Análisis de deficiencias programáticas relativas a la malaria

Nota orientativa de noviembre de 2022

## Introducción

Un análisis exhaustivo de las deficiencias programáticas describe los requisitos programáticos necesarios para ejecutar plenamente el plan estratégico de un programa nacional contra la malaria. Asimismo, identifica los componentes ya financiados y destaca las deficiencias financieras pendientes para las cuales se solicita financiación. El análisis abarca las principales intervenciones en materia de control de la malaria, entre ellas, el control de vectores (mosquiteros tratados con insecticida —MTI— y rociado residual intradomiciliario —RRI—), la gestión de casos (pruebas de diagnóstico y tratamiento), la quimioterapia preventiva (tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo —TPIe—) y la quimioprevención de la malaria estacional (QME), así como las actividades de apoyo necesarias para poner en práctica y supervisar con eficacia estas intervenciones, entre las cuales se encuentran actividades vinculadas a la capacidad de gestión, la capacitación, el cambio social y de comportamiento y el monitoreo y evaluación. El análisis de deficiencias sigue un enfoque basado en pruebas para la planificación y la programación, con base en los objetivos y estrategias contemplados en el plan estratégico nacional contra la malaria (PEN).

## Definición

***Deficiencia programática:*** se define a partir de los servicios y productos necesarios para resolver la brecha entre la cobertura actual y los objetivos previstos para una determinada intervención contra la malaria. Los servicios abarcan las actividades tanto técnicas como de apoyo.

***Deficiencia financiera:*** representa la diferencia entre los recursos financieros disponibles (o recursos proyectados disponibles) y el total de los recursos necesarios para subsanar las deficiencias programáticas. Es necesario llevar a cabo un análisis exhaustivo de las deficiencias programáticas como base para la estimación de los recursos en el análisis de deficiencias financieras.

## Principios rectores

***Enfoque basado en pruebas:*** se necesitan datos e información precisos y detallados para garantizar un análisis creíble de las deficiencias. Las pruebas pertinentes comprenden:

1. Datos históricos y experiencias de la ejecución de programas anteriores.
2. Datos demográficos y epidemiológicos desglosados por grupo etario, y la ubicación geográfica (población por distrito, urbana y rural, etc.).
3. Información actualizada sobre el estado de ejecución de las intervenciones actuales.
4. Se necesita información sobre el panorama nacional de la financiación (tanto los fondos aportados como los prometidos) para poder hacer un análisis creíble de las deficiencias financieras a partir de un análisis programático.

***Armonización y adecuación***: el análisis de deficiencias se basa en el plan estratégico nacional. La coordinación, la armonización y el intercambio de información con los asociados facilitarán el consenso en torno a las deficiencias programáticas y financieras. El análisis de deficiencias programáticas es parte integrante del ciclo de planificación y ejecución de programas y no constituye un ejercicio independiente. Debería actualizarse regularmente cuando se disponga de nueva información.

***Equidad:*** al evaluar la cobertura de las intervenciones, es importante que en el programa nacional contra la malaria se identifique toda disparidad concerniente al género, la ubicación geográfica y grupos poblacionales o etarios específicos, con el objeto de garantizar que las estrategias de ejecución recomendadas sean exhaustivas y equitativas. Debería prestarse especial atención a las poblaciones altamente vulnerables y a los grupos de difícil llegada, como los refugiados y los desplazados internos (DI).

***Transparencia y rendición de cuentas:*** el intercambio de información transparente entre el programa contra la malaria y los asociados evitará la duplicación de esfuerzos, permitirá hacer un uso eficaz de los recursos y garantizará la mutua rendición de cuentas.

## Métodos para el análisis de las deficiencias programáticas relativas a la malaria

El Comité de Asociados para el Apoyo a los Países y Regiones de la Alianza RBM (CRSPC) recomienda que todos los países realicen un examen exhaustivo del desempeño programático, que servirá de base para desarrollar un Plan Estratégico Nacional basado en pruebas. Con miras a facilitar el análisis de las deficiencias, el Comité recomienda la elaboración de un plan de ejecución/de emprendimiento plurianual y un plan operacional anual (que guíe la labor diaria) a partir del Plan Estratégico Nacional. Los resultados de los procesos de estratificación y adaptación subnacionales deberían utilizarse para justificar la priorización de ciertas intervenciones y áreas geográficas, especialmente cuando los recursos no alcancen para cubrir todas las necesidades. Se recomienda llevar a cabo los siguientes pasos:

1. Identificar la necesidad programática.

* Utilice datos epidemiológicos sobre la malaria y datos demográficos del ámbito nacional que sean precisos; actualice la estratificación de la malaria y la población en riesgo (por grupo etario, sexo y distribución geográfica). Si el censo poblacional tiene una antigüedad mayor a 5 años, considere la posibilidad de añadir un colchón adicional del 10 %.
* Utilice los objetivos y las intervenciones establecidos en el plan estratégico nacional y, sobre la base de la mejor información epidemiológica disponible (incluida la estratificación subnacional), identifique las áreas geográficas y las poblaciones vulnerables que se beneficiarán de cada intervención y enfoque de ejecución.
* Elabore objetivos e indicadores SMART[[1]](#footnote-1) (el marco de desempeño del plan estratégico nacional debería ser la principal referencia).
* Elabore un plan de ejecución plurianual con objetivos anuales cuantificados.
* Describa los enfoques o estrategias de prestación de servicios para llevar a cabo las principales intervenciones.
* Cuantifique los productos necesarios para cada intervención. En este sentido, hay herramientas desarrolladas por los asociados de la RBM y guías del Comité de Asociados para el Apoyo a los Países y Regiones y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que pueden ser útiles para el ejercicio de cuantificación.
* Identifique las actividades detalladas que han de emprenderse y el plazo (actividades técnicas y de apoyo).

2. Identificar lo que está financiando en la actualidad. Evalúe los productos, las actividades y las intervenciones ya cubiertos con los sistemas y recursos existentes (esto incluye identificar todas las contribuciones de los asociados).

3. Identificar la deficiencia. Identifique los productos y las actividades (técnicas y de apoyo) que aún deben cubrirse.

4. Priorizar la asignación de los nuevos recursos a las intervenciones que tengan el mayor impacto y eficacia de costos. Este ejercicio de priorización debería tener en cuenta las recomendaciones más recientes de la OMS, el plan estratégico nacional, los resultados de los ejercicios de estratificación y adaptación subnacionales del país, y la experiencia del país en la ejecución.

**Tabla 1: Análisis de las deficiencias programáticas generales**

| **Intervención prioritaria** | **Información histórica** | | **A mediano plazo** | | | **Al final** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***-2 años*** | ***-1 año*** | ***Año 1*** | ***Año 2*** | ***Año 3*** | ***Año 4*** | ***Año 5*** |
| **A: Necesidades anuales del país (p. ej., mosquiteros tratados con insecticida, rociado residual intradomiciliario, pruebas de diagnóstico rápido, terapias combinadas con artemisinina, etc.)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **B: Alcance de la necesidad anual que ya está previsto satisfacer con el programa y los recursos existentes** |  |  |  |  |  |  |  |
| B1. Gobierno |  |  |  |  |  |  |  |
| B2. Recursos externos |  |  |  |  |  |  |  |
| B2.1. Fondo Mundial |  |  |  |  |  |  |  |
| B2.2. Otros asociados (indicar los nombres) |  |  |  |  |  |  |  |
| B2.3 3. Otros asociados (indicar los nombres) |  |  |  |  |  |  |  |
| Total B |  |  |  |  |  |  |  |
| **C: Deficiencia total prevista para alcanzar los objetivos (= A – B)** |  |  |  |  |  |  |  |

El análisis de las deficiencias debería llevarse a cabo respecto de todas las principales intervenciones y áreas de prestación de servicios identificadas en el plan estratégico nacional. Las cifras de la tabla de análisis de las deficiencias programáticas tienen que ver con el tamaño de los grupos poblacionales a los que se dirigen las intervenciones prioritarias, no con la necesidad financiera para las intervenciones. El análisis de las deficiencias financieras se realizará como una segunda etapa del proceso.

# Notas orientativas específicas para el análisis de deficiencias

## Análisis de deficiencias relativas a los mosquiteros tratados con insecticida

1. Indique la población total.
2. Defina la población destinataria. Para que la cobertura sea sostenible y de un nivel elevado, se necesitan campañas masivas periódicas y también una distribución continua de mosquiteros. Se debería priorizar la distribución rutinaria de mosquiteros tratados con insecticida a través de las clínicas prenatales o el programa ampliado de inmunización a fin de garantizar que las poblaciones biológicamente más vulnerables puedan gozar de un acceso sostenido a dichos mosquiteros.
3. Campañas masivas:

* Defina la población que vive en áreas afectadas por la malaria a la que se dirigirán las campañas. La población destinataria variará según la situación epidemiológica, las prioridades establecidas en el plan estratégico nacional y los destinatarios previstos. Señale los supuestos adoptados en la descripción explicativa (por ejemplo, entre los destinatarios no se encuentran las grandes áreas urbanas con una carga muy baja de la enfermedad pero sí las poblaciones de refugiados).
* De no utilizar la población proyectada a partir del censo, incluya detalles de los supuestos adoptados. Por ejemplo: “Se utiliza el registro de la anterior campaña con un ajuste del -2 % en atención al registro deficiente en algunas áreas; la cifra ajustada de la población de la campaña anterior se proyecta usando la tasa de crecimiento poblacional nacional del 3 %”.
* En la mayoría de los países, las campañas se llevan a cabo cada tres años. Los países que realizan campañas constantes o más frecuentes deberían reflejar la proporción de la población que se cubrirá cada año. En los casos en que se propongan campañas más frecuentes, incluya datos sobre la vida útil de los mosquiteros tratados con insecticida (datos de monitoreo de la durabilidad) para justificar el intervalo entre campañas.
* Las estimaciones de las necesidades de mosquiteros para las campañas se basan en 1 mosquitero para 2 personas en las áreas donde la malaria es endémica. Sobre la base de las experiencias que tuvieron lugar en diferentes partes de África y con el objeto de tener en cuenta a quienes viven en hogares con números impares de familiares, la OMS y la Alianza RBM recomiendan utilizar un cálculo de la población destinataria (A) dividida por 1,8 (A/1,8). Si los datos históricos revelan que debería emplearse un factor diferente, incluya una explicación de por qué se lo utiliza.
* En el caso de los países donde el censo tiene una antigüedad mayor a 5 años, considere la posibilidad de incluir un colchón adicional del 10 % o emplee datos de campañas anteriores a fin de justificar un colchón determinado. Recuerde incluir la fecha del censo y los supuestos subyacentes que haya.

1. Distribución continua:

* La OMS y la Alianza RBM recomiendan que los mosquiteros también se distribuyan a través de canales de distribución continua con vistas a mantener la cobertura entre campañas, lo cual incluye escuelas, centros de salud (distribuyéndolos en el contexto de la atención prenatal en la primera visita de las embarazadas y a los bebés lactantes a través del Programa Ampliado de Inmunización habitual, por lo general junto con la DPT3 o la vacunación contra el sarampión), las comunidades (por medio de trabajadores de salud comunitarios) y otros canales para garantizar el acceso a mosquiteros tratados con insecticida en grupos poblacionales específicos como los desplazados internos y refugiados.
* Para realizar una distribución a gran escala en escuelas (en vez de campañas masivas), la necesidad anual de mosquiteros tratados con insecticida puede cuantificarse utilizando entre un 15 % y un 22 % de la población (pueden consultarse recomendaciones más detalladas para países específicos [aquí](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fhtmlpreview.github.io%2F%3Fhttps%3A%2F%2Fgithub.com%2Fhkoenker%2FQuantification%2Fblob%2Fmaster%2Foutput%2FScenario_2_and_3_Quantifiers_Table_Full_Version.html&data=05%7C01%7Cmarcy.erskine%40ifrc.org%7C8b1a4c9662ba4fded1be08dab5be96a4%7Ca2b53be5734e4e6cab0dd184f60fd917%7C0%7C0%7C638022127419403366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=UvqxwM02aMpv%2BARAOd17gB1LXEBAo20iuogXn6boLj8%3D&reserved=0), en la parte referente al Escenario 2). Para la distribución en escuelas en el intervalo entre campañas, pueden consultarse recomendaciones para calcular la cantidad en el [mismo enlace de arriba](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fhtmlpreview.github.io%2F%3Fhttps%3A%2F%2Fgithub.com%2Fhkoenker%2FQuantification%2Fblob%2Fmaster%2Foutput%2FScenario_2_and_3_Quantifiers_Table_Full_Version.html&data=05%7C01%7Cmarcy.erskine%40ifrc.org%7C8b1a4c9662ba4fded1be08dab5be96a4%7Ca2b53be5734e4e6cab0dd184f60fd917%7C0%7C0%7C638022127419403366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=UvqxwM02aMpv%2BARAOd17gB1LXEBAo20iuogXn6boLj8%3D&reserved=0), en la parte referente al Escenario 3. A continuación, debería compararse la cantidad resultante de mosquiteros tratados con insecticida con la población que asiste a la escuela primaria y las cifras de estudiantes inscriptos en los distintos grados, utilizando los datos sobre inscripciones del Ministerio de Educación. Seleccione la cantidad de grados que mejor se ajuste a los números de mosquiteros tratados con insecticida que se distribuirán en las escuelas. Como las tasas de inscripción pueden variar a lo largo del país, es posible que en algunas regiones se necesiten más grados que en otras para hacer entrega de los mosquiteros. Si al momento del proceso de planificación aún no se dispone de información actualizada sobre la cantidad de inscriptos, pueden utilizarse los datos de las inscripciones del año anterior como estimación más cercana. En este caso, puede entregarse un pequeño colchón adicional (~2 %, o el valor que se calcule sobre la base de las fluctuaciones en las inscripciones de años anteriores) de mosquiteros tratados con insecticida a cada escuela a fin de garantizar que todos los alumnos de los grados destinatarios de la iniciativa reciban un mosquitero.

Nota: asegúrese de que todos los supuestos relativos a la distribución escolar se describan adecuadamente en la parte de la tabla del análisis de deficiencias correspondiente a los supuestos; esto incluye la elección de los grados, la frecuencia y el tipo de mosquiteros tratados con insecticida.

* Si el país utiliza otros canales (como la distribución comunitaria), la necesidad total anual de mosquiteros tratados con insecticida para distribuirlos de manera continua (a través de algún canal que no sea la atención prenatal o el Programa Ampliado de Inmunización) también puede cuantificarse utilizando entre un 15 % y un 22 % de la población (pueden consultarse recomendaciones más detalladas [aquí](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fhtmlpreview.github.io%2F%3Fhttps%3A%2F%2Fgithub.com%2Fhkoenker%2FQuantification%2Fblob%2Fmaster%2Foutput%2FScenario_2_and_3_Quantifiers_Table_Full_Version.html&data=05%7C01%7Cmarcy.erskine%40ifrc.org%7C8b1a4c9662ba4fded1be08dab5be96a4%7Ca2b53be5734e4e6cab0dd184f60fd917%7C0%7C0%7C638022127419403366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=UvqxwM02aMpv%2BARAOd17gB1LXEBAo20iuogXn6boLj8%3D&reserved=0), en la parte referente al Escenario 2). Para la distribución comunitaria en el intervalo entre campañas, pueden consultarse recomendaciones para calcular la cantidad en el [mismo enlace de arriba](https://eur02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fhtmlpreview.github.io%2F%3Fhttps%3A%2F%2Fgithub.com%2Fhkoenker%2FQuantification%2Fblob%2Fmaster%2Foutput%2FScenario_2_and_3_Quantifiers_Table_Full_Version.html&data=05%7C01%7Cmarcy.erskine%40ifrc.org%7C8b1a4c9662ba4fded1be08dab5be96a4%7Ca2b53be5734e4e6cab0dd184f60fd917%7C0%7C0%7C638022127419403366%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=UvqxwM02aMpv%2BARAOd17gB1LXEBAo20iuogXn6boLj8%3D&reserved=0), en la parte referente al Escenario 3. Si se van a usar canales escolares y comunitarios en el mismo lugar, calcule la cantidad una sola vez, es decir, multiplique la población por 22 % y divida los mosquiteros entre los canales.

Nota: asegúrese de que todos los supuestos relativos a la distribución comunitaria se describan adecuadamente en la parte de la tabla del análisis de deficiencias correspondiente a los supuestos; esto incluye la cuestión de quiénes serán responsables de la distribución, la frecuencia y el tipo de mosquiteros tratados con insecticida.

* Si se proponen canales específicos para dirigir las acciones a los desplazados internos y los refugiados, estos también deberían incluirse y cuantificarse en el análisis de deficiencias. El Comité CRSPC puede brindar orientación en este sentido si fuera necesario.
* Para calcular la cantidad de mosquiteros necesarios en la atención prenatal, multiplique la población que vive en áreas donde la malaria es endémica por el porcentaje de embarazadas en la población (este suele ser entre 4 % y 5 %, aproximadamente). Contemple en el cálculo la cobertura actual de la atención prenatal, con aumentos a lo largo del tiempo basados en las mejoras que se prevé lograr en el acceso a la atención médica, así como los aumentos poblacionales.
* Para calcular la cantidad de mosquiteros necesarios en el Programa Ampliado de Inmunización, multiplique la población que vive en áreas donde la malaria es endémica por el porcentaje de niños menores de 1 año (este suele ser aproximadamente el 4 %). Contemple en el cálculo la cobertura actual del Programa Ampliado de Inmunización, con aumentos a lo largo del tiempo basados en las mejoras que se prevé lograr en el acceso a la atención médica y los aumentos poblacionales. Si la iniciativa está dirigida a niños menores de 5 años a través de clínicas de salud infantil en vez de niños menores de 1 año a través del Programa Ampliado de Inmunización, realice las modificaciones que correspondan.
* Al sumar los mosquiteros tratados con insecticida que se necesitan para el Programa Ampliado de Inmunización y la atención prenatal y, cuando corresponda, para la distribución escolar, la distribución comunitaria o canales para llegar a los desplazados internos, refugiados, etc., se obtiene la cantidad total de mosquiteros que se prevé distribuir a través de los sistemas de distribución continua.

1. Cantidad total de mosquiteros necesarios. La cantidad total de mosquiteros tratados con insecticida que se necesitan se calcula sumando los mosquiteros de las campañas (por lo general, una vez cada tres años, a menos que el país haya adoptado un programa de campañas constantes) y los mosquiteros distribuidos en forma continua todos los años.
2. Calcule la cantidad de mosquiteros ya financiados. Los mosquiteros tratados con insecticida cuya necesidad se prevé satisfacer en el marco de otros programas (recursos nacionales, otros asociados distintos del Fondo Mundial) se suman a fin de reflejar lo que actualmente se financia o se prevé financiar.
3. La deficiencia anual prevista para la consecución de los objetivos se calcula tomando la cantidad de mosquiteros necesarios y restándole el número de mosquiteros financiados.
4. Indique la cantidad de mosquiteros que se financiarán a través de la donación del Fondo Mundial.
5. Con respecto al Fondo Mundial, considere la posibilidad de incluir toda deficiencia relativa a los mosquiteros tratados con insecticida en la solicitud priorizada por encima del monto asignado (PAAR). Asimismo, informe a los otros donantes las deficiencias relativas a estos mosquiteros.
6. Calcule la cantidad total de mosquiteros financiados.
7. Destaque la deficiencia pendiente.

**Tipos de mosquiteros tratados con insecticida**

**Mosquiteros con insecticida y BOP**: del total de mosquiteros tratados con insecticida, indique la cantidad de mosquiteros con BOP que se necesitan, basándose en datos sobre la resistencia a insecticidas y en la labor de adaptación subnacional. Señale el número de mosquiteros con BOP ya financiados y destaque la cantidad de mosquiteros de este tipo que ha de financiarse a través de la asignación del Fondo Mundial.

**Mosquiteros con doble ingrediente activo**: del total de mosquiteros tratados con insecticida, indique la cantidad de mosquiteros con doble ingrediente activo (IA) que se necesitan, basándose en datos sobre la resistencia a insecticidas y en la labor de adaptación subnacional. Señale el número de mosquiteros con doble ingrediente activo ya financiados y destaque la cantidad de mosquiteros de este tipo que ha de financiarse a través de la asignación del Fondo Mundial.

Indique las deficiencias pendientes que haya y considere la posibilidad de incluirlas en la solicitud priorizada por encima del monto asignado (PAAR). Aclare si las deficiencias corresponden al costo completo de los mosquiteros con BOP/doble ingrediente activo o a la diferencia de costo entre estos mosquiteros y los mosquiteros tratados solo con piretroides.

## Análisis de deficiencias relativas al rociado residual intradomiciliario

Defina el propósito del rociado residual intradomiciliario dentro de las metas del programa nacional contra la malaria:

* Reducir la transmisión en zonas donde la malaria es altamente endémica.
* Prevenir las epidemias en áreas de transmisión moderada y baja.
* Eliminar la malaria de los focos de la enfermedad.
* Abordar la resistencia a los insecticidas.

1. Indique la población total.
2. Defina la población destinataria del rociado residual intradomiciliario.
   * En función de la necesidad y los objetivos del programa, la estrategia de rociado residual intradomiciliario puede consistir en la cobertura universal de todos los distritos y poblaciones con riesgo de malaria o la cobertura específica y focalizada de unos pocos distritos o subdistritos. El tamaño de la población aumentará anualmente en función de los índices de crecimiento demográfico.

* Defina la cantidad de hogares presentes en las áreas donde se llevará a cabo el rociado residual intradomiciliario. Las viviendas tradicionales y urbanas varían en cuanto al tamaño, las superficies y el tipo de insecticida apropiado que debe emplearse.
* Cuantifique la superficie rociable media (m2) de las estructuras y el número de estructuras presentes en las áreas destinatarias.
* Defina la cantidad de ciclos de rociado residual intradomiciliario por año. El supuesto adoptado depende de la transmisión de la malaria y la duración de la acción eficaz del insecticida. En zonas de transmisión estacional de la malaria, basta con una ronda de rociado, pero en las áreas con estaciones de transmisión de más de 8 meses o dos picos estacionales, puede que sea necesario realizar más de una.
* Una vez que se han determinado los distritos y poblaciones destinatarios que se protegerán, las estructuras que se rociarán y los ciclos por año, se dispone de guías y herramientas para calcular los recursos humanos y financieros necesarios para los insecticidas, el equipamiento, el personal, los costos de operación, la gestión de residuos, el monitoreo y evaluación, etc. Consulte el manual de operaciones de la OMS sobre rociado residual intradomiciliario (https://www.who.int/publications/i/item/9789241508940).
* Cuantifique los productos químicos de rociado residual intradomiciliario necesarios para cada año del plan de ejecución. Esto se calcula en función del total de hogares y la superficie total rociable. También depende del tipo de insecticida utilizado y la concentración de la dosificación de ingredientes activos necesaria por metro cuadrado y el número de bolsas o botellas que se necesita por hogar. Lea las directrices de los fabricantes de los insecticidas y las etiquetas de los productos para obtener orientación más específica. Los costos deberían incluir el transporte, el almacenamiento y la disposición final.
* Cuantifique los pulverizadores de compresión manual para rociado residual intradomiciliario y los kits de reparación que se necesitan para cada año del plan de ejecución. Esto se calcula en función del inventario disponible de pulverizadores que funcionan y de los que deben repararse y el número previsto de cuadrillas de rociado que intervendrán. Los fabricantes ofrecen kits de repuestos estándar para 4, 6, 8 o 10 cuadrillas de operaciones de rociado residual intradomiciliario.
* Cuantifique los conjuntos de equipos de protección personal para rociado residual intradomiciliario que se necesitan para cada año del plan de ejecución. Esto se calcula en función del inventario disponible de conjuntos de protección por operario de rociado y el número previsto de operarios que intervendrán.
* Cuantifique los costos de operación y administrativos de la campaña anual de rociado. Esto incluirá todos los costos de personal, como los salarios de los operarios de rociado y los viáticos de los supervisores, el transporte (compra/alquiler de vehículos, mantenimiento y combustible), así como los gastos de alquiler, seguridad y renovación de almacenes, áreas de preparación y áreas de lavado y los requisitos de gestión de residuos relacionados.
* Cuantifique los costos anuales de supervisión y capacitación en cascada. Esto se basa en un ciclo nacional de capacitación anual para la formación de capacitadores, un ciclo provincial de capacitación de supervisores y los ciclos distritales de capacitación de operarios de rociado residual intradomiciliario. La supervisión abarca la supervisión mensual de todas las cuadrillas de rociado por parte de los supervisores distritales y la visita de los supervisores provinciales y nacionales a todos los distritos al menos una vez durante el ciclo de rociado. Esto incluirá los viajes y viáticos de los facilitadores y supervisores, materiales, alimentos, alquiler de instalaciones, etc.
* La movilización comunitaria comprende los recursos humanos y financieros necesarios para las reuniones comunitarias preparatorias, las campañas de información y los movilizadores comunitarios puerta a puerta para acompañar a las cuadrillas de rociado en la preparación de las casas.
* Costos de monitoreo y presentación de informes en relación con el rociado residual intradomiciliario. Elaboración de informes diarios, mensuales y anuales sobre el rociado en las casas rociadas, la población cubierta, los insecticidas utilizados y en inventario, los pulverizadores en inventario y los que deben repararse, los equipos de protección en inventario, el transporte utilizado, el financiamiento asignado y utilizado, etc. Aseguramiento de la calidad del rociado (monitoreo de la durabilidad, etc.) en los diversos sitios rociados durante la campaña y después de ella. En cuanto a los lugares de vigilancia centinela de vectores, debería haber uno por cada millón de habitantes como mínimo, y deberían estar ubicados representativamente en diferentes áreas ecoepidemiológicas de transmisión. Deberían realizarse bioensayos anuales después de cada ciclo de rociado, así como pruebas anuales de la susceptibilidad a los insecticidas antes de cada ciclo.

1. Determine qué financiación y ayuda se comprometerá a través de recursos nacionales y asociados y cuál es la deficiencia restante. Evalúe los productos, la logística, los recursos humanos y las actividades ya cubiertos con los sistemas y recursos nacionales existentes. Evalúe qué se encuentra disponible para la prestación de servicios de rociado residual intradomiciliario en el programa nacional y el sistema sanitario. Reúnase con los asociados y las partes interesadas a fin de determinar en qué medida tienen previsto contribuir a la ejecución de las actividades de rociado residual intradomiciliario en particular.
2. Estime las deficiencias anuales previstas que aún deben solventarse en relación con los productos, la logística, los recursos humanos y las actividades.
3. Especifique qué se financiará a través de la asignación para la malaria del Fondo Mundial y considere la posibilidad de incluir las deficiencias pendientes en la solicitud priorizada por encima del monto asignado del Fondo Mundial.
4. Señale qué insecticida se está empleando e indique si se lo modificará durante el ciclo de financiación y, en tal caso, cuál se utilizará en su lugar.

## Análisis de deficiencias relativas al diagnóstico y tratamiento de la malaria

Las necesidades definidas respecto de las terapias combinadas con artemisinina (TCA) y las pruebas de diagnóstico de la malaria (diagnóstico por microscopía y pruebas de diagnóstico rápido —PDR—) están influenciadas por la situación epidemiológica de la enfermedad y la cobertura del sistema sanitario. Es fundamental que se trabaje con los supuestos científicos y racionales basados en pruebas más actualizados. Tenga en cuenta que quizá no todos los supuestos de la tabla sean aplicables a su situación local, y desestime los supuestos que no sean pertinentes para su contexto nacional. De igual modo, asegúrese de incluir otros supuestos que tal vez no figuren en la tabla, pero que usted considere pertinentes para su contexto. Debe justificar todos los supuestos adoptados.

En lo que respecta a la gestión comunitaria de casos, asegúrese de que las hojas de análisis de deficiencias relativas a productos específicos y no específicos para la malaria resulten complementarias.

## Tratamiento

1. A fin de estimar la necesidad proyectada de terapias combinadas con artemisinina por año, preferentemente deberían emplearse datos sobre el consumo de dichas terapias si se dispone de ellos, pero también pueden utilizarse estimaciones epidemiológicas, o una combinación de ambos. Debería estimarse y desglosarse por sector la contribución proporcional al acceso (acceso a la prestación de servicios por sector) de cada sector: público, gestión comunitaria de casos y sector privado. Esta proporción por sector puede cambiar a lo largo del tiempo, por ejemplo, si se producen modificaciones en la búsqueda de tratamiento en el sector público o privado.
2. La proporción de casos de malaria que han de tratarse con terapias combinadas con artemisinina debería ajustarse a los objetivos del Plan Estratégico Nacional, y esto debería incluir los diferentes objetivos de cobertura para cada sector (por ejemplo, objetivo del 100 % de los casos de malaria para los centros de salud pública, 100 % para la gestión comunitaria integrada de casos y 15 % para el sector privado). No incluya los casos de malaria que no están teniendo acceso a la asistencia médica y a los que no se llega; por ejemplo, si no cuenta con un programa que tenga como destinatario al sector privado informal, no los incluya en su objetivo.
3. Multiplique el número de terapias combinadas con artemisinina que necesita cada sector por la proporción de casos de malaria en cada uno de ellos.
4. Estime el total de terapias combinadas con artemisinina financiadas —por cada sector— con recursos nacionales y externos; reste el número de terapias combinadas con artemisinina financiadas de la cantidad necesaria a fin de calcular la deficiencia por sector. Destaque la cantidad de terapias combinadas con artemisinina que han de financiarse con la asignación del Fondo Mundial. Señale las deficiencias pendientes que haya y considere la posibilidad de financiarlas a través de la solicitud priorizada por encima del monto asignado del Fondo Mundial.
5. Desglose el número necesario de terapias combinadas con artemisinina por grupo etario conforme a los requisitos de empaquetado. La deficiencia de terapias combinadas con artemisinina al final de la hoja de trabajo representa la cantidad total de TRATAMIENTOS DE MALARIA. A fin de determinar la deficiencia financiera, tendría que asignar esta necesidad total a los tratamientos correspondientes a cada grupo etario. Por ejemplo, si la terapia combinada con artemisinina que se utiliza en el país Y consiste en arteméter y lumefantrina, el tratamiento total calculado debería subdividirse de acuerdo con los cuatro tamaños de paquetes de tratamiento para los diferentes grupos etarios. Para hacer esta división, debería utilizarse el perfil poblacional del país y la proporción de casos en cada grupo etario. Posteriormente, se determina la deficiencia financiera aplicando los precios específicos de los respectivos paquetes a las necesidades.
6. En los casos de países que aplican más de una terapia combinada con artemisinina, realice el desglose en la tabla del análisis de deficiencias. Esto debería basarse en los objetivos establecidos en el plan estratégico nacional, así como en la estratificación y la adaptación subnacionales, y puede tener como destinatarios a grupos etarios (p. ej. los niños menores de cinco años) o áreas geográficas específicos.

## Malaria grave

1. Para calcular el total de casos de malaria grave, utilice la cantidad estimada de casos de malaria del análisis de deficiencias relativas a las terapias combinadas con artemisinina. Utilice datos del ámbito local para definir la proporción de casos de malaria no complicados que se estima que se volverán graves. Este valor debería ser inferior al 5 %. Indique el % de casos de malaria grave a los que se apuntará en el Plan Estratégico Nacional.
2. Multiplique la cantidad total de casos graves por el objetivo de cobertura establecido en el Plan Estratégico Nacional.
3. Indique la proporción de casos de malaria grave gestionados (tratamiento antes de la derivación, p. ej. artesunato rectal) a través de la gestión comunitaria de casos y/o a nivel de atención primaria de la salud. Multiplique la proporción de casos de malaria grave gestionados (tratamiento antes de la derivación, p. ej. artesunato rectal) a través de la gestión comunitaria de casos y/o a nivel de atención primaria de la salud por la cantidad total de casos graves.
4. Indique la proporción de casos de malaria grave gestionados a nivel de centros de salud. Multiplique la proporción de casos de malaria grave gestionados a nivel de centros de salud por la cantidad total de casos de malaria grave.
5. Incluya lo que ya se encuentra financiado con recursos nacionales y externos, y asigne las deficiencias a la asignación del Fondo Mundial.

## Pruebas de diagnóstico

1. Indique la cantidad de casos sospechosos de malaria por año basándose en las estimaciones epidemiológicas y los datos sobre consumo, y extrapole dicho valor para atender a los incrementos demográficos. Calcule el número total de pruebas de diagnóstico rápido y portaobjetos de microscopio necesarios por año.
2. Indique los objetivos nacionales de cobertura de diagnósticos sobre la base de los objetivos establecidos en el Plan Estratégico Nacional. Asegúrese de reflejar los diferentes niveles de cobertura de diagnósticos por sector, por ejemplo, señalando el porcentaje de acceso a la asistencia médica a través de centros de salud pública, a nivel comunitario y por medio del sector privado. Posteriormente, debe incorporarse la cobertura de diagnósticos a nivel público, privado y comunitario.
3. El número de pruebas de diagnóstico rápido y portaobjetos de microscopio se calcula considerando la necesidad total, los objetivos nacionales y las reducciones resultantes del control de vectores, y la proporción relativa cubierta con diagnósticos por microscopía o pruebas de diagnóstico rápido.
4. Calcule el número de pruebas de diagnóstico rápido/portaobjetos de microscopio ya financiados o disponibles durante el período proyectado por sector.
5. Reste el número de pruebas de diagnóstico rápido/portaobjetos de microscopio financiados de la cantidad total necesaria a fin de calcular la deficiencia por sector.

## Trabajadores de salud comunitarios y productos no específicos para la malaria en la gestión comunitaria integrada de casos

En el documento de análisis de deficiencias se incluyen las tablas sobre trabajadores de salud comunitarios del Fondo Mundial. Consulte la nota informativa del Fondo Mundial sobre sistemas de salud resilientes y sostenibles para ver instrucciones al respecto. <https://www.theglobalfund.org/media/4759/core_resilientsustainablesystemsforhealth_infonote_en.pdf>

## Notas orientativas específicas para la quimioterapia preventiva

## Quimioprofilaxis contra la malaria estacional (QME)

En las áreas de transmisión estacional de la malaria, los niños pertenecientes a grupos etarios con un alto riesgo de padecer malaria grave deberían recibir medicamentos antimaláricos durante las estaciones en las que se producen los picos de transmisión de la malaria a fin de reducir la carga de la enfermedad. Los criterios para recibir quimioprevención de la malaria estacional (QME) están definidos por la estacionalidad de la transmisión de la enfermedad y los grupos etarios que corren riesgo de padecer malaria grave. Los umbrales para evaluar estos criterios varían según el momento y el lugar. Los programas contra la malaria deberían evaluar la idoneidad de la quimioprevención de la malaria estacional basándose en la situación epidemiológica local de la malaria y el financiamiento disponible. Las intervenciones dirigidas estacionalmente probablemente aporten mayor valor en los lugares en los que la transmisión es altamente estacional. La aplicación de ciclos mensuales de sulfadoxina/pirimetamina más amodiaquina (SP+AQ) ha sido ampliamente utilizada para la quimioprevención de la malaria estacional en niños africanos menores de 5 años y ha demostrado ser eficaz, segura, bien tolerada, fácil de conseguir y económica.

**Grupo etario:** la mayoría de los estudios de investigación han evaluado la quimioprevención de la malaria estacional en niños de entre 3 y 59 meses. También se ha demostrado que la quimioprevención de la malaria estacional reduce la incidencia de la malaria clínica en los niños menores de 10 años. El grupo etario destinatario de la quimioprevención de la malaria estacional debería estar determinado por el perfil etario de las personas internadas por casos de malaria grave en el ámbito local. La eficacia de costos de la quimioprevención de la malaria estacional se vuelve menos conveniente cuando los programas se extienden a grupos etarios con menor riesgo de desarrollar una forma grave de la enfermedad y zonas con niveles más bajos de transmisión de la malaria.

**Dosificación:** los niños de grupos etarios que corren mayor riesgo de desarrollar malaria grave deberían recibir un tratamiento completo con medicamentos antimaláricos, en sus respectivas dosis recomendadas, a modo de quimioprevención de la malaria estacional. Siempre que sea posible, la dosificación de los medicamentos debería estar determinada por el peso del niño, y no debería basarse solo en la edad salvo en situaciones en las que se desconozca su peso.

**Frecuencia:** la cantidad de ciclos debería estar determinada por la duración de la estación de alta transmisión, en función de la situación epidemiológica local de la malaria, y por la duración de la eficacia preventiva de la combinación de medicamentos escogida. La quimioprevención de la malaria estacional debería emplearse para proteger a los niños durante toda la estación de alta transmisión. Las pruebas disponibles en la actualidad apoyan la administración mensual de quimioprevención de la malaria estacional durante 3 a 4 ciclos en los contextos donde la transmisión es más limitada en el tiempo, mientras que en los lugares con estaciones de transmisión más prolongadas se han evaluado hasta seis ciclos.

**Ejecución:** la quimioprevención de la malaria estacional puede llevarse a cabo puerta a puerta o en un punto fijo.

La cuantificación adecuada de los insumos es un factor determinante para la ejecución exitosa de las iniciativas de quimioprevención de la malaria estacional. Para estimar la cantidad de medicamentos se debe tener una aproximación bastante cercana del número de niños destinatarios. Si no se dispone de estas estimaciones, pero se conoce el porcentaje de niños de este grupo etario en la población, es posible estimar la cantidad de medicamentos para la quimioprevención de la malaria estacional. Pueden obtenerse datos poblacionales en el último censo nacional o encuesta demográfica y de salud o en la oficina nacional de estadísticas.

El número de comprimidos es el producto de la cantidad prevista de niños en la/s área/s destinataria/s y la cantidad de dosis administradas durante la estación de transmisión.

Para el análisis de deficiencias, destaque la cantidad de niños a los que se pretende llegar (señalando los grupos etarios destinatarios), el número de ciclos de quimioprevención de la malaria estacional y, luego, la cantidad financiada (con recursos nacionales y externos), la necesidad a solventar con las asignaciones del Fondo Mundial y toda deficiencia pendiente que haya. Considere la posibilidad de cubrir las deficiencias pendientes que haya a través de la solicitud priorizada por encima del monto asignado del Fondo Mundial.

## Tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo (TPIe)

En las áreas donde la malaria es endémica, las mujeres embarazadas (independientemente de la cantidad de embarazos previos) deberían recibir medicación antimalárica a intervalos predeterminados para reducir la carga de la enfermedad en el embarazo y los resultados adversos del embarazo y el nacimiento. La sulfadoxina-pirimetamina (SP) ha sido ampliamente utilizada para la quimioprevención de la malaria durante el embarazo y sigue siendo eficaz para mejorar resultados del embarazo fundamentales. El tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo con sulfadoxina-pirimetamina debería comenzar tan pronto como sea posible en el segundo trimestre y no antes de la 13.ª semana de embarazo. Las dosis deberían espaciarse como mínimo un mes, con el objeto de garantizar que se reciban al menos tres dosis. Los contactos durante la atención prenatal siguen siendo una importante plataforma para llevar a cabo las iniciativas de tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo. Si hay inequidades en los servicios y el alcance de la atención prenatal, pueden considerarse otros métodos para su puesta en práctica (p. ej. recurrir a trabajadores de salud comunitarios), para así garantizar que las mujeres sigan concurriendo a los lugares de atención prenatal y que se aborden las inequidades subyacentes en la prestación de este tipo de atención.

Para el análisis de deficiencias relativas al tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, destaque la cantidad de mujeres embarazadas a las que se pretende llegar (por medio de la atención prenatal y, cuando corresponda, a través de los trabajadores de salud comunitarios). Tenga en cuenta en el cálculo los aumentos en la cobertura de la población. Indique, asimismo, la cobertura de la atención prenatal, y tenga en cuenta en el cálculo los aumentos de dicha cobertura que se prevean. Del objetivo, señale qué se encuentra financiado con recursos nacionales y externos, la necesidad que debe solventarse con las asignaciones del Fondo Mundial y toda deficiencia pendiente que haya. Considere la posibilidad de cubrir las deficiencias pendientes a través de la solicitud priorizada por encima del monto asignado del Fondo Mundial.

## Notas orientativas específicas para el análisis de las deficiencias relativas al monitoreo y evaluación, la gestión de programas, y la labor de promoción y la comunicación para el cambio de comportamiento

1. Las listas que figuran en las respectivas hojas de trabajo sobre monitoreo y evaluación, gestión de programas, y labor de promoción y cambio social y de comportamiento son todas de carácter enunciativo. No pretenden ser exhaustivas, ya que estos mecanismos de apoyo varían considerablemente entre los distintos países y dentro de ellos.
2. Asegúrese de reflejar las actividades específicas contempladas en su Plan Estratégico Nacional. Asegúrese de que se utilicen enfoques basados en pruebas para el cambio social y de comportamiento. Dependiendo de la situación local, considere la posibilidad de emplear una combinación de mecanismos de monitoreo y evaluación; esto incluye los datos rutinarios obtenidos por medio de los sistemas de información para la gestión sanitaria, los sistemas de información para la gestión logística, etc., además de sondeos como los de la Encuesta de Indicadores de Malaria (MIS). Incluya también las actividades esenciales, como el monitoreo de la resistencia a los insecticidas y de la resistencia a los medicamentos y el monitoreo de la durabilidad de los mosquiteros tratados con insecticida.
3. Determine el costo medio por unidad que supone llevar a cabo completamente cada una de las actividades y utilícelo para obtener el costo total por actividad por año.
4. Dado que los costos de la mayoría de estas actividades son específicos de cada país, se debe justificar el costo de estas actividades de apoyo en el análisis de las deficiencias financieras.

# Método para realizar el análisis de deficiencias financieras relativas a la malaria

El análisis de las deficiencias financieras debería basarse en las necesidades identificadas en el análisis de las deficiencias programáticas de cada intervención.

* Cuantifique el costo de los productos necesarios para cada intervención[[2]](#footnote-2).
* Resuma el costo de los productos ya cubiertos con los recursos existentes.

*Se tomará en cuenta la información de la financiación nacional y también de los asociados internacionales.*

* Identifique el costo de los productos que aún deben cubrirse.
* Cuantifique el costo de las actividades detalladas que han de emprenderse y el plazo (actividades técnicas y de apoyo).
* Evalúe el costo de las actividades ya cubiertas con los recursos existentes.
* Identifique el costo de las actividades que aún deben cubrirse.

*Se tomará en cuenta la información de la financiación nacional y también de los asociados internacionales. En el costo unitario de los productos y actividades, siempre se tomarán en cuenta los estándares internacionales y los costos de operación locales.*

**Tabla 2: Resumen del análisis de deficiencias presupuestarias**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2023** | **2024** | **2025** | **2026** |
| Necesidad total (US$) |  |  |  |  |
| Recursos nacionales |  |  |  |  |
| Recursos externos (indicar el nombre) |  |  |  |  |
| Recursos externos (indicar el nombre) |  |  |  |  |
| Deficiencia financiera | 0 | 0 | 0 | 0 |

1. La sigla en inglés SMART alude a: específicos (*Specific*), medibles (*Measurable*), alcanzables (*Achievable*), relevantes (*Relevant*) y sujetos a un límite de tiempo (*Time-bound*). [↑](#footnote-ref-1)
2. Para obtener información sobre el abastecimiento del Fondo Mundial, véase: Terapias combinadas con artemisinina: <http://www.theglobalfund.org/en/sourcing/acts/>

   Mosquiteros tratados con insecticida: [http://www.theglobalfund.org/en/sourcing/ITNs/](http://www.theglobalfund.org/en/sourcing/llins/) [↑](#footnote-ref-2)