

DOCUMENTO DE OPERACIÓN DE INVERSIÓN NO REEMBOLSABLE

I. Información Básica del IGR

▪ País/Región:	República Dominicana/CID – Istmo y RD
▪ Nombre del IGR:	República Dominicana - Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en Mesoamérica y República Dominicana
▪ Número del IGR:	DR-G0002
▪ Jefe de Equipo/Miembros:	Marcella Distrutti, jefe de equipo (SCL/SPH); Carolina González, jefe de equipo alterna (SPH/CDR); Emma Iriarte (SCL/SPH); Awilda Castillo (CID/CDR); Mauricio Pérez, Mauricio Dinarte, Alvaro González, Alejandro De Sárraga, y Edison Soto (UC/IREM); Diego Ríos Zertuche; Indhira Ramírez; Isabel Delfs; y Martha Guerra (SCL/SPH); Denise Salabie; y Romina Kirkagacli (FMP/CDR); y Esteban de Dobrzynski (LEG/SGO).
▪ Beneficiario:	República Dominicana
▪ Agencia Ejecutora:	Ministerio de Salud Pública (MSP)
▪ Donantes que proveerán financiamiento:	Facilidad de Financiamiento Combinado para la Eliminación de la Malaria (Fondo FEM)
▪ Financiamiento Solicitado del BID:	US\$1.460.000 (Fondo FEM)
▪ Tramo de Inversión (TI):	▪ US\$912.500
▪ Tramo de Desempeño (TD):	▪ US\$547.500
▪ Contrapartida Local (CL):	US\$2.737.500
▪ Total (TI + TD + CL):	US\$4.197.500
▪ Periodo de Desembolso:	49 meses
▪ Fecha de Inicio requerido:	15 de marzo de 2019
▪ Unidad de Preparación:	División de Protección Social y Salud (SPH)
▪ Unidad Responsable de Desembolso:	Representación del Banco en República Dominicana (CID/CDR)
▪ IGR incluido en la Estrategia de País:	Yes
▪ IGR incluido en el CPD (s/n):	No
▪ 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

- 2.1 **La carga de la malaria en el mundo.** A pesar de ser prevenible y eficazmente tratable, la malaria continúa siendo uno de los mayores desafíos de la salud en el mundo. En 2016, 91 países reportaron un total de 216 millones de casos de malaria, 5 millones más que en el año anterior, y 445.000 muertes¹. Aunque la incidencia global de la enfermedad ha disminuido desde 2010, esta tendencia se ha detenido y, en algunas regiones, incluso se ha revertido^{2,3}.
- 2.2 La malaria o paludismo es una enfermedad febril aguda, endémica de los países tropicales, propagada por los mosquitos hembra del género *Anopheles* (vectores de la enfermedad) infectados por distintos tipos del parásito *Plasmodium* (P.). Algunas poblaciones, como las itinerantes y las que viven en condiciones inadecuadas

¹ *World Malaria Report 2017* (Organización Mundial de la Salud - OMS 2017).

² Ibid.

³ 15 países en el mundo, de los cuales 14 se encuentran en la África Sub-Sahariana, concentran el 80% de la carga global de la enfermedad (OMS 2017).

de saneamiento y salubridad, tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad. Grupos más vulnerables, como los niños menores de cinco años y las embarazadas, corren un mayor riesgo de presentar complicaciones. Las especies de parásitos más peligrosos son el *P. falciparum* y el *P. vivax*. Si no se trata con rapidez, el paludismo por *P. falciparum* puede agravarse e incluso, llevar a la muerte. El paludismo por *P. vivax* es menos letal, pero su diagnóstico puede tomar más tiempo: su presentación es menos sintomática, por lo que la búsqueda de atención por parte de la población es menor. Lo anterior conlleva a bajas coberturas de tratamiento y, en consecuencia, el parásito puede mantenerse en su forma durmiente en las personas, llevando a recaídas y persistencia de la transmisión de la enfermedad^{4,5}.

- 2.3 **La situación de la malaria en Mesoamérica.** En la región mesoamericana, donde predomina la transmisión por *P. vivax*, se ha reducido el número de casos de malaria alrededor de un 90% en las últimas dos décadas, uno de los mayores descensos observados en el mundo⁶. Sin embargo, en los últimos años también se ha registrado una tendencia al estancamiento e incluso al incremento del número de casos. Países como Nicaragua, Guatemala y Honduras han experimentado un aumento. Por su parte, Belice, Costa Rica y El Salvador, a pesar de estar muy cerca a cero casos, han observado un estancamiento. México y Panamá, así como República Dominicana (RD), también vienen presentando una tendencia de estancamiento⁷.
- 2.4 Actualmente, la malaria en la región se concentra en un número limitado de áreas geográficas⁸. Estos lugares suelen estar habitados por grupos poblacionales caracterizados por altos índices de pobreza y exclusión social y económica⁹. Asimismo, suelen ser áreas dispersas de difícil acceso caracterizadas por insuficiente oferta de servicios de salud. Los factores socioculturales entre las poblaciones afectadas y la lejanía de los lugares donde la enfermedad es endémica exacerban las dificultades para la implementación de actividades de prevención y atención de la malaria, especialmente a lo largo de las fronteras entre los países, donde los flujos migratorios continuos crean desafíos adicionales para las acciones de control.
- 2.5 **La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM).** Un análisis reciente evaluó la viabilidad técnica y operativa de la eliminación de la malaria en el mundo, a partir de bloques subregionales, y encontró que los países de las Américas tienen el mayor potencial para la eliminación del *P. falciparum* y un alto potencial para el *P. vivax*¹⁰. El avance hacia la eliminación es importante por el alto costo social y económico que la enfermedad representa para los países, al estar asociada con menor productividad en el trabajo, menores ingresos, menos bienestar y mayor discapacidad¹¹. Además, la resistencia a los medicamentos anti-maláricos está aumentando y se estima que la población de mosquitos siga creciendo y poblando

⁴ Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 (OMS 2015).

⁵ En áreas endémicas, los primeros síntomas de la enfermedad pueden ser leves, pues las personas pueden adquirir una inmunidad parcial, producto de repetidas infecciones asintomáticas o leves.

⁶ World Malaria Report 2017 (OMS 2017).

⁷ Ibid.

⁸ El 66% de las municipalidades en Mesoamérica han estado libres de casos autóctonos de malaria, 27% tienen menos de un caso por cada 1.000 personas y el 8% tienen más de un caso por cada 1.000 personas.

⁹ El entorno ambiental y la realidad socioeconómica de esta población les obliga a dedicarse a actividades económicas de mayor exposición como la minería, la tala de bosques y la agricultura de subsistencia, que los expone a la infección y aumenta la complejidad de asegurar la efectividad de las medidas preventivas.

¹⁰ Estudio de Factibilidad de la Eliminación Regional de la Malaria (A. Tatem 2010).

¹¹ Shretta et al 2016. Se ha mostrado que la malaria afecta el desarrollo de los niños (Mathanga et al 2015).

nuevas áreas, resultado del cambio climático¹². Finalmente, es importante destacar que el costo estimado de eliminar la malaria es menor que el costo de controlarla¹³.

- 2.6 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 Centroamérica, Colombia y República Dominicana¹⁴, junto al Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 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. 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, denominado “Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria” (Fondo FEM) (GN-2901-1). Los cooperantes y patrocinadores de esta Iniciativa son “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 Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), incluyendo el Mecanismo de Coordinación Regional, la Dirección Ejecutiva del Proyecto de Desarrollo e Integración de Mesoamérica (PM) y Clinton Health Access Initiative (CHAI) integran el Comité Estratégico y Operacional que proporcionará asistencia técnica y operativa a los países. De igual manera, COMISCA y PM, facilitarán el seguimiento de las operaciones y los resultados desde el nivel regional.
- 2.7 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 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 total 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. 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, con el fin de que los mismos sean utilizados en el sector salud.
- 2.8 **Teoría de cambio de la malaria.** Tradicionalmente, el abordaje contra la malaria se ha centrado primordialmente en el control de vectores, es decir los mosquitos.

¹² La OMS pronostica que 60.000 muertes adicionales por malaria ocurrirán en 2030 como resultado del cambio climático. El aumento de las temperaturas puede influir en la reproducción y período de incubación del *P. falciparum*, reduciéndolo de 26 días en 20 °C a 13 en 25 °C. Varios estudios han mostrado posibles vínculos entre el cambio climático y un mayor riesgo de contraer la malaria en las zonas de altitud elevada de diferentes países, como Colombia y Etiopía (OMS 2014, Wu et al. 2015, Siraj et al. 2014).

¹³ El costo per cápita de la eliminación se estima entre US\$0,18 y US\$27,00; mientras que, el costo per cápita del control de la malaria está entre US\$0,11 y US\$39,06 dólares (Shretta et al. 2016).

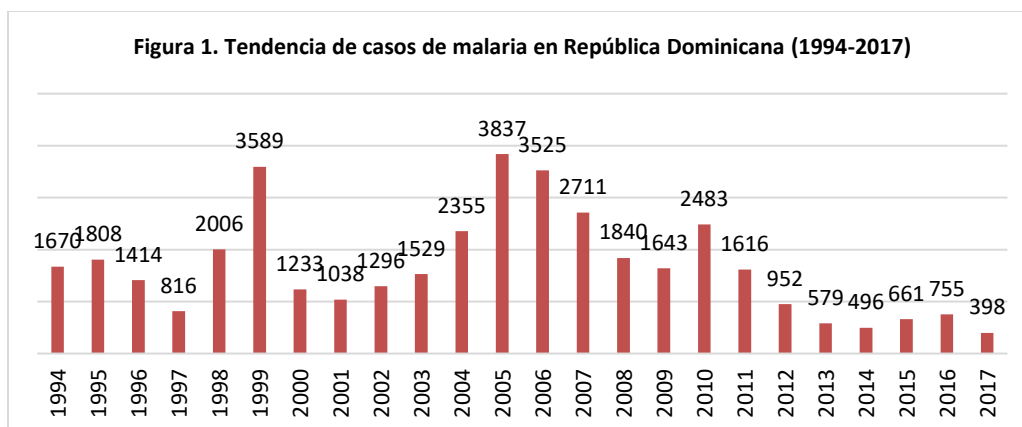
¹⁴ México es elegible para participar en la iniciativa, y las autoridades del BID planean una reunión con la futura administración para presentar la iniciativa y la posibilidad que México participe.

Con este enfoque, si bien se ha logrado disminuir significativamente la incidencia de la enfermedad en la región, no se ha logrado la eliminación. Las poblaciones de insectos no 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 lo cual el énfasis para lograr la eliminación no debe centrarse en destruir el vector (el mosquito), sino el reservorio de parásitos, que son los humanos; en otras palabras, el enfoque debe centrarse en el diagnóstico y tratamiento oportuno y de calidad de las personas infectadas.

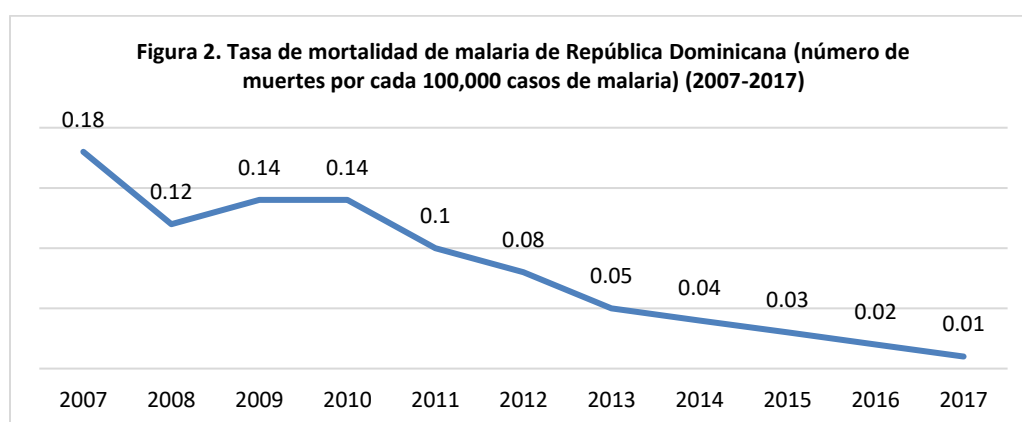
- 2.9 Por lo anterior, y siguiendo los lineamientos de la Estrategia Técnica Mundial Contra la Malaria 2016-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las operaciones de la IREM promueven la intensificación de intervenciones que buscan interrumpir la transmisión del parásito de humano a humano, mediante la secuencia de Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R) en áreas endémicas, utilizando el abordaje de identificación y caracterización de focos maláricos. El DTI-R se refiere a: (i) la detección temprana y el diagnóstico y tratamiento completo y oportuno 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 vectorial focalizadas en áreas endémicas. Adicionalmente, la OMS recomienda que los países incrementen la colaboración multisectorial e inter-fronteras e inviertan en la investigación clínica y operativa para probar y escalar nuevas estrategias y *modus-operandi*.
- 2.10 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 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 anti-vectoriales de contención de la transmisión¹⁵.
- 2.11 **La malaria en República Dominicana (RD).** RD ha logrado una disminución importante del número de casos de malaria en los últimos años (ver Figura 1). En la década de los 80 se registraron entre 1.000 y 1.400 casos por año en el país. En los 90 se registró un incremento que alcanzó 3.589 casos en 1999, tendencia que se mantuvo hasta el 2005 (3.837 casos). A partir del 2006, la tendencia ha sido hacia la disminución, con excepción del año 2010, cuando sucedió el terremoto en el país vecino, Haití¹⁶. El número de muertes registradas por malaria en RD también ha disminuido (ver Figura 2). En el año 2007, hubo 0,18 muertes por 100.000 casos de malaria. La tasa de mortalidad de malaria se redujo a 0,10 en 2011, hasta llegar a 0,01 en 2017.
- 2.12 La Isla Española, donde se encuentran RD y Haití, es la única región de Mesoamérica y del Caribe donde predomina la transmisión autóctona por *P. falciparum* (el último caso de transmisión autóctona por *P. vivax* en RD fue registrado en 1966). RD es uno de los pocos países en el mundo donde el *P. falciparum* mantiene la sensibilidad a la cloroquina, razón por la cual la OMS continúa recomendándola como el medicamento de primera línea para el tratamiento de la enfermedad.

¹⁵ OMS y OPS 2017, en [Marco para la eliminación de la malaria](#).

¹⁶ La crisis sanitaria que se instaló en el país en el período post-terremoto influenció el comportamiento de la enfermedad en RD, con el aumento del número de casos importados de Haití.



Fuente: CECOVEZ.



Fuente: CECOVEZ.

- 2.13 Tradicionalmente, la transmisión de la malaria en el país ha ocurrido con más frecuencia en hombres (60%), en personas jóvenes (10 a 49 años) y en zonas rurales. Esto se atribuye a que los brotes ocurren con frecuencia entre trabajadores del sector agricultura y construcción, durante los periodos de actividades intensas de estas industrias, cuando la mano de obra de diversas partes del país, e incluso de Haití, migra temporalmente a las zonas donde se concentran estos trabajos. La exposición sin protección durante las horas del día en que el mosquito es más activo (entre el ocaso y el amanecer) y la elevada concentración de personas en alojamientos, muchas veces improvisados y con precarias condiciones de aseo, genera el ambiente propicio para adquirir la enfermedad y contribuir a la transmisión de humano a humano. Un ejemplo de esta situación es la provincia de La Altagracia, donde se encuentra la zona turística de Punta Cana, que constituye un foco activo de transmisión por cuenta de las labores de construcción de infraestructura hotelera.
- 2.14 No obstante, desde el año 2014 se ha registrado un incremento del número de casos en las zonas urbanas y periurbanas de la provincia de Santo Domingo y del Distrito Nacional. Esto se atribuye al desplazamiento de la población hacia los límites de las grandes ciudades por motivos laborales. Esta población, en su mayoría de bajos ingresos, crea asentamientos irregulares, sin reconocimiento legal y autoconstruidos en sitios de riesgo (al borde de ríos y bajo deficientes condiciones de habitabilidad, saneamiento y salubridad), lo que la hace propensa a la transmisión del parásito.

- 2.15 Actualmente, en RD existen 16 focos activos y residuales-inactivos de malaria¹⁷, ubicados en un total de 11 provincias¹⁸. Tres de los focos están ubicados en la provincia de Santo Domingo, que actualmente genera más de la mitad de los casos del país. Es importante mencionar que alrededor del 14% de los casos de malaria en RD son importados de otros países, como Haití, Venezuela y Guyana.
- 2.16 **El sistema de salud del país.** A fines del 2015 se inició la reforma del sector salud, que propuso la separación de las funciones de rectoría y provisión del sistema. Con este fin, se creó una nueva institución responsable de la prestación de servicios, el Servicio Nacional de Salud (SNS), y al Ministerio de Salud Pública (MSP) se le asignó la responsabilidad de la rectoría y de los programas de salud pública. Al nivel local, el MSP ejerce sus funciones a través de las Direcciones Provinciales de Salud (DPS)¹⁹, mientras que el SNS lleva a cabo sus actividades a través de los Servicios Regionales de Salud (SRS)²⁰. Los SRS gestionan las redes de servicios de salud en cada región del país (atención primaria, secundaria y terciaria).
- 2.17 Hasta hace poco, el Centro de Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis (CECOVEZ) del MSP era la instancia responsable por todas las acciones de malaria, de acuerdo con el modelo de gestión vertical de enfermedades que prevalecía en el país. Sin embargo, el CECOVEZ está en proceso de reestructuración, por lo que las acciones de prevención, investigación, vigilancia y control de vectores se trasladaron a las DPS, bajo la supervisión del CECOVEZ, y las actividades de diagnóstico y tratamiento pasarán a los servicios de salud, con el apoyo del CECOVEZ. El Centro ejerce las funciones de rectoría, que incluyen, entre otras, la formulación de las políticas, la inteligencia sanitaria y el monitoreo, la evaluación y la supervisión.
- 2.18 **Principales desafíos de la malaria en RD.** Uno de los principales retos del sistema de salud se refiere al **acceso universal al diagnóstico y tratamiento de la malaria en tiempo oportuno y con calidad**. Actualmente, todavía se observa una centralización de los servicios de diagnóstico y tratamiento en determinados puntos de atención en Santo Domingo, resultado de la verticalización del Programa Nacional de Malaria, a cargo del CECOVEZ.
- 2.19 Por ejemplo, pocos laboratorios del país realizan el diagnóstico microscópico de la malaria, pues la mayor parte de las muestras es analizada por el laboratorio central del CECOVEZ, en la capital²¹. Esta centralización acarrea retrasos importantes: mientras la OPS/OMS recomienda que el lapso entre la fecha de inicio de los síntomas y el diagnóstico no supere las 48 horas, en 2017 el promedio de días entre estas dos actividades en La Ciénaga (barrio ubicado en la provincia Santo Domingo), uno de los principales focos de transmisión, fue de 7,1 días. Adicionalmente, la cloroquina necesaria para el tratamiento solo es administrada por el CECOVEZ, de manera que,

¹⁷ Focos activos son áreas con transmisión de malaria en el último año; focos residuales-inactivos son áreas que no han presentado casos de malaria en al menos tres años consecutivos, incluyendo el último año.

¹⁸ La Altagracia, San Pedro de Macorís, Santo Domingo, San Cristóbal, Azua, Barahona, Bahoruco, Independencia, San Juan, Montecristi y Dajabón. Los focos han sido identificados con el apoyo de la OPS, a través de una metodología de trabajo desarrollada por la agencia. El método está siendo revisado y los focos identificados podrán sufrir alteraciones menores en los próximos meses.

¹⁹ Las DPS se encuentran en cada una de las 32 provincias del territorio nacional.

²⁰ Hay nueve SRS en el país.

²¹ Como resultado, en los demás laboratorios no se ha priorizado la adquisición de los microscopios necesarios para el diagnóstico de la enfermedad y los insumos requeridos; el personal tampoco ha sido capacitado para analizar muestras de malaria.

para cada caso confirmado, hay que enviar el medicamento para la unidad de salud correspondiente, lo que también implica riesgos de retraso en el tratamiento²².

- 2.20 La calidad de la prestación de servicios también afecta la detección de casos y los procesos de diagnóstico y tratamiento²³. Evidencia anecdótica sugiere que los profesionales de salud con frecuencia confunden los síntomas de la malaria con los de otras enfermedades –como el dengue, que ha tenido una incidencia mayor en el país en los últimos años– por lo que tienden a solicitar la prueba de malaria solo cuando ya han pasado varios días y los síntomas del paciente no han mejorado.
- 2.21 Finalmente, es importante mencionar que la falta de información por parte de la población es otro factor que dificulta el acceso y el uso de los servicios de salud de manera oportuna. La población desconoce las principales características de la malaria y también confunde los síntomas con los de otras enfermedades, como la gripe, por lo cual, a veces demora para buscar asistencia en una unidad de salud.
- 2.22 El segundo desafío se refiere al **sistema de vigilancia epidemiológica**²⁴, que, aunque ha avanzado mucho en los últimos años con la creación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), todavía **necesita ser fortalecido**.
- 2.23 Con relación a la notificación obligatoria de los casos sospechosos y confirmados de malaria, por ejemplo, es necesario asegurar que no haya subregistro y/o sub-notificación por parte de los proveedores públicos y, principalmente, de los privados. Es fundamental apoyar a las unidades notificadoras (públicas y privadas) a cumplir con lo estipulado en el Decreto 309-06, que establece el Reglamento del Sistema Nacional de Vigilancia, incluyendo el reporte semanal de los casos positivos y negativos (cuando hay un número de casos igual a cero).
- 2.24 En lo que se refiere a la investigación epidemiológica, que ahora es realizada por las DPS, es importante mencionar que, de manera general, el personal de las mismas se encuentra sobrecargado e imposibilitado de realizar la investigación de todos los casos de malaria, con efectos potencialmente negativos sobre las acciones de identificación temprana y control de brotes. Además, las DPS carecen de insumos adecuados para realizar su trabajo, como medios de transporte, computadoras e impresoras. El país tampoco cuenta con manuales de vigilancia epidemiológica y respuesta a brotes actualizados y difundidos en todos los niveles, para guiar las actividades de los profesionales de salud.
- 2.25 La OMS recomienda que los focos de malaria sean caracterizados –en otras palabras, que los factores epidemiológicos, socioeconómicos, culturales y ecológicos que afectan las dinámicas de reproducción del vector, infección y transmisión de humano a humano sean analizados con un elevado grado de detalle– para informar cuáles intervenciones son más propicias para cada foco, y cómo implementarlas. En RD este ejercicio se inició en 2017 para algunos focos, pero todavía no se ha completado. La caracterización de todos los focos de malaria es fundamental para que el país avance de modo efectivo hacia la eliminación.

²² Actualmente, el plazo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento, en RD, no supera las 24 horas.

²³ Tratamiento completo significa que el paciente hizo el uso de la medicación por todos los días indicados por el profesional de salud, según el protocolo clínico (y no interrumpió el tratamiento antes).

²⁴ Vigilancia epidemiológica es el proceso de recolección sistemática, continua, y confiable de información sobre determinadas condiciones de salud y/o enfermedades. Incluye la notificación obligatoria de los casos, la investigación epidemiológica de los casos confirmados (dónde y cómo se dio la transmisión, tipo de P., etc.) y, en el caso de la malaria, la caracterización de los focos activos de la enfermedad.

- 2.26 Un tercer desafío importante se refiere al tema de **control de vectores**, que incluye la vigilancia entomológica²⁵ y estrategias para reducir el contacto humano-vector. Actualmente, las DPS son las responsables de realizar las actividades de control vectorial, mientras el CECOVEZ se encarga de normativizar y supervisar los procesos. No obstante, las DPS enfrentan dificultades institucionales que muchas veces comprometen el ejercicio de sus funciones. Por ejemplo, hay insuficiencia de recursos humanos capacitados en entomología²⁶ y control vectorial y solo se cuenta con tres unidades entomológicas en todo el país. Estas limitaciones impactan la capacidad de los equipos para identificar y caracterizar los criaderos de larvas de mosquitos, vigilar los cambios de comportamiento de los vectores (p. ej. hábitos de picadura, reposo y adaptación a nuevos ambientes) y seleccionar las medidas de control más adecuadas para cada localidad. Además, impacta la capacidad de realizar estudios y análisis claves para garantizar la eliminación de la enfermedad, como la vigilancia de la susceptibilidad de los mosquitos a los insecticidas y otras intervenciones de prevención.
- 2.27 También hay limitaciones de equipos e insumos. Por ejemplo, los aparatos para el Rociado Residual de Insecticidas (RRI) necesitan reparaciones y es necesario garantizar el abastecimiento continuo de insecticida en las DPS. También es fundamental garantizar el número suficiente y la distribución de Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración (MTILD) en los hogares, así como asegurar que los equipos de control vectorial sepan instalarlos y monitoreen su correcta utilización.
- 2.28 Finalmente, es imprescindible que el **trabajo conjunto entre RD y Haití** siga fortaleciéndose. Ambas naciones vienen colaborando en la prevención y control de la malaria en la frontera desde el año 2000. El Plan Binacional para la Eliminación de la Malaria en la Isla La Española se oficializó en 2009 y, desde 2014, cuenta con el apoyo de la Alianza Malaria Cero²⁷. Este esfuerzo ha contribuido en el logro de resultados importantes, como la reducción del número de casos importados de Haití²⁸. Sin embargo, es fundamental continuar con los esfuerzos para garantizar que las acciones de diagnóstico y tratamiento, vigilancia y control vectorial sean implementadas de modo efectivo en los municipios fronterizos. Además, es importante que el país realice alianzas con otros sectores (p. ej. agua y vivienda) y grupos de la sociedad (p. ej. asociaciones turísticas) para construir un mayor compromiso alrededor de la IREM y garantizar la sostenibilidad de las acciones.
- 2.29 **Respuesta nacional.** Como se indicó previamente, el CECOVEZ se encuentra en proceso de reestructuración, a través de la cual se busca la “horizontalización” del programa de malaria, para mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento y fortalecer las DPS para ejercer las funciones de vigilancia y control vectorial al nivel local.
- 2.30 Esta “horizontalización” se refleja en el Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria 2018-2022 (PEN-EM), que fue elaborado por la entidad en 2018 con el apoyo de la OPS/OMS. El PEN-EM se fundamenta en los pilares y elementos de apoyo sugeridos por la OMS en la Estrategia Técnica Mundial Contra la Malaria 2016-2030, así como en los siguientes marcos: (i) [Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2016-2020 en las Américas](#); (ii) [Planes de Acción Globales para un](#)

²⁵ Proceso continuo de recolección, tabulación, análisis e interpretación de información sobre aspectos de la biología y bionomía de los vectores para la toma de decisiones sobre su control regular y contingencia.

²⁶ Entomología es la ciencia dedicada al estudio de los insectos.

²⁷ Participan en la Iniciativa la Fundación Bill & Melinda Gates, el Center for Disease Control (CDC), la OPS, el Centro Cárter, CHAI y la Escuela de Medicina Tropical e Higiene de Londres, entre otros.

²⁸ El número de casos importados se redujo de 461 en 2010 a 30 en 2014 (PEN-EM 2018-2022).

[Mundo Libre de Malaria](#); (iii) [Iniciativa de Eliminación de Malaria de Mesoamérica y la Isla Española \(EMMIE\)](#); y (iv) [Plan Maestro Mesoamericano para Mejorar el Control de la Malaria](#). El Plan también se alinea con las principales metas del Gobierno, como la Estrategia Nacional de Desarrollo 2013 y el Plan de Gobierno 2016-2020.

- 2.31 El principal objetivo del PEN-EM es alcanzar la eliminación autóctona de la malaria en RD y fortalecer las instituciones y las comunidades para evitar su reintroducción. La IREM apoyará a RD en la ejecución de las acciones previstas en el PEN-EM para enfrentar los principales desafíos de la malaria en el país.
- 2.32 **Intervenciones propuestas.** Para mejorar el acceso a **diagnóstico y tratamiento** en tiempo oportuno y de calidad, se fortalecerá la línea de cuidado de la malaria en toda la red de servicios para detectar los casos sospechosos tempranamente, diagnosticar los casos positivos mediante examen parasitológico (con microscopia o pruebas rápidas) e iniciar el tratamiento lo más rápido posible. Para lograrlo, se revisarán los procesos de trabajo clínicos y de gestión en las unidades de salud de primer, segundo y tercer nivel, incluyendo el manejo adecuado de los casos confirmados y las complicaciones.
- 2.33 Se actualizará la guía clínica de atención y se formularán instrumentos para apoyar su implementación en los establecimientos de salud. También se revisarán los protocolos de flujo para garantizar la adecuada referencia y contra-referencia de los pacientes con malaria y, de este modo, asegurar la integración funcional de los tres niveles de atención. Se llevarán a cabo actividades de capacitación del personal de salud y actividades de supervisión y monitoreo, para asegurar la aplicación efectiva de las normas. Finalmente, se dialogará con la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) para promover el cumplimiento de las normas para el diagnóstico y tratamiento de la malaria en el sector privado²⁹.
- 2.34 La red nacional de laboratorios será fortalecida con nuevos equipos y el abastecimiento continuo de los insumos necesarios para las pruebas diagnósticas y personal capacitado. También se fortalecerá el sistema de aseguramiento de la calidad de los laboratorios, llevado a cabo por el laboratorio central del CECOVEZ.
- 2.35 Por el lado de la demanda, en las comunidades que se encuentran dentro de los focos activos, se pondrá en vigencia una red de colaboradores voluntarios/comunitarios para apoyar la detección y el diagnóstico de los casos, además de otras intervenciones que se lleven a cabo en cada localidad. El diseño de la plataforma comunitaria se hará a través de un proceso de diálogo y construcción conjunta con las comunidades y sus líderes, y a través de la implementación de un proyecto piloto que oriente las acciones que serán escalonadas a las demás comunidades.
- 2.36 Finalmente, se desarrollarán estrategias de Información y Educación Comunitaria (IEC) adaptadas a los contextos locales y con enfoque de género, para diseminar conocimiento acerca de la enfermedad (por ej. cómo prevenir en casa y en locales de trabajo, cuáles son los principales síntomas, cuándo buscar la ayuda del líder comunitario y/o del servicio, etc.) y promover el cambio de comportamiento.
- 2.37 Para fortalecer el sistema de **vigilancia epidemiológica**, se apoyará el fortalecimiento de las DPS con los equipos, los insumos y el entrenamiento necesarios para realizar sus actividades. Para la notificación, se actualizará el componente de malaria del manual de vigilancia y regulación integrado, así como las fichas de

²⁹ Instancia responsable de la supervisión de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) privadas, que financian la cobertura para la población asegurada al Sistema Dominicana de Seguridad Social (SDSS).

“notificación individual de casos”, que servirá para la investigación y el cierre de casos, y “notificación semanal de casos”, para que incluya el reporte negativo (“0” casos). Se realizarán talleres de capacitación al personal de salud encargado de estas tareas.

- 2.38 Para la investigación, se formularán manuales y planes locales de respuesta a brotes, que incluyan aspectos de comunicación social con la población; se conformarán y capacitarán equipos de respuesta rápida, equipados con los insumos necesarios, y se capacitará al personal comunitario en medidas de acción ante-brotes, para contribuir con una respuesta oportuna. Por último, se apoyará el ejercicio de caracterización de los focos y se desarrollarán planes de respuesta adecuados a cada contexto. En los primeros dos años de ejecución, se apoyará la conformación de Equipos de Gestión de Focos, quienes actuarán en las áreas endémicas, bajo la supervisión de las DPS, para coordinar los esfuerzos y asegurar la implementación efectiva de los planes de respuesta.
- 2.39 Para el **control vectorial**, se apoyarán intervenciones para el desarrollo de competencias en los recursos humanos a nivel nacional y local, en vigilancia entomológica y control vectorial, y se crearán y equiparán unidades entomológicas en las provincias de los focos priorizados. También se fortalecerá el insectario nacional con equipos e insumos, para permitir la realización de estudios clave acerca del vector y su comportamiento. Con relación a las medidas de control vectorial primarias, se fortalecerán las acciones necesarias para garantizar el RRI y la instalación de MTILD en áreas endémicas. Complementariamente, se apoyarán los esfuerzos de los equipos para identificar y controlar criaderos de larvas.
- 2.40 Con relación a las **acciones inter-fronteras**, se trabajará en la revisión y actualización del Plan Binacional. Con base en este ejercicio, se identificarán e implementarán acciones prioritarias en la zona fronteriza, tales como la ubicación de lugares de asentamiento temporal de migrantes y la captación de casos en dichas áreas. Además, se analizará la viabilidad de crear e implementar una Sala de Situación en la frontera, compuesta por técnicos de ambos países, para monitorear y supervisar la implementación de las acciones propuestas por la IREM, así como para tomar decisiones oportunas en caso de brotes³⁰. En este sentido, se llevarán a cabo en el país campañas de comunicación y cambio de comportamiento orientadas hacia grupos vulnerables de la población, tales como migrantes y turistas, alertándoles acerca de los síntomas de la enfermedad y dónde buscar ayuda. También se realizará un mapeo de actores y alianzas con otros sectores y grupos de la sociedad. Por último, se apoyará la realización de investigaciones operativas que permitan analizar la efectividad de las intervenciones propuestas a nivel local e innovaciones.
- 2.41 **Enfoque de género y poblaciones vulnerables.** El riesgo de contraer malaria afecta hombres y mujeres de manera distinta, dependiendo de las condiciones socioeconómicas y de los roles de los individuos en el hogar y la sociedad. Como fue mencionado, los hombres pueden estar más expuestos a la enfermedad debido al trabajo en la agricultura y en la construcción, y también por ser más propensos a migrar en busca de trabajo para zonas de elevada transmisión. Las mujeres pueden estar expuestas en la vivienda en las primeras horas del día o de la noche, al realizar los quehaceres del hogar³¹. Así, es importante que las intervenciones consideren las características y dinámicas de transmisión en cada foco, para que sean adaptadas a

³⁰ Las actividades de coordinación entre ambos países se llevarán a cabo a través de un mecanismo de gobernanza regional que está siendo definido con el apoyo de la OPS/OMS.

³¹ [Malaria, género y derechos humanos, Fondo Mundial 2017.](#)

los contextos. Otro aspecto en el cual puede haber inequidades de género es en el acceso y uso de los servicios, lo que también requeriría de estrategias distintas al nivel comunitario e institucional, e incluso de alianzas con otros grupos de la sociedad³². Estos aspectos serán identificados, discutidos y analizados en el ejercicio de caracterización de focos (ver ¶2.38), que se llevará a cabo por medio de una metodología participativa y de diálogo con las comunidades. Este proceso retroalimentará el diseño y la implementación de las intervenciones (ver Anexo X).

- 2.42 **Lecciones aprendidas.** La ejecución de la cartera de salud del Banco en RD³³ ha generado importantes aprendizajes: (i) una condición esencial para lograr la respuesta efectiva de los servicios de salud es el fortalecimiento de las relaciones y la coordinación entre el MSP y el SNS al nivel central y sub-nacional; de esta forma, ambas instituciones han estado involucradas desde el principio en las discusiones de la IREM, han participado en el diseño y actuarán de manera conjunta en la ejecución (ver ¶4.1); y (ii) la ejecución oportuna y de acuerdo a la planificación requiere de asistencia y acompañamiento técnico continuo, para garantizar el cumplimiento de metas físicas y financieras; por esta razón, y de acuerdo a los aprendizajes que también derivan de la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), este proyecto se beneficiará de una oferta sistemática de asistencia técnica por parte de la unidad de coordinación (UC) de la IREM y de los demás socios, la cual también es clave para garantizar la transferencia de conocimiento y habilidades para el sector público. Otra lección relevante de la ISM que se incorpora a esta operación es la importancia de diseñar, planificar y monitorear por resultados, para asegurar que todas las intervenciones contribuyan al logro de los resultados esperados.
- 2.43 **Sostenibilidad.** Para garantizar la sostenibilidad de los esfuerzos, se incorporarán las actividades necesarias para evitar la reintroducción de la malaria a mediano y largo plazo en el Plan Decenal de Salud 2018-28, que orientará las prioridades del sector y la asignación de recursos en los próximos años. También se promoverá la aprobación del PEN-EM vía Resolución Ministerial, en línea con el compromiso político del país de eliminar y prevenir la reintroducción de la malaria. Finalmente, se buscarán acuerdos con otros sectores del gobierno y grupos de la sociedad.
- 2.44 **Alineación estratégica.** Este IGR es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-20 (AB-3008) y se alinea con el desafío de desarrollo de Inclusión Social e Igualdad, en cuanto busca facilitar el acceso y el uso de los servicios por la población, en particular los grupos más vulnerables, que son afectados de manera desproporcional por el riesgo de contraer la malaria. El IGR se alinea con el área transversal de Igualdad de Género y Diversidad, al identificar cómo la malaria afecta a hombres y mujeres de manera distinta y al proponer intervenciones específicas para estos grupos. El IGR también se alinea con la Estrategia de País con República Dominicana (2017-2020), con el objetivo de “mejora de la calidad y cobertura de servicios básicos”.

III. Descripción de las Actividades/Componentes y Presupuesto

- 3.1 **Objetivo:** El objetivo de la operación es contribuir con los esfuerzos hacia la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en RD y evitar la reintroducción.

³² Por ejemplo, en el caso de los trabajadores de la construcción en la provincia de Altagracia, se pueden explorar alternativas con los empresarios y asociaciones de la industria turística, como medidas de protección personal e intervenciones “móviles” en las zonas de obras.

³³ DR-L1067 y DR-L1069.

3.2 Componente 1. Mejora de la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios.

El objetivo del componente es aumentar el acceso a diagnóstico y tratamiento en tiempo oportuno y de calidad para la malaria. Para lograrlo, se dispondrán de los recursos para: (i) optimizar la implementación de procesos de mejora clínica y de gestión en los centros de salud de los tres niveles para el diagnóstico y tratamiento, incluyendo el desarrollo de competencias, la revisión y actualización de guías y protocolos y la adquisición de insumos, como pruebas rápidas; (ii) la revisión y actualización de la red de diagnóstico de malaria, incluyendo estructura, responsabilidades y funcionamiento; (iii) el fortalecimiento de la red de diagnóstico a través del reforzamiento de los laboratorios existentes, instalación de nuevos laboratorios, adquisición de equipos e insumos, desarrollo de competencias y fortalecimiento del sistema de aseguramiento de la calidad; (iv) la puesta en marcha de una red de colaboradores voluntarios/comunitarios en las áreas endémicas; y (v) el diseño e implementación de estrategias de IEC.

3.3 Componente 2. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. El objetivo del componente es mejorar la notificación y la investigación de los casos de malaria y asegurar la implementación de las acciones de prevención, control y eliminación de la enfermedad. Para lograrlo, se financiará: (i) el fortalecimiento de las DPS con los equipos, insumos y entrenamientos necesarios para la notificación y la investigación; (ii) la revisión, validación e implementación de fichas de notificación, normas técnicas y manuales operativos; (iii) la caracterización y micro-planificación de los focos activos; (iv) la conformación de Equipos de Gestión de Focos; y (v) la elaboración e implementación de planes de monitoreo y evaluación de focos.

3.4 Componente 3. Fortalecimiento de las acciones de control vectorial. El objetivo del componente es fortalecer la vigilancia entomológica y el control vectorial a nivel local. Para lograrlo, se financiará: (i) el desarrollo de competencias en el personal; (ii) la creación de unidades entomológicas en las provincias de los focos prioritarios, con los equipos e insumos necesarios; (iii) el fortalecimiento del insectario nacional, con equipos e insumos; (iv) la implementación de medidas de control vectorial primarias, como el RRI y los MTILD; y (v) la identificación y el control de criaderos.

3.5 Componente 4. Implementación de acciones transversales y gestión del programa. El objetivo del componente es fomentar la realización de acciones transversales, intersectoriales e inter-fronterizas para contribuir con los esfuerzos hacia la eliminación de la malaria y gestionar la IREM. Para lograrlo, se financiará: (i) la actualización y validación del Plan Binacional y la ejecución de las acciones priorizadas en los municipios fronterizos; (ii) el análisis de viabilidad de la creación e implementación de una Sala de Situación en la frontera; (iii) talleres y mesas de diálogo para la construcción de acuerdos con socios clave; (iv) el desarrollo y ejecución de una campaña de comunicación y cambio de comportamiento; (v) la realización de investigaciones operativas; (vi) la contratación de un coordinador técnico y operativo de las actividades del proyecto y actividades afines –talleres, eventos y reuniones, entre otros; y (vii) actividades preparatorias para la certificación de la eliminación por OMS.

3.6 Presupuesto. Esta operación consta del Tramo de Inversión (TI) y de la Contrapartida Local (CL). Adicionalmente, recursos del Fondo FEM han sido reservados para las dos fases del Tramo de Desempeño (TD), que podrán ser desembolsado al MSP una vez la medición externa documente el grado de cumplimiento de las metas acordadas con el país y que serán evaluadas al cabo del segundo año (40% del TD) y cuarto año

de ejecución (60% del TD)³⁴. El costo total del IGR es de US\$4.197.500, de los cuales US\$1.460.000 serán financiados por el Fondo FEM y US\$2.737.500 de la CL.

Presupuesto Indicativo (US\$)			
Actividad / Componente	Tramo de Inversión (TI) (Fondo FEM)	Contrapartida Local (CL) ³⁵	Financiamiento Total (TI+CL)
Componente 1	280.723	787.195	1.067.918
Componente 2	0	1.032.008	1.032.008
Componente 3	617.777	489.897	1.107.674
Componente 4	14.000	428.400	442.400
Sub-Total	912.500	2.737.500	3.650.000
1er Tramo de Desempeño	219.000	0	219.000
2do Tramo de Desempeño	328.500	0	328.500
Total general (TI+CL+TD)	1.460.000	2.737.500	4.197.500

IV. Agencia Ejecutora y Estructura de Ejecución

- 4.1 El ejecutor de la operación será el MSP, rector del sistema de salud de RD. El CECOVEZ, bajo el cual se encuentra el Programa Nacional de Malaria, será el responsable técnico de las acciones de promoción, respuesta, investigación, vigilancia y control de vectores, encargado de formular las políticas, manuales, protocolos y guías técnicas referentes a estos temas y supervisar su implementación. Por esta razón, la institución realizará la conducción técnica del proyecto. Para apoyar estas actividades, se financiará la contratación de un coordinador técnico y operativo que estará basado en el CECOVEZ. Para la ejecución de la operación se contará con el apoyo de la Unidad Coordinadora de Proyectos (UCP) de la Dirección de Desarrollo Estratégico del Sector Salud (DDESS) del MSP, que actualmente ejecuta los préstamos de inversión del Banco. La UCP llevará a cabo la gestión administrativa, de adquisiciones y financiera de los recursos, bajo la coordinación técnica del CECOVEZ. El SNS será responsable de apoyar, coordinar y supervisar la implementación de las acciones de diagnóstico y tratamiento en las unidades de salud. La estructura funcional de la ejecución, que definirá las interrelaciones entre cada entidad y sus responsabilidades, así como el mecanismo de coordinación entre las instituciones involucradas, incluyendo las DPS, será establecida en el Reglamento Operativo del proyecto, que es una de las condiciones previas al primer desembolso (ver ¶4.5).
- 4.2 **Reconocimiento de Gastos Retroactivos.** El Banco podrá reconocer retroactivamente, con cargo a la contrapartida, gastos elegibles³⁶ efectuados por el organismo ejecutor a partir del 11 de junio de 2018, hasta el 20% del valor de la CL.
- 4.3 **Monitoreo y seguimiento.** Para verificar el cumplimiento de las metas de los indicadores del Marco de Desempeño, se realizarán mediciones externas independientes, que incluirán indicadores para monitorear los avances de la IREM a nivel regional y los indicadores de la Matriz de Resultados (ver Anexo II). Para monitorear la ejecución de las actividades planificadas en el proyecto se utilizará: (i) una Matriz de Seguimiento (ver Anexo VII) que recoge indicadores *proxy*

³⁴ Para cada fase, si el país alcanza un puntaje 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.

³⁵ Proviene de la operación DR-L1069, contrato 3207/OC-DR.

³⁶ Serán considerados elegibles todos los gastos que estén previstos en el Plan de Adquisiciones.

del Marco de Desempeño; y (ii) el Plan Plurianual del Proyecto (PEP) (ver Anexo V). En las misiones de supervisión trimestrales se realizará el seguimiento del progreso técnico, financiero y de gestión de la operación. Para contribuir a mejorar el impacto de las intervenciones, se realizarán estudios para generar conocimientos sobre mecanismos de intervención innovadores para eliminar la malaria (ver ¶3.5, ítem “v”). La información recolectada por cada fuente de información retroalimentará el diseño e implementación de la operación.

- 4.4 **Adquisiciones.** El MSP se basará en las políticas de adquisiciones del Banco para las contrataciones de bienes, obras y servicios de consultoría que se realicen con recursos del TI y CL: Políticas para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el Banco (GN-2349-9) y las Políticas para la Selección y Contratación de Consultores Financiados por el Banco (GN-2350-9). Se anticipa que la compra de pruebas rápidas y otros insumos para el diagnóstico y tratamiento de la malaria será canalizada a través de la OPS, lo que se registrará de acuerdo con la Sección 3.9 de la Política para la Adquisición de Obras y Bienes Financiados por el Banco (GN-2349-9). El TD estará sujeto a una lista de restricciones que será establecida en las Guías Operativas de la FEM³⁷. En el caso de que se logren las metas de los TD, los respectivos recursos serán utilizados por el MSP en el sector salud, pero no estarán sujetos a las políticas de adquisiciones del Banco.
- 4.5 **Condiciones previas al primer desembolso del TI:** (i) que se haya designado al coordinador del proyecto; y (ii) que el Banco haya aprobado y haya entrado en vigencia el Reglamento Operativo del Proyecto, de acuerdo con los términos previamente acordados con el Banco. El Reglamento Operativo deberá incluir, entre otros: (i) el Manual de Indicadores del Marco de Desempeño; (ii) la Matriz de Seguimiento; (iii) los procesos para verificar el cumplimiento de metas y aprobar los pagos del TD; (iv) la estructura funcional y de ejecución del proyecto; y (v) el cumplimiento de las condiciones establecidas en las Guías Operativas de la FEM.

V. Riesgos Importantes

- 5.1 El análisis de riesgos identificó riesgos negativos y positivos (oportunidades). La clasificación del nivel de riesgos negativos es medio. Los riesgos fueron priorizados según su probabilidad e impacto y para los riesgos muy altos/altos se identificaron planes de respuesta. Los principales riesgos son: (i) la fragmentación del sector salud y la insuficiente claridad acerca de las funciones del MSP y del SNS y sus expresiones territoriales, lo que podría afectar la efectividad de la ejecución; (ii) la proximidad de las elecciones presidenciales, lo que podría generar retrasos en la ejecución; (iii) la vulnerabilidad de la isla a desastres naturales, lo que podría generar condiciones propicias para la reproducción del vector; y (iv) no contar con el espacio presupuestal requerido para la ejecución del proyecto en 2019, lo que podría acarrear retrasos. Para mitigarlos, se definieron planes de respuesta que incluyen: (i) la definición de la estructura funcional de la ejecución y del monitoreo del proyecto en el Reglamento Operativo; (ii) el seguimiento continuo para anticipar posibles retrasos e identificar medidas de mitigación; (iii) acciones de emergencia de búsqueda pasiva y activa de casos y capacitación de equipos de respuesta-rápida y unidades entomológicas para enfrentar emergencias; y (iv) gestiones a alto nivel para asegurar la disponibilidad de

³⁷ Están siendo formuladas y serán aprobadas por el Comité de Donantes y la Administración del Banco.

recursos. Además, se identificaron oportunidades para articular diversas iniciativas para complementar esfuerzos y evitar duplicaciones (ver Anexo IX).

VI. Excepciones a las Políticas del Banco

- 6.1 Para esta operación, se hará aplicación de la excepción aprobada por el Directorio Ejecutivo del Banco (GN-2901-1) a las Políticas de Adquisición mencionadas anteriormente, relacionadas con la “elegibilidad”, para que los insumos de países no-miembros del Banco puedan ser elegibles en los procesos de adquisición que serán financiados con recursos del Fondo FEM. La aplicación de esta excepción se limitará a los casos en que la no-aplicación de esta pueda tornar el proyecto inviable o las intervenciones menos efectivas (ver GN-2901-1, ¶2.21). En el caso de compras canalizadas a través de agencias especializadas como la OPS, se reconoce que los insumos adquiridos podrían provenir de países no-miembros del Banco. En este caso, los procesos de adquisición también estarían sujetos a la excepción mencionada (ver GN-2901-1, ¶2.22).

VII. Salvaguardias Ambientales

- 7.1 De acuerdo con la Directiva B.03 (preevaluación y clasificación) de la Política de Medioambiente y Cumplimiento de Salvaguardias OP-703, esta CT ha sido clasificada como Categoría “C”. Los componentes descritos pueden causar impactos sociales y ambientales negativos, especialmente el manejo de insecticidas en el rociado de viviendas. Las actividades incluirán la preparación de una análisis ambiental y social y un plan gestión ambiental y social para todos los potenciales impactos y riesgos ambientales y sociales del programa. Durante la implementación, las actividades financiadas dentro del Componente 4, Implementación de acciones transversales y gestión del programa, incluirán una ronda de consulta pública con partes afectadas. Si el programa afectara pueblos indígenas esta consulta, como también el plan de gestión ambiental y social deben estar culturalmente adecuadas (ver Filtros Ambientales [SPF](#) y [SSE](#)).

Anexos Requeridos:

- Anexo I: [Solicitud del Cliente](#)
- Anexo II: [Matriz de Resultados](#)
- Anexo III: [Plan de Adquisiciones](#)

Anexos Opcionales:

- Anexo IV [Plan Financiero](#)
- Anexo V [PEP](#)
- Anexo VI [Marco de Desempeño](#)
- Anexo VII [Plan de Seguimiento, Monitoreo y Evaluación](#)
- Anexo VIII [Teoría de Cambio de la IREM](#)
- Anexo IX [Matriz de Riesgos](#)
- Anexo X [Abordaje Intercultural y de Género en la IREM](#)

Apéndices:

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

**República Dominicana -Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en
Mesoamérica y República Dominicana**

DR-G0002

TRAMO DE INVERSIÓN (TI)	\$912.500
TRAMO DE DESEMPEÑO (TD)	\$547.500

Certificación

La Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento (ORP/GCM) certifica que la operación ha recibido la carta de compromiso para financiamiento del **Facilidad de Financiamiento Combinado para la Erradicación de la Malaria (MEF)** hasta la suma de **US\$1.460.000** confirmado por Gustavo Saguier (ORP/GCM), 15 de noviembre de 2018.

Certificado por:

Original firmado

1/4/2019

Sonia M. Rivera

Fecha

Jefe

Unidad de Gestión de Donaciones y Cofinanciamiento
ORP/GCM