - Pruebas y manejo integrados de la hepatitis C como parte de los servicios de VIH y reducción de daños en países con elevados niveles de coinfección.
 - Nuevas iniciativas de tamizaje del cáncer cervicouterino.
 - Tratamientos para enfermedades no transmisibles.
 - Las encuestas y la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH pueden aplazarse hasta que se disponga de recursos.
 - En algunos países, los planes de contingencia pueden contemplar reducir la frecuencia de las pruebas de carga viral o utilizarlas forma más selectiva que la recomendada por la OMS, con el fin de ahorrar en un contexto de graves restricciones presupuestarias. Las directrices de la OMS siguen recomendando las pruebas rutinarias de carga viral para monitorear a los pacientes, y aunque el Fondo Mundial no aboga por hacer un uso específico de dichas pruebas, apoyamos a los países que han tomado esta decisión.
- **Tuberculosis/HIV:**
 - Adquisición de nuevas máquinas de rayos X.
 - Adquisición de proteína C reactiva para el tamizaje.
 - Pruebas IGRA y cutáneas antes de iniciar el tratamiento preventivo de la tuberculosis.
- **Eliminación de la transmisión vertical:**
 - Las pruebas de hepatitis B podrían dejar de ser prioritarias. Sin embargo, esto se debe valorar con cuidado debido a la posible interrupción de las iniciativas vigentes para promover la integración.
 - Las inversiones en nuevos equipos de diagnóstico infantil precoz y carga viral en el punto de atención con el fin de optimizar las redes de diagnóstico existentes para seguir garantizando el diagnóstico infantil precoz.
- **Pruebas del VIH:**
 - Algoritmo de pruebas de mayor costo (en concreto la primera prueba): las nuevas orientaciones de la OMS recomiendan utilizar pruebas A1 de menor costo con estudios de verificación realizados simultáneamente o después de introducir la prueba.
 - Pruebas de autodiagnóstico del VIH de mayor costo: valorar las pruebas sanguíneas de menor costo disponibles en el mercado y los nuevos productos que se lancen.
- **Prevención del VIH:**
 - Anillo de PrEP para nuevas usuarias; adquisición de TDF/FTC para la PrEP oral, que suele ser más caro que el TDF/3TC, de igual eficacia y menor costo.
 - Sin embargo, se recomienda adoptar un enfoque flexible en aquellos lugares donde hay una demanda clara de preservativos femeninos, especialmente en el caso de las trabajadoras del sexo.



Malaria: repriorización por intervención

Priorización de intervenciones y consideraciones

Gestión de casos

Gestión de casos en el sector público (en los establecimientos de salud y en la comunidad):

- **Los países deben incluir como mínimo:** productos (terapias combinadas con artemisinina, pruebas de diagnóstico rápido, artesunato intravenoso, esporozoítos atenuados por radiación y cloroquina, primaquina en contextos de *P. vivax*) y costos esenciales de la cadena de suministro para el sector público (a nivel de los establecimientos y comunitario), dando preferencia al uso de cadenas de suministro nacionales o a la transferencia a estas.
- **Cuantificación:** recalibrar a medida que cambien las intervenciones preventivas (y el contexto epidemiológico). Documentar las necesidades si no se consigue otro financiamiento externo.
- Garantizar la **selección de productos** más rentables para cualquier estrategia de tratamientos múltiples de primera línea (p. ej., artemetero-lumefantrina y artesunato-amodiaquina) y pruebas de diagnóstico rápido (p. ej., hay una diferencia de precio importante entre las pruebas en el punto de atención y las cajas de pruebas de diagnóstico rápido).
- **Calidad de la atención:** trasladar la formación y la supervisión de la malaria a sistemas de formación y supervisión integrados en la atención primaria de salud; dar prioridad a la formación y supervisión en distritos y establecimientos con peor desempeño. Integrar las estrategias de equidad, derechos humanos e igualdad de género en la formación y supervisión.
- **Acceso a la atención:** evaluar el despliegue óptimo de trabajadores de salud comunitarios; mantener los productos básicos para la gestión integrada de casos comunitarios no relacionados con la malaria, pero con un plan para cubrirlos con financiamiento nacional. Continuidad del sector privado tras una revisión caso por caso. Garantizar el acceso en entornos operativos complejos, ya que puede dejarse de dar prioridad a determinadas poblaciones. En zonas y poblaciones de difícil acceso sin establecimientos de salud ni trabajadores de salud comunitarios, se puede valorar la posibilidad de aplicar enfoques estacionales o móviles.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Control de vectores

RRI:

- **Se debe evitar un cambio radical de estrategia sin un plan alternativo, ya que los repuntes de malaria serían graves.**
- Mantener el RRI si es inminente. Valorar la transición a MTI de doble ingrediente activo tratados con CFP a más largo plazo.
- Si no se puede mantener, dar prioridad a zonas donde se ha llevado a cabo anteriormente el RRI para desplegar los MTI de doble ingrediente activo tratados con CFP, monitorear los casos para detectar repuntes y garantizar un margen para la gestión de casos.
- Aplicar medidas pertinentes para reducir costos de las campañas, aunque es probable que haya menos capacidad para realizar cambios rápidos que en el caso de los MTI.

MTI: (pronto estarán disponibles directrices operativas en <https://allianceformalariaprevention.com/>).

- **Garantizar la cobertura de las poblaciones más vulnerables; dar prioridad a las zonas con una carga de morbilidad alta y moderada respecto a las de carga baja; la distribución continua a través de los canales más eficaces en el contexto local es importante para lograr un impacto continuo.**
- Revisar tanto la estrategia de distribución (combinación de canales, zonas y poblaciones destinatarias) como los enfoques operativos (diseño de la campaña) para optimizar el presupuesto.
- Garantizar que cualquier adaptación sea viable en el tiempo disponible.
- Optimizar la selección de los canales:
 - Garantizar que los canales continuos o rutinarios que dan prioridad a los grupos más vulnerables dispongan de existencias.
 - Dar prioridad a las zonas rurales con alta carga, excluir las zonas urbanas o con carga baja de las campañas (será necesario prestar atención a los grupos vulnerables y las zonas periurbanas y donde la especie *Anopheles stephensi* sea un problema).
 - Si no es posible realizar una campaña de cobertura universal en las zonas restantes, analizar la posibilidad de realizar campañas de menor cobertura (p. ej., dirigidas solo a menores de cinco años o proporcionando menos mosquiteros a cada familia), o dar prioridad a zonas con mayor carga en las campañas de cobertura universal, u optar por la distribución continua de alto rendimiento, por ejemplo, en las escuelas.
 - Si no es posible realizar una campaña o una distribución a gran escala en las escuelas, se deben distribuir tantos mosquiteros como sea posible a través de canales rutinarios que incluyan opciones como: centros de atención prenatal o del Programa Ampliado de Inmunización, jornadas de salud infantil, clínicas móviles, MTI para pacientes con malaria grave dados de alta, entre otros.
- Optimizar enfoques operativos. Pronto estará disponible más información en <https://allianceformalariaprevention.com/>.
- Optimizar la selección de productos: los países no deben volver a utilizar los mosquiteros tratados únicamente con piretroides en zonas con resistencia a esta sustancia. Seguir considerando la posibilidad de cambiar los mosquiteros tratados solo con piretroides previstos en estas zonas por los de doble ingrediente activo tratados con CFP, pues es una medida altamente rentable. Analizar si se pueden utilizar de menor tamaño. Sin personalizar.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Quimioprevención

Quimioprevención de la malaria estacional:

- Recomendaciones sobre cómo reducir costos en campañas de distribución.
- Revisar los criterios de elegibilidad; dar prioridad a los menores de cinco años; evaluar el equilibrio entre el número de rondas y la cobertura geográfica.
- Las decisiones sobre las prioridades subnacionales de prevención pueden variar.
- Buscar oportunidades de integración: con MTI u otras campañas; distribución a cargo de trabajadores de salud comunitarios.

Tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo:

- La adquisición de la sulfadoxina-pirimetamina deberá cubrirse con financiamiento nacional tan pronto como sea posible.
- Trasladar el control al programa de salud materno-infantil con el programa nacional de malaria como parte del grupo técnico de trabajo y proveedor de asistencia técnica, incluida la formación y supervisión integradas en centros de atención prenatal y la priorización de la formación y supervisión en función del desempeño.
- El tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo en la comunidad deberá mantenerse e integrarse en las labores esenciales de los trabajadores de salud comunitarios.
- Dar prioridad a los esfuerzos por incrementar la asistencia a los centros de atención prenatal (y abordar los obstáculos en el acceso) mediante SSRS.

Quimioprevención de la malaria perenne:

- La adquisición de la sulfadoxina-pirimetamina deberá cubrirse con financiamiento nacional tan pronto como sea posible.
- Dado que se trata de una intervención reciente, es posible que el programa nacional de malaria deba implicarse más al principio, pero será necesario elaborar planes para trasladar el control al Programa Ampliado de Inmunización con un esquema similar al del tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo.
- Integración en sistemas de prestación existentes ajenos al Programa Ampliado de Inmunización con el fin de ampliar la cobertura en el segundo año de vida.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Prioridad transversal: vigilancia, monitoreo y evaluación

Sistema de información sanitaria:

- Seguir apoyando la creación de un repositorio nacional de datos sobre la malaria, si ya está planificado. Su mantenimiento deberá cubrirse con financiamiento nacional cuando sea posible.
- **Integrar** los sistemas con la alerta precoz y otros sistemas de vigilancia de enfermedades febriles; simplificar las actividades de evaluación de la calidad de los datos.
- En el [documento del enfoque de repriorización programática del CS7](#) pueden encontrarse recomendaciones sobre la vigilancia general de los sistemas de salud.

Garantizar la disponibilidad de datos para la toma de decisiones:

- Si las encuestas a gran escala no están avanzadas (p. ej., encuestas de indicadores de malaria o encuestas demográficas y de salud), deberán aplazarse.
- Vigilancia en la primera visita a la atención prenatal (monitoreo rutinario de la prevalencia): se trata de una nueva estrategia que necesita recursos a corto plazo, por ejemplo, la cuantificación y disponibilidad de pruebas de diagnóstico rápido y terapias combinadas con artemisinina en todos los servicios de atención prenatal.
- Muestreo específico de aseguramiento de la calidad de los lotes y encuestas específicas a pequeña escala para el muestreo de determinados indicadores de cobertura (si fuera necesario, junto con el monitoreo y la evaluación de intervenciones específicas).
- Mantener las revisiones de los programas, la revisión del Plan Estratégico Nacional, y otros análisis, pero buscar eficiencias para reducir sus costos.

Monitoreo de amenazas biológicas:

- Seguir apoyando los estudios de eficacia terapéutica, las encuestas sobre la supresión de genes HRP2/3 y el monitoreo de la resistencia a los insecticidas, pero optimizando su frecuencia y cobertura geográfica, entre otras cuestiones. Se determinará su alcance para fundamentar decisiones específicas.

Preparación frente a epidemias:

- Integrar y descentralizar las iniciativas de preparación frente a epidemias en la medida de lo posible, aunque mantener los sistemas será aún más importante si se produce una reducción de los servicios.

Monitoreo dirigido por la comunidad:

- Mantenerlo si está establecido e integrarlo cuando proceda.

Priorización de intervenciones y consideraciones

Contexto de eliminación

En contextos en fase de eliminación o previa a la eliminación, se deben aplicar algunos principios generales a la hora de evaluar cómo priorizar las subvenciones.

Gestión de casos:

- Se dará prioridad a la detección pasiva de casos, ya que las estrategias de detección activa y reactiva son menos rentables y debe valorarse su interrupción. Dar prioridad a garantizar que los establecimientos de salud y la comunidad tengan capacidad para garantizar la prestación de servicios.
- **Las pruebas de diagnóstico rápido serán el método de diagnóstico prioritario**, pero es posible que los países necesiten mantener algunas pruebas de microscopía (parasitemia baja, sostenibilidad).
- Incluir la capacidad del sector privado para ofrecer pruebas, tratamiento y seguimiento con el fin de evitar que se pierdan casos.

Control de vectores:

- Dirigir las intervenciones de control de vectores a zonas donde exista el riesgo de que la transmisión continúe o resurja. En función de su viabilidad y disponibilidad, el rociado residual intradomiciliario y los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración suelen ser los métodos principales para reducir la transmisión en focos residuales o nuevos focos activos.

Vigilancia basada en casos:

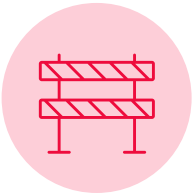
- Debe mantenerse, y es necesario descentralizar la operacionalización de la notificación e investigación de casos.



Anexo

Paso 1 - Aplazar o pausar las actividades acordadas: ejemplos de actividades transversales que se deben aplazar (1/2)

- Se publicó inicialmente en abril de 2025 para ayudar a los Receptores Principales a tomar decisiones sobre el aplazamiento de actividades transversales de las subvenciones.
- El objetivo de aplazar determinadas inversiones es preservar los servicios vitales críticos y poner en pausa al mismo tiempo algunas áreas de inversión con el fin de sacar el máximo partido al financiamiento disponible. Debe adaptarse al contexto de cada subvención y país, teniendo en cuenta las interdependencias programáticas.



Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.



Adquisición de nuevos vehículos y de material informático, de laboratorio y otros equipos. Dar prioridad a la revisión, el mantenimiento y la cobertura de la garantía de los equipos existentes para garantizar la precisión de los instrumentos y maximizar su vida útil. A la hora de tomar decisiones sobre el aplazamiento de la adquisición de material informático, es importante tener en cuenta las oportunidades que ofrecen las soluciones digitales para aumentar la eficacia y la eficiencia.



Asistencia a **conferencias** y viajes de estudios; **formación continua independiente y externa tipo taller** (p. ej., formación de reciclaje) sobre una sola enfermedad para los recursos humanos para la salud o trabajadores de salud comunitarios (cualquier equipo, incluidos pares).



Materiales impresos y costos de publicación, excepto para las herramientas de recopilación de datos y presentación de informes, como los registros de hospitales, laboratorios, instalaciones o trabajadores de salud comunitarios si no están digitalizados. Utilizar en su lugar plataformas digitales.



Costos de reuniones para la formulación, coordinación, validación y difusión de políticas, incluidos espacios, viáticos y refrigerios. Se pueden financiar reuniones esenciales que promuevan la integración y la sostenibilidad, pero será necesario ajustar al máximo los gastos. El objetivo no es detener todo tipo de planificación, sino ahorrar y mantener al mismo tiempo un compromiso significativo.



Nuevas encuestas, estudios, evaluaciones y revisiones, incluidas encuestas de indicadores de malaria, encuestas demográficas y de salud, encuestas de prevalencia (p. ej., sobre la tuberculosis), encuestas de farmacoresistencia del VIH, encuestas bioconductuales integradas, revisiones de la calidad de los datos nacionales, evaluaciones armonizadas de los establecimientos de salud, evaluaciones rápidas de impacto, encuestas de investigación operativa y estudios para la notificación de indicadores clave de desempeño (ICD) que aún no hayan comenzado. Excepción: se seguirán realizando evaluaciones específicas de establecimientos de salud para presentar a la Junta Directiva informes sobre los ICD, a menos que se identifiquen enfoques alternativos viables que permitan recopilar datos sobre estos indicadores.

Paso 1 - Aplazar o pausar las actividades acordadas: ejemplos de actividades transversales que se deben aplazar (2/2)

Se deben adaptar al contexto nacional



Programas o material para el cambio conductual, campañas en los medios de comunicación (p. ej., sobre la prevención del VIH) y actos de presentación (como campañas contra la malaria). Optar por modalidades virtuales y de comunicación interpersonal en detrimento de la impresión. Excepciones: identificadores esenciales para quienes llevan a cabo las campañas o los actores comunitarios que requieran identificación (p. ej., brazaletes, camisetas o gorras).



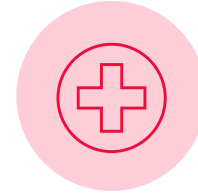
EPI (equipo de protección individual) que no sea esencial para la protección del personal o de los pacientes (p. ej., dejar de adquirir mascarillas para el personal de las campañas de mosquiteros tratados con insecticida o de quimioprevención de la malaria estacional). Excepto en el caso de EPI para la tuberculosis y la tuberculosis farmacorresistente.



Jornadas conmemorativas, campañas y actos genéricos en los medios de comunicación y productos relacionados (camisetas, cuadernos, bolígrafos).

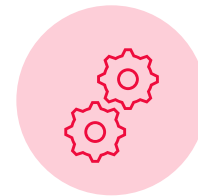


Actividades de abogacía independientes. Excepciones: las que hayan demostrado ser eficaces a la hora de influir en los responsables de formular políticas o en el mantenimiento de servicios esenciales, o que estén vinculadas al uso de datos del monitoreo dirigido por la comunidad.



Supervisión de una sola enfermedad o servicio

- Reducir la supervisión, pero seguir cubriendo las necesidades de prestación de servicios. Por ejemplo, las actividades de supervisión que se han planificado mensualmente se pueden llevar a cabo cada trimestre o mediante modalidades virtuales, siempre que sea posible.
- Reducir los insumos, por ejemplo, limitar el número de supervisores o el número de días de supervisión adaptando el enfoque a los resultados más negativos.
- Reducir la frecuencia de supervisión de los establecimientos o distritos con un buen desempeño sistemático. Centrarse en los establecimientos con peor desempeño.
- Dejar de dar prioridad a la supervisión desde el nivel nacional hasta los niveles descentralizados, incluidos los establecimientos públicos y las organizaciones de la sociedad civil. Priorizar en su lugar la supervisión a nivel subnacional, por ejemplo, en los distritos o en la atención primaria de salud, y reforzar los vínculos de las organizaciones de la sociedad civil con los actores locales del sistema de salud.



Costos operativos, como los de gestión programática, de la Unidad de Gestión de Programas y los viajes nacionales.