**Formulario de respuesta para el solicitante**

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 1: Resumen**  |
| **Información del solicitante** |

|  |  |
| --- | --- |
| **País** | El Salvador |
| **Tipo de solicitante** | MCP | **Componente** | Malaria |
| **Fecha de inicio y finalización de la solicitud de financiamiento\*** |

|  |
| --- |
| 1 de julio de 2016 - 30 de junio de 2019 |

 | **Periodo previsto para la ejecución de la subvención** | 3 años |
| **Receptor Principal 1** | Ministerio de Salud | **Receptor Principal 2** | N. A. |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 2: Asuntos a tratar que han de abordarse durante la elaboración o la ejecución de la subvención** |
| **Asunto 1: Justificación limitada de las actividades de fortalecimiento de capacidades** |  **Aprobado por:** Secretaría |
| La nota conceptual incluye una serie de actividades de desarrollo de capacidades que, sin embargo, no se han justificado plenamente.**Acciones requeridas por el PRT:** El PRT solicita que el solicitante trabaje con los socios técnicos —y, posiblemente, con asistencia técnica externa durante la ejecución cubierta por la subvención— para elaborar un plan consolidado de fortalecimiento de capacidades que aborde las deficiencias fundamentales en el progreso hacia la eliminación de la malaria. Dicho plan debe describir claramente las actividades propuestas, la supervisión continua, y cómo se van a supervisar las actividades y a evaluar su repercusión.**Plazo:** Durante los 6 primeros meses de la ejecución de la subvención. |
| El RP elaborará el plan de fortalecimiento de capacidades para abordar deficiencias en cuanto a recursos humanos, se entregará para la fecha 31 marzo 2017 así permitiendo el comienzo de implementación de actividades en mediados de 2017. Se solicitará la asistencia técnica de la OPS y CHAI en la elaboración de dicho plan, y se contratará consultores expertos de la OPS y otras instituciones nacionales e internacionales para brindar servicios en la implementación del plan, lo cual incluye capacitaciones al personal técnico operativo de los diferentes niveles de atención del MINSAL, SNS, sector privado, colaboradores voluntarios, y otros funcionarios. Se espera contar con recursos financieros del Fondo Mundial para realizar estas capacitaciones, y el gobierno pondrá como contrapartida el recurso humano a nivel nacional, regional y local. En el campo de la evaluación de la ejecución de las capacitaciones, se ha planteado desarrollar una evaluación a medio término de todas las metas e indicadores del proyecto de la subvención (detallado en respuesta al Asunto #3). Como parte de esta evaluación se verificará el desempeño del personal capacitado, de tal manera evaluando el impacto de las capacitaciones y permitiendo hacer ajustes necesarios a las capacitaciones de manera oportuna. Específicamente para las capacitaciones de la red de laboratorios y microscopistas para continuar asegurando la calidad en el diagnostico microscópico se solicitará apoyo técnico de un profesional internacional en el segundo año de iniciadas las capacitaciones para evaluar y si hubiese necesidad adecuar la calidad de la microscopia y el material utilizado.Mientras se desarrollará un plan formal de fortalecimiento de capacidades en el primer cuatrimestre de 2017, a continuación se presenta un resumen de las principales brechas en recursos humanos evidenciadas a través de la evaluación del Plan 2011-2014 y la verificación de datos de EMMIE realizado por la OPS en 2016. En base a estas deficiencias se destaca la necesidad urgente de fortalecer el recurso humano y se presenta el plan general de capacitaciones a través de los siguientes tres años para llenar las brechas. **Justificación de fortalecimiento a recursos humanos, en el marco de eliminación de la transmisión de la malaria en El Salvador**En el año 2011 se inicia el proceso de eliminación de la malaria en El Salvador el cual tuvo un tiempo de duración de 4 años, basado en cinco líneas estratégicas de acción enfocadas a:1. Atención médica, Resistencia antimicrobiana (Diagnóstico y tratamiento).
2. Promoción, educación y participación comunitaria.
3. Vigilancia epidemiológica y laboratorial.
4. Vigilancia entomológica y atención ambiental.
5. Certificación de eliminación de Malaria según reglamento OMS.

Las líneas estratégicas del Plan por falta de presupuesto no se lograron socializar de manera oportuna, ni se capacito en el marco de la eliminación al personal técnico operativo de los diferentes niveles de atención del MINSAL, SNS, sector privado y colaboradores voluntarios, lo cual limito el conocimiento y realizar el cambio del programa de la fase de control a una fase de eliminación, por lo que muchos elementos de las acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica, multisectorial y acciones de control del vector se mantuvieron en el marco de la fase de control. En el 2015 se realiza la evaluación del Plan 2011-2014 con participación de actores claves del sector de gobierno, academia, personas afectadas de paludismo, cooperación internacional y Organizaciones No gubernamentales del sector Salud. Los resultados de este plan expusieron las siguientes brechas en cuanto al desempeño del recurso humano:* Falta de capacitación en diagnóstico clínico de la malaria por parte del personal técnico del SNS
* Falta de capacitación en diagnóstico por microscopia a laboratoristas
* Falta de vigilancia de la efectividad del tratamiento de malaria.
* Falta de seguimiento/monitoreo del tratamiento para confirmar adherencia del paciente.
* Falta de capacitaciones rutinarias del personal de vigilancia entomológica a nivel nacional en actividades orientadas hacia la eliminación. No se han realizado capacitaciones de reorientación de programa de control a eliminación desde el 2011 año en el que se propuso la reorientación del programa recomendado por OPS.
* Ausencia de guías y protocolos técnicos para la actuación y fortalecimiento del Manejo Integrado de Vectores: Se desarrolló una Guía de Manejo Integrado de Vectores (que incluye 8 enfermedades transmitidas por vectores) con asesoría de OPS. Aún no ha sido aprobada por la autoridad de Regulación de Ministerio de Salud por constantes actualizaciones sobre Zika.
* Falta de alianzas estratégicas, planificación, coordinación y comunicación entre los distintos sectores involucrados en la gestión de la atención de salud. (autoridades locales, organizaciones de la sociedad civil, sector privado)

Los insumos obtenidos de esta evaluación se utilizaron para la estructuración del Plan Estratégico Nacional Multisectorial de la Eliminación de la Transmisión de la Malaria en El Salvador que se ha planificado ejecutar del 2016 al 2020.En 2016 se realiza la verificación de datos del proyecto Eliminación de Malaria en Mesoamérica y la Isla Española (EMMIE) con el apoyo de la OPS. Esta evaluación se ejecutó en cuatro municipios del país y la OPS en sus resultados preliminares presentó las siguientes recomendaciones relacionadas a la capacitación del recurso humano:* Establecer y/o fortalecer un programa sistemático de actualización y capacitación de microscopistas de toda la red de diagnóstico.
* Fortalecer la estructura organizativa y funcionalidad de la red de laboratorios regionales para el aseguramiento de la calidad del diagnóstico de malaria.
* Estandarizar las técnicas de tinción para el diagnóstico microscópico de malaria (gota gruesa y frotis): todos los microscopistas deben realizar gota gruesa y coloración de Giemsa para diagnóstico malaria y especificar especie, estadio y densidad parasitaria.
* Capacitación al personal de atención clínica en los esquemas de tratamiento.
* Capacitación del personal de vectores en esquemas de tratamiento: No tratamiento de dosis única, No tratamiento de cinco días, No tratamiento con Cloroprimaquina.
* Estandarizar a nivel nacional y capacitar a los establecimientos de salud en los criterios para el tamizaje para el diagnóstico diferencial de febriles
* Actualizar a todo el personal profesional, técnico y operativo sobre el uso adecuado de los nuevos documentos de norma nacional, manuales de procedimientos, guías de prácticas clínicas, protocolos de atención, etc.
* Integrar el equipo de vigilancia, laboratorio y vectores para el análisis y la toma de decisiones.
* Mejorar la calidad de la investigación de caso en cuanto a la definición, reporte y respuesta a brotes de manera estandarizada en todas las regiones.

Con el objetivo de garantizar la ejecución y evaluación de lo planificado en el Plan Estratégico Nacional de Eliminación de Malaria es necesario y urgente fortalecer el recurso humano multisectorial con lo cual se garantizará el cumplimiento de lo planificado y los indicadores propuestos en el marco de la eliminación. El MINSAL cumplirá con su compromiso en preparar profesionales mediante capacitación en el nuevo Plan Estratégico Nacional de Eliminación, los riesgos de transmisión, la vigilancia epidemiológica, la vigilancia entomológica, la taxonomía, el manejo integrado de control de vectores, la georeferenciación de datos claves, y el uso del sistema de información actualizado. El siguiente cuadro detalla el número de capacitaciones a impartir, el número de recursos humanos por nivel de atención, y la distribución de las capacitaciones a través de los siguientes tres años. Como la capacitación y actualización de conocimientos de la red de laboratorios conlleva implicaciones y procedimientos únicos, se detalla de manera separada a continuación.**Cuadro de fortalecimiento al Recurso Humano por Región, SIBASI y Nivel Central 2017-2019:****Justificación de Capacitación y actualización de conocimientos de la Red de Laboratorios** A raíz de la baja cantidad de casos en El Salvador, es necesario contar con la microscopia confiable a nivel local para poder tener un diagnóstico acertado y evitar los falsos negativos. El país propone una estrategia integrada que fortalezca la red de laboratorios para así asegurar la sostenibilidad de la eliminación de la malaria en el futuro ante posibles casos importados o brotes. Para lograr y mantener la eliminación de la malaria, se requiere un alto desempeño del diagnóstico en laboratorio en todos los niveles de atención. El país cuenta con dos recursos certificados internacionalmente en diagnostico microscópico. En la verificación de datos EMMIE realizado este año, se evalúa el desempeño de profesionales de laboratorio de la red y se observa que aproximadamente el 27 % de los profesionales de Nivel de Atención Primaria muestran un nivel de desempeño no adecuado según criterios internacionales para diagnostico microscópico.En los resultados preliminares de tal misión de evaluación de la EMMIE se recomendó el mejoramiento de la calidad de la microscopia a nivel primario y ampliar la red incluyendo a los privados, para asegurar la calidad del diagnóstico microscópico. También se recomendó de involucrar los laboratorios regionales dentro de la estructura de la red de diagnóstico microscópico para malaria, ya que actualmente no se tiene incluido en sus funciones realizar el diagnóstico y aseguramiento de la calidad de la microscopia para malaria.En el país en el Sistema Nacional de Salud forman parte del programa de malaria, 207 Laboratorios de la red (profesionales de laboratorio y microscopistas) y algunos laboratorios privados. Para asegurar el diagnóstico oportuno y minimizar el lapso de tiempo entre la toma de muestra y su resultado, se necesita involucrar todos estos laboratorios para recibir capacitación y actualización en los procedimientos operativos estándar para el diagnóstico microscópico. Con el fin de tener profesionales capacitados con alta calidad de desempeño en todos los niveles y para brindar una respuesta oportuna y confiable se elabora el siguiente plan de capacitación:**Capacitación a formadores de nivel Central y Regional:** Después de haber actualizado y validado los procedimientos operativos de diagnóstico en base a las recomendaciones para eliminación de malaria, se solicita apoyo técnico de un profesional internacional de los laboratorios de referencia para las Américas, para desarrollar y ejecutar una capacitación de 15 días con dos profesionales de laboratorio de Nivel Central y dos profesionales de laboratorio por las 5 regiones (12 en total). Esta capacitación se realizará durante el primer semestre de la subvención. **Capacitaciones locales:** Los que fueron capacitados a nivel regional reproducirán la capacitación para los profesionales de laboratorio en sus regiones respectivas incluyendo laboratorios privados. Cada 3 meses, cada región capacitará a 5 funcionarios o más en un taller de 5 días. Esto logrará que cada región capacite a aproximadamente 20 funcionarios o más por año, en total el país capacitará a 100 funcionarios por año o más. Después de 2 años, se logrará capacitar a todos los laboratorios del país que cumple con las recomendaciones de la OMS de capacitar al 100% de la red una vez cada dos años en países en vías a la eliminación.Para continuar asegurando la calidad en el diagnostico microscópico se solicitará apoyo técnico de un profesional internacional en el segundo año de iniciadas las capacitaciones para evaluar y adecuar si hubiese necesidad la calidad de la microscopia, así como del material utilizado. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 2: Base y justificación poco claras de algunas partidas presupuestarias** |  **Aprobado por:** Secretaría |
| No quedan claras la base y justificación de los costos ni la frecuencia de ciertas partidas presupuestarias, por ejemplo, microscopios, vehículos, actividades de capacitación, rociado residual intradomiciliario, equipo de entomología, dispositivos electrónicos (GPS, computadoras portátiles y de escritorio, etc.) y reuniones, entre otras.**Acciones requeridas por el PRT:** El PRT recomienda que se revise detenidamente el presupuesto propuesto a fin de garantizar que los costos sean adecuados y razonables, y que solo incluyan actividades fundamentales para la estrategia orientada a lograr la eliminación y la certificación que no estén financiadas por otros presupuestos públicos.**Plazo:** Durante la negociación de la subvención. |
| El presupuesto detallado en la Nota Conceptual se ha revisado en dos momentos:Con asesoría técnica de OPS y CHAI se efectuaron ajustes al presupuesto. Se ha realizado un análisis de comparación del presupuesto anterior con el nuevo, lo cual se presente de forma detallada línea por línea en el anexo “Variaciones Presupuestarias\_Tabla Comparativa” y aquí de forma resumida en narrativa: **Principales variaciones presupuestarias – Justificación narrativa por módulo** 1. **Control de vectores**

ReducciónLas principales reducciones presupuestarias de este módulo tiene que ver con la reducción de mosquiteros. Por la cantidad de focos residuales activos detectados, se ha considerado que la cantidad de 5,000 mosquiteros cubre la necesidad requerida entorno a estos focos, por lo que se contempló adquirirlo con fondos propios de país. El MINSAL con fondos propios comprará 5,000 mosquiteros por año, los cuales se utilizarán en comunidades en focos residuales activos especialmente en viviendas ubicadas en torno a los casos detectados.En segundo lugar, los montos relacionados con la Fumigación de interiores con insecticidas de acción residual (IRS) son los que se redujeron. Anteriormente el programa había contemplado la compra de equipo e insumos necesarios para cubrir la totalidad del territorio. Siguiendo las recomendaciones del Fondo Mundial y PAHO sobre la necesidad de reorientar las intervenciones de “control” a “eliminación”, y por lo tanto ser más focalizados, el nuevo presupuesto aborda estas recomendaciones y busca hacer un uso más eficiente de recursos (mayor impacto). La reducción de 90 bombas de fumigación a 10 responde a un análisis realizado de la población estratificada y a la estimación de que con 10 bombas se puede dar cobertura a los focos actualmente identificados más los que vayan a identificarse. La misma lógica aplica para la línea presupuestaria sobre larvicidas. En el antiguo presupuesto se calculó en base al consumo actual el cual es principalmente usado como método preventivo sin hacer uso estratégico (orientado a “eliminación). En resumen, las intervenciones de control de vectores se llevarán a cabo mayormente en los focos en respuesta a la detección de casos con el objeto de evitar incidencias secundarias y posibles brotes. En ciertas circunstancias donde se considera el riesgo muy alto en un área con Receptividad o Vulnerabilidad, se puede considerar llevar a cabo intervenciones ahí también. Para mayor detalle sobre la estrategia actual de control de vectores, por favor referirse a la sección “Cobertura De Control De Vectores” del Plan de Control de Vectores. IncrementosLos principales incrementos presupuestarios en el control de vectores se refieren a talleres de capacitación en los diferentes SIBASI y a una consultoría internacional para brindar asistencia técnica en el uso de insecticida. La limpieza del presupuesto anterior, el cual estaba más orientado a control que a eliminación, supuso refinar la estrategia de Manejo Integrado de Vectores. Dentro de la nueva versión, y alineándose con el Plan de Control de Vectores, se busca reforzar la vigilancia entomológica a través de estudios de susceptibilidad y efectividad de los productos utilizados en el control de vectores. La línea presupuestaria 71 referente a la adquisición de GPS fue incrementada notablemente al recibir una cotización actualizada (compañía de cotización JCA-Soft SACV) que solicitó el ALF. El monto indicado en el presupuesto anterior reflejaba un precio histórico de estos equipos. 1. **FSS – Seguimiento y evaluación**

IncrementosLos dos principales aumentos presupuestarios en este módulo se refieren a dos talleres:* Taller relevante a la presentación de informes rutinarios a (i) los usuarios del sistema de información en el llenado de los instrumentos primarios y en el análisis de la información. (ii) el uso de insecticidas, (iii) manejo de equipos de rociado y fumigación para el control del vector y la eliminación de la malaria.

Anteriormente solo se había contemplado la capacitación para el llenado de instrumentos de información, por lo que el nuevo presupuesto, bajo recomendación de OPS, contempla la capacitación en los otros dos temas vinculados también con el control vectorial. * Talleres de Monitoreo y Evaluación para verificar la implementación y el avance de la ejecución del PEN Malaria 2016-2020 con participación intersectorial en cada región. La actividad, que anteriormente solo contemplaba la participación de un número reducido de actores, ahora incluye la participación de instituciones y personas técnicas relacionadas con el sistema nacional de salud. Nuevamente, bajo observación de OPS, se vio que anteriormente por ejemplo no se había contemplado la participación de los ColVols y que se debía incluir a gente de áreas relevantes a salud en el monitoreo de avances del PEN.

Otro cambio en este módulo que incrementó el presupuesto, aunque en menor medida, es la línea relacionada con la contratación de 3 Consultores (i) Integración con el expediente clínico electrónico y el sistema de información de LRN, (ii) consolidación del sistema de información, (iii) validación y capacitación de registro de información. Bajo observación de OPS se determinó que los montos incluidos anteriormente no reflejaban los honorarios que manejan los consultores para este tipo de tareas. El nuevo presupuesto refleja salarios más realistas. ReducciónLa línea presupuestaria 76 relacionada a la contratación de una Institución formadora de recursos humanos, incluyendo “diplomado” de entomólogos y “certificación” de personal de vectores. En coordinación con el ALF se estudiaron los detalles de los costos que cobraba la institución y se comprobó que no pueden ser iguales los costos de desarrollar los servicios de un diplomado que de un certificado. En el nuevo presupuesto se corrigió este tema a través de una reducción del 30% en los costos asociados a la “certificación” de personal de vectores. 1. **Gestión de casos**

Incrementos Detección activa de casos e investigación (fase de eliminación) – en el presupuesto anterior se contemplaba una estrategia con uso de PDR y por eso se incluía una línea presupuestaria para la compra de refrigeradores para almacenar las PDR. En la nueva estrategia no se usará PDR sino que se buscará fortalecer la red de microscopístas. La nueva línea presupuestaria que incrementa notablemente este módulo es la relacionada a la capacitación del personal de laboratorios clínicos y microscopístas de malaria, de manera teórica-práctica sobre gota gruesa, frotis, y papel filtro y microscopia para la identificación del Plasmodium sp. Los detalles de cómo estarán compuestas esas capacitaciones (cantidad de personal, días, viáticos) están indicadas en el presupuesto detallado. Dentro de la misma estrategia de fortalecimiento de la microcopia en lugar del uso de PDR se cambió dos líneas presupuestarias:* Línea 31 sobre Detección activa de casos e investigación (fase de eliminación): Se quitaron las PDR contempladas en el antiguo presupuesto para incluir una capacitación de recurso humano del Nivel Central SIBASI (hospitales, primer nivel de atención y otras instancias vinculadas al manejo de casos) y regiones (jefe de vectores, promotores de salud) para el manejo de la Norma, investigación de caso/foco y eliminación de la malaria
* Línea 35 – adquisición de microscopios: Se dotará de microscopios a los Laboratoristas para el análisis de la gota gruesa, reportadas por los promotores de salud. Referirse al presupuesto detallado para datos sobre la distribución de microscopios por región.

Como parte de IEC/CCC de la gestión de casos, en un contexto de eliminación, también se buscará reforzar la vigilancia pasiva a través de la red de Col.Vol. Para eso se ha incrementado el presupuesto con 17 Talleres de 2 día por año, uno por SIBASI con la participación del SNS y Col.Vol, focalizada en la organización y ejecución de vigilancia y así mismo reforzar conceptos de eliminación de la malaria.Por último se contempla un aumento del presupuesto para realizar una reunión anual entre Guatemala y El Salvador para abordar la cooperación o coordinación en el tema de casos importados (la mayoría de los casos que aparecen en el occidente del país son usualmente importados de Guatemala). Reducción Dentro del cambio de estrategia de uso de PDR a un fortalecimiento de la microscopia, se eliminó los servicios profesionales de consultoría para casos de negativización y se reemplazaron por un monto menor vinculado a fondos de urgencia para la compra de bienes y servicios de urgencia en brotes de malaria.1. **Gestión de programas**

ReducciónLínea 123 – relevante a gastos aduaneros, administrativos y overhead entre otros: En coordinación con el ALF se estimó que el presupuesto anterior aplicaba un overhead e ISS que estaba estimado al presupuesto de los bienes y servicios que inicialmente se habían presupuestado y que respondían a la estrategia anterior de PDR . En la revisión del nuevo presupuesto, y teniendo en cuenta la nueva estrategia, se redujo esta línea presupuestaria al aplicar un 7% (5% overhead + 2% ISS) sobre las categorías de gasto 2, 3, 6, 8, 9 y 10.Línea 119 – teniendo en cuenta el cambio de estrategia de PDR a microscopia, para asegurar la reducción del tiempo de diagnóstico, el nuevo presupuesto tiene en consideración servicios de telefonía para que los jefes de programa de malaria de los SIBASI del Ministerio de Salud tengan una comunicación fluida con la red de notificación. El equipo del Ministerio de Salud ha realizado una revisión línea por línea con el ALF (Agente Local del Fondo, clarificando el detalle con el respectivo costo y monto.Los costos considerados en la Nota Conceptual fueron tomados de los precios de referencia que cuenta el RP en base a la experiencia de las subvenciones en ejecución.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 3: : Las revisiones de los indicadores de seguimiento y evaluación, las metas y los medios de verificación deben adaptarse al contexto de eliminación de la malaria** |  **Aprobado por:** Secretaría |
| La nota conceptual abarca varios indicadores, con valores de referencia y metas anuales, así como los resultados esperados. No obstante, será necesario revisar más a fondo algunos indicadores, metas y medios de verificación, y se podrían consolidar indicadores similares dirigidos a los mismos ámbitos técnicos, como tipo de centro de salud (público o privado), etc. Deben revisarse los indicadores propuestos que requieran una encuesta por hogares e identificarse los medios de verificación alternativos más adecuados.**Acciones requeridas por el PRT:** El PRT recomienda que el solicitante elabore un plan actualizado de seguimiento y evaluación de la subvención que incluya una revisión de los indicadores, sus metas y los medios de verificación.Asimismo se necesitan indicadores para medir la calidad de los datos presentados dentro de un sistema reforzado de vigilancia y de seguimiento y evaluación.**Plazo:** Durante la negociación de la subvención. |
|  |
| Con la asesoría técnica del especialista de OPS/OMS Washington y CHAI, en conjunto con el equipo técnico del Receptor Principal, se han iniciado las siguientes acciones para la adecuación y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica y entomológica, monitoreo y evaluación en el contexto de eliminación:1. **Elaboración de un Plan Operativo para el Control de Vectores** para la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria. El plan incluye el abordaje estratégico de vigilancia entomológica y el abordaje estratégico de control de vectores, tanto los métodos de control de vectores que se utilizarán como la cobertura geográfica esperada por tipo de foco y área de vulnerabilidad y susceptibilidad. El plan plantea una metodología de 6 fases para la planificación de intervenciones de control de vectores, partiendo del análisis de la situación ento-epidemiológica, la estratificación de riesgo, planificación, socialización y evaluación. Anexado al plan se encuentran instrumentos y herramientas de trabajo incluyendo formatos de registro y reporte de datos concernientes a las acciones de vigilancia entomológica, así como las de control vectorial. Dado que el país está modificando la estrategia y cobertura de las acciones entomológicas pero no agregando nuevas actividades, el país ya cuenta con los formatos necesarios y no ha elaborado formatos nuevos. Estos formatos de vigilancia entomológica, así como los de vigilancia epidemiológica serán la fuente primaria para la construcción de los indicadores. El Plan Operativo de Control de Vectores ya ha sido elaborado y será socializado a través de las capacitaciones empezando en el año 2017. 2**. Inicio de la elaboración de un Plan Nacional de Monitoreo y Evaluación** que contiene los principales indicadores y metas, acciones de seguimiento y evaluación en todos los niveles de gestión del sistema, responsabilidades, flujos y procesos para los sistemas de información y otras fuentes de los datos, adecuadas al contexto de eliminación. El plan será concluido en fecha 22 de junio del presente año.3. **Revisión de los indicadores y metas en el marco de desempeño** priorizando aquellos indicadores más apropiados para el contexto de eliminación en El Salvador y las intervenciones que han sido priorizadas para los próximos 3 años a ser financiadas con la subvención. Los principales elementos mejorados en el marco de desempeño adjunto, son los siguientes:**Indicadores de Impacto**1. “**Casos de malaria notificados, supuestos y confirmados”**
	* Se mantiene, con la modificación de trabajar con número absoluta en vez de IPA (casos/población de 1000) dado el número de casos que se espera es muy bajo. Este indicador incluye solamente los casos confirmados autóctonos y tiene la meta de reducir progresivamente el número de casos esperados hasta lograr al 2020 una reducción del 100% de los casos autóctonos con respecto a la línea de base.
2. **“Muertes de pacientes hospitalizados al año”**
	* Se mantiene el indicador dado la importancia de este indicador para la salud pública. Se espera mantener a cero la mortalidad por malaria, ya que la última muerte a causa de malaria en el país se registró en 1984.
3. "**Proporción de focos del año pasado de subcategoría activa que pasan a la subcategoría de no activa”**
	* Se ha eliminado ya que se ha agregado un indicador de número de focos como indicador de resultado

**Indicadores de Resultado**1. **“Proporción de hogares fumigados con insecticidas de acción residual en los últimos 12 meses”**
* Este indicador originalmente se refería a los hogares con mosquitero; como esta actividad de ahora en adelante será financiada solamente por el gobierno y no por el Fondo Mundial (justificado en el Asunto #4), el indicador ahora refleja solo la actividad de rociado residual.
1. **“Número de focos activos”**
* Se agregó el indicador, tomando en cuenta que la nueva estrategia de eliminación del país se basa en intervenciones dirigidas hacia focos de transmisión. Esto sustituye el indicador de focos originalmente incluido como indicador de impacto. Se establece la meta proporcional en base al número de casos notificados anualmente en los últimos 5 años.
1. **“Porcentaje de casos importados entre el total de casos confirmados”**
* Se ha eliminado, ya que la meta de eliminación se refiere a eliminar los casos autóctonos, lo cual ya se mide en el primer indicador de impacto.
1. “**Proporción de regiones con índice de concordancia de gota gruesa de 99% o más”**
* Se eliminó porque ya existe otro indicador midiendo el desempeño del diagnóstico en laboratorio.

**Indicadores de Cobertura*****Control de Vectores***1. **“Porcentaje de población protegida mediante rociado residual intradomiciliario en los últimos 12 meses”**
* Se mantuvo sin modificación.
1. **“Número y porcentaje de población en riesgo potencialmente cubierta con los mosquiteros tratados con insecticida que se han distribuido (número y porcentaje)”**
* Se eliminó porque esta actividad de ahora en adelante será financiada solamente por el gobierno y no por el Fondo Mundial (justificado en el Asunto #4)

***Gestión de Casos***1. **“Porcentaje de casos confirmados completamente investigados (fase de eliminación de la malaria)”**
* Se mantuvo sin modificación
1. **“Porcentaje de focos completamente investigados (fase de eliminación de la malaria)”**
* Se mantuvo sin modificación
1. **“Proporción de láminas tomadas por búsqueda activa en focos activos, residuales y** **potenciales y otras áreas de mayor receptividad y vulnerabilidad”**
* Se agregó este indicador para medir el impacto de las nuevas actividades de vigilancia activa.
1. **“Proporción de casos confirmados de malaria tratados en las primeras 72 horas posterior a** **la fecha de inicio de síntomas entorno a focos activos, residual no activo o nuevos focos potenciales”**
* Se modificó del indicador original que se refería al tiempo entre diagnóstico y tratamiento. Este indicador ahora se refiere al tiempo entre inicio de síntomas y tratamiento, lo cual implica que se mide no solamente la rapidez de adquirir tratamiento, sino también la rapidez en lo cual se detecta el caso sospechoso, se traslada la muestra a un laboratorio, y se realiza el diagnóstico en laboratorio. Se modificó este indicador tomando en cuenta que una de las brechas programáticas más severas del país en el tiempo de diagnóstico, este indicador ahora permite medir el impacto de las nuevas actividades en ese plazo de tiempo.
* Se especifica en los focos activos, residual no activo o nuevos focos potenciales porque se espera que el programa de malaria enfoque esfuerzos de comunicación social hacia las comunidades donde ya hubo transmisión.
1. **Proporción de casos sospechosos detectados a través de Prueba Rápida por fuente de notificación”**
* Se eliminó porque las pruebas rápidas ya no son parte de la estrategia nacional (justificado en Asunto #5)
1. **“Proporción de casos sospechosos de malaria sometidos a una prueba parasitológica en establecimientos de salud del sector público/sector privado**
* Se eliminó porque no se lleva una base de casos sospechosos, solo se recopilan datos de casos notificados y confirmados.
1. **Índice anual de exploración sanguínea en los Focos Activos/No Activos**
* Se eliminó porque se considera un indicador para un programa de control.
1. **“Porcentaje de laboratorios participando en el sistema de control de calidad de acuerdo a la normativa de LNR”**
* Se eliminó porque ya existe otro indicador midiendo el desempeño del diagnóstico en laboratorio.

***Seguimiento y Evaluación***1. **“Proporción de informes de centros de salud recibidos en relación con el número de informes previstos para el periodo de presentación de informes.”**
* Se mantuvo, aclarando que este indicador se refiere a las 1234 unidades notificadores, no a los 17 SIBASI
1. **“Porcentaje de equipos informadores que presentan los informes puntualmente conforme a las directrices nacionales”**
* Se agregó este indicador para medir el cumplimiento de los 17 SIBASI en sus informes mensuales.

***Gestión de Programas***1. **“Proporción de laboratorios con microscopia que muestran un desempeño adecuado bajo el sistema de aseguramiento de la calidad”**
* Se agregó para medir el desempeño y la calidad del diagnóstico en laboratorio.
1. **“Número de alianzas estratégicas con actores relevantes del sector privado, público o civil que faciliten la eliminación de la malaria a través de la estrategia del Plan de Eliminación de Malaria”**
* Se eliminó debido a que el indicador no claramente define que constituye una alianza estratégica oficial ni que se considera un actor relevante. No es suficientemente definido como para incluir como indicador.

  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 4: Justificación de las intervenciones de control de vectores** |  **Aprobado por:** PRT |
| La nota conceptual comprende diferentes intervenciones de control vectorial, como, entre otras, el rociado residual intradomiciliario, los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MILD) y el control de la fuente larval (modificación de hábitat y larvicidas). No obstante, no quedan del todo claras la justificación de cada intervención ni su orientación geográfica. Tras la revisión de la nota conceptual, el PRT observa que en la actualidad no existen focos de transmisión activos *estables* en El Salvador, más bien, parecen darse casos autóctonos aislados en cualquier zona propicia para la transmisión de la malaria. En consecuencia, las intervenciones de control vectorial deben llevarse a cabo solo *en respuesta* a la detección de casos, con el objeto de evitar incidencias secundarias (a saber, de casos autóctonos o importados) y posibles brotes.El rociado residual intradomiciliario debe orientarse hacia aquellas comunidades donde se hayan detectado y notificado casos. El programa nacional de control de la malaria debería discutir con las partes interesadas del ámbito técnico si, en tales circunstancias, la intervención debe cubrir el caserío completo o solo el caso y los hogares vecinos, así como el número de aplicaciones necesarias (una o más). Dado que parecen no existir focos activos estables, como mucho, los MILD deben ofrecerse exclusivamente a las poblaciones expuestas a un mayor riesgo de infección en El Salvador. El control de la fuente larval debe llevarse a cabo exclusivamente en áreas propicias a la malaria donde los lugares de reproducción se han investigado y mapeado de acuerdo con las recomendaciones internacionales.**Acciones requeridas por el PRT**: El PRT recomienda que el solicitante trabaje con los socios técnicos para desarrollar un plan operativo de control de vectores adaptado a su contexto de eliminación de la malaria, incluido un presupuesto revisado.**Plazo:** Durante la negociación de la subvención. |
| Para dar respuesta a este asunto se ha elaborado el **Plan Operativo de Control de Vectores** (anexo), así también se presenta el siguiente resumen.**ABORDAJE ESTRATÉGICO DE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA**La vigilancia entomológica se realizará de forma permanente en los 3 estratos. En el ámbito local la investigación entomológica del vector transmisor de la malaria permite determinar los niveles de riesgo entomológico y establecer los mapas de ubicación de los vectores, información que permite informar una respuesta más eficiente.El Ministerio de Salud a nivel nacional tiene un sistema de vigilancia entomológica fundamentada en la vigilancia del vector en estadio larvario y adulto. Se realiza de forma semanal la cual comprende la recolección, registro manual, análisis, interpretación y diseminación de la información. Se utilizan instrumentos para la investigación de criaderos del vector en estadio larvario (Anexo No. 1 Formato PL1 en Plan Operativo) y en estadio adulto (Anexo No.2 en Plan Operativo) y otro instrumento para guiar la investigación de foco (Anexo 3 en Plan Operativo). Esta recopilación de datos acerca de los parámetros entomológicos de riesgo de las localidades se analiza para poder clasificar los focos maláricos e identificar las áreas de receptividad y vulnerabilidad. Receptividad se define como las áreas donde se tienen condiciones ambientales y entomológicas para la transmisión de la enfermedad, para medirlo se toma en cuenta factores como presencia de criaderos, elevación, distancia a cuerpos de agua, vegetación, temperatura, humedad, aridez, etc. La vulnerabilidad se define como áreas donde se tiene flujo de personas, aumentando el riesgo de movimiento del parásito. Para tener mayores evidencias en lo que respecta a la vulnerabilidad y receptividad, el Ministerio de Salud realizará un inventario a nivel nacional en el segundo semestre de 2016. La vigilancia entomológica también abarca estudios de susceptibilidad y efectividad de los productos utilizados en el control de vectores. **ABORDAJE ESTRATÉGICO DE CONTROL INTEGRADO DE VECTORES** **Métodos de Control Integrado de Vectores**El país implementará métodos de control de forma integrada como son: 1. Control Mecánico: Modificación del medio (drenaje de criaderos)
2. Colocación de Mosquiteros impregnados.
3. Control Químico en los dos estadios del vector:
* Larvario: Aplicación de larvicida liquido
* Adulto: Aplicación de Rociado Residual utilizando equipos de aspersión Hudson y aplicación de fumigación espacial con equipos térmicos
1. **Control Mecánico: Modificación del medio (drenaje de criaderos)**

A través de la vigilancia entomológica se identificará y georeferenciará los criaderos permanentes y temporales, de los cuales se identificará aquellos que requieran drenaje. Para la ejecución de las actividades de mantenimiento y drenaje es fundamental involucrar a la población que habita entorno a ellos y la capacitación de los recursos humanos voluntarios de la comunidad, así también como equipar a los equipos conductores de materiales e insumos.Se ha programado el mantenimiento correctivo (reparación), mantenimiento y drenaje de 54 obras físicas existentes a nivel nacional (39 de ingeniería y 15 artesanales).1. **Colocación de Mosquiteros impregnados**

El MINSAL con fondos propios comprará 5,000 mosquiteros por año, los cuales se utilizarán en comunidades con focos residuales activos, especialmente en viviendas ubicadas entorno a los casos detectados. Esta estrategia se ejecutará por familia, dándole seguimiento entomológico de forma mensual para determinar el uso por parte de la familia, así como la efectividad y residualidad del químico del cual están impregnados.Por la cantidad de focos residuales activos detectados, se ha considerado que la cantidad de 5,000 mosquiteros cubre la necesidad requerida entorno a estos focos, por lo que se contempló adquirirlo con fondos propios de país1. **Control Químico en los dos estadios del vector**

**Larvario:** Se aplica larvicida líquido en emulsión al 50%, acción que está sujeta al parámetro entomológico y se ejecutará en criaderos a nivel nacional que requieran esta acción, utilizándose 13 cc. de producto en 8 litros de agua. Se considerará los parámetros entomológicos de riesgo, empleándose entorno a los focos activos y nuevos potenciales, para lo cual se capacitará en el uso de equipos de rociado y del químico a utilizar a recursos humanos de diferentes instituciones presentes en el área y de la comunidad. Se dará seguimiento entomológico del impacto de la acción, considerando los parámetros entomológicos de riesgo normados:1. Índice de infestación menor o igual a 0.5: Bajo Riesgo.
2. Índice de Infestación mayor a 0.5: Alto Riesgo.

**Adulto:** para el control del vector en estadio adulto se emplearán dos tipos de equipos: Equipo de aspersión Hudson para realizarelRociado Residual Intradomiciliario y los equipos de fumigación espacial térmico. El uso de los dos equipos se ha planificado realizarlo en los caseríos donde están ubicados los focos activos y potenciales, como también en los caseríos aledaños a este. La periodicidad dependerá del foco a intervenir y los parámetros entomológicos de riesgo, normados:1. Índice de infestación menor o igual a 3.0: Bajo Riesgo.
2. Índice de Infestación mayor a 3.0: Alto Riesgo

**Cobertura De Control De Vectores**El plan de control integrado de vectores contempla intervenciones a nivel nacional dirigidas a zonas tales como: a- Focos de transmisión identificados b- áreas con vulnerabilidad, y c- áreas con receptividad. Las intervenciones de control de vectores se llevarán a cabo mayormente en los focos en respuesta a la detección de casos con el objeto de evitar incidencias secundarias y posibles brotes. En ciertas circunstancias donde se considera el riesgo muy alto en un área con Receptividad o Vulnerabilidad, se considerará llevar a cabo intervenciones ahí también. Se especifican los métodos preferidos y la cobertura por foco y área en la siguiente sección. **Por tipo de foco, acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica y prevención del vector transmisor:**La definición de cada foco se encuentra en el Anexo 4 en Plan Operativo. 1. **Focos Potenciales:**
* Tratamiento estrictamente supervisado al paciente, por personal capacitado del MINSAL.
* Búsqueda de febriles recientes y actuales en la dirección de caso (Búsqueda activa de 5 a 6 semanas a partir del aparecimiento del caso).
* Alertar a Directores de establecimientos de Salud y Col.Vol del área aledaña al caso, en la Búsqueda pasiva de febriles, Visita por un periodo de 5 a 6 semanas continuas por parte de personal de vectores u otro personal capacitado.
* Promoción de la salud dentro de la comunidad, como en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, donde se hará énfasis de visitar al establecimiento de salud más cercano al sentir los primeros síntomas de la enfermedad,
* Estudio epidemiológico de campo, si se confirma que el caso ha tenido contacto en otra área se debe de reportar en un tiempo no mayor a 24 horas al director del establecimiento de salud correspondiente, al epidemiólogo y al jefe de vectores del SIBASI respectivo.
* Verificación de niveles de infestación del vector transmisor de la enfermedad a nivel de las viviendas y criaderos existentes en el área de ubicación caso.
* Si se encuentra presencia del vector en estadio larvario se procederá de acuerdo a norma (se coordinará con la población la aplicación de larvicida líquido químico y el drenaje de criaderos del vector).
* Si se encuentra vector en estadio adulto, con el objetivo de cortar la cadena de transmisión, se programará fumigación espacial de un ciclo de tres aplicaciones con intervalo de 3 días entre aplicación.
* Programación de rociado residual por una vez, en el 100% de las viviendas y caseríos aledaños
1. **Nuevo Activo:**
* Se hacen las mismas actividades que focos potenciales y se hará el rociado de viviendas una vez.
1. **Residual activo**
* Se hacen las mismas actividades que focos potenciales, solamente el rociado residual se harán 3 ciclos, con intervalo de tres meses, considerando un promedio de tres meses de residualidad del producto utilizado.
1. **Residual inactivo:**
* Búsqueda activa de febriles por un periodo de 18 meses, esta actividad se programará en el mismo periodo y frecuencia considerando los hechos históricos de la transmisión o densidad vectorial e índice larvario alto
* Se llevará un estricto control de la vigilancia pasiva.
1. **Endémicos:**
* Se realizarán acciones similares que en el foco residual activo.

**En áreas con Receptividad y Vulnerabilidad, acciones de vigilancia epidemiológica, entomológica y prevención del vector transmisor de la Malaria:**1. **Área con mayor Receptividad:**
* Búsqueda activa de febriles cada quince días en los meses de noviembre, abril y mayo. (programación acorde a la detección histórica de focos)
* Inventario de Criaderos permanentes y temporales, detallándose nombre de localidades, número de viviendas y población entorno a ellos.
* Vigilancia entomológica del vector tanto del estadio larvario como adulto de forma semanal, realizando el reporte en el sistema en ese mismo periodo.
* Acción de fumigación espacial, considerando la vigilancia entomológica
* Acción de rociado de acuerdo al índice de infestación del vector en estadio adulto encontrados.
* Drenaje o mantenimiento de criaderos y de obras físicas
* Aplicación de larvicida líquido en emulsión al 50% en criaderos del vector.
* Promoción de acciones de prevención del vector, enfermedad y atención de pacientes.
* Reactivar la multisectorialidad.
* Recolección o monitoreo telefónico diario a la red de notificación de la toma de gotas gruesa.
1. **Áreas de Vulnerabilidad**
* Ejecución de acciones de vigilancia detalladas en áreas de receptividad.
* Mantener actualizado el catastro de áreas de trabajo, donde se verifique presencia de trabajadores de otros países, debiendo completar el formato correspondiente a inmigrantes. (según anexo No.5 en Plan Operativo)
* Mantener actualizado las localidades donde se verifique el flujo constante de personas de otros países.
* Mantener visitas semanales para recolección de gotas gruesas en las sedes de las OSI.

**PRESUPUESTO**Las principales variaciones presupuestarias en el módulo de Control de Vectores se explican y justifican en la respuesta al Asunto #2. En el Anexo “Variaciones Presupuestarias\_Tabla Comparativa” se encuentran las justificaciones de las modificaciones detalladas por actividad. El presupuesto final de las actividades incluidas en la subvención relacionadas a la vigilancia entomológica y el manejo integrado de vectores se encuentran en el Plan Operativo de Control de Vectores. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 5: Información limitada sobre la introducción y objetivo de las pruebas de diagnóstico rápido** |  **Aprobado por:** PRT |
| La introducción de las pruebas de diagnóstico rápido es nueva en el Programa Nacional de Malaria de El Salvador. A lo largo de los años, el país ha desarrollado una red sólida de microscopistas que incluye un sistema de garantía y control de la calidad. Teniendo en cuenta el número reducido de casos de malaria notificados, habrá que revisar la intervención propuesta de pruebas de diagnóstico rápido.**Acciones requeridas por el PRT:** El PRT recomienda que el solicitante revise la intervención propuesta de pruebas de diagnóstico rápido. Se debe presentar un plan operativo con un cálculo de los costos (10 páginas como máximo) que incluya la información siguiente: últimos casos autóctonos (2015-2016), zonas geográficas con diagnóstico y tratamiento (<24 h, >24 h), cobertura geográfica del diagnóstico de la malaria mediante microscopia, y cómo abordará el solicitante las deficiencias fundamentales a fin de llegar hasta las poblaciones clave y las personas que viven en zonas de difícil acceso y tienen dificultades para acceder al diagnóstico mediante microscopia.**Plazo:** Durante la negociación de la subvención. |
| Para dar respuesta a este asunto se ha elaborado el Plan Operativo de Diagnóstico Oportuno de Malaria (anexo), así también se presenta el siguiente resumen, primero justificando por qué se ha decidido no utilizar las pruebas rápidas, y segundo los planes para reducir el tiempo de diagnóstico con otras estrategias.**Justificación para no utilizar la Prueba Rápida en El Salvador:**El país había propuesto el uso de pruebas rápidas para dos áreas estratégicas para la detección de los casos en las 10 Oficinas Sanitarias Internacional terrestres, acuáticas y aéreas (OSI) y para disminuir los tiempos para obtención de los resultados de las gotas gruesas (microscopía) a nivel de los colaboradores voluntarios.Un análisis detallado de la situación epidemiológica fue llevado a cabo para la revisión de la nota conceptual. Los datos de últimos tres años (2013-2015) muestran que la transmisión de la malaria ya no es estable ni está limitada a algunos focos específicos. La transmisión ha sido debida a la introducción de los casos importados de los países vecinos, especialmente desde Guatemala. Áreas de alta receptividad existen en SIBASI colindantes de Guatemala en el norte (Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate) y con Nicaragua y Honduras en el sur (La Unión). Debido al movimiento legal e ilegal desde las zonas endémicas de malaria de los países vecinos, la vulnerabilidad ha sido alta en algunos de los caseríos en los SIBASI mencionados anteriormente. Aunque el país ha logrado detectar los casos secundarios, los casos índices posibles no se han identificados en algunas ocasiones. Una de las razones de la transmisión local ha sido la tardanza en la captación del paciente y posterior diagnóstico y tratamiento desde el inicio de los síntomas; el paciente en promedio tarda unos 11 días para acudir al servicio de salud o a los colaboradores voluntarios y el traslado de las muestras para ser diagnosticadas conlleva otros 2 días más en promedio para los casos confirmados. De todas las láminas examinadas en 2015 (100,000 aproximadamente), alrededor de 10% fueron realizadas por colaboradores voluntarios. La vigilancia activa es débil solamente un 7% de láminas fueron tomadas por búsqueda activa en 2015 a nivel nacional y todas estas láminas fueron tomadas como parte de la respuesta a los casos confirmados.En base a este análisis se pudo identificar que el uso de PDR a nivel de los colaboradores voluntarios no servirá para mejorar la vigilancia, ya que el mayor problema se encuentra en la detección oportuna del caso sospechoso sintomático. El país necesita mejorar y fortalecer la frecuencia de hacer las búsquedas activas con el fin de acortar el tiempo de transmisión. Esta misma acción también apoyará a capturar a las personas posiblemente infectadas que no acuden al sistema de salud pública y que deben ser detectadas y tratadas oportunamente para evitar la transmisión. Además, según los lineamientos de país, solamente el personal de malaria entre todo el personal de vectores y de salud del país que visitan las comunidades en forma rutinaria pueden recoger las muestras de los colaboradores voluntarios y de los centros de salud sin laboratorio. Los centros de salud públicos sin laboratorio están acostumbrados que el personal de malaria recoja las muestras, aun que ellos mismos puedan tener transporte para enviar las muestras al laboratorio más cercano. También el llenado de formularios se ha dejado solamente al personal de malaria los cuales se realizan durante una visita al centro de salud retrasando el traslado de las láminas. Los microscopistas han estado disponibles a tiempo completo, si surge la necesidad después de la hora laboral y durante el fin de semana.Así mismo aunque los OSI son importantes, existen varios puntos ciegos de entrada y salida de las personas. El país tiene un convenio de C-4 con otros países vecinos de Centroamérica permitiendo el movimiento interno entre estos países participantes sin ninguna restricción. La estrategia de uso de pruebas rápidas en OSI no dará los resultados esperados por razones logísticas; solo 700 febriles fueron encontrados durante el 2015 en los diferentes puntos de entrada con OSI. La vigilancia activa enfocando a los caseríos identificados con mayor movimiento de personas a otras áreas endémicas de la Región, en especial a Guatemala, y en las temporadas después de la cosecha mejorará las probabilidades de identificar a los pacientes con malaria de los que están retornando. Una campaña de educación y promoción de salud específicamente dirigida a estos caseríos aún mejorará la probabilidad de detección.Aunque el manual de eliminación de malaria de OMS está en revisión actualmente, el manual último publicado (OMS, 2007) se indica “uso exclusivo de microscopia (i.e. no PDR) desde la fase de pre-eliminación, para identificación de especies, detección de gametocitos y determinación de las densidades” para manejo de casos de malaria. (4.1, página 28).Además el país ha logrado una disminución significativa de malaria (solo 3 casos autóctonos) con el diagnostico microscópico actual y ha eliminado la transmisión de *P. falciparum* desde varios años atrás. El uso de PDR en la situación actual que se encuentra El Salvador aumentará la carga de trabajo instalando los sitios, capacitando el personal, adecuando la sistema de vigilancia, formularios, normas, lineamientos y otros documentos, instalando el sistema de gestión de suministro de PDR y el sistema para el aseguramiento de la calidad entre otras actividades sin tener el impacto de eliminación y prevención de re-establecimiento de la transmisión que es el objetivo del Plan Estratégico de Eliminación del país 2016-2020. Por estas razones mencionadas arriba, el país considera que otras actividades propuestas para mejorar la vigilancia son más importantes y son más apropiadas en el contexto actual del país para eliminar y sostener los logros.Por lo antes expuesto, el MINSAL consulto a OPS/OMS la decisión de país de no considerar la PDR para malaria, quienes coincidieron la decisión, por lo que se determinó el retiro de esta estrategia, utilizando la disponibilidad de fondos para fortalecimiento de otras actividades consideradas en el Plan.**PLAN DE DISMINUCION DE TIEMPO ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y LA TOMA DE LA MUESTRA**Para disminuir el tiempo entre el inicio de los síntomas y la toma de la muestra se proponen las siguientes cuatro estrategias:1. **Intensificar la búsqueda activa:**

Mejorando y fortaleciendo la frecuencia de las búsquedas activas, el país identificará a las personas posiblemente infectadas que no acuden al sistema de salud pública y que deben ser detectadas y tratadas oportunamente para evitar la transmisión. Todos los casos confirmados en áreas con condiciones de transmisión contarán con una respuesta inmediata de búsqueda activa. Se realizará una búsqueda de febriles recientes y actuales en entorno del lugar de detección y procedencia de caso, tal búsqueda se continuará por 5 a 6 semanas a partir del aparecimiento del caso.Además, la vigilancia activa se enfocará en Áreas de Vulnerabilidad, aquellos caseríos identificados con mayor movimiento de personas a otras áreas endémicas de la región, en especial a Guatemala. Se establecerá un mecanismo de coordinación con las Oficinas Sanitarias Internacionales (OSI) para diagnosticar y tratar a la población migrante de manera oportuna, tomando la muestra a los febriles y tratando casos a la entrada y salida de pasos fronterizos.También se dará énfasis de vigilancia activa en las temporadas durante y después de las cosechas agrícolas, cuando se presente mayor riesgo de importación y transmisión. Se realizara búsqueda activa de febriles cada quince días en los meses de noviembre, abril y mayo (programación acorde a la detección histórica de focos).1. **Involucrar a más personal de salud en la búsqueda activa:**

Además del mismo personal del Programa de Malaria liderando los esfuerzos de vigilancia activa, se solicitará el apoyo de los Promotores de Salud del Ministerio en la ampliación de las actividades de búsqueda activa. El Ministerio de Salud cuenta con un aproximado de 3,220 Promotores de Salud, quienes en la actualidad no se involucran de forma directa en lo que es la vigilancia y el control de la malaria. Trabajan en las comunidades en el tema de medicina preventiva y tienen a su cargo la visita de 200 familias, visitando un promedio de 8 familias por día. Para ayudar en los esfuerzos de vigilancia proactiva de malaria, estos Promotores de Salud serán capacitados en la detección del caso sospechoso y en la toma de muestra. Se modificará sus tabuladores diarios, introduciendo el tema de malaria, el cual es reportado de manera mensual en el Sistema Único de Información. Esta modificación ya se ha realizado para dengue y Chagas con muy buenos resultados, ya que ha permitido la vigilancia activa diaria a nivel nacional. 1. **Programa de Comunicación:**

Se implementará una campaña de educación y promoción de salud específicamente dirigida a focos de transmisión y áreas de mayor receptividad y vulnerabilidad con el fin de promover la búsqueda de atención médica ante síntomas febriles. Se espera que estas actividades ayudarán a disminuir el tiempo entre inicio de síntomas y detección de caso sospechoso por búsqueda pasiva. El Ministerio de Salud solicitará apoyo de otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y las comunidades mismas en la ejecución de esta campaña.1. **Perifoneo:**

Se realizará perifoneo en localidades con foco activo o foco potencial por 30 días, tiempo en que se espera el aparecimiento de más casos. Se pretende a través de esta actividad que las personas acudan oportunamente a consultar en el establecimiento de salud más cercano. **PLAN DE DISMINUCION DEL TIEMPO ENTRE TOMA DE MUESTRA E INICIO DE TRATAMIENTO.**Para disminuir el tiempo entre la toma de muestra tanto por establecimientos de salud como por COLVOL y su llegada a los laboratorios en los que se realizará el respectivo análisis, se proponen cuatro estrategias:1. **Ampliar transporte para Equipo de Vectores:**

Dotar a los SIBASI con 13 motocicletas y 5 vehículos, especialmente a los cuatro SIBASI con mayor riesgo de importación de los casos de malaria: Santa Ana, Sonsonate, Ahuachapán y la Unión. Esto permitirá que el personal de vectores con vehículo pueda ampliar sus visitas en comparación con el personal de vectores que en la actualidad se tiene que movilizar en transporte público. El impacto esperado es aproximadamente 20 visitas semanales adicionales a COLVOL/Unidades Comunitarias de Salud Familiar por personal con vehículo propio.1. **Seguimiento telefónico de COLVOL**

Para seguir acortando el tiempo de recolecta de muestras, se implementará un sistema donde se dotará a todos los SIBASI con teléfonos celulares básicos y un plan telefónico en el que todas las llamadas entrantes a esa línea sean gratis para el que llame. Los COLVOL y los establecimientos de salud podrán llamar a estas líneas sin ningún costo. Inmediatamente que tomen una muestra de gota gruesa, llamarían al equipo de vectores para informarles, y el personal de vectores irá a recoger la muestra para llevarlo a un laboratorio, así asegurando el diagnóstico eficiente. Se necesitaría socializar este plan a todos los COLVOL y establecimientos de salud para que participen. Alternativamente, se podría alcanzar la misma meta de seguimiento a distancia proactivamente llamando los COLVOL de manera rutinaria. Se dotaría los SIBASI con teléfonos celulares básicos y un plan básico de llamadas, y el personal de vectores llamaría a cada COLVOL y establecimiento de salud que no cuente con laboratorio en su área de 1 a 2 veces por semana para verificar si se ha tomado alguna gota gruesa. En el caso de que se haya tomado, el personal de vectores irá a recoger la muestra inmediatamente. Si no, continuará llamando 1 a 2 veces por semana. (Las llamadas cuestan $0.14 por minuto con un plan de postpago.) 1. **Involucrar a más personal de salud en la recolección de muestras:**

En caso de que algunos COLVOL o establecimientos de salud no llamen inmediatamente al equipo de vectores del SIBASI para reportar la toma de una gota gruesa, el personal de malaria seguirá la recolección rutinaria de muestras y se involucrará otros funcionarios en dicha actividad. **Promotores de Salud**: Además de la involucración de los Promotores de Salud en lo que es la vigilancia activa, se solicitará su apoyo en la recolección de muestras hemáticas de la sedes de los Colaboradores Voluntarios en las comunidades donde ya están trabajando. Los Promotores de Salud que tienen su sede en un establecimiento de salud llevarán las muestras ahí, los que no tienen sede o transporte regular a un establecimiento de salud harán la primera recolección de muestras y los personal del Programa de Malaria solo tendrá que recogerlas del Promotor. El personal de Malaria seguirá llevando las muestras al laboratorio más cercano. Esta consolidación de muestras facilitará las rutas de recolección, reduciendo los tiempos entre la toma de muestra y el resultado diagnóstico.**Equipos Comunitarios de Salud Familiar (ECOS**): al momento se cuenta con un promedio de 531 ECOS familiares y 39 especializados, quienes realizan actividades de atención al paciente en diferentes localidades a los cuales también se pretende involucrar en la toma, recolección desde las sedes de los Colaboradores Voluntarios y envío de muestras.Este personal será capacitado por la Unidad de Promoción de la Salud en coordinación con el equipo de vectores de cada SIBASI en el tema de malaria, recolección y transporte adecuado de láminas, así como en el llenado de tabuladores.1. **Establecimientos de Salud que no cuenten con Laboratorio**

La tarea de llenado de formulario Lab-2 de la toma de la gota gruesa se ha dejado solamente al personal de malaria, la cual se realiza durante la visita al centro de salud. Su llenado toma tiempo, inhibiendo la eficiencia de la recolección y retrasando el traslado de las láminas. Se normalizará que el personal de los centros de salud debe llenar los formularios y preparar las muestras para su correspondiente traslado. Se deben realizar capacitaciones dos veces al año para personal de enfermería en la toma de gota gruesa y frotis, así como en el manejo, recolección y transporte de láminas. Así como los COLVOL, los establecimientos de salud podrán llamar a los SIBASI apenas tomen una muestra hemática y/o serán monitoreados por vía telefónica 1 vez por semana para investigar si se han tomado muestras.Con estas estrategias se pretende reducir el plazo de tiempo entre la toma de muestra, resultado diagnóstico e inicio del tratamiento, lo que permitiría que el equipo de Vectores sea más eficiente y pueda invertir más tiempo en la búsqueda activa de casos y en la educación comunitaria.**PRESUPUESTO**Las principales variaciones presupuestarias relacionadas al diagnóstico oportuno se explican y justifican en la respuesta al Asunto #2. En el Anexo “Variaciones Presupuestarias\_Tabla Comparativa” se encuentran las justificaciones de las modificaciones detalladas por actividad. El presupuesto de las actividades incluidas en la subvención del Fondo Mundial relacionadas a estas actividades de reducir el tiempo de diagnóstico se resumen:

|  |  |
| --- | --- |
| **Subvención Fondo Mundial****Costos Asociados con Reducción de Tiempo de Diagnóstico** |  |
| Búsqueda activa - capacitación a personal de salud | $119,140 |
| COLVOL - Capacitaciones, Insumos, Identificación de nuevos COLVOL | $684,860 |
| Comunicación comunitaria | $32,080 |
| Diagnostico en laboratorio | $313,162 |
| Promotores de Salud - Capacitaciones | $124,200 |
| Teléfonos para seguimiento de COLVOL | $58,320 |
| Transporte | $89,000 |
| **TOTAL**  | **$1,420,762** |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 6: Necesidad de una estrategia de salida: pruebas para certificar la eliminación de la malaria** |  **Aprobado por:** Secretaría |
| El país planea eliminar la malaria y debe desarrollarse una estrategia de transición sostenible que incluya la futura integración en los servicios de salud.**Acciones requeridas por el PRT:**1. El PRT aconseja que el solicitante desarrolle un plan de acción para articular las etapas esenciales y las mediciones correspondientes que permitan recabar las pruebas necesarias para que la OMS certifique la eliminación de la malaria
2. El PRT recomienda la elaboración de un plan sostenible para el nuevo laboratorio de referencia.

**Plazo:** Ambas durante el primer año de la ejecución de la subvención, |
| El MINSAL tiene como objetivo general la eliminación de la Transmisión Autóctona de la malaria a nivel nacional, para lo cual se plantea establecer capacitaciones en los diferentes niveles de atención incluyendo la intersectorilaidad, lo cual permitirá pasar de un programa de control a un programa de eliminación de la malaria, así también se plantea fortalecer la vigilancia epidemiológica a nivel nacional para lo cual en el momento se cuenta con 1,234 unidades notificadoras más 2,752 colaboradores voluntarios, a ellos se suma el personal del programa de vectores ubicados en los SIBASI quienes coordinarán la ejecución de acciones especiales como la búsqueda activa, búsqueda de asintomáticos y estudios entorno a los focos, quienes estarán notificando al Sistema Único de Información de Salud donde se podrá verificar la procedencia de los casos ya sea autóctonos o importados y así evidenciar información a utilizar en la certificación de la eliminación de la malaria.El país elaborará un plan para cumplir con el proceso de certificación de eliminación de malaria de la OMS. El plan se elaborará para finales de 2016, para referencia se ha incluido aquí tanto los pasos del proceso de certificación como los documentos sugeridos por la OMS. En el Anexo se encuentra el documento completo de la OMS: “Procedimientos de la OMS para la certificación de la eliminación del paludismo,” lo cual guiará el país en su elaboración del plan de certificación, aunque se toma en cuenta que el contexto de El Salvador es único y no necesariamente tendrá que seguir los pasos exactos propuestos por la OMS.Se coordinará la asistencia técnica de la Organización Panamericana para la Salud (OPS) antes, durante y después de la evaluación de criterios.**“Pasos en el proceso de certificación de eliminación del paludismo \***1. El país, después de reportar cero casos adquiridos localmente en los últimos 3 años consecutivos, presenta una solicitud oficial para la certificación al Director Regional de la OMS.
2. La Secretaría de la OMS y el país preparan conjuntamente un plan de acción y un calendario para el proceso de certificación. Esto se lleva a cabo durante una misión inicial de evaluación de la OMS.
3. El país finaliza la documentación de certificación requerida y presenta el informe de certificación nacional a la OMS.
4. Un equipo de evaluación independiente visita el país para verificar el informe nacional de certificación; prepara un informe completo sobre sus hallazgos y recomendaciones.
5. Un grupo más amplio de expertos externos y de la OMS revisa el informe de evaluación independiente.
6. El Comité de Expertos en Paludismo de la OMS revisa todas las evidencias y formula una recomendación al Director General de la OMS.
7. El Director General de la OMS toma una decisión final sobre la concesión del estado libre de paludismo y comunica esto en una carta oficial al gobierno nacional.
8. La OMS publica la certificación en el Reporte Epidemiológico Semanal.
9. El país continúa sus esfuerzos para prevenir la reintroducción de la transmisión del paludismo local y presenta informes anuales a la OMS sobre el mantenimiento del estado libre de paludismo.

\*Adaptado de: (OMS, 2007) Eliminación de la Malaria: Guía práctica para los países de baja y moderada endemicidad. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596084_eng.pdf>**Documentos a ser preparados por el país para el equipo de OPS de evaluación de certificación:**1. Plan of action for the prevention of reintroduction of malaria.
2. Organizational structure of the malaria department/malaria activities in general health services, with detailed budget and staff information.
3. Annual malaria surveillance reports over the past 10 years.
4. Full information about active malaria foci in the 5 years before the last indigenous case, with supporting maps.
5. National malaria case register with case investigation forms for the past 3 years.
6. Reports of quality-assurance activities for diagnosis.
7. Recent antimalarial drug policy.
8. Detailed entomological and vector control activities.
9. Reports of independent committees on malaria, surveillance system, entomological and vector control activities.
10. Recent published/unpublished research reports on malaria epidemiology and malaria vectors.
11. Legislation/regulations related to malaria and vector control.
12. Reports of intersectoral collaboration.
13. Reports of border coordination activities, if relevant.

Annex 11 of "Malaria elimination, a field manual for low and moderate endemic countries", WHO, 2007.2- El Receptor Principal, ha enviado el Plan Sostenible para el nuevo laboratorio de Referencia el 30 de mayo 2016. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asunto 7: Falta de justificación para 500 trabajadores voluntarios adicionales para la malaria** |  **Aprobado por:** PRT |
| Dada la red actual de trabajadores de salud en todos los ámbitos de los sistemas de salud, así como la red existente de colaboradores voluntarios (Col.Vol.) para la malaria, la nota conceptual no facilita una justificación adecuada para la incorporación de 500 nuevos voluntarios y sus necesidades de capacitación.**Acciones requeridas por el PRT:** El PRT recomienda que el solicitante aclare cómo y dónde se seleccionará a los voluntarios y sus necesidades de formación. Se espera que los colaboradores voluntarios hagan frente a deficiencias básicas en la respuesta para eliminar la malaria (4 páginas de aclaración como máximo).**Plazo:** Durante la negociación de la subvención. |
| A pesar de que el anterior Plan Estratégico de Malaria, fue titulado como Plan de Eliminación de la Malaria de El Salvador del 2011 al 2014, la Vigilancia Epidemiológica realizada fue en el marco de un Programa de Control con las siguientes actividades: 1) La toma de la Gota Gruesa a través de la “Búsqueda activa”, realizada por el personal de Malaria (Vectores) y “Búsqueda pasiva”, realizada por los Servicios Médicos Oficiales (SMO) ambos del MINSAL, Colaboradores Voluntarios de Malaria (Col. Vol.: líderes de las comunidades sin remuneración) y servicios de laboratorios privados. Es de hacer notar, que gracias a la participación activa y sostenida de la población a nivel comunitario (Col. Vol.), que ha sido fundamental y crucial para obtener los logros alcanzados y poder reorientar el Programa de Malaria de la Fase de Control a la Fase de Eliminación (2010), proceso que fue iniciado con la participación de aproximadamente 3,300 Colaboradores Voluntarios de Malaria (Col. Vol.) a nivel nacional, quienes no reciben ningún tipo de remuneración económica para realizar sus funciones, el estímulo que les mantiene activos en este voluntariado es que reciben capacitaciones para actualización de nuevos lineamientos o definiciones de acuerdo a Lineamientos Nacionales, las cuales han sido limitadas en los últimos años y en la actualidad son necesarias y justificadas debido a que el país va camino a la eliminación de la enfermedad, bajo este nuevo enfoque deberá actualizarse o definirse un nuevo rol de estos recursos.Otro estimulo que tenían los Col. Vol era suministrar el tratamiento al caso febril detectado en la comunidad, sin embargo eso quedo prohibido a partir de la aprobación de la Ley Medicamentos Nacional, por tanto aunque el país adopto la recomendación a los lineamientos de la OMS del cambio del esquema de tratamiento de malaria de 5 días a uno de 14 días, amparados en la Ley citada éstos ya no pueden entregar el tratamiento en las comunidades, lo que ocasiono que algunos de ellos se desmotivaran y abandonaran este trabajo voluntario. Además de los ajustes del Programa Nacional de Malaria, se sumó otra causa externa y de mayor peso como lo es el riesgo social que provocaron la deserción de 593 de estos, debido a limitación de movilización en las comunidades por presencia de pandillas. En un mismo municipio suelen existir grupos de pandillas contrarias y al llegar alguien que habita en un lugar de pandilla contraria ponen en riesgo sus vidas, por la delimitación territorial que las pandillas mantienen. Estas condicionantes han generado que la red de colaboradores voluntarios disminuya de 3,300 hasta 2,707 para el año 2015, impactando en un deterioro de la red de notificación de Col. Vol.La distribución actual de los Col. Vol. es de la siguiente manera: Estrato I el 11.3% (307), estrato II 82% (2,220) y estrato no malarico 6.6% (180). Debido a que la red de Col. Vol. juegan un rol muy importante en la notificación comunitaria de Malaria y máxime que el País enfoca su Plan Estratégico Nacional de Eliminación de la Malaria 2016-2020 al logro de la Eliminación de la enfermedad durante los próximos años, es necesario contar con el entretejido óptimo de recursos humanos a nivel comunitario a través de la recuperación de los 500 Col. Vol. para el fortalecimiento de la red de notificación comunitaria y así garantizar la sostenibilidad del ritmo de notificación de cara a este nuevo reto, que en cascada contribuyen a la Vigilancia Epidemiológica del RP. Por lo antes expuesto se propone a consideración la siguiente distribución de Col Vol: el 50% (250) estarán ubicados en el Estrato II, el 20% (100) en el Estrato I y el 30% en Estrato No Malárico 30% (150), estimando hacer una recuperación de los 500 Col Vol que serán en calidad de sustitución de los que por los diferentes motivos expuestos anteriormente ya no forman parte de la red. Para el sostenimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica por parte de estos 500 Col.Vol. el MINSAL considera de suma importancia retomar las capacitaciones en temas de actualización en el marco de eliminación de la enfermedad, toma, manejo y envió de la muestra gota gruesa, con lo cual se garantizará la calidad de la microscopia especialmente en los siguientes departamentos: Ahuachapán (104), Sonsonate (110), Santa Ana (50),La Libertad (50), La Paz (50), San Vicente (50), La Paz (36), Usulután (25) y La Unión (25). También es relevante mencionar que El Salvador mantiene intercambios con los países de Centro América, principalmente con los que se comparten fronteras como Guatemala y Honduras, con quienes se mantiene un flujo de personas tanto en los puntos fronterizos oficialmente establecidos, como en los denominados puntos ciegos; haciendo latente el riesgo de que lleguen a las localidades en el interior del país personas con Malaria o en su forma asintomática, lo cual viene a sumarse al riesgo entomológico de presencia del vector transmisor de la malaria que va del 0.1% al 5% en índice de infestación larvario existente en las localidades, especialmente las ubicadas en el Estrato II, incrementando el riesgo en los habitantes de este estrato para que se produzcan casos principalmente importados, siendo de suma importancia la activación y recuperación de colaboradores voluntarios que estén activos en este estrato que vendrán a sumarse y a fortalecer la Vigilancia Epidemiológica a nivel comunitario, y de esa manera poder captar y tratar de forma oportuna los casos de Malaria, como la implementación de las acciones anti vectoriales respectivas.La estrategia para la búsqueda y selección de los 500 Col Vol. será a través del personal de Malaria del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) del MINSAL, quien será el responsable de identificar en la comunidad a líderes o lideresas que tenga disposición y cumpla perfil; para esta selección existe un Manual que describe el perfil requerido y las funciones del Col. Vol, solicitando el consentimiento para funcionar como colaborador voluntario, e inmediatamente se hacen las coordinaciones para que esta persona sea capacitado de forma integral, entre los temas incluidos en la capacitación están: funciones del Col Vol, ¿qué es la enfermedad del paludismo?, toma y cuidados de gota gruesa, llenado de instrumentos de recolección de la información, registro de la información, así también conocimientos básicos de otras enfermedades como el Chagas, Dengue, Chikungunya, Zika, Leishmaniasis y la forma como ellos pueden participar en la prevención. Finalmente el Col. Vol. firma un acuerdo con el MINSAL, para la fundación del puesto de colaboración voluntaria sin remuneración, este recurso se le asigna un código y se integra al Sistema de Vigilancia, se incluye además en las rutas de supervisión, monitoreo y recolección de muestras (gota gruesa). A partir de este acuerdo se entrega un botiquín con el respectivo kit de insumos para la toma de muestras de gota gruesa: Alcohol, algodón, lancetas, laminas, lamineros, lápiz; además se brinda una dotación de instrumentos de recolección de información, dentro de éstos se lleva el historial de la vigilancia epidemiológica comunitaria que realiza. Las funciones ad honorem que realizarán los Col Vol son fundamentalmente la Vigilancia Epidemiológica Pasiva a través de la toma, manejo y reporte de gota gruesa.Para el sostenimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica por parte de estos 500 Col.Vol. el MINSAL considera de suma importancia retomar las capacitaciones en temas de actualización en el marco de eliminación de la enfermedad, toma, manejo y envió de la muestra gota gruesa, con lo cual se garantizará la calidad de la microscopia especialmente en los siguientes departamentos: Ahuachapán (104), Sonsonate (110), Santa Ana (50),La Libertad (50), La Paz (50), San Vicente (50), La Paz (36), Usulután (25) y La Unión (25).Por lo antes expuestos y con el objetivo de recuperar y fortalecer la vigilancia epidemiológica y acciones de prevención y control de la malaria a nivel comunitario, es fundamental reforzar la red de notificación. El financiamiento del Fondo mundial detallado en el Presupuesto de la Nota conceptual de la Eliminación de la Malaria garantizará la capacitación de estos recursos, la actualización de conocimientos de la malaria, el suministro de los insumos de forma permanente para realizar la vigilancia epidemiológica a nivel comunitario, así como el seguimiento en la recolección de las láminas de gota gruesa y la supervisión.A pesar de la persistencia de los riesgos sociales el MINSAL con el establecimiento del Programa de Malaria en el proceso de eliminación de la transmisión autóctona, integrará otras disciplinas como los promotores de salud en la supervisión y seguimiento de los colaboradores voluntarios ubicados en su Área Geográfica de Influencia de forma diaria o semanal, lo cual mantendrá activa la red, motivándolos a la toma de la gota gruesa así como la integración de ellos a acciones de prevención del vector que se requieran en la comunidad. Otra actividad importante que favorecerá que los Col.Vol. se mantengan activos es el establecimiento de planes educativos dirigidos especialmente para ellos, los cuales estarán conducidos por el personal del programa de Malaria y los profesionales de la educación de los SIBASI. |

 Por favor envíe sus respuestas directamente a su gerente de portafolio.