

## DOCUMENTO DE OPERACIÓN DE INVERSIÓN NO REEMBOLSABLE

### I. Información Básica del IGR

▪País/Región:	Panamá / CID
▪Nombre del IGR:	Panamá - Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en Mesoamérica y República Dominicana.
▪Número del IGR:	PN-G1007
▪Jefe de Equipo / Miembros	Emmanuelle Sánchez-Monin, Jefe de Equipo (SPH/CPN); Alfredo Ortega, consultor (SPH/CPN); Alejandro De Sárraga, Álvaro Ronaldo González Mármol, Mauricio Dinarte, Mauricio Pérez Calvo, y Edison Soto (UC/IREM); Diego Ríos Zertuche e Isabel Delfs (SCL/SPH); David Ochoa y Ezequiel Cambiasso (FMP/CPN); y Esteban de Dobrzynski (LEG/SGO)
▪Beneficiario:	República de Panamá
▪Agencia Ejecutora:	Ministerio de Salud (MINSa) a través de la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF)
▪Donantes que proveerán financiamiento:	Facilidad de Financiamiento Combinado para la Eliminación de la Malaria (Fondo FEM)
▪Financiamiento Solicitado del BID:	US\$2.849.989
▪ Tramo de inversión (TI)	▪ US\$1.781.243 (21,74%)
▪ Tramo de desempeño (TD)	▪ US\$1.068.746 (13,04%)
▪Contrapartida Local:	US\$5.343.730 (65,22%)
▪Total	US\$8.193.719
▪Período de Desembolso:	51 meses
▪Fecha de Inicio requerido:	01 de mayo de 2019
▪Unidad de Preparación:	División de Protección Social y Salud (SCL/SPH)
▪Unidad Responsable de Desembolso:	Representación del Banco en Panamá (CID/CPN)
▪IGR incluido en la Estrategia de País:	Sí
▪Alineación a la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020:	Inclusión social e igualdad; Igualdad de género y diversidad.

### II. Objetivos y Justificación del IGR

- II.1 Carga epidemiológica de Malaria.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2016 a nivel mundial se registraron 216 millones de casos de malaria (o paludismo), una enfermedad febril aguda, propagada por los mosquitos hembra del género *Anopheles* (vectores de la enfermedad) infectados por distintos tipos del parásito *Plasmodium* (*P.*). Esta enfermedad es incapacitante, potencialmente mortal, pero prevenible y curable. Algunas poblaciones, como las poblaciones itinerantes, corren un riesgo más elevado que otras de contraer la enfermedad y de presentar manifestaciones graves: los niños menores de cinco años, las embarazadas y los pacientes con VIH/SIDA, entre otros. Los primeros síntomas pueden ser leves, especialmente en las zonas donde el paludismo es endémico; las personas pueden adquirir en estas zonas una inmunidad parcial producto de repetidas infecciones asintomáticas o leves. Si no se trata con rapidez, el paludismo por *P. falciparum* puede agravarse, e incluso llevar a la muerte. La parasitemia por *P. vivax*, si bien es menos letal, puede ser más compleja de eliminar: su presentación es menos sintomática, por lo que la búsqueda de atención es menor; ello conlleva a bajas coberturas de

tratamiento, en consecuencia, el parásito puede mantenerse en su forma durmiente en las personas, llevando a recaídas y persistencia de la transmisión. Lo anterior implica que para lograr la eliminación es necesario promover la búsqueda de atención e intensificar la detección, el tratamiento oportuno y el seguimiento de los pacientes para que completen el tratamiento<sup>1</sup>.

II.2 En el año 2016, la incidencia de la malaria se concentró en África (90%). En las demás regiones del mundo, la afectación fue: sureste de Asia (7%); este del Mediterráneo (2%); mientras que en la región Pacífica Occidental y la región de las Américas se reportó en conjunto el 1% de los casos. En ese mismo año se reportaron 445.000 muertes, el 91% de las cuales ocurrió en África. Aunque en Sudamérica tanto el número de casos como de muertes se ha reducido en casi todos los países, en los últimos dos años el número total de casos aumentó, debido al incremento reportado en Venezuela y Colombia<sup>2</sup>. En Mesoamérica, donde predomina la transmisión por *P. vivax*, el número de casos y muertes ha mantenido una marcada tendencia al descenso, excepto en Nicaragua, Guatemala y Honduras en los últimos años. En esta subregión, tres países (Belice, Costa Rica y El Salvador) se encuentran cerca de la eliminación<sup>3 4</sup>.

II.3 **La Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria IREM.** En el marco de los esfuerzos de eliminación de la malaria que la región de Mesoamérica ha realizado en los últimos años, los países de Centro América, Colombia y República Dominicana<sup>5</sup>; junto al Banco Interamericano de Desarrollo, han acordado desarrollar la Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana (IREM), la cual tiene por finalidad la eliminación de la transmisión autóctona de malaria en la región<sup>6</sup> para el año 2020. Los elementos centrales de la IREM son el abordaje regional, la mejora de la calidad, el fomento de una cultura de aprendizaje y la asistencia técnica estratégica y operacional enfocada en la eliminación de la malaria. La IREM ha trazado un marco de actuación hasta el 2022 para consolidar los logros y las condiciones necesarias para evitar la reintroducción de la malaria en la región. En este contexto, la implementación de la IREM es apoyada a través de un fondo fiduciario de múltiples donantes administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo<sup>7</sup> denominado “Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria (Fondo FEM)”-Documento GN-2901-1. Los cooperantes y patrocinadores de esta Iniciativa son la “*Bill & Melinda Gates Foundation*”, “*The Global*

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) 2015. [Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016–2030](#).

<sup>2</sup> OMS. [Informe Mundial sobre el Paludismo - 2017](#).

<sup>3</sup> La eliminación se refiere a la ausencia de casos autóctonos en un área o región específica. Caso autóctono de malaria es: “un caso contraído localmente, sin indicios de ser importado (contraído fuera de la zona en la que se diagnostica), ni relación directa de transmisión a partir de un caso importado” ([Terminología del paludismo, OMS, 2017](#)).

<sup>4</sup> Ibid nota 2.

<sup>5</sup> México es elegible para participar en la iniciativa, y las autoridades del BID planean una reunión con la nueva administración para presentar la iniciativa y la posibilidad que México participe.

<sup>6</sup> Los 10 países socios de la IREM son: Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y la República Dominicana; más las regiones fronterizas con Mesoamérica de México y Colombia.

<sup>7</sup> El COMISCA expresa en su [Reunión XLVI](#), realizada en San José, Costa Rica (21-22 de junio de 2017) en los numerales 13 y 14, su interés en IREM y su petición de un mecanismo único para eliminación de malaria en sus países miembros. En su [Reunión XLVII](#), realizada en Panamá (5 de diciembre de 2017), en los numerales 14, 15 y 16, dan por aprobados los avances de IREM, instando a que se articule y complemente la asistencia técnica y financiera a sus países miembros, y solicitando a BID informar sobre la incorporación de Colombia y México a esta Iniciativa.

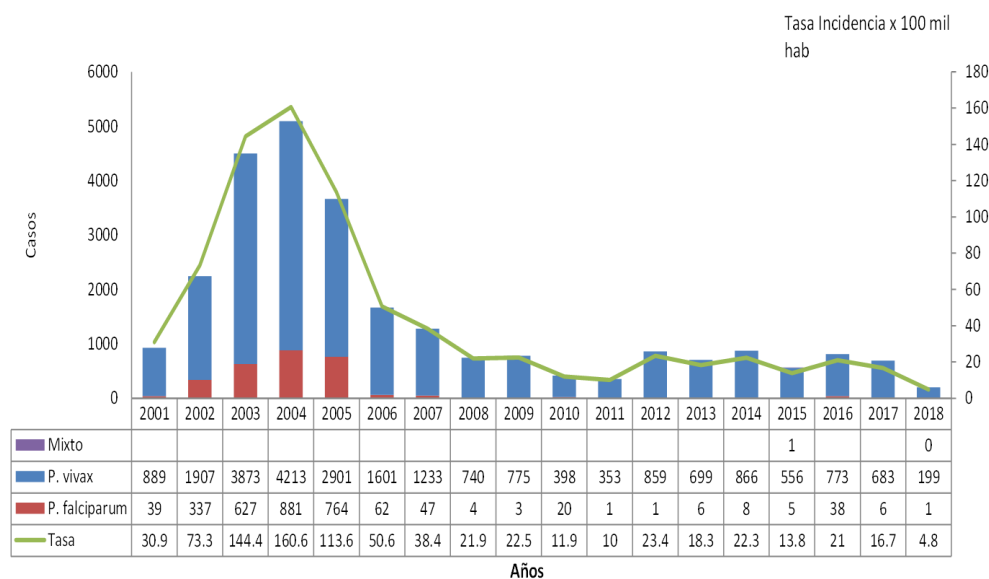
*Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*” y la Fundación Carlos Slim. El Banco, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana (SE-COMISCA), incluyendo el Mecanismo de Coordinación Regional, la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Desarrollo e Integración de Mesoamérica (PM) y la Clinton Health Access Initiative (CHAI), integran el Comité Estratégico y Operacional que proporciona asistencia técnica y operativa a los países. De igual manera, el COMISCA y PM, facilita el seguimiento de las operaciones y de los resultados desde el nivel regional.

- II.4 Los proyectos desarrollados en el marco de la IREM son apoyados a través de un modelo de financiamiento basado en resultados que combina tres tipos de recursos: (i) un tramo de inversión financiado con recursos nuevos provenientes del Fondo FEM; (ii) recursos de aporte local, a ser provistos por el país beneficiario de que se trate; y (iii) un tramo de desempeño, también financiado con recursos del Fondo FEM condicionado al logro de metas establecidas. El tramo de inversión cubre un 25% del proyecto de inversión de que se trate, mientras que el 75% restante es financiado con recursos del aporte local, la cual podrá provenir de préstamos del Banco, nuevos o existentes y/o de otros presupuestos nacionales. Para el caso que el país alcance las metas establecidas en los indicadores acordados para cada uno de los dos momentos de medición, podrá percibir una parte o todo el tramo de desempeño, que corresponde al 20% de los fondos nacionales inicialmente invertidos por el país. El tramo de desempeño es de libre disposición para el sector salud. El anexo VIII presenta la [Teoría de Cambio](#) de eliminación de la malaria y de la Facilidad como iniciativa regional.
- II.5 **Teoría de cambio para la eliminación de la malaria.** Tradicionalmente, el abordaje antimalárico se ha centrado primordialmente en el control de vectores. Se ha logrado disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad, lo cual se ve reflejado en la reducción de brotes, pero sin lograr su eliminación. Por esta razón, el énfasis para lograr la eliminación debe centrarse no en destruir al vector (el mosquito), sino en eliminar los parásitos en el huésped humano (tratar eficazmente las parasitemias), considerando además que las poblaciones de insectos no son estables en su distribución a lo largo del tiempo, que responden a cambios climáticos y del ambiente en general provocados por la acción humana, y que cumplen funciones en los ecosistemas. El control del vector anofelino adulto, entonces, es únicamente una medida complementaria a las centradas en la población, y en las áreas específicas donde existe transmisión, es decir, los focos palúdicos, donde es necesario reducir el contacto del humano con el vector, debido a la probabilidad de que este último se encuentre infectado con el parásito.
- II.6 Por lo anterior, y siguiendo los lineamientos de la [Estrategia Técnica Mundial Contra la Malaria 2016-2030 de la OMS y de la OPS](#), las operaciones de la IREM propician la intensificación de intervenciones para la interrupción de la transmisión del parásito de humano a humano, mediante la implementación de la estrategia de intervención de “Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta” (DTI-R) en áreas endémicas, utilizando el abordaje de identificación y caracterización de focos. Lo anterior se refiere a: (i) la detección temprana y tratamiento oportuno y completo de pacientes con malaria; (ii) la investigación epidemiológica, incluida la entomológica, alrededor de los casos identificados; y (iii) la respuesta – ajustada en función de dicha investigación, en cada foco de transmisión. Este abordaje se complementa con actividades de control de vectores focalizadas en áreas endémicas, como parte del conjunto de medidas de respuesta en los focos de alta transmisión. El abordaje de

focos maláricos consiste en la micro-estratificación del territorio (identificar y comprender el comportamiento y la dinámica de la transmisión de la malaria en cada foco específicamente – lugar y tipo de contagio, movilidad de la población, etc.), partiendo de la detección proactiva sistemática de casos sospechosos de malaria y en la organización de micro-redes de DTI-R, donde la respuesta incluye la búsqueda de casos en torno a cada caso identificado y acciones complementarias antivectoriales de contención de la transmisión<sup>8</sup>.

- II.7 Situación de la Malaria en Panamá.** La malaria ha tenido una baja incidencia por varias décadas en el país. A partir de 1999 se produjo una reemergencia que alcanzó un total de 5.094 casos en el año 2004. Desde 2005 hasta 2011 hubo una tendencia a la disminución de los casos y desde 2008 no se han registrado defunciones por esta causa. Sin embargo, en 2012 se incrementó la incidencia (844 casos), alcanzando más del doble de los casos reportados en 2011 (353 casos). El número de casos anuales se ha mantenido entre 556 y 773 desde entonces (ver Gráfica 2.1). Más del 90% de los casos se registraron en las comarcas indígenas<sup>9</sup>; con predominio de *P. vivax* (97% de los casos) en 2016. Si bien la incidencia es relativamente baja en Panamá, se trata de una enfermedad debilitante. La situación de baja transmisión ofrece la oportunidad de eliminarla, pero únicamente a través de un esfuerzo de todos los países desde México hasta Colombia, incluyendo países de baja incidencia y otros vecinos con incidencias mucho más altas. Ello justifica la movilización de recursos para implementar las intervenciones propuestas en la IREM.

**Gráfica 2.1 Número de casos y tasa de incidencia de paludismo según Plasmodium en Panamá, 2001-2017 y 2018 (hasta semana 10)**



Fuente: departamento de control de vectores/MINSA Panamá

- II.8** El mapa 2.1 ubica las cuatro regiones sanitarias con áreas endémicas y de riesgo: (i) la Comarca Indígena Guna Yala (39,9% de los casos en 2017, cuando concentra solamente el 1,1% de la población panameña); (ii) la región de Panamá Este<sup>10</sup>,

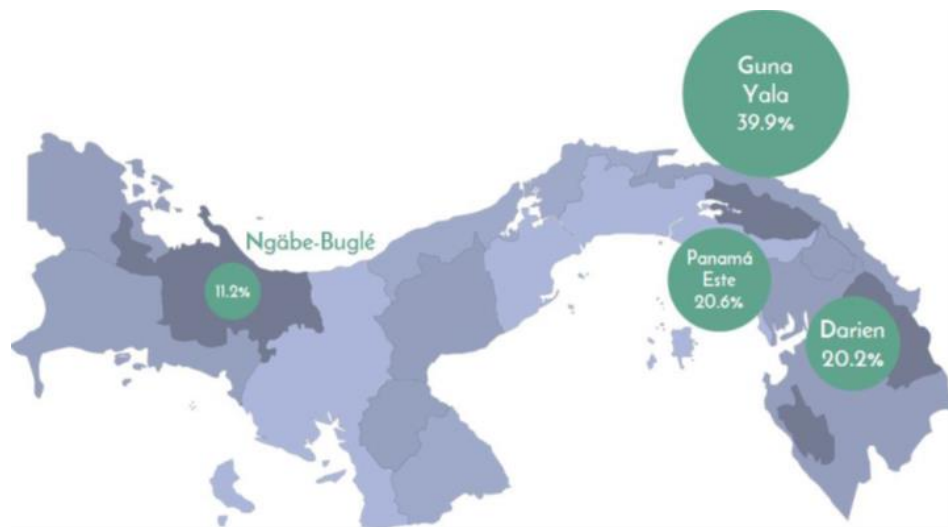
<sup>8</sup> Ibid nota 1, y OMS y OPS. 2017. [Marco para la eliminación de la malaria](#).

<sup>9</sup> Ministerio de Salud de Panamá. 2017. Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria en Panamá 2018--2023. Página 10.

<sup>10</sup> En la Región sanitaria de Panamá Este, la zona endémica corresponde al territorio indígena Guna (Comarca) Madugandí.

particularmente la Comarca Madungandí (20,6% de los casos); (iii) la región del Darién, que engloba las Comarcas Emberá y Wargandí, (20,2% de los casos) y (iv) la Comarca Indígena Ngäbe Buglé (11,2% de los casos). Con zonas endémicas bien identificadas y donde reside aproximadamente el 3% de la población, Panamá se considera un país de baja transmisión (Índice Parasitario Anual – IPA < 1) y bien posicionado para impulsar el cambio de estrategia desde el control hacia la eliminación de la malaria.

**Mapa 2.1. Ubicación de las regiones endémicas de Malaria (2017).**



**II.9 Respuesta de políticas y programática.** El Ministerio de Salud de Panamá (MINSA) tiene por misión: “garantizar a toda la población, con enfoque de género, el acceso a la atención integral, a través de servicios públicos de salud, humanizados en todos sus niveles de intervención, basados en la estrategia de atención primaria, y el desarrollo de las funciones de rectoría [y] gestión (...)”<sup>11</sup>. Como entidad rectora, el MINSA establece las normas de atención, supervisa su aplicación y ejerce la vigilancia de la salud. Los prestadores de servicios se distribuyen entre establecimientos públicos del MINSA y de la Caja de Seguro Social (CSS), y privados, con fines de lucro u ONG. El MINSA y éstas últimas son prácticamente los únicos proveedores<sup>12</sup> en las zonas de alta transmisión. El MINSA aprobó en 2015 el “Modelo de Salud Individual, Familiar, Comunitaria y Ambiental”<sup>13</sup>, que se encuentra alineado con las buenas prácticas ya que propicia un enfoque integral, centrado en la población y con una gestión integrada de la atención<sup>14</sup>. No obstante, recién inicia su apropiación e implementación, por lo que predominan todavía enfoques clínicos y de gestión verticales y donde la atención al daño es preponderante en relación con la promoción y la prevención, lo cual produce desigualdad en el acceso en detrimento de las áreas pobres, rurales y dispersas.

**II.10** El MINSA ha elaborado el Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria (PEEM) del país, con apoyo de la OPS, cuya meta es “lograr para el año 2020, el fortalecimiento del programa nacional y la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en

<sup>11</sup> MINSA – Misión del Ministerio de Salud, [www.minsa.gob.pa/institucion/acerca](http://www.minsa.gob.pa/institucion/acerca).

<sup>12</sup> Las ONG y proveedores privados que operan en estas áreas lo hacen típicamente bajo contrato con el MINSA, para la prestación de un conjunto priorizado que incluye, además de la atención materno infantil, la detección y tratamiento de malaria.

<sup>13</sup> [Modelo de Atención de Salud IFCA](#).

<sup>14</sup> Ver Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición, BID, octubre 2016 [GN-2735-6](#).

Panamá”. Sus objetivos específicos son: (i) incrementar la “cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria en las áreas endémicas”; (ii) fortalecer la “capacidad instalada para realizar vigilancia epidemiológica (...) en el nivel regional, distrital y local”; (iii) implementar el “control integrado de vectores, fundamentado en la investigación entomológica y epidemiológica local”; y (iv) “mejorar la promoción de la salud y la prevención para disminuir los riesgos de enfermar por malaria, a través de la participación activa de la población”. El PEEM plantea además impulsar una gestión proactiva del proceso de eliminación, así como investigaciones que lo sustenten.

- II.11 El PEEM está alineado con el modelo de atención del MINSA y con el [Marco para la Eliminación de la Malaria](#), siguiendo el enfoque estratégico DTI-R (ver ¶II.6). Para su implementación, el MINSA ha identificado<sup>15</sup> **áreas de mejora** relacionadas con cada uno de los elementos de este enfoque.
- II.12 En cuanto a **diagnóstico y tratamiento**, las zonas endémicas se caracterizan por la baja accesibilidad a los servicios, resultando en que el tiempo promedio entre inicio de síntomas y la toma de muestra es prolongado (mayor a cuatro días), y entre el inicio de síntomas y el inicio del tratamiento es de 12 días. En la actualidad, el Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) centraliza el control de calidad de las pruebas microscópicas, que por norma proveen la confirmación del diagnóstico<sup>16</sup>, y la capacidad de análisis entomológico. El MINSA y el ICGES requieren de un relevo generacional pues una masa crítica del personal está cerca de jubilarse. Existen pocos laboratorios con capacidad de analizar pruebas de microscopía (18 en todo el país, 7 en las 4 regiones sanitarias endémicas), que no están organizados en red. Las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) se están utilizando por acuerdo ministerial desde octubre del 2016 por técnicos de control de vectores y tecnólogos en las cuatro áreas endémicas. El resultado de las PDR es preliminar y debe ir acompañado de la gota gruesa para su posterior estudio microscópico y confirmación, aunque sea suficiente para iniciar el tratamiento. El MINSA está promoviendo un cambio en la norma que permita dar por confirmado un caso diagnosticado mediante PDR; sin embargo, la microscopía es el *gold standard* para el seguimiento a los pacientes de malaria y la forma de evaluar la densidad parasitaria.
- II.13 **Gestión de la malaria.** La captación pasiva de casos sospechosos es baja<sup>17</sup>, debido a problemas con los procesos de atención y gestión relacionados con la malaria, resultando en la aplicación parcial de los procedimientos pertinentes a los pacientes con sospecha de malaria, para la PDR y la toma de la gota gruesa. Un factor adicional que no permite incrementar la captación es la percepción de que la malaria es

<sup>15</sup> MINSA – PEEM (noviembre 2017) y [Presentaciones para la discusión con los socios de la IREM](#) (marzo 2018).

<sup>16</sup> Por normativa, el resultado positivo de malaria por Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) no es considerado confirmatorio. Los casos se reportan cuando se tiene el diagnóstico microscópico, que por ley puede ser realizado únicamente por un tecnólogo de laboratorio. Además, esta legislación impide que los asistentes de laboratorio, disponibles en algunas instalaciones de salud de las zonas endémicas, puedan realizar diagnóstico microscópico de malaria. En consecuencia, de lo anterior, la mayoría de las muestras para diagnóstico microscópico de búsqueda activa, llegan al laboratorio central del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), lo que pone en riesgo la oportunidad y calidad del diagnóstico al concentrar la lectura en un único punto.

<sup>17</sup> MINSA Panamá. 2017. PEEM, p.21. La captación o detección pasiva se da cuando el paciente acude a la instalación de salud; un caso sospechoso es cualquier paciente febril en zonas endémicas u oriundo de una zona endémica, o paciente febril sin síntomas respiratorios para otras áreas.



responsabilidad del personal de control de vectores y no necesariamente del cuidado y autocuidado desde la demanda. El abastecimiento también requiere ser integrado a los servicios de salud: los medicamentos antimaláricos<sup>18</sup> actualmente no están disponibles en la mayoría de las farmacias de las instalaciones sanitarias y son manejados por los técnicos de control vectorial, quienes, debido a sus funciones, con frecuencia se encuentran en extramuros. En el abordaje de los pacientes en comunidades indígenas no siempre se consideran los elementos culturales que inciden en las decisiones de la población en la búsqueda de atención, para decidir el prestador de su preferencia (médicos tradicionales indígenas, botánicos, institucionales o comunitarios) o su motivación para aceptar y adherirse a las medidas de prevención, protección o tratamiento<sup>19</sup>. El monitoreo de la adherencia al tratamiento<sup>20</sup> también está a cargo de los técnicos de vectores, rivalizando con las demás funciones de este personal. Actualmente, 54 colaboradores voluntarios se encuentran activos en Guna Yala y 13 más en Madugandí, la red primaria de atención está poco articulada con las comunidades y sus estructuras de representación, y ostenta un conocimiento y apertura limitados hacia la cultura y tradiciones de las comunidades nativas. Lo anterior reduce la cobertura de las acciones de promoción en salud y de prácticas saludables para proteger a las personas de la malaria.

**II.14 Investigación de focos y respuesta.** El nivel nacional del MINSA centraliza la gestión de estadísticas y el análisis epidemiológico, por lo que esta información es poco disponible en el nivel local y, por tanto, no sustenta oportunamente la toma de decisiones ni genera intervenciones de acuerdo con la evidencia sobre el proceso de transmisión y comportamiento local de la enfermedad. Las acciones de control vectorial (como el rociado residual intra domiciliario y control larvario<sup>21</sup>) no están integradas y obedecen a una programación administrativa más que al resultado de un análisis epidemiológico. Además, existe poco monitoreo de los procesos, en especial con la población, y limitada retroalimentación de los resultados de las intervenciones de control<sup>22</sup>. Para mejorar la eficiencia de la respuesta, hace falta sistematizar la identificación y caracterización de los focos de transmisión, y focalizar en estos micro territorios la implementación del modelo de atención integral y la estrategia DTI-R por equipos de salud integrados (provisión, vigilancia, vectores). Finalmente, se espera que la implementación del sistema de información de vigilancia, SISVIG, apoye esta gestión integrada desde el registro primario de casos, hasta el análisis epidemiológico tanto local como nacional.

**II.15 El objetivo de esta inversión,** bajo el PEEM, es contribuir a la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá, a través de la interrupción de la transmisión del parásito de humano a humano, y del fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica del país. Lo anterior se logrará desarrollando la gestión de

---

<sup>18</sup> Los medicamentos recomendados en los protocolos de manejo de la malaria en Panamá son Cloroquina, Primaquina y Artemeter.

<sup>19</sup> Fuente: ibid. nota no. 17, p.20.

<sup>20</sup> El esquema de tratamiento con primaquina es de 14 días en áreas accesibles, y se acepta un esquema recortado a siete días, duplicando la dosis diaria en las regiones de difícil acceso. Todas las regiones endémicas son de difícil acceso.

<sup>21</sup> El uso de mosquiteros impregnados de insecticida se interrumpió en 2010, dada la baja efectividad de la estrategia (de colocación y uso del mosquitero) y no está incluido dentro de las intervenciones del MINSA, excepto cuando se consiguen recursos externos para tal fin. Desde 2017 se ha iniciado un nuevo proceso piloto de instalación de mosquiteros que será extendido a la zona endémica en el marco de la gestión de focos maláricos.

<sup>22</sup> Se da igualmente una baja retroalimentación y coordinación entre el Instituto Gorgas y el MINSA, no aprovechándose al máximo la información que generan las investigaciones operativas del Instituto.

los focos en las zonas endémicas, donde se mejore sistemáticamente la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, así como la aplicación de medidas complementarias de control vectorial y prevención de la transmisión. El resultado esperado con estas acciones es lograr que la detección y atención de pacientes con malaria sean de calidad, eficientes, centradas en las personas, con un enfoque intercultural y den espacio a la participación social y comunitaria. Esta forma de intervención hará posible que los efectos e impactos sean sostenibles a largo plazo.

- II.16 Para reducir los tiempos de detección y tratamiento es necesario: (i) establecer en las zonas endémicas la ruta de referencia-contrareferencia, como parte de la integración en redes de los servicios de salud, articulando la promoción, prevención y provisión de atención desde las comunidades y hasta los establecimientos de referencia, principalmente de primer nivel de atención; y (ii) masificar el uso de PDR en la comunidad y en el primer nivel de atención, asegurando su uso adecuado; y fortalecer el diagnóstico microscópico (o de gota gruesa) para fines de vigilancia y control de calidad en puntos estratégicos de la red de servicios. Lo anterior requiere: (i) ajustar la norma para que la PDR sea confirmatoria, permitiendo reducir el volumen de pruebas microscópicas como se indicó en el punto anterior; y (ii) llevar a escala la movilización de agentes de salud voluntarios en la comunidad.
- II.17 **Alineación estratégica.** Este IGR es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, en cuanto a que busca mejorar la igualdad en el acceso a atenciones esenciales de salud para poblaciones históricamente desatendidas. El IGR también se alinea con el área transversal de Igualdad de Género y Diversidad, ya que prioriza las áreas del país donde está concentrada la población indígena, procurando la pertinencia de las intervenciones del punto de vista multicultural, y atiende necesidades de salud de la mujer y la niñez – ya que el riesgo de complicación y letalidad de la malaria es significativamente mayor para embarazadas y niña/os menores de cinco años. Mejorar el acceso a la prevención, detección y tratamiento oportunos para estas poblaciones en mayor riesgo aporta así a la equidad de género y étnica. Finalmente, esta donación de inversión se alinea con la Estrategia de País con Panamá (GN-2838), a través del objetivo estratégico de “Mejorar la prestación de servicios básicos a la población en situación de pobreza”.

### III. Descripción de los Componentes y Presupuesto

- III.1 La presente operación consta del tramo de inversión (TI), financiado con recursos del Fondo FEM y del aporte local (AL); adicionalmente, se han reservado recursos del Fondo FEM para dos tramos de desempeño (TD). Si el país alcanza las metas de los indicadores acordados para cada uno de los dos momentos de medición, será elegible para recibir el premio del TD, parcial o totalmente. El TD corresponde al 20% de los fondos de contrapartida local invertidos por el país y se distribuye en dos fases: en la primera fase 2018-2020 un premio al desempeño de hasta el 40% del TD (US\$427.498,38) y en una segunda fase 2020-2022 puede ganar el restante 60% (US\$641.247,57). El marco de desempeño contiene 10 indicadores para cada fase y sus metas específicas y pesos relativos determinan la consecución del TD. En cada fase, si el país logra un puntaje entre 50-79% sobre las metas acordadas, recibe 30% del premio, y si el país logra un puntaje de 80% o más, recibe 100% del premio previsto para cada fase. Las metas son verificadas mediante una evaluación externa e independiente. El costo total del IGR es de US\$8.193.719, de los cuales US\$2.849.989 serán financiados por el Fondo FEM, y los restantes US\$5.343.730



provendrán del aporte local. La contrapartida local será en efectivo. Adicionalmente, el país cuenta con el premio EMMIE (por la sigla en inglés de *Elimination of Malaria in Mesoamerica and Hispaniola Island Initiative*, del Fondo Mundial), que ha integrado al PEEM por un valor de US\$1,2 millones, así como una cooperación directa de CHAI; igualmente integrada al PEEM por US\$765.000.

**Tabla III-2. Costos de inversión/tramo de desempeño (US\$)**

Actividad / Componente	BID (Fondo FEM) Tramo de Inversión (TI)	Aporte Local (AL)*	Financiamiento Total (TI+AL)	Premio EMMIE**
<b>Tramo de Inversión (TI)</b>	<b>1.781.243</b>	<b>5.343.730</b>	<b>7.124.973</b>	<b>1.200.000</b>
<b>Componente 1.</b> Incremento de la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria en las áreas endémicas.	537.810	446.766	984.576	208.343
<b>Componente 2.</b> Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el nivel regional y local.	704.143	1.409.190	2.113.333	170.173
<b>Componente 3.</b> Manejo integrado de vectores.		1.964.981	1.964.981	333.759
<b>Componente 4.</b> Promoción de la salud y prevención de los riesgos de malaria.	489.290	407.470	896.760	350.437
Gestión del proyecto e investigaciones	50.000	1.115.323	1.165.323	137.288
<b>1er Tramo de Desempeño (TD)</b>	<b>427.498</b>		<b>427.498</b>	
<b>2ndo Tramo de Desempeño (TD)</b>	<b>641.248</b>		<b>641.248</b>	
<b>Total (TI+AL+TD)</b>	<b>2.849.989</b>	<b>5.343.730</b>	<b>8.193.719</b>	

\* Proviene del programa FORIS, contrato 3615/OC-PN, programa existente del MINSA.

\*\* El presupuesto para el uso de este premio fue aprobado previo a la formulación de esta operación. No será presentado como Aporte Local ni será regido por el Convenio de Donación de Inversión que resulte de esta operación, no obstante, el MINSA ha determinado asignarlo hacia la implementación del PEEM y acordado informar al Banco sobre el avance de implementación del PEEM en su totalidad, incluyendo las acciones financiadas con estos recursos adicionales.

III.2 Con el TI y el AL se financiarán actividades organizadas bajo los componentes establecidos en el Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria (PEEM).

III.3 **Componente 1. Incremento de la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria en las áreas endémicas.** Este componente integra las acciones de diagnóstico, tratamiento e investigación de casos, y financiará asistencia técnica, capacitación y equipamiento para fortalecer la capacidad de diagnóstico y tratamiento oportuno, principalmente en las comunidades endémicas. Se busca que todos los pacientes sospechosos de malaria sean diagnosticados antes de las 48 horas del inicio de síntomas e inicien el tratamiento inmediato, para lo cual se contempla: fortalecer y/o ampliar en los 14 focos de transmisión, la red de diagnóstico por gota gruesa (microscopía) y PDR e integrar una red nacional de 189 puntos de diagnóstico por microscopía, que incluye

establecimientos del MINSA, CSS y privados. Además, se procura fortalecer la capacidad de diagnóstico, capacitando a aproximadamente 1.362 trabajadores de salud en el uso de PDR y manejo de la malaria, así como a aproximadamente 110 colaboradores de salud voluntarios para igual número de comunidades priorizadas en el uso de PDR, el tratamiento inmediato y la supervisión del mismo (para asegurar adherencia). Se fortalecerá el control de calidad del diagnóstico de malaria, capacitando al personal de microscopía, así como dotando a los laboratorios de equipos e insumos y de paneles de láminas para la educación continua. Se fortalecerá a su vez al Laboratorio Central de Referencia en Salud Pública y red de laboratorios para el aseguramiento de la calidad con la participación de un actor externo<sup>23</sup>. También se mejorarán los procesos logísticos y de abasto de insumos y medicamentos antimaláricos asegurando que los 826 establecimientos de salud cuenten con los respectivos inventarios de manera permanente en el marco de las redes integradas de servicios de salud.

- III.4 Componente 2. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el nivel local, regional y central.** El elemento central de este componente está determinado por la aplicación de la metodología de caracterización y micro planificación de focos, identificando las intervenciones y recursos para la eliminación a nivel local. Se financiará: (i) el fortalecimiento del sistema de información y vigilancia epidemiológica SISVIG orientado a capturar y generar datos y análisis a todos los niveles y en especial el de la gestión de los focos, desarrollando capacidades del personal para interpretar y utilizar dichos datos; (ii) se investigará, caracterizará y planificará la respuesta y se gestionarán todos los focos existentes hasta su eliminación (los activos y los residuales no-activos). Se facilitará la conformación funcional de Equipos de Gestión de Focos (EGF) a nivel local; estos equipos se articularán con los voluntarios comunitarios y con las autoridades de las comunidades para avanzar una estrategia única de eliminación; y (iii) se articularán acciones con los puestos fronterizos para contener la transmisión derivada del ingreso de casos importados, especialmente en la región fronteriza con Colombia.
- III.5 Componente 3. Manejo integrado de vectores.** Este componente se enfoca en tres acciones principales y tomará en cuenta la realidad multicultural de las comunidades endémicas, propiciando la pertinencia de las intervenciones: (i) fortalecer la capacidad de investigación operativa entomológica que posee el MINSA y complementar la capacidad del Instituto Conmemorativo Gorgas; (ii) fortalecer el Rociado Residual Intradomiciliario (RRI), y (iii) la instalación y promoción del uso y beneficios de Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración (MTILD) que se planifica e implementa en la gestión de focos.
- III.6 Componente 4. Promoción de la salud y prevención de los riesgos de malaria.** Este componente financiará el desarrollo de una estrategia de comunicación y participación social para el cambio de comportamiento, adaptada culturalmente, y que permita la percepción correcta del riesgo de contraer malaria, así como las acciones para su prevención y medicación. Será una estrategia manejada directamente en las comunidades con una fuerte articulación con las autoridades y las organizaciones locales (plataforma comunitaria) incluyendo acciones que faciliten la participación de mujeres y hombres en los diversos esfuerzos de implementación de DTI-R.

---

<sup>23</sup> Se trata del Laboratorio nacional de Honduras, entidad que ha sido preparada por la OPS-OMS para ser el referente en la región en cuanto a diagnóstico por microscopía.

- III.7 Gestión del proyecto de eliminación de la malaria.** Se financiará: (i) las sesiones de trabajo que permitan la conformación y funcionamiento de un comité gerencial nacional (ver ¶4.1) que coordine esfuerzos, recursos y fondos con una visión de país<sup>24</sup>; (ii) el fortalecimiento de la capacidad de gestión estratégica del proyecto a nivel de cada región de salud, para ello se facilitará la funcionalidad de comités técnicos/equipos de gestión multisectorial a nivel de áreas de salud, se hará un plan operacional a nivel regional, dando seguimiento a su implementación mediante reuniones de seguimiento, monitoreo y evaluación, y se garantizará la conservación de la infraestructura e instalaciones para asegurar la continuidad de las operaciones de eliminación de la malaria en todos los niveles; (iii) se promoverá la aprobación y entrada en vigencia de un marco legal y normativo para reorientar la organización de los servicios de salud basada en el Modelo de Atención Integral y la gestión en Red Integrada de Servicios de Salud, especialmente lo relativo a cambios que faciliten la implementación de actividades necesarias para la eliminación de la malaria (norma de atención integral, prueba rápida y manual de procedimientos de laboratorio); y (iv) se apoyará la monitorización periódica del progreso de la ejecución del PEEM.
- III.8 Investigaciones.** Se financiará la realización de cuatro investigaciones operativas y dos investigaciones técnicas<sup>25</sup>, con el fin de adaptar las intervenciones y comunicaciones al contexto específico de las zonas endémicas.
- III.9 Asistencia Técnica.** El Banco gestionará la asistencia técnica necesaria que se identifique según las necesidades, las acciones planificadas y la teoría de cambio establecida. Está planificado que el BID someterá al comité de cooperantes, el plan de asistencia técnica por país, una vez se haya negociado con cada Ministerio de Salud, y, en principio, durante el último trimestre de 2018. Además del Banco, y según los acuerdos de roles y responsabilidades en el marco de la IREM, la OPS y CHAI tendrán participación en la provisión de asistencia y cooperación técnica, así como apoyo operacional a los países para alcanzar la eliminación.

#### **IV. Agencia Ejecutora y Estructura de Ejecución**

- IV.1** El MINSA será el ejecutor, de acuerdo con su mandato de rector del sector y dado que es el principal proveedor de servicios de salud en el país, en especial las zonas endémicas. El órgano de conducción de la operación será del Comité Directivo del Proyecto (CODIPRO) – comité existente del Ministerio. La responsabilidad por la gestión fiduciaria, manejo operativo, contable financiero y de la administración-incluyendo la coordinación de las adquisiciones será de la Unidad de Gestión de Salud Administrativa Financiera (UGSAF), así como de propiciar la coordinación de las direcciones sustantivas del MINSA, incluidas las regiones priorizadas. La Dirección de Epidemiología (DE) de la Dirección General de Salud Pública (DIGESA) liderará los aspectos técnicos de la ejecución del PEEM, y por tanto de esta operación. Un reglamento operativo (al que los documentos de la Iniciativa se referirán como “Manual de Operaciones del Proyecto”, de forma de diferenciarlo del Reglamento

---

<sup>24</sup> Este comité, llamado CODIPRO, ver ¶IV.1, está conformado por las Direcciones del Nivel Central del Ministerio de Salud como son: la Dirección General de Salud, la Dirección de Epidemiología, de Vectores, de Provisión de Servicios de Salud, de Promoción de la Salud, y de Asuntos Sanitarios Indígenas. También participan en este Comité responsables del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y, según agenda, representantes regionales de las cuatro regiones sanitarias endémicas. La Dirección de Epidemiología lidera este Comité.

<sup>25</sup> En el informe inicial, condición de elegibilidad para desembolso, se anexará un documento con una descripción concisa de los estudios elegibles para financiamiento.

Operativo de la Facilidad), y manuales de procedimientos deberán ser acordados para asegurar fluidez en la implementación (ver ¶IV.8).

- IV.2 **Monitoreo rutinario del progreso de la implementación.** Para efectos del monitoreo de la ejecución de la IREM, el Banco y el MINSA acordarán el Plan para el Seguimiento, Monitoreo y Evaluación de la operación cuyo borrador consta en el Anexo VII. Se utilizará el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) que el MINSA deberá entregar en su versión final con ocasión de la presentación del informe inicial. Dicho Plan indicará las metas tanto físicas como financieras de los productos esperados durante todo el proyecto, y será la base para acordar los Planes Operativos Anuales (POA) que deberán comprender la planificación completa del TI y AL, así como de otras fuentes<sup>26</sup>, con la ruta crítica de acciones que deberán ser ejecutadas para la completa y oportuna ejecución de este financiamiento. El Plan de Ejecución y el POA deberán ser actualizados o modificados de acuerdo a los resultados del monitoreo y evaluación, en especial cuando se produzcan cambios significativos que puedan afectar la calidad u oportunidad de la implementación del proyecto. El MINSA deberá gestionar la no objeción del Banco a la modificación de actividades (adición, eliminación o ajuste a su contenido) y/o productos del POA. El Anexo III presenta la versión del PEP acordada a la fecha. Es importante notar que el PEP incluye también fuentes de financiamiento adicionales a la IREM, en un intento de apoyar al país en el monitoreo integral conjunto hacia la eliminación.
- IV.3 El progreso de la ejecución de la operación (TI+AL) se monitoreará rutinariamente a través de los indicadores de producto, de resultado y de impacto, utilizando como fuentes de información datos administrativos y estadísticas nacionales. Esta actividad se llevará a cabo mediante el seguimiento al PEP, e indicadores de resultado (o próximos a éstos), como descrito en el Plan de Monitoreo y Evaluación y la Matriz de Seguimiento. El MINSA informará mensualmente sobre el avance de los indicadores incluidos en la Matriz de Seguimiento (Apéndice del Plan de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación) que recoge indicadores próximos a los del marco de desempeño, así como indicadores de producto e hitos del Plan de Ejecución Plurianual. Las metas indicativas de los indicadores de la Matriz de Seguimiento serán establecidas durante la etapa hacia la elegibilidad para desembolso de la operación. Durante las misiones de supervisión, que tendrán una frecuencia trimestral, se realizará el seguimiento integral del progreso técnico, financiero y de gestión de la operación, basado en los Informes Trimestrales de Avance que el MINSA deberá presentar en las fechas que serán acordadas e indicadas en el Reglamento Operativo<sup>27</sup>, como condición para la elegibilidad de la operación. El Informe Trimestral incluirá la versión actualizada del Plan de Ejecución y del POA, y de la Matriz de Seguimiento, descrita anteriormente, actualizada en la fecha de corte más reciente. Para contribuir a mejorar el impacto de las intervenciones, con recursos adicionales de asistencia técnica, se realizarán estudios para generar conocimientos sobre mecanismos de intervención innovadores para la eliminación de la malaria. La información recolectada por cada fuente de información retroalimentará el diseño e implementación de la operación.
- IV.4 Para verificar el cumplimiento de metas de los indicadores del Marco de Desempeño ligados al modelo de financiamiento basado en resultados se realizarán mediciones externas independientes, financiadas con fondos de asistencia técnica de la IREM,

<sup>26</sup> Premio EMMIE, entre otros – estas fuentes podrán ser presentadas de forma agregada.

<sup>27</sup> “Manual de Operaciones del Proyecto” - ver precisión en el párrafo IV.1.

adicionales a los de la presente operación. Estas mismas mediciones incluirán indicadores para monitorear los avances de la IREM a nivel regional.

- IV.5 **Adquisiciones.** El MINSA utilizará las políticas de adquisiciones del Banco para las contrataciones de bienes, obras y servicios financiadas parcial o totalmente con recursos del TI y AL, (Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el BID (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el BID (GN-2350-9)). El tipo o método de adquisición; el tipo de supervisión; los recursos que financian la adquisición y el nivel de riesgo se detallan en el Plan de Adquisiciones (PA). Asimismo, el Directorio del Banco aprobó dentro del Documento GN-2901-1 "*Proposal for the Establishment of the Malaria Elimination Blending Facility (Multi-Donor Trust Fund)*", la posibilidad de que se adquirieran con recursos del TI ciertos bienes provenientes de países que no son miembros del Banco-numeral 2.21-. Además, en el numeral 2.22 del mismo documento se prevé la posibilidad de adquirir dichos insumos médicos directamente de la OMS/OPS, a través de una contratación directa. Con la presente operación, se anticipa que la compra de pruebas rápidas y otros insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria, por un monto máximo de US\$500.000,00, sea canalizada a través de un convenio del MINSA con la OPS. Finalmente, en el caso de que se logren las metas de los TD, los respectivos recursos serán utilizados por el MINSA en el sector salud, pero no estarán sujetos a las políticas de adquisiciones del Banco. El TD estará sujeto a una lista de restricciones establecida en las Normas Generales para los Programas y Operaciones de la IREM.
- IV.6 **Informes y estados financieros auditados:** (i) los estados financieros anuales auditados de los recursos correspondientes al TI y a la aporte local e información financiera adicional, debidamente dictaminados por auditores independientes y aceptables al Banco, deberán ser presentados dentro del plazo de ciento veinte (120) días siguientes al cierre de cada ejercicio fiscal, es decir, a más tardar el 30 de abril del año siguiente al ejercicio auditado; y (ii) los estados financieros finales auditados de los recursos correspondientes al TI y al AL e información financiera adicional, debidamente dictaminados por auditores independientes y aceptables al Banco, deberán ser presentados dentro del plazo de ciento veinte (120) días siguientes a la fecha estipulada para el último desembolso de los recursos de la Contribución correspondientes al TI.
- IV.7 La auditoría cubrirá todo el período de la IREM y se realizará de acuerdo con el contenido y el alcance establecidos en los términos de referencia acordados con el Banco. Los recursos del TD no estarán sujetos a auditoría. Las provisiones de las políticas de gobierno se aplicarán a gastos retroactivos. La auditoría podría financiarse con recursos del TI o del AL.
- IV.8 **Condiciones a ser satisfechas previas al primer desembolso del TI:** (i) Que se haya designado al coordinador operativo del Proyecto de conformidad con los Términos de Referencia previamente acordados con el Banco; (ii) que el Banco haya aprobado y que haya entrado en vigencia el Reglamento Operativo (o Manual de Operaciones<sup>28</sup>) del Proyecto y los manuales de procedimientos mencionados en el ¶IV.1. El Reglamento Operativo deberá incluir, entre otros aspectos, los siguientes: (i) el Manual de Indicadores del Marco de Desempeño; (ii) la Matriz de Seguimiento; (iii) la Matriz de Resultados; (iv) los procesos para verificar el cumplimiento de las metas y aprobar los desembolsos correspondientes a los recursos del Tramo de

---

<sup>28</sup> Ver precisión en el párrafo IV.1

Desempeño; (v) la estructura funcional y de ejecución del Proyecto; y (vi) el manual de funcionamiento del CODIPRO.

## **V. Riesgos Importantes**

- V.1 El análisis de riesgos de esta operación identificó riesgos negativos (amenazas) y riesgos positivos (oportunidades), y los ha priorizado en función de su probabilidad e impacto y para los riesgos altos o muy altos se identificaron planes de respuesta. La calificación del nivel de riesgo para las amenazas es Alto. Los riesgos más importantes son relacionados con las condiciones para tener un diagnóstico oportuno dentro de las primeras 48 horas e inicio de tratamiento dentro de las siguientes 24 horas para pacientes con malaria: (i) la debilidad del sistema logístico del MINSA para garantizar la disponibilidad oportuna de pruebas rápidas y tratamientos, lo que conduciría a implementar de forma limitada el DTI-R. Para este riesgo se identifican acciones entre el MINSA y OPS, y como plan de contingencia apoyo de OPS para contar con stock de seguridad regional; (ii) la limitada oferta de servicios en áreas endémicas. Se ha establecido un plan de respuesta que contiene acciones para fortalecer la gestión en red integrada de servicios, y que es parte del aporte local; y (iii) el riesgo de que las comunidades de las regiones endémicas, debido a usos y costumbres, rechacen y/o resistan implementar intervenciones efectivas (como el uso de mosquiteros, por ejemplo). Se ha incluido una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento y la inclusión activa de las comunidades. Otro riesgo importante, es que debido al flujo migratorio que reciben las áreas endémicas se podrían aumentar los casos importados, introducidos y, de éstos, los casos autóctonos de malaria. Se incorpora una estrategia de captación de febriles con los organismos de control y acuerdos binacionales, que serán manejados por los organismos regionales. Esto se maneja también dentro de las oportunidades identificadas. El equipo de proyecto también identificó oportunidades para incorporar el abordaje para eliminación de la malaria dentro de las redes integradas y oportunidad para cubrir la brecha financiera para acelerar las acciones de eliminación.

## **VI. Excepciones a las Políticas del Banco**

- VI.1 La operación no tiene excepciones a las políticas del Banco.

## **VII. Salvaguardias Ambientales**

- VII.1 De acuerdo con la Directiva B.03 (preevaluación y clasificación) de la Política de Medioambiente y Cumplimiento de Salvaguardias OP-703, este Proyecto ha sido clasificada como Categoría "C". Los componentes descritos pueden causar impactos sociales y ambientales negativos, derivados de las intervenciones de control de vectores (Rociado residual intradomiciliario -RRI- y mosquiteros tratados con Insecticida de larga duración -MTILD-). Las actividades, que se ejecutarán durante la implementación, incluirán la preparación de un análisis ambiental y social y un plan gestión ambiental y social para todos los potenciales impactos y riesgos ambientales y sociales del proyecto. Las actividades serán financiadas bajo el Componente 3, *Manejo integrado de vectores*, y con base en la Directiva B.06 de la Política de Medioambiente y Cumplimiento de Salvaguardias, OP-703, que requiere una ronda de consulta pública con partes afectadas. Como el proyecto afectará pueblos indígenas, específicamente los pueblos Ngäbe Buglé, Guna, Emberá y Wounaan, esta consulta, como también el plan de gestión ambiental y social, deben estar culturalmente adecuadas. El ministerio de salud de Panamá tiene experiencia,

inclusive en operaciones apoyadas por el Banco<sup>29</sup> y cooperantes, de promover dichos procesos de adaptación cultural. En cumplimiento con la Política de Acceso a Información (OP-102), el análisis ambiental y social con los resultados de la consulta pública será publicada en la página de web del banco. (Ver filtros ambientales [SPF](#) y [SSF](#)).

#### **Anexos Requeridos:**

- Anexo I: [Solicitud del Cliente](#)
- Anexo II: [Matriz de Resultados](#)
- Anexo III: [PEP \(Incluye Hitos\)](#)

#### **Anexos opcionales**

- Anexo IV: [Plan Financiero](#)
- Anexo V: [Plan de Adquisiciones](#)
- Anexo VI: [Marco de Desempeño](#)
- Anexo VII: [Plan de Seguimiento Monitoreo y Evaluación \(incluye la Matriz de Seguimiento\)](#)
- Anexo VIII: [Teoría de Cambio de la IREM](#)
- Anexo IX: [Matriz de Riesgos](#)
- Anexo X: [Abordaje de Genero e Interculturalidad](#)

#### **Apéndices**

- Apéndice I: [Siglas y abreviaturas](#)

---

<sup>29</sup> Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud (Contrato 3615/OC-PN) e Iniciativa Salud Mesoamérica (GRT/HE-15092-PN).





*República de Panamá*  
*Ministerio de Economía y Finanzas*  
*Despacho del Viceministro de Economía*

7 de agosto de 2018  
MEF-2018-58858

Señora  
Verónica E. Zavala Lombardi  
Representante en Panamá  
Banco Interamericano de Desarrollo  
Ciudad

Respetada señora Zavala:

Tengo a bien manifestar No Objeción a la solicitud de Cooperación Técnica No Reembolsable (CTNR), denominada "Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM)", en Mesoamérica y República Dominicana con recursos provenientes de las Fundaciones Bill & Melinda Gates y Carlos Slim, administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por un monto estimado de hasta dos millones ochocientos cuarenta y nueve mil novecientos ochenta y ocho dólares de los Estados Unidos de América con 95/100 (US\$2,849,988.95), presentada por el Ministerio de Salud (MINSA), a través de nota No.DMS-1061.

Esta iniciativa tiene como objetivo contribuir a la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá, a través de la interrupción del contagio del parásito de humano a humano, así como el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica del país.

Cabe resaltar que el MINSA, a través su Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF), será la ejecutora del proyecto de acuerdo con su mandato del rector del sector y principal proveedor de servicios de salud en el país, en especial las zonas endémicas, además tendrá la responsabilidad de la gestión fiduciaria, manejo operativo, contable financiero y de la administración.

Atentamente,

Euphades Cano  
Viceministro de Economía, Encargado



Adjunto: Lo Indicado

EC/VMRC/DO/MMV/dg

① La autenticidad de este documento puede ser validada mediante el código QR.



SECRETO GENERAL



Recibido: Muelo  
Fecha: 9/7/18  
Hora: 14:34pm

*República de Panamá*  
*Ministerio de Salud*

República de Panamá  
Ministerio de Economía y Finanzas  
Cajita de Administración de Documentos

hora: 10:57 Fecha: 9/7/18  
Recibido por: Vanessa  
23877

05 de julio de 2018  
DMS-1061

Ref: Iniciativa Regional para la Eliminación de la  
Malaria en Mesoamérica y República Dominicana

Estimada Sra. Varela de Chinchilla:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para notificarle en nombre y representación de la República de Panamá, la existencia de una propuesta de donación de inversión para el Ministerio de Salud de Panamá (MINSA), denominada Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM), creada con recursos de la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Carlos Slim; administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Amparado en las resoluciones de la COMISCA (Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica) de junio y diciembre de 2017, suscritas por el Ministerio de Salud de Panamá, bajo la conducción de la Dirección General de Salud, en coordinación con otras áreas del MINSA y en colaboración con el BID, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y la Iniciativa Clinton para el Acceso a la Salud (CHAI, por su sigla en inglés) se desarrolló en el marco de la IREM, el Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria de Panamá (PEEM) el cual sería financiado en parte por esta donación.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2016 más de 216 millones de casos se dieron en 91 países, resultando defunciones mundiales por un total de 445 mil personas a causa de la malaria. En la Región de las Américas se había tenido casi una década (2005-2014) de descenso sostenido en el número de casos de paludismo, que ahora se ha revertido. Nueve países (Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá y Venezuela) notificaron en 2016 un aumento de casos, y en el año 2017, se redujo a cinco países (Brasil, Ecuador, México, Nicaragua y Venezuela) reportaron un incremento.

En nuestro país, basado en los estudios de ubicación, se ha determinado que existen algunos obstáculos para la lucha contra la malaria como son la dispersión de localidades endémicas, áreas endémicas situadas en fronteras internacionales, características socioculturales de las poblaciones indígenas y ausencia de mecanismos para coordinar intervenciones regionales.

Por tales razones el PEEM contempla no solo la lucha contra el vector, el mosquito; sino la búsqueda activa de casos; investigaciones epidemiológicas; trabajo con la comunidad, promotores y las asociaciones para buscar activamente los casos; y tratarlos rápidamente para disminuir la transmisión, demandando un mayor compromiso institucional y una participación responsable y efectiva de todos los sectores involucrados. El PEEM se ha convertido en un referente para la Región de las Américas y se planifica su financiamiento tanto con fondos del MINSA como con aquellos provenientes de esta donación.

DMS 1061 ./Pág. N° 2  
5 de julio de 2018  
Sra. Varela de Chinchilla

Para tal efecto, solicito sus buenos oficios para gestionar el envío de una comunicación del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) dirigida a la Señora Verónica Zavala, Representante del BID en Panamá; formalizando la solicitud del Gobierno de Panamá de participar en la IREM para la ejecución del PEEM.

Adjunto la información referente al registro de esta operación de inversión generada por el Banco Interamericano de Desarrollo con el número PN-G1007.

Sin más por el momento.

Con el respeto y consideración de siempre,

  
**MIGUEL ANTONIO MAYO DI BELLO**  
Ministro de Salud de Panamá



Su Excelencia  
**EYDA VARELA DE CHINCHILLA**  
Ministra Encargada de Economía y Finanzas

## DOCUMENTO DE OPERACIÓN DE INVERSIÓN NO REEMBOLSABLE

### I. Información Básica del IGR

▪País/Región:	Panamá / CID
▪Nombre del IGR:	Panamá - Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en Mesoamérica y Republica Dominicana.
▪Número del IGR:	PN-G1007
▪Jefe de Equipo / Miembros	Emmanuelle Sánchez-Monin, Jefe de Equipo (SPH/CPN); Alfredo Ortega, consultor (SPH/CPN); Alejandro De Sárraga, Alvaro Ronaldo Gonzalez Marmol, Mauricio Dinarte, Mauricio Pérez Calvo, y Edison Soto (UC/IREM); Diego Ríos Zertuche e Isabel Delfs (SCL/SPH); David Ochoa y Ezequiel Cambiasso (FMP/CPN); y Esteban de Dobrzynski (LEG/SGO).
▪Beneficiario:	República de Panamá
▪Agencia Ejecutora:	Ministerio de Salud (MINSa) a través de la Unidad de Gestión de Salud, Administrativa y Financiera (UGSAF).
▪Donantes que proveerán financiamiento:	Facilidad de Eliminación de la Malaria (Fondo MEF)
▪Financiamiento Solicitado del BID:	US\$2.849.988,95 (Fondo MEF)
▪ Tramo de inversión (TI)	▪ US\$1.781.243,00 (21.74%) (Fondo MEF)
▪ Tramo de desempeño (TD)	▪ US\$1.068.745,95 (13.04%) (Fondo MEF)
▪Contrapartida Local:	US\$5,343,730.00 (65.22%)
Total	US\$8.193.718,95
▪Periodo de Desembolso:	51 meses
▪Fecha de Inicio requerido:	01 de octubre de 2018
▪Unidad de Preparación:	División de protección Social y Salud (SCL/SPH).
▪Unidad Responsable de Desembolso:	Representación del Banco en Panamá (CID/CPN)
▪IGR incluido en la Estrategia de País:	No
▪IGR incluido en CPD:	SI
▪Alineación a la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020:	Este IGR es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de Inclusión social e igualdad y con el área transversal de Igualdad de género y diversidad.

**MATRIZ DE RESULTADOS**

<b>Objetivo del Proyecto:</b>	El objetivo de la IREM es contribuir a la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá, a través de la interrupción de la transmisión del parásito de humano a humano, y del fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica del país. Lo anterior se logrará desarrollando la gestión de los focos en las zonas endémicas, donde se mejore sistemáticamente la oportunidad del diagnóstico y tratamiento, así como la aplicación de medidas complementarias de control vectorial y prevención de la transmisión. El resultado esperado con estas acciones es lograr que la detección y atención de pacientes con malaria, sean de calidad, eficientes, centradas en las personas, con un enfoque intercultural y den espacio a la participación social y comunitaria. Esta forma de intervención hará posible que los efectos e impactos sean sostenibles a largo plazo.
-------------------------------	---

**IMPACTO ESPERADO**

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
<b><u>IMPACTO #1: TRANSMISIÓN AUTÓCTONA DE LA MALARIA ELIMINADA EN PANAMÁ</u></b>								
P1.01. Número de casos de malaria de transmisión local en el último año	Número de casos	(1)	2018	0	0	0	Sistema de vigilancia epidemiológica con revisiones de calidad de datos	(2): Indicador del Marco de Desempeño (señalando con color verde las metas acordadas)
Número de casos de malaria y tasa de incidencia (por 1.000 habitantes): <ul style="list-style-type: none"> <li>• por especie, clasificación, sexo, grupo de edad;</li> <li>• por fuente (por ejemplo, importado o autóctono),</li> <li>• por detección activa o pasiva, y</li> <li>• por sector</li> </ul>	Número de casos  Tasa de incidencia (por mil habitantes)	(1)	2018				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3): Para análisis de tendencias. Las metas del FBR están en el marco de desempeño  Pro-Género Seguimiento Étnico

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Número de focos, por clasificación	Número	(1)	2018				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Número de personas y porcentaje de la población que vive en focos activos	Número %	(1)	2018				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Número de muertes debido a la malaria, por especie y por tipo de caso (importado o adquirido localmente)	Número	(1)	2018				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)

(1) La línea de base para todos los indicadores de impacto y resultados será recolectada en el primer trimestre de 2019.

(2) Indicador de desempeño (señalando con color verde las metas acordadas)

(3) Dentro del modelo de financiamiento basado en resultados de la IREM, se establecen metas para los indicadores del Marco de Desempeño, que son las que se incentivan. Una vez iniciada la operación, se establecerán los valores de línea de base para todos los indicadores de la Matriz de Resultados, lo que permitirá establecer los resultados esperados considerando los abordajes para la eliminación de la malaria. Estos resultados quedarán reflejados en las matrices de seguimiento.

**RESULTADOS ESPERADOS <sup>(4)</sup>**

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
<b><u>RESULTADO #1: COBERTURA Y CALIDAD DE SERVICIOS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON MALARIA INCREMENTADA ESPECIALMENTE EN ÁREAS ENDEMICAS.</u></b>								
P3.02 Porcentaje de laboratorios que participan en las evaluaciones recomendadas por la OMS de aseguramiento de la calidad (ACN-directo e indirecto y AC externa)	%	(1)	2019	100%	N/A	100%	Encuesta de establecimientos de salud	(2)
P4.01 Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea de acuerdo a la normativa nacional iniciado dentro de 24 horas después del diagnóstico.	%	(1)	2019	85%	95%	95%	Encuesta de establecimientos de salud	(2)
P4.02 Proporción de casos que se diagnosticaron dentro de 48 horas (incluyendo la red comunitaria) después de presentar síntomas	%	(1)	2018-2019	60%	90%	90%	Encuesta de establecimientos de salud	(2)
P4.03 Proporción de casos con tratamiento supervisado y completo	%	(1)	2018-2019	70%	95%	95%	Encuesta de establecimientos de salud	(2)  Indicador sólo aplica para situaciones de pocos casos, por lo que no incluye una meta para la 1ª fase.
P5.01 Porcentaje de casos confirmados de malaria en el último año investigados que cumplen con los estándares de calidad (completo, precisión, oportunidad, geolocalización y otros)	%	(1)	2018-2019	70%	95%	95%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención	



Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
P5.02 Porcentaje de casos con investigación de caso y clasificación	%	(1)	2018-2019	80%	95%	95%	Sistema de Vigilancia del componente de malaria verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención	(2)
P7.01 Porcentaje de puntos de atención y establecimientos de diagnóstico con disponibilidad permanente de equipo e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria de acuerdo a estándares	%	(1)	2019	80%	N/A	N/A	Encuesta de establecimientos de salud	(2)  Este indicador sólo será parte del marco de desempeño de la 1ª fase, por lo que no incluye una meta para la 2ª fase.
P7.04 Procedimientos de operación estándar para todos los componentes de vigilancia han sido preparados, probados en campo y están en uso	Sí / No	No	2018	N/A	Sí	Sí	Revisión de expertos	(2)  Este indicador es un hito que sólo será medido en la 2ª fase.
P7.05 Existe un laboratorio nacional de referencia para microscopía, con un banco de láminas y la implementación de medidas de aseguramiento de la calidad externa	Sí / No	No	2018	N/A	Sí	Sí	Revisión de expertos	(2)  Este indicador es un hito que sólo será medido en la 2ª fase.
Porcentaje de verificación de los resultados de microscopía, por laboratorio de referencia nacional	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Proporción de establecimientos de salud sin desabasto de insumos clave para las pruebas diagnósticas	%	(1)	2019				Encuesta de establecimientos de salud	(3)

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea según la política nacional	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Proporción de casos detectados contactando a los servicios de salud dentro de 48 horas de desarrollar síntomas	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Media de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento por tipo de vigilancia	Horas	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Proporción de casos con tratamiento supervisado	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Proporción de meses en establecimientos de salud sin desabasto de tratamientos de primera línea	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de casos con investigación de casos y clasificación	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de casos con el formulario de investigación de casos completada y enviada de acuerdo al tiempo estipulado	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de focos investigados	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de focos con la forma de investigación completada y enviada de acuerdo al tiempo estipulado	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Gasto en malaria por fuente (doméstica, externa)	\$	(1)	2018				Cuentas nacionales / Presupuesto del Ministerio de Salud	(3)

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Gasto de malaria por cápita para el control y eliminación de la malaria	\$	(1)	2018				Cuentas nacionales / Presupuesto del Ministerio de Salud	(3)
Hay un registro de focos y ha sido actualizado en los últimos 12 meses	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
Se ha establecido un comité consultivo nacional de eliminación de la malaria de carácter independiente	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
El plan nacional de eliminación de la malaria ha sido aprobado y respaldado por el ministro de salud	Sí / No	Sí	2018				Revisión documental	(3)
Hay una colaboración intersectorial funcional en todos los distritos interesados	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
Hay una lista actualizada de todos los establecimientos de salud públicos y privados, y agentes comunitarios de salud que prestan servicios de diagnóstico y tratamiento de la malaria	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
Cada establecimiento está registrado para recibir supervisión adecuada	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
<b>RESULTADO #2: SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA FORTALECIDO.</b>								
P2.02 Proporción de personas que tuvieron fiebre sin síntomas respiratorios en áreas endémicas en las últimas 2 semanas que recibieron una prueba de diagnóstico o referencia al punto de atención.	%	(1)	2019	Si LB 0-20%: 40PP Si LB 21-40%: 30PP Si LB 41-50%: 20PP Si LB 51% o más: regla de oro de 70%	80%	80%	Encuesta poblacional	(2)

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Índice anual de análisis de sangre, por distrito y foco, y por PDR o microscopía	Casos confirmados / población en riesgo x 1,000	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de informes mensuales recibidos de los establecimientos de salud y otros proveedores de servicios	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de pacientes con sospecha de malaria sometidos a una prueba parasitológica	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
Porcentaje de casos notificados dentro de 24 horas de detección	%	(1)	2018-2019				Sistema de vigilancia epidemiológica	(3)
La malaria es una enfermedad de notificación obligatoria dentro de 24 horas	Sí / No	Sí	2018				Revisión documental	(3)
Se han preparado y probado sobre el terreno procedimientos estandarizados de trabajo para todos los componentes de la vigilancia, y están en funcionamiento	Sí / No	No	2018				Revisión documental	(3)
<b>RESULTADO #3: MANEJO DE VECTORES FORTALECIDO CON GESTIÓN INTEGRADA</b>								
P6.01 Proporción del grupo población objetivo que recibió y/o utiliza el paquete apropiado de intervenciones en los últimos 12 meses	%	(1)	2018-2019	75%	90%	90%	Encuesta poblacional	(2)
Proporción del grupo objetivo de población en riesgo que duerme bajo mosquiteros impregnados con insecticida o que vive en casas rociadas con insecticidas de larga duración en los últimos 12 meses	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)
Porcentaje de focos activos y residuales no activos protegidos por insecticidas de larga duración, por año	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)

Indicadores	Unidad de Medida	Línea de Base (LB)	Año LB	1ª Fase	2ª Fase	Meta Final	Medios de Verificación	Comentarios
Porcentaje de la población que vive en focos activos y residuales no activos protegidos por insecticidas de larga duración, por foco y año	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)
Porcentaje de focos activos y residuales no activos protegidos por mosquiteros impregnados con insecticida, por año	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)
Porcentaje de focos activos y residuales no activos protegidos por mosquiteros impregnados con insecticida, por foco y año	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)
Porcentaje de focos activos y residuales no activos con actividades de control larvarios	%	(1)	2018-2019				Encuesta poblacional	(3)

(1) La línea de base se medirá en el primer trimestre de 2019.

(2) Indicador de desempeño (señalando con color verde las metas acordadas)

(3) Dentro del modelo de financiamiento basado en resultados de la IREM, se establecen metas para los indicadores del Marco de Desempeño, que son las que se incentivan. Una vez iniciada la operación, se establecerán los valores de línea de base para todos los indicadores de la Matriz de Resultados, lo que permitirá establecer los resultados esperados considerando los abordajes para la eliminación de la malaria. Estos resultados quedarán reflejados en las matrices de seguimiento.

(4) Entre los 38 indicadores de impacto y resultados se seleccionarán los que sean más relevantes para el seguimiento trimestral del avance hacia resultados. En la Matriz de Seguimiento, Apéndice de Plan de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación (Anexo VII) se presenta la estructura de dicha matriz.

**PRODUCTOS<sup>1</sup>**

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	2018	2019	2020	2021	2022	Medios de Verificación	Comentarios
<b>Componente #1: Incremento de la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria en las áreas endémicas</b>										
Microredes de servicios de diagnóstico establecidas, equipadas y funcionando a nivel nacional con énfasis en las regiones endémicas	Microredes	0	2018					23	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Laboratorios del MINSA, CSS y privados articulados y funcionando en red	Laboratorios	0	2018					189	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Personal de salud (médicos, enfermeros, auxiliares de salud y otro) capacitados en toma de muestra hemática, PDR y administración de tratamiento de malaria en áreas endémica.	Personal de salud	0	2018					1362	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Promotores capacitados en toma de muestra hemática, PDR y administración de tratamiento de personal de salud en áreas endémica.	Promotores	0	2018					120	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Realizado control de calidad del 100%+ y el 10% - (indirecta) y paneles enviados (directo)	%	N/A	2018					100% y 10%	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	

<sup>1</sup> La formulación y dimensionamiento de los productos serán revisados por el MINSA y equipo del Banco, en coordinación con los Socios, contando con mayor información sobre la caracterización de focos, entre otros insumos que todavía están en proceso de recolección. Así mismo, se acordará la proyección de metas físicas por año de implementación.

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	2018	2019	2020	2021	2022	Medios de Verificación	Comentarios
Equipos de salud (EBS) que gestionan la malaria en el área de responsabilidad	Equipos de salud	0	2018					25	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Servicios de salud con disponibilidad permanente de antimáricos e insumos para diagnóstico	Servicios de Salud	N/A	2018		826				Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
<b>Componente #2: Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en el nivel regional, local y nacional</b>										
Módulo de malaria en SISVIG diseñado y validado (Manejo de casos y entomología)	Módulos	0	2018		1				Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Equipos básicos de salud utilizando la información del SISVIG	Equipos básicos de salud	0	2018					25	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Puestos de SENAFRONT desarrollando acciones de malaria	Puestos de SENAFRONT	0	2018			3			Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Investigados todos (100%) los casos de malaria confirmados	%		2018					100%	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Personal de salud (médico general, técnico de vectores, enfermería) capacitados en análisis epidemiológico básica	Personal de salud	0	2018	86					Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Focos de malaria identificados	Focos	0	2018				12		Reportes de Avances en el	



Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	2018	2019	2020	2021	2022	Medios de Verificación	Comentarios
									Plan de Ejecución Plurianual	
Focos activos de malaria caracterizados e intervenidos	Focos	0	2018				12		Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Equipos de respuesta rápida en los focos activos operando	Equipos de respuesta rápida	0	2018					12	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
<b>Componente #3: Manejo integrado de vectores.</b>										
Investigaciones técnicas realizadas	Investigaciones	0	2018					4	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Investigaciones operativas realizadas	Investigaciones	0	2018					3	Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	Seguimiento Étnico
Rociados intradomiciliar realizados periódicamente en las comunidades con focos activos	Rociados		2018			7,000			Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	
Mosquiteros instalados	Mosquiteros		2018			20,000				
<b>Componente #4: Promoción de la salud y prevención de los riesgos de malaria</b>										
Integrado el abordaje de malaria en la plataforma comunitaria	Comunidades	0	2018				826		Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	Seguimiento Étnico
Implementado plan de cambio de comportamiento	Comunidades	0	2018				826		Reportes de Avances en el	Seguimiento Étnico

Productos	Unidad de Medida	Línea de Base	Año Línea de Base	2018	2019	2020	2021	2022	Medios de Verificación	Comentarios
									Plan de Ejecución Plurianual	
EBS implementando la estrategia de comunicación	Equipos básicos de salud	0	2018				25		Reportes de Avances en el Plan de Ejecución Plurianual	Seguimiento Étnico

EDT	Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin	IREM TI	IREM CP	IREM TOTAL	EMMEI	CHAI	OPS	IREM y SOCIOS TOTAL
0	Eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá al 2020	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$1.781.243	\$5.343.730	\$7.124.973	\$1.105.144	\$764.775	\$94.000	\$9.088.892
1	1. DTIR. Se ha incrementado la cobertura, calidad y oportunidad del diagnóstico y tratamiento de malaria.	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$537.810	\$446.766	\$984.576	\$208.343	\$193.181	\$4.000	\$1.390.100
1.1	P1.01 Número de casos de malaria de transmisión local en el último año	0 días	11/25/2022	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.2	P2.02 Proporción de personas que tuvieron fiebre sin síntomas respiratorios en áreas endémicas en las últimas 2 semanas que recibieron una prueba de diagnóstico o referencia al punto de atención.	0 días	11/25/2022	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.3	P3.02 Porcentaje de laboratorios que participan en las evaluaciones recomendadas por la OMS de control de la calidad (ACN-directo y AC externa).	0 días	11/25/2022	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4	P4.01 Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimalárico de primera línea de acuerdo a la política dentro de la 24 horas después del diagnóstico.	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$537.810	\$446.766	\$984.576	\$208.343	\$193.181	\$4.000	\$1.390.100
1.4.1	1.1 Integración de servicios de diagnóstico de malaria en red nacional y microrredes regionales de laboratorios de diagnóstico para el 2019	1160 días	6/18/2018	11/25/2022	\$0	\$243.660	\$243.660	\$196.756	\$0	\$4.000	\$444.416
1.4.1.1	23 Microredes de servicios de diagnóstico establecidas, equipadas y funcionando a nivel nacional con énfasis en las regiones endémicas	0 días	11/25/2022	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2	189 laboratorios del MINSA, CSS y privados articulados y funcionando en red	1160 días	6/18/2018	11/25/2022	\$0	\$243.660	\$243.660	\$196.756	\$0	\$4.000	\$444.416
1.4.1.2.1	1.1.1 Realizar un análisis de la red de microscopía	143 días	7/2/2018	1/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$29.067	\$0	\$4.000	\$33.067
1.4.1.2.1.1	Desarrollar el formulario de evaluación de la red de laboratorios	20 días	7/2/2018	7/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.1.2	Talleres para organizar llevado del formulario de inventario (nivel central a regional)	10 días	7/30/2018	8/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$8.067	\$0	\$0	\$8.067
1.4.1.2.1.3	Llenado del formulario (coordinadores regionales de laboratorios)	5 días	8/13/2018	8/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$7.000	\$0	\$0	\$7.000
1.4.1.2.1.4	Elaboración del plan de desarrollo de la red de laboratorios	113 días	8/13/2018	1/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$14.000	\$0	\$4.000	\$18.000
1.4.1.2.1.4.1	Selección del consultor	25 días	8/13/2018	9/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.1.4.1.1	Terminos de referencia	5 días	8/13/2018	8/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.1.4.1.2	Selección del Consultor (OPS)	15 días	8/20/2018	9/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.1.4.1.3	Suscripción del contrato y refrendo de Contraoría	5 días	9/10/2018	9/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.1.4.2	Desarrollo de la consultoría	88 días	9/17/2018	1/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$14.000	\$0	\$4.000	\$18.000
1.4.1.2.1.4.2.1	Recopilar la información del inventario de la red de laboratorios	22 días	9/17/2018	10/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$6.000	\$0	\$0	\$6.000
1.4.1.2.1.4.2.2	Elaborar plan de desarrollo de la red nacional de laboratorios	44 días	10/17/2018	12/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$8.000	\$0	\$0	\$8.000
1.4.1.2.1.4.2.3	Revisar y actualizar los lineamientos de funcionamiento de la red nacional de laboratorios y diseñar el flujograma de diagnóstico de malaria	22 días	12/18/2018	1/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$4.000	\$4.000
1.4.1.2.2	1.1.2 Integrar los servicios de diagnóstico de malaria del MINSA, CSS y entidades privadas en una red nacional de laboratorios	1078 días	9/17/2018	11/2/2022	\$0	\$20.880	\$20.880	\$0	\$0	\$0	\$20.880
1.4.1.2.2.1	Taller nacional de diseño de los lineamientos de funcionamiento de la red.	22 días	12/18/2018	1/16/2019	\$0	\$9.000	\$9.000	\$0	\$0	\$0	\$9.000
1.4.1.2.2.2	Distribución de materiales informativos	30 días	1/17/2019	2/27/2019	\$0	\$1.380	\$1.380	\$0	\$0	\$0	\$1.380
1.4.1.2.2.3	Taller de capacitación a regionales en los lineamientos	20 días	1/17/2019	2/13/2019	\$0	\$9.000	\$9.000	\$0	\$0	\$0	\$9.000
1.4.1.2.2.4	Taller a nivel local en los lineamientos	60 días	2/14/2019	5/8/2019	\$0	\$1.500	\$1.500	\$0	\$0	\$0	\$1.500
1.4.1.2.2.5	Monitoreo semestral del funcionamiento de la red de laboratorios	1078 días	9/17/2018	11/2/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.1	Monitoreo semestral	10 días	9/17/2018	9/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

1.4.1.2.2.5.2	Monitoreo semestral	10 días	7/4/2019	7/17/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.3	Monitoreo semestral	10 días	1/2/2020	1/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.4	Monitoreo semestral	10 días	7/2/2020	7/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.5	Monitoreo semestral	10 días	12/31/2020	1/13/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.6	Monitoreo semestral	10 días	7/1/2021	7/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.7	Monitoreo semestral	10 días	12/30/2021	1/12/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.8	Monitoreo semestral	10 días	6/16/2022	6/29/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.2.5.9	Monitoreo semestral	10 días	10/20/2022	11/2/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3	1.1.3/1.1.4 Incrementar el número de servicios de diagnóstico microscópico disponibles en las áreas endémicas y de riesgo	657 días	6/25/2018	12/29/2020	\$0	\$222.780	\$222.780	\$167.689	\$0	\$0	\$390.469
1.4.1.2.3.1	Contratación de tecnólogos médicos para las áreas endémicas (4)	657 días	6/25/2018	12/29/2020	\$0	\$211.440	\$211.440	\$0	\$0	\$0	\$211.440
1.4.1.2.3.1.1	Solicitud de contrato	15 días	6/25/2018	7/13/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.1.2	Definidos mecanismos de contratación y absorción del personal por parte del Estado (a partir de enero 2021)	80 días	7/16/2018	11/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.1.3	Selección de profesionales	30 días	11/5/2018	12/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.1.4	Suscripción del contrato	20 días	12/17/2018	1/11/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.1.5	Ejecución del contrato	520 días	1/2/2019	12/29/2020	\$0	\$211.440	\$211.440	\$0	\$0	\$0	\$211.440
1.4.1.2.3.1.5.1	Ejecución del contrato 2019	260 días	1/2/2019	12/31/2019	\$0	\$105.720	\$105.720	\$0	\$0	\$0	\$105.720
1.4.1.2.3.1.5.2	Ejecución del contrato 2020	260 días	1/1/2020	12/29/2020	\$0	\$105.720	\$105.720	\$0	\$0	\$0	\$105.720
1.4.1.2.3.2	Compra de microscopios	145 días	12/18/2018	7/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$167.689	\$0	\$0	\$167.689
1.4.1.2.3.2.1	Especificaciones técnicas	15 días	12/18/2018	1/7/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.2.2	Selección del proveedor	30 días	1/8/2019	2/18/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.2.3	Refrendo del contrato	40 días	2/19/2019	4/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.2.4	Recepción e instalación de los equipos	60 días	4/16/2019	7/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$167.689	\$0	\$0	\$167.689
1.4.1.2.3.3	Capacitación al personal en el diagnóstico de malaria	143 días	12/18/2018	7/4/2019	\$0	\$11.340	\$11.340	\$0	\$0	\$0	\$11.340
1.4.1.2.3.3.1	Validar el plan de capacitación	20 días	12/18/2018	1/14/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.3.3.2	Capacitación sobre gota gruesa a nivel local	20 días	1/15/2019	2/11/2019	\$0	\$7.730	\$7.730	\$0	\$0	\$0	\$7.730
1.4.1.2.3.3.3	Capacitación sobre gota gruesa a nivel regional	60 días	2/12/2019	5/6/2019	\$0	\$3.610	\$3.610	\$0	\$0	\$0	\$3.610
1.4.1.2.3.3.4	Capacitación tecnólogos médicos sobre calidad de laboratorio	60 días	4/12/2019	7/4/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4	1.1.5 Establecer microrredes para la gestión local de servicios de diagnóstico en las áreas endémicas de malaria	1160 días	6/18/2018	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.1	Celebrar reuniones con el fin de diseñar microrredes para la gestión local de diagnóstico	60 días	6/18/2018	9/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2	Monitoreo semestral del funcionamiento de la red de servicios de salud	980 días	2/25/2019	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.1	Monitoreo semestral	10 días	2/25/2019	3/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.2	Monitoreo semestral	10 días	8/26/2019	9/6/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.3	Monitoreo semestral	10 días	2/24/2020	3/6/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.4	Monitoreo semestral	10 días	8/24/2020	9/4/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.5	Monitoreo semestral	10 días	2/22/2021	3/5/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.6	Monitoreo semestral	10 días	8/23/2021	9/3/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.7	Monitoreo semestral	10 días	2/21/2022	3/4/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.8	Monitoreo semestral	10 días	8/22/2022	9/2/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.1.2.4.2.9	Monitoreo semestral	10 días	11/14/2022	11/25/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2	1.2 Garantizar que todos los pacientes sospechosos de malaria tengan un diagnóstico y tratamiento antes de las 48 horas del inicio de síntomas	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$530.810	\$182.406	\$713.216	\$9.672	\$193.181	\$0	\$916.069

1.4.2.1	1,362 Personal de salud (médicos, enfermeros, auxiliares de salud y otro) capacitados en toma de muestra hemática, PDR y administración de tratamiento de malaria en áreas endémica.	0 días	12/30/2022	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2	120 Promotores capacitados en toma de muestra hemática, PDR y administración de tratamiento de personal de salud en áreas endémica.	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$530.810	\$182.406	\$713.216	\$9.672	\$193.181	\$0	\$916.069
1.4.2.2.1	1.2.1 Capacitar al personal de salud en diagnóstico a través de PDR, toma de muestra hemática y esquema de tratamiento de malaria	273 días	6/25/2018	7/10/2019	\$95.800	\$19.714	\$115.514	\$0	\$0	\$0	\$115.514
1.4.2.2.1.1	Suscrito decreto Ministerial que amplíe la cobertura del uso de pruebas rápidas para diagnóstico de malaria	30 días	6/25/2018	8/3/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.1.2	Reunión con las regiones (MINSA y CSS) para definir los alcances del proceso de capacitación	15 días	12/18/2018	1/7/2019	\$0	\$5.750	\$5.750	\$0	\$0	\$0	\$5.750
1.4.2.2.1.3	Preparación de los materiales de capacitación	45 días	1/8/2019	3/11/2019	\$0	\$12.264	\$12.264	\$0	\$0	\$0	\$12.264
1.4.2.2.1.4	Desarrollo del programa de capacitación	132 días	1/8/2019	7/10/2019	\$95.800	\$1.700	\$97.500	\$0	\$0	\$0	\$97.500
1.4.2.2.1.4.1	Capacitación a nivel regional	44 días	1/8/2019	3/8/2019	\$43.300	\$1.700	\$45.000	\$0	\$0	\$0	\$45.000
1.4.2.2.1.4.2	Capacitación a nivel local	88 días	3/11/2019	7/10/2019	\$52.500	\$0	\$52.500	\$0	\$0	\$0	\$52.500
1.4.2.2.2	1.2.2 Formar y mantener una red de colaboradores comunitarios en las zonas endémicas de malaria	1301 días	1/1/2018	12/26/2022	\$278.760	\$51.827	\$330.587	\$9.672	\$163.181	\$0	\$503.440
1.4.2.2.2.1	Identificar las comunidades donde se quiere introducir un colaborador comunitario	20 días	6/11/2018	7/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$4.812	\$4.752	\$0	\$9.564
1.4.2.2.2.2	Seleccionar al colaborador comunitario en las comunidades endémicas	60 días	7/9/2018	9/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$4.820	\$0	\$0	\$4.820
1.4.2.2.2.3	Validar materiales para capacitar a los colaboradores comunitarios	20 días	10/1/2018	10/26/2018	\$0	\$0	\$0	\$40	\$2.126	\$0	\$2.166
1.4.2.2.2.4	Reproducir materiales para capacitar a los colaboradores comunitarios	30 días	10/29/2018	12/7/2018	\$0	\$7.200	\$7.200	\$0	\$1.858	\$0	\$9.058
1.4.2.2.2.5	1.2.2.3 Preparar kits de insumos y equipo para colaboradores comunitarios	790 días	11/12/2018	11/19/2021	\$0	\$24.200	\$24.200	\$0	\$7.132	\$0	\$31.332
1.4.2.2.2.5.1	Kits iniciales (110)	45 días	11/12/2018	1/11/2019	\$0	\$11.000	\$11.000	\$0	\$2.866	\$0	\$13.866
1.4.2.2.2.5.2	Reposición Kits 2019	45 días	7/1/2019	8/30/2019	\$0	\$4.400	\$4.400	\$0	\$2.133	\$0	\$6.533
1.4.2.2.2.5.3	Reposición Kits 2020	45 días	7/20/2020	9/18/2020	\$0	\$4.400	\$4.400	\$0	\$2.133	\$0	\$6.533
1.4.2.2.2.5.4	Reposición Kits 2021	45 días	9/20/2021	11/19/2021	\$0	\$4.400	\$4.400	\$0	\$0	\$0	\$4.400
1.4.2.2.2.6	Crear plan de capacitación de los colaboradores comunitarios	30 días	10/1/2018	11/9/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.2.7	1.2.2.4 Capacitaciones sobre la toma de muestra hemática, PDR, administración de tratamiento (nivel central a regional)	332 días	11/12/2018	2/18/2020	\$0	\$20.427	\$20.427	\$0	\$16.713	\$0	\$37.140
1.4.2.2.2.7.1	Capacitación 2018	66 días	11/12/2018	2/11/2019	\$0	\$10.000	\$10.000	\$0	\$11.142	\$0	\$21.142
1.4.2.2.2.7.2	Capacitación 2020	66 días	11/19/2019	2/18/2020	\$0	\$10.427	\$10.427	\$0	\$5.571	\$0	\$15.998
1.4.2.2.2.8	1.2.2.5 Capacitaciones a colaboradores voluntarios sobre la toma de muestra hemática, PDR, administración de tratamiento (nivel regional a local)	861 días	1/1/2018	4/19/2021	\$83.160	\$0	\$83.160	\$0	\$34.650	\$0	\$117.810
1.4.2.2.2.8.1	Capacitación COLVOL 2018	60 días	2/12/2019	5/6/2019	\$20.750	\$0	\$20.750	\$0	\$6.930	\$0	\$27.680
1.4.2.2.2.8.2	Capacitación COLVOL 2019	60 días	11/5/2019	1/27/2020	\$20.750	\$0	\$20.750	\$0	\$13.860	\$0	\$34.610
1.4.2.2.2.8.3	Capacitación COLVOL 2020	60 días	1/26/2021	4/19/2021	\$20.750	\$0	\$20.750	\$0	\$13.860	\$0	\$34.610
1.4.2.2.2.8.4	Capacitación COLVOL 2021	60 días	1/1/2018	3/23/2018	\$20.910	\$0	\$20.910	\$0	\$0	\$0	\$20.910
1.4.2.2.2.9	Proporcionar incentivos para los colaboradores comunitarios	1171 días	7/2/2018	12/26/2022	\$195.600	\$0	\$195.600	\$0	\$95.950	\$0	\$291.550
1.4.2.2.2.9.1	Estipendios a Colaboradores comunitarios en 2018	131 días	7/2/2018	12/31/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$33.000	\$0	\$33.000
1.4.2.2.2.9.2	Estipendios a Colaboradores comunitarios en 2019	260 días	1/1/2019	12/30/2019	\$65.000	\$0	\$65.000	\$0	\$33.000	\$0	\$98.000
1.4.2.2.2.9.3	Estipendios a Colaboradores comunitarios en 2020	260 días	12/31/2019	12/28/2020	\$65.000	\$0	\$65.000	\$0	\$29.950	\$0	\$94.950
1.4.2.2.2.9.4	Estipendios a Colaboradores comunitarios en 2021	260 días	12/29/2020	12/27/2021	\$65.600	\$0	\$65.600	\$0	\$0	\$0	\$65.600
1.4.2.2.2.9.5	Estipendios a Colaboradores comunitarios en 2022	260 días	12/28/2021	12/26/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.3	1.2.3 Realizar el diagnóstico de casos sospechosos de malaria a través de PDR y microscopía	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$156.250	\$0	\$156.250	\$0	\$0	\$0	\$156.250
1.4.2.2.3.1	Compra de PDR	981 días	7/2/2018	4/4/2022	\$156.250	\$0	\$156.250	\$0	\$0	\$0	\$156.250
1.4.2.2.3.1.1	Especificaciones técnicas	15 días	7/2/2018	7/20/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.3.1.2	Selección del proveedor	44 días	7/23/2018	9/20/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

1.4.2.2.3.1.3	Refrendo contraloría	22 días	9/21/2018	10/22/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.3.1.4	Recepción de las Pruebas de Diagnóstico Rápido	900 días	10/23/2018	4/4/2022	\$156.250	\$0	\$156.250	\$0	\$0	\$0	\$156.250
1.4.2.2.3.1.4.1	Compras para 2018 y 2019	40 días	10/23/2018	12/17/2018	\$68.750	\$0	\$68.750	\$0	\$0	\$0	\$68.750
1.4.2.2.3.1.4.2	Compras para 2020 y 2021	40 días	2/11/2020	4/6/2020	\$75.000	\$0	\$75.000	\$0	\$0	\$0	\$75.000
1.4.2.2.3.1.4.3	Compras para 2022	40 días	2/8/2022	4/4/2022	\$12.500	\$0	\$12.500	\$0	\$0	\$0	\$12.500
1.4.2.2.3.2	Seguimiento al uso de la PDR en el diagnóstico de Malaria	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.2.2.4	1.2.4 Realizar el tratamiento de casos diagnosticados de malaria	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$30.000	\$0	\$30.000
1.4.2.2.4.1	Seguimiento al tratamiento de casos diagnosticados con malaria	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$30.000	\$0	\$30.000
1.4.2.2.5	1.2.5/1.2.6 Realizar el seguimiento de casos diagnosticados de malaria	1210 días	4/18/2018	12/6/2022	\$0	\$110.865	\$110.865	\$0	\$0	\$0	\$110.865
1.4.2.2.5.1	Seguimiento e investigación de casos y tratamiento observado	1210 días	4/18/2018	12/6/2022	\$0	\$110.865	\$110.865	\$0	\$0	\$0	\$110.865
1.4.3	1.3 Garantizar la calidad del diagnóstico de malaria a través de microscopía y PDR	1190 días	4/23/2018	11/11/2022	\$0	\$20.700	\$20.700	\$0	\$0	\$0	\$20.700
1.4.3.1	Realizado control de calidad del 100%+ y el 10% - (indirecta) y paneles enviados (directo)	0 días	11/11/2022	11/11/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2	25 Equipos de salud (EBS) que gestionan la malaria en el area de responsabilidad	1190 días	4/23/2018	11/11/2022	\$0	\$20.700	\$20.700	\$0	\$0	\$0	\$20.700
1.4.3.2.1	1.3.1/1.3.2/1.3.3 Supervisar los laboratorios de control de calidad y los laboratorios locales	1190 días	4/23/2018	11/11/2022	\$0	\$20.700	\$20.700	\$0	\$0	\$0	\$20.700
1.4.3.2.1.1	Compra de laptop para personal de laboratorio	95 días	8/6/2018	12/14/2018	\$0	\$6.800	\$6.800	\$0	\$0	\$0	\$6.800
1.4.3.2.1.1.1	Especificaciones técnicas	15 días	8/6/2018	8/24/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.1.2	Selección de proveedor	20 días	8/27/2018	9/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.1.3	Contrato y Refrendo de Contraloría	30 días	9/24/2018	11/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.1.4	Recepción de los equipos	30 días	11/5/2018	12/14/2018	\$0	\$6.800	\$6.800	\$0	\$0	\$0	\$6.800
1.4.3.2.1.2	Capacitar a los supervisores de los laboratorios de control de calidad (nivel central a regional)	60 días	12/17/2018	3/8/2019	\$0	\$13.900	\$13.900	\$0	\$0	\$0	\$13.900
1.4.3.2.1.3	Definir y establecer flujos de logística para la adquisición y distribución de insumos	80 días	11/5/2018	2/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4	Realizar supervisión de los laboratorios (del MINSA, CSS, privados)	1190 días	4/23/2018	11/11/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.1	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	4/23/2018	5/18/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.2	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	10/22/2018	11/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.3	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	4/22/2019	5/17/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.4	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	10/21/2019	11/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.5	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	4/20/2020	5/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.6	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	10/19/2020	11/13/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.7	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	4/19/2021	5/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.8	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	10/18/2021	11/12/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.9	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	4/18/2022	5/13/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.3.2.1.4.10	Seguimiento de resultados y medidas correctivas	20 días	10/17/2022	11/11/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4	1.5 Garantizar la oportunidad y continuidad de la disponibilidad de insumos para tratamiento y diagnóstico de la malaria en todos los niveles del sistema de salud	240 días	4/23/2018	3/22/2019	\$7.000	\$0	\$7.000	\$1.915	\$0	\$0	\$8.915
1.4.4.1	826 Servicios de salud con disponibilidad permanente de antimálaricos e insumos para diagnóstico	240 días	4/23/2018	3/22/2019	\$7.000	\$0	\$7.000	\$1.915	\$0	\$0	\$8.915
1.4.4.1.1	1.5.1 Integrar los medicamentos antimaláricos e insumos de diagnóstico a los sistemas de adquisición y distribución en las Farmacias de las instalaciones del MINSA y la CSS	88 días	4/23/2018	8/22/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.1.1	Realizar una reunión con los integrantes de la cadena de suministros para incluir los antimaláricos en los sistemas de adquisición y distribución	44 días	4/23/2018	6/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

1.4.4.1.1.2	Enviar una nota formal a los directores regionales de salud con copia a las farmacias, los laboratorios regionales y a los encargados de los depósitos regionales para incluir los antimaláricos en los sistemas de adquisición y distribución	44 días	6/22/2018	8/22/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.2	<b>1.5.2 Integrar los medicamentos antimaláricos e insumos de diagnóstico a los sistemas de adquisición y distribución en las Farmacias de las instalaciones del MINSA y la CSS</b>	165 días	8/6/2018	3/22/2019	\$7.000	\$0	\$7.000	\$1.915	\$0	\$0	\$8.915
1.4.4.1.2.1	<b>Diseñar manual y un flujograma de procedimientos para realizar la cuantificación, adquisición, almacenamiento y distribución de los insumos de diagnóstico y tratamiento</b>	125 días	10/1/2018	3/22/2019	\$7.000	\$0	\$7.000	\$0	\$0	\$0	\$7.000
1.4.4.1.2.1.1	<b>Contratación de un consultor</b>	65 días	10/1/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.2.1.1.1	Términos de referencia	15 días	10/1/2018	10/19/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.2.1.1.2	Selección del consultor	20 días	10/22/2018	11/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.2.1.1.3	Contrato y refrendo de Contraloría	30 días	11/19/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
1.4.4.1.2.1.2	Desarrollo de la consultoría	60 días	12/31/2018	3/22/2019	\$7.000	\$0	\$7.000	\$0	\$0	\$0	\$7.000
1.4.4.1.2.2	Una reunión con los componentes de farmacia y la dirección de medicamentos e insumos de la salud	40 días	8/6/2018	9/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$1.915	\$0	\$0	\$1.915
2	<b>2. VIGILANCIA. Se fortalece la capacidad instalada para desarrollar una vigilancia epidemiológica.</b>	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$704.143	\$1.409.190	\$2.113.333	\$170.173	\$553.472	\$0	\$2.836.978
2.1	<b>P5.01 Porcentaje de casos de malaria investigados..., que cumplen con los estándares de calidad (completo, precisión, oportunidad, geolocalización y otros).</b>	0 días	12/30/2022	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2	<b>P5.02 Porcentaje de casos con investigación de caso y clasificación.</b>	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$704.143	\$1.409.190	\$2.113.333	\$170.173	\$553.472	\$0	\$2.836.978
2.2.1	<b>2.1 Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica con un flujo de datos horizontal</b>	500 días	1/1/2018	11/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$447.983	\$0	\$447.983
2.2.1.1	<b>Modulo de malaria en SISVIG diseñado y validado (Manejo de casos y entomología)</b>	500 días	1/1/2018	11/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$447.983	\$0	\$447.983
2.2.1.1.1	<b>2.1.1 Diseñar un módulo de malaria en el SISVIG para incorporar y analizar los datos de vigilancia</b>	260 días	1/1/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$329.400	\$0	\$329.400
2.2.1.1.1.1	Determinar los requerimientos del sistema	5 días	1/1/2018	1/5/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.1.2	Compartir los requerimientos del sistema con el desarrollador del módulo	15 días	1/8/2018	1/26/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.1.3	Desarrollar el módulo	150 días	1/29/2018	8/24/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$236.000	\$0	\$236.000
2.2.1.1.1.4	Diseñar perfiles de usuarios en el SISVIG para dar acceso a los datos y análisis que corresponden a su función	20 días	8/27/2018	9/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$59.100	\$0	\$59.100
2.2.1.1.1.5	Realizar pruebas del nuevo módulo a nivel central	20 días	9/24/2018	10/19/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.1.6	Realizar cambios en el nuevo módulo de acuerdo con los resultados de las pruebas	10 días	10/22/2018	11/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$28.800	\$0	\$28.800
2.2.1.1.1.7	Incorporar y validar en SISVIG los datos históricos de casos de malaria, intervenciones, investigaciones y focos	40 días	11/5/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5.500	\$0	\$5.500
2.2.1.1.2	<b>2.1.2 Realizar un plan piloto del nuevo módulo en SISVIG</b>	260 días	8/27/2018	8/23/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$160	\$0	\$160
2.2.1.1.2.1	Identificar las instalaciones de salud con acceso a SISVIG en la región seleccionada para el plan piloto	15 días	8/27/2018	9/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.2	Identificar personal para incorporar los datos en SISVIG en cada instalación de salud seleccionada para el plan piloto	15 días	9/17/2018	10/5/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.3	Crear un plan de capacitación para el personal identificado en las instalaciones de salud seleccionadas para el plan piloto	15 días	10/8/2018	10/26/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.4	Preparar materiales para la capacitación sobre SISVIG	15 días	10/29/2018	11/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.5	Validar materiales para la capacitación sobre SISVIG	15 días	11/19/2018	12/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.6	Realizar compra de tabletas y computadoras para el plan piloto, en caso necesario	80 días	12/10/2018	3/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.7	Capacitar al personal identificado para incorporar, validar y analizar los datos en SISVIG (nivel central a regional/local) para el plan piloto	15 días	4/1/2019	4/19/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$160	\$0	\$160
2.2.1.1.2.8	Monitorear y evaluar el uso del nuevo módulo de SISVIG durante el plan piloto	15 días	4/22/2019	5/10/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0



2.2.1.1.2.9	SISVIG	Revisar el progreso e identificar los puntos de mejora para la expansión del nuevo módulo de	15 días	5/13/2019	5/31/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.2.10		Crear un plan para la expansión del plan piloto del módulo al resto del país	60 días	6/3/2019	8/23/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.3		2.1.3 Expansión del plan piloto para el nuevo módulo de SISVIG	280 días	8/27/2018	9/20/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$118.423	\$0	\$118.423
2.2.1.1.3.1		Actualizar los materiales para capacitar al personal sobre SISVIG	280 días	8/27/2018	9/20/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$118.423	\$0	\$118.423
2.2.1.1.3.1.1		Crear un plan de capacitación y supervisión para el personal de salud	40 días	8/27/2018	10/19/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.3.1.2		Crear un plan de compras	60 días	10/22/2018	1/11/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.3.1.3		Capacitar al personal identificado para incorporar, validar y analizar los datos en SISVIG (nivel central a regional/local)	110 días	1/14/2019	6/14/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$118.423	\$0	\$118.423
2.2.1.1.3.1.4		Monitorear y evaluar el uso del nuevo módulo de SISVIG	150 días	1/14/2019	8/9/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.3.1.5		Revisar el progreso e identificar puntos de mejora de SISVIG	30 días	8/12/2019	9/20/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.4		2.1.4 Validar los datos en el nuevo módulo de SISVIG	120 días	6/17/2019	11/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.4.1		Realizar la revisión de datos de SISVIG (regional a local)	120 días	6/17/2019	11/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.4.2		Realizar la revisión de datos de SISVIG (nivel central a regional)	120 días	6/17/2019	11/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.1.1.5		Actualizar la norma con enfoque de eliminación	60 días	6/25/2018	9/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2		2.2 Ampliar el alcance del módulo de SISVIG para incluir la vigilancia entomológica y las intervenciones de control de vectores y desarrollar la capacidad de SISVIG para captar datos mediante equipos móviles	1227 días	4/18/2018	12/29/2022	\$0	\$257.000	\$257.000	\$0	\$105.489	\$0	\$362.489
2.2.2.1		25 Equipos básicos de salud utilizando la información del SISVIG	1227 días	4/18/2018	12/29/2022	\$0	\$257.000	\$257.000	\$0	\$105.489	\$0	\$362.489
2.2.2.1.1		2.2.1 Identificar los datos entomológicos y de control de vectores que se deben recopilar e incorporar a SISVIG para mejorar la gestión de las intervenciones	120 días	4/18/2018	10/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.1.1		Celebrar una reunión para identificar los indicadores clave de entomología y de control de vectores para incorporarlos al sistema SISVIG	60 días	4/18/2018	7/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.1.2		Adecuar los formularios de registro	60 días	7/11/2018	10/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.2		2.2.2 Desarrollar las nuevas funcionalidades de SISVIG	520 días	1/1/2021	12/29/2022	\$0	\$257.000	\$257.000	\$0	\$0	\$0	\$257.000
2.2.2.1.2.1		Mantemiento del sistema SISVIG	520 días	1/1/2021	12/29/2022	\$0	\$257.000	\$257.000	\$0	\$0	\$0	\$257.000
2.2.2.1.3		2.2.3 Realizar un plan piloto de la nueva funcionalidad y de los equipos móviles en una región	210 días	12/31/2018	10/18/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$105.489	\$0	\$105.489
2.2.2.1.3.1		Seleccionar una región para realizar un plan piloto de la nueva funcionalidad	10 días	12/31/2018	1/11/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.2		Identificar al personal que debe ser capacitado para manejar los equipos móviles y la nueva funcionalidad para el plan piloto	15 días	1/14/2019	2/1/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.3		Crear un plan de capacitación del personal identificado para el plan piloto	10 días	2/4/2019	2/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.4		Preparar materiales para la capacitación sobre los equipos móviles y la nueva funcionalidad	15 días	2/18/2019	3/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.5		Validar materiales para la capacitación sobre los equipos móviles y la nueva funcionalidad	20 días	3/11/2019	4/5/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$160	\$0	\$160
2.2.2.1.3.6		Realizar compra de tabletas y computadoras, en caso necesario	40 días	4/8/2019	5/31/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$48.400	\$0	\$48.400
2.2.2.1.3.7		Capacitar al personal identificado sobre el uso de la nueva funcionalidad (nivel central a regional/local)	30 días	6/3/2019	7/12/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$56.929	\$0	\$56.929
2.2.2.1.3.8		Monitorear y evaluar el uso de los equipos móviles y de la nueva funcionalidad	20 días	7/15/2019	8/9/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.9		Revisar el progreso e identificar los puntos de mejora para la expansión	30 días	8/12/2019	9/20/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.3.10		Crear un plan para la expansión del plan piloto de los equipos móviles y de la nueva funcionalidad a las otras áreas endémicas	20 días	9/23/2019	10/18/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4		2.2.4 Expansión del plan piloto de la nueva funcionalidad y de los equipos móviles	450 días	10/21/2019	7/9/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4.1		Actualizar materiales para capacitación	15 días	10/21/2019	11/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4.2		Identificar al personal que debe ser capacitado	20 días	11/11/2019	12/6/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4.3		Crear un plan de capacitación	15 días	12/9/2019	12/27/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4.4		Capacitar al personal identificado	60 días	12/30/2019	3/20/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.2.1.4.5		Revisar el progreso e identificar los puntos de mejora en los equipos móviles y la nueva funcionalidad	80 días	3/23/2020	7/10/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0



2.2.2.1.4.6	Realizar capacitaciones de actualización del personal identificado sobre los equipos móviles y la nueva funcionalidad	260 días	7/13/2020	7/9/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3	2.3 Involucrar a los organismos de control de fronteras en la vigilancia fronteriza	600 días	4/18/2018	8/4/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1	3 Puestos de SENAFRONT desarrollando acciones de malaria	600 días	4/18/2018	8/4/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.1	Establecer alianzas con organismos de control de fronteras (Senafront, Dirección de Migración, Senan etc.)	420 días	4/18/2018	11/26/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.1.1	Identificar a los organismos de control de fronteras que se deben involucrar	60 días	4/18/2018	7/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.1.2	Programar reuniones con los organismos de control de fronteras para asignar funciones	60 días	4/18/2018	7/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.1.3	Celebrar reuniones semestrales de seguimiento con los organismos de control de fronteras	360 días	7/11/2018	11/26/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.2	Capacitar al personal médico de los organismos de control de fronteras para la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de malaria	600 días	4/18/2018	8/4/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.2.1	Crear un plan de capacitación para el personal médico de control de fronteras	120 días	4/18/2018	10/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.2.2	Realizar capacitaciones del personal médico	120 días	10/3/2018	3/19/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.3.1.2.3	Realizar capacitaciones de actualización del personal médico	360 días	3/20/2019	8/4/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.4	2.4 Asegurar que el personal de salud está realizando la notificación e investigación de casos	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.4.1	Investigados todos (100%) los casos de malaria confirmados	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.4.1.1	Asegurar la investigación de casos de malaria según la norma utilizando los datos en SISVIG	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.4.1.2	Supervisar al personal de salud en la notificación e investigación de casos	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.4.1.3	Recordar al equipo integral de salud que la notificación e investigación de casos es su deber	1175 días	7/2/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.5	2.5 Desarrollar capacidades epidemiológicas en el personal de salud regional	130 días	7/2/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$170.173	\$0	\$0	\$170.173
2.2.5.1	86 Personal de salud (médico general, técnico de vectores, enfermería) capacitados en análisis epidemiológico básica	130 días	7/2/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$170.173	\$0	\$0	\$170.173
2.2.5.1.1	2.5.1 Capacitar al personal de salud en, al menos, un curso básico de epidemiología de campo	130 días	7/2/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$170.173	\$0	\$0	\$170.173
2.2.5.1.1.1	Preparar un curso de epidemiología de campo para los técnicos de control de vectores y el personal local de salud	30 días	7/2/2018	8/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$258	\$0	\$0	\$258
2.2.5.1.1.2	Comprar materiales, insumos y equipos (computadoras, punteros y retroproyectores), en caso necesario	20 días	8/13/2018	9/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.5.1.1.3	Realizar un curso de epidemiología de campo para los técnicos de control de vectores y el personal local de salud (nivel central a regional/local)	80 días	9/10/2018	12/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$169.915	\$0	\$0	\$169.915
2.2.6	2.6 Elaborar una programación de las investigaciones de focos que se van a realizar de acuerdo con un análisis de los datos de SISVIG desde la oficina	576 días	4/18/2018	7/1/2020	\$0	\$144.830	\$144.830	\$0	\$0	\$0	\$144.830
2.2.6.1	12 focos de malaria identificados	0 días	7/1/2020	7/1/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2	12 focos activos de malaria caracterizados e intervenidos	576 días	4/18/2018	7/1/2020	\$0	\$144.830	\$144.830	\$0	\$0	\$0	\$144.830
2.2.6.2.1	2.6.1 Actualizar las guías y los formularios para la investigación de focos	80 días	4/18/2018	8/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.1.1	Actualizar las guías y los formularios para la investigación de focos	50 días	4/18/2018	6/26/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.1.1.1	Adaptar las guías de OPS sobre la clasificación y definición de los focos	20 días	4/18/2018	5/15/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.1.1.2	Adaptar el formulario de investigación de focos	30 días	5/16/2018	6/26/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.1.2	Analizar desde la oficina los datos de SISVIG para determinar la ubicación, clasificación y el riesgo de cada foco de malaria	15 días	6/27/2018	7/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.1.3	Desarrollar un análisis para priorizar los focos de malaria y entender su transmisión	15 días	7/18/2018	8/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.2	2.6.2 Elaborar una programación sobre las investigaciones de focos que se van a realizar anualmente, según el nivel de riesgo	55 días	8/8/2018	10/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.2.1	Analizar los datos de SISVIG para determinar: ubicación, clasificación y riesgo de cada foco	15 días	8/8/2018	8/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.2.2	Desarrollar un análisis para priorizar los focos de malaria y entender su transmisión	30 días	8/29/2018	10/9/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.2.3	Elaborar una programación sobre las investigaciones de focos	10 días	10/10/2018	10/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.3	2.6.3 Realizar las investigaciones en campo para entender la transmisión de cada foco	526 días	6/27/2018	7/1/2020	\$0	\$144.830	\$144.830	\$0	\$0	\$0	\$144.830
2.2.6.2.3.1	Realizar las investigaciones de focos en campo para entender la transmisión	66 días	6/27/2018	9/26/2018	\$0	\$144.830	\$144.830	\$0	\$0	\$0	\$144.830

2.2.6.2.3.2	Cumplimentar los formularios de investigación de focos e incorporar los datos a SISVIG	15 días	9/27/2018	10/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.3.3	Crear un boletín epidemiológico integral regional	40 días	10/18/2018	12/12/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.3.4	Implementar microplanes de intervención en focos activos y residuales.	460 días	9/27/2018	7/1/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.3.5	Ejecutar supervisión de los microplanes	460 días	9/27/2018	7/1/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.4	2.6.4 Analizar los datos en SISVIG con el fin de mejorar la gestión de intervenciones	473 días	4/30/2018	2/19/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.4.1	Preparar un informe del análisis de los datos regionales/locales en la aplicación de la intervención (análisis integral anual y/o posterior a una intervención)	20 días	12/13/2018	1/9/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.4.2	Elaborar una programación de intervenciones para cada foco	30 días	1/10/2019	2/20/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.4.3	Intercambio de buenas practicas entre poblaciones afectadas por ETV	260 días	2/21/2019	2/19/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.6.2.4.4	Supervisar la calidad de la notificación e investigación de casos	260 días	4/30/2018	4/26/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7	2.7 Contener los brotes de malaria con intervenciones que han sido adaptadas a la hipótesis de transmisión de cada brote	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$64.710	\$64.710	\$0	\$0	\$0	\$64.710
2.2.7.1	12 Equipos de respuesta rápida en los focos activos operando	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$64.710	\$64.710	\$0	\$0	\$0	\$64.710
2.2.7.1.1	2.7.1 Garantizar la identificación, caracterización e investigación de brotes de malaria	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$64.710	\$64.710	\$0	\$0	\$0	\$64.710
2.2.7.1.1.1	Identificar cada brote utilizando el sistema de vigilancia SISVIG	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.1.2	Caracterizar el brote utilizando los datos de SISVIG	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.1.3	Realizar una investigación de campo integral	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$64.710	\$64.710	\$0	\$0	\$0	\$64.710
2.2.7.1.1.4	Analizar los resultados de la investigación del brote para crear una hipótesis de transmisión	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.1.5	Realizar un informe preliminar en menos de 48 horas indicando la hipótesis de transmisión	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.1.6	Actualizar el informe semanalmente	1305 días	1/1/2018	12/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2	Implementar intervenciones para contener el brote	1300 días	1/1/2018	12/23/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2.1	Elaborar una programación de intervenciones para contener al brote	60 días	1/1/2018	3/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2.2	Implementar las intervenciones programadas para contener el brote	1240 días	3/26/2018	12/23/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2.3	Analizar los datos en SISVIG para determinar si el brote ha sido contenido	1240 días	1/1/2018	9/30/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2.4	Realizar una reunión para programar intervenciones adicionales	1240 días	3/26/2018	12/23/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.7.1.2.5	Redactar un informe final después de la intervención para indicar el estado del brote	1240 días	3/26/2018	12/23/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8	2.8 Fortalecer la búsqueda activa de casos	580 días	9/27/2018	12/16/2020	\$704.143	\$942.650	\$1.646.793	\$0	\$0	\$0	\$1.646.793
2.2.8.1	Realizar la búsqueda activa en las comunidades seleccionadas	580 días	9/27/2018	12/16/2020	\$704.143	\$942.650	\$1.646.793	\$0	\$0	\$0	\$1.646.793
2.2.8.1.1	Contratar equipo de respuesta rápida a los focos de malaria	580 días	9/27/2018	12/16/2020	\$316.650	\$742.650	\$1.059.300	\$0	\$0	\$0	\$1.059.300
2.2.8.1.1.1	Definir la forma de operar y articularse de los Equipos de respuesta rápida	30 días	9/27/2018	11/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.1.2	Selección del personal	74 días	11/8/2018	2/19/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.1.2.1	Definición del contrato	10 días	11/8/2018	11/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.1.2.2	Proceso de selección	20 días	11/22/2018	12/19/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.1.2.3	Selección y refrendo	44 días	12/20/2018	2/19/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.1.3	Contratar técnico de control de vectores para gestion de los focos	520 días	12/20/2018	12/16/2020	\$0	\$266.400	\$266.400	\$0	\$0	\$0	\$266.400
2.2.8.1.1.4	Contratar personal de salud con conocimientos en epidemiología para la gestión de focos.	520 días	12/20/2018	12/16/2020	\$316.650	\$476.250	\$792.900	\$0	\$0	\$0	\$792.900
2.2.8.1.2	Gastos operativos para gestión de focos	520 días	12/20/2018	12/16/2020	\$243.493	\$200.000	\$443.493	\$0	\$0	\$0	\$443.493
2.2.8.1.3	Comprar equipos de transporte (vehículos y pangas) para mejorar el acceso a comunidades apartadas	149 días	1/1/2019	7/26/2019	\$144.000	\$0	\$144.000	\$0	\$0	\$0	\$144.000
2.2.8.1.3.1	Especificaciones técnicas	15 días	1/1/2019	1/21/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.3.2	Selección del proveedor	60 días	1/22/2019	4/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.3.3	Contrato y refrendo de contraloría	44 días	4/16/2019	6/14/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
2.2.8.1.3.4	Recepción de los equipos	30 días	6/17/2019	7/26/2019	\$144.000	\$0	\$144.000	\$0	\$0	\$0	\$144.000
3	3. VECTORES. Se ha implementado el manejo integrado de vectores fundamentado en la investigación entomológica y epidemiológica local	1113 días	3/1/2018	6/6/2022	\$0	\$1.964.981	\$1.964.981	\$333.759	\$0	\$0	\$2.298.740

3.1	<b>P6.01 Proporción del grupo población objetivo que recibió el paquete apropiado de intervenciones (duermen debajo de redes impregnadas con insecticida, viven en casas rociadas con ILD, gestión de focos, otras) en los últimos 12 meses</b>	0 días	6/6/2022	6/6/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2	<b>3.1 Desarrollar una vigilancia entomológica rutinaria con el fin de usar los resultados para mejorar la gestión de intervenciones</b>	1071 días	4/30/2018	6/6/2022	\$0	\$10.320	\$10.320	\$108.444	\$0	\$0	\$118.764
3.2.1	<b>4 Investigaciones técnicas realizadas</b>	0 días	6/6/2022	6/6/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2	<b>3 Investigaciones operativas realizadas</b>	1071 días	4/30/2018	6/6/2022	\$0	\$10.320	\$10.320	\$108.444	\$0	\$0	\$118.764
3.2.2.1	<b>3.1.1 Determinar el tipo de vigilancia entomológica necesaria para informar sobre las decisiones programáticas y elaborar una guía detallando la manera de desarrollarla</b>	1071 días	4/30/2018	6/6/2022	\$0	\$10.320	\$10.320	\$108.444	\$0	\$0	\$118.764
3.2.2.1.1	<b>Reuniones de seguimiento a la vigilancia entomológica</b>	995 días	8/14/2018	6/6/2022	\$0	\$10.320	\$10.320	\$3.798	\$0	\$0	\$14.118
3.2.2.1.1.1	Reunión anual 2018	15 días	8/14/2018	9/3/2018	\$0	\$0	\$0	\$2.000	\$0	\$0	\$2.000
3.2.2.1.1.2	Reunión anual 2019	15 días	3/19/2019	4/8/2019	\$0	\$2.825	\$2.825	\$1.798	\$0	\$0	\$4.623
3.2.2.1.1.3	Reunión anual 2020	15 días	4/7/2020	4/27/2020	\$0	\$2.825	\$2.825	\$0	\$0	\$0	\$2.825
3.2.2.1.1.4	Reunión anual 2021	15 días	4/27/2021	5/17/2021	\$0	\$2.825	\$2.825	\$0	\$0	\$0	\$2.825
3.2.2.1.1.5	Reunión anual 2022	15 días	5/17/2022	6/6/2022	\$0	\$1.845	\$1.845	\$0	\$0	\$0	\$1.845
3.2.2.1.2	<b>Determinar el tipo de vigilancia entomológica necesaria para informar sobre las decisiones programáticas y elaborar una guía detallando la manera de desarrollarla</b>	696 días	4/30/2018	12/28/2020	\$0	\$0	\$0	\$104.646	\$0	\$0	\$104.646
3.2.2.1.2.1	<b>Contratación de un consultor</b>	65 días	2/11/2019	5/10/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.1.1	Terminos de referencia	15 días	2/11/2019	3/1/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.1.2	Selección del consulto	20 días	3/4/2019	3/29/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.1.3	Contrato y Refrendo de Contraloría	30 días	4/1/2019	5/10/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.2	Desarrollo de la consultoría	66 días	5/13/2019	8/12/2019	\$0	\$0	\$0	\$10.500	\$0	\$0	\$10.500
3.2.2.1.2.3	Elaborar una guía de investigación entomológica operativa	60 días	4/30/2018	7/20/2018	\$0	\$0	\$0	\$841	\$0	\$0	\$841
3.2.2.1.2.4	Diseñar y elaborar investigaciones entomológicas	210 días	7/23/2018	5/10/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.5	elaborar protocolos de Investigaciones sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)	60 días	4/30/2018	7/20/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.6	implementar investigaciones	210 días	7/23/2018	5/10/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.7	Analizar resultados de investigaciones de comportamiento humano y vectorial para definir paquete de intervenciones entomológicas	60 días	5/13/2019	8/2/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.2.2.1.2.8	Realizar un curso de vigilancia entomológica de campo para los técnicos de control de vectores	520 días	1/1/2019	12/28/2020	\$0	\$0	\$0	\$75.723	\$0	\$0	\$75.723
3.2.2.1.2.9	Realizar un curso de intervenciones de control vectorial de campo para los técnicos de control de vectores	520 días	1/1/2019	12/28/2020	\$0	\$0	\$0	\$12.125	\$0	\$0	\$12.125
3.2.2.1.2.10	Insumos para vigilancia epidemiológica	520 días	1/1/2019	12/28/2020	\$0	\$0	\$0	\$5.457	\$0	\$0	\$5.457
3.3	<b>3.2 Implementar el manejo integrado de vectores para optimizar recursos y mejorar la eficacia</b>	130 días	3/1/2018	8/29/2018	\$0	\$34.800	\$34.800	\$1.982	\$0	\$0	\$36.782
3.3.1	<b>3.2.1 Elaborar una guía de manejo integrado de vectores</b>	130 días	3/1/2018	8/29/2018	\$0	\$34.800	\$34.800	\$1.982	\$0	\$0	\$36.782
3.3.1.1	Establecer un comité técnico de trabajo con personal practicando con diferentes vectores	15 días	3/1/2018	3/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.3.1.2	Celebrar una reunión para identificar el contenido de una guía sobre del manejo integrado de control de vectores	15 días	3/22/2018	4/11/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.3.1.3	Elaborar la guía de manejo integrado de vectores basada en el contenido discutido en la reunión del comité técnico	40 días	4/12/2018	6/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$1.982	\$0	\$0	\$1.982
3.3.1.4	Validar y presentar la guía de manejo integrado de vectores	60 días	6/7/2018	8/29/2018	\$0	\$34.800	\$34.800	\$0	\$0	\$0	\$34.800
3.4	<b>3.3 Realizar el rociamiento intradomiciliar con insecticida de acción residual en las comunidades seleccionadas</b>	780 días	4/19/2018	4/14/2021	\$0	\$709.750	\$709.750	\$223.333	\$0	\$0	\$933.083
3.4.1	<b>7,000 Rociados intradomiciliar realizados periódicamente en las comunidades con focos activos</b>	780 días	4/19/2018	4/14/2021	\$0	\$709.750	\$709.750	\$223.333	\$0	\$0	\$933.083
3.4.1.1	<b>3.3.1 Desarrollar una estrategia anual para el RRI empleando información de SISVIG</b>	780 días	4/19/2018	4/14/2021	\$0	\$709.750	\$709.750	\$223.333	\$0	\$0	\$933.083
3.4.1.1.1	Seleccionar las localidades donde se realizará el rociado utilizando mapas elaborados con los datos de SISVIG	60 días	4/19/2018	7/11/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

3.4.1.1.2	Crear un plan para el rociado anual	40 días	7/12/2018	9/5/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.4.1.1.3	Ejecutar el plan de rociado residual intradomiciliar	720 días	7/12/2018	4/14/2021	\$0	\$700.000	\$700.000	\$223.333	\$0	\$0	\$923.333
3.4.1.1.4	Actualizar el plan de rociado de manera semestral	720 días	7/12/2018	4/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.4.1.1.5	Evaluar la estrategia anual con el comité técnico de manejo integrado de vectores para su revisión y aprobación	720 días	7/12/2018	4/14/2021	\$0	\$9.750	\$9.750	\$0	\$0	\$0	\$9.750
3.4.1.1.6	Finalizar y presentar la estrategia anual de rociado con algún comentario o cambio (nivel central a regional)	720 días	7/12/2018	4/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5	3.4 Proporcionar mosquiteros (para cama o hamaca) impregnados con insecticida a las comunidades seleccionadas	655 días	4/18/2018	10/20/2020	\$0	\$360.131	\$360.131	\$0	\$0	\$0	\$360.131
3.5.1	20,000 Mosquiteros instalados	655 días	4/18/2018	10/20/2020	\$0	\$360.131	\$360.131	\$0	\$0	\$0	\$360.131
3.5.1.1	3.4.5 Proporcionar mosquiteros impregnados con insecticida a las comunidades con entrenamiento para el uso y cuidado apropiado	655 días	4/18/2018	10/20/2020	\$0	\$360.131	\$360.131	\$0	\$0	\$0	\$360.131
3.5.1.1.1	Negociación intercultural de introducción del mosquitero	120 días	4/18/2018	10/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.2	Ejecutar un piloto de aceptación y efectividad del mosquitero	120 días	6/13/2018	11/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.3	Adquisición de mosquiteros	115 días	11/28/2018	5/7/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.3.1	Especificaciones técnicas	15 días	11/28/2018	12/18/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.3.2	Selección del proveedor	20 días	12/19/2018	1/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.3.3	Contrato y refrendo de la Contraloría.	40 días	1/16/2019	3/12/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.3.4	Recepción de los mosquiteros	40 días	3/13/2019	5/7/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.5.1.1.4	Distribución de mosquiteros	120 días	5/8/2019	10/22/2019	\$0	\$239.054	\$239.054	\$0	\$0	\$0	\$239.054
3.5.1.1.5	Campaña de comunicación para adopcion de los mosquiteros	260 días	11/28/2018	11/26/2019	\$0	\$67.120	\$67.120	\$0	\$0	\$0	\$67.120
3.5.1.1.6	Recolección y reciclaje de los mosquiteros	260 días	10/23/2019	10/20/2020	\$0	\$53.957	\$53.957	\$0	\$0	\$0	\$53.957
3.6	3.6 Monitorear y evaluar la cobertura e impacto de las intervenciones de control de vectores	600 días	8/1/2018	11/17/2020	\$0	\$42.500	\$42.500	\$0	\$0	\$0	\$42.500
3.6.1	3.6.1 Realizar la gestión de calidad de insumos para tomar medidas de intervención de control de vectores	120 días	8/1/2018	1/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.6.1.1	Analizar los datos de investigaciones epidemiológicas, entomológicas, poblacionales y de control de vectores de manera semestral para comprobar si las intervenciones previas han sido efectivas	60 días	8/1/2018	10/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.6.1.2	Elaborar un plan para prevenir la resistencia a los insecticidas	60 días	10/24/2018	1/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.6.1.3	Elaborar un plan de almacenamiento, despacho y retirada de productos con insecticida	60 días	10/24/2018	1/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.6.2	3.6.2 Revisar los resultados de las intervenciones de control de vectores para identificar e implementar puntos de mejora	557 días	10/1/2018	11/17/2020	\$0	\$42.500	\$42.500	\$0	\$0	\$0	\$42.500
3.6.2.1	Elaborar plan para almacenamiento, despacho, retirada de productos con insecticida	60 días	10/1/2018	12/21/2018	\$0	\$3.300	\$3.300	\$0	\$0	\$0	\$3.300
3.6.2.2	Identificar puntos de mejora para su consideración en futuras programaciones	480 días	1/16/2019	11/17/2020	\$0	\$39.200	\$39.200	\$0	\$0	\$0	\$39.200
3.6.2.3	Realizar una reunión de retroalimentación con los técnicos de control de vectores (nivel central a regional/local)	480 días	1/16/2019	11/17/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
3.7	Investigación entomológica	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$807.480	\$807.480	\$0	\$0	\$0	\$807.480
3.7.1	Entomologo	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$200.000	\$200.000	\$0	\$0	\$0	\$200.000
3.7.2	Capacitación regional en entomología	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$40.000	\$40.000	\$0	\$0	\$0	\$40.000
3.7.3	inversión en instalación	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$64.000	\$64.000	\$0	\$0	\$0	\$64.000
3.7.4	Costo de operación anual	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$52.000	\$52.000	\$0	\$0	\$0	\$52.000
3.7.5	Auxiliar de laboratorio	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$288.480	\$288.480	\$0	\$0	\$0	\$288.480
3.7.6	Viaticos para la operación	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$0	\$163.000	\$163.000	\$0	\$0	\$0	\$163.000
4	4. Se ha implementado la promoción de la salud y la prevención para disminuir los riesgos de enfermar por malaria, a través de la participación activa de la población	1041 días	1/1/2018	12/27/2021	\$489.290	\$407.470	\$896.760	\$350.437	\$0	\$0	\$1.247.197
4.1	P4.02 Proporción de casos confirmados que contactaron a los servicios de salud (incluyendo trabajadores comunitarios) dentro de las 48 horas después de presentar síntomas	0 días	2/25/2019	2/25/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.2	P4.03 Porcentaje de casos con tratamiento completo supervisado	0 días	2/25/2019	2/25/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

4.3	4.1 Implicar a las autoridades, los líderes locales y las personas comunitarias en las actividades para la eliminación de la malaria	1041 días	1/1/2018	12/27/2021	\$412.290	\$338.530	\$750.820	\$290.245	\$0	\$0	\$1.041.065
4.3.1	En 826 comunidades Integrado el abordaje de malaria en la plataforma comunitaria	1041 días	1/1/2018	12/27/2021	\$412.290	\$338.530	\$750.820	\$290.245	\$0	\$0	\$1.041.065
4.3.1.1	4.1.1 Participar en congresos indígenas, reuniones de alcaldes y representantes de corregimientos para analizar conjuntamente la situación e implicaciones de la malaria en la salud de la población y el desarrollo productivo local	230 días	4/24/2018	3/11/2019	\$202.470	\$2.410	\$204.880	\$7.225	\$0	\$0	\$212.105
4.3.1.1.1	Identificar la estructura y las personas que forman las autoridades (comarcales y políticas) existentes en las regiones receptivas de malaria	60 días	4/24/2018	7/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.1.2	Coordinar reuniones con las autoridades (comarcales y políticas)	30 días	7/17/2018	8/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$7.048	\$0	\$0	\$7.048
4.3.1.1.3	Preparar materiales para las reuniones con las autoridades	30 días	8/28/2018	10/8/2018	\$0	\$2.410	\$2.410	\$177	\$0	\$0	\$2.587
4.3.1.1.4	Celebrar las reuniones con las autoridades para informar a las comunidades sobre el PEEM	110 días	10/9/2018	3/11/2019	\$202.470	\$0	\$202.470	\$0	\$0	\$0	\$202.470
4.3.1.2	4.1.2/4.1.3 Establecer mecanismos de alianza estratégica con autoridades y dirigentes de las comunidades	1041 días	1/1/2018	12/27/2021	\$171.360	\$313.500	\$484.860	\$281.370	\$0	\$0	\$766.230
4.3.1.2.1	Elaborar un acuerdo y desarrollar su divulgación a las autoridades (el acuerdo es un compromiso de participación en las actividades establecidas en el PEEM)	30 días	1/1/2018	2/9/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.2	Celebrar una reunión para la firma del acuerdo	60 días	1/1/2018	3/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.3	Comunicar el acuerdo y delegar las actividades al nivel local	60 días	1/1/2018	3/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.4	Celebrar reuniones entre las comunidades afectadas por malaria para compartir sus experiencias	320 días	1/1/2018	3/22/2019	\$0	\$134.600	\$134.600	\$0	\$0	\$0	\$134.600
4.3.1.2.5	Contratar educadores de la salud para avanzar las estrategias interculturales	780 días	1/1/2019	12/27/2021	\$171.360	\$0	\$171.360	\$0	\$0	\$0	\$171.360
4.3.1.2.6	Medios de transporte para cada región	143 días	9/3/2018	3/20/2019	\$0	\$120.000	\$120.000	\$281.370	\$0	\$0	\$401.370
4.3.1.2.6.1	Especificaciones técnicas	15 días	9/3/2018	9/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.6.2	Selección del proveedor	40 días	9/24/2018	11/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.6.3	Refrendo de contraloría	44 días	11/19/2018	1/17/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.2.6.4	Recepción de los vehículos	44 días	1/18/2019	3/20/2019	\$0	\$120.000	\$120.000	\$281.370	\$0	\$0	\$401.370
4.3.1.2.7	Actividades de promoción en las comunidades	780 días	10/1/2018	9/24/2021	\$0	\$58.900	\$58.900	\$0	\$0	\$0	\$58.900
4.3.1.3	Compra de laptops	80 días	9/24/2018	1/11/2019	\$0	\$2.800	\$2.800	\$0	\$0	\$0	\$2.800
4.3.1.4	4..1.4 Informar a los agentes tradicionales de salud de las comunidades de áreas endémicas sobre la detección de casos sospechosos	944 días	4/24/2018	12/3/2021	\$0	\$19.820	\$19.820	\$1.650	\$0	\$0	\$21.470
4.3.1.4.1	Identificar a los agentes tradicionales de salud en las comunidades e invitarlos a un encuentro intercultural	60 días	4/24/2018	7/16/2018	\$0	\$400	\$400	\$0	\$0	\$0	\$400
4.3.1.4.2	Celebrar una reunión intercultural con los agentes tradicionales de salud	60 días	7/17/2018	10/8/2018	\$0	\$9.620	\$9.620	\$0	\$0	\$0	\$9.620
4.3.1.4.3	Definir con los agentes tradicionales los mecanismos de participación en la detección de pacientes febriles para el diagnóstico de malaria	44 días	10/9/2018	12/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.4.4	Celebrar una reunión entre las personas de promoción y los agentes tradicionales para sensibilizar sobre el tema de la malaria.	780 días	12/10/2018	12/3/2021	\$0	\$9.800	\$9.800	\$1.650	\$0	\$0	\$11.450
4.3.1.4.5	Generar reportes de avances para el analisis y toma de decisiones de las Autoridades Nacionales	260 días	4/30/2018	4/26/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.3.1.5	4.1.5 Actividades para la integrar a la mujer en acciones de vigilancia y promoción de la salud para la eliminación de la malaria	780 días	10/1/2018	9/24/2021	\$38.460	\$0	\$38.460	\$0	\$0	\$0	\$38.460
4.4	4.2 Diseñar e implementar una estrategia de comunicación enfocada hacia cada comarca	845 días	4/25/2018	7/20/2021	\$77.000	\$51.420	\$128.420	\$60.192	\$0	\$0	\$188.612
4.4.1	En 826 comunidades implementado plan de cambio de comportamiento	845 días	4/25/2018	7/20/2021	\$77.000	\$51.420	\$128.420	\$60.192	\$0	\$0	\$188.612
4.4.1.1	4.2.1 Sensibilizar a los funcionarios del sistema de salud sobre temas de interculturalidad	732 días	10/1/2018	7/20/2021	\$0	\$9.540	\$9.540	\$12.192	\$0	\$0	\$21.732
4.4.1.1.1	Diseñar una estrategia para sensibilizar a los funcionarios del sistema de salud con el fin de mejorar la comunicación con las personas comunitarias	66 días	10/1/2018	12/31/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.1.2	Preparar los materiales para los talleres de comunicación de malaria en cada región dirigidos a los funcionarios de salud	66 días	1/1/2019	4/2/2019	\$0	\$0	\$0	\$12.192	\$0	\$0	\$12.192
4.4.1.1.3	Validar materiales para los talleres de comunicación de malaria en cada región dirigidos hacia los funcionarios del sistema de salud (Grupos de Enfoque)	40 días	4/3/2019	5/28/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0



4.4.1.1.4	Validar materiales para los talleres de comunicación de malaria en cada región dirigidos hacia los funcionarios del sistema de salud (Nivel Central)	40 días	5/29/2019	7/23/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.1.5	Sensibilizar a los funcionarios del sistema de salud sobre la manera óptima de comunicar con las personas comunitarias (regional a regional/local)	520 días	7/24/2019	7/20/2021	\$0	\$9.540	\$9.540	\$0	\$0	\$0	\$9.540
4.4.1.2	4.2.2 Desarrollar una estrategia de comunicación enfocada hacia cada comarca	676 días	9/3/2018	4/5/2021	\$0	\$0	\$0	\$48.000	\$0	\$0	\$48.000
4.4.1.2.1	Caracterizar socioculturalmente a las poblaciones indígenas y analizar su concepción, percepción y abordaje de la malaria	676 días	9/3/2018	4/5/2021	\$0	\$0	\$0	\$48.000	\$0	\$0	\$48.000
4.4.1.2.1.1	Contratación de antropólogos	156 días	9/3/2018	4/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.2.1.1.1	Terminos de referencia	20 días	9/3/2018	9/28/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.2.1.1.2	Selección del consultor	70 días	10/1/2018	1/4/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.2.1.1.3	Contra y refrendo	66 días	1/7/2019	4/8/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.2.1.2	Desarrollo de la consultoría	520 días	4/9/2019	4/5/2021	\$0	\$0	\$0	\$48.000	\$0	\$0	\$48.000
4.4.1.3	4.2.3 Preparar materiales y contenidos para transmitir información sobre la malaria a cada comarca	148 días	2/4/2019	8/28/2019	\$25.000	\$3.200	\$28.200	\$0	\$0	\$0	\$28.200
4.4.1.3.1	Preparar materiales promocionales sobre la transmisión de malaria, la eliminación de criaderos, diagnóstico, tratamiento y prevención, tanto para una audiencia general como para escolares	88 días	2/4/2019	6/5/2019	\$0	\$3.200	\$3.200	\$0	\$0	\$0	\$3.200
4.4.1.3.2	Preparar charlas bilingües sobre la transmisión de la malaria, eliminación de criaderos, diagnóstico, tratamiento y prevención para una audiencia general en las comarcas	88 días	2/4/2019	6/5/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.3.3	Diseñar contenidos de radio bilingües con las lenguas apropiadas para cada comarca	88 días	2/4/2019	6/5/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.3.4	Diseñar videos educativos para los colegios y para las instalaciones de salud en las lenguas apropiadas para cada comarca	60 días	6/6/2019	8/28/2019	\$25.000	\$0	\$25.000	\$0	\$0	\$0	\$25.000
4.4.1.4	4.2.4 Validar materiales y contenidos para transmitir información sobre la malaria a cada comarca	420 días	4/25/2018	12/3/2019	\$0	\$4.290	\$4.290	\$0	\$0	\$0	\$4.290
4.4.1.4.1	Validar los materiales promocionales sobre malaria (regionales)	60 días	4/25/2018	7/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.4.2	Validar las charlas bilingües con las lenguas apropiadas para cada comarca (regionales)	60 días	7/18/2018	10/9/2018	\$0	\$1.430	\$1.430	\$0	\$0	\$0	\$1.430
4.4.1.4.3	Validar las charlas bilingües con las lenguas apropiadas para cada comarca (grupos focales)	60 días	10/10/2018	1/1/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.4.4	Validar los contenidos de radio bilingües con las lenguas apropiadas para cada comarca (regionales)	60 días	1/2/2019	3/26/2019	\$0	\$1.430	\$1.430	\$0	\$0	\$0	\$1.430
4.4.1.4.5	Validar los contenidos de radio bilingües con las lenguas apropiadas para cada comarca (grupos focales)	60 días	3/27/2019	6/18/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.4.6	Validar los videos educativos con las lenguas apropiadas para cada comarca (regionales)	60 días	6/19/2019	9/10/2019	\$0	\$1.430	\$1.430	\$0	\$0	\$0	\$1.430
4.4.1.4.7	Validar los videos educativos con las lenguas apropiadas para cada comarca (grupos focales)	60 días	9/11/2019	12/3/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
4.4.1.5	4.2.5 Divulgar materiales y contenidos para transmitir información sobre la malaria a las poblaciones afectadas	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$52.000	\$34.390	\$86.390	\$0	\$0	\$0	\$86.390
4.4.1.5.1	Divulgar materiales educativos sobre la transmisión de malaria, eliminación de criaderos, diagnóstico, tratamiento y prevención para una audiencia general en las comarcas	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$0	\$7.780	\$7.780	\$0	\$0	\$0	\$7.780
4.4.1.5.2	Emitir el contenido por radio	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$52.000	\$0	\$52.000	\$0	\$0	\$0	\$52.000
4.4.1.5.3	Realizar charlas bilingües en las comunidades de riesgo sobre la transmisión de malaria, eliminación de criaderos, diagnóstico, tratamiento y prevención en las comarcas	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$0	\$16.860	\$16.860	\$0	\$0	\$0	\$16.860
4.4.1.5.4	Implementar los materiales en las escuelas	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$0	\$2.500	\$2.500	\$0	\$0	\$0	\$2.500
4.4.1.5.5	Repartir los equipos audiovisuales necesarios para reproducir y presentar el video educativo en las instalaciones de salud y las escuelas	520 días	6/6/2019	6/2/2021	\$0	\$7.250	\$7.250	\$0	\$0	\$0	\$7.250
4.5	4.3 Desarrollar e implementar una estrategia de comunicación dirigida a los migrantes, los organismos de control de fronteras, los educadores y la policía nacional	740 días	4/24/2018	2/22/2021	\$0	\$17.520	\$17.520	\$0	\$0	\$0	\$17.520
4.5.1	25 EBS implementando la estrategia de comunicación	740 días	4/24/2018	2/22/2021	\$0	\$17.520	\$17.520	\$0	\$0	\$0	\$17.520
4.5.1.1	4.3.1 Desarrollar una estrategia de comunicación dirigida a los migrantes, los organismos de control de fronteras, los educadores y la policía nacional	220 días	4/24/2018	2/25/2019	\$0	\$9.030	\$9.030	\$0	\$0	\$0	\$9.030
4.5.1.1.1	Diseñar una estrategia para comunicar temas de malaria a los migrantes	66 días	4/24/2018	7/24/2018	\$0	\$4.030	\$4.030	\$0	\$0	\$0	\$4.030
4.5.1.1.2	Preparar materiales promocionales entregables sobre la transmisión de malaria	88 días	7/25/2018	11/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

4.5.1.1.3	Diseñar videos educativos para colegios e instalaciones de salud en las regiones endémicas	66 días	11/26/2018	2/25/2019	\$0	\$5.000	\$5.000	\$0	\$0	\$0	\$5.000
4.5.1.2	<b>4.2.3.4 Divulgar materiales educativos sobre la transmisión de malaria, eliminación de criaderos</b>	520 días	2/26/2019	2/22/2021	\$0	\$8.490	\$8.490	\$0	\$0	\$0	\$8.490
5	<b>5. TRANSVERSALES. Establecidos mecanismos de gestión que asegura la eliminación de la malaria</b>	<b>1301 días</b>	<b>1/1/2018</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>\$50.000</b>	<b>\$914.463</b>	<b>\$964.463</b>	<b>\$42.432</b>	<b>\$18.122</b>	<b>\$90.000</b>	<b>\$1.115.017</b>
5.1	<b>P7.01 Porcentaje de puntos atención y establecimientos diagnóstico con disponibilidad permanente de equipos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria de acuerdo a estándares</b>	<b>0 días</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.2	<b>5.1 Formar un comité gerencial nacional que coordine esfuerzos, recursos y fondos con una visión de país</b>	<b>1301 días</b>	<b>1/1/2018</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$455.533</b>	<b>\$455.533</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3.574</b>	<b>\$0</b>	<b>\$459.107</b>
5.2.1	<b>Conformar el Comité Ejecutivo de Gestión</b>	<b>60 días</b>	<b>2/1/2018</b>	<b>4/25/2018</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3.574</b>	<b>\$0</b>	<b>\$3.574</b>
5.2.1.1	Reunir al comité gerencial nacional para presentar a todos los actores clave	30 días	2/1/2018	3/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$3.574	\$0	\$3.574
5.2.1.2	Crear los estatutos de funcionamiento del comité gerencial nacional y de los comités regionales	30 días	3/15/2018	4/25/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.2	<b>Contratación del coordinador general de la IREM</b>	<b>1260 días</b>	<b>1/1/2018</b>	<b>10/28/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$455.533</b>	<b>\$455.533</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$455.533</b>
5.2.2.1	Términos de referencia	22 días	1/1/2018	1/30/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.2.2	Selección del consultor	33 días	1/31/2018	3/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.2.3	Contrato y refrendo de la Contraloría	33 días	3/19/2018	5/2/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.2.4	<b>Coordinación general de la IREM</b>	<b>1056 días</b>	<b>7/2/2018</b>	<b>7/18/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$144.000</b>	<b>\$144.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$144.000</b>
5.2.2.4.1	Coordinación general de la IREM 1	22 días	7/2/2018	7/31/2018	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.2	Coordinación general de la IREM 2	22 días	8/1/2018	8/30/2018	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.3	Coordinación general de la IREM 3	22 días	8/31/2018	10/1/2018	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.4	Coordinación general de la IREM 4	22 días	10/2/2018	10/31/2018	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.5	Coordinación general de la IREM 5	22 días	11/1/2018	11/30/2018	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.6	Coordinación general de la IREM 6	22 días	12/3/2018	1/1/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.7	Coordinación general de la IREM 7	22 días	1/2/2019	1/31/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.8	Coordinación general de la IREM 8	22 días	2/1/2019	3/4/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.9	Coordinación general de la IREM 9	22 días	3/5/2019	4/3/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.10	Coordinación general de la IREM 10	22 días	4/4/2019	5/3/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.11	Coordinación general de la IREM 11	22 días	5/6/2019	6/4/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.12	Coordinación general de la IREM 12	22 días	6/5/2019	7/4/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.13	Coordinación general de la IREM 13	22 días	7/5/2019	8/5/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.14	Coordinación general de la IREM 14	22 días	8/6/2019	9/4/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.15	Coordinación general de la IREM 15	22 días	9/5/2019	10/4/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.16	Coordinación general de la IREM 16	22 días	10/7/2019	11/5/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.17	Coordinación general de la IREM 17	22 días	11/6/2019	12/5/2019	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.18	Coordinación general de la IREM 18	22 días	12/6/2019	1/6/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.19	Coordinación general de la IREM 19	22 días	1/7/2020	2/5/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.20	Coordinación general de la IREM 20	22 días	2/6/2020	3/6/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.21	Coordinación general de la IREM 21	22 días	3/9/2020	4/7/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.22	Coordinación general de la IREM 22	22 días	4/8/2020	5/7/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.23	Coordinación general de la IREM 23	22 días	5/8/2020	6/8/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.24	Coordinación general de la IREM 24	22 días	6/9/2020	7/8/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.25	Coordinación general de la IREM 25	22 días	7/9/2020	8/7/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.26	Coordinación general de la IREM 26	22 días	8/10/2020	9/8/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.27	Coordinación general de la IREM 27	22 días	9/9/2020	10/8/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.28	Coordinación general de la IREM 28	22 días	10/9/2020	11/9/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.29	Coordinación general de la IREM 29	22 días	11/10/2020	12/9/2020	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000

5.2.2.4.30	Coordinación general de la IREM 30	22 días	12/10/2020	1/8/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.31	Coordinación general de la IREM 31	22 días	1/11/2021	2/9/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.32	Coordinación general de la IREM 32	22 días	2/10/2021	3/11/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.33	Coordinación general de la IREM 33	22 días	3/12/2021	4/12/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.34	Coordinación general de la IREM 34	22 días	4/13/2021	5/12/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.35	Coordinación general de la IREM 35	22 días	5/13/2021	6/11/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.36	Coordinación general de la IREM 36	22 días	6/14/2021	7/13/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.37	Coordinación general de la IREM 37	22 días	7/14/2021	8/12/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.38	Coordinación general de la IREM 38	22 días	8/13/2021	9/13/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.39	Coordinación general de la IREM 39	22 días	9/14/2021	10/13/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.40	Coordinación general de la IREM 40	22 días	10/14/2021	11/12/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.41	Coordinación general de la IREM 41	22 días	11/15/2021	12/14/2021	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.42	Coordinación general de la IREM 42	22 días	12/15/2021	1/13/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.43	Coordinación general de la IREM 43	22 días	1/14/2022	2/14/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.44	Coordinación general de la IREM 44	22 días	2/15/2022	3/16/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.45	Coordinación general de la IREM 45	22 días	3/17/2022	4/15/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.46	Coordinación general de la IREM 46	22 días	4/18/2022	5/17/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.47	Coordinación general de la IREM 47	22 días	5/18/2022	6/16/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.4.48	Coordinación general de la IREM 48	22 días	6/17/2022	7/18/2022	\$0	\$3.000	\$3.000	\$0	\$0	\$0	\$3.000
5.2.2.5	Viáticos y combustible para el equipo nacional y regional	1150 días	6/4/2018	10/28/2022	\$0	\$311.533	\$311.533	\$0	\$0	\$0	\$311.533
5.2.3	<b>Establecer y mantener la coordinación y comunicación entre los miembros del comité gerencial nacional y los gestores de los sectores correspondientes</b>	<b>1190 días</b>	<b>6/5/2018</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.2.3.1	<b>Reuniones semestrales con el comité gerencial nacional</b>	<b>1190 días</b>	<b>6/5/2018</b>	<b>12/26/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.2.3.1.1	Reunión semestral I 2018	10 días	6/5/2018	6/18/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.2	Reunión semestral II 2018	10 días	11/20/2018	12/3/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.3	Reunión semestral I 2019	10 días	6/4/2019	6/17/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.4	Reunión semestral II 2019	10 días	11/19/2019	12/2/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.5	Reunión semestral I 2020	10 días	6/2/2020	6/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.6	Reunión semestral II 2020	10 días	11/17/2020	11/30/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.7	Reunión semestral I 2021	10 días	6/1/2021	6/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.8	Reunión semestral II 2021	10 días	11/30/2021	12/13/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.9	Reunión semestral I 2022	10 días	6/14/2022	6/27/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.1.10	Reunión semestral II 2022	10 días	12/13/2022	12/26/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2	<b>Misiones de seguimiento de la IREM</b>	<b>1110 días</b>	<b>9/11/2018</b>	<b>12/12/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.2.3.2.1	Misiones de seguimiento trimestral III 2018	5 días	9/11/2018	9/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.2	Misiones de seguimiento trimestral IV 2018	5 días	12/11/2018	12/17/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.3	Misiones de seguimiento trimestral I 2019	5 días	3/12/2019	3/18/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.4	Misiones de seguimiento trimestral II 2019	5 días	6/11/2019	6/17/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.5	Misiones de seguimiento trimestral III 2019	5 días	9/10/2019	9/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.6	Misiones de seguimiento trimestral IV 2019	5 días	12/10/2019	12/16/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.7	Misiones de seguimiento trimestral I 2020	5 días	3/10/2020	3/16/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.8	Misiones de seguimiento trimestral II 2020	5 días	6/9/2020	6/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.9	Misiones de seguimiento trimestral III 2020	5 días	9/8/2020	9/14/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.10	Misiones de seguimiento trimestral IV 2020	5 días	12/8/2020	12/14/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.11	Misiones de seguimiento trimestral I 2021	5 días	3/9/2021	3/15/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.12	Misiones de seguimiento trimestral II 2021	5 días	6/8/2021	6/14/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0



5.2.3.2.13	Misiones de seguimiento trimestral III 2021	5 días	9/7/2021	9/13/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.14	Misiones de seguimiento trimestral IV 2021	5 días	12/7/2021	12/13/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.15	Misiones de seguimiento trimestral I 2022	5 días	3/8/2022	3/14/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.16	Misiones de seguimiento trimestral II 2022	5 días	6/7/2022	6/13/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.17	Misiones de seguimiento trimestral III 2022	5 días	9/6/2022	9/12/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.2.18	Misiones de seguimiento trimestral IV 2022	5 días	12/6/2022	12/12/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.2.3.3</b>	<b>Realizar reuniones de implementación, monitoreo y evaluación</b>	<b>850 días</b>	<b>8/28/2018</b>	<b>11/29/2021</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.2.3.3.1	Reuniones de seguimiento y monitoreo III 2018	5 días	8/28/2018	9/3/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.2	Reuniones de seguimiento y monitoreo IV 2018	5 días	11/27/2018	12/3/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.3	Reuniones de seguimiento y monitoreo I 2019	5 días	2/26/2019	3/4/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.4	Reuniones de seguimiento y monitoreo II 2019	5 días	5/28/2019	6/3/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.5	Reuniones de seguimiento y monitoreo III 2019	5 días	8/27/2019	9/2/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.6	Reuniones de seguimiento y monitoreo IV 2019	5 días	11/26/2019	12/2/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.7	Reuniones de seguimiento y monitoreo I 2020	5 días	2/25/2020	3/2/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.8	Reuniones de seguimiento y monitoreo II 2020	5 días	5/26/2020	6/1/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.9	Reuniones de seguimiento y monitoreo III 2020	5 días	8/25/2020	8/31/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.10	Reuniones de seguimiento y monitoreo IV 2020	5 días	11/24/2020	11/30/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.11	Reuniones de seguimiento y monitoreo I 2021	5 días	2/23/2021	3/1/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.12	Reuniones de seguimiento y monitoreo II 2021	5 días	5/25/2021	5/31/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.13	Reuniones de seguimiento y monitoreo III 2021	5 días	8/24/2021	8/30/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.14	Reuniones de seguimiento y monitoreo IV 2021	5 días	11/23/2021	11/29/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.15	Reuniones de seguimiento y monitoreo I 2022	5 días	2/23/2021	3/1/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.16	Reuniones de seguimiento y monitoreo II 2022	5 días	5/25/2021	5/31/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.17	Reuniones de seguimiento y monitoreo III 2022	5 días	8/24/2021	8/30/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.2.3.3.18	Reuniones de seguimiento y monitoreo IV 2022	5 días	11/23/2021	11/29/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.3</b>	<b>5.2 Fortalecer la capacidad de gestión estratégica de programa a nivel de cada región de salud</b>	<b>1208 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>12/8/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440.330</b>	<b>\$440.330</b>	<b>\$0</b>	<b>\$9.548</b>	<b>\$0</b>	<b>\$449.878</b>
<b>5.3.1</b>	<b>5.2.1 Crear comités técnicos/equipos de gestión multisectorial a nivel de áreas de salud</b>	<b>64 días</b>	<b>9/27/2018</b>	<b>12/25/2018</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.3.1.1	Establecer un comité de malaria en cada región de salud	20 días	9/27/2018	10/24/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.1.2	Asignar equipos de gestión para focos identificados de malaria	44 días	10/25/2018	12/25/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.3.2</b>	<b>5.2.2 Realizar una planificación operacional a nivel regional</b>	<b>172 días</b>	<b>12/26/2018</b>	<b>8/22/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$58.880</b>	<b>\$58.880</b>	<b>\$0</b>	<b>\$9.548</b>	<b>\$0</b>	<b>\$68.428</b>
5.3.2.1	Preparar materiales para los talleres de planificación operacional	44 días	12/26/2018	2/25/2019	\$0	\$4.770	\$4.770	\$0	\$0	\$0	\$4.770
5.3.2.2	Enviar invitaciones para los talleres de planificación operacional	20 días	2/26/2019	3/25/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.2.3	Coordinar la logística para el taller de planificación operacional	20 días	3/26/2019	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.2.4	Realizar una planificación operacional (taller y seguimiento)	88 días	4/23/2019	8/22/2019	\$0	\$54.110	\$54.110	\$0	\$9.548	\$0	\$63.658
<b>5.3.3</b>	<b>Realizar reuniones de implementación, monitoreo y evaluación</b>	<b>1096 días</b>	<b>9/27/2018</b>	<b>12/8/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$31.450</b>	<b>\$31.450</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$31.450</b>
5.3.3.1	Preparar un informe anual del programa de lucha contra la malaria en la región	66 días	9/27/2018	12/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.3.2	Reunir a los comités técnicos multisectoriales en cada región y el nivel central para discutir el informe anual y evaluar el progreso hacia la eliminación de la malaria	1030 días	12/28/2018	12/8/2022	\$0	\$31.450	\$31.450	\$0	\$0	\$0	\$31.450
<b>5.3.4</b>	<b>Mantener una infraestructura e instalaciones adecuadas para las operaciones de malaria en todos los niveles</b>	<b>363 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>9/12/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>
5.3.4.1	Celebrar una reunión con el comité de gestión para discutir las faltas de infraestructura en las áreas endémicas	22 días	4/24/2018	5/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.2	Enviar una nota a la dirección de infraestructura del MINSA para realizar una evaluación de las instalaciones	10 días	5/24/2018	6/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.3	Realizar una evaluación de las instalaciones	44 días	6/7/2018	8/7/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.4	Divulgar los resultados con el comité gerencial nacional para discutir la mejora de las infraestructuras	22 días	8/8/2018	9/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

5.3.4.5	Crear un plan para adecuar las infraestructuras en las regiones endémicas de malaria	15 días	9/7/2018	9/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.3.4.6</b>	<b>Adecuación de instalaciones de laboratorio y depósitos en establecimientos de salud</b>	<b>250 días</b>	<b>9/28/2018</b>	<b>9/12/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>
5.3.4.6.1	Definición de las necesidades	15 días	9/28/2018	10/18/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.6.2	Especificaciones técnicas	15 días	10/19/2018	11/8/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.6.3	Selección del proveedor	70 días	11/9/2018	2/14/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.3.4.6.4	Refrendo del contrato	40 días	2/15/2019	4/11/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.3.4.6.5</b>	<b>Ejecución de las mejoras</b>	<b>110 días</b>	<b>4/12/2019</b>	<b>9/12/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$350.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$350.000</b>
5.3.4.6.5.1	Depósitos de materiales	80 días	4/12/2019	8/1/2019	\$0	\$200.000	\$200.000	\$0	\$0	\$0	\$200.000
5.3.4.6.5.2	Mejora de la establecimientos de salud	40 días	4/12/2019	6/6/2019	\$0	\$25.000	\$25.000	\$0	\$0	\$0	\$25.000
5.3.4.6.5.3	Oficinas para personal de vectores en Metetí y Ngöbe Guble	110 días	4/12/2019	9/12/2019	\$0	\$125.000	\$125.000	\$0	\$0	\$0	\$125.000
<b>5.4</b>	<b>5.3 Promover un marco legal y normativo para reorientar la organización de los servicios de salud basada en el Modelo de Atención integral y las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS)</b>	<b>386 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>10/15/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$18.600</b>	<b>\$18.600</b>	<b>\$37.432</b>	<b>\$5.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$61.032</b>
5.4.1	Revisar la legislación y proponer cambios para facilitar la implementación de actividades necesarias para la eliminación de la malaria	66 días	4/24/2018	7/24/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.4.2</b>	<b>Revisar las normas actuales y proponer cambios para facilitar la implementación de actividades necesarias para la eliminación de la malaria</b>	<b>320 días</b>	<b>7/25/2018</b>	<b>10/15/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$18.600</b>	<b>\$18.600</b>	<b>\$37.432</b>	<b>\$5.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$61.032</b>
5.4.2.1	Celebrar una reunión sobre la actualización de normas de control de calidad de diagnóstico a través de microscopía	15 días	7/25/2018	8/14/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.4.2.2	Incluir en las normas de malaria la información sobre la adecuada conservación de insumos médicos y de diagnóstico	60 días	8/15/2018	11/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.4.2.3	Incluir en las normas de malaria la información sobre las investigaciones de foco	60 días	8/15/2018	11/6/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.4.2.4	Realizar los talleres de revisión de normas para su actualización	30 días	11/7/2018	12/18/2018	\$0	\$0	\$0	\$4.820	\$0	\$0	\$4.820
5.4.2.5	Revisar las normas por parte de OPS	30 días	7/25/2018	9/4/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$5.000	\$0	\$5.000
5.4.2.6	Validar las normas	30 días	9/5/2018	10/16/2018	\$0	\$0	\$0	\$5.120	\$0	\$0	\$5.120
5.4.2.7	Divulgar las normas y su plan de implementación (nivel central a regional/local)	260 días	10/17/2018	10/15/2019	\$0	\$0	\$0	\$27.492	\$0	\$0	\$27.492
5.4.2.8	Actualización sobre las normas de malaria para capacitadores (nivel central a regional)	260 días	10/17/2018	10/15/2019	\$0	\$18.600	\$18.600	\$0	\$0	\$0	\$18.600
5.4.2.9	Realizar capacitaciones tipo cascada de actualización sobre las normas de malaria para el personal de salud (regional a local)	60 días	9/5/2018	11/27/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.5</b>	<b>5.5 Aumentar la cooperación técnica y la coordinación internacional en apoyo al PEEM</b>	<b>260 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>4/22/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$5.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$90.000</b>	<b>\$95.000</b>
<b>5.5.1</b>	<b>Coordinar con los mecanismos regionales involucrados en la eliminación de la malaria</b>	<b>260 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>4/22/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$30.000</b>	<b>\$30.000</b>
5.5.1.1	Asistir a reuniones internacionales de coordinación regional	260 días	4/24/2018	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$30.000	\$30.000
<b>5.5.2</b>	<b>Establecer mecanismos efectivos de cooperación y vigilancia de malaria con países fronterizos</b>	<b>260 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>4/22/2019</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$5.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$60.000</b>	<b>\$65.000</b>
5.5.2.1	Celebrar reuniones anuales con países fronterizos (Costa Rica y Colombia) para compartir planes contra la malaria en las regiones fronterizas, indagar sobre oportunidades de compartir datos sobre la incidencia de la malaria	260 días	4/24/2018	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$5.000	\$0	\$60.000	\$65.000
5.5.2.2	Preparar un informe sobre las reuniones para comunicar los acuerdos alcanzados con las oficinas regionales, el nivel central y el comité gerencial	260 días	4/24/2018	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.6</b>	<b>Auditoría externa</b>	<b>1050 días</b>	<b>11/1/2018</b>	<b>11/9/2022</b>	<b>\$50.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$50.000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$50.000</b>
<b>5.7</b>	<b>5.6 Monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación</b>	<b>1175 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>10/24/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
<b>5.7.1</b>	<b>Avalar el marco de monitoreo y evaluación del PEEM y desarrollar su divulgación</b>	<b>1118 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>8/4/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.7.1.1	Desarrollar el marco de monitoreo y evaluación del PEEM	66 días	4/24/2018	7/24/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.1.2	Realizar una reunión de divulgación y revisión del marco de monitoreo y evaluación	22 días	7/25/2018	8/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.1.3	Ajustar el marco de monitoreo y evaluación del PEEM	1030 días	8/24/2018	8/4/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<b>5.7.2</b>	<b>Realizar capacitaciones del marco de monitoreo y evaluación del PEEM</b>	<b>1175 días</b>	<b>4/24/2018</b>	<b>10/24/2022</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>
5.7.2.1	Celebrar reuniones a nivel central para divulgar y capacitar a los jefes de departamento/dirección sobre el marco de monitoreo y evaluación	1175 días	4/24/2018	10/24/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

5.7.3	Realizar evaluaciones anuales del PEEM	1175 días	4/24/2018	10/24/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.3.1	Preparar un informe anual del programa de lucha contra la malaria, incluyendo los indicadores en el plan de monitoreo y evaluación	1175 días	4/24/2018	10/24/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.3.2	Realizar una reunión anual con el comité de gestión para presentar el informe anual y evaluar el progreso hacia la eliminación de la malaria y los indicadores en el PEEM	1175 días	4/24/2018	10/24/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4	Aplicar para la certificación de eliminación en el 2020	465 días	1/1/2021	10/13/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.1	Preparar la solicitud oficial de certificación, al tercer año de notificar cero casos autóctonos de malaria	120 días	1/1/2021	6/17/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.2	Formular un plan de acción y un calendario para el proceso de certificación	120 días	1/1/2021	6/17/2021	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.3	Crear el informe sobre la eliminación de la malaria a escala nacional, desarrollar y recopilar los otros documentos fundamentales (anexo 5 y 6 del marco estratégico para la eliminación)	210 días	6/18/2021	4/7/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.4	Presentar el informe sobre la eliminación de la malaria a escala nacional ante la OMS	50 días	4/8/2022	6/16/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.5	Si se requieren datos científicos adicionales, desarrollar y recopilar los datos científicos adicionales necesarios para demostrar que se ha logrado la eliminación de la malaria (en caso necesario)	60 días	6/17/2022	9/8/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.6	El Comité Asesor en Políticas de Paludismo de la OMS hace una recomendación definitiva sobre el otorgamiento del estado de libre de malaria y facilita un resumen del informe final de evaluación al Programa Mundial sobre Paludismo de la OMS para su present	5 días	9/9/2022	9/15/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.7	El Director General de la OMS toma la decisión definitiva y la comunica oficialmente al gobierno nacional.	5 días	9/16/2022	9/22/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
5.7.4.8	El país continúa sus actividades de prevención del restablecimiento de la transmisión de la malaria y presenta informes anuales a la OMS para mantener el estado libre de malaria	15 días	9/23/2022	10/13/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6	6. INVESTIGACION. Se han realizado investigaciones con el fin de adaptar las intervenciones y comunicaciones al contexto específico	1114 días	7/2/2018	10/6/2022	\$0	\$200.860	\$200.860	\$0	\$0	\$0	\$200.860
6.1	6.1 Realizar investigaciones técnicas para informar sobre decisiones programáticas	1114 días	7/2/2018	10/6/2022	\$0	\$200.860	\$200.860	\$0	\$0	\$0	\$200.860
6.1.1	Identificar las investigaciones técnicas para informar sobre decisiones programáticas	60 días	7/2/2018	9/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.1.1	Celebrar una reunión de intercambio de información entre control de vectores e instituciones de apoyo	30 días	7/2/2018	8/10/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.1.2	Celebrar una reunión para determinar los factores de riesgo que se deben investigar y para elegir las investigaciones que se deben llevar a cabo	30 días	8/13/2018	9/21/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2	Diseñar investigaciones técnicas para desarrollar	468 días	9/24/2018	7/8/2020	\$0	\$320	\$320	\$0	\$0	\$0	\$320
6.1.2.1	Diseñar una protocolo para la investigación	261 días	9/24/2018	9/23/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.1	Definición del alcance del protocolo de investigación	22 días	9/24/2018	10/23/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.2	Selección del consultor	129 días	10/24/2018	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.2.1	Términos de referencia	15 días	10/24/2018	11/13/2018	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.2.2	Selección del consultor	70 días	11/14/2018	2/19/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.2.3	Contrato y Refrendo de Contraloría	44 días	2/20/2019	4/22/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.1.3	Desarrollo del protocolo para la investigación	110 días	4/23/2019	9/23/2019	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.2	Realizar una reunión para revisar y aprobar el protocolo	15 días	9/24/2019	10/14/2019	\$0	\$320	\$320	\$0	\$0	\$0	\$320
6.1.2.3	Inscribir las investigaciones operativas en el MINSA	66 días	10/15/2019	1/14/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.4	Enviar las investigaciones operativas al comité de bioética para recibir una aprobación	66 días	1/15/2020	4/15/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.5	Realizar un plan piloto de la investigación para validar el protocolo	30 días	4/16/2020	5/27/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.2.6	Adaptar el protocolo de acuerdo con los resultados del plan piloto	30 días	5/28/2020	7/8/2020	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.3	Realizar anualmente investigaciones técnicas para informar de decisiones sobre la programación de intervenciones	586 días	7/9/2020	10/6/2022	\$0	\$200.540	\$200.540	\$0	\$0	\$0	\$200.540
6.1.3.1	Realizar las investigaciones técnicas en las comunidades seleccionadas	520 días	7/9/2020	7/6/2022	\$0	\$200.000	\$200.000	\$0	\$0	\$0	\$200.000
6.1.3.2	Analizar los resultados de la investigación y plan de acción	66 días	7/7/2022	10/6/2022	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
6.1.3.3	Divulgar los resultados de la investigación y el plan de acción	66 días	7/7/2022	10/6/2022	\$0	\$540	\$540	\$0	\$0	\$0	\$540

**IREM. Panamá****Flujo de caja y necesidad de desembolsos**

Jun-18	TOTAL	2018	2019		2020		2021		2022	
		II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM	I SEM	II SEM
Eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Panamá al 2020	<b>1,781,245</b>	214,135	479,529	363,053	308,267	218,342	105,042	69,759	18,786	4,332
1. DTIR. Se ha incrementado la cobertura, calidad y oportunidad del diagnóstico y tratamiento de malaria.	537,811	89,777	150,911	51,952	114,071	33,007	53,298	32,295	12,500	
2. VIGILANCIA. Se fortalece la capacidad instalada para desarrollar una vigilancia epidemiológica.	704,144	8,618	186,959	238,190	140,036	130,341				
4. Se ha implementado la promoción de la salud y la prevención para disminuir los riesgos de enfermar por malaria, a través de la participación activa de la población	489,290	113,692	135,516	66,625	47,970	48,708	45,601	31,178		
5. TRANSVERSALES. Establecidos mecanismos de gestión que asegura la eliminación de la malaria	50,000	2,048	6,143	6,286	6,190	6,286	6,143	6,286	6,286	4,332
<b>I desembolso</b>		<b>214,135</b>								
<b>Desembolsos anuales</b>			<b>842,582</b>		<b>526,609</b>		<b>174,801</b>		<b>23,118</b>	

Proyecto: IREM Panamá Número de Proyecto: Período comprendido en este Plan de Adquisiciones: 1 enero 2018, 31 de diciembre 2022											
EDT	No. Ref. 1	Componente	Categoría y descripción del contrato de adquisiciones	Costo estimado de la Adquisición (US\$)	Método de Adquisición <sup>2</sup>	Revisión (ex-ante o ex-post)	Fuente de Financiamiento y porcentaje		Fecha estimada del anuncio o inicio de la contratación	Status (5) (Proceso previsto, en curso, realizados, cancelados, firmado,	Comentarios
							BID %	Local / Otro %			
	1		BIENES	1,393,104							
1.4.2.2.2.5		1	Kit de materiales para colaboradores comunitarios	\$ 24,200	CP	ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	Son contrapartida, pero como se utilizan recursos de una operación de crédito siguen procesos BID.
1.4.2.2.3.1.1		1	Pruebas rápidas de laboratorio para Malaria (PDRM)	\$ 156,250	LPN	ex ante	100%	0%	III 2018	Previsto	Se establece como condición que estén autorizadas por la OMS.
1.4.3.2.1.1 4.3.1.3		1.4	Laptops para personal administrativo y de laboratorio (6,800)	\$ 9,600	CP	ex post		100%	IV 2018	Previsto	
2.2.8.1.3.4 4.3.1.2.6.4		2.4	Vehículos doble tracción para equipo de gestión de focos y dirección regional	\$ 240,000	LPN	ex ante	50%	50%	II 2019	Previsto	
2.2.8.1.3.4		2	Piraguas para equipos de gestión de focos	\$ 24,000	CP	ex post	100%	0%	II 2019	Previsto	
3.4.1.1.3		3	Insecticida para rociado residual intradomiciliar (RRI)	\$ 700,000	LPI	ex ante	0%	100%	III 2018	Previsto	El producto será definido luego de establecidas las pruebas de resistencia a diversos insecticidas
3.5.1.1.4		3	Mosquiteros impregnados	\$ 239,054	LPN	ex ante	0%	100%	III 2018	Previsto	
	2		OBRAS	414,000							
3.7.3		3	Instalaciones para vigilancia entomológica	64,000	CP	ex post	0%	100%	I 2019	Previsto	Consiste en reparaciones o ampliaciones a obras existentes
5.3.4.6.5.1		5	Depósitos de materiales en direcciones regionales	200,000	CP	ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	
5.3.4.6.5.2		5	Mejora de 2 establecimientos de salud	25,000	CP	ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	
5.3.4.6.5.3		5	Oficinas para personal de vectores en Metetí Y Ngobe	125,000	CP	ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	
	3		SERVICIOS DIFERENTES A CONSULTORIA	\$ 177,934							
1.4.1.4.2.2		1	Impresión de lineamientos de funcionamiento de la red nacional de diagnóstico	\$ 1,380	CP	ex post	0%	100%	III 2018	Previsto	

1.4.2.2.1.3		1	Materiales de capacitación sobre toma de muestra hemática, PDR, administración de tratamiento, reporte de casos y manejo de insumos	12,264	CP	ex post	0%	100%	III 2018	Previsto	
1.4.2.2.2.4		1	Materiales para capacitar colaboradores comunitarios	7,200	CP	ex post	0%	100%	I 2019	Previsto	
3.5.1.1.5		3	Campaña de comunicación para adopción de los mosquiteros	67,120	LPN	ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	
4.3.1.3.1		4	Materiales promocionales sobre la transmisión de malaria para una audiencia general como para escolares	3,200	CP	ex post	0%	100%	II 2019	Previsto	
4.4.1.3.4		4	Diseñar y reproducir videos educativos en las lenguas apropiadas para cada comarca	25,000	CP	ex post	100%	0%	II 2019	Previsto	
4.4.1.5.2			Emisiones de contenido de comunicación e información en malaria por radio	52,000	LPN	ex post	100%	0%	III 2019	Previsto	
4.5.1.1.3		4	Diseñar y reproducir videos educativos para colegios e instalaciones de salud en las regiones endémicas	5,000	CP	ex post	0%	100%	II 2019	Previsto	
5.3.2.1		5	Preparar materiales para los talleres de planificación operacional	4,770	CP	ex post	0%	100%	I 2019	Previsto	
	4		<b>SERVICIOS DE CONSULTORÍA</b>	<b>\$ 257,000</b>							
1.4.4.1.2.1.2		1	Diseñar manual y un flujograma de procedimientos para realizar la cuantificación, adquisición, almacenamiento y distribución de los insumos de diagnóstico y tratamiento	7,000	CCIN	Ex post	100%	0%	III 2018	Previsto	
5.6		5	Auditoría Externa	50,000	SCC	Ex ante	100%	0%	I 2019	Previsto	
6.1.3.1		5	Realizar las investigaciones técnicas en las comunidades seleccionadas	200,000	CCIN	Ex post	0%	100%	II 2019	Previsto	
	5		<b>GASTOS OPERATIVOS</b>	<b>\$ 4,882,935</b>							
1.4.1.2.2.1		1	Taller de diseño de los lineamientos de funcionamiento la red de laboratorios	19,500			0%	100%		Previsto	El personal del MINSA se encargará de desarrollar las capacitaciones en cascada, requiriendo recuros para alimentación, movilización de los capacitandos y alquiler de salones en algunos casos. La mayoría de la capacitación sucede en comunidades y
1.4.1.2.3.2		1	Capacitaciones sobre la lectura de gota gruesa y frotis (nivel central a regional y local)	11,340			0%	100%		Previsto	
1.4.1.5.3.3											
1.4.2.2.1.4		1	Capacitación personal de salud en PDR, muestra hemática	97,500			98%	2%		Previsto	
1.4.2.2.2.7.1		1	Capacitación regional (personal se desplaza)	10,000			0%	100%		Previsto	
1.4.2.2.2.7.2		1	Capacitación regional (persona que reciben capacitación)	10,247			0%	100%		Previsto	

1.4.2.2.2.8		1	Capacitaciones a los colaboradores voluntarios	83,160			100%	0%		Previsto	regiones por lo que se trabaja directamente con proveedores locales
1.4.3.2.1.2		1	Capacitar a los supervisores de los laboratorios de control de calidad (nivel central a regional)	13,900			0%	100%		Previsto	
3.7.2		3	Capacitación en investigación entomológica	40,000			0%	100%		Previsto	
1.4.2.2.2.9		1	Estipendio a los colaboradores comunitarios	\$ 195,600			100%	0%		Previsto	Consiste en un recurso económico que se les reconoce para que cubran el transporte y la alimentación de los días en que son convocados a apoyar trabajando en la comunidad
1.4.1.2.3.1		1	Tecnólogos Médicos (4)	211,440	CCIN	Ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	Contratado por dos años y luego el MINSA lo absorbe
2.2.8.1.1.3		2	Contratar técnico de control de vectores para gestion de los focos	266,400	CCIN	Ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	Contratado por tres años para la gestión de los focos, luego no es necesaria su contratación
2.2.8.1.1.4		2	Personal medico de apoyo a la gestión de focos	792,900	CCIN	Ex post	40%	60%	IV 2018	Previsto	
3.7.1		3	Entomologo	200,000	CCIN	Ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	
3.7.5		3	Auxiliar de laboratorio de emtomología	288,480	CCIN	Ex post	0%	100%	IV 2018	Previsto	Contratado por 4 años y luego el MINSA lo absorbe
4.3.1.2.5		4	Educadores de la salud	171,360	CCIN	Ex post	100%	0%	IV 2018	Previsto	Contratado por 3 años y luego el MINSA lo absorbe
5.2.2.4		5	Coordinador general del IREM	144,000	CCIN	Ex ante	0%	100%	III 2018	Previsto	Contratado hasta diciembre de 2022
Varias		1,3,4,5	Gastos operativos de relacionamiento y articulación del MINSA con las regiones y el nivel local	\$ 156,840			0%	100%	III 2018	Previsto	Considera las siguientes actividades específicas del PEP:1.4.2.1.2; 3.2.1.1; 3.3.1.4; 3.4.1.1.5; 3.6.2.1; 3.6.2.2; 4.3.1.1.3; 4.3.1.4.1.1; 5.3.3.2; 5.4.2.8; 6.1.2.2; 6.1.3.3
Varias		1.2	Para investigación, caracterización y gestión de los focos activos y residuales hasta su eliminación	\$ 763,898			32%	68%	III 2018	Previsto	Considera todos los gastos operativos relacionados con la gestión de Iso focos, desde su caracterización hasta el trabajo estrategico operativo y de seguimiento durante la eliminación de los focos. Considera las siguientes actividades del PEP:1.4.2.2.5.1; 2.2.6.2.3.1; 2.2.7.1.1.1; 2.2.8.1.2.
2.2.2.1.2		2	Mantenimiento del SISVIG	\$ 257,000			0%	100%	I 2021	Previsto	El detalle de los costos será definido en el II semestre de 2020, una vez se cuente con información sobre hasa donde ha avanznado el apoyo de CHAI a dicha actividad.
3.5.1.1.6		3	Recolección y reciclaje de los mosquiteros	\$ 53,957			0%	100%	I 2019	Previsto	
3.7.4 3.7.6		3	Gastos Operativos del departamento de emtologoía	\$ 215,000			0%	100%	IV 2018	Previsto	





### **Marco de Desempeño de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria**

#### **Metas para el desembolso del tramo de desempeño de la 1ª fase**

<b>No.</b>	<b>Indicador<sup>1</sup></b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Peso</b>	<b>Línea de base (LB)</b>	<b>Meta</b>	<b>Fuente de verificación</b>
P1.01	Número de casos de malaria de transmisión local en el último año	Número	0.1	(*)	0	Sistemas de vigilancia epidemiológica y encuesta de establecimientos de salud
P2.02	Proporción de personas que tuvieron fiebre sin síntomas respiratorios en áreas endémicas en las últimas dos semanas que recibieron una prueba de diagnóstico o referencia al punto de atención	%	0.115	(*)	Si LB 0-20%: 40PP Si LB 21-40%: 30PP Si LB 41-50%: 20PP Si LB 51% o más: regla de oro de 70%	Encuesta poblacional
P3.02	Porcentaje de laboratorios que participan en las evaluaciones recomendadas por la OMS de control de la calidad (ACN-directo y AC externa)	%	0.085	(*)	100%	Encuesta de establecimientos de salud (revisión de registros)
P4.01	Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimaláricos de primera línea de acuerdo a la política nacional dentro de 24 horas después del diagnóstico <sup>2</sup>	%	0.115	(*)	85%	Revisión de registros
P4.02	Proporción de casos confirmados que contactaron a los servicios de salud (incluyendo trabajadores comunitarios) dentro de las 48 horas después de presentar síntomas	%	0.115	(*)	60%	Revisión de registros

<sup>1</sup> La fórmula, criterios y fuentes de medición específicos serán descritos en el Manual de Indicadores que será Anexo al Manual de Operaciones.

<sup>2</sup> Se considera el inicio del tratamiento con el esquema pertinente y no el tratamiento completo.

No.	Indicador <sup>1</sup>	Unidad de medida	Peso	Línea de base (LB)	Meta	Fuente de verificación
P4.03	Proporción de casos con tratamiento supervisado <sup>3</sup>	%	0.085	(*)	70%	Encuesta poblacional / Revisión de registros médicos <sup>4</sup>
P5.01	Porcentaje de casos confirmados de malaria en el último año investigados que cumplen con los estándares de calidad	%	0.1	(*)	70%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención
P5.02	Porcentaje de casos con investigación de caso y clasificación <sup>5</sup>	%	0.085	(*)	80%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención
P6.01	Proporción del grupo población objetivo <sup>6</sup> que recibió el paquete apropiado de intervenciones en los últimos 12 meses	%	0.115	(*)	75%	Encuesta poblacional
P7.01	Porcentaje de puntos atención y establecimientos diagnóstico con disponibilidad permanente de equipos e insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria de acuerdo a estándares	%	0.085	(*)	80%	Encuesta de establecimientos de salud

\* La medición de línea de base será realizada en el primer trimestre de 2019.

<sup>3</sup> Tratamiento completo supervisado.

<sup>4</sup> La fuente específica será definida previo a la medición de la línea de base.

<sup>5</sup> Si la semana epidemiológica tiene menos de cinco casos, todos los casos investigados; si la semana epidemiológica tiene cinco o más casos, al menos cinco casos investigados (si hay una investigación de brote, se excluye la semana epidemiológica del brote); las investigaciones de conglomerados de casos serían consideradas como investigaciones de casos.

<sup>6</sup> Focos activos e inactivos residuales. La definición del paquete de intervenciones por área será incluida en el Manual de Indicadores.

**Metas para el desembolso del tramo de desempeño de la 2ª fase**

No.	Indicador <sup>7</sup>	Unidad de medida	Peso	Línea de base	Meta	Fuente de verificación
P1.01	Número de casos de malaria de transmisión local en el último año	Número	0.115	(*)	0	Sistemas de vigilancia epidemiológica y encuesta de establecimientos de salud
P2.02	Proporción de personas que tuvieron fiebre sin síntomas respiratorios procedente en áreas endémicas en las últimas dos semanas que recibieron una prueba de diagnóstico o referencia al punto de atención	%	0.115	(*)	80%	Encuesta poblacional
P4.01	Porcentaje de pacientes con malaria confirmada que recibieron tratamiento antimaláricos de primera línea de acuerdo a la política nacional dentro de 24 horas después del diagnóstico <sup>8</sup>	%	0.1	(*)	95%	Revisión de registros
P4.02	Proporción de casos confirmados que contactaron a los servicios de salud (incluyendo trabajadores comunitarios) dentro de las 48 horas después de presentar síntomas	%	0.115	(*)	90%	Revisión de registros
P4.03	Proporción de casos con tratamiento supervisado	%	0.085	(*)	95%	Encuesta poblacional / Revisión de registros médicos <sup>9</sup>
P5.01	Porcentaje de casos confirmados de malaria en el último año investigados que cumplen con los estándares de calidad	%	0.115	(*)	95%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención
P5.02	Porcentaje de casos con investigación de caso y clasificación	%	0.085	(*)	95%	Sistema de vigilancia verificado con revisiones de calidad de datos en el punto de atención

<sup>7</sup> La fórmula, criterios y fuentes de medición específicos serán descritos en el Manual de Indicadores que será Anexo al Manual de Operaciones.

<sup>8</sup> Se considera el inicio del tratamiento con el esquema pertinente y no el tratamiento completo.

<sup>9</sup> La fuente específica será definida previo a la medición de la línea de base.

No.	Indicador <sup>7</sup>	Unidad de medida	Peso	Línea de base	Meta	Fuente de verificación
P6.01	Proporción del grupo población objetivo que recibió el paquete apropiado de intervenciones en los últimos 12 meses	%	0.1	(*)	90%	Encuesta poblacional
P7.04	Procedimientos de operación estándar para todos los componentes de vigilancia han sido preparados, probados en campo y están en uso	Sí / No	0.085	No	Sí	Revisión de expertos
P7.05	Existe un laboratorio nacional de referencia para microscopia, con un banco de láminas y la implementación de medidas de control de la calidad externa	Sí / No	0.085	No	Sí	Revisión de expertos

\* La medición de línea de base será realizada en el primer trimestre de 2019.

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**PANAMÁ**

**INICIATIVA REGIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA MALARIA**

**IREM**

**PN-G1007**

**PLAN DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Este documento fue elaborado por: Emmanuelle Sánchez-Monin, Jefe de Equipo de Proyecto, SPH/CPN, Diego Ríos-Zertuche (UC-SCL/SPH), Alfredo Ortega-Castro, Consultor, SPH/CPN, Alejandro De Sárraga y Edison Soto-Avellaneda, (UC-SCL/SPH).

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>PLAN DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN .....</b>	<b>i</b>
I. Introducción .....	i
II. Teoría de Cambio, Matriz de Resultados y Marco de Desempeño.....	ii
Teoría de Cambio y Matriz de Resultados.....	ii
Selección de Indicadores y establecimiento de metas.....	ii
III. Evaluación de Resultados.....	iii
1.Verificación de metas del Marco de Desempeño.....	iii
Métodos para la verificación de metas .....	iii
Recolección de datos.....	iv
Análisis de datos.....	v
2. Monitoreo de indicadores del marco regional de eliminación.....	vi
IV. Seguimiento y monitoreo del programa en Panamá .....	vi
3. Monitoreo rutinario de la ejecución .....	vi
4. Supervisión integral del progreso técnico, financiero y de gestión reporte y misiones trimestrales.....	vii
V. Evaluación de la Iniciativa.....	vii
VI. Diseminación de la información .....	ix
VII. Plan de trabajo y presupuesto del seguimiento y evaluación .....	10

**SIGLAS Y ABREVIATURAS**

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CHAI	Clinton Health Access Initiative
IREM	Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria
MACL	Muestreo para Aseguramiento de la Calidad de Lotes
MINSA	Ministerio de Salud (de la República de Panamá)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEP	Plan de Ejecución Plurianual
P. f.	<i>Plasmodium falciparum</i> , uno de los dos parásitos que se transmiten en Panamá
P. v.	<i>Plasmodium vivax</i> , uno de los dos parásitos que se transmiten en Panamá
UC IREM	Unidad Coordinadora IREM
UGSAF	Unidad Gestión Sanitaria, Administrativa y Financiera del MINSA

## Panamá

### Plan de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria

#### I. Introducción

1. En el marco de los esfuerzos de eliminación de la malaria que la región de Mesoamérica ha realizado en los últimos años, los países de Centro América, Colombia y República Dominicana; junto al Banco Interamericano de Desarrollo, han acordado desarrollar **la Iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana (IREM)**, la cual tiene por finalidad la eliminación de la transmisión autóctona de malaria en la región para el año 2020. La IREM es apoyada a través de un fondo fiduciario de múltiples donantes administrado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Los cooperantes y patrocinadores de esta Iniciativa son la “Bill & Melinda Gates Foundation”, “The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria” y la Fundación Carlos Slim. El Banco, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Centro América y República Dominicana (COMISCA), incluyendo el Mecanismo de Coordinación Regional, la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Desarrollo e Integración de Mesoamérica (PM) y la “Clinton Health Access Initiative” (CHAI) integran el Comité Estratégico y Operacional que proporcionará asistencia técnica y operativa a los países. De igual manera, el COMISCA y PM, facilitarán el seguimiento de las operaciones y los resultados desde el nivel regional. Los elementos centrales de la IREM son el abordaje regional, la mejora de la calidad, el fomento de una cultura de aprendizaje y la asistencia técnica estratégica y operacional enfocada en la eliminación de la malaria. La IREM ha trazado un marco de actuación hasta el 2022 para consolidar los logros y las condiciones necesarias para evitar la reintroducción de la malaria en la región. El Anexo VIII presenta la [Teoría de Cambio](#) de eliminación de la malaria y de la Facilidad como iniciativa regional.
2. Los proyectos desarrollados en el marco de la IREM serán apoyados a través de un modelo de financiamiento basado en resultados que combina tres tipos de recursos: (i) un tramo de inversión financiado con recursos provenientes del Fondo FEM; (ii) recursos de contrapartida local, a ser provistos por el país participante; y (iii) un tramo de desempeño, también financiado con recursos del Fondo FEM condicionado al logro de metas previamente establecidas. El tramo de inversión cubre un 25% del proyecto de inversión de que se trate, mientras que el 75% restante es financiado con recursos de la contrapartida local, la cual podrá provenir de préstamos del Banco, nuevos o existentes y/o de otros presupuestos nacionales. En el caso que el país alcance las metas establecidas en los indicadores acordados para cada uno de los dos momentos de medición, podrá percibir una parte o todo el tramo de desempeño, que corresponde al 20% de los fondos nacionales inicialmente invertidos por el país. El tramo de desempeño es de libre disponibilidad para el sector salud.
3. El Marco de Desempeño de cada país cuenta con 10 indicadores con metas y ponderación para cada una de las fases. Para cada fase, si el país alcanza una puntuación de entre el 50-79% de las metas acordadas, recibe el 30% del premio y, si el país alcanza una puntuación de 80% o más, recibe el 100% del premio. Las metas de los indicadores son verificadas por evaluadores externos e independientes.
4. El presente documento detalla el Plan de seguimiento, monitoreo y evaluación de la IREM en Panamá, que se llevará a cabo por el Ministerio de Salud y el Banco, en coordinación con los socios de la IREM, considerando los siguientes objetivos: (i) verificar el cumplimiento de



metas de los indicadores del Marco de Desempeño, ligados al modelo de financiamiento basado en resultados; (ii) medir otros indicadores generales de la IREM, que corresponden al marco regional de eliminación de la malaria; (iii) monitorear la ejecución de las actividades planificadas en el programa, correspondientes al plan de eliminación del país a través de un monitoreo integral del progreso técnico, financiero y de gestión de la operación; (iv) dar seguimiento temprano al avance hacia los resultados esperados; y (v) generar conocimientos sobre mecanismos de intervención innovadores para la eliminación de la malaria. Los objetivos (i), (ii) y (v) corresponden a un esfuerzo de evaluación, externa e independiente o no, mientras los objetivos (iii) y (iv) corresponden al seguimiento y supervisión del MINSA y Banco del avance en la implementación del Programa.

5. La sección II siguiente del presente plan presenta la relación lógica entre intervenciones planificadas y resultados esperados, como referencia fundamental para el esfuerzo de monitoreo y evaluación. En las siguientes secciones del plan se describen las actividades que serán realizadas y la metodología para cada uno de los objetivos de monitoreo y evaluación, así como los mecanismos de disseminación de información, el plan de trabajo y el presupuesto asignado.

## **II. Teoría de Cambio, Matriz de Resultados y Marco de Desempeño.**

### Teoría de Cambio y Matriz de Resultados

6. La teoría de cambio está presentada en el Anexo VIII y deriva de la Estrategia Técnica Mundial para la Eliminación de la Malaria 2016-2030 de la OMS, así como del Plan Regional de Eliminación de la Malaria y Plan Estratégico de Eliminación de la Malaria de Panamá (PEEM-Panamá).
7. El Anexo II, Matriz de Resultados, presenta la relación lógica y los efectos entre las intervenciones priorizadas reflejando las metas físicas de los productos que dichas intervenciones entregan, con los resultados inmediatos, mediatos y el impacto de eliminación. Entre los resultados e impacto esperados, algunos fueron negociados con el País en el marco de la IREM para incentivar el buen desempeño – y están recogidos, junto con su respectiva meta, en el Marco de Desempeño, (Anexo VI del Documento de Donación). En la Matriz de Resultados, estos indicadores del Marco de Desempeño están señalados con celdas de color verde donde se refleja la meta acordada con el País.

### Selección de Indicadores y establecimiento de metas

8. Los indicadores del Marco de Desempeño fueron seleccionados considerando los 38 indicadores recomendados por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) para los programas de eliminación de la malaria; están orientados a que los países alcancen la eliminación. Se seleccionaron 10 indicadores para cada fase de medición del desempeño; sin embargo, los 38 indicadores, de recolección rutinaria por los países, continuarán siendo medidos para monitoreo continuo como parte de la IREM.
9. La estimación y establecimiento de metas se realizó en conjunto con el país y con el apoyo de la OPS<sup>1</sup>, considerando las siguientes fuentes:

---

<sup>1</sup> El Anexo VI, Marco de Desempeño, presenta el acuerdo preliminar entre el Banco y el País, que será objeto de negociación, junto con el eventual convenio de donación, siempre que la propuesta de programa haya sido aprobada por los canales correspondientes del Comité de Donantes y del Banco.

- a. *Marco técnico de eliminación de la malaria*: Se consultaron los principales documentos técnicos para la eliminación de la malaria, incluyendo al Marco para la eliminación de la malaria<sup>2</sup>, elaborados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- b. *Revisiones de literatura*: Se realizaron amplias revisiones de la literatura para determinar la cobertura óptima de intervenciones, los efectos esperados de la combinación de intervenciones, las experiencias internacionales en el control y eliminación de la malaria, entre otros<sup>3</sup>.
- c. *Opinión de expertos a nivel internacional*: Se consultaron expertos a nivel internacional sobre los niveles mínimos necesarios y la progresión esperada para la eliminación de la malaria. Esto incluyó a expertos de la OPS, CHAI, entre otros.
- d. *Condiciones epidemiológicas del país y tendencias*: La fase final del establecimiento de metas considera el contexto de cada país, incluyendo la situación epidemiológica, condiciones de accesibilidad, capacidad de respuesta existente, determinantes sociales de la salud, entre otros. Estas consideraciones incluyen el análisis compartido por el Gobierno respecto de estos factores del contexto, llegando a un análisis conjunto de la situación del país y tendencias nacionales.

### III. Evaluación de Resultados

#### 1.Verificación de metas del Marco de Desempeño

10. El Marco de Desempeño contiene los indicadores, metas y ponderación acordados para el desembolso del *tramo de desempeño* correspondientes a la primera y segunda fase de medición de la IREM. El conjunto de indicadores seleccionado está orientado a que el país logre alcanzar cero casos de transmisión autóctona de malaria (es decir, sin casos transmitidos localmente, sin evidencia de que hayan sido importados o con un vínculo directo a un caso importado). Por lo tanto, el Marco de Desempeño combina indicadores de nivel de impacto, resultado, proceso y producto. La ponderación de cada indicador está relacionado con su orientación hacia la eliminación de la enfermedad. Es decir, en la primera fase, se privilegian los indicadores de detección, diagnóstico y tratamiento de casos de malaria y en la segunda fase incrementa el énfasis en la vigilancia epidemiológica y el mantenimiento de los 0 casos. La descripción detallada de cada indicador, incluyendo su definición, criterios de medición, fórmula y fuente de verificación se incluye en el Manual de Indicadores que se anexará al Reglamento Operativo del Programa, acciones que se realizan inmediatamente a la firma del convenio entre el BID y el país. Los criterios de los indicadores serán acordados con base a las normas de cada país y las mejores prácticas recomendadas por la OPS y la OMS para la eliminación de la malaria.

#### *Métodos para la verificación de metas*

11. Como parte del modelo de financiamiento basado en resultados de la IREM, la verificación de las metas del Marco de Desempeño es externa e independiente. Aún cuando la fuente principal de algunos indicadores puede ser el sistema rutinario de información de salud o vigilancia epidemiológica de cada país, se establecen mecanismos independientes para evaluar y documentar la confiabilidad y calidad de los datos reportados. Las mediciones de

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. 2017. Marco para la eliminación de la malaria. Washington, DC. 978 92 75 31965 9.

<sup>3</sup> Véase el Apéndice Bibliográfico al final del documento.

verificación son administradas por el BID con fondos de donación adicionales e independientes a los fondos de la operación para la contratación de una entidad que se denomina “evaluador externo” en éste y el documento de Donación de Inversión.

12. Para la medición de los indicadores se proponen los siguientes métodos:

a. *Datos de los sistemas rutinarios de vigilancia epidemiológica*: La calidad de los datos reportados por los sistemas de vigilancia epidemiológica será evaluada. Los métodos incluirán la comparación de la consistencia entre los datos reportados por los establecimientos y los datos reportados por los sistemas nacionales, verificación que las bases de datos cuenten con información para todas las unidades de reporte, la búsqueda de comportamientos atípicos, entre otros.

b. *Encuestas de establecimientos de salud*: Se seleccionará una muestra de establecimientos de salud en el país considerando sobre-representar a las áreas con mayor vulnerabilidad y receptividad a la malaria. El universo de selección incluirá a los establecimientos más pequeños disponibles, incluyendo a los puestos de salud en las zonas más lejanas y de más difícil acceso. Dentro de estas encuestas, se realizará una entrevista a la persona responsable, la observación del establecimiento, revisión de existencia de medicamentos, insumos y equipos, y la revisión de expedientes médicos.

c. *Mediciones poblacionales*: Se realizarán encuestas poblacionales con una metodología de muestreo para aseguramiento de la calidad de lotes (MACL). El MACL es un método para monitorear el desempeño de los servicios de salud en áreas pequeñas e identificar aquellas que no logran alcanzar una meta predeterminada<sup>4</sup>. La ventaja de utilizar el MACL es que requiere un número menor de entrevistas, por lo que resulta más fácil de llevar a escala y sostener a lo largo de tiempo. Asimismo, es posible determinar con un alto grado de confianza si las metas de los indicadores del tramo de desempeño fueron o no alcanzadas. La desventaja es que no es posible estimar valores absolutos para todos los indicadores, dado que el MACL sólo puede dar un valor binario para el indicador (si la meta fue superada o no).

d. *Revisiones por expertos*: Para la verificación de algunos indicadores relacionados a productos o hitos alcanzados por el país, como la actualización de normas, se requiere la opinión de un experto sobre las acciones realizadas. En estos casos, se realizará una revisión documental y/o visitas de observación directa por evaluadores externos independientes con la experiencia requerida.

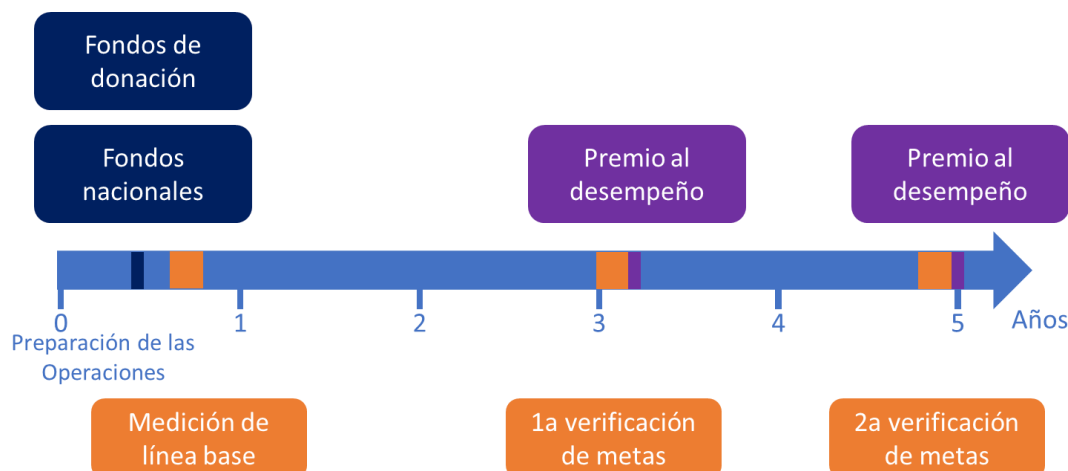
#### *Recolección de datos*

13. El esquema a continuación indica el cronograma aplicable en todos los países participantes en la IREM. La línea base recolectada por el evaluador externo será recolectada al principio de la operación, (después de la aprobación de dicha operación) mientras que la verificación de metas se realizará en torno a la conclusión de cada fase.

---

<sup>4</sup> En el MACL, el tamaño máximo de muestra se define considerando el número máximo de “defectos” permitidos (en este caso, el número de individuos que no recibieron la intervención de interés) para que el área de salud sea clasificada como “bajo desempeño” (basado en la meta de desempeño). Las mediciones se toman de una muestra de individuos hasta alcanzar el máximo tamaño de muestra – en cuyo caso el área se clasifica como meta alcanzada – o el número de defectos es alcanzado y el área es clasificada como que no alcanzó la meta (Lanata et al. 1990; (1)).

### Cronograma esperado para la recolección de datos



14. Las encuestas en establecimientos de salud y las mediciones poblacionales serán recolectadas en tres momentos: (i) línea base, (ii) en torno a la conclusión del año 2020 (1ª fase de medición) y (iii) en torno a la conclusión del año 2022 (2ª fase de medición). El levantamiento de línea base tiene como objetivo afinar y documentar el diagnóstico de la situación de la atención de la malaria en el país para refinar las intervenciones para su eliminación. Los levantamientos al final de cada fase tienen como objetivo recolectar los datos para la verificación de las metas del Marco de Desempeño acordadas para esa fase, además de aportar información para continuar definiendo y modificando las intervenciones para las fases posteriores. La recolección de datos será responsabilidad del evaluador externo que tendrá el liderazgo técnico y la responsabilidad de la calidad de datos a nivel regional con apoyo de una firma local para la recolección local. Las revisiones por expertos serán realizadas conforme a los momentos en que se encuentren establecidos los indicadores correspondientes.
15. Para asegurar la transparencia de los procesos de medición, se invitará la participación del MINSA en momentos críticos. Durante la preparación de las encuestas, los cuestionarios y otras herramientas de recolección serán compartidas con el MINSA previo a la recolección. El evaluador externo considerará incorporar los comentarios que sean técnicamente relevantes. El MINSA también será invitado a observar las actividades de capacitación y piloto de los procesos de recolección, teniendo oportunidad de dar retroalimentación de estas actividades. Finalmente, la recolección de datos será realizada sin la participación o acompañamiento del Ministerio para asegurar su independencia. Todas las actividades se realizarán conforme a los estándares internacionalmente aceptados para la protección de sujetos humanos durante la investigación.

#### *Análisis de datos*

16. Los datos recolectados son analizados por el evaluador externo, conforme a las definiciones, criterios, fórmulas y fuentes de verificación acordadas con cada país en el Manual de Indicadores (ver párrafo 10). El evaluador externo realiza un reporte de los resultados de la verificación de las metas de los indicadores para determinar si fueron o no alcanzadas.

## 2. Monitoreo de indicadores del marco regional de eliminación.

17. Los indicadores de monitoreo general de la IREM, que son los mismos propuestos por la OPS-OMS, son medidos a través de los mismos instrumentos en establecimientos de salud y hogares realizadas para la medición de los indicadores del Marco de Desempeño. La diferencia radica en que estos indicadores de monitoreo general no son incluidos en la verificación del desempeño ligado al mecanismo de financiamiento basado en resultados y, por lo tanto, no tienen una ponderación o puntaje asignado. Los indicadores de monitoreo general de la IREM están detallados en la Matriz de Resultados del Anexo II. Estos indicadores aportan información que puede ayudar al país a conocer sobre el progreso realizado en la eliminación de la malaria y a reorientar las acciones necesarias para alcanzar un mayor impacto. Asimismo, representan un marco comparable con el que es posible analizar el efecto de distintos componentes de la IREM en cada país.

## **IV. Seguimiento y monitoreo del programa en Panamá**

18. Para determinar el progreso de la ejecución y conocer la tendencia hacia el logro de los resultados, el MINSA y el Banco, en coordinación con los socios de la IREM, monitorearán rutinariamente indicadores de productos y de resultados (o próximos a los resultados esperados) utilizando como fuentes los datos reportados y sistemas de información institucionales (u otros, específicos, acordados con el MINSA, cuando sea necesario). Este seguimiento se llevará a cabo mediante dos instrumentos principales: (i) la actualización del Plan de Ejecución Plurianual (PEP) y POA vigente; y (ii) la matriz de seguimiento.

## 3. Monitoreo rutinario de la ejecución

19. El objeto de este monitoreo rutinario es la verificación y monitoreo del cumplimiento de las actividades en los tiempos establecidos y de acuerdo a la planificación del proyecto, la cual ha sido definida para cumplir con los objetivos del proyecto durante el tiempo de ejecución. El seguimiento prioriza aquellas actividades que han sido identificadas como “hitos”, por constituir nudos críticos hacia el logro de los indicadores de desempeño.
20. El PEP es la herramienta básica de gestión, es un plan operativo plurianual, que define las actividades a llevar a cabo para conseguir los productos (o entregables) esperados de cada operación para cumplir con los objetivos de la iniciativa durante el tiempo de ejecución<sup>5</sup>. En este sentido, establece metas físicas finales para los productos que resultan de las intervenciones del programa, así como el calendario y secuencia entre estos productos, permitiendo definir ciertos procesos como hitos de implementación que deben ser objeto de seguimiento por la repercusión que tienen sobre el avance general y de otros productos dependientes. El PEP, como instrumento general de planificación, y como fuente de la planificación operativa de los POA, también fija una estimación de costos y proyección inicial de ejecución financiera que también debe ser objeto de monitoreo rutinario.
21. Los responsables de la Unidad Gestión Sanitaria, Administrativa y Financiera del MINSA (UGSAF), equipo a cargo de coordinar la ejecución del programa, y el Jefe de Equipo por el Banco, en coordinación con los puntos focales de la OPS y CHAI, realizan el seguimiento rutinario a la gestión integral de la operación. El Jefe de Equipo y la contraparte encargada de la ejecución del proyecto estarán en contacto seguido las veces que la UGSAF lo requiera – pero al menos una sesión mensual de monitoreo- para la revisión de hitos, identificación de

---

<sup>5</sup> Ver Guía para la Utilización del PEP como Herramienta de Gestión. BID – junio 2013.

obstáculos, riesgos y actualización del POA vigente. Esta comunicación constante entre el Jefe de Equipo y la contraparte permite la toma de decisiones de forma oportuna, ya sea para cambiar el curso de acción o para la implementación de acciones de mitigación de riesgos, siendo que el reto de eliminación es grande en un marco de tiempo de menos de cinco años.

#### 4. Supervisión integral del progreso técnico, financiero y de gestión reporte y misiones trimestrales

22. Con el objetivo de realizar un seguimiento integral a la operación, el MINSA analizará la información integrada en la Matriz de Seguimiento (Estructura propuesta como Apéndice a este Plan). Esta herramienta presenta de forma ordenada los indicadores del Marco de Desempeño, indicadores próximos a éstos, todos extraídos de los indicadores recomendados por la OPS-OMS, así como indicadores de producto e hitos del Plan de Ejecución Plurianual (PEP), también ordenados en relación con los indicadores de resultado. La matriz presenta, una planificación del progreso hacia la entrega de productos, cumplimiento de hitos y avance hacia resultados, durante el periodo de implementación de la operación, con cortes trimestrales. Su seguimiento se basa en información procedente de los sistemas de información de salud y vigilancia epidemiológica rutinarios del país. La UGSAF presentará reportes trimestrales, basados en la información reportada en la matriz de seguimiento, un resumen narrativo del progreso acumulado a la fecha de corte del reporte en los indicadores de seguimiento y del avance en cumplir con los acuerdos principales de períodos anteriores.
23. Basado en la información de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica ordenada en la Matriz de Seguimiento, se realizarán misiones de supervisión trimestral para revisar el progreso técnico, financiero y de gestión, revisando ejecución técnica y financiera. La misión trimestral de supervisión aprovecha las acciones, decisiones e información acumulada en el seguimiento rutinario para analizar los avances y los cuellos de botella o riesgos que pudieran limitar el logro de los objetivos. Las misiones incorporan a los tomadores de decisiones y responsables del MINSA, así como a los equipos correspondientes del BID, de la OPS y de CHAI, SE COMISCA, el MCR y la DE del Proyecto Mesoamérica. Este seguimiento permite la valoración del avance y la toma de decisiones para confirmar o corregir el rumbo estratégico acordando eventuales medidas correctivas.
24. El resultado de la misión es una serie de acuerdos y puntos de acción convenidos por el país y el BID, con los aportes de la OPS y CHAI, SE COMISCA, el MCR y la DE del Proyecto Mesoamérica. Estos acuerdos serán formalizados en una ayuda memoria firmada por el MINSA y el Banco, y – de incluir acuerdos que involucren a los socios, podrán ser suscritos también por éstos. El equipo del Banco lidera la misión, como parte de los compromisos establecidos en el convenio, misma que se estructura alrededor del seguimiento de los acuerdos de períodos anteriores.

## **V. Evaluación de la Iniciativa y de innovaciones**

### *Evaluación de la Iniciativa*

25. Por tratarse de un programa de *eliminación* por definición aplicable sistemáticamente a toda la población de forma simultánea, no es posible establecer grupos de comparación al interior de cada país para realizar una evaluación experimental (o cuasi experimental). Se trata sin embargo de una evaluación rigurosa para documentar efectos e impactos de las intervenciones antes y después – aunque no puedan ser estrictamente atribuidos a las intervenciones de la operación. Sin embargo, por ceñirse las intervenciones e indicadores de

la estrategia técnica mundial de eliminación de la malaria, permitirán comparar el progreso con otros países dentro y fuera de la región.

26. El trabajo de evaluación de IREM en Panamá contribuirá a explorar cuáles fueron los efectos de esta iniciativa, ¿cómo se alcanzaron estos efectos o, si los efectos deseados no fueron alcanzados, por qué no fueron alcanzados? Los datos obtenidos para monitorear y evaluar el desempeño del país serán utilizados para evaluar a la IREM y para informar a iniciativas futuras. Los datos cuantitativos serán complementados por estudios cualitativos para entender por qué y cómo ocurrieron o no ocurrieron los cambios. Preguntas potenciales de evaluación incluyen:
- ¿Estaba el país listo para lograr la eliminación de la malaria?
  - ¿Puede una iniciativa de financiamiento basado en resultados acelerar el progreso hacia la eliminación regional de la malaria?
  - ¿Cuáles fueron los conductores de la eliminación de la malaria en los niveles de políticas, estrategias y operativos?
  - ¿Logró la iniciativa reducir barreras que afectan a poblaciones vulnerables para acceder al tratamiento y diagnóstico de la malaria?
  - ¿Cómo contribuye la iniciativa a sostener la eliminación de la malaria? ¿Los mismos factores que aceleraron la eliminación influyen su sostenibilidad? ¿Hasta qué punto los países están dispuestos a mantener en el futuro los cambios que han realizado?
27. Para ello, se propone una evaluación de métodos mixtos con métodos cualitativos y cuantitativos. Los análisis de nivel de país compararán las tendencias observadas después de la intervención con predicciones antes de la intervención, utilizando modelaje estadístico, considerando el contrafactual de no intervención conforme al análisis estadístico, así como comparando las tendencias con otros países con características similares sin intervenciones. Asimismo, se documentarán estudios de caso en el país, utilizando los resultados de la verificación externa de metas, los datos de monitoreo de los sistemas rutinarios de información y vigilancia epidemiológica y las experiencias en los países. Los estudios de caso serán desarrollados a lo largo de la operación, cuando surjan temas críticos o innovaciones operativas.
28. Para el componente cualitativo, se realizará una evaluación de procesos. Esta evaluación busca analizar hasta qué punto los programas han sido implementados, la flexibilidad de la planificación para responder a desafíos de ejecución, conforme la planificación, evaluar y documentar el grado de fidelidad y variabilidad en la implementación del programa, explicar la relación entre los componentes de contexto e intervención con los resultados, guiar decisiones sobre cambios en estrategias, entre otros. Las actividades de recolección de datos incluirán entrevistas a profundidad o grupos de enfoque con hacedores de políticas a nivel nacional, representantes del Ministerio de Salud y del Ministerio de Economía y Finanzas, gestores del PEEM, proveedores de salud, representantes de la comunidad, entre otros. Fuentes secundarias incluirán a las ayudas memoria de las misiones de supervisión, comunicaciones oficiales, reportes, fotografías y otros materiales.
- Evaluación de innovaciones*
29. Está pendiente la discusión con el país sobre innovaciones operativas que podrían dar información clave para la eliminación de la malaria. Entre ellas se encuentran estrategias para incrementar la detección y diagnóstico de la malaria en áreas indígenas y de difícil acceso; prueba de distintas herramientas para incrementar el uso de mosquiteros impregnados con insecticida en áreas indígenas; uso de pruebas rápidas para detección y diagnóstico de casos de malaria por trabajadores comunitarios.

## VI. Diseminación de la información

30. El principal instrumento para diseminar los datos obtenidos del seguimiento de la ejecución de la operación son los tableros de seguimiento. Estos datos estarán disponibles para uso del país, los socios y los donantes. En conjunto con el MINSA se acordarán los indicadores de seguimiento que estarán disponibles públicamente en la página de internet de la IREM. No serán publicados datos que contengan información personal, que permita identificar a personas individualmente o que puedan ser considerados como de seguridad nacional o sanitaria.
31. El evaluador externo generará reportes de las mediciones de la verificación de metas que serán compartidos con el país, con los socios y los donantes, y serán puestas a disposición de público. Se realizarán análisis descriptivos y epidemiológicos utilizando los datos de la información recolectada, los cuales formarán parte de artículos revisados por pares y publicados en revistas internacionales a lo largo de la duración de la IREM.
32. Los reportes serán compartidos con el país previo a su publicación. Asimismo, se discutirán los resultados con el MINSA con el fin de revisar sus implicaciones en las estrategias y acciones realizadas, para la mejora continua de la calidad y para contribuir a incrementar el impacto de las intervenciones de eliminación de la malaria o informar acciones de otros programas de salud para la eliminación de otras enfermedades en el país.
33. Todos los datos recolectados por la IREM como parte de la verificación de metas podrán ser puestos a disposición del público, previo a la autorización del MINSA (según protocolo<sup>6</sup>), en su formato original o como parte de análisis secundarios, bajo la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional (CC BY 4.0) o su equivalente, salvo aquellos que se consideren de seguridad nacional o sanitaria y/o que contengan información personal.

---

<sup>6</sup> Este protocolo específico será acordado entre el MINSA y el BID, y formará parte del Reglamento Operativo.



## VII. Plan de trabajo y presupuesto del seguimiento y evaluación

*Nota:* Todas las actividades de verificación son financiadas con recursos adicionales de donación independientes a la operación, así como las actividades de supervisión.

Como las actividades de supervisión:																													
	2018				2019				2020				2021				2022				2023				Responsable	Costo Estimado (miles US)			
Trimestre	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4									
Diseño de instrumentos																											BID Evaluador Externo	100	
Validación y pilotaje de los instrumentos																													*
Recolección de datos de línea base																											Evaluador Externo	240	
Reporte final de línea base																													*
Recolección de datos de 1ª verificación de resultados																													250
Reporte final de 1ª verificación de resultados																													*
Recolección de datos de 2ª verificación de resultados																													260
Reporte final de 2ª verificación de resultados																												*	
Evaluación de la Iniciativa																											BID Evaluador Externo	*	
Misión de arranque																											BID	**	
Misión de Supervisión																													**
Misión de cierre																													**
																										Costo total	850		

\* Incluido en el costo total de las encuestas

\*\* Cubierto por el Banco como parte de la supervisión de la operación.

La estructura permite relacionar intervenciones – con resultados intermedios (o avance en implementación de procesos) – con tendencia hacia resultados finales – con impacto final.

La fuente son los sistemas del MINSA – pues el propósito es de seguimiento por parte del MINSA – no se pretende anticipar ni duplicar la evaluación externa.

[illegible]

					(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
					(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
<b>RESULTADO #2: SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA FORTALECIDO.</b>												
Indicadores	Unidad de medida	Línea de Base (año)	Meta 1ª Fase	Meta 2ª Fase	Avance Año 1 (2019)				Avance Año 2 (2020)			
					T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
*Indicador del Marco de Desempeño relacionado	%	(1) (2018)			(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
<i>Indicador de avance del PEP x determinar – relacionado con el resultado de la fila anterior</i>	(2)	NA			(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
					(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
Indicador de M&E de Eliminación de Malaria que <i>no</i> está en el Marco de Desempeño pero es relevante como resultado intermedio o de proceso hacia el indicador del Marco de Desempeño	%	(1) (2018)			(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)
<i>Indicador de avance del PEP x determinar– relacionado con el resultado de la fila anterior</i>	(2)	NA			(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)	(plan.)
					(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)	(real)

(1) La línea de base para todos los indicadores de impacto y resultados será recolectada en el primer trimestre de 2019.

(2) La unidad de medida debería ser o bien un número absoluto que refleje el avance (la cuantía) hacia la meta física de un producto (ej. “XX Laboratorios equipados con microscopios” “XX técnicos médicos capacitados en lectura de láminas”); o bien un sí o no, para los indicadores que expresen el cumplimiento de un hito del PEP (ej. “norma aprobada”)

## Apéndice 2. Bibliografía de fuentes consultadas para la estimación de metas

- Baldeviano, G. Christian, Sheila Akinyi Okoth, Nancy Arrospide, Rommell V. Gonzalez, Juan F. Sánchez, Silvia Macedo, Silvia Conde, et al. 2015. "Molecular Epidemiology of *Plasmodium Falciparum* Malaria Outbreak, Tumbes, Perú, 2010–2012." *Emerging Infectious Diseases* 21 (5). <https://doi.org/10.3201/eid2105.141427>.
- Cohen, Justin M, David L Smith, Chris Cotter, Abigail Ward, Gavin Yamey, Oliver J Sabot, and Bruno Moonen. 2012. "Malaria Resurgence: A Systematic Review and Assessment of Its Causes." *Malaria Journal* 11 (1): 122. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-122>.
- Cosner, C., J.C. Beier, R.S. Cantrell, D. Impoinvil, L. Kapitanski, M.D. Potts, A. Troyo, and S. Ruan. 2009. "The Effects of Human Movement on the Persistence of Vector-Borne Diseases." *Journal of Theoretical Biology* 258 (4): 550–60. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2009.02.016>.
- Daniels, Rachel F., Stephen F. Schaffner, Edward A. Wenger, Joshua L. Proctor, Hsiao-Han Chang, Wesley Wong, Nicholas Baro, et al. 2015. "Modeling Malaria Genomics Reveals Transmission Decline and Rebound in Senegal." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112 (22): 7067–72. <https://doi.org/10.1073/pnas.1505691112>.
- Doran, Tim, Catherine Fullwood, Hugh Gravelle, David Reeves, Evangelos Kontopantelis, Urara Hiroeh, and Martin Roland. 2006. "Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom." *New England Journal of Medicine* 355 (4): 375–84. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa055505>.
- Dudley, Harry J., Abhishek Goenka, Cesar J. Orellana, and Susan E. Martonosi. 2016. "Multi-Year Optimization of Malaria Intervention: A Mathematical Model." *Malaria Journal* 15 (1). <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1182-0>.
- Eichler, Rena, and Susan De. 2011. "Paying for Performance in Health: A Guide to Developing the Blueprint." Version 2. Health Systems 20/20. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.
- Ergo, Alex, and Ligia Paina. 2012. "Verification in Performance-Based Incentive Schemes." Health Systems 20/20. Bethesda, MD: Abt Associates Inc. <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/02/Verification-in-Performance-Based-Incentive-Schemes1.pdf>.
- for the Southern Africa International Centers of Excellence for Malaria Research, Kelly M. Searle, Harry Hamapumbu, Jailos Lubinda, Timothy M. Shields, Jessie Pinchoff, Tamaki Kobayashi, et al. 2016. "Evaluation of the Operational Challenges in Implementing Reactive Screen-and-Treat and Implications of Reactive Case Detection Strategies for Malaria Elimination in a Region of Low Transmission in Southern Zambia." *Malaria Journal* 15 (1). <https://doi.org/10.1186/s12936-016-1460-x>.
- Franco-Santos, Monica, and Mike Bourne. 2008. "The Impact of Performance Targets on Behavior: A Close Look at Sales Force Contexts." United Kingdom: Centre for Business Performance, Cranfield School of Management.
- Galactionova, Katya, Fabrizio Tediosi, Don de Savigny, Thomas Smith, and Marcel Tanner. 2015. "Effective Coverage and Systems Effectiveness for Malaria Case Management in Sub-Saharan African Countries." Edited by Georges Snounou. *PLOS ONE* 10 (5): e0127818. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127818>.

- Gerardin, Jaline, Caitlin A. Bever, Busiku Hamainza, John M. Miller, Philip A. Eckhoff, and Edward A. Wenger. 2016. "Optimal Population-Level Infection Detection Strategies for Malaria Control and Elimination in a Spatial Model of Malaria Transmission." Edited by David Smith. *PLOS Computational Biology* 12 (1): e1004707.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1004707>.
- Greenhouse, Bryan, and David L. Smith. 2015. "Malaria Genotyping for Epidemiologic Surveillance." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112 (22): 6782–83.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1507727112>.
- Hay, Simon I, David L Smith, and Robert W Snow. 2008. "Measuring Malaria Endemicity from Intense to Interrupted Transmission." *The Lancet Infectious Diseases* 8 (6): 369–78.  
[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(08\)70069-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(08)70069-0).
- Hill, Jenny, Jenna Hoyt, Anna Maria van Eijk, Lauren D'Mello-Guyett, Feiko O. ter Kuile, Rick Steketee, Helen Smith, and Jayne Webster. 2013. "Factors Affecting the Delivery, Access, and Use of Interventions to Prevent Malaria in Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." Edited by Abdisalan Mohamed Noor. *PLoS Medicine* 10 (7): e1001488. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001488>.
- Hoogen, Lotus L. van den, Jamie T. Griffin, Jackie Cook, Nuno Sepúlveda, Patrick Corran, David J. Conway, Paul Milligan, et al. 2015. "Serology Describes a Profile of Declining Malaria Transmission in Farafenni, The Gambia." *Malaria Journal* 14 (1).  
<https://doi.org/10.1186/s12936-015-0939-1>.
- Hsiang, Michelle S., Jimmie Hwang, Simon Kunene, Chris Drakeley, Deepika Kandula, Joseph Novotny, Justin Parizo, et al. 2012. "Surveillance for Malaria Elimination in Swaziland: A National Cross-Sectional Study Using Pooled PCR and Serology." Edited by Lorenz von Seidlein. *PLoS ONE* 7 (1): e29550. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0029550>.
- Lengeler, Christian. 2004. "Insecticide-Treated Bed Nets and Curtains for Preventing Malaria." Edited by Cochrane Infectious Diseases Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, April. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000363.pub2>.
- Loening, Esther, and Luis Tineo. 2012. "Independent Verification in Results-Based Financing." *OBA Approaches*, May 2012.  
[https://www.gpoba.org/sites/gpoba/files/OBApproachesNo43RBF\\_WB\\_0.pdf](https://www.gpoba.org/sites/gpoba/files/OBApproachesNo43RBF_WB_0.pdf).
- Longley, Rhea J., Michael T. White, Eizo Takashima, Masayuki Morita, Bernard N. Kanoi, Connie S. N. Li Wai Suen, Inoni Betuela, et al. 2017. "Naturally Acquired Antibody Responses to More than 300 Plasmodium Vivax Proteins in Three Geographic Regions." Edited by Photini Sinnis. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 11 (9): e0005888.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005888>.
- MEASURE Evaluation. 2013. "Household Survey Indicators for Malaria Control." MEASURE Evaluation.  
<http://www.malariasurveys.org/documents/Household%20Survey%20Indicators%20for%20Malaria%20Control.pdf>.
- Mohammed-Awel, Jemal, and Eric Numfor. 2017. "Optimal Insecticide-Treated Bed-Net Coverage and Malaria Treatment in a Malaria-HIV Co-Infection Model." *Journal of Biological Dynamics* 11 (sup1): 160–91. <https://doi.org/10.1080/17513758.2016.1192228>.
- Okell, Lucy C, Chris J Drakeley, Teun Bousema, Christopher J. M Whitty, and Azra C Ghani. 2008. "Modelling the Impact of Artemisinin Combination Therapy and Long-Acting

- Treatments on Malaria Transmission Intensity.” Edited by Steven Riley. *PLoS Medicine* 5 (11): e226. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050226>.
- OMS. 2016. *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. 2016. *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020. 68a Sesión del Comité Regional para la OMS para las Américas*. Vol. CD55/13.
- PAHO. 2015. “Metodología de verificación de los datos de malaria presentados por los países de la iniciativa EMMIE.” Organización Panamericana de la Salud.
- Perkins, T. Alex, Thomas W. Scott, Arnaud Le Menach, and David L. Smith. 2013. “Heterogeneity, Mixing, and the Spatial Scales of Mosquito-Borne Pathogen Transmission.” Edited by Marcel Salathé. *PLoS Computational Biology* 9 (12): e1003327. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1003327>.
- Plucinski, Mateusz M., Manzambi Ferreira, Carolina Miguel Ferreira, Jordan Burns, Patrick Gaparayi, Lubaki João, Olinda da Costa, et al. 2017. “Evaluating Malaria Case Management at Public Health Facilities in Two Provinces in Angola.” *Malaria Journal* 16 (1). <https://doi.org/10.1186/s12936-017-1843-7>.
- Roper, W. L., and G. P. Mays. 2000. “Performance Measurement in Public Health: Conceptual and Methodological Issues in Building the Science Base.” *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP* 6 (5): 66–77.
- Ross, Amanda, Cristian Koepfli, Sonja Schoepfli, Lincoln Timinao, Peter Siba, Thomas Smith, Ivo Mueller, Ingrid Felger, and Marcel Tanner. 2016. “The Incidence and Differential Seasonal Patterns of Plasmodium Vivax Primary Infections and Relapses in a Cohort of Children in Papua New Guinea.” Edited by Photini Sinnis. *PLOS Neglected Tropical Diseases* 10 (5): e0004582. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004582>.
- Stresman, Gillian, Angus Cameron, and Chris Drakeley. 2017. “Freedom from Infection: Confirming Interruption of Malaria Transmission.” *Trends in Parasitology* 33 (5): 345–52. <https://doi.org/10.1016/j.pt.2016.12.005>.
- Tatem, Andrew J, David L Smith, Peter W Gething, Caroline W Kabaria, Robert W Snow, and Simon I Hay. 2010. “Ranking of Elimination Feasibility between Malaria-Endemic Countries.” *The Lancet* 376 (9752): 1579–91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61301-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61301-3).
- Walker, Patrick G T, Jamie T Griffin, Neil M Ferguson, and Azra C Ghani. 2016. “Estimating the Most Efficient Allocation of Interventions to Achieve Reductions in Plasmodium Falciparum Malaria Burden and Transmission in Africa: A Modelling Study.” *The Lancet Global Health* 4 (7): e474–84. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30073-0).
- White, Michael T., Stephan Karl, Cristian Koepfli, Rhea J. Longley, Natalie E. Hofmann, Rahel Wampfler, Ingrid Felger, et al. 2018. “Plasmodium Vivax and Plasmodium Falciparum Infection Dynamics: Re-Infections, Recrudescences and Relapses.” *Malaria Journal* 17 (1). <https://doi.org/10.1186/s12936-018-2318-1>.
- Yé, Yazoume, Erin Eckert, Jules Mihigo, Christine L. Hershey, Jui Shah, Cameron Taylor, Ana Cláudia Franca-Koh, et al. 2017. “Implementing Impact Evaluations of Malaria Control Interventions: Process, Lessons Learned, and Recommendations.” *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 97 (3\_Suppl): 20–31. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0064>.



## INICIATIVA REGIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA

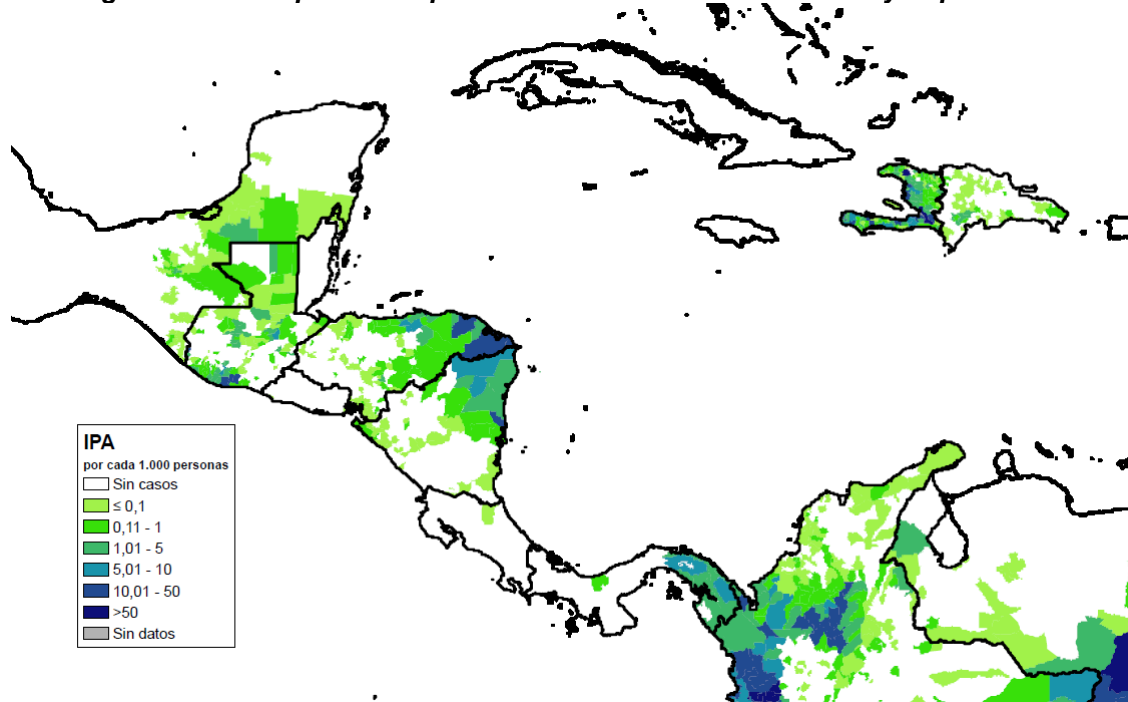
### TEORÍA DE CAMBIO

#### Planteamiento del Problema

Los programas de malaria en Mesoamérica han tenido éxito en la reducción de la incidencia, mortalidad y morbilidad de la malaria en las últimas dos décadas, con una reducción superior al 90% debido a los esfuerzos de los gobiernos nacionales acompañados principalmente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como por el Fondo Mundial y otros socios. Sin embargo, la región actualmente no se encuentra en camino a lograr su objetivo de eliminación de la malaria para el 2020. Después de años de disminuciones dramáticas, los países con mayor incidencia (Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) han visto una meseta en el número de casos o incluso incrementos en la transmisión que actualmente se encuentra focalizada en algunas áreas de cada país.

Tatem et al. (2010) sugirieron que los países de las Américas tienen el mayor potencial para la eliminación del *Plasmodium falciparum* y un alto potencial para el *Plasmodium vivax*. En Mesoamérica, la transmisión de la malaria está concentrada en la provincia de Escuintla en Guatemala, el área Miskito en Honduras y Nicaragua, y la municipalidad de Chepo y la comarca de Guna Yala en Panamá (OPS 2017) (ver *Figura 1*). La mayoría de los casos son causados por *P. vivax*, que contribuye al 92.4% de todos los casos. Las provincias de Gracias a Dios en Honduras y la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) en Nicaragua concentran el 63.3% de los casos de *P. falciparum* en Mesoamérica (OPS 2017).

**Figura 1. Malaria por Índice parasitario anual en Centroamérica y República Dominicana**



Fuente: Informe de la Situación de La Malaria En Las Américas, 2014 (OPS 2017)

Para lograr la eliminación, sin embargo, es necesario superar diversos retos. Los determinantes sociales tienen un papel importante en la continuación de la transmisión en las áreas endémicas

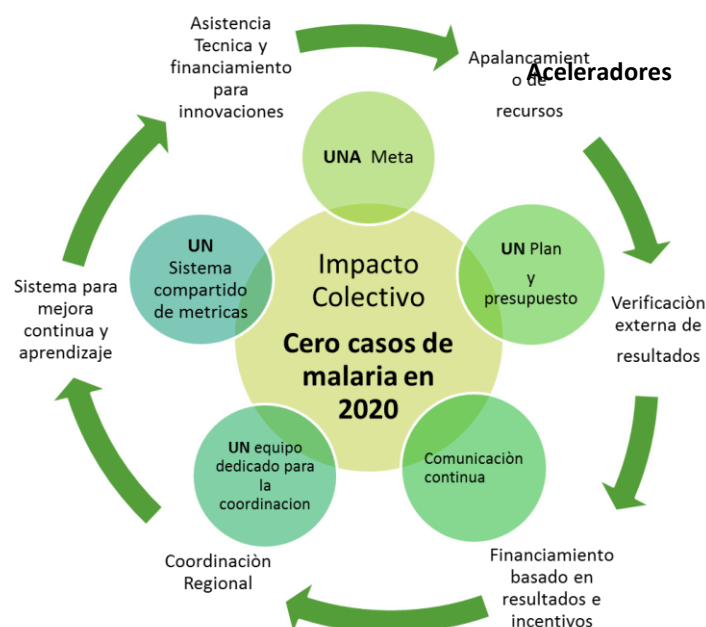
de la malaria. Muchas de las áreas con transmisión autóctona están altamente empobrecidas y carecen de acceso adecuado a los servicios de salud. Otros factores incluyen la ocupación, como es la participación en agricultura y minería, así como la migración internacional, siendo América Central la mayor ruta de tránsito hacia México, Estados Unidos y Canadá. (OPS 2017).

La eliminación de la malaria por ende requiere la expansión y cierta reorientación de los programas actuales de control de la malaria para encontrar los últimos puntos de transmisión e implementar programas focalizados, basados en la evidencia, y para extender y consolidar la vigilancia epidemiológica. El financiamiento sostenido también es un reto importante para la eliminación de la malaria. Más de \$25 millones en recursos domésticos y del Fondo Mundial están siendo utilizados en Centroamérica. Los estudios de la *Clinton Health Access Initiative* (CHAI) sugieren que aproximadamente \$70 millones en un periodo de cinco años podrían ser necesarios para eliminar y construir programas sólidos post-eliminación para sostener la eliminación (CHAI 2017; Cohen et al. 2012).

### Impacto colectivo y financiamiento basado en resultados

La teoría de cambio de la IREM se fundamenta en el marco de Impacto Colectivo (IC) (véase *Figura 2*). El IC es un marco conceptual y una visión de los problemas sociales complejos (Kania and Kramer 2011). Este acercamiento se basa en la idea de que la única manera de resolver programas sociales complejos es mediante la combinación de múltiples socios. Ningún gobierno, departamento, organización, donante, programa o negocio único puede resolver estos programas por sí solo. Asimismo, considera el Plan Regional de Malaria 2016-2020 (OPS 2016) y los bloques de construcción de la Bill & Melinda Gates Foundation (2014) requeridos para lograr impacto en la eliminación.

**Figura 2. Marco de Impacto Colectivo de la IREM**



Fuente: Modificado de Turner et al 2012. Modelo de Impacto Colectivo del Stanford Social Innovation Review.



Por lo tanto, se requiere de un acercamiento que vaya más allá de la colaboración o de la cooperación. El IC incluye cinco elementos: una agenda común; un sistema de gestión compartido; comunicación conjunta; actividades que se retroalimenten mutuamente, y una organización como columna vertebral. La IREM representa estos cinco elementos del IC y adiciona tres mecanismos clave para acelerar los cambios: incentivos, metas verificadas externamente, asistencia técnica y financiamiento para intervenciones (basado en el éxito de la Iniciativa Salud Mesoamérica).

En la IREM, la agenda común es la eliminación de la malaria en los países seleccionados. Todos los actores deben de estar alineados con esta agenda para lograr el objetivo. Juntos, los actores desarrollan planes operativos y presupuestos para coordinar actividades de retroalimentación mutua para lograr los objetivos a través de estrategias y actividades adaptadas localmente.

Todos los planes primero se enfocan en los resultados o metas deseadas y después trabajan hacia atrás para asegurarse que todas las actividades sean consideradas. Las actividades de retroalimentación mutua están basadas en la evidencia, pero también permiten la experimentación de intervenciones promisorias en las que la evidencia no es tan clara. Para cada país y programa de país, una teoría de cambio específica y contextualizada a la situación local es desarrollada.

La teoría de cambio requiere datos del sistema compartido de medición y la comunicación continúa para estudiar si todas las acciones implementadas por los socios están logrando los cambios esperados. Este ciclo de planificación, acción, estudio y acción (también utilizado en los procesos de mejora continua) es lo que permite a aquellos involucrados a identificar soluciones emergentes, estudiarlas y replicarlas, aprendiendo cuáles son las mejores maneras de lograr cambios.

Tres aceleradores incrementan la velocidad del proceso de eliminación de la malaria. El primer acelerador son los incentivos, que se utilizan a nivel regional y nacional para conducir el cambio, incluyendo incentivos monetarios y reputacionales. Los incentivos nacionales motivan los cambios en los sistemas, desde normas a presupuestos a acciones locales, necesarios para acelerar (y después sostener) el cambio. La perspectiva regional motiva la competencia, las economías de escala y la visión de la malaria desde una perspectiva regional. La competencia entre países motiva el desempeño y lleva la atención de los tomadores de decisiones de alto nivel a resolver los cuellos de botella rápidamente.

El Segundo acelerador, las metas verificadas externamente, motiva la rendición de cuentas de los actores. Dato que la verificación externa de resultados y la información pública es requerida, el fuerte énfasis en el monitoreo y evaluación motiva la transparencia.

Finalmente, la asistencia técnica y los fondos para innovaciones proveen apoyo a los equipos nacionales y locales durante las actividades de planificación, implementación y monitoreo. La asistencia técnica provista para diseñar y apoyar la implementación de intervenciones y apoyar y facilitar la construcción de capacidades del Ministerio de Salud de los países participantes en diferentes niveles del sistema: i) al nivel central para fortalecer la creación de normas y políticas nacionales, procuración, planificación, monitoreo y vigilancia; ii) al nivel regional para construir capacidades, supervisar (y levantar barreras para) a los niveles de provisión de servicios, y iii) al nivel de establecimientos de salud, redes de laboratorios y comunidad.

La organización como columna vertebral, la Unidad Coordinadora del BID, alinea todos los elementos y aceleradores, además de resguardar los principios de la IREM, decidiendo conjuntamente con los donantes y actores. La organización como columna vertebral busca mantener las siguientes características: 1) visionaria; 2) orientada a resultados; 3) colaborativa, constructora de relaciones; 4) enfocada pero adaptativa; 5) influencia y genera confianza (Turner et al. 2012), y 6) en el caso de la IREM, también tiene experiencia en el manejo de programas de gran escala.

### **Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R) para la eliminación de la malaria**

La malaria es una enfermedad ocasionado por un parásito que se transmite principalmente por la picadura de los mosquitos del género *Anopheles* infectados. Las personas con malaria experimentan fiebre, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza, dolor de músculos y articulaciones, entre otros síntomas. Si no es tratada oportunamente, la malaria puede ocasionar serias complicaciones e incluso la muerte. El principal reservorio de la enfermedad es el humano. Es decir, el mosquito es el vector que trasmite la enfermedad, pero la única forma en la puede infectarse con la malaria es picando a una persona infectada.

Tradicionalmente, el abordaje contra la malaria se ha centrado primordialmente en el control de vectores. Se ha logrado disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad, creando una falsa sensación de seguridad debido a la ausencia de brotes generalizados. No obstante, las poblaciones de insectos nos son estables en su distribución a lo largo del tiempo, responden a cambios climáticos y del ambiente en general, provocados por la acción humana, y cumplen funciones en los ecosistemas. Por ende, el énfasis para lograr la eliminación debe centrarse no en destruir el vector (el mosquito), sino el reservorio de parásitos en el huésped humano; en otras palabras, el tratamiento completo y oportuno de las personas infectadas. El control del vector adulto, entonces, se justifica solamente como medida complementaria a las centradas en la población, en las áreas específicas donde existe transmisión; es decir, en los focos maláricos, donde es necesario controlar el vector porque tiene alta probabilidad de estar infectado con el parásito.

Por lo anterior, y siguiendo los lineamientos de la Estrategia Técnica Mundial Contra la Malaria 2016-2030 (WHO 2016), las operaciones de la IREM propician la intensificación de intervenciones que buscan interrumpir la transmisión del parásito de humano a humano, mediante la secuencia de Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R) en áreas endémicas. Lo anterior se refiere a la detección temprana y tratamiento oportuno y completo de pacientes con malaria, la investigación epidemiológica, incluida la entomológica, alrededor de los casos identificados y la respuesta —ajustada en función de dicha investigación, en cada foco de transmisión. Lo anterior se complementa con actividades de control de vectores, pero focalizadas en áreas endémicas, en especial como parte del conjunto de medidas de respuesta en los focos de alta transmisión.

El abordaje de focos maláricos consiste en la micro-estratificación del territorio (identificar y comprender el comportamiento de la malaria en cada foco específicamente), partiendo de la detección proactiva sistemática de casos sospechosos de malaria y en la organización de micro-redes de DTI-R, donde la respuesta incluye la búsqueda de casos en torno a cada caso identificado y acciones complementarias de control de vectores de contención de la transmisión.

En resumen, como lo establece el Marco para la Eliminación de la malaria (OPS/OMS 2017) para alcanzar la eliminación de la malaria se requiere: 1) Investigar y curar los casos, y manejar y dar seguimiento a los focos; 2) Eliminar los parásitos en toda la población y ejecutar intervenciones nuevas o adicionales (si es necesario); 3) vigilancia para detectar, caracterizar y vigilar todos los casos (individuales y en focos); 4) Mejorar y optimizar el manejo de casos (pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento), y 5) Mejorar y optimizar el control de vectores (ver *Figura 3*). El diseño de las operaciones de la IREM, incluyendo los indicadores para el seguimiento de las operaciones y su marco de resultados, se fundamentan en este marco.

**Figura 3: Conjunto ilustrativo de intervenciones para la eliminación de la malaria**



Fuente: Marco para la eliminación de la malaria (OPS/OMS 2017).

## Conclusión

Para alcanzar un impacto colectivo, la IREM trabajará para que todas las organizaciones y acciones relevantes, incluyendo a los gobiernos de los países, ministerios de salud y programas de malaria, financiadores, cooperantes, entre otros, alinean sus esfuerzos para implementar eficazmente el DTI-R, fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica y sostener el financiamiento para la eliminación sostenida de la malaria en toda la región. Los mecanismos aceleradores contribuirán a reducir los plazos de implementación asegurando el alineamiento de los incentivos de los actores y cubriendo vacíos técnicos, operativos y agilizando la disponibilidad de recursos para acortar los tiempos y tener éxito en el corto plazo.

## Fuentes:

- BMGF. 2014. "The Bill & Melinda Gates Foundation's Approach for Malaria Elimination in the Americas." presented at the Bill & Melinda Gates Foundation.
- CHAI. 2017. "Clinton Health Access Initiative's Approach to Malaria Elimination in the Americas." presented at the Mesoamerica Malaria Elimination Financing Meeting, IDB Headquarters, Washington, D.C., April 26.
- Cohen, Justin M, David L Smith, Chris Cotter, Abigail Ward, Gavin Yamey, Oliver J Sabot, and Bruno Moonen. 2012. "Malaria Resurgence: A Systematic Review and Assessment of Its Causes." *Malaria Journal* 11 (1): 122. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-11-122>.
- Kania, John, and Mark Kramer. 2011. "Collective Impact." *Stanford Social Innovation Review*, 2011.
- OMS. 2016. *Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030*. Francia: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. 2016. *Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020. 68a Sesión del Comité Regional para la OMS para las Américas*. Vol. CD55/13.
- . 2017. *Informe de La Situación de La Malaria En Las Américas, 2014*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. 2017. *Marco Para La Eliminación de La Malaria*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.
- Tatem, Andrew J, David L Smith, Peter W Gething, Caroline W Kabaria, Robert W Snow, and Simon I Hay. 2010. "Ranking of Elimination Feasibility between Malaria-Endemic Countries." *The Lancet* 376 (9752): 1579–91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61301-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61301-3).
- Turner, Shiloh, Kathy Merchant, John Kania, and Ellen Martin. 2012. "Understanding the Value of Backbone Organizations in Collective Impact: Part 4." *Stanford Social Innovation Review*, July 2012.

**PANAMÁ  
(PN-G1007)**

<b>Proyecto</b>	Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria
<b>Jefe de equipo BID</b>	Emmanuelle Sanchez-Monin
<b>Actualizado</b>	Mayo, 2018

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación n línea
<b>AMENAZAS</b>						
3	A causa de las debilidades en el sistema de logística que no integra tratamientos e insumos anti-malaricos, existe la posibilidad de no contar con pruebas rápidas y tratamiento disponible, y en consecuencia no se cortaría la cadena de transmisión de la enfermedad, evitando la reducción de casos.	Muy Alto	Muy Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de medicamentos, insumos médicos quirúrgicos, tecnológicas sanitarias y otros productos para la salud humana / OPS <b>Disparador:</b> <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisar y reformular si es necesario los procedimientos: estimación de necesidades, adquisición, almacenamiento y distribución, y control de existencias (revisar sistema de información logística)</li> <li>2. Estructurar la red logística a manera de no contar con existencias de PDR y tratamientos en los Servicios de Salud que se designen.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> 31 de julio de 2018 <b>Acciones de contingencia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A través del acuerdo OPS/BID, crear un stock de pruebas rápidas en Panamá (Bodega CDE/VT) para cubrir los desabastecimientos</li> </ol> <p>Utilizar los tratamientos de reserva para abastecer a los países si no existieran.</p>	Activo	Muy Alto

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación en línea
1	Debido a la limitada oferta de Servicios de Salud (SS) en áreas endémicas existe la posibilidad de perder la oportunidad de diagnóstico y tratamiento e intervención de casos de malaria y como consecuencia no se logra la eliminación en el periodo establecido.	Alta	Muy alta	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Provisión de servicios (Dra. Nitzia de Iglesias) <b>Disparador:</b> Inmediato. <b>Fecha:</b> 18 de abril 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hacer provisión de servicios de malaria en red integral</li> <li>2. Incrementar los puntos de diagnóstico y laboratorios</li> <li>3. Vincular a los promotores comunitarios a la red de servicio</li> <li>4. Integrar a la Caja del Seguro Social (CSS) que actualmente no hacen parte de la red de diagnóstico.</li> <li>5. Elaboración de los micro-planos para superar las brechas identificadas en la caracterización de los focos.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Muy alto
7	Debido al rechazo, la desinformación y la resistencia a la aplicación del Rociado Residual intradomiciliario (IRS por sus siglas en ingles) en las comunidades endémicas, existe el riesgo que las familias se nieguen a que se aplique esta intervención en el 100% de las casas, consecuentemente, se podría no reducir los casos de malaria y/o no eliminarla.	Alta	Muy Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de asuntos sanitarios indígenas (DASI), Departamento de Control de Vectores / Coordinados regionales de promoción y DASI. Asuntos indígenas del Ministerio de Gobierno <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de la estrategia IEC en malaria para comunidades indígenas de las áreas endémicas.</li> <li>2. Involucrar a los líderes comunitarios y mujeres mejorar la aceptación del IRS.</li> <li>3. Sensibilización a las autoridades, líderes comunitarios para reconocer a la malaria como un problema de salud que motive la población a aceptar medidas de control vectorial.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Muy Alto

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación n línea
10	Debido a la posición logística de Panamá y el flujo migratorio de América del Sur, existe el riesgo de no captar sospechosos febriles o asintomáticos oportunamente, y en consecuencia que aumenten los casos importados de malaria que posteriormente podrían originar casos autóctonos.	Muy Alta	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección General de Salud/ Departamento de Epidemiología <b>Disparador:</b> Inmediato <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desarrollar e implementar una estrategia de comunicación dirigida a los migrantes, los organismos de control de fronteras, los educadores y la Policía Nacional (para todo el País).</li> <li>2. Acuerdos con organismos de control de fronteras para la captación oportuna de febriles y sospechosos de malaria.</li> <li>3. Capacitación al personal de salud de SENAFRONT y otros organismos de control migratorio para la notificación de casos</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Muy Alto
9	Debido a que la información y experiencia disponible no es suficiente para planificar y ejecutar una intervención de vigilancia entomológica efectiva y eficaz, existe la posibilidad de no identificar oportunamente riesgo de re-introducción de malaria (al detectar densidades de mosquitos, zonas de riesgos, índices larvarios mayores de 20%, entre otros), y en consecuencia, posibilitar el aumento o surgimiento de casos en focos residuales o inactivos.	Alto	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Departamento de Control de Vectores. <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar la capacitación para investigaciones operativas entomológicas.</li> <li>2. Implementar la sección de entomología en el departamento de control de vectores.</li> <li>3. Socializar las investigaciones científicas entomológica correspondientes al vector de la malaria</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> 30 de junio de 2018 <b>Acciones de contingencia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar un convenio entre el Ministerio y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) para implementar el análisis de laboratorio entomológico, con su respectivo informe al Ministerio de Salud.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Alto

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación línea
4	Debido a las costumbres, cosmovisión y prácticas culturales (como por ejemplo recurrir a agentes tradicionales de salud en las comarcas) de las comunidades endémicas, existe la posibilidad de no detectar febriles oportunamente dentro de la comunidad, y como consecuencia, los infectados de malaria no detectados oportunamente no reciban el tratamiento.	Medio	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de asuntos sanitarios indígenas (DASI) / Coordinados regionales de promoción y DASI. Asuntos indígenas del Ministerio de Gobierno <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de la estrategia IEC en malaria para comunidades indígenas de las áreas endémicas.</li> <li>2. Involucrar a los agentes tradicionales de salud para captación de febriles o sospechosos de malaria y derivarlos a un agente o servicio de salud</li> <li>3. Sensibilización a las autoridades, líderes comunitarios para reconocer a la malaria como un problema de salud que motive la población acuda a los servicios de salud.</li> <li>4. Formación de miembros de la comunidad como promotores de salud que hacen diagnóstico y tratamiento de malaria.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Alto
5	Debido a que las microredes no tienen incorporado la gestión del diagnóstico y tratamiento para malaria, existe el riesgo que no funcionen adecuadamente para la referencia de pacientes y muestras para confirmación de diagnóstico, y en consecuencia, no se tendría una red que apoye la detección oportuna de casos.	Media	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Provisión de servicios (Dra. Nitzia de Iglesias) <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integrar en los protocolos de atención de la redes integradas e integrales de salud, guías clínicas para el tratamiento y diagnóstico de malaria.</li> <li>2. Capacitación al personal de las RIIS en diagnostico (con PDR) y tratamiento de malaria.</li> <li>3. Revisar y adecuar las microrredes de acuerdo con la disponibilidad de laboratorios y microscopia.</li> <li>4. Socializar y aplicar las nuevas normas de atención integral a la malaria.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Alto



Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación n línea
6	Debido al vínculo limitado de los trabajadores de salud comunitaria (TSC) con el Ministerio y la movilidad de este recurso humano en las zonas endémicas, existe el riesgo de no contar con suficientes TSC capacitados en detección de malaria en un momento dado, y en consecuencia tener una cobertura deficiente.	Medio	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Promoción de la Salud/ Departamento de Control de Vectores <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sensibilización a las autoridades, líderes comunitarios para reconocer a la malaria como un problema de salud que motive a los TSCs a participar en las acciones de eliminación de malaria.</li> <li>2. Supervisión y acompañamiento por parte de los servicios a los TSCs.</li> <li>3. Reconocimientos e incentivos por el trabajo comunitario.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Alto
8	Debido a que en el pasado el uso de Rociado Residual intradomiciliario (IRS, por sus siglas en ingles) y mosquiteros/impregnados (LLIN /LLIHN, por sus siglas en inglés) no ha tenido éxito, existe el riesgo que las comunidades no acepten plenamente dichas intervenciones durante los próximos años, y consecuentemente no se realice un efectivo control de vectores.	Medio	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Dirección de Promoción de la Salud, Dirección de asuntos sanitarios indígenas (DASI), Departamento de Control de Vectores / Coordinados regionales de promoción y DASI. Asuntos indígenas del Ministerio de Gobierno <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Mitigar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementación de la estrategia IEC en malaria para comunidades indígenas de las áreas endémicas.</li> <li>2. Involucrar a los líderes comunitarios y mujeres mejorar la aceptación de IRS.</li> <li>3. Sensibilización a las autoridades, líderes comunitarios para reconocer a la malaria como un problema de salud que motive la población a aceptar medidas de control vectorial.</li> <li>4. Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del uso del mosquitero, para desarrollar la estrategia de implementación.</li> <li>5. Compartir con la comunidad los resultados de la investigación entomológica realizada en sus comunidades.</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> N/A <b>Acciones de contingencia:</b> N/A	Activo	Alto

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación en línea
2	Debido a la oposición del gremio de tecnólogos médicos a ampliar el uso de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) a otro personal de salud que no son tecnólogos médicos o a colaboradores comunitarios, puede ocurrir que no se modifique la normativa y en consecuencia no habrá acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno en las comunidades endémicas de más difícil acceso	Baja	Alto	<b>Responsable del riesgo/ de la gestión:</b> Ministro de Salud / Dirección General de Salud (Dra. Itza Barahona de Mosca) <b>Disparador:</b> Inmediato <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Escalar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>Negociación con el gremio de tecnólogos médicos</li> <li>Emisión de la resolución ministerial autorizando la utilización de las pruebas de diagnóstico rápida de malaria y otras enfermedades</li> </ol> <b>Fecha límite:</b> 15 de mayo de 2018 <b>Acciones de contingencia</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Volver a reunirse con CODIPRO.</li> <li>Elaborar una nueva estrategia para gestionar que se emita la resolución.</li> <li>Ampliar el piloto del uso de PDR por parte de los voluntarios</li> <li>Hacer un decreto de emergencia sanitaria por parte del Ministerio en áreas endémicas de malaria.</li> </ol>	Activo	Medio
OPORTUNIDADES						
1	Debido a que el Ministerio ya está implementando acciones para fortalecer las redes integradas de servicios de salud, existe la oportunidad de mejorar el acceso a servicios de salud, facilitando el diagnóstico y tratamiento oportuno de malaria, posibilitando cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.	Muy Alta	Alto	<b>Responsable de la oportunidad/ de la gestión:</b> Dirección de Provisión de servicios de salud. <b>Disparador:</b> Inicio del proyecto <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Compartir</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>Coordinar con la DPSS para integrar provisión de servicios relacionados a malaria dentro de los protocolos de atención de la RIIS</li> <li>Adecuar las microredes conformadas para temas específicos (como CONE) para la atención de malaria.</li> </ol>	Activo	Muy Alta
2	Debido al asocio derivado de la IREM, existe la oportunidad de cubrir la brecha financiera y técnica, para acelerar e incrementar los esfuerzos hacia la eliminación de Panamá.	Muy Alta	Alto	<b>Responsable de la oportunidad/ de la gestión:</b> Ministro / Dirección General de Salud <b>Disparador:</b> Inmediato <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Explotar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>Alinear todos los presupuestos a las actividades priorizadas para la eliminación, para evitar duplicación de actividades.</li> </ol>	Activo	Muy Alto

Nº	PANAMÁ Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Responsable del riesgo / Responsable de la gestión del riesgo Disparador Estrategia de respuesta Fecha límite / Plan de Contingencia (Si aplica)	Estado	Calificación n línea
3	Debido al asocio derivado de IREM, existe la posibilidad de reforzar las acciones para eliminar malaria en zonas fronterizas y reducir el riesgo de reintroducción de malaria por casos importados.	Muy Alto	Alto	<b>Responsable de la oportunidad/ de la gestión:</b> Ministro / Dirección de asuntos internacionales <b>Disparador:</b> aprobación de la Operación de Panamá y de Colombia <b>Fecha:</b> 18 de abril del 2018 <b>Estrategia/ Descripción de la estrategia</b> <i>Explotar</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reforzar las acciones conjuntas entre fronteras</li> <li>2. Establecer acuerdos de cooperación entre los Ministerios</li> <li>3. Elevarlo al nivel político del Proyecto Mesoamérica para obtener un acuerdo formal entre países</li> </ol>	Activo	Muy Alto

## **INICIATIVA REGIONAL DE ELIMINACIÓN DE LA MALARIA EN MESOAMÉRICA Y REPUBLICA DOMINICANA**

### **ABORDAJE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO**

#### **Introducción**

Esta anexo presenta las líneas de acción que la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y Republica Dominicana (IREM) implementará para contribuir a cerrar las brechas y erradicar los obstáculos que impiden el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de malaria por razones de género, edad, raza y sexo considerando el enfoque de género y la interculturalidad, y las condiciones de movilidad de las poblaciones afectadas por la malaria, especialmente en las áreas fronterizas de los países de la región.

El marco legal que respalda este abordaje incluye:

1. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) de las Naciones Unidas que establece entre sus metas “Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles”.
2. El Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 de la OPS/OMS que insta a establecer estrategias que “promuevan la creación de capacidad para eliminar la malaria e impedir que se restablezca su transmisión con una participación comunitaria amplia, a fin de que el proceso contribuya a fortalecer y sustentar los sistemas nacionales de salud, la vigilancia, los sistemas de alerta y respuesta y otros programas de eliminación de enfermedades, teniendo en cuenta factores relacionados con el género, la etnicidad y la equidad social”.
3. El alineamiento con el objetivo 3 de la Estrategia 2017-2022 del Fondo Mundial que plantea “Promover y proteger los derechos humanos y la igualdad de género” a través de la ampliación de programas de fomento de la salud y derechos en materia de salud sexual y reproductiva a mujeres y niñas; de acciones que eliminan los obstáculos relacionados con los derechos humanos en el acceso a los servicios; y de la participación activa de las poblaciones de las zonas donde hay subvenciones del Fondo Mundial que están alineadas con la IREM.
4. La Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 (PRSS 2015-2022) que establece la “Inclusión social y equidad de género en salud” como un principio rector, así como el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 que plantea superar la desigualdad de género en salud; implementar abordajes culturalmente adaptados a las preferencias, percepciones y normas sociales de las poblaciones<sup>1</sup>.
5. El Plan maestro mesoamericano para mejorar el control de la malaria hacia su eliminación (Proyecto Mesoamérica, 2015) que pone especial énfasis en la atención a “poblaciones vulnerables (embarazadas, poblaciones indígenas, afrodescendientes, poblaciones móviles, trabajadores de plantaciones, jornaleros, entre otros).”

---

<sup>1</sup> Resumido y adaptado de la Propuesta técnica del COMISCA para el abordaje de la malaria desde la perspectiva de género y derechos humanos en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, documento borrador Julio 2018

## **Obstáculos regionales para la eliminación de la malaria relacionado a género e interculturalidad <sup>2</sup>**

De acuerdo al análisis realizado por los socios de la IREM y con la información reportada por los países a la SE- COMISCA y al Mecanismo Coordinador Regional para Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA (MCR), los obstáculos relacionados a género e interculturalidad que impiden la eliminación de la malaria en la región son:

1. La pobreza y marginación como determinantes sociales que incrementan el riesgo de la enfermedad y limitan el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria. Las características de las viviendas, con materiales de construcción inapropiados, áreas sin techo, ventanas y aleros descubiertos, cercanía a fuentes de agua descubiertas, entre otras, facilitan la picadura y reproducción de los mosquitos, así como la ocupación en actividades agrícolas poco tecnificadas y sin las medidas de protección y prevención adecuadas. Adicionalmente, largos tiempos de viaje hacia los servicios de salud, carencia de recursos para transportarse desde y hacia ellos, la violencia social que dificulta la movilidad, entre otras barreras de acceso también limitan que las personas reciban diagnósticos y tratamientos oportunamente. Lo anterior, tiene el agravante de la migración nacional e internacional de las personas que viven o pasan por estas comunidades y que incrementan el riesgo a la importación de la malaria de unos a otros sitios.
2. Las diferencias de entendimientos, lenguaje y cosmovisiones entre las poblaciones indígenas y el personal de salud. Hay limitaciones en la formación del personal de salud en abordajes interculturales y de género, sumado a la potencial resistencia a la implementación de servicios inclusivos, adaptados a prácticas culturales y brindados en diversos idiomas y respetuosos de las cosmovisiones y tradiciones culturales de los pueblos originarios y afrodescendientes. Los elementos de infección y diagnóstico analizados desde la interculturalidad podrían ser fundamentales para evitar las dobles o triples discriminaciones que sufren las personas cuando no se sienten cómodas con los métodos de la medicina tradicional u occidental.
3. Las normas de género como condicionantes de acceso y equidad en los servicios de salud para la eliminación de la malaria. El análisis de las relaciones entre hombres y mujeres en las zonas de alta transmisión de malaria deben aportar elementos de acción para modificar los roles y estereotipos, y la condición de la mujer para decisiones en salud. Por ejemplo, en los hogares de las zonas rurales de alta transmisión de la malaria, el hacinamiento hace que se compartan camas, se debe tener en cuenta entregar suficientes mosquiteros para evitar la desprotección de los hombres, quien en su rol de protectores y por el estereotipo masculino de arriesgarse podrían privilegiar el uso del mosquitero a las niñas y las mujeres. La distribución y la falta de equilibrio en las responsabilidades domésticas y laborales y la división sexual de las actividades productivas (remuneradas o no) crea una brecha de inequidad que pone a la mujer en una situación de subordinación del hombre, con menos derechos para decidir sobre su vida y la de su progenie y por consiguiente con menos opciones de recibir información y menos protagonismo a la hora de participar en la toma de decisiones para la salud personal, familiar y comunitaria.

---

<sup>2</sup> Algunos de estos puntos son resumidos y adaptados de la Propuesta técnica del COMISCA para el abordaje de la malaria desde la perspectiva de género y derechos humanos en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, documento borrador Julio 2018

4. Discriminación y estigma a las poblaciones de Lesbianas, Gays, Transexuales, Transgénero, Travestis, Bisexuales e Intersexuales. Cada grupo poblacional tiene su especificidad de atención, lastimosamente no hay datos desagregados que documenten los niveles de discriminación y exclusión de las poblaciones LGTBI, especialmente cuando se encuentran dentro del proceso de migración (origen, tránsito, destino y retorno). La primera barrera en los servicios de salud es el tratamiento de la identidad y la etiqueta que los relaciona directamente con servicios de VIH.
5. Participación de la sociedad civil en la formulación e implementación de estrategias. La falta de involucramiento de las poblaciones afectadas pone en riesgo los resultados de impacto si no se facilita intencionalmente los procesos de consulta previa y la participación durante todo el programa de la comunidad y poblaciones de las zonas de intervención.

### **Objetivo de la Propuesta de Abordaje Intercultural y de Género**

Plantear acciones concretas para atender necesidades específicas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, teniendo en cuenta las diferentes costumbres, tradiciones y cultura de las poblaciones situadas en áreas consideradas de alta transmisión de malaria

### **Estrategias y Actividades<sup>3</sup>**

Se han considerado las siguientes estrategias en el marco de las operaciones individuales de la IREM de cada país. Cada estrategia describe acciones ilustrativas concretas que se incorporarán en el Plan de Ejecución Plurianual (PEP) cuando éste sea ajustado al contar con los insumos del proceso de caracterización de focos y su micro planificación (proceso que finalizará entre diciembre 2018 y marzo 2019 para todos los países):

#### **1. Fortalecer la participación social en salud de comunidades y poblaciones vulnerables en el proceso de eliminación de malaria.**

La participación social en salud va más allá de realizar acciones individuales y colectivas en promoción de la salud o prevención de la enfermedad; es un proceso profundo e integral donde comunidades y poblaciones -especialmente aquellas vulnerables o afectadas por la malaria- cuentan con la capacidad, habilidad y oportunidad para identificar y analizar sus problemas y necesidades de salud, definir prioridades, formular y negociar propuestas de solución y participar en su implementación de una manera deliberada, democrática y concertada.

Para fortalecer la participación social en el proceso de eliminación de la malaria en aquellos focos activos de transmisión, es fundamental **crear espacios de diálogo intercultural amplios e inclusivos** con el objetivo de analizar e identificar conjuntamente:

- i) los factores de riesgo y protección a la infección por malaria que prevalecen en el entorno;
- ii) posibles soluciones locales;
- iii) las formas de participación voluntaria y de organización comunitaria de personas, grupos e institucionales locales en las intervenciones de diagnóstico, tratamiento, control vectorial y vigilancia que propone la IREM y,
- iv) las necesidades de desarrollo de capacidades locales requeridas para llevarlas a cabo.

---

<sup>3</sup> Se han incluido en el planteamiento de la IREM, algunas de las acciones contempladas en la Propuesta técnica del COMISCA para el abordaje de la malaria desde la perspectiva de género y derechos humanos en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, documento borrador Julio 2018

El dialogo intercultural debe ocurrir entre los equipos de salud y autoridades locales, líderes y lideresas tradicionales, médicos indígenas o especialistas de la medicina popular, parteras, líderes espirituales y hombres y mujeres por igual de diferentes grupos de edad (adolescentes, jóvenes y adultos) de comunidades y pueblos indígenas y afrodescendientes y grupos de población vulnerable campesina, periurbana o trabajadora migrante.

La forma de organización comunitaria y participación social en salud que propone la IREM a las comunidades que integran un foco activo de transmisión de malaria -adicional al rol del colaborador voluntario- será la conformación de **Plataformas Comunitarias en Salud**, estrategia que **promueve y contempla la participación voluntaria de hombres y mujeres** en acciones que potencien las intervenciones para la eliminación de la malaria. Estas acciones incluyen, por ejemplo, la identificación de casos sospechosos y su derivación al colaborador voluntario o al servicio de salud para diagnóstico en las primeras 48 horas de los síntomas y tratamiento en las primeras 24 horas del diagnóstico; la comunicación de mensajes claves de salud; la promoción del uso de mosquiteros y el apoyo a las actividades de rociado y aquellas otras complementarias decididas por las comunidades.

#### Esquema de Plataforma Comunitaria para el abordaje integral con participación social en salud de focos activos de transmisión de la malaria



IREM. Elaboración propia. Julio 2018

Otra acción clave en esta estrategia será el **mapeo de actores** de la sociedad civil organizada (ONGs, sindicatos, patronales, asociaciones) y actores del sector privado (como por ejemplo el agroindustrial en Guatemala o, el de la industria turística en República Dominicana) presentes en los focos activos de transmisión de malaria para establecer un proceso de diálogo abierto, y propositivo que permita lograr entendimientos y compromisos para facilitar la implementación de las intervenciones para eliminación en sus entornos de influencia.

## 2. Mejorar la oferta con calidad de servicios a las poblaciones más excluidas, para detección, diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta para la eliminación de la malaria

Se desarrollarán y **fortalecerán las competencias interculturales del personal de salud**, estas son, los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas que le permiten a un técnico o profesional de la salud comunicarse de manera efectiva y comportarse adecuadamente con interés, sensibilidad y respeto a las personas con diferentes identidades culturales a la suya.

Dichas competencias permiten: (a) establecer relaciones respetuosas y equitativas en contextos de diversidad étnica; (b) identificar y distinguir los elementos que constituyen la identidad étnica de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, entre otras; (c) aplicar los elementos de la competencias interculturales en la relación con los usuarios de los servicios y los practicantes de la medicina tradicional y, (d) potenciar el rol importante del personal comunitario voluntario y su articulación con los servicios institucionales.

El fortalecimiento de las relaciones interpersonales entre los proveedores de los servicios de salud y los usuarios de poblaciones vulnerables y excluidas contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de atención ambulatoria y hospitalaria para la detección, diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta a la malaria.

Así mismo, se desarrollarán **competencias sobre detección, diagnóstico y tratamiento de la malaria en líderes, lideresas, y parteras tradicionales, especialistas de la medicina tradicional y popular reconocidos por las comunidades y personal comunitario voluntario en salud**, para detectar casos sospechosos en embarazadas y promover en todas ellas su asistencia a control prenatal y la toma de gota gruesa como método diagnóstico de la malaria.

A nivel de los servicios institucionales, y como parte de la optimización de procesos de atención que la IREM va a apoyar, se asegurará la **integración de los procedimientos de atención de malaria en los servicios rutinarios** a niñas, adolescentes y mujeres embarazadas y a mujeres embarazadas que viven con VIH en esas zonas.

Las **acciones intersectoriales** dirigidas a los determinantes sociales más importantes son fundamentales para cortar la transmisión de la malaria. En las zonas de alta transmisión donde coinciden con zonas de cultivos de caña de azúcar, banano y otros en los que la población de **trabajadores es móvil y fluctuante**, será necesario incluir acciones para identificar y alcanzar estas poblaciones para la entrega de servicios de prevención, promoción y tratamiento de manera constante.

### **3. Desarrollar de Estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (ECCC) con enfoque intercultural y de género basadas en la experiencia ganada el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica<sup>4</sup>.**

Las ECCC se basan en investigaciones y diagnósticos que analizan sistemáticamente los **roles de todos los/as actores** involucrados en el tema de salud tanto de la población como de los servicios de salud; **las redes sociales** en las que éstos se mueven y de las que reciben información o influencias, así como las redes de poder que influyen su toma de decisiones. Estos análisis definen y **priorizan las audiencias** de las estrategias de comunicación, y **determinan el tipo de mensajes** y medios que se enfocarán a cada una de esas audiencias.

Para el tema específico de la malaria, y dadas las condiciones y variables intervinientes en este tema específico, las Estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (ECCC) se convierten en una herramienta de acción del modelo de las Plataformas Comunitarias sobre las que descansan las tareas de detección, diagnóstico a nivel de comunidad, seguimiento del tratamiento y contribución y refuerzo de las medidas relacionadas con la eliminación de la malaria.

El **proceso metodológico** que se sigue para la formulación de las ECCC, en el marco de las Plataformas Comunitarias, es el siguiente: (a) Se investiga y analizan los conocimientos,

---

<sup>4</sup> ISM Resumen Ejecutivo de ECCC 2017.



actitudes y comportamientos y prácticas concretas, de hombres, de mujeres, poblaciones étnicas y de género alrededor del tema de salud; este análisis incluye las normas culturales y sociales y cómo éstas establecen barreras o variables facilitadoras de los comportamientos de cada audiencia, y cómo funcionan las influencias de hombres y mujeres y otras identidades de género sobre las decisiones respecto al problema de salud que se esté enfrentando (b) Se analiza cómo el tema de salud afecta a los diferentes grupos de varones y de mujeres y, por lo tanto, cómo pueden contribuir unos y otras a la solución que se busca; esto incluye las redes sociales y cómo la distribución tradicional de roles y decisiones afecta la manifestación y la solución del problema. (c) Se definen los comportamientos que se proponen para que cada actor participe en la solución del problema de salud. y (d) se diseñan y producen materiales de comunicación educativa dirigidos tanto a las/os prestadores de servicios de salud como a usuarias/os, tomando en cuenta las especificidades de cada grupo: género, edad, capacidades diversas, orientación sexual, pertenencia étnica (idioma) y territorial.

Los materiales de comunicación educativa serán las herramientas de las Plataformas Comunitarias y de los servicios de salud para promover los conocimientos y comportamientos que se determinen claves para que la población participe en la eliminación de la malaria. Sus contenidos tendrán como eje transversal la equidad de género y descartarán estereotipos en la presentación de roles y responsabilidades de los diferentes grupos sociales.

Los resultados de los análisis de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAPS) de los diferentes actores involucrados en el tema de la malaria, llevarán a definir su participación equitativa en la implementación de las soluciones, a nivel de las comunidades, a través de las Plataformas Comunitarias. Por ejemplo, la importancia específica de la participación de la mujer en la eliminación de la malaria, puede ser ilustrada con algunos ejemplos: al estar tradicionalmente asociada al cuidado de la salud de los hijos y de la familia en general, la mujer se convierte en un sujeto fundamental en la identificación de los síntomas de esta enfermedad en el marco de la familia, en la canalización inmediata hacia el diagnóstico y en el comienzo y seguimiento del tratamiento de cualquiera de los miembros del núcleo familiar.

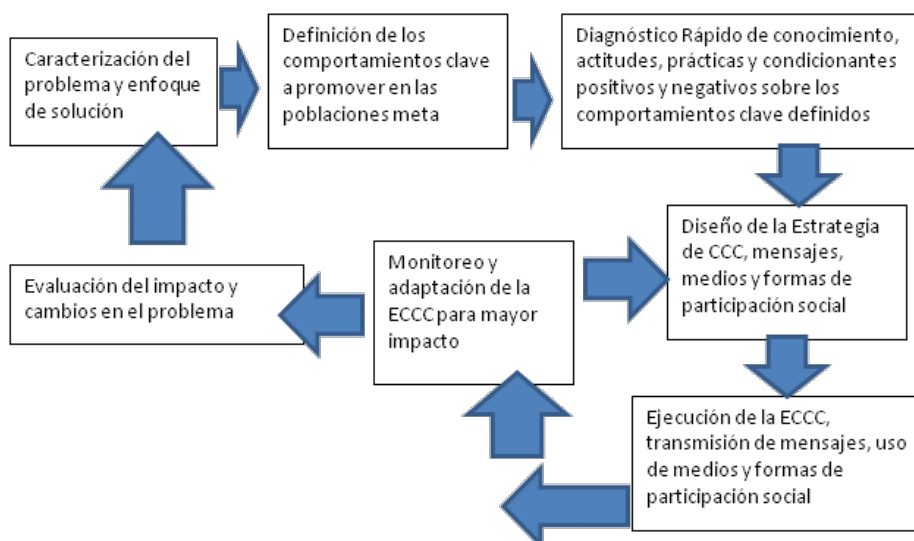
En la estrategia de eliminación de la malaria se incorporará una estrategia de comunicación social, enfocada a la participación de las organizaciones sociales y empresas que rigen actividades económicas que inciden en la aparición o extensión de la enfermedad (cañeras, etc.). Esta estrategia de comunicación social buscará que esas organizaciones y empresas se involucren en la detección, diagnóstico y tratamiento de la malaria en sus trabajadores, siguiendo los mismos valores de equidad de género y diversidad cultural y social para todos ellos.

El siguiente cuadro expone el modelo metodológico<sup>5</sup> que se utilizará en el marco de la IREM para la formulación de las ECCC en salud:

---

<sup>5</sup> Basado en la experiencia de la Iniciativa Salud Mesoamerica.

### Modelo metodológico de las ECCC para la IREM

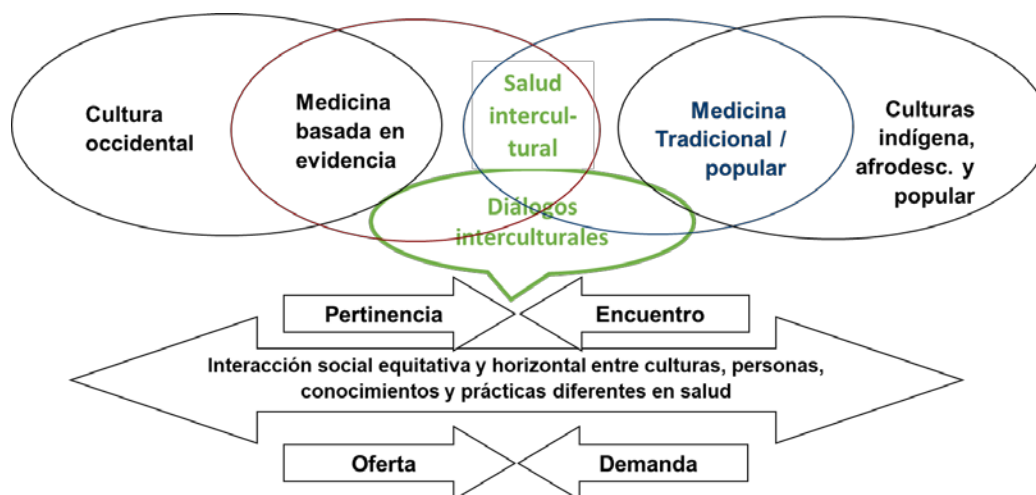


Fuente: IREM y SMI, Elaboración propia, 2018.

#### 4. Facilitar la incorporación del abordaje de interculturalidad en las estrategias e intervenciones para la eliminación de la malaria.

La interculturalidad es un proceso continuo y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas de culturas diferentes. Llevarlo al campo de la acción, requiere **el desarrollo de competencias interculturales** (conocimientos, actitudes, habilidades y capacidades) tales como respetar las diferentes identidades culturales y formas de ver el mundo a partir de la conciencia de la cultura propia; aceptar la existencia de diferencias y similitudes entre culturas; aprovechar la existencia de saberes, conocimientos y prácticas en cada una de ellas, y mantener relaciones entre personas de culturas diferentes fundamentadas en un diálogo entre iguales, honesto, respetuoso y propositivo (**diálogos interculturales**).

### Enfoque intercultural en salud para la IREM



Esquema adaptado: Heise, M, Tubiño F. y Ardito, W, 1992

En el marco de la Iniciativa Salud Mesoamérica, se llevaron a cabo diálogos interculturales con diversidad de actores sociales comunitarios y personal de salud de Panamá, México y Belice para diseñar y poner en marcha modelos de **Plataforma Comunitaria** para la provisión de una Cartera de Servicios de promoción y prevención en Salud Materno-Infantil culturalmente adecuados. Se ha definido con los países, que **las acciones para eliminación de malaria se alinearán con estas plataformas ya existentes** que potencian el radio de acción y catalizarán el rol de los colaboradores voluntarios y otro personal de primera línea.

En la IREM se incorporará el enfoque intercultural en las estrategias e intervenciones para la eliminación de la malaria y se empleará los diálogos interculturales como metodología de trabajo para la conformación de Plataformas Comunitarias en las áreas con focos activos de transmisión. El abordaje de los focos incluye a comunidades y pueblos indígenas y afrodescendientes, grupos de población vulnerable campesina, y periurbana o trabajadora migrante, entendiendo que cada uno de ellos representa una cultura o subcultura con características y elementos distintivos. Se propondrá a los **consejos de las comunidades indígenas y otros grupos** vulnerables, la inclusión de la discusión de temas de malaria y organización comunitaria en Plataformas Comunitarias durante sus reuniones y planes de trabajo y, dependiendo del contexto de cada país, se establecerán acciones de coordinación con los sistemas de salud de los pueblos originarios y afrodescendientes como medida de **medicina integrativa e intercultural**.

**5. Visibilizar y documentar en la verificación y medición externa de metas la variable “etnia/población indígena” y las “identidades de género” para apoyar la sistematización de información que apoye la caracterización de las poblaciones.**

**Monitoreo y Evaluación**

Favor **ver el enlace que contiene el Plan de Monitoreo y Evaluación de la IREM** para cada operación de país, que describe tanto los momentos y tiempos para seguimiento y monitoreo rutinario como el proceso para la verificación y medición externa de metas por un evaluador externo. Como parte de las mediciones, se recolectará información adicional, incluyendo el sexo, edad, étnica, condición socioeconómica, las características de las viviendas, entendimiento de los mensajes para el cambio de comportamiento, entre otras. Asimismo, en los servicios de salud, se recogerán datos clave como la existencia de personal que habla lenguas indígenas, la adaptación intercultural de los servicios, las acciones de acercamiento comunitario y las actividades de los trabajadores comunitarios, entre otros.

A nivel de país se realizará el **monitoreo de las acciones planteadas en el PEP** durante la misión de supervisión trimestral establecida en el convenio firmado entre el BID y el país. Este monitoreo incluirá las acciones del trimestre relativas a temas de género y/o interculturalidad. Las misiones de supervisión están planteadas para realizarse con la participación del país (diferentes niveles del sistema), el BID y los socios de la IREM.

Además del marco de resultados y el marco de desempeño de las operaciones individuales, el país y los socios preparan una **matriz de seguimiento con hitos e indicadores de productos y actividades**, cuyo cumplimiento se vigila durante la misión trimestral. El BID, los socios y el país se asegurarán de incluir productos e hitos específicos para medir avances en esta temática.

Durante el diseño de los instrumentos de recolección de datos a nivel poblacional y de unidades de salud para la **verificación y medición externa de metas**, el BID, los socios de la IREM y el país trabajarán con el evaluador externo para asegurar la **inclusión de variables y medición de indicadores específicos relativos a género e interculturalidad**. De la misma manera, se asegurará la inclusión de este tema en la **evaluación cualitativa** de medio término y la **evaluación final** de la IREM.

## Siglas y Abreviaturas

AIN-C	Atención Integral de la Niñez en la Comunidad
AL	Aporte Local
ATE	Auditoría Técnica Externa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
COONAPIP	Coordinadora Nacional de Pueblos Indígenas en Panamá
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas
DRS	Direcciones Regionales de Salud
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
ENV	Encuesta de Niveles de Vida
GI	Giras Institucionales
GOP	Gobierno de Panamá
GRP	Gestión de Riesgo de Proyectos
LNS	<i>Lipid-Based Nutrient Supplement</i>
MHF	Fondo Mesoamericano de Salud ( <i>Mesoamerican Health Facility</i> )
MINSA	Ministerio de Salud
MO	Manual de Operaciones
NV	Nacidos Vivos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OE	Organizaciones Extraintitucionales
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud fortalecido con AIN-C
PF	Planificación Familiar
PIB	Producto Interno Bruto
PMR	Informe de Progreso de Monitoreo, según sus siglas en inglés
PPB	Padrón de Población Beneficiaria
RO	Reglamento Operativo
SM2015	Salud Mesoamérica 2015
SRO	Sales de Rehidratación Oral
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TD	Tramo de Desempeño
TI	Tramo de Inversión
UBAs	Unidad Básica de Atención
UGAF	Unidad de Gestión Administrativa y Financiera