

# Enfoque de repriorización programática del CS7

"Proteger y facilitar el acceso a servicios vitales"

Fecha de publicación: 6 de junio de 2025

Fecha de actualización: 10 de junio de 2025



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.

# Índice

---

<b>Introducción</b>	<b>3</b>
---------------------	----------

---

<b>Consideraciones generales</b>	<b>4</b>
----------------------------------	----------

---

<b>Planes de contingencia para escenarios con un financiamiento reducido: aplazamiento de actividades del CS6 y del CS7</b>	<b>7</b>
---	----------

---

<b>VIH</b>	<b>9</b>
Tratamiento, atención y apoyo para el VIH	11
Tuberculosis/VIH	13
Eliminación de la transmisión vertical.	14
Pruebas del VIH	17
Reducción de los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH/tuberculosis	28

---

<b>Tuberculosis</b>	<b>34</b>
Optimización y uso eficiente de recursos y herramientas.	34
Priorización de intervenciones y actividades a lo largo de la cascada de atención	36
Reducción de la prioridad: intervenciones y actividades que deben dejar de ser prioritarias en el marco del financiamiento del Fondo Mundial	39

---

<b>Malaria</b>	<b>41</b>
Gestión de casos	42
Control de vectores	45
Adaptaciones de las actividades operativas (más relevantes para campañas, aunque se pueden adaptar a otros canales)	48
Quimioprevención	52
Vigilancia, monitoreo y evaluación	54

---

<b>Consideraciones sobre productos sanitarios y adquisiciones</b>	<b>57</b>
---	-----------

---

<b>SSRS</b>	<b>61</b>
Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios	62
Sistemas de gestión de productos sanitarios	67
Fortalecimiento de los sistemas de laboratorio integrados	70
Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación	71
Fortalecimiento de los sistemas comunitarios	76
Sistemas de financiamiento de la salud	78
Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia	81
Oxígeno médico y atención respiratoria	82

---

## Introducción

El presente documento sirve de guía a los Mecanismos de Coordinación de País (MCP)<sup>1</sup> y a los Receptores Principales (RP) a la hora de tomar decisiones relativas a la repriorización de las intervenciones de subvenciones del Fondo Mundial correspondientes al Séptimo Ciclo de Subvenciones (CS7), respetando el principio de titularidad del país y sin perder de vista la misión del Fondo Mundial: salvar vidas.

Cualquier cambio deberá ajustarse al contexto único de cada subvención y país, teniendo en cuenta las interdependencias programáticas y todas las fuentes de fondos. Como preparación para el Octavo Ciclo de Subvenciones (CS8), las decisiones sobre la repriorización y las revisiones de subvenciones del CS7 deberán adoptarse teniendo en cuenta la integración, la rentabilidad y la sostenibilidad a largo plazo de las actividades relacionadas con el VIH, la tuberculosis y la malaria dentro de los servicios de atención primaria de salud y de los sistemas de salud y comunitarios de los países. Véase a continuación la sección sobre SSRS e integración.

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 Equipo de País del Fondo Mundial.

Como primer caso de este ejercicio de repriorización, los Equipos de País del Fondo Mundial han estado colaborando con los MCP y los RP durante los últimos seis meses para aplazar o interrumpir determinadas actividades de las subvenciones vigentes del CS6 y del CS7. El aplazamiento o la interrupción de estas actividades tiene como fin maximizar el financiamiento disponible para servicios críticos (véase la sección 3 de este documento). Las orientaciones sobre el proceso para iniciar las revisiones de las subvenciones se publicarán por separado.

---

<sup>1</sup> En este documento, cualquier referencia a "MCP" alude también a los Mecanismos de Coordinación Regional (MCR), organizaciones regionales u otros solicitantes, según corresponda.

**Figura 1: Las decisiones de repriorización programática deben tener en cuenta el contexto nacional y todas las fuentes de financiamiento**



## Cómo utilizar este documento

Este documento está dividido en secciones de módulos o intervenciones específicas para el VIH, la tuberculosis, la malaria y los SSRS, que se complementan con una sección sobre productos sanitarios y adquisiciones. Cada sección plantea una serie de intervenciones que deben recibir prioridad o dejar de ser prioritarias, y sugiere dónde encontrar eficiencias u optimizar las inversiones.

## Consideraciones generales

### Equidad, derechos humanos, género y sistemas comunitarios

Las intervenciones clave para reducir los obstáculos relacionados con la equidad, los derechos humanos y el género deben priorizarse para garantizar que las poblaciones más afectadas puedan acceder fácilmente a los servicios de VIH, tuberculosis y malaria. La disponibilidad de servicios se considera por sí sola insuficiente, ya que las intervenciones deben diseñarse para garantizar que las poblaciones clave, vulnerables y desatendidas puedan acceder y beneficiarse de ellos, con un enfoque continuo en la implicación de las comunidades a lo largo de la cascada de atención. Los países deben esforzarse por eliminar los obstáculos estructurales de los sistemas comunitarios y de salud, como la estigmatización, la discriminación y la violencia de género. Estas barreras se ven agravadas en muchos lugares como resultado de los recortes en el financiamiento sanitario.

Mantener y reforzar los sistemas comunitarios es esencial para llegar a las poblaciones más afectadas. Para ello es necesario proteger los equipos de pares comunitarios y

garantizar que los mecanismos de prestación de servicios dirigidos por la comunidad estén optimizados, sigan siendo funcionales y cuenten con un apoyo adecuado. Asimismo, se deberán proteger las inversiones que contribuyen a mejorar la vinculación y la derivación entre las plataformas de prestación de servicios de salud formales y comunitarias.

La integración en los servicios de atención primaria debe ir acompañada de medidas para que los servicios sean accesibles y aceptables para las poblaciones más afectadas, por ejemplo, actividades para reforzar las competencias de prestación de una atención inclusiva, respetuosa, libre de estigmatización, sensible a las cuestiones de género y adecuada a la edad. Asimismo, los mecanismos de monitoreo dirigido por la comunidad y rendición de cuentas son esenciales para identificar y abordar cualquier vulneración de los derechos y garantizar que los sistemas de salud sigan cubriendo las necesidades de quienes están más expuestos al riesgo. Sin embargo, en este momento es importante evitar prestar apoyo a los programas de monitoreo dirigido por la comunidad independientes o piloto, según se indica en el presente documento.

También es importante que no se reduzca desproporcionalmente la inversión en estas áreas, debido a que eliminar estos obstáculos en el acceso a los servicios tiene beneficios inmediatos y a largo plazo. Las decisiones de priorización deben estudiarse de forma integral a nivel nacional y evaluarse en función de su impacto total o de las consecuencias imprevistas para las poblaciones vulnerables, así como de su potencial de empeorar los obstáculos en el acceso a la atención y las desigualdades sanitarias.

Por ejemplo, las reducciones de las inversiones en la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria para mujeres embarazadas pueden sumarse a recortes en los servicios de salud sexual y reproductiva y protección social dirigidos a niñas adolescentes y mujeres jóvenes y empeorar las desigualdades de género existentes y los resultados relacionados con la salud maternoinfantil.

## **SSRS e integración**

El Fondo Mundial sigue recomendando a los países que financien intervenciones para responder a las enfermedades de forma más integrada y sostenible, incorporando consideraciones de equidad, derechos humanos e igualdad de género en cada intervención y dando prioridad al fortalecimiento de los sistemas con el fin de conseguir el máximo impacto y resiliencia.

La priorización de actividades de enfermedades específicas debe valorarse junto con las áreas prioritarias de los SSRS, como los recursos humanos para la salud (especialmente los trabajadores de salud comunitarios), los sistemas de la cadena de suministro, el monitoreo y la prestación de servicios comunitarios y dirigidos por la comunidad, los sistemas de datos (SIS, SIGL, laboratorio, etc.), los sistemas integrados de laboratorio y otras funciones que promueven la calidad y el acceso equitativo a dichas actividades.

También se incluyen consideraciones adicionales para promover la sostenibilidad en la sección sobre SSRS.

## Optimización de recursos

El Fondo Mundial exige que todas las solicitudes de financiamiento demuestren una buena optimización de recursos y aprovechen al máximo y mantengan productos, resultados e impacto equitativos y de calidad en materia de salud con respecto al nivel de inversión. Esto se demuestra mediante cinco dimensiones: economía, eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad. Se recomienda a los solicitantes que consulten el [Informe técnico sobre la optimización de recursos](#) para entender cómo pueden demostrar una buena optimización de recursos.

## Financiamiento nacional

Dentro del panorama de financiamiento de cada país, es imperativo valorar qué función desempeñan los recursos nacionales a la hora de mantener intervenciones críticas que son esenciales para responder al VIH, la tuberculosis y la malaria y para construir SSRS, así como qué inversiones están mejor posicionadas para realizar la transición al financiamiento nacional a corto, medio y largo plazo. Se necesita un enfoque estratégico del financiamiento nacional para cada contexto específico con el fin de evitar la interrupción de los programas, mantener intervenciones críticas y evitar un aumento de la dependencia del financiamiento del Fondo Mundial cuando sea posible. En las deliberaciones sobre la priorización, se deben explorar oportunidades de reducir esta dependencia en tales intervenciones, especialmente dada la posibilidad de que los recursos del Fondo Mundial se vean sometidos a una gran presión a largo plazo.

El traspaso de inversiones específicas al financiamiento nacional depende del contexto y está influido por varios factores, entre otros:

1. **Panorama del financiamiento sanitario o general:** ¿Quién financia qué actualmente? ¿Se está produciendo o se podría producir algún cambio?
2. **Espacio fiscal y situación económica:** ¿Qué capacidad tienen los países para aumentar el financiamiento de determinadas intervenciones o costos de medio a largo plazo?
3. **Compromisos de cofinanciamiento adoptados para el CS7:** ¿A qué se ha comprometido formalmente el país durante el CS7? ¿Qué avances ha realizado para cumplir estos compromisos y en cuáles de ellos se podría profundizar?
4. **Qué intervenciones están mejor posicionadas para realizar la transición al financiamiento nacional:** ¿Cómo es la vía de transición para intervenciones específicas?
5. **"Ampliación" de las intervenciones pertinentes:** ¿Con qué rapidez pueden traspasarse intervenciones específicas al financiamiento nacional?

## Metas de las subvenciones

No recomendamos revisar las metas de las subvenciones debido a la priorización y a las reinversiones de las subvenciones con el fin de minimizar las interrupciones y permitir a los RP centrarse en la ejecución en lugar de revisar el marco de desempeño.

## Planes de contingencia para escenarios con un financiamiento reducido: aplazamiento de actividades del CS6 y del CS7

Esta sección se publicó inicialmente en abril de 2025 para ayudar a los Receptores Principales a tomar decisiones sobre el aplazamiento de actividades transversales de subvenciones del CS6 y CS7. 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. Las decisiones de aplazamiento deberán ajustarse al contexto único de cada subvención y país, teniendo en cuenta las interdependencias programáticas.

### Actividades transversales que se deben detener, reducir o pausar de forma inmediata

- **Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7** (p. ej., infraestructuras de almacenamiento, depósito o gestión de residuos cuya construcción todavía no haya empezado). En concreto, si todavía no se ha empezado a construir, no hay un plan claro para terminarla respetando el presupuesto y plazos previstos, y si existen alternativas más baratas y de menor riesgo.
- **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. 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.
- Asistencia a **conferencias** y viajes de investigación.
- **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).

- **Costos de reuniones** para la formulación, coordinación, validación y difusión de políticas, incluidos espacios, viáticos y refrigerios. Los países deben aprovechar las infraestructuras disponibles del Ministerio de Salud y de los distritos o municipios, o utilizar plataformas virtuales. Se pueden financiar reuniones esenciales que promuevan la integración y la sostenibilidad (p. ej., para finalizar un plan de sostenibilidad de los trabajadores de salud comunitarios), pero será necesario ajustar al máximo los gastos de viaje (número de participantes, duración de la reunión, etc.). También se pueden seguir cubriendo los gastos de viaje para que las poblaciones clave y vulnerables participen en foros técnicos y en la toma de decisiones con el fin de garantizar que estos procesos sean inclusivos y equitativos. 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 farmacorresistencia 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. Los datos específicos sobre el tratamiento antirretroviral pueden seguir siendo útiles a corto plazo, pero los países deben optar en su lugar por actividades integradas de aseguramiento de la calidad de los datos digitales rutinarios para adoptar un enfoque más eficiente y sostenible. 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.
- **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.
- **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). Mantener EPI para la tuberculosis, especialmente para los pacientes con tuberculosis farmacorresistente y el personal que los atiende, incluidos los trabajadores de salud comunitarios.
- **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.** Buscar ahorros en la gestión programática, los costos de la Unidad de Gestión de Programas y los viajes nacionales.

## VIH

Esta sección está organizada por cada módulo del marco modular del CS7 del Fondo Mundial relacionado con el VIH. En ella se plantea qué intervenciones deben priorizarse o dejar de ser prioritarias, y cómo identificar eficiencias basándose en los siguientes principios:

- **Prioridad 1.** Salvar vidas dando prioridad a determinadas intervenciones de tratamiento y atención del VIH, entre otras, la adquisición de antirretrovirales y la prestación de servicios (p. ej., administración de antirretrovirales o apoyo para la continuidad del tratamiento), así como el diagnóstico y el manejo de la tuberculosis y la enfermedad del VIH en fase avanzada.
- **Prioridad 2.** Identificar a personas seropositivas que no reciban tratamiento antirretroviral y vincularlas con el tratamiento, la atención y el apoyo. Derivar a otras personas a servicios de prevención del VIH. Promover las pruebas del VIH entre las personas más expuestas a la infección mediante enfoques rentables (como las pruebas basadas en redes, incluidas las pruebas a partir del caso índice o los servicios de pareja); entre personas con mayor riesgo de mortalidad,

por ejemplo, las que acuden a clínicas de tuberculosis; en servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS) o que proporcionan atención a las poblaciones clave; y mediante pruebas y asesoramiento iniciados por el proveedor. Promover las pruebas en los servicios de atención prenatal de entornos con una carga alta, así como la profilaxis antirretroviral y el diagnóstico infantil precoz para los lactantes expuestos al VIH.

- **Prioridad 3.** Proteger la prevención primaria mediante enfoques rentables, como la provisión de preservativos y lubricantes. Seguir proporcionando la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para los usuarios que ya la reciben y priorizar su inicio entre quienes corren más riesgo de infectarse por el VIH. Proteger los programas de reducción de daños manteniendo intervenciones vitales, como el tratamiento con agonistas opiáceos y las prácticas de inyección seguras. Proporcionar profilaxis posterior a la exposición (PEP) a todas las personas que hayan podido estar expuestas al VIH. Integrar la prevención del VIH en los servicios de salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual y planificación familiar.

**Obstáculos en el acceso a los servicios:** las intervenciones y enfoques prioritarios para abordar los obstáculos en los servicios se integran en estas tres áreas prioritarias. Se centran en actividades que implican a las comunidades y abordan las desigualdades y los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género en los servicios de VIH, incluida la prestación de servicios comunitarios.

**Recursos humanos para la salud:** en la [sección sobre recursos humanos para la salud en los SSRS](#) también se abordan consideraciones transversales sobre estos recursos y los trabajadores de salud comunitarios (incluidos los agentes de divulgación entre pares).

**[Intervenciones relacionadas con los sistemas:](#)** valorar qué intervenciones relacionadas con los sistemas de salud promueven la provisión y calidad de los servicios, dando prioridad a enfoques integrados que mejoren la eficiencia y la sostenibilidad siempre que sea posible.

Una vez que se determina cómo priorizar las intervenciones, se ofrecen recomendaciones transversales por insumo de costos para seguir ajustando las intervenciones priorizadas. Cabe destacar que todas las tablas que figuran a continuación reflejan elecciones basadas en el contexto de mayores limitaciones de financiamiento.

La OMS publicará próximamente el documento Mantener los servicios prioritarios de VIH, hepatitis viral e ITS en un nuevo panorama de financiamiento: una guía operativa (*Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changed funding landscape: An operational guidance*). Este recurso ofrecerá directrices más detalladas y específicas a los países que deseen ajustar las actividades de los programas en función de los fondos disponibles.

## Tratamiento, atención y apoyo para el VIH

Las inversiones en el tratamiento del VIH son prioridad absoluta. El objetivo es garantizar que las personas que viven con el VIH puedan iniciar o continuar el tratamiento antirretroviral, y que se vincule inmediatamente a quienes acaban de ser diagnosticadas con los servicios de tratamiento, atención y apoyo.

Tratamiento, atención y apoyo para el VIH			
Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Tratamiento del VIH y prestación de servicios diferenciados - [adultos (de 15 años en adelante), niños (menores de 15 años)]	<p>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.</p> <p>Retención y reanudación de la atención.</p> <p>Medidas para mantener a las poblaciones clave y vulnerables en tratamiento (en un contexto donde los resultados del tratamiento no sean óptimos o con altos niveles de pérdida durante el seguimiento), por ejemplo, garantizando su seguridad y protección, el apoyo basado en pares para la continuidad del tratamiento y la abogacía.</p>		<p>Proteger a la cohorte que ya recibe tratamiento es prioridad absoluta. El alcance de la ampliación de la cohorte dependerá de la disponibilidad general de recursos.</p> <p>Utilizar modelos de dispensación y retirada de medicamentos que ahorren recursos siempre que sea posible, por ejemplo, puntos de recogida rápida. Considerar los modelos de farmacias privadas como parte de la prestación de servicios diferenciados.</p> <p>Valorar la dispensación para varios meses (al menos tres meses y, cuando sea viable, seis), la administración de tratamiento antirretroviral en la comunidad, el uso optimizado de pares y actores comunitarios cuando sea posible, la prestación de servicios adaptados y modelos de apoyo a la observancia específicos para llegar a quienes más lo necesitan (entre otros, niñas adolescentes y mujeres jóvenes, jóvenes y hombres vulnerables).</p>

Tratamiento, atención y apoyo para el VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>Diagnóstico y manejo de la enfermedad en fase avanzada (en adultos y niños)</p>	<p>Pruebas de recuento de CD4</p> <p>Diagnóstico de la tuberculosis para personas con enfermedad del VIH en fase avanzada (pruebas LF-LAM y moleculares).</p> <p>Pruebas del antígeno criptocócico (CrAg) y tratamiento de la meningitis criptocócica.</p> <p>Profilaxis con cotrimoxazol, prestando atención a su interrupción posterior cuando sea necesario.</p> <p>Pruebas y manejo de otras infecciones oportunistas en función del contexto de cada país, por ejemplo, la histoplasmosis.</p> <p>Agujas de punción lumbar y hemocultivos para el diagnóstico de infecciones bacterianas graves.</p>	<p>Continuación del tratamiento con cotrimoxazol para quienes siguen el tratamiento antirretroviral de forma estable uno o dos años después de la recuperación inmunitaria, de acuerdo con las directrices de la OMS.</p>	<p>Considerar el uso de la telemedicina para el manejo de casos complejos cuando sea posible.</p>
<p>Gestión integrada de coinfecciones y comorbilidades comunes (en adultos y niños).</p>	<p>Pruebas y manejo integrados de la hepatitis C como parte de la atención del VIH solo en países con elevados niveles de coinfección.</p> <p>Tratamiento para los casos de hepatitis B ya diagnosticados.</p> <p>Apoyo a los programas existentes de detección del cáncer cervicouterino y de prevención secundaria.</p>	<p>Detección activa y manejo de casos de hepatitis B en adultos.</p> <p>Diseño y ejecución de nuevos programas de detección del cáncer cervicouterino.</p> <p>Manejo de enfermedades no transmisibles.</p>	<p>Los servicios de hepatitis C, si reciben financiamiento, deben prestarse mediante modelos integrados de bajo costo.</p> <p>Las pruebas y el manejo de la hepatitis B podrían cubrirse en entornos de alta prevalencia entre las personas con mayor riesgo.</p> <p>Podría ser necesario dejar de dar prioridad al financiamiento del tratamiento de enfermedades no transmisibles mediante subvenciones si las limitaciones de recursos amenazan los servicios centrales del VIH. El</p>

## Tratamiento, atención y apoyo para el VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
			tamizaje integrado (p. ej., la evaluación de factores de riesgo como el tabaquismo y la medición de la tensión arterial) debe continuar, dados sus beneficios y escaso o nulo costo directo.
Monitoreo del tratamiento: farmacorresistencia		Las encuestas y la vigilancia de la farmacorresistencia del VIH pueden aplazarse hasta que se disponga de recursos.	
Monitoreo del tratamiento: carga viral y toxicidad de los antirretrovirales	Dar prioridad a la carga viral, con posibles modificaciones (véase la columna de consideraciones adicionales).		En algunos países, los planes de contingencia pueden contemplar reducir la frecuencia de las pruebas de carga viral o utilizarlas de forma más selectiva que la recomendada por la OMS, con el fin de ahorrar en un contexto de graves restricciones presupuestarias. Los programas financiados por el Fondo Mundial se ajustan a las directrices nacionales de los países que adoptan esta decisión. Tenemos en cuenta no obstante que las directrices de la OMS siguen respaldando las pruebas rutinarias de carga viral para monitorear a los pacientes.

### **Tuberculosis/VIH**

La tuberculosis sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH, por lo que es necesario priorizar determinadas actividades clave, como el tamizaje bidireccional y el tratamiento inmediato de ambas enfermedades, ya que son medidas que salvan vidas. El tratamiento preventivo de la tuberculosis en personas que viven con el VIH también ha demostrado reducir la morbilidad y la mortalidad, por lo que debe ser prioritario. Se emplearán modelos de prestación de servicios integrados siempre que sea viable.

Tuberculosis/VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Tuberculosis/VIH - Tamizaje, pruebas y diagnóstico	<p>Tamizaje: síntomas de tuberculosis en cada contacto con el establecimiento de salud. Tamizaje de la tuberculosis mediante radiografías si ya se dispone del equipo necesario.</p> <p>Diagnóstico: diagnóstico molecular (p. ej., GeneXpert, TrueNat) y prueba LF-LAM para el diagnóstico de la tuberculosis.</p> <p>Pruebas del VIH para personas con tuberculosis.</p>	<p>Adquisición de nuevas máquinas de rayos X.</p> <p>Adquisición de proteína C reactiva para el tamizaje.</p>	Las pruebas LC-aNAAT (GeneXpert, True NAT) y LF-LAM deben utilizarse simultáneamente como pruebas diagnósticas para las personas que viven con el VIH. Sin embargo, en algunos países, los planes de contingencia pueden contemplar reducir la frecuencia de las pruebas LF-LAM o utilizarlas de forma más selectiva que la recomendada por la OMS, con el fin de ahorrar en un contexto de graves restricciones presupuestarias.
Tuberculosis/VIH - Tratamiento y atención	Actividades relacionadas con el inicio inmediato o la continuación del tratamiento antirretroviral en pacientes coinfectados por tuberculosis/VIH y provisión de tratamiento contra la tuberculosis: vinculación de las personas coinfectadas con los servicios de VIH y tuberculosis. Integración de los servicios.		
Tuberculosis/VIH - Prevención	Tratamiento preventivo de la tuberculosis para todas las personas que viven con el VIH elegibles.	Pruebas IGRA y cutáneas.	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.

**Eliminación de la transmisión vertical.**

Es necesario dar prioridad a las pruebas del VIH en los centros de atención prenatal de zonas con alta morbilidad y para las personas más expuestas al riesgo de infección, incluidas las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal en entornos con una carga alta, así como para las mujeres embarazadas en mayor riesgo de contraer el VIH (p. ej., trabajadoras del sexo, parejas de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres que consumen drogas inyectables). Se deben valorar oportunidades para integrar pruebas de otras coinfecciones, especialmente la hepatitis, la tuberculosis y las ITS.

Eliminación de la transmisión vertical.

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>Pruebas integradas del VIH, la sífilis y la hepatitis B para mujeres embarazadas.</p>	<p>Prueba doble del VIH y la sífilis como primera prueba en el marco de eliminación de la transmisión vertical.</p> <p>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).</p> <p>Priorizar las pruebas del VIH en los centros de atención prenatal de entornos con una carga alta<sup>2</sup></p>	<p>Pruebas de hepatitis B (consulte las consideraciones adicionales).</p>	<p>En el ámbito de la eliminación de la transmisión vertical, las pruebas de hepatitis B podrían tener un mayor impacto en algunos contextos epidemiológicos. Por ello, se debe valorar con cuidado reducir su prioridad debido a la posible interrupción de las iniciativas vigentes para promover la integración.</p>
<p>Prevención de casos incidentes del VIH en mujeres embarazadas y lactantes.</p>	<p>Provisión de preservativos.</p> <p>Introducción o ampliación de la PrEP en entornos que ofrecen servicios a mujeres embarazadas o lactantes cuando la incidencia en la población sea: 1) superior al 3%, o 2) de entre el 1 y el 3% <b>y</b> cuando se registren comportamientos de alto riesgo. Utilizar la PrEP oral y las opciones de PrEP inyectable de menor costo.</p> <p>Mantener el acceso al tratamiento para quienes ya reciben PrEP.</p> <p>Detección de la violencia de género y derivación efectiva; servicios de respuesta de primera línea cuando ya estén integrados en los servicios de atención prenatal.</p>	<p>Introducción o ampliación de la PrEP en entornos que ofrecen servicios a mujeres embarazadas o lactantes cuando la incidencia sea: 1) superior al 3%, o 2) de entre el 1 y el 3% <b>y</b> cuando no se registren comportamientos de alto riesgo.</p> <p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p>	<p>Uso de pruebas de diagnóstico rápido y pruebas de autodiagnóstico del VIH para iniciar y seguir la PrEP, teniendo en cuenta que no se recomienda utilizar las pruebas de autodiagnóstico para iniciar o continuar la PrEP inyectable.</p> <p>Promover el reparto o la delegación de funciones para la PrEP.</p> <p>Respaldar redes de derivación para responder a la violencia de género y ofrecer servicios de apoyo a los supervivientes.</p>

<sup>2</sup> Las consideraciones sobre la priorización de la prevención y las pruebas del presente documento que tienen en cuenta los umbrales de incidencia y prevalencia se basan en las recomendaciones que realiza ONUSIDA en su *Estrategia mundial contra el sida 2021-2026*, en la sección sobre priorización de métodos de prevención del VIH.

Eliminación de la transmisión vertical.

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
		Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS. <sup>3</sup>	
Profilaxis posparto en lactantes.	Profilaxis infantil para todos los niños expuestos al VIH.		
Diagnóstico infantil precoz y pruebas de seguimiento para lactantes expuestos al VIH.	Diagnóstico infantil precoz y pruebas de seguimiento para todos los niños expuestos al VIH.	Inversión en nuevo material para el diagnóstico infantil precoz y las pruebas de carga viral en los puntos de atención.	Optimizar las redes de diagnóstico existentes para seguir garantizando el diagnóstico infantil precoz.
Apoyo para la retención de mujeres embarazadas y lactantes (en los establecimientos de salud y las comunidades).	Apoyo para la retención con el fin dar continuidad al tratamiento antirretroviral, incluidas las estrategias comunitarias.		Valorar si es posible ahorrar con modelos de apoyo entre pares o de madres mentoras y oportunidades para ampliar el alcance de su trabajo cuando sea viable (p. ej., apoyo para dispensar el tratamiento antirretroviral).

<sup>3</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

## Pruebas del VIH

Las pruebas son esenciales tanto para la prevención como para el tratamiento. Se deben priorizar las inversiones en pruebas que emplean los mejores enfoques en función del contexto epidémico y de las necesidades y preferencias de las poblaciones locales. Examinar con detalle los costos unitarios y la rentabilidad de los diferentes enfoques de prestación puede ayudar a identificar las opciones más eficaces en función de los recursos disponibles.

Servicios diferenciados de diagnóstico del VIH			
Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Pruebas en los establecimientos de salud, en la comunidad y de autodiagnóstico para poblaciones clave, niñas adolescentes y mujeres jóvenes de alto riesgo y sus parejas sexuales masculinas.	<p>Pruebas para poblaciones clave.</p> <p>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.</p> <p>Pruebas a partir del caso índice y redes sociales.</p>		<p>Implicar a proveedores no profesionales en las pruebas del VIH puede ser una medida <b>rentable</b> en comparación con las realizadas por trabajadores sanitarios. Puede ayudar a abordar la falta de recursos humanos para la salud y ampliar significativamente el alcance comunitario de las pruebas del VIH y el acceso para las poblaciones clave y vulnerables.</p> <p>Oportunidades para ahorrar costos mediante la adopción de kits y productos de pruebas del VIH de bajo costo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existen opciones de calidad asegurada de bajo costo, especialmente para la primera prueba del algoritmo de tres pruebas.</li> <li>Adoptar pruebas de autodiagnóstico del VIH (incluso en los establecimientos de salud) puede contribuir a ahorrar cuando sustituyen a las pruebas realizadas por proveedores.</li> </ul>
Pruebas en los establecimientos, en la comunidad y de autodiagnóstico para otras poblaciones.	Pruebas en servicios de tuberculosis para niños en riesgo, personas con ITS y otros pacientes que el proveedor considere personas de riesgo.		<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulte las preguntas frecuentes de la OMS para identificar eficiencias adicionales: <a href="https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/priorization_low_cost_faqs_handout_may2025_final.pdf?sfvrsn=f49f2626_3">https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/priorization_low_cost_faqs_handout_may2025_final.pdf?sfvrsn=f49f2626_3</a></li> </ul>

### Servicios diferenciados de diagnóstico del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
	Pruebas a partir del caso índice y redes sociales.		

## Prevención del VIH

Integrar los programas de prevención del VIH dirigidos a poblaciones clave y niñas adolescentes y mujeres jóvenes en servicios generales competentes que cuenten con medidas de protección frente a la estigmatización y la discriminación.

### Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Programas de preservativos y lubricantes 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. <sup>4</sup>	Preservativos y lubricantes masculinos.  Ampliar la disponibilidad de preservativos, lubricantes y material de inyección seguro en lugares informales (p. ej., bares, burdeles, máquinas expendedoras) gestionados por actores locales.	Preservativos femeninos (mayor costo y uso limitado). 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.	Centrar en primer lugar las inversiones en entornos con una incidencia del VIH elevada y, a continuación, en los de incidencia moderada.  Valorar un enfoque de mercado total para la comercialización sostenible de los preservativos.

<sup>4</sup> En lo que respecta a la programación para niñas adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años), los entornos con una incidencia moderada son aquellos en los que la incidencia en este grupo se sitúa entre un 0,3 y un 1%, y los entornos con una incidencia alta, entre un 1 y un 3%.

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>Programación de PrEP para trabajadoras del sexo (incluidas las niñas adolescentes y mujeres jóvenes que venden servicios sexuales).</p>	<p>Introducción o ampliación en entornos donde la prevalencia nacional en adultos (15-49) supera el 3%. Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.</p> <p>Mantener el acceso para quienes ya reciben PrEP.</p>	<p>Entornos donde la prevalencia nacional en adultos (15-49) es inferior al 3%.</p> <p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p> <p>Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS.<sup>5</sup></p>	<p>Las personas que soliciten PrEP deben poder comenzar y continuar el tratamiento sin necesidad de que se les identifique como una población específica o que revelen determinadas conductas.</p> <p>Los planes para introducir y ampliar la PrEP oral e inyectable deben continuar para las poblaciones o entornos identificados como prioritarios. Esto incluye catalizar la introducción de PrEP con lenacapavir en determinados portafolios como parte de las iniciativas generales de planificación institucional.</p> <p>Integrar la PrEP o PEP en los servicios de salud sexual y reproductiva, planificación familiar, ITS y otros servicios y, cuando sea viable, en la prestación de servicios diferenciados en la comunidad.</p> <p>Uso de pruebas de diagnóstico rápido y pruebas de autodiagnóstico del VIH para iniciar y seguir la PrEP, teniendo en cuenta que no se recomienda utilizar las pruebas de autodiagnóstico para iniciar o continuar la PrEP inyectable.</p>
<p>Programación de PrEP para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans y personas con diversidad de género.</p>	<p>Introducción o ampliación en entornos donde se estime que una proporción de la población tiene una incidencia superior al 3%.<sup>6</sup> Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.</p>	<p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p>	<p>Promover el reparto o la delegación de funciones para la PrEP.</p>

<sup>5</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

<sup>6</sup> Las tasas de incidencia en una proporción de la población pueden evaluarse ajustando la estimación del tamaño de la población sin contar a las personas que viven con el VIH ni a las que no utilizan preservativos sistemáticamente. En los lugares donde los datos sobre la incidencia son limitados, se pueden utilizar datos de prevalencia combinados con datos sobre los avances de las metas 95-95-95 para establecer las prioridades.

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
	Mantener el acceso para quienes ya reciben PrEP.	Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS. <sup>7</sup>	
Programas de PrEP para personas que consumen drogas inyectables.	<p>Introducción o ampliación en entornos donde el alcance de los programas de intercambio de agujas sea limitado o donde la cobertura del tratamiento de sustitución de opiáceos sea baja.</p> <p>Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.</p> <p>Mantener el acceso para quienes ya reciben PrEP.</p>	<p>Entornos donde el alcance de los programas de intercambio de agujas sea amplio y donde la cobertura de la terapia de sustitución de opiáceos sea alta.</p> <p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p> <p>Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS.<sup>8</sup></p>	

<sup>7</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

<sup>8</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Programas de PrEP para personas encarceladas y en otros lugares de reclusión.	<p>Introducción o ampliación en entornos donde la prevalencia nacional en adultos (15-49) supera el 10%. Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.</p> <p>Mantener el acceso para quienes ya reciben PrEP.</p>	<p>Entornos donde la prevalencia nacional en adultos (15-49) es inferior al 10%.</p> <p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p> <p>Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS.<sup>9</sup></p>	
Programas de PrEP para niñas adolescentes y mujeres jóvenes, sus parejas sexuales masculinas y otras	Introducción o ampliación en entornos donde la incidencia en la población es: superior al 3%; o 2) de entre un 1 y	Entornos donde la incidencia en la población es: 1) superior al 3%; o 2) de entre un 1 y un 3% y se registran	

<sup>9</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>poblaciones vulnerables en entornos con una incidencia elevada.</p>	<p>un 3% y se registran comportamientos de alto riesgo.</p> <p>Utilizar la PrEP oral y las opciones inyectables de menor costo.</p> <p>Mantener el acceso para quienes ya reciben PrEP.</p>	<p>comportamientos de alto riesgo.</p> <p>Adquisición de anillos de PrEP para nuevas usuarias, al tiempo que se promueve la transición a otras opciones de prevención del VIH que cubran mejor las necesidades individuales.</p> <p>Diagnósticos y servicios para iniciar o continuar la PrEP que no formen parte del paquete de prestación de servicios mínimos recomendado por la OMS.<sup>10</sup></p>	
<p>Comunicación, información y creación de demanda en materia de prevención del VIH para todas las poblaciones clave, así como para las niñas adolescentes y</p>	<p>Combinar modalidades presenciales con modalidades de salud en línea o móvil dirigidas a poblaciones prioritarias.</p>	<p>Campañas en los medios de comunicación sin destinatarios específicos.</p>	<p>Las actividades de comunicación, información y creación de demanda deben integrarse en la prestación de servicios para garantizar una mayor aceptación de las opciones de prevención del VIH basadas en la evidencia (preservativos, PrEP o PEP, reducción de daños).</p>

<sup>10</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>mujeres jóvenes y sus parejas sexuales masculinas en entornos con una incidencia moderada o alta.</p>			<p>Valorar el potencial de las actividades de creación de demanda que abordan múltiples opciones de prevención y pruebas del VIH, en lugar de campañas con una sola opción.</p> <p>Considerar la posibilidad de movilizar la capacidad de marketing del sector privado para ampliar el alcance de las campañas de creación de demanda y comunicación sobre la salud móvil o en línea.</p>
<p>Capacitación comunitaria para todas las poblaciones clave.</p>	<p>Prestación de servicios específicos de prevención del VIH basados en la divulgación y centrados en el uso de opciones de prevención.</p> <p>Participación en grupos técnicos de trabajo y en foros de toma de decisiones locales, provinciales y nacionales.</p> <p>Seguridad y protección de los socios ejecutores y los beneficiarios de los programas destinados a poblaciones clave y vulnerables.</p>	<p>Campañas de capacitación comunitaria, encuestas, formaciones y reuniones que lleven asociados costos de viaje o de transporte y los reembolsos correspondientes.</p>	<p>Valorar modalidades de salud en línea y móvil.</p> <p>Considerar la posibilidad de incluir inversiones a nivel organizativo en la seguridad y la protección de los socios ejecutores como parte del módulo de fortalecimiento de los sistemas comunitarios (para más información, consulte más adelante el apartado sobre el desarrollo de la capacidad de las organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad).</p>
<p>Intervenciones de protección social para niñas adolescentes y mujeres</p>	<p>Comunicación interpersonal estructurada sobre prevención del VIH y normas</p>	<p>Becas educativas directas.</p>	<p>Dirigir las inversiones en la comunicación interpersonal estructurada a las niñas adolescentes y mujeres jóvenes de entornos con una alta incidencia del VIH y una elevada prevalencia de factores de riesgo. Centrar los</p>

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>jóvenes en entornos con una incidencia elevada del VIH y una alta prevalencia de factores de riesgo.</p>	<p>sociales (p. ej., Stepping Stones y SASA!).</p>	<p>Programas de incentivos directos en metálico.</p>	<p>programas en promover la adopción de opciones de prevención del VIH basadas en la evidencia.</p> <p>Acelerar la transición a programas gubernamentales de protección social y apoyo a la educación basados en la colaboración de las partes interesadas y un plan de transición. Pasar de proyectos de protección social a financiar el fortalecimiento de las plataformas nacionales de protección social.</p> <p>En lugares no prioritarios, retirar de forma progresiva y con cautela estas medidas para minimizar los daños.</p>
<p>Servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros, de ITS, hepatitis y atención para víctimas de la violencia, destinados a todas las poblaciones clave, a las niñas adolescentes y mujeres jóvenes y a sus parejas sexuales masculinas en entornos con una incidencia moderada o alta.</p>	<p>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.</p> <p>Servicios básicos integrados y gestión sindrómica de ITS.</p> <p>Pruebas y tratamiento del VHC en servicios de reducción de daños en países con altos niveles de coinfección.</p>	<p>Cualquier inversión en el diagnóstico molecular (etiológico) de ITS (p. ej., Xpert CT/NG).</p> <p>Tamizaje de la hepatitis B en adultos.</p>	<p>Integrar servicios de hepatitis C mediante modelos de prestación de bajo costo.</p> <p>Las pruebas y el manejo de la hepatitis B podrían cubrirse en entornos de alta prevalencia entre las personas con mayor riesgo.</p> <p>Respaldar la integración de la prevención del VIH en la información y servicios de planificación familiar o anticoncepción, y en las pruebas de embarazo.</p> <p>Respaldar redes de derivación para responder a la violencia de género y ofrecer servicios de apoyo a los supervivientes.</p>
<p>Eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los</p>	<p>Actividades de derechos humanos directamente vinculadas con la mejora del</p>		<p>Mantener el monitoreo dirigido por la comunidad de las vulneraciones de los derechos humanos como parte de las actividades de fortalecimiento de</p>

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
servicios de prevención para todas las poblaciones clave, niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas sexuales masculinas en entornos con una incidencia moderada y alta.	acceso a los servicios, por ejemplo, para abordar las prácticas policiales perjudiciales, ofrecer apoyo jurídico de emergencia, y adoptar medidas de seguridad y protección.		los sistemas comunitarios y garantizar la derivación a la correspondiente reparación.
Programas de intercambio de agujas y jeringas para personas que consumen drogas inyectables	Material de inyección seguro que refleje las preferencias de los usuarios.  Cuidado de lesiones.		Se recomienda cautela al adquirir jeringas de bajo costo: la opción más rentable será la que utilicen los usuarios (depende del contexto).  Monitorear el costo de la prestación de los servicios limitando la gama de servicios complementarios, minimizando el personal no esencial y ampliando el alcance de la divulgación, por ejemplo, mediante la salud en línea o móvil.  Explorar la disponibilidad de material de inyección seguro fuera de los centros de asistencia, por ejemplo, mediante sistemas de vales farmacéuticos o máquinas expendedoras.
Terapia de sustitución de opiáceos para personas que consumen drogas inyectables.	Evitar la interrupción del suministro y la entrega.		Integrar los diferentes servicios siempre que sea posible.  Fomentar la dispensación a domicilio para pacientes estables a fin de reducir los costos de prestación de servicios, incluidos los de recursos humanos; y promover modelos de umbral bajo (como las farmacias comunitarias) siempre que sea posible.
Prevención y gestión de la sobredosis para personas que consumen drogas inyectables.	Todas las actividades directamente relacionadas con la prestación de servicios.		

Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Intervenciones de reducción de daños para personas encarceladas que consumen drogas.	Todas las actividades directamente relacionadas con la prestación de servicios.		
Educación sexual integral para adolescentes y jóvenes de ambos sexos.	Únicamente en entornos con una incidencia del VIH elevada y si no la financia el sector educativo. Desarrollo de planes de estudios que incluyan un vínculo claro con la promoción del uso de opciones de prevención del VIH.	Actividades de educación sexual integral en entornos con una incidencia del VIH baja o moderada entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes; actividades sin un vínculo claro con opciones de prevención del VIH.	Abogacía a favor del financiamiento nacional de la educación sexual integral.  Aprovechar los programas existentes de educación sexual integral basados en la evidencia que están diseñados o dirigidos por los Ministerios de Educación.
Circuncisión masculina médica voluntaria.	Integración en la atención primaria de salud o en servicios generales de salud sexual.	Servicios independientes de circuncisión masculina médica voluntaria.	
Administración del programa de prevención.	Gestión y adaptación de la prestación de servicios, integración de la prevención del VIH en la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y la atención primaria, y respuesta a necesidades críticas de suministros (preservativos y lubricantes, PrEP o PEP, productos para la reducción de daños).		Garantizar que la gestión de programas de preservativos, el suministro de última milla y las funciones de creación de demanda reciban suficiente atención y recursos.

## Prevención del VIH

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
--------------	------------------------------------	---	---

### 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 las 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](#) 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 y otros modelos del sector privado, como la entrega directa al consumidor.
- 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 relativas al VIH.
- Centrar las inversiones en lugares con una alta concentración de poblaciones clave.

## Reducción de los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH/tuberculosis

Los obstáculos relacionados con los derechos humanos y el género limitan el acceso a servicios vitales de VIH, por lo que es necesario priorizar las intervenciones y actividades esenciales para que la respuesta al VIH sea efectiva y eficaz.

Reducción de los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH/tuberculosis			
Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
<p>Eliminar la estigmatización y la discriminación en todos los entornos. Asegurar la prestación de atención sanitaria no discriminatoria.</p>	<p>Actividades para reducir la estigmatización y la discriminación en 1) establecimientos de atención sanitaria y 2) entornos comunitarios con el fin de eliminar los obstáculos en los servicios de salud.</p> <p>Mantener los mecanismos de las diferentes partes interesadas para coordinar y supervisar la ejecución de planes estratégicos y programas relacionados con los derechos humanos (por ejemplo, grupos técnicos de trabajo, comités directivos).</p>	<p>Actividades contra la estigmatización y la discriminación en otros entornos (a menos que un entorno concreto, como la justicia, sea más relevante en el contexto de un país determinado).</p>	<p>Integrar competencias sobre el principio de no discriminación, las poblaciones clave y el género en las actividades de capacitación del personal sanitario.</p>
<p>Ampliar el acceso a la justicia.</p>	<p>Mantener el monitoreo dirigido por la comunidad de las vulneraciones de los derechos humanos y la reparación en los establecimientos de salud.</p> <p>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.</p>	<p>Elaboración de nuevas políticas institucionales y mecanismos de denuncia.</p>	<p>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.</p>

Reducción de los obstáculos relacionados con los derechos humanos en los servicios de VIH/tuberculosis

Intervención	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones y eficiencias adicionales
Fomentar la movilización y abogacía comunitarias en defensa de los derechos humanos	Mantener la capacidad comunitaria para llevar a cabo iniciativas de monitoreo y reducción de la estigmatización y la discriminación en la atención sanitaria, la comunidad y los entornos jurídicos.	Actos de sensibilización, jornadas conmemorativas y estudios de investigación independientes.	

Como segundo paso, los países pueden examinar los **insumos de costos** de las intervenciones priorizadas y valorar lo siguiente para optimizar los costos:

Insumo de costos	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones adicionales
Productos sanitarios: productos farmacéuticos.	<p>Priorizar los antirretrovirales para continuar y ampliar el tratamiento: todas las edades, así como para la eliminación de la transmisión vertical.</p> <p>Priorizar los antirretrovirales para la profilaxis en lactantes.</p> <p>Priorizar el tratamiento de la tuberculosis para personas que viven con el VIH valorando opciones de prestación de bajo costo (p. ej., observancia digital del tratamiento, apoyo familiar o comunitario).</p>	<p>Anillo de PrEP para nuevas usuarias.</p> <p>Productos para el tratamiento de enfermedades no transmisibles, otros productos no esenciales.</p> <p>Antirretrovirales: introducción de regímenes alternativos de mayor costo, como el tenofovir alafenamida, si se supera el porcentaje de la cohorte recomendado por la OMS, reconociendo que habrá costos adicionales (p. ej., formación).</p>	<p>Es necesario prestar especial atención a los productos para el tratamiento de la meningitis criptocócica, como la flucitosina y la anfotericina B. La falta de estos productos provocará la muerte de los afectados por una enfermedad que es letal sin tratamiento.</p> <p>Algunos países llevan tiempo recibiendo apoyo para tratar a los pacientes con sarcoma de Kaposi. No se recomienda poner en marcha nuevos programas, pero sí mantener el apoyo actual.</p> <p>Más adelante, el documento incluye consideraciones adicionales sobre las</p>

Insumo de costos	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones adicionales
	<p>Opciones de bajo costo para el tratamiento preventivo de la tuberculosis, el tratamiento y la profilaxis de la meningitis criptocócica, incluidas las opciones más baratas para la flucitosina genérica.</p> <p>Productos para el diagnóstico y manejo de la histoplasmosis, otras infecciones oportunistas y el sarcoma de Kaposi.</p> <p>Priorizar la metadona para el tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos (y la buprenorfina cuando no se proporcione metadona).</p> <p>Priorizar la naloxona para la prevención de sobredosis en los programas de reducción de daños.</p>		operaciones de suministro y los productos sanitarios.
Productos sanitarios: productos no farmacéuticos.	<p>Productos para pruebas de carga viral: posibilidad de racionalizarlos (consulte la columna de consideraciones adicionales).</p> <p>Eliminación de la transmisión vertical – Pruebas dobles de VIH y sífilis.</p>	<p>Hematología y bioquímica rutinarias por encima de los requisitos esenciales de la OMS.</p> <p>Preservativos femeninos. Sin embargo, se recomienda adoptar un enfoque flexible en aquellos lugares donde hay una demanda clara de preservativos femeninos,</p>	En algunos países, los planes de contingencia pueden contemplar reducir la frecuencia de las pruebas de carga viral o utilizarlas de forma más selectiva que la recomendada por la OMS, con el fin de ahorrar en un contexto de graves restricciones presupuestarias. Los programas financiados por el Fondo Mundial se ajustan a las directrices nacionales de los

Insumo de costos	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones adicionales
	<p>Pruebas moleculares de tuberculosis para personas que viven con el VIH (p. ej., GeneXpert, TrueNat) y prueba LF- LAM.</p> <p>Agujas de punción lumbar.</p> <p>Preservativos masculinos.</p> <p>Material de inyección seguro para programas de reducción de daños.</p>	<p>especialmente en el caso de las trabajadoras del sexo.</p> <p>Pruebas de hepatitis B en servicios de eliminación de la transmisión vertical (consulte la columna de consideraciones adicionales).</p> <p>Pruebas de hepatitis B en adultos.</p>	<p>países que adoptan esta decisión. Tenemos en cuenta no obstante que las directrices de la OMS siguen respaldando las pruebas rutinarias de carga viral para monitorear a los pacientes.</p> <p>Revisar cuidadosamente cualquier propuesta de introducir nuevas plataformas de pruebas de laboratorio y valorar alternativas en el punto de atención.</p> <p>En el ámbito de la eliminación de la transmisión vertical, las pruebas de hepatitis B podrían tener un mayor impacto en algunos contextos epidemiológicos. Por ello, se debe valorar con cuidado reducir su prioridad debido a la posible interrupción de las iniciativas vigentes para promover la integración.</p>
Equipo no sanitario.	Los que son esenciales para la prestación de las intervenciones priorizadas más arriba.	Equipo sanitario no esencial.	
Costos de gestión de la cadena de adquisiciones y suministros.	Los que son esenciales para la prestación de las intervenciones priorizadas más arriba.		Priorizar el suministro de última milla de los productos de prevención del VIH enumerados más arriba.
Recursos humanos: salarios del personal de los establecimientos de salud y comunitario.	<p>Los que son esenciales para la prestación y el acceso a las intervenciones priorizadas más arriba.</p> <p>Eliminación de la transmisión vertical – Apoyo de pares y madres</p>		Funciones prioritarias de recursos humanos para los programas de preservativos: gestión de programas, incluido el enfoque de mercado total, el suministro de última milla y la creación de demanda.

Insumo de costos	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones adicionales
	<p>mentoras: mantener cuando sea rentable. Valorar oportunidades para la delegación de funciones con el fin de respaldar la administración del tratamiento antirretroviral.</p> <p>Mantener la divulgación entre pares para la prevención, las pruebas y la derivación al tratamiento del VIH. Garantizar que los costos de recursos humanos se ajusten a los estándares nacionales. Véanse las consideraciones en el apartado de recursos humanos.</p>		<p>Considerar la posibilidad de integrar equipos de educadores de pares para poblaciones clave en los establecimientos de salud que les prestan servicios (incluidos asistentes jurídicos, cuando sea viable).</p> <p>Para más información sobre la integración de los servicios del VIH, véase la sección sobre recursos humanos para la salud en los SSRS.</p>
Gastos de viaje: viáticos, transporte y otros gastos relacionados con reuniones, actividades de abogacía y asistencia técnica.	Solo los que sean esenciales para la prestación y el acceso a las intervenciones priorizadas.		
Gastos de viaje: viáticos, transporte u otros costos relacionados con la formación.	<p>Solo los que sean esenciales para la prestación y el acceso a las intervenciones priorizadas.</p> <p>Formación continua.</p>	<p>Formación externa.</p> <p>Formación de reciclaje.</p> <p>Viajes para asistir a reuniones.</p>	<p>Pausar todas las formaciones externas no esenciales, utilizar la formación continua cuando sea necesario.</p> <p>Se deben integrar y optimizar siempre que sea posible.</p> <p>Transferir los costos de la formación al gobierno siempre que sea posible.</p> <p>Para más información sobre cómo optimizar los presupuestos de formación para los servicios del VIH, véase la sección sobre</p>

Insumo de costos	Inversiones que se deben priorizar	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones adicionales
			recursos humanos para la salud en los SSRS.
Gastos de viaje: viáticos, transporte u otros costos relacionados con la supervisión.	Solo los que sean vitales para la prestación y el acceso a las intervenciones priorizadas más arriba.  Valorar la posibilidad de reducir la frecuencia de las actividades de supervisión.		El apoyo y la formación en el puesto de trabajo pueden reducir la necesidad de supervisión independiente.  Para más información sobre cómo optimizar los presupuestos de supervisión para los servicios del VIH, véase la sección sobre recursos humanos para la salud en los SSRS.
Gastos de viaje: viáticos, transporte u otros costos relacionados con las encuestas o la recopilación de datos.		Reducir la prioridad de los estudios y las investigaciones operativas previstas que no sean esenciales para la planificación de los programas y la priorización.	Nótese que sigue siendo prioritario respaldar la integración del monitoreo de los resultados de la prevención del VIH en el monitoreo rutinario de los servicios (según las directrices del sistema de información sanitaria y de monitoreo y evaluación que figuran en la siguiente sección).
Materiales de comunicación y publicaciones.	Priorizar las intervenciones de salud en línea y móvil y los enfoques basados en la divulgación entre pares en lugares o poblaciones prioritarios.	Impresión de informes, rotulación de autobuses, vallas publicitarias, tazas, anuncios de radio y televisión, camisetas y otras iniciativas en los medios de comunicación.	Véanse las consideraciones anteriores sobre la comunicación y la creación de demanda relacionadas con la prevención del VIH.

## Tuberculosis

Recomendamos valorar las siguientes opciones para la tuberculosis en función del contexto de cada país y de la disponibilidad de financiamiento de todas las fuentes:

- **Optimización y uso eficiente** de recursos y herramientas en cualquier escenario de financiamiento, puesto que las respuestas a la tuberculosis ya han sufrido un importante déficit de fondos en los países de ingresos bajos y medianos.
- **Priorización** de las inversiones en intervenciones y actividades a lo largo de la cascada de atención en escenarios con poco financiamiento.
- **Reducción de la prioridad** de las inversiones en intervenciones y actividades en función del contexto de cada país, el déficit de financiamiento y la disponibilidad de fondos nacionales y de otras fuentes.

### **Optimización y uso eficiente de recursos y herramientas.**

Los programas de tuberculosis llevan años operando con importantes déficits de financiamiento. A la vez que se aboga por destinar más recursos a la tuberculosis procedentes de fuentes nacionales, modalidades de financiamiento innovador y mixto y fuentes externas, surgen oportunidades para **mejorar la eficiencia**, abordar la falta urgente de fondos para la tuberculosis, especialmente para productos sanitarios críticos, y mantener el impulso y los avances. Esto podría conseguirse mediante la **integración** (dentro de la respuesta a la tuberculosis, así como de otras enfermedades y sectores) y la **optimización** del uso de recursos, herramientas, enfoques y algoritmos ya existentes, así como acelerando la transición a nuevas herramientas disponibles a lo largo de la cascada de atención. La optimización es un instrumento importante para abordar los déficits de financiamiento y se puede ejecutar a corto, medio o largo plazo. Las opciones que se enumeran a continuación se basan en ejemplos nacionales de "cómo" conseguir eficiencias y optimizar el uso de las herramientas para mantener y acelerar la respuesta a la tuberculosis.

Consulte más información y ejemplos de diferentes países en el [análisis de la eficiencia y optimización programática de la tuberculosis](#).

Mejorar la eficiencia en los programas de tuberculosis	Integrar los servicios de tuberculosis en otros programas y sectores y contribuir a los SSRS
Combinar el cribado de contactos, así como el tamizaje de la tuberculosis en otros grupos de alto riesgo, con el diagnóstico, el tratamiento y la provisión de tratamiento preventivo de la tuberculosis.	Integrar el tamizaje de enfermedades (como la tuberculosis, el VIH, la diabetes, la salud maternoinfantil y la nutrición) en los programas sanitarios y reforzar las redes de derivación para ofrecer un manejo óptimo y una atención integral.
Descentralizar e integrar las actividades relacionadas con la tuberculosis farmacorresistente y la tuberculosis farmacosensible.	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 o enfermedades.
<p>Invertir en nuevas herramientas de bajo costo y más sensibles y específicas para el tamizaje, el diagnóstico y las pruebas de sensibilidad a los fármacos cuando estén disponibles y recomendadas.</p> <p>Promover regímenes terapéuticos acortados y más rentables para la tuberculosis farmacorresistente, los niños con tuberculosis farmacosensible no grave y el tratamiento preventivo de la tuberculosis.</p>	Ampliar e integrar las redes de transporte de muestras construidas en plataformas nacionales o locales y los sistemas para la tuberculosis y otras enfermedades.
Optimizar los recursos combinando el tamizaje mediante radiografías digitales de tórax con IA, la agrupación de muestras de esputo y las pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS.	Promover las plataformas de tamizaje y pruebas de múltiples enfermedades que podrían contribuir a los SSRS y a la preparación y respuesta frente a pandemias.
Digitalizar los registros y la notificación de casos de tuberculosis, mejorar la interoperabilidad, reforzar el sistema de vigilancia y el uso de datos.	Utilizar plataformas digitales y en línea para la formación y participación comunitaria.
Ampliar los modelos innovadores y más eficientes para la participación de proveedores privados en la respuesta a la tuberculosis.	Aprovechar las soluciones digitales para integrar la vigilancia sanitaria y la notificación.

## Priorización de intervenciones y actividades a lo largo de la cascada de atención

Después del ejercicio de optimización y eficiencia programática que también podría llevarse a cabo a lo largo de todo el proceso, se debe valorar la priorización de las siguientes intervenciones y actividades relacionadas con la tuberculosis en función de los contextos nacionales y del financiamiento disponible. Las intervenciones de mayor prioridad son el diagnóstico y tratamiento de las personas con tuberculosis (incluida la tuberculosis farmacorresistente y la coinfección por tuberculosis/VIH). Esto no solo se refiere a la adquisición y distribución de productos sanitarios, sino también a la provisión de servicios, su acceso y las intervenciones programáticas relacionadas. La siguiente tabla resume las intervenciones prioritarias y las inversiones y opciones que se deben valorar durante la planificación y la ejecución en función de los contextos nacionales y la disponibilidad de recursos de todas las fuentes.

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
Tamizaje y diagnóstico (tuberculosis farmacosensible y farmacorresistente, tuberculosis/VIH e infección por tuberculosis).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir promoviendo la búsqueda de casos y su detección intensificada, especialmente en establecimientos de salud de gran volumen, lo que incluye, cuando corresponda, recurrir a embajadores de la respuesta a la tuberculosis y a otros trabajadores de salud comunitarios para identificar a personas que presentan síntomas de la enfermedad.</li> <li>• Mantener los servicios esenciales de tamizaje y diagnóstico, acceder a las pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS y optimizar su uso. Realizar una transición rápida a las pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS de menor costo cuando y donde estén disponibles.</li> <li>• Seguir prestando apoyo a los sistemas de transporte de muestras de esputo que funcionan bien para garantizar el acceso a las pruebas de diagnóstico rápido recomendadas por la OMS y a las pruebas de sensibilidad a los fármacos.</li> <li>• Actividades relacionadas con la tuberculosis/VIH, como las pruebas de VIH para las personas con tuberculosis y el inicio del tratamiento antirretroviral para quienes están afectados por la coinfección, así como el tamizaje y el diagnóstico de la tuberculosis en personas que viven con el VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examinar la detección activa de casos en la comunidad para identificar en qué lugares es esencial para detectar casos de tuberculosis, a qué poblaciones llega con mayor eficacia y dónde es posible maximizar su impacto y eficiencia mediante su integración en las iniciativas comunitarias vigentes.</li> <li>• Cuando sea necesario, reutilizar en los establecimientos de salud los equipos adquiridos para campañas externas de cribado a fin de evitar el despilfarro y tener en cuenta las limitaciones de la garantía y la vida útil.</li> <li>• Cuando sea viable, considerar la posibilidad de agrupar muestras respiratorias para reducir los costos de los cartuchos (existe una evidencia limitada, por lo que requiere <i>la revisión y aprobación de la OMS</i>). Utilizar radiografías digitales (preferiblemente con IA) para el tamizaje a fin de reducir los cartuchos o chips que se necesitan.</li> <li>• Utilizar pruebas de muestras alternativas para grupos específicos, p. ej., análisis de heces para niños.</li> </ul>

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la prestación de servicios integrados para otras enfermedades como la diabetes, la desnutrición y otras comorbilidades, por ejemplo, las actividades bidireccionales de tamizaje y pruebas y de colaboración.</li> <li>• Seguir invirtiendo en la participación del sector privado en la respuesta a la tuberculosis como enfoque rentable, especialmente en países donde la mayoría de las personas con síntomas de tuberculosis acuden a los servicios del sector privado.</li> <li>• Mantener la participación comunitaria para superar la estigmatización, generar confianza en los proveedores de servicios, mejorar la utilización de los servicios y garantizar que las poblaciones clave y vulnerables puedan acceder en todo momento a la atención de la tuberculosis.</li> </ul>	
<p>Tratamiento de la tuberculosis farmacosensible, tuberculosis farmacorresistente, coinfección por tuberculosis/VIH e infección por tuberculosis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que los pacientes con todas las formas de tuberculosis reciban un tratamiento y apoyo oportunos, 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.</li> <li>• 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 régimen de cuatro meses para la tuberculosis farmacosensible en niños y adolescentes con tuberculosis no grave, puesto que ahorran costos (productos, programas y pacientes) y mejoran los resultados.</li> <li>• En el caso del tratamiento preventivo de la tuberculosis, centrarse en grupos prioritarios, como las personas que viven con el VIH y quienes están en contacto en el hogar con pacientes con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada.</li> <li>• Seguir financiando actividades para prevenir la infección, especialmente los equipos de protección individual, como mascarillas adecuadas para los pacientes con tuberculosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar la transición a regímenes acortados para la tuberculosis farmacorresistente ya que son más efectivos, rentables y cómodos para los pacientes.</li> <li>• 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.</li> <li>• Considerar el uso del tamizaje basado en síntomas para las personas que viven con el VIH y quienes están en contacto en el hogar con personas con tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada (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.</li> </ul>

Intervenciones	Inversiones prioritarias	Consideraciones
	farmacorresistente y respiradores para el personal que los atiende, incluidos los trabajadores de salud comunitarios.	
Datos, monitoreo, supervisión, revisiones de programas y formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener las actividades rutinarias de fortalecimiento del sistema de notificación y vigilancia para monitorear con precisión el desempeño de los programas, por ejemplo, la derivación por parte de los trabajadores de salud comunitarios.</li> <li>• Llevar a cabo análisis rutinarios y utilizar los datos para detectar deficiencias y orientar mejor las intervenciones.</li> <li>• Revisar y priorizar la formación esencial para llevar a cabo intervenciones vitales y garantizar la integración de consideraciones de derechos humanos y género.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar la información disponible para la localización de puntos críticos y el análisis de la cascada de atención de la tuberculosis con el fin de identificar intervenciones y poblaciones específicas y optimizar la utilización de los recursos.</li> <li>• Utilizar datos de vigilancia rutinarios, revisiones epidemiológicas y enfoques y herramientas sencillos para fundamentar la planificación y la priorización.</li> <li>• Si es necesario, respaldar un proceso simplificado de revisiones programáticas y epidemiológicas que fundamente la revisión o elaboración de los PEN, en función de los datos disponibles y con apoyo remoto, en consonancia con el nuevo enfoque anunciado recientemente por la OMS.</li> <li>• 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 dedicado a tareas ajenas a las funciones programáticas.</li> </ul>

## Reducción de la prioridad: intervenciones y actividades que deben dejar de ser prioritarias en el marco del financiamiento del Fondo Mundial

A continuación se enumeran las intervenciones y actividades que pueden dejar de ser prioritarias en función del contexto de cada país y de la disponibilidad de fondos. Recomendamos valorar las opciones o consideraciones alternativas que figuran a continuación en función de los contextos nacionales, los déficits de financiamiento y la disponibilidad de recursos.

Intervenciones/actividades	Inversiones que deben dejar de ser prioritarias	Consideraciones
<b>Tamizaje y diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquisición de nuevos equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Priorizar el uso de microscopios para el seguimiento del tratamiento frente al diagnóstico de la tuberculosis.</li> <li>Optimizar el uso de cartuchos, por ejemplo, mediante la agrupación de muestras de esputo, el uso radiografías (con IA) para el tamizaje de la tuberculosis y el triaje de quienes acuden a la atención, o el análisis de muestras de heces en niños.</li> <li>Sustituir los módulos defectuosos en lugar de adquirir dispositivos nuevos y valorar el uso de innovaciones locales para la conexión de datos en lugar de costosas licencias de las soluciones de conectividad.</li> <li>Adoptar y utilizar nuevas pruebas asequibles cerca de los puntos de atención (cuando estén disponibles).</li> </ul>
<b>Detección activa de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de salud móviles para la tuberculosis o campañas a gran escala y detección activa de casos no priorizados o inespecíficos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valorar la localización y selección de grupos de alto riesgo y áreas geográficas con una incidencia elevada (puntos críticos) utilizando los datos disponibles, por ejemplo, el índice de vulnerabilidad.</li> </ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regímenes terapéuticos prolongados y caros cuando existen alternativas acortadas, eficaces y baratas (regímenes prolongados para la tuberculosis farmacorresistente o de cuatro meses para adultos con tuberculosis farmacosensible).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acelerar la transición a nuevos regímenes terapéuticos acortados (p. ej., tratamientos 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.</li> </ul>

<b>Facilitadores, por ejemplo, apoyo nutricional y ayudas de transporte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo nutricional y ayudas de transporte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener o priorizar la provisión de apoyo nutricional y ayudas de transporte a grupos específicos, como pacientes con tuberculosis farmacorresistente y niños con desnutrición severa.</li> </ul>
<b>Encuestas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevas encuestas sobre la tuberculosis, por ejemplo, de prevalencia.</li> <li>• Proyectos de investigación operativa no urgentes y costosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podrían utilizarse los datos existentes para actualizar la estimación de la carga de tuberculosis si es necesario.</li> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Gestión de programas, recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios</b>  <b>Nuevas construcciones</b>  <b>Asistencia técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar el número de trabajadores comunitarios dedicados a la tuberculosis, así como de asistentes jurídicos.</li> <li>• Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>.</li> <li>• 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.</li> <li>• Valorar la participación a distancia en lugar de viajar para asistir a conferencias, reuniones o cursos formativos internacionales.</li> <li>• Reducir los gastos de reuniones, talleres, etc. dentro del país.</li> <li>• Revisar y priorizar la asistencia técnica para que esté mejor dirigida y sea más eficiente, por ejemplo, mediante apoyo remoto.</li> </ul>
<b>Eliminar los obstáculos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos marcos jurídicos y políticos para evitar medidas punitivas o coercitivas y mejorar los servicios de tuberculosis basados en los derechos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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, incluidos los de rendición de cuentas en servicios de tuberculosis que respeten los derechos humanos y de denuncia para pacientes, y seguir promoviendo aquellas reformas jurídicas que estén progresando adecuadamente.</li> </ul>

## Malaria

El primer objetivo es explorar posibles eficiencias operativas en cada una de las intervenciones clave y garantizar al mismo tiempo la calidad de la ejecución y el impacto. Aunque se identifiquen ahorros, es posible que los recursos disponibles de todas las fuentes sigan siendo insuficientes para que los programas cubran las intervenciones previstas. En este caso, el objetivo principal será mantener las actividades con mayor impacto para minimizar la mortalidad de la malaria. Garantizar el acceso oportuno de quienes están enfermos a un diagnóstico y tratamiento de calidad debe seguir siendo por lo tanto un pilar central. Las intervenciones de prevención, como el control de vectores y la quimioprevención de la malaria estacional, deben ser las siguientes en este ejercicio de priorización, en función de las necesidades subnacionales, las contribuciones de los socios y las dinámicas locales de transmisión. Lo ideal sería que los programas tuvieran como objetivo alcanzar y mantener la cobertura universal del control de vectores, junto con la quimioprevención de la malaria estacional en zonas con una transmisión estacional muy elevada. Sin embargo, ya que esto puede no ser viable en todos los entornos, la variación de las estrategias de prevención podría estar justificada. La vigilancia es transversal a todas las intervenciones y debe racionalizarse dando prioridad a actividades que garanticen la disponibilidad de suficientes datos para la toma de decisiones. Es importante destacar que el enfoque descrito no pretende que se aborde cada elemento en orden, sino que los países revisen todas las estrategias que puedan ser relevantes para identificar eficiencias y establecer prioridades, y que adopten la combinación de intervenciones más adecuada a su contexto específico. El orden de prioridades puede variar en función del entorno de transmisión de la malaria. Sin embargo, debe justificarse claramente la priorización del país, incluida la garantía de que la gestión de casos en el sector público esté cubierta por los recursos disponibles (ya sean del Fondo Mundial, del gobierno o de otros socios).

Dentro de estas intervenciones, los componentes esenciales son los que garantizan la disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad de servicios de calidad y el monitoreo de su ejecución. La priorización de un enfoque adaptado a nivel subnacional no solo centra las intervenciones donde más se necesitan, sino que también garantiza la adaptación de su ejecución a los contextos locales para maximizar el impacto (p. ej., mediante la adaptación de la supervisión, la formación y la mejora de la calidad a las necesidades subnacionales). Cuando se dé prioridad a determinadas poblaciones o zonas geográficas, se debe prestar especial atención a mantener un enfoque de igualdad, especialmente en entornos operativos complejos donde algunas poblaciones puedan tener un acceso limitado a los servicios de malaria.

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. En general, ya se está trabajando para aumentar el financiamiento nacional de elementos esenciales como los productos para la gestión de casos, y las directrices se centrarán en adaptar los métodos de prestación de servicios. Estas subvenciones ya se están destinando

a determinadas poblaciones vulnerables donde la carga de malaria es mayor. Nótese que al final de cada sección se incluyen recomendaciones específicas para los entornos en fase de eliminación.

Consideraciones clave:

- Es necesario trabajar en las intervenciones en el orden en que aparecen.
- A medida que se lleva a cabo la priorización, se deben valorar los efectos de cada nueva decisión en las decisiones previamente adoptadas.
- Es necesario establecer un equilibrio entre la gestión de casos y la prevención.
- Si se reducen las medidas de prevención, aumentarán los casos y el presupuesto para gestionarlos. Es necesario lograr un equilibrio entre la prevención y la gestión de casos para utilizar los fondos de la mejor forma posible.
- Se deben tener en cuenta todas las fuentes de fondos, así como posibles déficits de fondos que puedan surgir como consecuencia de los cambios en el panorama de donaciones.
- El Fondo Mundial y sus socios pueden ayudar a determinar las posibles concesiones nacionales o subnacionales relacionadas con la combinación de intervenciones.

## Gestión de casos

### Consideraciones sobre el tratamiento en establecimientos públicos y la gestión integrada de casos comunitarios

Es absolutamente prioritario garantizar que se disponga de suficientes terapias combinadas con artemisinina, pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y artesunato intravenoso en **los establecimientos públicos y en la comunidad**, puesto que son productos que salvan vidas. Si se ha desplegado el artesunato rectal en el país, debe mantenerse.

#### Cuantificación y selección de productos

- **Reevalúe su cuantificación estándar y ajústela según sea necesario** en función de la carga actual y prevista. Es posible que se necesite ajustar la carga prevista, especialmente si se reducen o retrasan las intervenciones de prevención.
  - Nótese que se podrían necesitar terapias combinadas con artemisinina o PDR adicionales si se adoptan medidas de vigilancia en la primera visita prenatal (consulte la [sección sobre vigilancia](#)).
1. Si se trata de un país que participa en la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria, será **necesario valorar qué cantidades adicionales podrían ser necesarias si se interrumpen las existencias que facilita dicha iniciativa**.

2. Evaluar si las existencias podrían entregarse a través del **sistema de la cadena de suministro nacional** (si no se está haciendo ya). ¿Se necesitan inversiones adicionales del Fondo Mundial? En caso afirmativo, ¿puede asumirlas el gobierno (inmediatamente o por fases)? ¿Puede optimizarse aún más el suministro de medicamentos y consumibles?
3. **Selección de productos de PDR:** basándose en los precios de referencia del Fondo Mundial, los kits de 25 pruebas solo de *Pf* cuestan 0,11 USD menos que las PDR de *Pf*-PAN, y los kits de cajas (caja de PDR sin tampón individual) cuestan 0,32 USD menos que las pruebas POCT (tampón individual proporcionado para cada PDR). El Fondo Mundial está trabajando con los fabricantes para solventar cuestiones prácticas (p. ej., falta de tampones) relacionadas con los kits de cajas.
  - **El financiamiento del Fondo Mundial se utilizará para adquirir pruebas de *Pf* en países con predominio de *P. falciparum* y pruebas de *Pf/Pv* cuando la carga de *P. vivax* sea significativa.**
  - **Los planes de diversificación de la terapia combinada con artemisinina y de tratamientos múltiples de primera línea como parte de la estrategia para hacer frente a la farmacoresistencia de la malaria son prioritarios**, especialmente en los países de África subsahariana. Si un país tiene o ha previsto adoptar una estrategia de tratamientos múltiples de primera línea durante el CS7, debe priorizarla. Para seleccionar las terapias combinadas con artemisinina en el marco de las estrategias de tratamientos múltiples de primera línea, los países deben priorizar AL-ASAQ en cualquiera de los enfoques simultáneos o de ciclo rápido recomendados por la OMS como opción de transición (dada la neutralidad de sus costos) y considerar AS-PY o DP solo si AL y ASAQ no son adecuados en función de los últimos datos de eficacia disponibles o si se solapan con la quimioprevención de la malaria estacional, se cuenta con apoyo para acceder a estos tratamientos, los precios mejoran y el suministro se hace más sostenible. Póngase en contacto con el Equipo de País del Fondo Mundial si necesita más información sobre la selección de medicamentos y el enfoque adecuado para su país.
  - Se debe seguir **añadiendo una dosis única y baja de primaquina** a la terapia combinada con artemisinina como agente gametocida, ya que su costo es bajo y contribuye a reducir la transmisión en entornos de baja transmisión. También puede valorarse esta opción en países con resistencia parcial a la artemisinina o fracaso del fármaco asociado. La prueba de G6PD no es necesaria.
  - En la mayoría de los contextos, **se dará prioridad a las PDR frente a la adquisición de microscopios y productos asociados**. En contextos de eliminación, será importante mantener un alto nivel de pruebas microscópicas de calidad para garantizar la calidad de los diagnósticos y la sostenibilidad. Se debe valorar la posibilidad de aprovechar el equipo existente y otros programas de enfermedades para integrar el apoyo a las pruebas microscópicas en establecimientos de salud de mayor nivel.
  - En los países donde la especie ***P. vivax*** sea predominante, se utilizarán PDR de *Pf/Pv* para el diagnóstico. Garantizar que se disponga de suficientes existencias de medicamentos contra la malaria (cloroquina y terapias combinadas con artemisinina) y primaquina. Cuando se estén utilizando la tafenoquina o la primaquina de dosis altas durante siete días, se deben mantener existencias suficientes del medicamento y de productos para la prueba de G6PD. Consulte al Equipo de País del Fondo Mundial cómo avanzar en la ejecución de las estrategias de cura radical con regímenes acortados (primaquina o tafenoquina durante siete días) si todavía no se han ejecutado, puesto que requieren pruebas de G6PD y su despliegue inicial será costoso. Valore contar con apoyo de organizaciones asociadas para este despliegue.

#### Calidad de la atención

- **La formación o la supervisión deben:**

- **Integrarse en el paquete de mejora de la calidad de la atención primaria de salud.** Se prescindirá de la formación o supervisión específica para la malaria (preferiblemente de inmediato). Del mismo modo, es necesario integrar la formación general sobre equidad, derechos humanos y género y dejar de impartirla de forma independiente. Formar a supervisores o educadores multidisciplinarios para garantizar que la integración no se limite únicamente a reunir equipos de diferentes programas en el mismo lugar y al mismo tiempo.
- **Adaptarse a nivel subnacional** para abordar las necesidades específicas a partir de una evaluación de los datos rutinarios de los pacientes que permita analizar el desempeño de los establecimientos de salud o de los trabajadores de salud comunitarios (o en la unidad administrativa de menor nivel posible, en función los datos disponibles). Por ejemplo, si el programa nacional de malaria observa que la tasa de pruebas de un establecimiento alcanza el 80%, mientras que la media de otro es del 40%, será necesario supervisar y evaluar a este último. Lo mismo ocurre con los establecimientos que registran una mortalidad elevada de la malaria, con una notificación escasa o nula, o que ofrecen tratamiento sin realizar pruebas.
- **Mantener un repositorio de formación de recursos humanos** para realizar un seguimiento de los cursos realizados y evitar impartir varias veces la misma formación a la misma persona.
- **El cambio social y conductual debe integrarse en la prestación de servicios**, tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad (p. ej., mediante la comunicación interpersonal), para reforzar los mensajes de búsqueda de atención y prevención, y abordar las normas sociales y conductuales perjudiciales.

#### Acceso a la atención

- **El despliegue óptimo de los trabajadores de salud comunitarios** variará en función del contexto de las prácticas de búsqueda de atención. Puede que convenga revisar con detalle los planes de mantenimiento o las consideraciones para una mayor adaptación subnacional, así como revisar el alcance actual del apoyo a la gestión de casos y a los trabajadores de salud comunitarios responsables de la gestión integrada de casos comunitarios con recursos del Fondo Mundial (de subvenciones de enfermedades, SSRS o el C19RM) y el estado de la plataforma comunitaria que recibe el apoyo de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria o de otros donantes (tenga en cuenta a los trabajadores de salud comunitarios financiados por el PEPFAR que proporcionan atención para la malaria). Se mantendrán los productos para la gestión integrada de casos comunitarios no relacionados con la malaria donde ya se estén utilizando, pero se deberá planificar su transición al financiamiento público en adelante.
- Considerar la posibilidad de realizar actividades de divulgación específicas en zonas remotas o inseguras, así como para subpoblaciones con limitaciones de acceso (p. ej., personas en situación de pobreza que viven en zonas urbanas, migrantes o poblaciones desplazadas).
- La gestión de casos en la comunidad debe priorizarse al menos para los menores de cinco años, pero si ya se ofrece a todos los grupos de edad, se intentará mantener el mismo alcance.
- **Derivaciones comunitarias:** financiar derivaciones asistidas reduce el gasto de gestión de casos graves. Cuando sea posible, si se considera que el sistema de derivación es funcional, se mantendrá el tratamiento previo a la derivación de casos graves de malaria.

La mayoría de los países ya han **eliminado el copago de productos del sector privado**. Dependiendo del contexto del país (porcentaje de uso del sector privado), puede que convenga seguir apoyando al sector privado para mantener el acceso a una atención de calidad centrándose en la notificación y el monitoreo del aseguramiento de la calidad del tratamiento en lugar de en la prestación directa de servicios.

**En contextos de eliminación**, se dará prioridad a la detección pasiva de casos, ya que las estrategias activas y reactivas son más costosas y debe valorarse su interrupción. Aunque las PDR siguen siendo el principal método diagnóstico, especialmente para poblaciones de difícil acceso, es posible que los países quieran mantener un alto nivel de pruebas microscópicas de calidad, que deberán integrarse en las actividades de otras enfermedades. Se prestará especial atención a garantizar la inclusión de los casos diagnosticados en el sector privado. Se mantendrán las actividades para prevenir la reaparición de la malaria, prestando especial atención a optimizar las actividades de la misma forma que con otras intervenciones. Será necesario mantener la vigilancia para monitorear la eliminación y evitar la reaparición de la malaria.

## Control de vectores

### Consideraciones sobre el rociado residual intradomiciliario

Se recomienda a los países que trabajen en estrecha colaboración con los Equipos de País del Fondo Mundial si su programa contempla el rociado residual intradomiciliario (RRI) financiado por el Fondo Mundial o por sus socios, en cuyo caso es posible que no se pueda mantener el financiamiento. Si una campaña de RRI es inminente, deberá recibir prioridad debido al grave riesgo de que se produzcan repuntes si se interrumpe de forma abrupta. Si el RRI no es inminente, se deberá valorar la posibilidad de reemplazarlo por MTI de doble ingrediente activo tratados con CFP debido a las limitaciones presupuestarias y a posibles problemas relacionados con la sostenibilidad. Se dará prioridad a la distribución de MTI de doble ingrediente activo tratados con CFP en las zonas seleccionadas durante el plazo previsto para el siguiente ciclo de fumigación (y no con la siguiente ronda de la campaña de MTI). Además, será necesario monitorear los índices de casos por si se produjeran repuntes y valorar un margen adicional para la gestión de casos.

#### Eficiencias operativas

- Consulte la tabla de adaptaciones de las actividades operativas para valorar qué eficiencias de las campañas pueden adaptarse a las campañas de RRI. Sin embargo, posiblemente haya menos oportunidades de reducir los costos de las campañas de RRI a corto plazo debido a los requisitos de protección del medioambiente y la salud humana y a la importancia de las actividades de comunicación para garantizar que los propietarios de las viviendas acepten la intervención.

#### Elección de productos

- Es posible que tampoco se puedan cambiar los productos, dada la necesidad de adquirirlos cumpliendo los planes de gestión de la resistencia a los insecticidas. Puede que convenga analizar con el Equipo de País del Fondo Mundial si existen diferencias de precio significativas entre las diferentes fórmulas y tipos de empaquetado.

### Consideraciones sobre los mosquiteros tratados con insecticida (MTI) - campaña a gran escala y distribución continua

Los países se encuentran en fases y situaciones muy diferentes: algunos ya habrán completado una campaña, otros no, y de estos algunos ya habrán realizado pedidos y otros no. Determinados contextos pueden enfrentarse a desafíos o tener necesidades concretas (p. ej., los entornos operativos complejos). A continuación se ofrecen recomendaciones generales que deben aplicarse en función del contexto de cada país.

- Todos los despliegues de MTI deben optimizarse siguiendo las recomendaciones que figuran a continuación:
  - Para todos los mosquiteros, consulte las consideraciones sobre productos que figuran más abajo, por ejemplo, valore menores tamaños si corresponde.
  - Para las campañas, consulte a continuación la tabla de adaptaciones de las actividades operativas (tenga en cuenta qué es viable hasta el despliegue).
  - En lo que respecta a los canales de distribución continua de mosquiteros, consulte la tabla de adaptaciones operativas y valore qué puede ser pertinente para estos canales. También es necesario hacer especial hincapié en integrar las entregas de MTI y el apoyo relacionado en los programas nacionales correspondientes, por ejemplo, en los de salud materno-infantil o el Programa Ampliado de Inmunización.
- Las estrategias de despliegue deben revisarse teniendo en cuenta el presupuesto disponible:
  - Para lograr el mayor impacto posible en la carga y la mortalidad de la malaria, lo ideal sería mantener una cobertura elevada en las zonas con una carga alta y moderada (teniendo en cuenta el potencial malariogénico y no solo la carga actual) y garantizar el acceso a través de canales rutinarios a los grupos biológicamente vulnerables en todas las zonas de riesgo. Aunque las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años son los grupos vulnerables clave en la mayoría de los casos, se deberá tener en cuenta a otros grupos de alto riesgo a nivel local.
  - Si no es posible mantener una amplia cobertura en zonas de riesgo alto y moderado, la prioridad será cubrir a los grupos biológicamente vulnerables en todas las áreas de riesgo.
  - Puede ser adecuado adoptar diferentes estrategias de despliegue en función del contexto y la equidad en el acceso a varios canales: ningún canal será suficiente por sí solo. Los canales también pueden combinarse de diferentes formas a nivel subnacional.
  - Es importante recordar que, aunque es posible que no todos los canales proporcionen mosquiteros directamente a los grupos vulnerables, los datos han demostrado sistemáticamente que, dentro de un hogar, los mosquiteros recibidos a través de cualquier canal se destinan prioritariamente a los más vulnerables cuando no son suficientes para cubrir a todos sus miembros.
  - Se debe tener en cuenta lo siguiente a la hora de decidir qué canales utilizar y cómo adaptarlos:
    - **Garantizar el abastecimiento de canales rutinarios en todas las zonas de riesgo.** Los canales de los centros de atención prenatal y del Programa Ampliado de Inmunización facilitan el acceso de mujeres embarazadas y niños y garantizan la disponibilidad continua de mosquiteros entre campañas, por lo que siguen siendo importantes. Se debe dar prioridad a los canales más funcionales (p. ej., los centros de atención prenatal y el Programa Ampliado de Inmunización en algunos casos) y ampliar las existencias de seguridad si el suministro de mosquiteros rutinarios es incierto, algo que puede ser especialmente preocupante para los países que forman parte de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria. Si los servicios de los centros de atención prenatal o del Programa Ampliado de Inmunización no son accesibles (p. ej., en algunos entornos operativos complejos), pueden ser útiles los canales alternativos con los que las poblaciones vulnerables están frecuente o habitualmente en contacto.
    - **Ir más allá de los canales rutinarios en la medida en que lo permita el presupuesto: los canales rutinarios no pueden conseguir una cobertura elevada ni llegar a todos los niños menores de cinco años por sí solos.**
    - Cuando la cobertura universal no sea posible, los programas deben aspirar a una cobertura lo más alta posible en zonas con una carga alta y moderada mediante campañas más limitadas (dirigidas solo a niños menores de cinco años, o a todos los hogares pero con una cobertura reducida) o canales continuos con un alto rendimiento, como la distribución anual en las escuelas.

- Excluir las zonas con una carga baja y, cuando corresponda, las áreas urbanas. Debido a los problemas logísticos y a que el acceso a la atención es mejor, no se recomienda llevar a cabo campañas en muchas zonas urbanas. En estos lugares se deberá garantizar el acceso rutinario de los grupos vulnerables a los MTI a través de centros de atención prenatal y el Programa Ampliado de Inmunización, y mantener las iniciativas para reforzar la gestión de casos. En las zonas urbanas donde la especie *An. stephensi* sea motivo de preocupación, se deberá valorar con el Equipo de País del Fondo Mundial cuál es la mejor respuesta para el control de vectores. Estas campañas pueden seguir siendo necesarias para determinadas zonas periurbanas o grupos vulnerables localizados (p. ej. los habitantes de barrios marginales). Sin embargo, se recomienda identificar estas zonas utilizando los datos del sistema sanitario y los conocimientos y la experiencia locales, y no los complejos enfoques de microestratificación que han demostrado ser costosos, por lo que no se recomienda cubrirlos con fondos de la subvención. Valore con su Equipo de País del Fondo Mundial opciones para abordar estas cuestiones.
      - Fuera de las zonas urbanas, se debe considerar la posibilidad de llevar a cabo una campaña para proporcionar un mosquitero a cada menor de cinco años (cuya ventaja es que garantiza una alta cobertura en este grupo vulnerable) o bien una campaña general de menor cobertura (que permite llegar a todos los hogares, incluidos los que tienen niños menores de cinco años) reduciendo las cantidades de mosquiteros por persona o modificando los grupos destinatarios (p. ej., un mosquitero por cada 1,8 personas, o un número fijo por hogar).
      - Escalonar el calendario de las campañas en las zonas subnacionales donde los datos disponibles confirmen que los mosquiteros se siguen utilizando más allá de los tres años (es decir, que muestren que determinadas zonas siguen teniendo un acceso y un uso elevados de mosquiteros eficaces).
    - **Canales alternativos de gran volumen:** en paralelo a las diferentes opciones de campañas que se han descrito previamente, se debe valorar cuándo podrían ser apropiados canales alternativos, teniendo en cuenta el contexto local o si la cantidad de mosquiteros se reduce tanto que las campañas no son rentables. Por ejemplo, la distribución anual en escuelas es una buena alternativa a las campañas, ya que se puede adaptar en función del número de mosquiteros disponibles, está dirigida a los niños que no han recibido mosquiteros mediante los centros de atención prenatal o el Programa Ampliado de Inmunización, y contribuye a que los mosquiteros lleguen a los hogares entre las campañas para hacer frente a su desgaste.
    - En aquellos lugares donde ni siquiera se puedan llevar a cabo campañas para menores de cinco años o con una cobertura reducida en todas las zonas con una carga alta o moderada, se deberá garantizar en primer lugar el acceso rutinario de los grupos vulnerables en todas las áreas de riesgo, y llevar a cabo a continuación cualquier campaña o enfoque de alto rendimiento que sea viable en las áreas con mayor morbilidad, a sabiendas de que aumentarán los índices de casos en zonas que dejen de estar protegidas y de que los planes de gestión de casos se deberán ajustar en consecuencia.
  - Es probable que **los países que ya han realizado pedidos de mosquiteros** prefieran ceñirse lo más posible a los planes existentes, pero deberán optimizar los costos de entrega y racionalizar su alcance (p. ej., excluir las zonas urbanas o con una carga baja cuando sea necesario). También deben valorar si es necesario destinar parte de las cantidades a los canales rutinarios (tanto actualmente como para mejorar las reservas de seguridad ante la incertidumbre en torno al suministro rutinario en el futuro). Si se reducen las cantidades de mosquiteros disponibles para las campañas, será necesario valorar las opciones mencionadas previamente.
  - **Los países que aún no han realizado pedidos de mosquiteros** tienen la oportunidad de revisar las cantidades previstas inicialmente, así como de reconsiderar cuáles son los canales de distribución más adecuados teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores para maximizar el impacto. Como se ha señalado previamente, es necesario dar prioridad a canales eficientes para proporcionar MTI a las poblaciones vulnerables y, en caso de disponer de financiamiento adicional, optimizar los costos de entrega para determinar a continuación cuántos mosquiteros se pueden adquirir.

### Otras consideraciones

- Si una campaña de MTI va a estar cofinanciada por otro socio además del gobierno y del RP (p. ej., la Fundación Contra la Malaria), es importante entender sus requisitos de apoyo y consensuar cualquier adaptación con todas las partes interesadas. Es muy útil para los programas aprovechar los fondos de las subvenciones para acceder a productos de mosquiteros no financiados con subvenciones, por lo que debería valorarse la posibilidad de facilitar esta asociación.

### Selección de productos

- Si se sabe que existe resistencia a los piretroides y ya se han planificado o desplegado mosquiteros con doble ingrediente activo tratados con BPO o CFP, se mantendrá el mismo producto. Los países deben considerar la posibilidad de cambiar los mosquiteros tratados solo con piretroides previstos en estas zonas por los de doble ingrediente activo tratados con CFP si es posible, puesto que la optimización de recursos es mayor (incluso teniendo en cuenta el mayor costo unitario y la posibilidad de que se puedan adquirir menos mosquiteros). Póngase en contacto con el Equipo de País del Fondo Mundial si tiene alguna pregunta.
- No personalizar los MTI.
- Considere la posibilidad de utilizar MTI de menor tamaño, si procede, ya que puede suponer un ahorro significativo y muchos países consiguen un alto grado de utilización facilitando el acceso a estos mosquiteros.

**En contextos de eliminación**, las intervenciones de control de vectores deben dirigirse a zonas donde exista el riesgo de que la transmisión continúe o resurja. En función de su viabilidad y disponibilidad, el RRI y los MTI suelen ser los métodos principales para reducir la transmisión en focos residuales o nuevos focos activos.

## Adaptaciones de las actividades operativas (más relevantes para campañas, aunque se pueden adaptar a otros canales)

### Adaptaciones para ahorrar costos en el diseño de las campañas

- Campañas con una sola fase (es decir, en las que el registro y la distribución tienen lugar simultáneamente).
- Valorar si es necesaria una fase de macroplanificación.
- Reevaluar y optimizar el enfoque de microplanificación, y reducir potencialmente la escala del taller para cubrir únicamente el contenido y los participantes esenciales. Basarse en los datos disponibles: microplanificación previa (incluidas actividades no relacionadas con la malaria), datos de la Oficina Nacional de Estadística, etc.
- Valorar la posibilidad de proporcionar un número fijo de mosquiteros por hogar (sin registro).

- Evaluar el número de hogares y distribuidores y si la proporción es adecuada (especialmente si se ha modificado el enfoque de la campaña). Analizar si se puede conseguir un impacto similar mediante la distribución en puntos fijos.
- Dejar el desarrollo de las campañas en manos de trabajadores locales, por ejemplo, los trabajadores de salud comunitarios (nótese que se podrían promover también los pagos electrónicos cuando se empleen sistemas de incentivos rutinarios).
- Excluir las zonas urbanas (se pueden utilizar los mosquiteros adicionales para aumentar el alcance, la distribución rutinaria o la cobertura de otros alojamientos no tradicionales, como orfanatos, etc.). Tenga en cuenta el punto [área geográfica](#) que figura más arriba.
- Identificar opciones para integrar diferentes campañas, por ejemplo, compartiendo datos, hardware o software, así como combinando campañas o entregando MTI a la comunidad destinataria mediante programas cuyas campañas ya estén planificadas (como los de sarampión, vacunación de la malaria o de filariasis linfática). Como mínimo, valorar la posibilidad de realizar conjuntamente campañas de distribución de MTI y quimioprevención de la malaria estacional (QME) en el primer ciclo de QME.
- Sin campañas de limpieza.

#### **Adaptaciones para ahorrar en la formación**

- Reducir los días de formación o cambiar la forma de impartirla (en línea, si procede, aprovechando esta oportunidad para adoptar formaciones y herramientas digitales cuando sea viable).
- Seleccionar con detalle a los participantes propuestos para centrarse en el personal prioritario.
- Limitar el pago de lugares de formación cuando exista la posibilidad de utilizar un espacio gratuito o con pago en especie.
- Valorar la posibilidad de combinarla con otra formación planificada si procede, por ejemplo, cuando se ha previsto llevar a cabo campañas de QME al mismo tiempo, aunque las actividades de las campañas no estén integradas.

#### **Adaptaciones para ahorrar en el transporte y el almacenamiento**

- Examinar con detalle los presupuestos de transporte: algunas subvenciones han encontrado oportunidades para reducirlos significativamente.
- Considerar la posibilidad de limitar el almacenamiento a nivel nacional y trasladar antes las existencias a un nivel inferior, con menores volúmenes, lo que aumenta la viabilidad de utilizar los espacios existentes.
- Limitar el pago de almacenes cuando exista la posibilidad de utilizar un espacio gratuito o con pago en especie.
- No ahorrar si esto pone en riesgo la seguridad y la calidad de los productos sanitarios.

#### **Adaptaciones para ahorrar en las iniciativas para promover el cambio social y conductual**

- No lanzar nuevas campañas.
- No llevar a cabo iniciativas para promover el cambio social y conductual en zonas donde tradicionalmente se ha registrado un uso elevado de MTI.
- No llevar a cabo campañas de colocación de mosquiteros.
- Mantener las iniciativas para promover iniciativas de cambio social y conductual de bajo costo en zonas donde tradicionalmente se ha registrado un uso limitado de MTI, por ejemplo, comunicaciones interpersonales (como en redes sociales). No distribuir folletos ni llevar a cabo iniciativas en medios de comunicación (p. ej., anuncios de radio o televisión).
- Mantener los anuncios sobre el enfoque, el calendario y la ubicación de las campañas, pero dando prioridad a opciones de bajo costo, sobre todo, a la comunicación interpersonal. Por ejemplo, recurrir a locutores municipales, como pregoneros o *griots* (exclusivamente los esenciales), colaborar con líderes de opinión que acudan, por ejemplo, a lugares de encuentro religioso (como iglesias y mezquitas), actos políticos y sociales y actividades deportivas. Valorar también la opción de utilizar mensajes en redes sociales, WhatsApp, SMS o radio si es necesario, pero no anuncios de televisión. Estas actividades de comunicación podrían clasificarse en el presupuesto como iniciativas de cambio social y conductual, pero deben considerarse esenciales, sobre todo cuando las estrategias de las campañas han cambiado y se dirigen únicamente a determinados grupos o comunidades.
- Mantener los materiales para identificar a quienes llevan a cabo las campañas (p. ej., brazaletes, insignias, gorras), pero elegir la opción local más barata. Podrían clasificarse también en el presupuesto como iniciativas de cambio social y conductual, pero deben considerarse actividades esenciales.

#### Adaptaciones para ahorrar en la digitalización

- Analizar las necesidades de digitalización y priorizar lo esencial.
- Fomentar el uso de dispositivos personales en las campañas digitalizadas.
- Si se inicia la digitalización por primera vez:
  - Valorar si los costos de su puesta en marcha (incluidos los recursos humanos) serán superiores a los de una campaña no digitalizada. Si es así, considerar la posibilidad de aplazar la digitalización hasta que haya una previsión clara del financiamiento (p. ej., en el próximo ciclo de subvenciones), ya que las inversiones iniciales pueden no estar justificadas.
  - Comprobar si otros programas llevan a cabo actividades digitalizadas en el país y, en caso afirmativo, adoptar sus herramientas y aplicaciones. Como cada herramienta tiene sus ventajas y desventajas, no existe una herramienta "más barata" recomendada. Elegir una plataforma de acceso abierto en lugar de una patentada probablemente minimice los costos a largo plazo.

Utilizar materiales de formación disponibles públicamente en lugar de diseñarlos desde cero.

#### Adaptaciones para ahorrar en la presentación de informes y las actividades posteriores a las campañas

- Dejar de dar prioridad a los talleres de validación de datos. Probablemente no sean necesarios para las campañas digitalizadas.
- Prescindir de los talleres anuales de revisión y apostar en su lugar por mejoras continuas basadas en la supervisión.

- Valorar la posibilidad de realizar talleres virtuales.
- Dejar de dar prioridad a las encuestas realizadas tras las campañas y, cuando sea viable, medir la cobertura mediante metodologías rutinarias (p. ej., vigilancia en la primera visita a la atención prenatal, muestreo de aseguramiento de la calidad de los lotes o monitoreo dirigido por la comunidad).

#### Consideraciones sobre la gestión de fuentes larvarias

- En la mayoría de los entornos, la gestión de fuentes larvarias es menos prioritaria que otras medidas de control de vectores. Sin embargo, deberán tenerse en cuenta consideraciones sobre la amenaza de *An. stephensi*. Valore con su Equipo de País del Fondo Mundial cualquier plan de gestión de fuentes larvarias para decidir si conviene interrumpirlo.

## Quimioprevención

### Consideraciones sobre la quimioprevención de la malaria estacional (QME)

En los últimos años, los programas han ampliado su alcance geográfico, los grupos de edad destinatarios y el número de ciclos de QME. El Fondo Mundial recomienda la siguiente priorización para mantener la QME:

- **Dar prioridad a los niños menores de cinco años** (grupo con mayor tasa de mortalidad), así como centrarse en las zonas geográficas con mayor carga y con un acceso limitado a los servicios de salud (entre otras, las zonas inseguras).
- Reducir la prioridad de áreas urbanas debido a que su acceso a la atención es mejor y a las dificultades logísticas para llevar a cabo las campañas.
- Revisar los datos sobre la duración de la temporada de alta transmisión para **optimizar el número de ciclos**. Cuando sea posible, utilizar datos climáticos para ajustar el calendario y el número de ciclos.
- Tener en cuenta las necesidades que puedan surgir debido a los posibles cambios en el financiamiento de los donantes (incluida la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria). Puede que sea necesario modificar la cobertura geográfica en función del análisis de la carga y de otros factores.

Es posible que sea necesario realizar concesiones en un programa para reducir el número de ciclos de QME con el fin de cubrir poblaciones adicionales. Consulte a su Equipo de País del Fondo Mundial para que le ayude a tomar estas decisiones.

Al igual que ocurre con las campañas de control de vectores, deben tenerse en cuenta los problemas operativos que se enumeran en la tabla 1 y en las [adaptaciones de actividades operativas](#). Además, es necesario:

- Explorar los puntos de contacto existentes con la población destinataria y las oportunidades de integración (p. ej., campaña de MTI, campaña de vacunación, jornadas de salud infantil u otras actividades de divulgación). Si un país está considerando la posibilidad de integrar la vacuna de la malaria con la QME, póngase en contacto con su Equipo de País del Fondo Mundial.
- Valorar la viabilidad de recurrir a los trabajadores de salud comunitarios en activo para proporcionar la QME (podría realizarse a nivel subnacional si los trabajadores de salud comunitarios no son suficientes para cubrir las áreas seleccionadas para la QME).
- **Dejar de dar prioridad** al tratamiento bajo observación directa para la segunda y tercera dosis de cada ciclo, lo que puede ayudar a aumentar el número de hogares que un distribuidor puede visitar por día. Explorar opciones de recordatorios por SMS para que los cuidadores administren las dosis posteriores.

### Consideraciones sobre el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo

Los servicios de atención prenatal deben integrarse en su totalidad bajo la gestión del Departamento de Salud Maternoinfantil, incluida la respuesta a la malaria durante el embarazo. El programa nacional de malaria debe participar en el grupo técnico de trabajo y ofrecer orientación técnica al Departamento de Salud Maternoinfantil si es necesario. Los planes para esta transición deben realizarse lo antes posible teniendo en cuenta todos los recursos disponibles para la salud reproductiva, materna,

neonatal e infantil (incluidos los de otras subvenciones del Fondo Mundial). Cuando los mosquiteros rutinarios se distribuyan mediante canales de centros de atención prenatal o del Programa Ampliado de Inmunización, se debe hacer lo posible por integrarlos en las actividades cotidianas de los sistemas de salud y realizar la transición para que se gestionen en los servicios de salud maternoinfantil y del Programa Ampliado de Inmunización respectivamente. Nótese que **los sistemas y la notificación de datos de estos departamentos deberán incluir estas intervenciones**. Se deben tener en cuenta las necesidades que puedan surgir como consecuencia de los cambios en el financiamiento de los donantes (especialmente de la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria) para el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, así como para el fortalecimiento de la plataforma de atención prenatal.

- El gobierno deberá asumir la adquisición de la sulfadoxina-pirimetamina tan pronto como sea viable, algo que ya está ocurriendo en muchos países.
- La formación o supervisión se integrará en el paquete de mejora de la calidad de la atención prenatal, dentro de la salud maternoinfantil. Asimismo, se prescindirá de la formación o supervisión específica para la malaria (preferiblemente de inmediato).
- La formación o supervisión debe adaptarse a nivel subnacional para abordar las necesidades específicas en función del desempeño de los establecimientos de salud o de los trabajadores de salud comunitarios (o en la unidad administrativa de menor nivel posible en función de los datos disponibles). Por ejemplo, si el primer tratamiento preventivo intermitente es del 60% en un establecimiento que ofrece servicios de atención prenatal mientras que en otro alcanza el 90%, se debe dar prioridad al primero.
- Proporcionar tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo en la comunidad puede aumentar la cobertura de esta intervención y debe integrarse en la estrategia de los trabajadores de salud comunitarios.
- El cambio social y conductual se integrará en la prestación de servicios, tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad (p. ej., mediante la comunicación interpersonal), y se recurrirá para ello a voluntarios y grupos de bajo costo, como los pares en centros de atención prenatal y posnatal.

#### **Consideraciones sobre la quimioprevención de la malaria perenne (QMP)**

En zonas donde todavía no haya comenzado el despliegue de la QMP, se deberá dar prioridad a otras intervenciones en curso.

La QMP se lleva a cabo principalmente a través de la plataforma del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y debe adoptar un enfoque similar al del tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, en el que la gestión, incluida la supervisión y la formación, se transfiera al grupo técnico de trabajo del PAI con el apoyo del programa nacional de malaria si es necesario. Cuando los mosquiteros rutinarios se distribuyan mediante canales de centros de atención prenatal o del Programa Ampliado de Inmunización, se debe hacer lo posible por integrarlos en las actividades cotidianas de los sistemas de salud y realizar la transición para que se gestionen en los servicios de salud maternoinfantil y del Programa Ampliado de Inmunización respectivamente. Nótese que los sistemas y la notificación de datos de estos departamentos deberán incluir estas intervenciones.

- La sulfadoxina-pirimetamina es también el medicamento que se utiliza para la QMP y el gobierno deberá asumir su adquisición tan pronto como sea viable.
- Puesto que la QMP es una intervención nueva, es posible que los programas nacionales de malaria deban implicarse más en su adopción y posterior despliegue, pero lo ideal sería que el PAI estuviera en situación de mantener el servicio y que el programa de malaria participara en el grupo técnico de trabajo y proporcionara orientación técnica.

- Cabe destacar que la QMP puede administrarse a través de canales diferentes al PAI adoptando un enfoque similar e integrarse en los sistemas existentes para aumentar la cobertura en el segundo año de vida (p. ej., despliegue mediante trabajadores de salud comunitarios).
- El cambio social y conductual se integrará en la prestación de servicios, tanto en los establecimientos de salud como en la comunidad (p. ej., mediante la comunicación interpersonal), y se recurrirá para ello a voluntarios y grupos de bajo costo, como los pares en centros de atención prenatal y posnatal.

**Nota:** El Fondo Mundial no financia la adquisición de vacunas de la malaria ni su despliegue directo, ya que es el mandato de Gavi. El Fondo Mundial financia intervenciones que son complementarias al despliegue de la vacuna de la malaria. Consulte este documento sobre el apoyo que puede proporcionar el Fondo Mundial: <https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2024-12-02-gavi-global-fund-malaria-vaccine-guidelines/>

## Vigilancia, monitoreo y evaluación

### Consideraciones sobre los datos y su uso

A continuación se presentan actividades simplificadas para seguir reforzando los datos y su uso para la toma de decisiones: Tenga en cuenta las necesidades que puedan surgir debido a los posibles cambios en el apoyo de los donantes (incluida la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria) para garantizar que los elementos esenciales queden cubiertos.

#### Datos de los sistemas de información sanitaria (SIS) depurados y bien estructurados

- Es necesario integrar los sistemas de información sanitaria y el aseguramiento de la calidad de los datos, así como incluir la notificación básica sobre la malaria, por ejemplo, sobre los casos sospechosos o febriles, sometidos a pruebas y tratados, y compartir los costos entre los diferentes departamentos del Ministerio de Salud. Consulte la [sección sobre SSRS](#) para más información.
- Si está previsto utilizar recursos del Fondo Mundial para establecer un repositorio nacional de datos de malaria, esta medida deberá ser prioritaria. Si ya se ha establecido, su mantenimiento se cubrirá con financiamiento nacional tan pronto como sea posible.

#### Datos a falta de encuestas

- Como se mencionó previamente, si las encuestas a gran escala financiadas con recursos del Fondo Mundial no están en una fase avanzada (p. ej., encuestas de indicadores de malaria o encuestas demográficas y de salud), se deberán aplazar o revisar su alcance (centrándose en la cobertura de las intervenciones) si los métodos alternativos no son viables. En el caso de que las encuestas ya estén en curso y no puedan seguir recibiendo el financiamiento previsto del Fondo Mundial, deberá hacerse todo lo posible por encontrar recursos alternativos para completarlas. En paralelo, se debe explorar la adopción de estrategias rutinarias más rentables para evaluar la cobertura, el uso y la prevalencia.

- La vigilancia en la primera visita de atención prenatal para el monitoreo rutinario de la prevalencia es una nueva estrategia y se necesitarán recursos para su introducción. Para ello será necesario recalcular cuántas terapias combinadas con artemisinina y PDR son necesarias en la atención prenatal (e incluirlas en la cuantificación general) y tener en cuenta las modificaciones que deben realizarse en los registros (si es necesario añadir nuevas columnas), los cambios en las directrices para poder realizar las pruebas y ofrecer tratamiento durante el embarazo en la primera visita a la atención prenatal, y la orientación para los proveedores sobre la necesidad de realizar las pruebas de malaria a todas las mujeres en su primera visita. Además de tener en cuenta los costos iniciales, como los de productos y formación, también hay que considerar los gastos de mantener esta vigilancia sin recursos del Fondo Mundial. Cabe destacar que, aunque determinar la prevalencia en la atención prenatal puede ser útil para identificar tendencias y calcular la prevalencia comunitaria, las infecciones en mujeres embarazadas suelen ser considerablemente más bajas que en niños menores de cinco años, por lo que se subestimarán la transmisión a nivel comunitario y será necesario realizar ajustes.
- El monitoreo de los resultados de cobertura, acceso y uso debe llevarse a cabo con metodologías rentables, como el muestreo específico de aseguramiento de la calidad de los lotes u otras encuestas a pequeña escala en un número reducido de hogares, en las que los umbrales de uso y acceso se determinen y limiten a los datos necesarios para adoptar decisiones concretas. No se recomienda como enfoque rentable el muestreo de aseguramiento de la calidad de los lotes a nivel nacional.

#### **Toma de decisiones fundamentada en datos**

- Las revisiones de los programas de malaria y las revisiones a mitad de plazo deben llevarse a cabo pensando en la rentabilidad, sin contar con financiamiento adicional para lugares de reunión y utilizando modalidades de participación virtual a fin de limitar los viajes (si bien se reconoce que determinados viajes, por ejemplo, los de los participantes comunitarios, pueden seguir siendo necesarios), así como confiando en los socios consolidados de adaptación subnacional para la asistencia técnica.
- Las inversiones en sistemas de vigilancia se centrarán en los datos necesarios para la toma de decisiones, y no tanto en informes.
- La priorización programática debe tener en cuenta todas las intervenciones relacionadas con la malaria, incluidas las vacunas, la gestión de fuentes larvianas y otras intervenciones que puedan recibir un apoyo limitado o dejar de financiarse con subvenciones del Fondo Mundial. Se garantizará así que la asignación subnacional de estas intervenciones, o reasignación, se lleve a cabo de forma integral y se centre en salvar tantas vidas como sea posible.
- Es necesario mantener las intervenciones consolidadas y efectivas de monitoreo dirigido por la comunidad en la atención primaria con el fin de supervisar el acceso y la calidad de la prestación de servicios, así como para responder a las vulneraciones relacionadas con los derechos y el género.

#### **Monitoreo de amenazas biológicas**

- Los estudios de eficacia terapéutica se realizarán solo cada dos años, teniendo en cuenta la **optimización de la selección del lugar** donde se llevan a cabo. Póngase en contacto con su Equipo de País del Fondo Mundial si estaba previsto destinar recursos del Fondo Mundial o de la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos contra la Malaria para llevar a cabo estudios de eficacia terapéutica. Se recomienda a los países valorar lo siguiente:
  - **Garantizar la generación y el intercambio puntuales de datos de estudios de eficacia terapéutica de calidad (tanto de eficacia clínica como molecular):** se utilizarán los datos de estudios pasados y en curso con el fin de seleccionar sitios centinela más específicos para estudios posteriores, lo

que permitirá programarlos de forma más eficiente. Este enfoque pretende optimizar el uso de los recursos y garantizar al mismo tiempo que se genere información práctica para la toma de decisiones.

- **Concentrar los estudios de eficacia terapéutica en zonas donde se sospeche o se haya confirmado la presencia de resistencia parcial a la artemisinina:** para confirmar la relevancia clínica del impacto de las mutaciones del K13. Mantener el monitoreo en estas zonas es fundamental. La decisión de reducir los estudios de eficacia terapéutica en determinadas zonas también debe basarse en datos actualizados de estos estudios.
  - **Confiar en la vigilancia molecular, si se cuenta con capacidad:** los marcadores de resistencia son señales de alerta temprana y deben incluirse en el análisis utilizado para fundamentar las políticas y determinar las futuras necesidades de vigilancia.
  - **Recurrir al personal de la salud pública:** recurrir al personal de los institutos de investigación locales, del programa nacional de malaria o del Ministerio de Salud local para gestionar los estudios de eficacia terapéutica. En función de las necesidades de capacidad, se puede valorar la posibilidad de contratar a consultores externos con experiencia en estudios de eficacia terapéutica con el fin de mejorar la calidad y reducir los costos. La OMS dispone de una lista de consultores para prestar asistencia técnica.
  - **Monitoreo a distancia y uso de herramientas digitales:** cuando sea posible, utilizar modelos de supervisión a distancia (p. ej., digitales).
  - **Formas más eficientes de procesar las muestras de los estudios de eficacia terapéutica:** valorar opciones para evitar retrasos en el procesamiento de los resultados de las muestras de los estudios de eficacia terapéutica (incluida la colaboración entre países para compartir recursos de laboratorio y el intercambio de datos actualizados para planificar estudios posteriores), así como otras eficiencias operativas para reducir costos.
- Monitoreo de la supresión de genes HRP2/3: limitarlo a una vez cada tres años. Si los resultados muestran una prevalencia de PDR que dan falsos negativos debido a que la pfhrp2/3 supera el 3%, consulte a su Equipo de País del Fondo Mundial.
  - Monitoreo entomológico: el monitoreo de la resistencia a los insecticidas debe mantenerse para elegir los productos adecuados, pero se puede aplazar cualquier otro tipo de vigilancia entomológica, si bien será necesario valorarlo con su Equipo de País del Fondo Mundial en zonas donde la especie *Anopheles stephensi* sea un problema.

**Las actividades de detección de brotes y preparación frente a epidemias** serán más importantes que nunca, por lo que hay que asegurarse de que el programa de malaria cuente con la capacidad suficiente para identificar y analizar brotes, así como con un plan de respuesta. Si los programas integrados de vigilancia de enfermedades (o un Grupo de Salud en entornos operativos complejos) están realizando un seguimiento de los brotes de malaria, será necesario integrar las iniciativas de análisis y respuesta. En caso de que haya **brotes**, se ofrecerá una respuesta descentralizada si es viable con el fin de reducir los gastos de viaje y actuar con mayor rapidez. En las zonas donde la vigilancia y respuesta integradas de la enfermedad y la notificación de brotes sean incipientes, se debe valorar la posibilidad de prestar apoyo específico a los establecimientos clave que podrían actuar como centros de detección precoz.

**La transición de sistemas de notificación agregados a sistemas de notificación basados en casos** debe interrumpirse (excepto en contextos de eliminación). Si la actividad ya está en fase muy avanzada, póngase en contacto con su equipo de malaria, SSRS o Departamento de Monitoreo Programático.

**En contextos de eliminación**, es necesario mantener la vigilancia basada en casos y descentralizar la notificación e investigación de casos.

## Consideraciones sobre productos sanitarios y adquisiciones

Aunque los servicios y productos prioritarios variarán en función de cada programa de enfermedad, como consideración general, los productos sanitarios seguirán representando una parte importante de las inversiones.

Los programas deben centrar las adquisiciones de las subvenciones en productos sanitarios vitales para el VIH, la tuberculosis y la malaria, y valorar el financiamiento o el abastecimiento de medicamentos esenciales y suministros rutinarios de laboratorio a través de proveedores locales de calidad garantizada.

**Mantener un mercado sólido y viable de productos sanitarios** es esencial para la sostenibilidad de las respuestas al VIH, la tuberculosis y la malaria. Las decisiones programáticas significativas que impliquen reducir los volúmenes de productos esenciales podrían afectar a la seguridad del suministro y provocar subidas de precios o falta de disponibilidad de estos productos.

Las implicaciones en las adquisiciones derivadas de cualquier cambio de prioridades deben estudiarse detenidamente e incluirse en los **planes de previsión y adquisiciones**. Cualquier cambio significativo en los planes se comunicará lo antes posible al Departamento de Operaciones de Suministro del Fondo Mundial.

A la hora de elegir los productos sanitarios, **los programas deben tener en cuenta el costo global de la ejecución y la prestación de servicios, y no el costo del producto por sí solo**. Por ejemplo, optar por un producto más caro puede ser preferible cuando reduce el costo de la prestación de servicios en el país (p. ej., dispensación de antirretrovirales para varios meses, fórmulas de acción prolongada).

Otras consideraciones generales:

- **Las órdenes de compra y los contratos vigentes no pueden cancelarse:** una vez que el proveedor firma y acepta el contrato o la orden de compra del comprador, se convierte en un acuerdo legalmente vinculante para ambas partes en virtud del cual el proveedor deberá proporcionar al comprador los artículos correctos al precio acordado y dentro del plazo especificado. Cancelar órdenes de compra y contratos ya emitidos puede dar lugar a penalizaciones que alcancen hasta el costo total del contrato. Además, esto podría tener repercusiones en el mercado y en los precios que afectarían a todo el portafolio.

- **Precios de referencia:** las plantillas para la gestión de productos sanitarios deben estar actualizadas obligatoriamente con los precios de referencia del PPM o del Servicio Farmacéutico Mundial para los productos sanitarios y los servicios asociados de todos los canales de adquisiciones, a fin de poder evaluar rápidamente las implicaciones para las subvenciones de cualquier cambio de precios, especialmente cualquier aumento real o potencial. [Más información](#).
- **Inteligencia de mercado:** los RP deben monitorear cualquier cambio en las [recomendaciones del Fondo Mundial sobre los plazos de entrega](#) para permitir que los pedidos se realicen a tiempo en caso de que se amplíen los plazos de entrega de algunos productos.
- **Optimizar los canales de adquisición a través de las subvenciones y del financiamiento nacional:** se recomienda utilizar el PPM/Wambo y el Servicio Farmacéutico Mundial siempre que sea posible para los productos principales. Los países se podrían beneficiar así de condiciones y precios negociados y acceder a productos de calidad garantizada de una base de suministros diversificada y sostenible, y optimizar así el poder de compra del Fondo Mundial para mantener el acceso y los precios. Esto también puede contribuir a simplificar los pedidos, especialmente de productos de menor volumen, como los medicamentos pediátricos, que pueden escasear en el mercado mundial.
- **Estandarizar las especificaciones de los productos de gran volumen.** Concentrar la demanda en menos variantes de los productos con el fin de mantener los ahorros de los precios unitarios ante la reducción general de los volúmenes. Las especificaciones estandarizadas también ayudan a simplificar las cadenas de suministro mundiales y nacionales (p. ej., almacenamiento y distribución).

## Malaria

- Promover la estandarización de las especificaciones de los mosquiteros tratados con piretroides y butóxido de piperonilo en cuanto a los tamaños utilizados para optimizar el suministro de MTI con doble ingrediente activo:
  - 180x160x150
  - 180x190x150

## Tuberculosis

- El uso del régimen de cuatro meses para adultos con tuberculosis farmacosensible (2HPMZ/2HPM) debe ser mínimo, ya que carece de una coformulación de dosis fija y sus costos son actualmente considerablemente más elevados que los de los regímenes de seis meses (6HRZE) con una coformulación de dosis fija.
- Se dará prioridad al uso de las nuevas pruebas cutáneas de próxima generación basadas en antígenos para confirmar la infección por tuberculosis respecto a las pruebas IGRA, que son considerablemente más caras, y a las pruebas PPD y prueba cutánea de la tuberculina, que no son específicas.

## VIH:

- Consolidar la adquisición de TLD en envases de 90 unidades como tamaño óptimo, ya que su precio de referencia es más bajo y permite organizar de diferentes formas la dispensación para varios meses.
  - Nota: Los envases de 30 unidades de TLD serán necesarios para la profilaxis posterior a la exposición al VIH.
- Consolidar la adquisición de pALD en envases de 180 unidades (en lugar de 90), ya que su precio de referencia es más bajo y permite una mayor flexibilidad para los distintos rangos de peso.
- Consolidar la adquisición de preservativos con un número reducido opciones que cubran la mayoría de las preferencias de los usuarios, como los preservativos lisos de 53 mm.
- Es posible que el Fondo Mundial recomiende otras medidas de estandarización en las próximas semanas.
- **Alternativas de menor costo:** adoptar productos de menor costo y de calidad garantizada cuando existan. Valorar las posibles adaptaciones de políticas y las actividades de gestión de cambios.
  - Pruebas de uso profesional del VIH y pruebas dobles de VIH y sífilis: [las nuevas directrices de la OMS](#) recomiendan adoptar las pruebas de uso profesional A1 de menor costo y realizar estudios de verificación simultáneos o después de introducir la prueba.
  - Pruebas de autodiagnóstico del VIH: valorar las pruebas sanguíneas de menor costo disponibles y los nuevos productos que se lancen al mercado.
  - CD4: valorar el uso de ensayos de flujo lateral asequibles. Las redes de CD4 no deben depender exclusivamente de estos ensayos, por lo que las adquisiciones deben basarse en ejercicios de localización y cuantificación de la red general de CD4.

- PrEP oral para el VIH: adoptar y adquirir TDF/3TC genérico de menor costo para la PrEP oral en lugar de TDF/FTC (más caro).
- **Preferencias de productos:** cuando haya opciones entre las que elegir para determinados productos, se adquirirán y ofrecerán únicamente aquellos que cubran las necesidades de los usuarios para evitar caduquen o se desperdicien. Garantizar que la cuantificación y la adquisición de los productos sea acorde con las preferencias y las necesidades de los usuarios. Algunos ejemplos de productos son:
  - Agujas y jeringas estériles para la reducción de daños.
  - Preservativos y lubricantes.
  - PrEP para el VIH
- **Evitar personalizar los productos:** por ejemplo, no personalizar etiquetas ni folletos para optimizar la flexibilidad con el fin de responder mejor a las necesidades urgentes y poder redistribuir los productos a otros países si es necesario. Esto incluye las etiquetas personalizadas que se colocan en mosquiteros tratados con insecticida y preservativos.
- **Actualizar las cuantificaciones:** ajustar la cuantificación en función de posibles aumentos o reducciones del consumo para algunas intervenciones. Además de las consideraciones habituales sobre las existencias disponibles y el consumo previo, se debe valorar dónde se prevé que aumente o se reduzca el consumo y la proyección de la cuantificación a corto plazo, por ejemplo:
  - Revisión de la elegibilidad de los productos; cambios en la cobertura prevista; y reducción de la frecuencia de las pruebas.
  - Problemas con las redes de distribución, incluido el transporte de muestras y la distribución de productos a los establecimientos de salud.
  - Calcular con cuidado las cantidades de los pedidos de productos con una vida útil corta (es decir, inferior a 12 meses), incluidos algunos reactivos y controles de laboratorio.
  - Consolidar la demanda de reactivos y necesidades de consumibles entre los diferentes programas y patógenos, y optimizar la utilización de plataformas de pruebas, reactivos y consumibles.
- **Transición para dejar de utilizar regímenes inadecuados:** cambiar rápidamente de regímenes donde los volúmenes sean globalmente 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. Esto incluye la optimización del tratamiento antirretroviral pediátrico y de segunda línea y la transición a regímenes acortados para la tuberculosis. En las respectivas secciones se ofrece información y más detalles sobre cada enfermedad.

- **Equipos:** puesto que la compra de nuevos vehículos, material informático, equipos de laboratorio y de otro tipo como norma general no es prioritaria, se debe 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:** los programas deben seguir valorando el uso de nuevos productos sanitarios adecuados en cuanto estén disponibles cuando ofrezcan la oportunidad de mejorar los resultados sanitarios, optimizar recursos o generar ahorros. Es el caso, por ejemplo, de la diversificación del tratamiento de primera línea para la malaria, los diagnósticos de la tuberculosis cerca del punto de atención en desarrollo, o de las innovaciones de prevención del VIH de acción prolongada, como la PrEP inyectable y la buprenorfina de liberación lenta.

## SSRS

**Las inversiones en los sistemas de salud y comunitarios que sustentan la prestación de los servicios vitales para el VIH, la tuberculosis y la malaria propuestos anteriormente (y sin las cuales se crearían deficiencias) son esenciales y deben priorizarse.**

Dichas inversiones varían enormemente de un país a otro, por lo que será esencial analizar las inversiones en sistemas vitales dentro de cada área temática. Como norma general, se debe dar prioridad a las inversiones en SSRS que permitan **integrar** directamente la prestación de servicios de VIH, tuberculosis y malaria, entre otras, las que promueven el acceso, la equidad y la calidad y aceleran la transición a plataformas y sistemas nacionales sostenibles. Las siguientes áreas temáticas contribuyen directamente a la prestación de servicios vitales de VIH, tuberculosis y malaria.

- **Recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios** que prestan servicios de VIH, tuberculosis y malaria, incluida la prestación comunitaria y dirigida por la comunidad cuando sea rentable, en consonancia con los modelos integrados de prestación de servicios y las estrategias nacionales de recursos humanos para la salud y de salud comunitaria.
- **Cadena de suministro (sistemas de gestión de productos sanitarios)**, entre otros, los sistemas de información logística, el almacenamiento en el país y la distribución de determinados productos sanitarios prioritarios adquiridos con subvenciones del Fondo Mundial.

- **Sistemas de laboratorio** que ofrecen servicios de diagnóstico del VIH, la tuberculosis y la malaria de calidad asegurada y sistemas de laboratorio integrados, incluido el transporte de muestras y la devolución de resultados.
- Principales funciones de los **SIS, vigilancia, monitoreo y evaluación**, incluido el personal, el mantenimiento del SIS digital, el aseguramiento de la calidad de los datos rutinarios integrados y la optimización de las actividades de análisis y uso de datos en los distritos y establecimientos de salud.
- **Fortalecimiento de los sistemas comunitarios** para reforzar los vínculos comunitarios, la prestación de servicios y el monitoreo de la calidad, la equidad y la accesibilidad a servicios vitales.

A la vez que se abordan las principales deficiencias en la prestación de los servicios prioritarios de VIH, tuberculosis y malaria, también es fundamental apoyar a los países para que **creen sistemas más sostenibles integrando la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la atención primaria de salud** siempre que sea posible, mejorando la eficiencia distributiva, por ejemplo, a través de reformas políticas específicas que promuevan la integración (como la delegación de funciones, la integración del VIH, la tuberculosis y la malaria en los paquetes esenciales de atención primaria de salud, etc.) y reforzando los sistemas de financiamiento sanitario (p. ej., integración financiera del VIH, la tuberculosis y la malaria en planes de financiamiento sanitario, reformas de la gestión financiera pública y seguimiento de recursos). También es esencial seguir dando prioridad a determinados ejercicios y actividades relacionados con la planificación de la sostenibilidad y la transición diseñados para cubrir la dependencia del financiamiento externo a corto, medio y largo plazo.

### Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios

Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios		
A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
Se debe dar prioridad a <b>optimizar el desempeño de los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios a medida que se avanza en la integración y la sostenibilidad</b> . Es probable que haya que realizar concesiones en contextos específicos y tener en	En función del contexto nacional, se puede valorar la posibilidad de dejar de dar prioridad a las actividades relacionadas con los recursos humanos para la salud y los trabajadores de	Acelerar o poner en marcha actividades que promuevan la sostenibilidad y la integración:  <b>Políticas y planificación, incluido el despliegue de personal</b>

## Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>cuenta los riesgos a corto plazo. Sin embargo, es esencial avanzar y acelerar la sostenibilidad y la integración.</p> <p>Como principio general, también es esencial lograr un equilibrio entre el apoyo en la comunidad y en los establecimientos para proteger el acceso y la calidad de los servicios integrados (p. ej., evitar dar prioridad exclusivamente a los trabajadores de salud comunitarios o a la mejora de la calidad). Se recomienda establecer prioridades en función de: 1) el estado de avance, 2) el impacto previsto y la pertinencia estratégica de los servicios de calidad integrados y centrados en las personas, y 3) los enfoques de formación y supervisión simplificados y eficientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener el apoyo a la <b>remuneración y los materiales o ayudas para el trabajo, incluidas las herramientas digitales de recopilación de datos, de los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios</b> que prestan servicios integrados vitales (p. ej., servicios de VIH, tuberculosis, malaria y salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente) en la comunidad, los centros de atención primaria de salud y los establecimientos de gran volumen, incluidos los pares, asistentes jurídicos, personal de laboratorio y funciones de salud pública.             <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuando el contexto lo permita sin interrumpir servicios vitales, se deberá reorientar los recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios verticales o dedicados a una sola enfermedad para que ofrezcan servicios integrados (en consonancia con los paquetes de servicios nacionales y con las estrategias nacionales</li> </ul> </li> </ul>	<p>salud comunitarios con funciones verticales o que se dedican a una sola enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Contratación, remuneración, despliegue y formación preparatoria de nuevos recursos humanos para la salud o trabajadores de salud comunitarios</b>, especialmente los que tienen funciones verticales o se dedican a una sola enfermedad, incluidos los responsables de monitoreo y evaluación. Se pueden tener en cuenta consideraciones contextuales a la hora de determinar las necesidades de recursos humanos para la salud o trabajadores de salud comunitarios para las campañas. Es necesario garantizar que los procesos de planificación optimicen los recursos e integrar la planificación con otras campañas (incluidas las que no están financiadas por el Fondo Mundial) y servicios de divulgación (p. ej., aprovechar las brigadas móviles cuando sea rentable). Se pueden aprovechar las plataformas de trabajadores de salud comunitarios existentes, cuando su cobertura sea alta y estén consolidadas, para la participación comunitaria, la creación de demanda y el seguimiento después de las campañas. <b>Dejar de dar prioridad a la formación preparatoria de nuevos trabajadores de salud comunitarios</b> para que ejerzan funciones verticales o relacionadas con una sola enfermedad (por</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar o actualizar estrategias presupuestadas de recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios.</li> <li>Diseño de convenios y planes de sostenibilidad para los recursos humanos de la salud y los trabajadores de salud comunitarios. Compromisos de cofinanciamiento nacional para el personal de atención primaria de salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios, y planes para pasar progresivamente de la inversión en recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios dedicados a enfermedades específicas a plantillas polivalentes, integradas y sostenibles.</li> <li>Formalización de la función de los trabajadores de salud comunitarios, incluido un marco jurídico habilitante.</li> <li>Reforma del reparto de tareas para facilitar la integración de servicios, incluida una mejor vinculación de los trabajadores de salud comunitarios dentro de los modelos de prestación de servicios integrados.</li> <li>Los asistentes jurídicos y otros mecanismos de reparación jurídica son componentes importantes, independientes y complementarios que se centran en mejorar el acceso a la justicia cuando los obstáculos relacionados con los derechos humanos influyen en el acceso a la salud. En función del contexto, puede que existan</li> </ul>

Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>de recursos humanos para la salud y salud comunitaria).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>También se pueden conseguir eficiencias revisando y optimizando su despliegue.</li> <li>En función del contexto, se deberán negociar los compromisos de cofinanciamiento y acelerar al mismo tiempo el trabajo relacionado con la sostenibilidad y la transición.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seguir financiando la <b>formación preparatoria de nuevos trabajadores de salud comunitarios polivalentes</b>, en consonancia con las estrategias nacionales de salud comunitaria, siempre que se cuente con al menos una de las siguientes opciones: 1) financiamiento nacional o de otro tipo para su despliegue y remuneración; o 2) un enfoque viable para la sostenibilidad. Abogar activamente por convertir a los pares con funciones verticales en trabajadores de salud comunitarios polivalentes como parte del despliegue de su formación preparatoria integrada.</li> <li><b>Se puede valorar la posibilidad de impartir educación preparatoria a los recursos humanos para la salud (que no sean trabajadores de salud comunitarios) en las siguientes circunstancias (de lo contrario, dejará de ser prioritaria):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuye a las prioridades de desarrollo del personal de la atención primaria (p. ej., programas de formación en enfermería y obstetricia), en función del estado de avance o de la trayectoria del RP, la alineación con las estrategias nacionales de recursos humanos para la salud o los planes de inversión en dichos recursos.</li> </ul> </li> </ul>	<p>ejemplo, pares). Centrarse en su lugar en convertir a los pares en activo en trabajadores de salud comunitarios polivalentes que proporcionen servicios integrados para las poblaciones clave y vulnerables, y establecer al mismo tiempo un equilibrio entre las consideraciones sobre equidad y derechos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Formación continua independiente dentro de los servicios o de reciclaje externa</b> (sobre cualquier área temática) para recursos humanos para la salud o trabajadores de salud comunitarios (cualquier equipo). Centrarse en su lugar en la mejora continua de la calidad, la mentoría clínica y opciones virtuales o mixtas. Cualquier actualización de protocolos o cuestiones concretas se realizará a través de plataformas digitales o móviles o, en su defecto, mediante la supervisión en el puesto de trabajo.</li> <li><b>Formación de trabajadores de salud comunitarios</b> sobre un único tema para los elementos que no se contemplan en los paquetes de formación preparatoria. La formación deber priorizar el despliegue de un paquete preparatorio integrado que convierta a los trabajadores de salud comunitarios con funciones verticales o dedicados a una sola enfermedad en trabajadores polivalentes mediante un plan</li> </ul>	<p>oportunidades para ahorrar y mejorar la integración de los servicios de apoyo jurídico de diferentes enfermedades.</p> <p><b>Financiamiento y remuneración</b></p> <p>Reorientar los recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios verticales o dedicados a una sola enfermedad para que ofrezcan servicios integrados (en consonancia con los paquetes nacionales y con las estrategias nacionales de recursos humanos para la salud y salud comunitaria). Armonizar las escalas salariales de los recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios (incluidos pares) con las nacionales. Cuando el contexto no permita adoptar de forma inmediata paquetes nacionales de servicios integrados y escalas salariales nacionales sin que esto afecte a los servicios, se debe empezar a deliberar sobre la planificación y las políticas necesarias para preparar estos cambios a partir del ciclo de financiamiento del CS8. Localización de recursos y seguimiento de gastos relacionados con los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios, incluido el fortalecimiento de los procesos nacionales para llevar a cabo un seguimiento que permita cuantificar las diferencias salariales, duplicidades e ineficiencias en su financiamiento.</p>

Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tiene un valor añadido demostrable para la integración, la calidad o la innovación en la prestación de servicios (p. ej., transición al aprendizaje mixto, revisión de los planes de estudio para desarrollar las competencias del personal de atención primaria en materia de VIH, tuberculosis y malaria, entre otras, cómo ofrecer a las poblaciones clave una atención libre de estigmatización, basada en los derechos, sensible a las cuestiones de género y competente).</li> <li>● Mantener <b>las actividades de análisis, formulación de políticas y planificación de recursos humanos para la salud</b> si se centran específicamente en la integración y la alineación de las plantillas con la ejecución de la atención primaria de salud, la reforma del reparto tareas o la planificación de la transición, o si pueden ser catalizadoras de dichos procesos (p. ej., se puede seguir financiando el análisis del mercado laboral sanitario si puede ayudar a desverticalizar la planificación de las plantillas y a integrar a los trabajadores de salud comunitarios en los argumentos a favor de la inversión en recursos humanos). Centrarse en el principio transversal de la eficiencia de las reuniones y agilizar los procesos de planificación de recursos humanos para la salud.</li> <li>● Mantener el apoyo a la <b>mejora continua de la calidad de los servicios integrados</b> en los establecimientos de atención primaria de salud o de gran volumen (p. ej., equipos interdisciplinarios para la mejora de la calidad que utilicen regularmente datos para una mejora continua). Centrarse en indicadores seleccionados de los programas de VIH, tuberculosis y malaria cuyo desempeño no haya</li> </ul>	<p>de estudios integrado. El <b>material para los trabajadores de salud comunitarios</b> que no se ajuste a su kit nacional de trabajo (es necesario prestar también atención a la correcta distribución de este material).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Talleres o reuniones en hoteles sobre planificación, divulgación y validación de políticas y estrategias.</b> Dar prioridad en su lugar a las reuniones internas y virtuales. Prestar atención a proteger la planificación esencial para la integración y la sostenibilidad, pero con enfoques simplificados.</li> <li>● <b>Supervisión de una sola enfermedad o servicio destinada a recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios</b>, que no sea supervisión de apoyo integrada. En el caso de la supervisión integrada, es necesario tener en cuenta orientaciones transversales sobre la simplificación de los insumos y la integración.</li> <li>● <b>Formación preparatoria de recursos humanos para la salud</b>, a excepción de los trabajadores de salud comunitarios si 1) la actividad no contribuye al desarrollo del personal de atención primaria de salud o al plan de recursos humanos para la salud, o tiene un valor añadido limitado para la integración o la innovación en la prestación de servicios (p. ej., se puede mantener el financiamiento para crear puestos de</li> </ul>	<p><b>Desarrollo de la capacidad de formación y supervisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Definir y acelerar la inclusión de funciones y competencias relacionadas con enfermedades específicas y competencias en materia de derechos humanos y género en los programas de formación preparatoria para los equipos de atención primaria de salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios, sistemas de supervisión y recopilación de datos, y listas de material.</li> <li>● Rediseñar los enfoques de formación para la mejora de la calidad (según corresponda) complementada con aprendizaje mixto o mentoría clínica en lugar de formación continua.</li> <li>● Planificación conjunta de la formación y la supervisión en las subvenciones de VIH, tuberculosis y malaria, e integración de enfoques en distintos niveles del sistema para dejar atrás la formación y la supervisión aisladas y realizar en su lugar mejoras continuas y específicas de la calidad.</li> <li>● Incorporación de elementos relacionados con el VIH, la tuberculosis y la malaria en sistemas de supervisión integrados en la atención primaria de salud.</li> </ul>

Recursos humanos para la salud, incluidos los trabajadores de salud comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>sido óptimo y garantizar una atención libre de estigmatización, basada en los derechos y sensible a las cuestiones de género. Este enfoque tiene preferencia respecto a la formación y la supervisión. Considerar la calidad en todo el sistema de derivación según sea pertinente para el objetivo de mejora (p. ej., equipos multidisciplinares de mejora de la calidad en los que participen tanto recursos humanos para la salud como trabajadores de salud comunitarios; evitar centrarse únicamente en el personal de los establecimientos de salud o en los trabajadores de salud comunitarios de forma aislada). Para mantener las competencias de los trabajadores de salud comunitarios, se debe prestar atención a reforzar el sistema nacional de su supervisión, así como integrarlos en los enfoques de mejora de la calidad y formación virtual cuando estén digitalizados.</p>	<p>recursos humanos para la salud como parte de un pacto o reforzar el aprendizaje mixto); 2) es una actividad relacionada con infraestructuras (p. ej., centros de formación) que no está muy avanzada; o 3) la actividad no ha comenzado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantenimiento de los sistemas de información sobre recursos humanos para la salud</b>, a menos que la actividad esté muy avanzada, o que cancelar su financiamiento conlleve un gran riesgo o impacto. Se dejará de dar prioridad al desarrollo de nuevos sistemas (a excepción de las listas maestras de trabajadores de salud comunitarios y su transición a los recursos humanos para los SIS).</li> <li>• Otras actividades para mejorar la calidad de la atención, a menos que beneficien directamente al nivel de prestación de servicios.</li> </ul>	

## Sistemas de gestión de productos sanitarios

### Sistemas de gestión de productos sanitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>El enfoque recomendado que los países deben adoptar para priorizar 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, y que aceleran al mismo tiempo la eficiencia, la integración y la sostenibilidad de los sistemas de gestión de productos sanitarios. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantener el financiamiento de los costos de gestión de adquisiciones y suministros para garantizar que los servicios de transporte, aseguramiento de la calidad, depósito, almacenamiento y distribución nacional de los productos sanitarios prioritarios adquiridos con subvenciones del Fondo Mundial sean integrales y efectivos:</b> las subvenciones del Fondo Mundial deben seguir financiando los costos de gestión de adquisiciones y suministros, incluidos los que cubren la externalización de los servicios mencionados cuando es necesario. Estos costos pueden abarcar actividades relacionadas con la gestión de productos sanitarios, desde su selección hasta la entrega a los beneficiarios, utilización y notificación. Estos costos no están incluidos en la sección sobre SSRS del marco modular, pero es prioritario mantenerlos porque salvan vidas.</li> <li>• Más allá de cubrir estos costos, es necesario <b>identificar oportunidades para ahorrar en los gastos de gestión de la última fase de la cadena de adquisiciones y suministros que se cubren con subvenciones para garantizar la optimización de recursos y la aplicación continua de medidas rentables.</b> Dependiendo del contexto específico de cada país y de los servicios que se cubran con</li> </ul>	<p>En función del contexto nacional, del nivel de aceptación política y de la inversión de cofinanciamiento, se debe valorar la posibilidad de dejar de dar prioridad a las inversiones aisladas en la cadena de suministro o para enfermedades específicas, por ejemplo, en áreas como los sistemas de información y la infraestructura. Garantizar que se integren en todas las áreas programáticas. Entre las consideraciones y áreas de inversión a las que se debe dejar de dar prioridad también se encuentran las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas</b> o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7 (p. ej., infraestructuras de almacenamiento, depósito o gestión de residuos cuya construcción todavía no haya empezado). En concreto, si todavía no se ha empezado a construir, no hay un plan claro para terminarla respetando el</li> </ul>	<p>Los países deben tener en cuenta la madurez general de su cadena de suministro a la hora de priorizar las inversiones necesarias para identificar áreas prioritarias que garanticen la sostenibilidad. Para ello será necesario contar con cadenas de suministro rentables e integradas que garanticen la disponibilidad continua de productos sanitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estrategias nacionales de la cadena de suministro alineadas que aceleren e integren la sostenibilidad</b> en todas las áreas centrales (p. ej., financiamiento, digitalización, gobernanza, políticas, optimización de recursos, modelos de asociación público-privados, etc.). Podrían reflejarse en los Planes Estratégicos Nacionales revisados.</li> <li>• Centrarse, bajo la dirección de los países y en coordinación con los principales socios, en <b>el diseño y la puesta en marcha de cadenas de suministro más integradas.</b> Para ello será necesario acelerar la optimización de las diferentes funciones de la cadena de suministro, consolidar y estandarizar los procesos centrales con el fin de generar economías de escala cuando sea aplicable y minimizar la duplicación de las funciones centrales que tienen responsabilidades relacionadas con las adquisiciones y la cadena de suministro a lo largo de toda la cadena de valor. Estas medidas permitirán aumentar la eficiencia y reducir costos, así como garantizar una mayor sostenibilidad de la cadena de suministro.</li> <li>• <b>Ampliar el acceso a productos sanitarios de calidad asegurada a través de farmacias del sector privado u otros canales de distribución alternativos diseñados</b></li> </ul>

## Sistemas de gestión de productos sanitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>la subvención, es necesario identificar eficiencias, incluso cuando se subcontraten determinadas funciones para garantizar la prestación de servicios rentables. Para ello, es necesario dar prioridad a las actividades rutinarias relacionadas con la gestión de contratos y del desempeño. El objetivo general será garantizar el valor de los costos de almacenamiento y distribución que se cubren con subvenciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dar prioridad a las intervenciones que mejoran las operaciones, incluida la integración</b> en las diferentes instalaciones y activos existentes, como los procesos de gestión de inventario, la optimización de rutas y la gestión de flotas, en función del contexto de cada país. Es necesario priorizar las intervenciones de las subvenciones para ahorrar en las funciones centrales de la cadena de suministro, por ejemplo, en los sistemas de datos y los servicios de almacenamiento y distribución.</li> <li>• <b>Despliegue acelerado de sistemas de información interoperables que no estén dedicados a enfermedades específicas</b>, como los sistemas electrónicos 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. Esto también puede incluir las inversiones de las subvenciones en sistemas integrados de información sobre productos sanitarios que garanticen su verificación y trazabilidad. Estos sistemas serán fundamentales para garantizar una visibilidad integral, generar datos operativos que respalden las funciones centrales de la cadena de suministro, incluida la planificación integrada y la detección inmediata de deficiencias en el suministro (p. ej., la disponibilidad inmediata, las existencias almacenadas de acuerdo con el plan) y seguir respaldando análisis</li> </ul>	<p>presupuesto y plazos previstos, y si existen alternativas más baratas y de menor riesgo. Además, deben dejar de ser prioritarias si todavía no se ha contratado a la empresa que va a llevar a cabo el proyecto o los diseños.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En lo que respecta a la <b>adquisición de equipos</b>, incluidos los de gestión de residuos, es necesario analizar cada caso para determinar si puede anularse o cancelarse algún pedido en curso, especialmente cuando la preparación operativa del emplazamiento entrañe un alto riesgo.</li> <li>• <b>Dejar de dar prioridad al financiamiento de talleres residenciales</b> para actividades relacionadas con la cadena de suministro (p. ej., elaboración de directrices, ejercicios de cuantificación, planes estratégicos, herramientas y revisiones de programas). Identificar opciones alternativas que no requieran viáticos, etc.</li> <li>• <b>Supervisión de la cadena de suministro de una enfermedad específica</b> en</li> </ul>	<p><b>de manera que sean reembolsables a través de los seguros médicos</b>, por ejemplo, analizando cómo deben contribuir los costos de los productos y servicios al diseño de estructuras de primas, copagos y paquetes de prestaciones sanitarias para garantizar tanto la sostenibilidad financiera como la máxima cobertura de la población.</p>

## Sistemas de gestión de productos sanitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>exhaustivos para la gestión del desempeño y los riesgos. Se dará prioridad a los costos asociados a la configuración, alojamiento, licencias, mantenimiento y desarrollo del personal para utilizar el sistema. Estas inversiones también deben extenderse a todas las plataformas y actividades relacionadas para reforzar el análisis, el uso y la calidad de los datos, la previsión y la planificación de la demanda. En algunos países, puede que sea necesario para ello aumentar las inversiones iniciales, aunque se ahorrará a largo plazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diseño o revisión de los Planes Estratégicos Nacionales (PEN)</b>, incluidas las estrategias de salud digital (cuando sea necesario). Dichos planes pueden utilizar los datos de evaluaciones recientes de la cadena de suministro, entre otras, cualquier evaluación sobre su madurez que fundamente o apoye la planificación estratégica.</li> <li>• <b>Una gobernanza nacional coordinada y exhaustiva de la cadena de suministro</b> que permita la rendición de cuentas, la administración, el liderazgo y la supervisión del desempeño en todo el sistema de la cadena de suministro y garantice la eficacia de la gestión del desempeño y la ejecución en todas las actividades relacionadas con la política y la planificación.</li> <li>• <b>Sostenibilidad de los equipos e infraestructuras de gestión de residuos y almacenamiento ya existentes (terminados o casi terminados)</b>, 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.</li> </ul>	<p>relación con la calidad de los datos, la disponibilidad de productos u otras áreas de supervisión que no estén integradas. En el caso de la supervisión integrada, es necesario tener en cuenta orientaciones transversales sobre la simplificación de los insumos y la integración.</p>	

## Fortalecimiento de los sistemas de laboratorio integrados

Fortalecimiento de los sistemas de laboratorio integrados		
A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>Los países pueden seguir avanzando hacia sistemas de laboratorio integrados y dejar atrás los de enfermedades específicas. Se dará prioridad a los componentes clave de los sistemas de laboratorio integrados, como la derivación de muestras, información de laboratorio y gestión de la calidad de laboratorio, en función del contexto y las necesidades del país. Esto puede incluir actividades que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalezcan los <b>sistemas integrados de derivación de muestras</b> y la comunicación de los resultados de las pruebas.</li> <li>Permitan la <b>participación en sistemas integrados de pruebas de aptitud</b> (p. ej., de diagnóstico del VIH, la tuberculosis o la malaria), aprovechando los sistemas regionales y nacionales certificados por la norma ISO 17043.</li> <li>Promuevan la <b>interoperabilidad del sistema de información de laboratorio</b> con otros sistemas de datos.</li> <li>Utilicen los <b>datos de optimización de la red de diagnóstico</b> para mejorar las funciones de toda la red de laboratorios.</li> <li><b>Mantengan contratos y garantías</b> de los equipos existentes.</li> <li><b>Sustituyan los módulos de Xperts</b> en lugar de adquirir equipos nuevos.</li> </ul>	<p>Valorar la posibilidad de dejar de dar prioridad a las inversiones en sistemas de laboratorio aislados o de enfermedades específicas, infraestructuras y equipos paralizados tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los <b>sistemas de derivación de muestras o de información de laboratorio aislados (de una enfermedad específica)</b> que recibían financiamiento anteriormente deben reprogramarse para priorizar los sistemas integrados mediante un enfoque escalonado.</li> <li>Mejoras de infraestructuras que todavía no estén muy avanzadas o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7. Mejoras de infraestructuras que no han comenzado o que es poco probable que se completen con éxito antes del final del CS7.</li> <li>Optimización de la red de diagnóstico de enfermedades o equipos específicos.</li> <li>Examinar caso por caso la adquisición de nuevos equipos y <b>reducir su prioridad en función de la preparación operativa de cada centro.</b></li> <li>Supervisión y mentoría <i>in situ</i> de laboratorios de nivel inferior para enfermedades específicas desde el nivel central.</li> <li><b>Reuniones o talleres en hoteles</b> para elaborar o validar directrices, instrumentos o procedimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover <b>iniciativas regionales</b>, como la <b>formación entre pares</b>, que permite mejorar la implantación de sistemas de laboratorio integrados.</li> <li>Aprovechar las <b>capacidades de los países</b>, como los sistemas de información de laboratorio integrados desarrollados internamente o de código abierto, con el fin de ampliar su cobertura y mejorar la gestión de pacientes.</li> <li>Respaldar el despliegue del modelo de madurez de laboratorios en colaboración con socios regionales (CDC de África, Oficina Regional de la OMS para África) con el fin de evaluar la madurez de los sistemas de laboratorio para conseguir un acceso equitativo a la atención sanitaria, la integración de los servicios diagnósticos y otros objetivos clave de los sistemas de salud (incluidas las metas de enfermedades específicas). Abogar por incluir la evaluación del modelo de madurez de laboratorios como parte integral del ciclo de subvenciones del Fondo Mundial. Promover la creación de un panel de control global que resuma los niveles de madurez de los sistemas de laboratorio de varios países. Respaldar la</li> </ul>

### Fortalecimiento de los sistemas de laboratorio integrados

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
	operativos normalizados. Se pueden considerar otras opciones sin costo, como salas de juntas de socios o laboratorios del Ministerio de Salud.	adopción del modelo de madurez de laboratorios en otras regiones fuera de África.

### Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

#### Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>Dar prioridad a las intervenciones para mantener funciones esenciales de vigilancia, SIS y monitoreo y evaluación, incluido el personal, el mantenimiento del SIS digital, el aseguramiento de la calidad de los datos rutinarios integrados, y las actividades de análisis y uso de datos optimizados a nivel de los distritos y de los establecimientos de salud, con especial atención a los centros de gran volumen y a los distritos o establecimientos prioritarios).</p> <p><b>Transversales (por orden de prioridad indicativa):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantener al personal clave de monitoreo y evaluación</b> en los programas de VIH, tuberculosis y malaria y la dirección del SIS, incluido a nivel subnacional. Valorar la integración de funciones y personal siempre que sea posible, en línea con la información sobre la priorización de los recursos</li> </ul>	<p>Valorar dejar de dar prioridad a: 1) los procesos de datos verticales que pueden optimizarse mediante procesos integrados; 2) evaluaciones y encuestas que requieran una gran cantidad de recursos; 3) la impresión de documentos, directrices y boletines estratégicos; y 4) talleres nacionales sobre datos con costos elevados.</p> <p>Más concretamente, todos los países deben considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplazar la <b>nueva descentralización digital en sistemas híbridos (papel/digital)</b> (a excepción de los sistemas que son casi totalmente digitales). A la hora de planificar</li> </ul>	<p>Los países deben tener en cuenta la madurez de su SIS, de su SIS digital y del DHIS2 para orientar inversiones críticas. El perfil del sistema de monitoreo y evaluación puede ofrecer orientación adicional a los Equipos de País cuando analicen la priorización.</p> <p>Para identificar eficiencias a medio y largo plazo, y seguir creando sistemas nacionales de información sanitaria que sean funcionales, sostenibles y generen datos clave de calidad, es necesario adoptar enfoques novedosos que, a pesar de suponer un costo inicial, permitirán ahorrar a largo plazo. Entre ellos pueden estar:</p>

## Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>humanos para la salud y la vigilancia que figura en este documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar que se disponga de <b>herramientas en papel para la recopilación y notificación de datos</b> en todos los sectores (público, privado y comunitario) dentro de los sistemas híbridos (papel-digital). La revisión de las herramientas de recopilación y notificación de datos durante el CS7 solo debe financiarse si es esencial. Los países deben evaluar si se puede posponer la revisión hasta el CS8.</li> <li>Garantizar el <b>mantenimiento del SIS digital nacional</b> (p. ej., DHIS2 u otros):             <ul style="list-style-type: none"> <li>Personal del equipo central del SIS digital y formación esencial (reducir la frecuencia y mejorar la metodología, explorar modalidades virtuales); servicio de asistencia técnica; mantenimiento de hardware; licencias o tarifas de software; tarifas de alojamiento; datos de Internet;</li> <li>asistencia técnica para actualizaciones prioritarias de conocimientos de alto nivel; por ejemplo, actualizaciones de versiones de software.</li> </ul> </li> <li>Dar prioridad a la interoperabilidad y la integración de los sistemas (p. ej., sistemas comunitarios de información sanitaria, sector privado, sistemas de información de laboratorio, SIGL, vigilancia y respuesta integradas de las enfermedades, etc.) cuando el nivel de madurez del SIS digital sea medio o alto, así como en los países que cuentan con sistemas a nivel de los pacientes.</li> <li>Las formaciones deben <b>limitarse a procesos esenciales relacionados con los datos</b> (recopilación, aseguramiento</li> </ul>	<p>el diseño de un nuevo sistema de pacientes (Tracker o registros médicos electrónicos), hay que <b>evitar los sistemas de enfermedades específicas</b> y utilizar en su lugar sistemas integrados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dejar de financiar <b>talleres residenciales</b> para actividades relacionadas con los datos (p. ej., desarrollo de directrices, estrategias, herramientas, reuniones de grupos técnicos de trabajo a nivel nacional para monitorear la ejecución, etc.). Buscar métodos alternativos (p. ej., reuniones de validación virtuales, opciones que no requieran viáticos, etc.).</li> <li>Suspender las <b>auditorías de datos de enfermedades específicas y las evaluaciones rutinarias de la calidad de los datos</b> que utilizan el formato Excel. Dar preferencia a los enfoques <b>integrados y digitales</b>.</li> <li>Suspender o <b>reducir la impresión</b> de directrices, informes, boletines, etc. Difundir y utilizar versiones electrónicas.</li> <li>Abstenerse de llevar a cabo <b>nuevas evaluaciones de sistemas de vigilancia independientes</b>. Actuar en base a los resultados de evaluaciones previas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Evaluaciones digitales rutinarias de la calidad de los datos para el aseguramiento de la calidad:</b> dejar de llevar a cabo auditorías periódicas de datos nacionales o de enfermedades específicas, que requieren muchos recursos, y evaluaciones exhaustivas de los sistemas de vigilancia a favor de evaluaciones digitales rutinarias de la calidad de los datos.</li> <li><b>Formaciones virtuales:</b> en primer lugar es necesario desarrollarlas. Es posible que algunas ya existan, p. ej., reuniones de monitoreo de establecimientos de salud o distritos en CIV/Mali, plan de estudios en línea sobre los SIS rutinarios, etc. Explorar el uso en diferentes países de materiales de formación virtual sobre los SIS ya disponibles.</li> <li><b>Mejora de la metodología para las reuniones de monitoreo de datos:</b> cambiar la validación de datos por su análisis y utilizar reuniones a nivel de los distritos y establecimientos de salud. Utilizar el material desarrollado durante la iniciativa estratégica de datos. Utilizar asistencia técnica para la introducción. Utilizar modalidades virtuales para la formación asociada y posible</li> </ul>

## Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>de la calidad, análisis y uso de datos), impartirse en modalidades presenciales en el puesto de trabajo o virtuales siempre que sea posible. Véase también la sección sobre vigilancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar la <b>configuración de funcionalidades de calidad de los datos</b> en el software del <b>SIGS</b> digital (por ejemplo, el conjunto de herramientas sobre la calidad de datos de DHIS2).</li> <li>• Realizar <b>evaluaciones digitales rutinarias de la calidad de los datos integradas</b> en los centros de gran volumen. Su frecuencia puede adaptarse en función del financiamiento disponible, por ejemplo, semestral o anual en lugar de llevarlas a cabo cada trimestre.</li> <li>• Apoyar <b>las reuniones rutinarias de análisis de datos y monitoreo de su uso</b> en todos los niveles, prestando especial atención a <b>los distritos y los establecimientos de salud</b>, con el fin de identificar deficiencias, supervisar tendencias y adaptar mejor las intervenciones. Reducir su frecuencia, si es necesario, mejorar la metodología (transformar las reuniones de validación de datos en reuniones de monitoreo que analicen la calidad de la información y el desempeño de los programas, y que definan las medidas que se adoptarán). Explorar la posibilidad de celebrar reuniones virtuales a escala nacional y regional, y dar preferencia a las reuniones presenciales en los distritos y establecimientos de salud.</li> <li>• <b>Apoyar los sistemas de datos de los pacientes o basados en casos solo si ya se han implantado</b>, p. ej.,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstenerse de realizar nuevas encuestas, estudios o evaluaciones, y tomar decisiones al respecto caso por caso.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>VIH:</b> no se deben llevar a cabo nuevas encuestas basadas en la población o de otro tipo (encuestas demográficas y de salud, evaluaciones del impacto del VIH basadas en la población, encuestas sobre el índice de estigmatización) ni evaluaciones específicas. Limitar o dejar de dar prioridad a las encuestas bioconductuales integradas, en particular si se llevan a cabo en el marco del CS6, y utilizar en su lugar métodos simplificados (como el kit de herramientas de monitoreo de los resultados de prevención: versión simplificada de encuestas bioconductuales, encuesta rápida sobre cobertura, encuesta en cabinas de votación y vigilancia centinela en centros de atención prenatal, y vigilancia centinela entre poblaciones clave).</li> <li>- <b>Tuberculosis:</b> no se deben llevar a cabo nuevas encuestas de prevalencia de la tuberculosis.</li> <li>- <b>Malaria:</b> no se deben llevar a cabo nuevas encuestas de indicadores sobre la malaria, y es necesario revisar el</li> </ul> </li> </ul>	<p>mentoría: mejorará la calidad de los datos, la ejecución y orientación de los programas, las eficiencias y el impacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantener la digitalización e integración de los sistemas:</b> contribuirá a mejorar la calidad de los datos (puntualidad y precisión) para la toma de decisiones en torno a la ejecución específica de los programas, así como a ahorrar en herramientas en papel y logística.</li> <li>• <b>Buscar una mayor integración de los sistemas de vigilancia de pandemias y del VIH, la tuberculosis y la malaria con los sistemas de información sanitaria.</b></li> <li>• Evitar los talleres residenciales, para lo cual se necesita un enfoque común entre donantes y el liderazgo de alto nivel de diferentes sectores.</li> </ul>

Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>ejecución y apoyo del registro médico electrónico o del DHIS2 Tracker.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mantener los repositorios de datos existentes</b> y continuar con los que ya se están creando. No planificar la creación de nuevos repositorios, sino garantizar que se triangulen datos básicos durante los análisis. Véase también la sección sobre vigilancia.</li> <li>• Adaptar <b>una metodología eficiente para las revisiones de los programas o los sistemas</b>: buscar opciones que ahorren costos, prestar más atención a los exámenes documentales (p. ej., con evaluaciones rápidas de vigilancia), celebrar reuniones virtuales de validación y realizar menos visitas sobre el terreno.</li> <li>• Será necesario ofrecer apoyo para completar las encuestas o evaluaciones críticas en curso en función de su fase de ejecución.</li> </ul> <p><b>VIH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la seguridad de los sistemas para garantizar la privacidad y la confidencialidad.</li> <li>• Apoyar el monitoreo de los pacientes, incluida su incorporación a la atención, reingreso y pérdida durante el seguimiento.</li> <li>• Respaldar el monitoreo de la dispensación de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de personas seropositivas, la PrEP y la PEP.</li> <li>• Apoyar el monitoreo de las pruebas de laboratorio, carga viral, CD4 y VIH.</li> </ul>	<p>alcance de las que están en curso para prestar atención a la cobertura de las intervenciones. Tampoco se realizarán nuevas evaluaciones integrales de los sistemas de vigilancia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Transversal:</b> no se deben llevar a cabo nuevas evaluaciones armonizadas de los establecimientos de salud ni revisiones de la calidad de los datos nacionales. En el caso de las <b>evaluaciones específicas de establecimientos de salud para la presentación de informes sobre los ICD</b>, se debe valorar su consolidación con las encuestas disponibles (p. ej., FASTR del Mecanismo Mundial de Financiamiento) y el posible uso de sistemas rutinarios cuando la información de los ICD se pueda integrar con facilidad.</li> </ul>	

Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respalda los sistemas de datos digitales de los pacientes (p. ej., el registro médico electrónico, DHIS2 Tracker, etc.) y agregados (como el SIGS DHIS2).</li> <li>• Respalda la integración del monitoreo de los resultados de prevención en el monitoreo rutinario de los servicios.</li> </ul> <p><b>Tuberculosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar prioridad a las actividades de fortalecimiento de los sistemas de vigilancia rutinaria de la tuberculosis (notificación basada en casos y a nivel agregado).</li> <li>• Acelerar la transición a la notificación en tiempo real en función del contexto del país.</li> </ul> <p><b>Malaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar financiando el fortalecimiento de la vigilancia rutinaria de la malaria, por ejemplo, en los puntos de prestación de servicios públicos, privados y comunitarios, e incorporar el monitoreo de las epidemias y la respuesta. El fortalecimiento de los sistemas de vigilancia del sector privado debe centrarse en los países donde este sector presta un fuerte apoyo a la gestión de casos.</li> <li>• Mantener el apoyo a la vigilancia específica de amenazas biológicas, que puede incluir evaluaciones entomológicas (especialmente de especies de vectores invasivos), el monitoreo de la resistencia a los insecticidas, estudios de eficacia terapéutica y encuestas sobre la supresión de genes HRP2/3.</li> </ul>		

### Sistemas de información sanitaria y monitoreo y evaluación

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener el apoyo a las encuestas en curso. Respalda la introducción de la vigilancia basada en la primera visita a la atención prenatal como alternativa a la encuesta de indicadores de malaria.</li> </ul>		

### Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

#### Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>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 comunitarias recurriendo a los socios comunitarios para su prestación, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener los programas vigentes o establecidos 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. Su costo es bajo y permiten recabar observaciones fundamentales sobre su capacidad de respuesta y utilización. La Secretaría</li> </ul>	<p>Reducir la prioridad de la investigación y la abogacía dirigidas por la comunidad, así como de las iniciativas de monitoreo dirigido por la comunidad, que no estén directamente vinculadas con el uso de datos para mejorar la calidad o eliminar obstáculos en los servicios, por ejemplo, proyectos piloto independientes o estructuras paralelas sin vías de actuación claras. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Programas de monitoreo dirigido por la comunidad que todavía no cuentan con el compromiso de todas las partes interesadas y cuando las comunidades todavía no han detectado problemas que monitorear.</b></li> </ul>	<p>Integrar las plataformas de monitoreo dirigido por la comunidad en los sistemas nacionales de aseguramiento y mejora de la calidad o financiar actividades que vinculen el monitoreo con los mecanismos de responsabilidad social a nivel nacional o de los distritos con el fin de evitar que operen en silos (p. ej., estatutos ciudadanos, supervisión parlamentaria de los mecanismos de reclamación) vinculados a la priorización epidemiológica y el alcance geográfico.</p> <p>Utilizar mecanismos integrados de monitoreo dirigido por la comunidad en el punto de atención sobre diversas áreas (p. ej., enfermedades no transmisibles,</p>

## Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>ofrece asistencia técnica y asesoramiento para la selección de centros priorizados (cobertura) y la duración de la ejecución (cálculo de costos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar que los programas de monitoreo dirigido por la comunidad dispongan de acceso a los establecimientos, hayan formado y desplegado ya al personal encargado del monitoreo, y 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. Estas organizaciones son esenciales para llegar a las poblaciones clave y vulnerables.</li> <li>Mantener los equipos de pares, entre ellos, los de "madres mentoras" y ofrecerles remuneración y supervisión para la prestación de servicios vitales de calidad (véase la sección sobre recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios).</li> <li>Invertir en pares que presten servicios integrados (VIH, tuberculosis, malaria, derechos humanos, enfermedades no transmisibles) para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Proyectos piloto independientes de monitoreo dirigido por la comunidad</b> que no estén relacionados con los ciclos de mejora de los programas o <b>estructuras paralelas de monitoreo sin una orientación clara hacia el cambio.</b></li> <li>Aunque se debe dejar de dar prioridad a los programas de monitoreo dirigido por la comunidad independientes o piloto, es <b>importante garantizar que se cuente con un mecanismo mínimo de intercambio de observaciones entre los proveedores de servicios y los usuarios</b> sobre la calidad y la equidad en cada país. En caso de no existir, se priorizará su financiamiento (véase la columna "A qué se debe dar prioridad" de esta tabla).</li> <li>Abstenerse de invertir en <b>mecanismos adicionales</b> fuera de las plataformas existentes para <b>recabar las observaciones</b> de la comunidad sobre la calidad de los servicios y su participación significativa en la toma de decisiones y la gobernanza.</li> <li>La <b>investigación centrada en el monitoreo dirigido por la comunidad</b>, especialmente en los países donde el programa de dicho monitoreo es</li> </ul>	<p>VIH, tuberculosis, malaria, preparación y respuesta frente a pandemias, género y derechos humanos, protección social, salud mental y derechos humanos), en lugar de mecanismos verticales que pudieran duplicarse (cuando varios mecanismos se dirigen al mismo paciente para recabar sus observaciones sobre los servicios integrados que recibe).</p> <p>Utilizar los sistemas de datos existentes (SIGS, eSIGL) para simplificar el intercambio de observaciones, las soluciones y la presentación de informes comunitarios. Institucionalizar las observaciones de los pacientes sobre la calidad, la equidad y el acceso a los servicios.</p> <p>Cuando sea posible, invertir en la promoción de entornos jurídicos y políticos que aceleren la capacitación de los socios comunitarios con el fin de que estén preparados para la contratación social o la prestación de servicios a través de otras fuentes de financiamiento (de donantes, nacionales, privadas o enfoques sociales de generación de ingresos). Para llevar a cabo estas iniciativas se debe adoptar un enfoque que abarque todo el sistema y seleccionar organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad consolidadas a fin de que presten servicios de calidad, lo que contribuirá a reforzar las</p>

### Fortalecimiento de los sistemas comunitarios

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>comunidades clave y vulnerables (contextos específicos).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Véase el apartado sobre formación y supervisión de la sección de recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios.</li> </ul>	<p>nuevo o todavía no ha completado más de dos ciclos de recopilación de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Actividades de investigación</b> dirigidas o ejecutadas por socios comunitarios si no están directamente vinculadas con la mejora de la calidad de la prestación de servicios.</li> </ul>	<p>capacidades técnicas e institucionales con resultados claros que garanticen la sostenibilidad.</p> <p>La seguridad y protección de los socios ejecutores debe incluir inversiones a nivel organizativo como parte del fortalecimiento de los sistemas comunitarios (para más información, véase más abajo el apartado sobre el desarrollo de la capacidad de las organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad).</p>

### Sistemas de financiamiento de la salud

#### Sistemas de financiamiento de la salud

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>Se debe dar prioridad a mantener el financiamiento de las actividades de las subvenciones vigentes que <b>promuevan específicamente la sostenibilidad y la planificación de la transición a nivel nacional, aborden los retos del financiamiento sanitario o fortalezcan directamente sus sistemas.</b> Estos elementos siguen siendo esenciales debido a los cambios en el panorama de financiamiento externo y a la necesidad de promover una transición gradual hacia el cese de dicho financiamiento. Estas actividades incluyen:</p>	<p>Se debe valorar dejar de dar prioridad a las actividades que no tienen un impacto directo en los objetivos centrales de financiamiento sanitario o sostenibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Actividades complementarias</b> a otras de socios para el desarrollo que ya no pueden cumplir sus compromisos, especialmente cuando</li> </ul>	<p>Acelerar o poner en marcha actividades que promuevan una mayor sostenibilidad e integración, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidades para respaldar <b>ejercicios de planificación a nivel nacional</b> diseñados específicamente para promover la transición</li> </ul>

## Sistemas de financiamiento de la salud

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo a <b>planes de transición o sostenibilidad, evaluaciones de la transición u otros ejercicios de planificación</b> que promuevan directamente la planificación de la transición y la sostenibilidad a nivel nacional.</li> <li>• <b>Estrategias de financiamiento de la salud</b> para la mejora de la movilización y recaudación de ingresos nacionales y el financiamiento del sector sanitario.</li> <li>• <b>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.</b></li> <li>• Actividades que apoyen específicamente <b>inversiones en el seguimiento de los recursos</b> o la <b>capacidad de las partes interesadas de los países para generar y utilizar datos sobre el financiamiento sanitario</b> que permitan respaldar la transición hacia el cese del financiamiento externo.</li> <li>• Inversiones en <b>mecanismos de financiamiento mixto</b> diseñados para mejorar la movilización de recursos.</li> <li>• Actividades diseñadas para fortalecer la <b>gestión financiera pública</b> y apoyar la integración de las subvenciones del Fondo Mundial en los sistemas nacionales de gestión financiera pública a corto y medio plazo.<sup>1</sup> En concreto, entre estas actividades están:</li> </ul>	<p>dichas actividades tienen un impacto limitado si se llevan a cabo de forma aislada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades que <b>no están directamente relacionadas con la mejora de resultados sanitarios o funciones cruciales de los sistemas.</b></li> <li>• Dentro de las actividades de gestión financiera pública:</li> </ul> <p><b>Evaluaciones de la capacidad relacionada con la gestión financiera pública que se considera que duplican los esfuerzos de otros socios para el desarrollo</b> y que el Fondo Mundial podría aprovechar dichas evaluaciones para fundamentar sus intervenciones en materia de gestión financiera pública.</p> <p><b>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"</b> y que no tengan resultados cuantificables, claros o sujetos a plazos.</p>	<p>hacia el cese del financiamiento externo y del Fondo Mundial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades que puedan promover la <b>consolidación de subvenciones del Fondo Mundial con seguros médicos y planes de financiamiento sanitario</b> para que cubran a las personas que viven con el VIH, la tuberculosis y la malaria y los servicios de las tres enfermedades.</li> <li>• Actividades que puedan <b>respaldar el financiamiento u opciones de pago sostenibles para los recursos humanos para la salud y los trabajadores de salud comunitarios, así como la contratación social.</b> Véase la sección sobre recursos humanos para la salud y trabajadores de salud comunitarios para más información.</li> <li>• Actividades de gestión financiera pública que 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. Se trata de inversiones en gestión financiera pública estratégicas y muy sostenibles que se caracterizan por una ejecución y resultados a más largo plazo.<sup>2</sup> Entre ellas se incluyen las siguientes:</li> </ul>

## Sistemas de financiamiento de la salud

A qué se debe dar prioridad	Qué debe dejar de ser prioritario	Qué debe promoverse (mediante la participación política e inversiones) para garantizar la sostenibilidad y la integración
<p>i. Actividades de gestión financiera pública que se hayan contratado legalmente o en las que exista una obligación jurídica de entregar bienes o prestar servicios.</p> <p>iii. Actividades estratégicas de gestión financiera pública que añadan valor para la sostenibilidad y la transición y que se hayan aprovechado para demostrar la "adicionalidad" del financiamiento de otros donantes.</p> <p>iv. Actividades de gestión financiera pública que incluyan el <b>cofinanciamiento de iniciativas de gestión financiera pública</b> con otros socios para el desarrollo como parte de acuerdos de cofinanciamiento previos.</p> <p>v. Actividades de gestión financiera pública <b>fundamentales para que el RP realice la transición a sistemas nacionales para la gestión financiera de las subvenciones</b> y la presentación de informes sobre los ICD, o que estén vinculadas con la consecución de objetivos y resultados clave. Entre ellas se incluyen la provisión de soluciones digitales de pago para la prestación de servicios subnacionales o de último tramo; las evaluaciones de auditorías internas y entidades fiscalizadoras superiores; y la capacitación y actividades que promuevan la inclusión de las subvenciones del Fondo Mundial en el presupuesto nacional.</p> <p>vi. <b>Participación estratégica en la gestión financiera pública a nivel nacional</b> organizada por el Fondo Mundial con el fin de acelerar la prestación de los sistemas para la salud del país.</p>	<p>Presupuesto para la gestión financiera pública que no se haya identificado en actividades específicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Actividades de gestión financiera pública vinculadas a la introducción y optimización de la planificación de recursos empresariales o los sistemas integrados de información sobre la gestión financiera, incluida la labor asociada a la correspondencia del plan contable con la dimensión de cálculo de costos del Fondo Mundial para mejorar el seguimiento y la presentación de informes de los gastos.</li> <li>○ Actividades para promover la profesionalización o certificación de quienes trabajan en finanzas del sector sanitario, incluido el fortalecimiento de entornos normativos y éticos.</li> <li>○ Actividades vinculadas al fortalecimiento institucional de los actores que participan en la gestión financiera pública, como las funciones de auditoría interna y externa, entidades fiscalizadoras superiores y funciones de control financiero del sector público, que son fundamentales para promover los esfuerzos de integración de la supervisión fiduciaria de las subvenciones (p. ej., dejar de utilizar los servicios de un agente financiero).</li> <li>○ Actividades diseñadas para respaldar la elaboración y ejecución adecuada y eficaz del presupuesto nacional de salud.</li> </ul>

## Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia

### Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia

#### A qué se debe dar prioridad

Nota: Las actividades de vigilancia no relacionada con el VIH, la tuberculosis y la malaria se incluyen casi exclusivamente en los presupuestos del C19RM. En el contexto de la planificación de contingencia del CS7, los países *no* deben dar prioridad por primera vez a la vigilancia no relacionada con el VIH, la tuberculosis y la malaria debido a las limitaciones de fondos. Por ello, al igual que ocurre con el oxígeno médico, las actividades que figuran a continuación representan un conjunto limitado de necesidades de vigilancia específicas y esenciales que podrían considerarse prioridades generales incluso en entornos con enormes limitaciones, especialmente a media que los programas de las enfermedades aceleran la integración de las funciones de salud pública.

- Mantener y completar las actividades financiadas con el C19RM.
- Promover la educación preparatoria y continua de nuevos trabajadores de salud comunitarios polivalentes sobre la vigilancia basada en eventos, de conformidad con los planes de estudios de los programas públicos nacionales.
- Reforzar el mantenimiento subnacional de los sistemas integrados del SIS digital nacional (p. ej., DHIS2), incluidos los módulos de vigilancia de enfermedades notificables basados en indicadores, como la vigilancia y respuesta integradas de las enfermedades.
- Respalda la formación epidemiológica de primera línea sobre el análisis y uso de datos de vigilancia y monitoreo de los programas rutinarios, prestando especial atención a los distritos y los establecimientos de salud, con el fin de identificar deficiencias, supervisar tendencias y adaptar mejor las actividades de investigación y respuesta.
- Ampliar los repositorios de datos de vigilancia de enfermedades integrados dentro de los centros de operaciones de emergencia de salud pública para reforzar el enfoque de VIH, tuberculosis y malaria en el seguimiento de la continuidad de servicios esenciales, brotes, etc.

#### Qué debe dejar de ser prioritario

- Detener o reducir significativamente el desarrollo de nuevos sistemas y módulos de vigilancia.
- Detener o reducir la formación sobre vigilancia impartida en hoteles y encontrar métodos alternativos, como la formación híbrida o virtual, la supervisión de apoyo o la mejora continua de la calidad.
- Dejar de financiar talleres residenciales para actividades relacionadas con datos. Buscar métodos alternativos (p. ej., reuniones de validación virtuales, opciones de reunión que no requieran viáticos, etc.)
- Reducir la compra de portátiles, teléfonos móviles y otro material informático, a menos que se utilicen en funciones integradas que son críticas para las operaciones.
- Suspender o reducir la impresión de directrices, informes, boletines, etc.
- Difundir y utilizar versiones electrónicas.
- En lugar de planificar la creación de nuevos repositorios, garantizar que se triangulen datos básicos durante los análisis de datos de vigilancia.

## Oxígeno médico y atención respiratoria

### Oxígeno médico y atención respiratoria

#### A qué se debe dar prioridad

Nota: El oxígeno médico se cubre totalmente en los presupuestos del C19RM. En el contexto de la planificación de contingencia del CS7, los países *no* deben dar prioridad por primera vez al oxígeno médico debido a las limitaciones de fondos. Por ello, al igual que ocurre con la vigilancia, las actividades que figuran a continuación representan un conjunto limitado de necesidades de oxígeno médico específicas y esenciales que podrían considerarse prioridades generales incluso en entornos con enormes limitaciones.

- **Sostenibilidad de la infraestructura actual de suministro de plantas adsorción por oscilación de presión**, incluida su garantía y mantenimiento; desarrollo de la capacidad operativa (que se complementará con el cofinanciamiento) en establecimientos de salud que atienden a amplias poblaciones de personas que viven con el VIH, la tuberculosis o la malaria; después de la fecha de finalización del C19RM, cuando el uso de recursos nacionales no sea viable.

#### Qué debe dejar de ser prioritario

- **Ampliación general de la planta de adsorción por oscilación de presión o de la infraestructura de oxígeno médico a granel.**
- Capacidad de **oxígeno líquido** y sistemas de distribución.
- Equipos de suministro de oxígeno médico.
- Construcción de **infraestructuras y generadores relacionados con el oxígeno médico.**