

Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en la Región de las Américas

2026-2030

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en la Región de las las Américas

2026-2030

Washington, D.C., 2026

OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud Región de las Américas

Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030

OPS/CDE/VT/26-0007

© Organización Panamericana de la Salud, 2026

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño: Emilia Palomeque
Fotos: © OPS

Índice

Abreviaciones vii

Introducción 1

1. Situación de la malaria 2

1.1 Variación de la situación de la malaria entre el 2015 y el 2024 2

1.2 Países más cerca de la eliminación de la malaria 4

1.3 Poblaciones más afectadas por la malaria en las Américas 4

1.4 Concentración geográfica de la malaria y obstáculos para el diagnóstico 5

1.5 Desafíos y oportunidades para la eliminación de la malaria por *Plasmodium vivax* 6

1.6 Aceleración de la eliminación de malaria por *Plasmodium falciparum* 7

2. Antecedentes 9

2.1 Plan de acción para la eliminación de la malaria 9

2.1.1 Período del 2016 al 2020 9

2.1.2 Período del 2021 al 2025 9

2.1.3 Período del 2026 al 2030 10

2.2 Marco político y estratégico 11

2.3 Ideas de cambio 11

2.3.1 Ampliar el acceso al DyT con participación de las comunidades afectadas 14

2.3.2 Implementar intervenciones reactivas y quimioprevención para acelerar la eliminación y prevenir el restablecimiento 15

2.3.3 Reducir las recaídas de *Plasmodium vivax* de forma más eficaz 15

2.3.4 Transformar la vigilancia en una intervención principal 15

2.3.5 Optimizar el control vectorial 16

2.3.6 Consolidar territorios subnacionales libres de malaria 16

2.3.7 Movilización social y estrategias centradas en las personas como elemento transversal principal 17

2.4 Proceso de elaboración del Plan 17

3. Objetivos 19

3.1 Objetivo general 19

3.2 Objetivos estratégicos 19

4. Metas 20
4.1 Metas con respecto a la Estrategia Técnica 20
4.2 Metas regionales basadas en la situación del 2024 20
4.2.1 Países que eliminan la malaria 21
4.2.2 Unidades subnacionales (ADM1, ADM2) que eliminan la malaria 21
4.2.3 Reducción en la incidencia de malaria 22
4.2.4 Aceleración de la eliminación de la malaria por *Plasmodium falciparum* 22
4.2.5 Reducción en la mortalidad por malaria 23
5. Líneas estratégicas, intervenciones y actividades 24
5.1 Línea estratégica 1. Expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento 27
5.1.1 Detección, diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud 30
5.1.2 Detección, diagnóstico y tratamiento a nivel comunitario 31
5.1.3 Organización de redes de diagnóstico y tratamiento 34
5.1.4 Gestión de la cadena de insumos para diagnóstico y tratamiento 36
5.1.5 Aseguramiento de la calidad del diagnóstico (microscopia y PDR) 37
5.1.6 Políticas de tratamiento efectivas y seguras 38
5.2 Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención 40
5.2.1 Estratificación y adaptación subnacional 41
5.2.2 Plataformas de registro y comunicación de datos 43
5.2.3 Análisis, uso y divulgación de información 45
5.2.4 Respuesta, acciones reactivas e investigación de casos 46
5.2.5 Vigilancia activa y vigilancia de riesgos 47
5.3 Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas para prevenir la transmisión o acelerar la eliminación 49
5.3.1 Quimioprevención e intervenciones colectivas contra *Plasmodium vivax* 50
5.3.2 Control de vectores: optimización de las intervenciones 53
5.4 Línea estratégica 4. Gobernanza, financiamiento y alianzas 56
5.4.1 Gobernanza (intrasectorialidad/intersectorialidad) 56
5.4.2 Financiamiento y recursos humanos para la eliminación de la malaria 60
5.4.3 Alianzas, colaboración entre países, asociación y trabajo en red 61
5.5 Movilización social y enfoque centrado en las personas: elemento transversal principal 63
5.6 Sobre la estructura y cómo el Plan responde a desafíos prioritarios 64
5.6.1 Aceleración de la eliminación de *Plasmodium falciparum* 65
5.6.2 Mortalidad por malaria 65
5.6.3 Malaria en la población indígena 66
5.6.4 Malaria y minería del oro 66
5.6.5 Malaria en zonas fronterizas 67

5.6.6 Malaria en zonas urbanas ... 67
5.6.7 Municipios con alta carga de la enfermedad ... 68
5.6.8 Prevención del restablecimiento de la transmisión ... 68

6. Implementación del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en la Región de las Américas ... 69
6.1 Implementación del Plan de Acción de Eliminación de la Malaria en el marco de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades ... 69
6.2 Pasos para la implementación de los cambios ... 70
6.2.1 Nivel regional ... 70
6.2.2 Nivel de los países ... 71
6.2.3 Nivel subregional ... 74

7. Seguimiento y evaluación ... 75
7.1 Seguimiento de los procesos de mejora en políticas y hojas de ruta ... 75
7.2 Indicadores de resultado ... 75
7.3 Indicadores de impacto ... 78

Referencias ... 80

Anexos ... 88
Anexo 1. Recomendaciones del Grupo Asesor Estratégico sobre la malaria para el 2025 y actividades correspondientes en el Plan de Acción 2026-2030 ... 88
Anexo 2. Normas técnicas y lineamientos operativos de intervenciones para la eliminación de la malaria y la prevención del restablecimiento de la transmisión ... 93
Anexo 3. Estrategia operativa para la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria ... 99

Cuadros

1. Líneas estratégicas e intervenciones ... 25
2. Línea estratégica 1. Intervenciones y actividades ... 29
3. Línea estratégica 2. Intervenciones y actividades ... 41
4. Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas para prevenir la transmisión o acelerar la eliminación ... 50
5. Línea estratégica 4. Elementos de soporte y actividades ... 56
6. Línea estratégica 1. Expansión del acceso a diagnóstico y tratamiento ... 76
7. Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención ... 77
8. Indicadores de impacto ... 79
A.3.1. Ejemplo de indicadores y metas para cada uno de los tres objetivos operacionales de la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria ... 100
A.3.2. Acciones e intervenciones relacionadas con los tres elementos clave y las metas 5-50-100 ... 103
A.3.3. Objetivos 5-50-100: tareas de los niveles nacional y subnacional ... 104

A.3.4. Indicadores de los objetivos 5-50-100 como vigilancia 105
A.3.5. Análisis periódico de los indicadores para guiar las acciones de malaria (no necesariamente como valores meta) 107
A.3.6. Análisis anual del cumplimiento de metas 5-50-100 108
A.3.7. Limitaciones y comentarios sobre los indicadores y metas 111
A.3.8. Análisis anual del cumplimiento de metas 70-70-100 113

Figuras

1. Casos y muertes por malaria en la Región de las Américas, 2010-2024 3
2. Variación en el número de casos de malaria por países endémicos de la Región de las Américas, 2015-2024 3
3. Municipios con mayor número de casos de malaria en la Región de las Américas, 2024 6
4. Teoría del cambio para acelerar la eliminación reduciendo el reservorio humano 13
5. Tendencia histórica de los casos de malaria con el 2024 como línea de base y objetivo de reducción del 50% hasta el 2030 22
6. Estructura del Plan de Acción 2026-2030 26
7. Proceso de implementación del Plan de Acción 2026-2030 72
8. Proceso de implementación de cambios y adopción de mejoras en las políticas 73
A.3.1. Diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta, y expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento 100
A.3.2. Objetivos 5-50-100 101

Abreviaciones

ACT	asociación terapéutica con derivados de la artemisinina
ADM1	nivel administrativo 1 (estados, departamentos, provincias)
ADM2	nivel administrativo 2 (municipios, distritos, comunas)
AMM	administración masiva de medicamentos
ARM	administración reactiva de medicamentos
ASM	administración selectiva de medicamentos
DyT	diagnóstico y tratamiento
DTI-R	diagnóstico, tratamiento, investigación de casos y respuesta
ETV	enfermedades transmitidas por vectores
G6PD	glucosa-6-fosfato deshidrogenasa
HDPQ	dosis alta de primaquina
HRP2	proteína rica en histidina 2
IEP	índice de exámenes positivos
IPA	índice parasitario anual de malaria
IREM	Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria
mHealth	uso de dispositivos para aplicaciones destinadas a mejorar la salud y el bienestar
MTILD	mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDR	pruebas de diagnóstico rápido
PQ	primaquina
RRI	rociado residual intradomiciliario
SAG	Grupo Asesor Estratégico
TES	estudios de eficacia terapéutica

Introducción

A pesar de los desafíos planteados por la pandemia de COVID-19 en la última década, desde la presentación de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria en el 2026 *(1)*, la Región de las Américas ha continuado avanzando hacia la eliminación de la enfermedad. Entre el 2021 y el 2025, tres países alcanzaron la meta de eliminación: El Salvador, certificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2021; Belice, en el 2023, y Suriname en el 2025. Asimismo, otros países y territorios han realizado avances significativos hacia la interrupción, como Costa Rica, Ecuador, Guatemala, la Guayana Francesa, México y la República Dominicana.

No obstante, desde el 2022 el número de casos se mantiene en torno a los 500 000 casos al año en la Región, con tendencia al alza. El 88% de ellos se notificaron en América del Sur, en concreto en la cuenca amazónica y en la región de la costa pacífica de Colombia, donde urgen acciones orientadas a la eliminación. A principios del 2025, la mayor carga de malaria en la Región se registró en las poblaciones indígenas y en las zonas con minería de oro de Brasil, Colombia, Guyana, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, a la vez que se registró un incremento en la transmisión en Haití y Panamá.

En los últimos 10 años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha trabajado con los países y los socios en la transición del enfoque del control hacia el de la eliminación. Para ello, ha promovido nuevas intervenciones y cambios que han permitido alcanzar logros significativos, pero que, en un período durante el que se han presentado otras prioridades de salud pública, ha sido difícil implementar, especialmente en los países con mayor carga de la enfermedad.

A pesar de los desafíos que enfrenta la respuesta global contra la malaria, el período comprendido entre el 2026 y el 2030 puede ser una fase transformadora en la lucha hacia la eliminación de la enfermedad en la Región, marcada por la introducción de innovaciones, cambios estratégicos y alianzas enmarcadas en los compromisos que los Estados Miembros están asumiendo hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles. Bajo el paradigma de que la eliminación del reservorio humano del parásito es posible en la medida en que el tratamiento esté al alcance de las comunidades, el principal elemento de cambio en este nuevo Plan de Acción 2026-2030 radica en las acciones políticas y estratégicas, incluidas las nuevas alianzas con este propósito.

Poner el tratamiento al alcance de las comunidades es el principal cambio. Esto puede lograrse mediante el uso expandido de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y un llamado a un rol más activo de múltiples actores en el diagnóstico y el tratamiento precoz de la malaria. Asimismo, las mejoras en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación pueden potenciar el importante papel de la comunidad en este sentido. Las nuevas herramientas para la cura radical en *Plasmodium vivax*, complementadas con intervenciones colectivas dirigidas, así como el llamado a optimizar los esfuerzos en el control vectorial, completan un marco estratégico renovado que invita a lograr grandes avances hacia la eliminación de la malaria en la Región de las Américas para el 2030.

En esta publicación se presenta una visión general de los avances y desafíos de las Américas en la eliminación de la malaria y se promueve un marco estratégico para la Región responda al llamado mundial a intensificar la lucha contra esta enfermedad *(The Big Push Against Malaria*). En el Plan se establecen metas regionales y desafíos epidemiológicos para los próximos cinco años, y se presenta una teoría del cambio con un marco técnico y estratégico renovado de intervenciones, acciones clave y alianzas para la eliminación de la malaria en las Américas.

1 Situación de la malaria

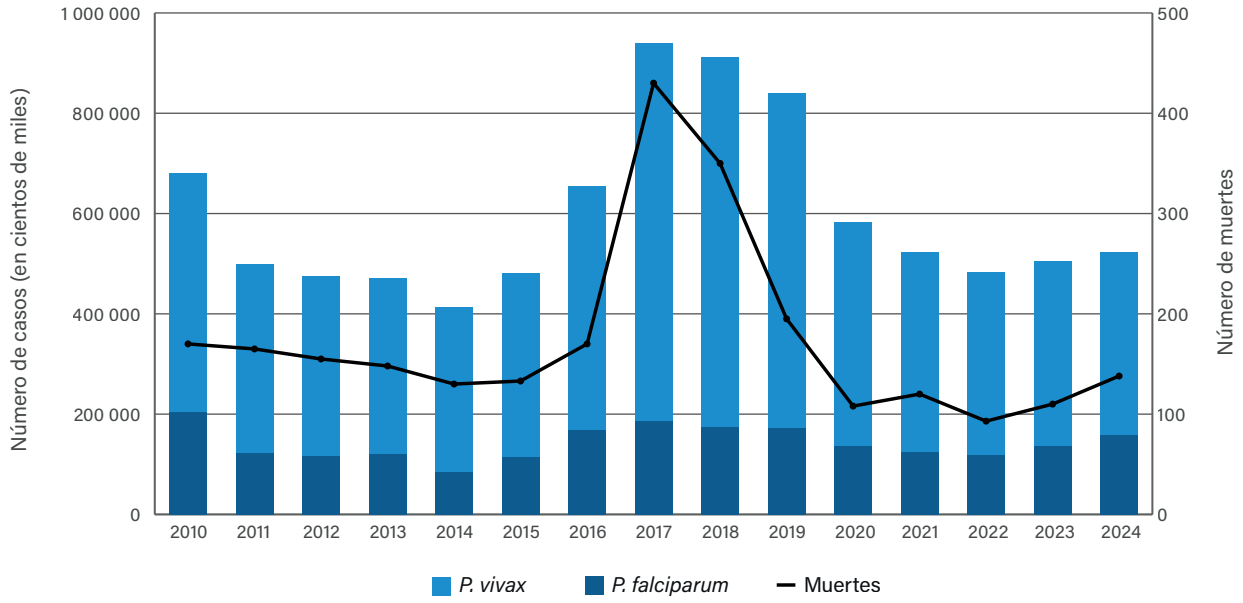
1.1 Variación de la situación de la malaria entre el 2015 y el 2024

En el 2015, año en que se presentó la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria *(1)*, la Región de las Américas notificó un total de 480 000 casos de malaria y 169 muertes por esta causa (figura 1) *(2)*. Un año antes, la Región había registrado el número más bajo de casos desde el año 1976. El comportamiento de la malaria en los últimos 10 años en las Américas se caracterizó inicialmente por un incremento masivo en la transmisión, asociado a una dinámica epidémica en la República Bolivariana de Venezuela, que alcanzó su punto máximo en el 2017, y experimentó una posterior reducción a partir del 2019.

El número total de casos de malaria en la Región disminuyó de 589 000 en el 2020 a 537 000 en el 2024 *(3)* (figura 1), con una reducción del 61% en la República Bolivariana de Venezuela, del 84% en Nicaragua y del 78% en Ecuador. Sin embargo, pese al descenso significativo de casos en algunos países, el número total de casos en la Región en el 2024 aún estaba lejos de alcanzar la meta establecida para el 2030, que fija una reducción del 90% respecto al 2015 (figura 2). Los 537 000 casos de malaria registrados en la Región en el 2024 representan un aumento del 9% con respecto al 2015. En este contexto, la situación de la enfermedad desde el 2015 muestra las siguientes características *(3)*:

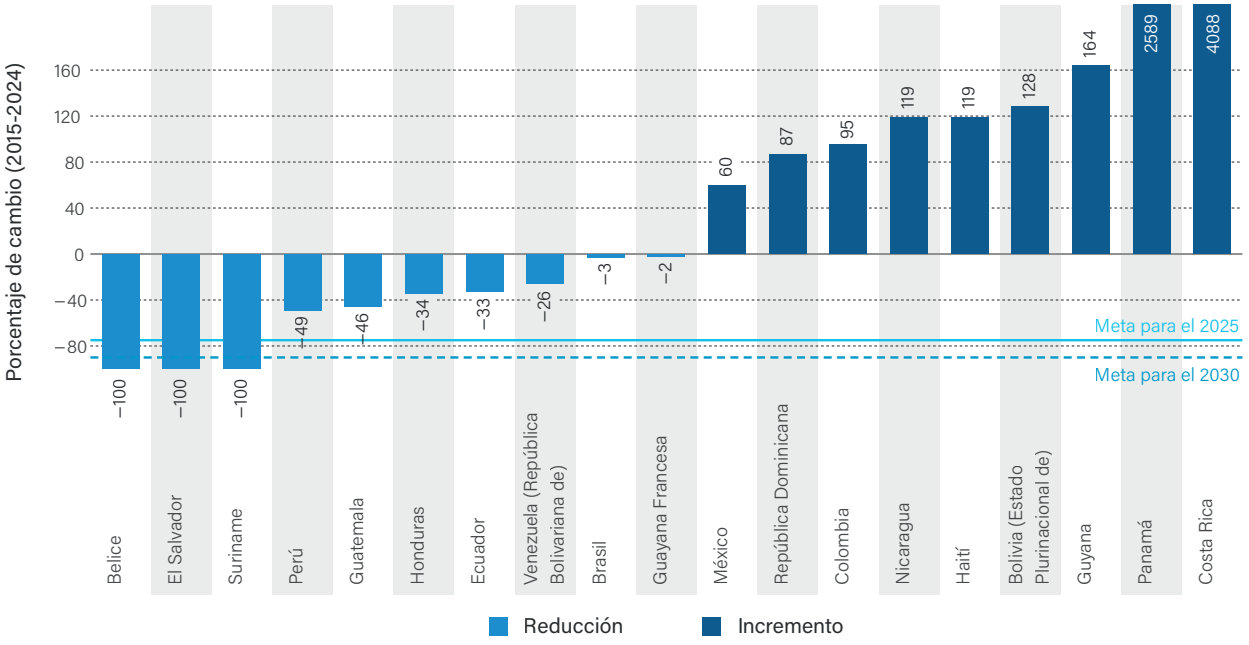
- Siete países y un territorio experimentaron reducciones en el número de casos notificados entre el 2015 y el 2024: Perú (49%), Guatemala (46%), Honduras (34%), Ecuador (33%), la República Bolivariana de Venezuela (26%), Brasil (3%) y Guayana Francesa (2%). El resto de los países de la Región registraron distintos grados de aumento en los casos notificados.
- Cinco países y un territorio de la Región (Belice, Guayana Francesa, México, Perú , República Dominicana y Suriname) estaban en camino de cumplir el objetivo de la Estrategia Técnica Mundial para el 2025 (es decir, una reducción del 75% en la incidencia y la mortalidad en comparación con el 2015), al disminuir la incidencia de casos en un 63% o más (la reducción esperada para que los países estén en camino de cumplir el objetivo de la Estrategia Técnica para el 2025) en el 2024 en comparación con el 2015.
- Nueve países (Colombia, Costa Rica, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guyana, Haití, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana) registraron un aumento en la incidencia en el 2024 en comparación con el 2015.
- Entre el 2015 y el 2024 se registró una disminución de muertes por malaria del 19,5% (169 frente a 136, respectivamente) (figura 1). Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, la Guayana Francesa, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, la República Dominicana y Suriname no notificaron muertes en el 2024. En el mismo período, Guatemala, Nicaragua y la República Dominicana redujeron la mortalidad en un 100%, mientras que la República Bolivariana de Venezuela experimentó una reducción del 85%. Los países en los que se registró un incremento de defunciones por malaria en el 2024 con respecto a las comunicadas en el 2015 fueron Brasil, Colombia y Perú.

Figura 1. Casos y muertes por malaria en la Región de las Américas, 2010-2024



Fuente: Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2011-2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports.

Figura 2. Variación en el número de casos de malaria por países endémicos de la Región de las Américas, 2015-2024



Fuente: Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports.

1.2 Países más cerca de la eliminación de la malaria

En junio del 2025, Suriname fue certificado por la OMS como libre de malaria, convirtiéndose en el primer país de la cuenca amazónica en lograr su eliminación, lo que supuso un hito en la historia de la lucha contra la enfermedad en la Región. En América del Sur, Ecuador notificó un total de 460 casos en el 2024 (380 de ellos, autóctonos), lo que representa una tendencia decreciente desde el 2020 (2089 casos) y con transmisión focalizada en ocho municipios amazónicos, mientras que la Guayana Francesa comunicó un total de 176 casos autóctonos.

En Centroamérica, lograron la certificación de la OMS El Salvador en el 2021 y Belice en el 2023; en estos años, los dos países han mostrado la decisión política y las capacidades necesarias para prevenir el restablecimiento de la transmisión, en un contexto de desafíos asociados a la presencia de casos importados y a la movilidad poblacional desde los países vecinos. A finales del 2024, Costa Rica y México, con 240 y 266 casos autóctonos, respectivamente, fueron los dos países que más cerca estuvieron de lograr la eliminación en la subregión, a pesar del desafío que supuso el incremento de casos importados asociado al flujo migratorio, casos que representaron el 70% del total en México ese mismo año (880 casos). Guatemala, Honduras y la República Dominicana completan el grupo de los países que, en el 2019, la OMS consideró que tenían más posibilidades de llegar con cero casos al 2025.

1.3 Poblaciones más afectadas por la malaria en las Américas

En el 2024, los países endémicos de América del Sur registraron el 88% los casos de malaria de la Región. Brasil, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela son los países que han comunicado la mayor morbilidad en los últimos años: en el 2024 sumaron el 75% de los casos. Les siguen en importancia Guyana, Perú y, con menor número de casos, el Estado Plurinacional de Bolivia. En estos países, la malaria afecta de manera importante a los Pueblos Indígenas. Esta población representó el 34% de los casos del continente en el 2024, así como el 29% de las muertes asociadas a la malaria en la Región. La importante afectación en estas comunidades se evidencia también en los datos de algunos países de la cuenca amazónica. Es el caso de Brasil, que comunicó un incremento del 41% y del 26% en la afectación de estas poblaciones en el 2023 y el 2024, respectivamente. Esta afectación está asociada a la movilidad poblacional que caracteriza a la minería del oro y a otras actividades extractivas propias de la cuenca amazónica. El acceso limitado a servicios de salud debido a las grandes distancias, los costos de movilización, los problemas de seguridad y, en algunos casos, el narcotráfico, forman parte del contexto de la afectación por la malaria en estas poblaciones.

En Colombia, en el 2024 y el 2025 se registraron brotes que evidenciaron la vulnerabilidad de los Pueblos Indígenas del Pacífico y la Amazonia del país. En el 2024, el 40% de la población afectada era indígena, y el 31%, afrodescendiente. Por otra parte, Perú comunicó ese mismo año que 10 distritos en zonas indígenas concentraban el 75% de los casos de malaria del país, de un total de casos que representó un aumento en la transmisión del 49% respecto al 2015. En el 2024, el 38% de los casos de malaria en el país se presentaron en niños indígenas menores de 10 años, en un contexto enmarcado por desafíos como una alta tasa de embarazo adolescente, anemia en mujeres embarazadas y recién nacidos, y desnutrición aguda y crónica.

En Centroamérica, Panamá es el país que enfrenta los mayores desafíos en la lucha contra la malaria, también con una afectación especial de las poblaciones indígenas. Con un aumento significativo de casos en el 2023 respecto al año anterior, el 87% de los casos del país se concentró en las comarcas de Kuna Yala, Darién y Ngäbe Buglé. En el 2024, el número de casos siguió en aumento, y el distrito de Kuna Yala registró el 42% de ellos.

Además de la afectación de población indígena ya señalada, la minería del oro es un factor principal asociado a estos enclaves de alta carga de transmisión de malaria, tanto en la región amazónica *(4, 5)* como en el Pacífico colombiano. Aunque se requieren análisis epidemiológicos actualizados que cuantifiquen la magnitud de esta asociación, se sabe que la minería de oro está presente en distintas formas en los municipios con mayor carga de la enfermedad en Brasil, Colombia, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, así como en las regiones más afectadas por la enfermedad en Guayana y la Guyana Francesa *(6, 7)*. En los últimos años, la minería del oro se ha asociado también a la transmisión de la malaria en Costa Rica y Nicaragua *(8)*. Además, la actividad minera ha estado relacionada con el incremento de malaria entre las poblaciones indígenas en territorios donde esta actividad coexiste con otras ilegales *(9-11)*.

En el Caribe, Haití, después de una reducción del número de casos de malaria comunicados por el país en el 2022, la transmisión se ha incrementado, al pasar de 14 186 casos en el 2022 a 13 860 en el 2023 y a 37 481 en el 2024. En el 2024, los departamentos de Grand'Anse y Sud (88% de los casos del país) registraron aumentos del 120% (19 831 casos) y del 128% (13 061 casos) en comparación con el 2023. En el 2025 se observó un aumento en el número de casos, con un incremento de casos a nivel epidémico en los departamentos del Gran Sur, que se inició en el último trimestre del 2024. En este retroceso ha sido determinante la situación sociopolítica, que ha provocado movimientos de población y ha paralizado el funcionamiento de buena parte del sistema de salud, con salida del personal sanitario. Esto ha tenido repercusiones significativas en la respuesta a la malaria. El bloqueo tanto de las carreteras como de la capital ha limitado la distribución de suministros, la supervisión a los trabajadores sanitarios comunitarios de malaria y la respuesta a los brotes.

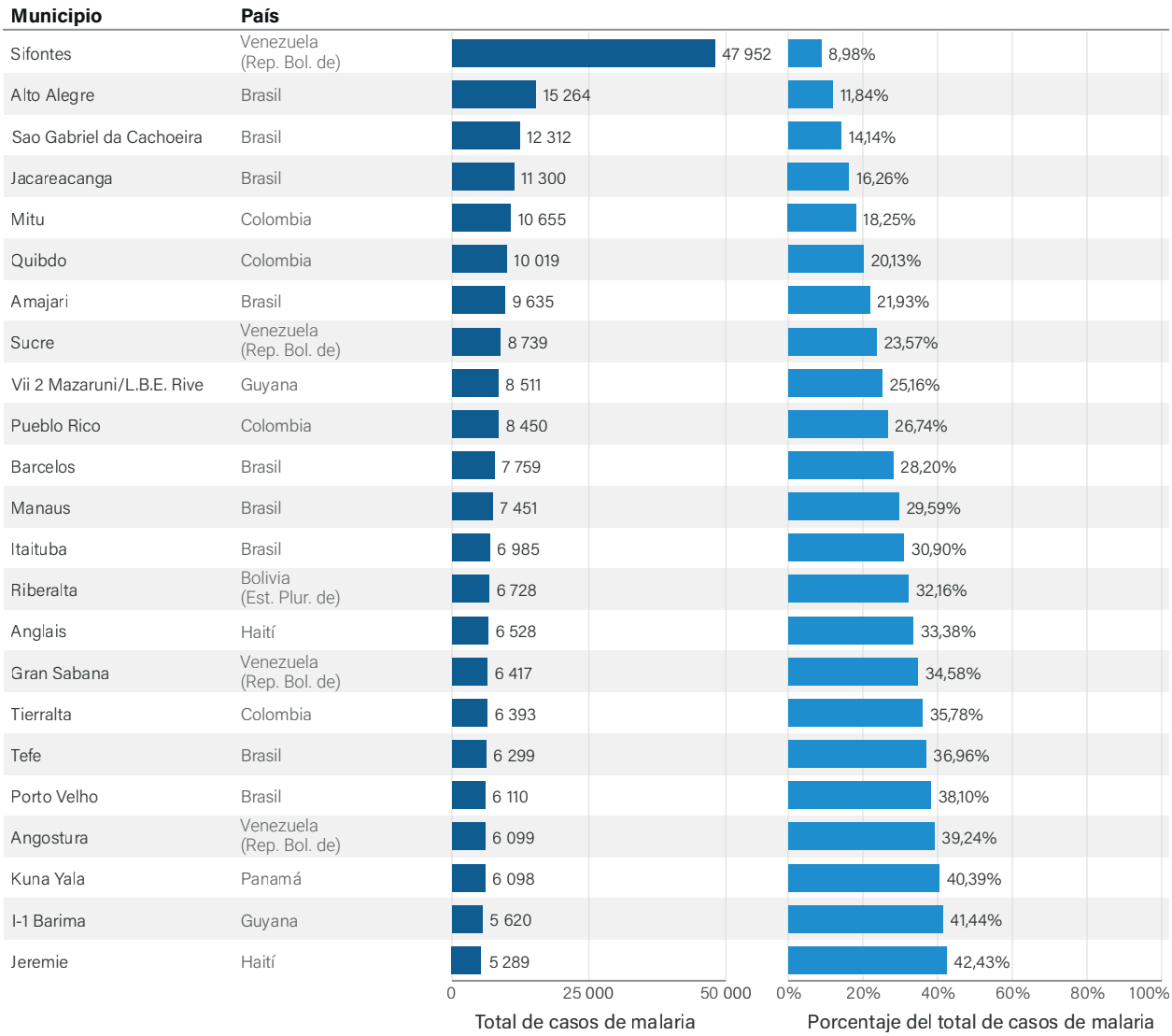
1.4 Concentración geográfica de la malaria y obstáculos para el diagnóstico

Otra característica de la situación de la malaria en la Región es la importante concentración de casos en un porcentaje muy bajo del total de municipios de los países (figura 3) *(12)*. A diferencia de lo que ocurre con el dengue y con las epidemias de otras enfermedades arbovirales, que muestran una alta distribución geográfica, en los países endémicos de las Américas la alta carga de la malaria se concentra en zonas geográficas más específicas.

Dicha concentración se debe a la confluencia de la receptividad (presencia de los vectores) con los factores de contexto mencionados anteriormente (movilidad humana, población dispersa, actividades económicas, entre otros) en contextos de limitaciones estructurales del sistema de salud para brindar DyT, y para responder oportunamente a los brotes. En el 2024, 33 municipios de seis países registraron el 50% de los casos en la Región, mientras que en solo 13 municipios se contabilizó el 30% de ellos. En el 2024, en el municipio Domingo Sifontes (República Bolivariana de Venezuela) se contabilizó el 8,9% del total de casos en las Américas y el 47% de los casos del país.

Las barreras para acceder al diagnóstico y al tratamiento de forma oportuna son los principales desafíos que deben abordarse en los municipios con mayor incidencia. Datos de Brasil, Haití y la República Bolivariana de Venezuela para el 2024 revelan índices de exámenes positivos (IEP) superiores al 25% y de hasta el 49% en algunos de estos municipios. En el mismo año, los datos comunicados por 1302 voluntarios de la red de colaboradores voluntarios en Colombia sobre los 60 municipios con mayor incidencia revelaron un valor de IEP del 39,4%. En el 2024, la región 7 de Guyana, que ese año fue la región sanitaria con el mayor número de casos (9136), comunicó un IEP del 33%.

Figura 3. Municipios con mayor número de casos de malaria en la Región de las Américas, 2024



Fuente: Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2011-2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports.

1.5 Desafíos y oportunidades para la eliminación de la malaria por *Plasmodium vivax*

La malaria por *P. vivax* representó el 68% del total de casos de malaria en las Américas en el 2024. El predominio de esta especie destaca la relevancia que tienen para la Región las mejoras recientes en políticas de cura radical en *P. vivax*, así como la de otras innovaciones para hacer frente a los desafíos biológicos que caracterizan a la malaria por esta especie. Los desafíos principales son la alta proporción de casos recurrentes detectada en algunos municipios de Centroamérica y de la región amazónica (como han mostrado análisis realizados en Panamá y el Estado Plurinacional de Bolivia), las infecciones de bajas parasitemias y la transmisibilidad de la infección desde el inicio de los síntomas. En algunos contextos tanto en América del Sur como en Centroamérica y México la

infección latente en portadores de hipnozoitos podría ser un determinante importante para la perpetuación de la transmisión.

En el 2024, la proporción de casos clasificados como recaídas fue del 37% en la Guayana Francesa, del 30% en Panamá, del 13% en Brasil, del 10% en la República Bolivariana de Venezuela y del 7% en Ecuador. Tomando como denominador el número total de casos de *P. vivax*, la proporción de recurrencias entre los países que notificaron este evento en el 2024 osciló entre el 11% en Ecuador y el 89% en la Guayana Francesa.

Un análisis retrospectivo de las bases de datos del Instituto Nacional de Salud de Colombia permitió identificar los episodios repetidos en una serie de cuatro años (2020-2023), y reveló que las recurrencias constituyen una proporción significativa de los casos de *P. vivax* (30% de los casos de 2023). La proporción de recurrencias en el 2023 en los departamentos con mayor transmisión osciló entre el 29% y el 33% del total de episodios de *P. vivax*. Si se considera que las recaídas son únicamente los episodios que ocurren entre 28 y 90 días después de un episodio previo, entre el 9% y el 12% de los episodios de *P. vivax* detectados en el 2023 en los departamentos con mayor transmisión podrían considerarse recaídas, mientras que las reinfecciones (más de 90 días) explicarían otro 15% al 18%.

En el 2023, Brasil fue el primer país del mundo en introducir el uso de tafenoquina para el tratamiento de la malaria por *P. vivax*, a partir de la evidencia de los estudios realizados en el país *(13)*. En noviembre del 2024, la OMS presentó la recomendación para el uso de dicho medicamento en América del Sur, además de recomendaciones sobre el uso de dosis alta de primaquina, dosificación que también debe ser guiada por el resultado de la prueba que mide la deficiencia de la enzima glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD). Estas mejoras podrían ser complementadas por el potencial efecto de las intervenciones colectivas para tratar a los posibles portadores de hipnozoitos. La innovación que propone usar pruebas serológicas para guiar el tratamiento *(14)* o intervenciones similares, que ya han sido implementadas por algunos países, guiadas por los registros de infecciones recientes de *P. vivax*, podrían formar parte de una estrategia integral (de acciones individuales y colectivas) para reducir las recurrencias por esta especie de malaria en las Américas y lograr la eliminación de la enfermedad en el continente.

1.6 Aceleración de la eliminación de malaria por *Plasmodium falciparum*

En el 2024, el 30% de los casos notificados en la Región fueron por malaria por *P. falciparum*. Todos los casos autóctonos comunicados por la República Dominicana y Haití, y el 97% de los casos autóctonos notificados en Costa Rica el mismo año, se debieron a esta especie. También en el 2024, Colombia fue el país con el mayor número de casos por *P. falciparum* notificados en la Región. Por otro lado, una zona históricamente afectada por la malaria por *P. falciparum* es la costa pacífica colombiana, territorio de pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes. Es un territorio con una extensa actividad de minería del oro y que se ha visto afectado además por actividades ilícitas, en un contexto en el que la población enfrenta limitaciones para el acceso a los servicios de salud. En el 2024, esta zona de Colombia registró 35 115 casos de malaria por *P. falciparum*, lo que representó un aumento del 66% y el 42% sobre lo notificado por la República Bolivariana de Venezuela y Brasil, respectivamente, en dicho año.

En la Región, la perpetuación y el incremento de la transmisión de la malaria por *P. falciparum* parece estar asociada a deficiencias en las operaciones de los programas de malaria, y en particular, a barreras en el acceso al diagnóstico y el tratamiento. En los municipios con alta carga por *P. falciparum* de la región amazónica de América del Sur, el pacífico colombiano y Haití, la elevada proporción de malaria por esta especie se asocia con un elevado índice de positividad del diagnóstico y con un bajo porcentaje en el uso de la prueba de diagnóstico rápido (PDR).

A pesar de estos desafíos, existen innumerables evidencias, tanto a nivel nacional como subnacional, en favor de plantear metas ambiciosas para acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum* en la Región. Para finales del 2025, la interrupción de la transmisión de la malaria por esta especie está más cerca que nunca en Centroamérica. México y Guatemala no han notificado casos de *P. falciparum* desde el 2009 y el 2017, respectivamente. En el 2024, se observó una marcada reducción de casos por *P. falciparum* autóctonos en Honduras, Nicaragua y Costa Rica, con 165, 566 y 232 casos, respectivamente, y solo cuatro casos en Panamá (ocho casos en la semana 37). En total, se registraron 967 casos autóctonos de *P. falciparum* en toda Mesoamérica en el 2024. El año siguiente, Costa Rica había comunicado nueve casos hasta la semana epidemiológica 41, y Honduras, 66 casos hasta la semana epidemiológica 43. La eliminación de *P. falciparum* en Centroamérica a muy corto plazo es posible y constituye una prioridad antes de que se registren cambios en la dispersión de *Anopheles darlingi (15)*.

Durante el 2017 y el 2018, el Estado Plurinacional de Bolivia registró la ausencia de transmisión de malaria por *P. falciparum* por primera vez, situación que, si bien no fue posible sostener en los años subsiguientes debido a debilitamiento de las acciones acciones, evidenció que es posible la interrupción de transmisión de esta especie en territorios extensos en la Amazonia. La relativa focalización geográfica de la transmisión de esta especie en el 2025 en Bolivia, a pesar de limitaciones en acciones de vigilancia intensificada y respuesta, es consistente con una situación favorable para la eliminación en América del Sur. Así también lo indica la temprana eliminación de esta especie en Suriname *(16)* y el reducido número de casos reportados en los últimos años por Ecuador y Guayana Francesa. A nivel subnacional también hay cifras favorables a la aceleración de la eliminación de esta especie. Así lo muestran datos de Brasil, con respecto a 79 municipios que en el 2024 reportaron solamente entre uno y 50 casos de malaria por *P. falciparum*, así como la existencia en el mismo año de 420 municipios, que a pesar de tener transmisión activa por *P. vivax* (de 200 a 4800 casos) reportaron ausencia o menos de 5 casos de malaria por *P. falciparum*. Estas situaciones destacan la importancia de promover acciones intensivas para acelerar la eliminación de esta especie en la región amazónica, independiente de la magnitud de la endemia por *P. vivax*.

2 Antecedentes

2.1 Plan de acción para la eliminación de la malaria

2.1.1 Período del 2016 al 2020

En el 2016, en el marco de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 *(1)*, la Región de las Américas expresó su solidaridad y compromiso con el objetivo mundial de eliminar la enfermedad. Durante el 55.º Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Resolución CD55.R7 *(17)* y se pidió a la Directora que apoyara la ejecución del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2016-2020 *(18)*, así como que coordinara los esfuerzos de toda la Región para eliminar la transmisión local de la malaria y prevenir su posible restablecimiento en zonas libres de la enfermedad, en colaboración con los países y los asociados.

Aunque el período 2016-2020 se caracterizó por un incremento significativo del número de casos de malaria en la Región, debido especialmente al auge de la minería del oro y a la migración interna en la República Bolivariana de Venezuela, también fue un período de logros muy significativos, con la certificación de Argentina y Paraguay como países libres de malaria. Teniendo como referencia en abordaje 1-3-7 de China y el T3 promovido por la OMS, en el 2017 la OPS desarrolló e impulsó la estrategia de diagnóstico, tratamiento, investigación de casos y respuesta (DTI-R) como acción esencial para la eliminación de la malaria que traslada en un lenguaje operativo el concepto de la vigilancia como intervención propuesto bajo la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria, y enfatiza la importancia del diagnóstico y el tratamiento oportuno. La Iniciativa de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica (IREM) y la cooperación con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) facilitaron la adopción de los nuevos elementos en varios de los países.

2.1.2 Período del 2021 al 2025

En el 2020, en un contexto marcado por los efectos iniciales de la pandemia de COVID-19, la OPS adelantó un proceso de consulta con los países y socios regionales que llevaría a la formulación de un plan de acción para el período 2021-2025, dirigido a encaminar a la Región hacia el cumplimiento de las metas establecidas para el 2030. El Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2021-2025 *(19)* estuvo enmarcado en la prioridades y metas del Plan Estratégico de la OPS 2020-2026 (Plan Estratégico) *(20)* y ha seguido los elementos propuestos por la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 de la OMS *(1)*, así como de políticas de rango superior, como la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud *(21)*. En estos cinco años, bajo el concepto de la vigilancia como intervención y la eliminación como un continuo, la OPS ha promovido cambios estratégicos y operacionales hacia la eliminación de la malaria en todos los países, independientemente de la carga de la enfermedad, haciendo especial énfasis en el acceso al diagnóstico y el tratamiento (DyT) temprano mediante la estrategia DTI-R *(22)*, así como en la organización de la operación a nivel local (microplanificación) *(23)*.

A pesar de los importantes logros epidemiológicos en el período, como la significativa reducción de casos en la República Bolivariana de Venezuela y Nicaragua y la certificación de la malaria en tres países, y pese a los avances señalados en incorporar mejoras en intervenciones; llama la atención que en lo que respecta a financiamiento de la respuesta en malaria, en el 2024 los países reportaron una reducción del presupuesto destinado a la lucha contra la malaria con respecto al año 2015. Los recursos totales asignados al control y la eliminación de la malaria disminuyeron de USD 233,3 millones en el 2015 a USD 210,4 millones en el 2024 (–9,8%), observándose también una reducción significativa en el componente del financiamiento doméstico, que pasó del 87,5% al 69,4%.

2.1.3 Período del 2026 al 2030

El período 2026-2030 representa una fase clave para la eliminación de la malaria en la Región. Como año meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible *(24)*, el 2030 es también el último año de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 *(1)* y también el de muchos hitos y desafíos de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la OPS *(25)* que durante los próximos cinco años ocupará un lugar importante en las prioridades del Plan Estratégico de la OPS 2026-2031 aprobado en septiembre del 2025 por los Estados Miembros *(26)*.

La eliminación de la malaria en Belice, El Salvador y Suriname, los avances en países que se acercan a la eliminación, como Costa Rica, Ecuador, la Guayana Francesa, México y la República Dominicana, la contención de la situación epidémica de años recientes en la República Bolivariana de Venezuela y la significativa reducción de la transmisión de *P. falciparum* en Centroamérica demuestran que, pese a los grandes desafíos, el objetivo es alcanzable. La eliminación de la malaria en Suriname es, sin duda, un hito que llama a asumir ese mismo desafío en toda la región amazónica.

En lo que respecta a la estrategia técnica, hay un conjunto de elementos que, pese a los desafíos, invitan a pensar que es posible reducir significativamente la transmisión para el 2030, y encaminar al continente hacia la eliminación de la malaria. Las brechas persistentes en acceso al DyT en un contexto de subutilización de las PDR por muchos actores del sistema es una de las principales causas de la perpetuación de la transmisión y ponen en evidencia las oportunidades perdidas y el espacio para numerosas mejoras. El inmenso potencial comunitario, de alguna forma subvalorado, puede ser parte principal del cambio, en un contexto en el que la transformación en las comunicaciones acerca a las comunidades en lugares tan complejos como la Amazonia. Innovaciones en el campo de las PDR, las nuevas herramientas para evitar recaídas de malaria por *P. vivax*, el potencial de la quimioprevención, las tecnologías novedosas en control vectorial y el perfeccionamiento de los métodos de vigilancia laboratorial y epidemiológica son, en conjunto, argumentos para renovar el llamado a actuar para la eliminación de la malaria en el continente.

No obstante, bajo ese panorama técnico favorable preocupa la pérdida de las capacidades técnicas y operativas de los programas nacionales y la disminución del componente doméstico del financiamiento reportada en el 2024. Se hace necesario abogar por acciones impulsadas por los ministerios de salud con el fin de buscar soluciones a estos desafíos, incluso la movilización de contribuciones de los sectores productivos que dinamizan la transmisión, o de sectores como el turismo, que pueden beneficiarse de la eliminación. Con la decisión política de los países y el renovado interés de socios técnicos y financieros, la OPS se plantea un período 2026-2030 de transformaciones estratégicas y avances epidemiológicos en la lucha contra la malaria en las Américas.

2.2 Marco político y estratégico

El Plan Estratégico aprobado por los Estados Miembros durante el 62.º Consejo Directivo *(26)*, con sus cinco objetivos estratégicos, constituye el nuevo marco principal para los próximos cinco años, que orientará el compromiso de los Estados Miembros, los socios y los organismos de cooperación técnica en las Américas para la eliminación de enfermedades transmisibles, incluida la malaria.

La Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades en la Región de las Américas 2020-2030 (EI) aprobada en el 2019, en sesión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, mediante la resolución CD57.R7 *(25)* responde a los compromisos de los Estados Miembros de la OPS para la eliminación de más de 30 enfermedades transmisibles y al Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible *(24)*. Otros marcos de referencia para la IE son la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 *(27)* y la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (2014) CD53/5 *(21)*.

En el plano mundial, la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 *(1)*, suscrita en el 2015 por los Estados Miembros durante la Asamblea Mundial de la Salud y ratificada por los países en el 2021, es el marco estratégico de referencia para las acciones orientadas a eliminar la malaria hasta el 2030. De cara a los progresos rezagados a nivel global, en el 2024, la iniciativa Hacer Retroceder la Malaria ha promovido la iniciativa "El gran impulso" *(28)* como esfuerzo coordinado y liderado por los países para acelerar el progreso hacia la erradicación de la malaria. Aunque el llamado a pasar del control hacia la eliminación de la enfermedad y conceptos técnicos clave promovidos por la ETM[1] es especialmente relevante para la Región, las particularidades de la epidemiologia de la malaria en las Américas, las características del territorio, y los factores biológicos y ambientales y de los sistemas de salud en la Región explican la necesidad de un marco conceptual y teoría de cambio más acorde a la situación de las Américas.

2.3 Ideas de cambio

El intercambio técnico que ha habido con los programas de malaria, expertos, socios técnicos y donantes durante el período 2021-2025 *(19)*, las recomendaciones e innovaciones para manejo de casos y para acelerar la eliminación y la verificación en terreno de los desafíos operativos y de las distintas realidades de las comunidades afectadas, han llevado en conjunto a delinear una teoría de cambio para que la Región emprenda la transición del control a la eliminación de la enfermedad.

Dado que el objetivo es la eliminación de la transmisión reduciendo el reservorio humano del parásito, la primera línea de acción debe estar en diagnosticar y tratar oportunamente al gran número de casos clínicos que persisten sin ser tratados, o que son tratados tardíamente. En este aspecto, el cambio operativo radica en que las PDR y el tratamiento estén disponibles permanentemente en las comunidades. Esto requiere decisiones de políticas, la reorientación de estrategias y el establecimiento de nuevas alianzas con la sociedad.

1 La Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 promueve conceptos como la eliminación como un continuo, la vigilancia como intervención y la adaptación de intervenciones al contexto local, que son muy relevantes en el contexto de la eliminación de la malaria en las Américas.

La estrategia de eliminación en la Región se fundamenta en las siguientes seis ideas que implicarían cambios en el abordaje actual de la malaria, especialmente para los países con mayor carga de la enfermedad:

1. Ampliar el acceso oportuno al diagnóstico y al tratamiento con participación comunitaria.[2]
2. Acelerar la eliminación de la malaria con intervenciones reactivas y quimioprevención.
3. Reducir las recaídas de *Plasmodium vivax* de forma más eficaz.
4. Transformar la vigilancia en una intervención.
5. Optimizar el control vectorial.
6. Consolidar progresivamente territorios subnacionales[3] libres de malaria.

La reducción y eliminación del reservorio humano del parásito es el objetivo de estos cambios estratégicos y se basa principalmente en abordar retrasos y fallas en la cascada de manejo de casos a través de la expansión del DyT, mejorada con innovaciones en PDR[4] y con herramientas de mHealth. Este enfoque para abordar el reservorio sintomático, en el que resulta esencial el componente comunitario, se complementa con intervenciones reactivas y acciones de quimioprevención destinadas a impactar sobre las infecciones por malaria en diferentes etapas. La reducción del reservorio de *P. vivax* requiere introducir las innovaciones en el tratamiento de cura radical,[5] que, complementadas con intervenciones colectivas (tratamiento guiado por serología) *(14)* o retratamiento guiado por registros de casos), pueden constituirse en una fórmula efectiva frente a esta especie. El cambio en el control vectorial es un concepto de "optimización" operativa de las intervenciones actuales, sumado a la introducción de innovaciones y nuevos productos, de forma que la reducción del contacto humano-vector contribuya a reducir el reservorio del parásito, particularmente en zonas de alta transmisión (figura 4).

2 Participación comunitaria como elemento de cambio en este Plan de Acción se refiere a la participación de miembros de la comunidad en proveer diagnóstico y tratamiento usando PDR y supervisados por los equipos de salud. El concepto se refiere también al empoderamiento y al rol activo de lideres comunitarios y de la población afectada para acudir tempranamente a los puntos de diagnóstico y mantenerlos funcionando.

3 La consolidación de territorios en el interior del país sin transmisión de malaria, incluidos sectores de un municipio, distrito o parroquia que confluyan hasta constituir un estado, provincia o región completa del área anteriormente malárica del país.

4 Nuevas PDR con proteínas combinadas PfHRP2 + PfpLDH para una mejor detección de *P. falciparum* y mejoras en el componente PvpLDH para la detección de *P. vivax*.

5 Además de la introducción del uso de tafenoquina y dosis alta de primaquina, las mejoras en cura radical deben contemplar innovaciones operativas que son factibles con el uso de dosis convencionales de primaquina, innovaciones en materia de adherencia y la combinación de estrategias.

Figura 4. Teoría del cambio para acelerar la eliminación reduciendo el reservorio humano

Estrategias	Intervenciones/ innovaciones	*P. falciparum*		*P. vivax*		Reservorio humano
		Muy bajo	Alto	Muy bajo	Alto	
Expansión del DyT	Papel activo de la comunidad en gestión de casos	●●●	●●●	●●●	●●●	**Casos sintomáticos:** Casos que no buscan los servicios; Casos con autotratamiento (incompleto o con medicamentos ilegales); Casos que buscan los servicios pero no pueden acceder a ellos; Casos que acceden a los servicios pero no son diagnosticados ni tratados
	Microplanificación/ operacón basada en datos	●●●	●●●	●●●	●●●	
	Maximizar el suministro de PDR e introducir innovaciones	●●●	●●●	●●●	●●●	
	Innovaciones de salud móvil para la supervisión y el suministro de PDR	●●	●●●	●●	●●●	
Intervenciones reactivas	Investigación del caso	●●●		●●●		
	BRC	●●●	●	●●●	●	Reservorio asintomático; Casos oligosintomáticos; Casos con baja parasitemia; Infecciones en incubación; Potenciales nuevas infecciones
Quimioprevención	ARM	●●●		●●		
	AMM	●●●	●●●	●	●	
	ADM	●●		●●		
Cura radical más efectiva (*P. vivax*)	Intervenciones colectivas en portadores de hipnozoitos (PvSeroTAT / Retratamiento)			●●●	●●●	Portadores de hipnozoitos
	Tafenoquina			●●●	●●●	Posibles recaídas
	Primaquina 7 mg/k			●●●	●●●	
	Primaquina 3.5mg/k			●●	●●●	
	Primaquina 8 sem			●●	●●●	
Optimización del control vectorial	MTILD/RRI	●	●●	●	●●	
	Repelentes espaciales		●●		●●	
	Otras innovaciones		?		?	

Reducción del reservorio humano del parásito

Reducción del contacto entre humanos y vectores

Nota: AMM: administración masiva de medicamentos, ARM: administración reactiva de medicamentos, ASM: administración selectiva de medicamentos, BRC: búsqueda reactiva de casos, DyT: diagnóstico y tratamiento, MTILD: mosquiteros tratados con insecticida de larga duración, RDT: prueba de diagnóstico rápido, RRI: rociado residual intradomiciliario.
Espacio en blanco: no se necesita intervención, ●: baja necesidad de intervención/innovación, ●●: necesidad media de intervención, ●●●: alta necesidad de intervención, ?: por determinar. "alto" y "muy bajo" se refieren a los niveles de transmisión de la malaria.

Fuente: elaboración propia.

2.3.1 Ampliar el acceso al DyT con participación de las comunidades afectadas

El estancamiento en la cifra de casos de malaria en la Región desde el año 2022, en niveles superiores a los registrados en el 2014, el año de menor endemicidad en los últimos 60 años, plantea la necesidad de un cambio en las estrategias que los países han adoptado durante más de 30 años para proveer el "diagnóstico temprano y tratamiento oportuno", como pilar de la Estrategia Global de Control de 1992 *(29)*. La Estrategia habría contribuido a controlar la endemia y reducir la transmisión hasta un nivel mínimo en el 2014, con experiencias exitosas en diversos contextos *(30)*, pero no estaría siendo suficientemente efectiva para incidir sobre el reservorio del parásito al nivel necesario para interrumpir la transmisión. Las modalidades que actualmente se implementan en muchas de las áreas endémicas (incluidos los municipios de alta carga) para ofertar el DyT, corresponden a esa estrategia de "control", cuyos estándares toleran distintas barreras de acceso geográficas y de otra índole.[6] En el contexto actual de eliminación, se hace necesario un cambio en la estrategia, porque las demoras en el acceso al tratamiento están contribuyendo a la perpetuación de la transmisión.

El tratamiento temprano es el objetivo y el cambio que se propone es que el diagnóstico y los medicamentos estén disponibles de forma permanente en todas las comunidades donde hay transmisión. Se trata de una nueva estrategia que involucra más activamente a las comunidades afectadas y exige una gran innovación en logística y suministros, así como cambios en las operaciones de campo. Además de vencer las barreras geográficas para el acceso a las comunidades, la Estrategia también contempla corregir otras barreras y fallas de los servicios de salud que impiden el tratamiento temprano. Los cuatro elementos operativos que integran la estrategia de expansión del acceso se detallan en el recuadro 1.

Recuadro 1. Elementos de cambio en las operaciones contra la malaria a nivel local, propuestos en las conclusiones de la reunión de Bogotá de septiembre del 2024

Con el objetivo intermedio de acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum* en la Región, durante la reunión regional de coordinadores de malaria realizada en Bogotá en septiembre del 2024, se propusieron los siguientes elementos de cambio bajo el concepto de la expansión del diagnóstico y tratamiento.

1. Diagnóstico permanente en todos las localidades o comunidades donde hay transmisión, multiplicando la oferta con la participación de personas de las comunidades y el uso expandido de pruebas de diagnóstico rápido, complementado con la vigilancia activa institucional.
2. Amplia distribución de medicamentos en el territorio, lo que supone medicamentos disponibles todo el día, todos los días, en las comunidades afectadas.
3. Operación de campo basada en entender los códigos sociales y las dinámicas de los grupos humanos afectados.
4. Supervisión y mantenimiento de redes ampliadas de DyT con la logística necesaria e innovación, como en el uso de las tecnologías de comunicación (TIC, mHealth).

6 El llamado al "diagnóstico temprano y oportuno" de la estrategia de control de 1992 no contiene el mensaje de intensificación y cobertura que la eliminación requiere: "... los ministerios de salud deberían apuntar a una política de diagnóstico y tratamiento que reduzca al mínimo la mortalidad y la morbilidad... dentro de sus limitaciones presupuestarias y de personal". A diferencia de ese abordaje de "control", en el Plan 2026-2030 se plantea que para alcanzar la eliminación deben superarse las limitaciones operativas y se debe recurrir a todos los mecanismos posibles para que todos los casos de malaria se traten en el menor tiempo posible.

2.3.2 Implementar intervenciones reactivas y quimioprevención para acelerar la eliminación y prevenir el restablecimiento

La reducción en el reservorio humano del parásito, objetivo de la estrategia de expansión del DyT, se puede acelerar con la implementación de acciones reactivas y de quimioprevención. Las nuevas recomendaciones de la OMS sobre quimioprevención *(31)* abren la puerta a considerar el uso de estrategias de quimioprevención para la reducción de la carga y la transmisión de *P. falciparum* y *P. vivax* en contextos epidemiológicos que se corresponden con las situaciones de los países endémicos de las Américas. La administración reactiva de medicamentos y su administración masiva pueden complementar de forma decisiva la expansión del DyT para la aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* en la Región.

2.3.3 Reducir las recaídas de *Plasmodium vivax* de forma más eficaz

En la malaria por *P. vivax*, los esfuerzos hacia la expansión del DyT tendrán que complementarse con políticas más efectivas de cura radical, para incidir significativamente sobre el reservorio humano del parasito. La Región ha estado utilizando el tratamiento con la cura radical para las infecciones por *P. vivax* durante más de 60 años en todos los casos de malaria por esta especie; sin embargo, las recaídas/recurrencias siguen siendo un desafío en muchas zonas. La introducción de la tafenoquina (TQ) y del uso de la primaquina en dosis alta (HDPQ), sobre la base del resultado de la prueba que mide la deficiencia en la enzima G6PD, puede tener un impacto significativo en la eliminación de la malaria por *P. vivax* en la Región, tanto en contextos próximos a la eliminación como en situaciones de alta carga de malaria por esta especie. La OPS ha propuesto a los países una hoja de ruta para una implementación controlada de estas nuevas recomendaciones, y al mismo tiempo, los alienta a no retroceder en las políticas que han promovido la amplia cobertura en el uso de la cura radical en *P. vivax* durante más de 60 años. Las innovaciones en cura radical han incluido también el diseño de intervenciones para tratar a los portadores de hipnozoitos *(14)*, que podrían sumarse a una estrategia integral que combine distintos esquemas para el manejo de casos con intervenciones colectivas innovadoras, configurando una estrategia aceleradora de la eliminación de esta especie.[7]

2.3.4 Transformar la vigilancia en una intervención principal

Los datos granulares y oportunos son fundamentales para comprender la heterogeneidad geográfica, definir y orientar adecuadamente los paquetes de intervenciones y permitir una toma de decisiones oportuna a nivel operativo *(32)*. La vigilancia como intervención se refiere al uso de los datos para optimizar la forma en que se implementan las intervenciones, incluida la oferta de DyT, mediante los distintos canales de la atención primaria de salud *(33)*. El concepto del DT-IR promovido por la OPS desde el 2018, plantea una cascada de acciones de vigilancia y respuesta ante la detección de cada caso y ha contribuido a operacionalizar el concepto de vigilancia como intervención en los países que lo han adoptado. El uso de información para asegurar que los puntos de diagnóstico de agentes comunitarios estén debidamente dotados de PDR y antimaláricos es otro ejemplo de implementación práctica del concepto de vigilancia como intervención *(32)*. A pesar de ser un concepto acuñado en numerosas estrategias nacionales, no se está implementando en la gestión local. Por tanto, la vigilancia como intervención debe entenderse como otro de los cambios estratégicos del período 2026-2030. El cambio consiste en incorporar el uso rutinario de la información para guiar las acciones contra la malaria mediante la comprensión de la dinámica de transmisión y de los factores que inciden en los grupos afectados y por el seguimiento permanente de los aspectos más sensibles de la operación (acceso a DyT).

7 Para ser efectiva, la intervención para reducir la carga de malaria por *P. vivax* debe combinar dos elementos: una amplia cobertura del DyT temprano con una alta efectividad de la cura radical. En las zonas donde una cobertura amplia y la oportunidad del inicio del tratamiento dependan de una extensa red de actores comunitarios, un primer tratamiento con cloroquina y primaquina en dosis baja (3,5 mg/k) podría complementarse con el tratamiento posterior con tafenoquina en condiciones que permitan realizar la prueba de G6PD durante las visitas de los equipos de salud a las comunidades.

2.3.5 Optimizar el control vectorial

El uso de mosquiteros con insecticidas de larga duración (MTILD) y el rociado residual intradomiciliario (RRI) contra la malaria tienen una baja cobertura en los países con mayor carga de la Región. Por una parte se cuestiona la costo-efectividad de estas medidas frente a los hábitos de los vectores primarios, los altos costos operativos y baja aceptación por muchas de las comunidades; por otra, hay evidencia epidemiológica, como los datos de una alta proporción de casos de niños en áreas indígenas, que evidencia la existencia de una brecha importante en medidas de protección en entornos intra- y peridomiciliarios. Por otra parte, dicha brecha en la cobertura en las intervenciones recomendadas (MTILD y RRI) contrasta con el uso de intervenciones no recomendadas contra la malaria, como las nebulizaciones espaciales o la aplicación de control larvario en situaciones no indicadas. Estas deficiencias estratégicas, sumadas con frecuentes fallas técnicas en las operaciones, exponen, paradójicamente, un escenario favorable para un enfoque de optimización.

La mejora en aspectos claves de la operación podría llevar a mejores resultados donde más se requiere, con uso más costo-efectivo de los recursos. Se propone desarrollar un abordaje para optimizar los esfuerzos en control vectorial mediante una combinación de medidas que incluyen: 1) priorización de poblaciones beneficiarias con criterios prácticos epidemiológicos y de aceptación comunitaria; 2) selección/adaptación de la intervención según un análisis más local; 3) mejoras operativas y calidad en los productos y las acciones; y 4) innovación con nuevas intervenciones. La introducción de nuevas herramientas, como los repelentes espaciales *(34)* y otras que están bajo evaluación, podrían complementar medidas sostenibles y que sean ampliamente aceptadas por algunas comunidades.

2.3.6 Consolidar territorios subnacionales libres de malaria

El concepto de eliminación subnacional tiene que ser incorporado por los países y traducirse en acciones operacionales concretas. Los gestores y equipos locales deben asumir que el objetivo a nivel local no es el control, sino la eliminación de la malaria en el territorio. Este cambio implica mejoras en la organización de los equipos locales para lograr la expansión del DyT en la zona endémica y la planificación de las intervenciones mencionadas anteriormente. Se plantea así un proceso de eliminación progresivo en el aspecto territorial, donde la sectorización de los municipios (ADM2) en unidades operativas, que con el tiempo se constituyen en unidades de eliminación, debe llevar a consolidar la eliminación en ámbitos subnacionales cada vez mayores (distritos, municipios, provincias, estados). La adaptación subnacional implica incorporar paquetes de intervenciones adaptados según los estratos (por ejemplo, las intervenciones reactivas) y es aplicable tanto a contextos con muchos casos como a situaciones en prevención de restablecimiento:

- En contextos con transmisión todavía diseminada, los municipios de mayor carga se abordarán como escenarios bajo una estrategia de eliminación y no de control. La reducción de la carga a nivel nacional y las metas regionales de reducción de incidencia dependen del impacto en la transmisión que se logre en estos municipios. Por lo tanto, estos enclaves de mayor carga merecen que los países destinen sus mejores capacidades técnicas y alianzas posibles. La sectorización del territorio en unidades operativas de eliminación debe ayudar a consolidar sectores libres de transmisión y a establecer paquetes de intervenciones por sectores operativos y, de esta forma, operacionalizar el concepto de eliminación como un continuo. Asumir el cambio del control a la eliminación en estos territorios de alta carga es una prioridad dentro de este concepto de la eliminación subnacional.
- En contextos de baja transmisión, la eliminación subnacional permite poner en marcha las medidas de prevención de restablecimiento para proteger los logros en unidades administrativas subnacionales. También abre también la puerta a desarrollar procesos nacionales de verificación subnacional de eliminación como mecanismo para estimular y empoderar la acción política en los distintos niveles y avanzar en la consolidación de territorios libres de malaria al interior de los países.

2.3.7 Movilización social y estrategias centradas en las personas como elemento transversal principal

La movilización social debe establecerse bajo el liderazgo de los ministerios de salud como una premisa principal para la eliminación de la malaria y como un elemento de cambio en las estrategias y políticas actuales. La dispersión y alta movilidad de las comunidades en contextos como la selva amazónica plantean la necesidad de involucrar activamente a las comunidades afectadas. Las grandes distancias en la Amazonia y en otros contextos de población dispersa hacen casi imposible que los sistemas de salud tengan estructura para ofrecer DyT permanente en todos los asentamientos humanos donde hay transmisión activa de malaria.

Además de las distancias y las limitaciones de transporte, las poblaciones afectadas por la malaria deben enfrentar otro tipo de desafíos para acceder al DyT. Se trata de factores culturales, sociales y legales que a menudo desincentivan la búsqueda de atención por parte de personas en condición de movilidad, de las poblaciones que habitan en zonas de minería o de los trabajadores agrícolas. En estos contextos es necesaria una política que incorpore estrategias de atención centradas en las poblaciones *(35)* y que promueva alianzas con las comunidades y los distintos actores para expandir el acceso al tratamiento y coordinar otras acciones.

Asimismo, es necesario cambiar los enfoques y la lectura que las instituciones y equipos locales hacen sobre las prácticas culturales y otros factores con los que se asocia la situación de la malaria, especialmente en lo que respecta a las poblaciones indígenas y a sus actividades sociales. Se requiere, por tanto, un cambio en las actitudes institucionales, concentrando los esfuerzos en superar los desafíos para aproximarse geográfica y culturalmente a las poblaciones afectadas. El concepto de diseño centrado en las personas, implementado en algunos contextos en la Region *(35)*, y otros abordajes desde las ciencias sociales pueden contribuir a este cambio.

2.4 Proceso de elaboración del Plan

En septiembre del 2024, la OPS organizó una reunión regional en Bogotá (Colombia), en la que participaron los coordinadores de los programas de malaria de los países endémicos y socios regionales, con el objetivo de debatir sobre el concepto de expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento como cambio estratégico necesario para eliminar la malaria en la Región. Durante el encuentro se revisaron lecciones aprendidas, como las del proceso de eliminación de la malaria en Suriname, así como avances de los países en la mejora de la oferta de tratamiento oportuno a las comunidades. Además de los desafíos, se discutieron las oportunidades, como las nuevas tecnologías de comunicación que están transformando la conectividad en la selva amazónica o las mejoras en cura radical en *P. vivax*. Se identificaron elementos que, en conjunto, contribuyen a plantear un escenario favorable para un llamado a la acción hacia la eliminación de la malaria. Al término de la reunión se acordaron las principales líneas de acción política y las transformaciones estratégicas destinadas a los países y se propuso materializarlas a través del nuevo Plan de acción para 2026-2030.

Con esta reunión de Bogotá como punto de partida, desde noviembre del 2024 se inició el proceso de actualización del Plan, con el desarrollo de una estructura inicial y un marco conceptual que recoge las ideas de cambio que se han ido consolidando en años anteriores. En abril del 2025 se inició la revisión de los conceptos de cambio, metas y una propuesta de estructura por parte del Grupo Asesor Estratégico (SAG, por su sigla en inglés) de malaria de la OPS. Las recomendaciones del SAG sobre los cambios necesarios en la Región destacaron el acceso al DyT oportuno y metas prioritarias como la aceleración de la eliminación de *P. falciparum*, así como el concepto de eliminación subnacional (anexo 1).

En el mes de junio del mismo año, la OPS llevó a cabo un proceso de consulta con Estados Miembros, expertos y socios técnicos, que incluyó la distribución de un documento preliminar. Se organizó además una reunión virtual con 388 participantes de todos los países endémicos, durante la que se les invitó a actualizar el estado de la situación, a comentar sobre las metas establecidas en cada país y a exponer sus principales desafíos. La discusión se organizó con el objetivo de abarcar cada una de las líneas estratégicas y los elementos de soporte. La consulta se extendió durante el mes de agosto para incluir comentarios adicionales de los Estados Miembros y de otros expertos de la Región. Durante el proceso, los participantes recibieron retroalimentación con la consolidación de las contribuciones realizadas durante la consulta y con una propuesta de los indicadores de resultado y producto para su inclusión en el Plan Estratégico de la OPS 2026-2031.

Diversas actividades de cooperación técnica desarrolladas en paralelo al proceso de elaboración del Plan en el 2025 sirvieron para incorporar elementos adicionales y capturar opiniones de otros actores, incluso de los niveles locales. Cabe destacar las reuniones virtuales y presenciales celebradas con los programas de malaria y socios técnicos, algunas sobre la introducción de innovaciones o sobre situaciones en municipios prioritarios (reuniones con Brasil, Colombia, Costa Rica, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela). Entre las reuniones multipaís destacan la reunión organizada por Medicines for Malaria Venture y PATH en Lima sobre avances en cura radical y malaria en fronteras amazónicas, la Reunión de Integración de Acciones de Frontera para la eliminación de enfermedades realizada en Leticia (Colombia), las Sesiones virtuales del Comité Técnico del Escudo Guyanés, y la Reunión Virtual para la aceleración de la eliminación de *P. falciparum* en Centroamérica. La interacción con los socios técnicos durante este período aportó insumos adicionales de gran importancia para el documento, como la Reunión sobre Vigilancia Molecular en Malaria en las Americas, organizada en Panamá con el liderazgo de Harvard T.H. Chan School of Public Health. Asimismo, en esta fase del proceso, en colaboración con asociados de Clinton Health Access Initiative se hicieron ejercicios de modelamiento y proyecciones que contribuyeron a revisar las metas de impacto al 2030.

En este período el programa regional de malaria elaboró asimismo un proyecto de cooperación técnica para apoyar a los países durante el año 2026 en la discusión a nivel político y técnico para la adopción de los cambios y mejoras propuestas. Se trata de un conjunto de actividades con los ministerios de salud y con socios estratégicos para apoyar en la elaboración de hojas de ruta a partir de las actividades y tareas sugeridas en el Plan. El proyecto contempla también encuentros multipaís para abordar los desafíos subregionales y la elaboración de un plan de trabajo conjunto con los socios sobre los temas mencionados anteriormente.

A partir del mes de noviembre se inició la última fase de desarrollo del documento, con un llamado a la acción en torno al nuevo Plan, en la celebración del Día de la Malaria en las Américas (7 de noviembre) y la presentación del documento al SAG de malaria durante reunión celebrada los días 18 y 19 de noviembre del 2025. El proceso culminó con la inclusión de las recomendaciones del SAG (anexo 1), la retroalimentación final a los países y socios y la edición final del documento durante los meses de diciembre del 2025 y marzo del 2026 con miras a su publicación y difusión en el primer semestre del año.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

En el marco de la Iniciativa Regional de Eliminación de Enfermedades de la OPS *(25)*, el objetivo de este Plan es orientar cambios en las políticas y estrategias, promover la adopción de nuevas intervenciones y fortalecer las alianzas para encaminar a la Región hacia la eliminación de la malaria.

3.2 Objetivos estratégicos

En la formulación de la estructura, los componentes y las actividades descritas en este Plan se reconocen los siguientes objetivos estratégicos:

- Definir la hoja de ruta y el marco estratégico para las acciones de cooperación técnica contra la malaria desde la OPS, incluida la priorización de líneas de acción en los departamentos técnicos, la movilización de fondos, la actuación de las oficinas de país y la coordinación con otros socios en su apoyo a los Estados Miembros.
- Servir de guía a los países en la adopción de cambios estratégicos, mejoras en las políticas y nuevas intervenciones y en la formulación de los planes estratégicos nacionales para la eliminación de la malaria, en particular en lo que respecta a la estructura del Plan, las actividades, las tareas, las metas y la teoría del cambio.
- Guiar la elaboración de planes o iniciativas subregionales o acciones binacionales o multipaís.
- Proponer un marco técnico para la relación con los socios y para conectar los esfuerzos en innovación con decisiones de política y su adopción por parte de los países.
- Promover un cambio desde los servicios de salud para facilitar y estimular la participación de las poblaciones afectadas en la eliminación de la malaria, generando una acción social contra la enfermedad que movilice a distintos actores.
- Contribuir al fortalecimiento de los ejes transversales y procesos interprogramáticos de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la OPS para avanzar hacia metas de salud más integrales destinadas a las poblaciones más vulnerables.
- Alentar a las autoridades nacionales a aumentar y mantener la financiación interna para los programas de eliminación de la malaria y a encontrar mecanismos de financiación innovadores, incluidas medidas para atraer recursos de sectores productivos relacionados con la transmisión de la malaria.

4 Metas

4.1 Metas con respecto a la Estrategia Técnica

De cara al 2030 la Región mantiene los compromisos para contribuir a las metas establecidas en la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030 *(1)* para la eliminación de la malaria, que tienen como línea de base el año 2015: países que eliminen la malaria, reducción de la mortalidad por malaria en un 90% y reducción de la incidencia global de la enfermedad en un 90%. Sin embargo, se reconoce que la Región está lejos de cumplir la meta de la Estrategia Técnica de reducir la incidencia en el 90% (que para las cifras del 2025 significaría una reducción en solo 5 años de prácticamente la misma magnitud que cuando se estableció la meta en el 2015). La meta se mantiene como un objetivo aspiracional para el total de casos de la Región y como un objetivo realista para algunos de los países con menor carga.

4.2 Metas regionales basadas en la situación del 2024

A partir de la situación del 2024 como línea de base para la morbilidad y la mortalidad, se formula un conjunto de metas ajustadas a la situación actual y que reflejan además la decisión de los países de la Región de acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum* y comprometerse con procesos de eliminación y verificación de eliminación subnacional (recuadro 2).

Recuadro 2. Metas de eliminación de la malaria actualizadas para el período 2026-2030

Eliminación/interrupción de la transmisión:

- Eliminación de la malaria para el 2030 en Costa Rica, Ecuador, la Guayana Francesa, México y República Dominicana, e interrupción de la transmisión en Guatemala y Honduras
- Eliminación de *P. falciparum* para el 2030 en Centroamérica y el Estado Plurinacional de Bolivia, e interrupción de la transmisión por esta especie en Brasil, Guyana y Perú.
- Prevención del restablecimiento de la transmisión en todos los países y territorios que han eliminado la malaria y que son considerados receptivos *(20)*.

Eliminación subnacional:

- Eliminación de la malaria en el 60% de las unidades de ADM2, que en el 2024 notificaron menos de 150 casos de malaria.
- Eliminación de la malaria por *P. falciparum* en el 80% de las unidades de ADM2, que en el 2024 notificaron menos de 150 casos por *P. falciparum*.
- Verificación de la eliminación en unidades administrativas subnacionales elegibles en cada país (incluidas unidades de ADM1 o ADM2 sin transmisión en el 2024).

Recuadro 2. Metas de eliminación de la malaria actualizadas para el período 2026-2030 *(continuación)*

- Prevención del restablecimiento de la transmisión en todas las unidades administrativas subnacionales de ADM1 y ADM2 sin transmisión en el 2024.

Reducción de la transmisión:

- Reducción de la incidencia de malaria en la Región en un 50% con respecto al 2024 (268 000 casos; 2,2 casos/1000) (objetivo alcanzable basado en modelos con tendencias y líneas de base actuales).
- Reducción de la incidencia de malaria por *P. falciparum* en un 70% con respecto al 2024

Reducción de la mortalidad:

- Reducción de la mortalidad por malaria en un 70% con respecto al 2024.

4.2.1 Países que eliminan la malaria

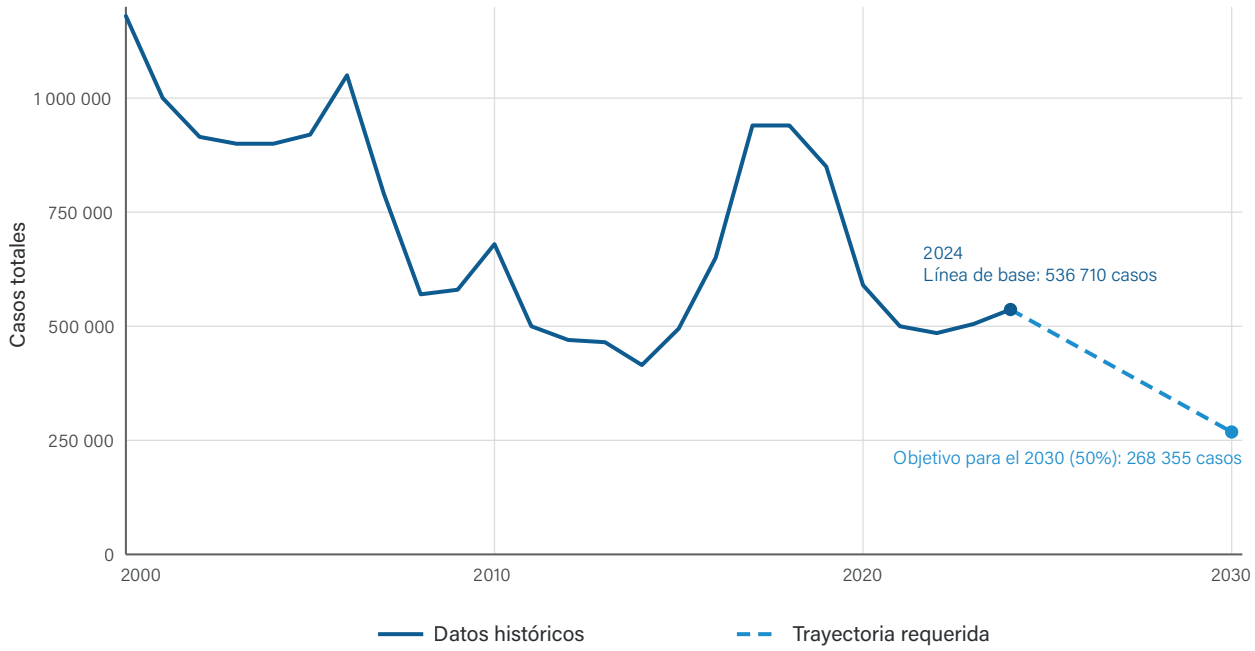
Entre el 2018 y el 2025, cinco países de las Américas han sido reconocidos como libres de malaria. Además, se espera que, para finales del 2030, cuatro países más y un territorio puedan haber completado al menos un año sin transmisión autóctona de la enfermedad, y que la mayoría de ellos puedan haber completado los tres años consecutivos exigidos para solicitar la certificación de la eliminación. Desde el 1961 hasta el 2025, un total de 20 países o territorios de la Región han sido reconocidos como libres de malaria. La prevención del restablecimiento de la transmisión es una meta prioritaria en salud pública para los países recientemente certificados, y debe formar parte también de las metas regionales en malaria con respecto a todos los territorios que tengan condiciones de receptividad.

4.2.2 Unidades subnacionales (ADM1, ADM2) que eliminan la malaria

Como uno de los elementos principales de cambio promovidos por este Plan, la eliminación de la malaria en niveles de ADM1 (estados, municipios, provincias, regiones) o ADM2 (municipios, distritos, comunas) debe ser una meta principal en los países. El número de unidades administrativas en las que se espera eliminar la malaria para el 2030 debe ser objeto de análisis por cada país. Durante el primer año de implementación del Plan (2026) se invitará a los países a establecer metas específicas de interrupción de la transmisión de malaria a nivel subnacional y, específicamente, para la malaria por *P. falciparum*. Como valores de referencia, a partir de los datos de nivel de ADM2 comunicados por los países en el 2024, se identifican en los 16 países endémicos un total de 612 unidades administrativas de ADM2 que notificaron entre 5 y 150 casos de malaria en dicho año[8] y un universo de 244 unidades de ADM2 con menos de 150 casos de malaria por *P. falciparum*. A partir del universo específico establecido por cada país como denominador, se propone una meta de cumplimiento del 60% para el total de casos y del 80% para cumplir la eliminación de *P. falciparum*. La prevención del restablecimiento de la transmisión en unidades administrativas de ADM1 y ADM2 debe formar parte de las metas nacionales, así como el establecimiento de metas anuales de unidades administrativas reconocidas por los ministerios de salud como libres de transmisión (verificación subnacional).

8 Considerando 150 casos al año (tres casos por semana) como un *proxy* de situaciones de muy baja carga donde debería ser mandatorio implementar acciones intensificadas ante cada caso (búsqueda reactiva, investigación de casos y tratamiento reactivo).

Figura 5. Tendencia histórica de los casos de malaria con el 2024 como línea de base y objetivo de reducción del 50% hasta el 2030



Nota: la línea sólida representa los datos históricos y la punteada, la trayectoria requerida para cumplir las previsiones para el 2030.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2011-2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports.

4.2.3 Reducción en la incidencia de malaria

A partir de un modelo que considera la situación actual de la Región y supuestos operativos basados en la teoría del cambio propuesta en el Plan, se establecen las siguientes metas para reducir la incidencia:

- Reducción de la incidencia de malaria en la Región en un 50% respecto al 2024 (268 000 casos; 2,2 casos/1000) (meta alcanzable basada en modelos con tendencias y líneas de base actuales) (figura 5).
- Reducción de la incidencia de malaria por *P. falciparum* en un 70% para el 2030

4.2.4 Aceleración de la eliminación de la malaria por *Plasmodium falciparum*

La aceleración de la eliminación de *P. falciparum* en la Región es una prioridad confirmada por todos los países y socios durante el proceso de consulta. Esta estrategia tiene varios objetivos: 1) mitigar el riesgo de aparición y propagación de la resistencia a la artemisinina y a los fármacos asociados; 2) reducir la carga de malaria en áreas con una proporción significativa de *P. falciparum*; 3) acelerar la eliminación de la malaria (tanto por *P. vivax* como por *P. falciparum*), dado que *P. falciparum* es uno de los desencadenantes de las recaídas de *P. vivax*; 4) desarrollar capacidades en intervenciones para acelerar la eliminación de la malaria aprovechando la experiencia de la eliminación de *P. falciparum*; 5) empoderar a diferentes actores en todos los niveles de intervención, incluidas las autoridades de alto nivel, los donantes, los municipios y otras entidades involucradas en la eliminación de la malaria, inspirándolos con los logros de la eliminación de *P. falciparum*.

El concepto de la aceleración promovido por la OPS en una nota técnica del 2024 *(36)* significa implementar acciones intensificadas para reducir el reservorio humano, principalmente mediante la expansión del acceso al DyT temprano y, adicionalmente, una cascada de acciones reactivas de vigilancia intensificada en contextos de muy pocos casos de *P. falciparum* (estrategia DTI-R), independiente del nivel de endemia de *P. vivax*,[9] complementadas por medidas de control vectorial y administración masiva de medicamentos (AMM) cuando esté indicado. Las metas de eliminación para *P. falciparum* son:

- Eliminación de *P. falciparum* en el 2030 en Centroamérica y en el Estado Plurinacional de Bolivia e interrupción de transmisión por esta especie en Brasil, Guyana y Perú.
- Eliminación de la malaria por *P. falciparum* en el 80% de unidades administrativas subnacionales del nivel de ADM2 (municipios, distritos, comunas) con menos de 150 casos notificados en el 2024.
- Reducción de la incidencia de *P. falciparum* en la Región en un 70%.

4.2.5 Reducción en la mortalidad por malaria

En el 2024, los países de la Región notificaron un total de 136 muertes por malaria, lo que representa una reducción del 20% respecto al 2015. El énfasis que este Plan concede a la expansión del acceso al DyT y a la aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* permite plantear el compromiso de la Región con la meta de reducción del 70% de la mortalidad por malaria para el 2030.[10]

9 Este llamado a la acción para intensificar las medidas de eliminación de *P. falciparum* debe considerar medidas que garanticen que los esfuerzos de control de la malaria a nivel local no descuiden las acciones básicas sobre *P. vivax* al implementar medidas específicas sobre *P. falciparum*.

10 La reducción del número de muertes debe ser consistente con la tasa de letalidad. Desde el 2001, este índice, a nivel nacional, ha oscilado entre el 0% y el 1,64%. A nivel regional, la tasa de letalidad se situó entre el 0,022% (2013) y el 0,038% (2001), con una media anual del 0,029%. La tasa de letalidad en la Región fue del 0,035%, el 0,046% y el 0,025% en el 2015, el 2017 y el 2024, respectivamente. Una reducción de la mortalidad del 90% con respecto al 2015 (meta original de la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria) con una reducción en la incidencia del 50% respecto al 2024 (268 000 casos en el 2030) correspondería a una tasa de letalidad del 0,006%, que es un valor muy inferior al valor más bajo de los últimos años. La meta de reducción de la mortalidad del 70% con respecto al 2015 correspondería a 50 muertes en el 2030 (63% de reducción respecto al 2024), con una tasa de letalidad del 0,019%, valor muy por debajo de la media regional pero más realista y todavía ambiciosa.

5 Líneas estratégicas, intervenciones y actividades

Bajo la premisa de impactar el reservorio humano del parásito mediante la ampliación del acceso permanente al DyT de la malaria para las comunidades, y complementado con innovaciones en cura radical, quimioprevención y optimización del control vectorial, el Plan se desarrolla sobre una estructura de tres pilares o líneas estratégicas, con elementos de soporte sobre aspectos clave de gobernanza, financiamiento y alianzas. La movilización social, como una característica principal de las acciones hacia la eliminación de la malaria en las Américas, constituye un elemento transversal a los tres pilares (recuadro 3).

Recuadro 3. Estructura del Plan de Acción 2026-2030

Pilares técnicos:

Línea estratégica 1. Expansión del acceso al diagnóstico y al tratamiento

Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención

Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas: preventivas y aceleradoras

Elementos de soporte:

Línea estratégica 4. Gobernanza, financiamiento y alianzas

Elemento transversal:

Movilización social

Las líneas estratégicas (pilares y elementos de soporte) están compuestas por intervenciones clave (16 en total) en los componentes del diagnóstico, tratamiento, vigilancia, quimioprevención y control vectorial (cuadro 1 y figura 6). En los elementos de soporte, las intervenciones clave se orientan a acciones en aspectos de gobernanza, financiamiento, regulación y alianzas estratégicas. Cada intervención clave se implementa mediante actividades estratégicas (66 en total), priorizadas como resultado de la consolidación de las opiniones durante el proceso de consulta, y que a su vez se descomponen en tareas. El Plan propone un total de 155 tareas con distintas implicaciones para los Estados Miembros, los socios y el Secretariado Técnico de la OPS.

Las tareas se formularon para orientar la ejecución de acciones concretas y esenciales, evitando planteamientos genéricos. La formulación de las tareas tuvo en cuenta todas las contribuciones realizadas por los participantes de los países y socios durante el proceso de consulta, así como las recomendaciones de los grupos consultivos técnicos convocados por la OPS durante el período 2021-2025, con especial atención a las recomendaciones del SAG de malaria específicamente para este Plan (anexo 1).

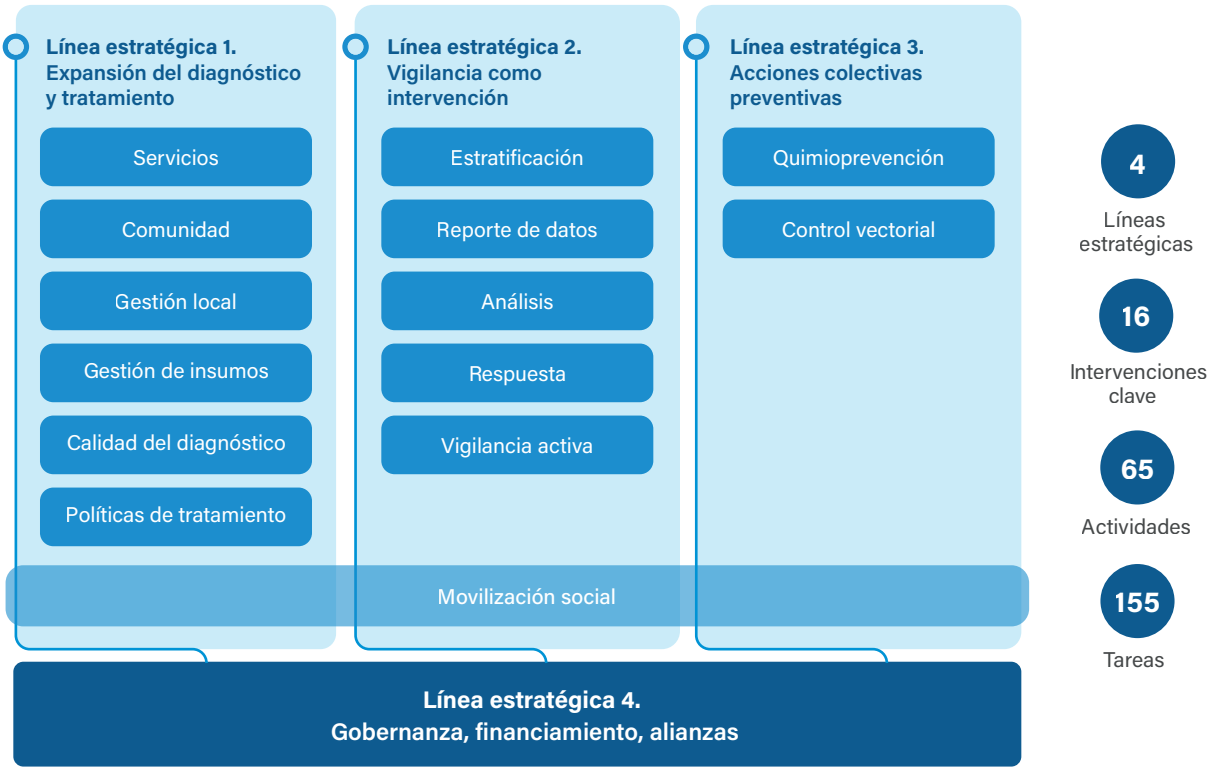
La estructura de Plan está entonces concebida de forma que sirva de ejemplo a la construcción de los Planes Nacionales de Eliminación de la Malaria o de Prevención del Restablecimiento, así como a la elaboración de los ejercicios de planificación operacional anuales de los niveles nacionales o subnacionales en los países. El marco de actividades y tareas propuesto debe servir también a la elaboración de planes subregionales o a la coordinación de esfuerzos binacionales.

El ejercicio ha puesto especial énfasis en el tipo de tareas clave que es necesario adelantar por los niveles nacionales (ministerios de salud) para generar cambios en las operaciones de malaria. Si bien la mayoría de las tareas se refieren a acciones de competencia de los niveles nacionales, en muchas de ellas podrán identificarse también roles de los niveles intermedios o locales. De esta forma el Plan sirve también para guiar la construcción de distintos ejercicios de planificación en los países. Se incluyen todas las tareas específicas para la cooperación técnica regional en la OPS y tareas donde juegan papel principal otros socios de la cooperación nacional e internacional como actores regionales no estatales, la academia y otros sectores en los países. La cooperación externa se concibe mayormente en colaboración a los ministerios de salud en cumplimiento de las diversas tareas descritas. Hubo especial atención en abolir en esta estructura, repeticiones en las actividades clave entre las 16 intervenciones, sin embargo, si hay una importante complementariedad que es muy pertinente identificar para buscar la integralidad en las acciones (ver abajo notas sobre como leer y consultar el documento).

Cuadro 1. Líneas estratégicas e intervenciones

1. Expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento	**65**
1.1 Detección, diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud	12
1.2 Detección, diagnóstico y tratamiento a nivel comunitario	11
1.3 Organización de redes de diagnóstico y tratamiento	12
1.4 Gestión de la cadena de insumos para diagnóstico y tratamiento	9
1.5 Calidad del diagnóstico (microscopia y pruebas de diagnóstico rápidas)	9
1.6 Políticas de tratamiento efectivas y seguras	12
2. Vigilancia como intervención	**32**
2.1 Estratificación y adaptación subnacional	8
2.2 Plataformas de registro y notificación de datos	7
2.3 Análisis, uso y divulgación de información	5
2.4 Respuesta, acciones reactivas e investigación de casos	5
2.5 Vigilancia activa y vigilancia de riesgos	7
3. Intervenciones colectivas: preventivas y aceleradoras	**25**
3.1 Quimioprevención e intervenciones colectivas contra *Plasmodium vivax*	9
3.2 Control de vectores: optimización de las intervenciones	16
4. Gobernanza, financiamiento y asociación	**33**
4.1 Gobernanza (intrasectorialidad/intersectorialidad)	17
4.2 Financiamiento y recursos humanos para la eliminación de la malaria	7
4.3 Alianzas, colaboración entre países, asociación y trabajo en red	9
Total de tareas	**155**

Figura 6. Estructura del Plan de Acción 2026-2030



Fuente: elaboración propia.

Cómo leer y consultar este documento

En la sección 5 del documento se describen las respectivas intervenciones clave, actividades y tareas para cada una de las cuatro líneas estratégicas. Una introducción a cada una de las intervenciones clave expone los antecedentes y conceptos principales en el contexto de la Región.

Dentro de cada intervención clave, se presentan tablas con las actividades y tareas correspondientes. Las actividades están numeradas para destacar su importancia y disponer de una nomenclatura que facilite su citación. Las actividades se describen con un enunciado corto con el fin de destacar el asunto específico y facilitar la comprensión de la integralidad del conjunto de actividades.

En el cuadro de cada intervención, las actividades se descomponen en las tareas correspondientes, que se describen de forma detallada y enunciadas como acciones, buscando comunicar la esencia del tema desde el inicio del texto. La lectura de los enunciados iniciales de las tareas debe dar una idea de la integralidad y complementariedad de todo el conjunto de acciones dentro de cada actividad o intervención clave. **Las tareas son la sustancia principal del documento y el mayor desafío del ejercicio técnico de formulación del Plan**. Se espera que la lectura del Plan llegue al nivel de las tareas con miras a su utilización en distintos contextos. La complementariedad entre tareas entre una misma intervención o de intervenciones diferentes se indica en los textos respectivos con paréntesis usando la numeración específica asignada a cada actividad.

En la sección 5.6 se detalla cómo la estructura del Plan responde al abordaje de desafíos epidemiológicos prioritarios en la Región (aceleración de la eliminación de *P. falciparum*, malaria en Pueblos Indígenas, alta carga, entre otros), lo que ilustra la forma en que los componentes del Plan se integran y se complementan (recuadro 4).

Recuadro 4. Las tareas como insumo principal del Plan

En el documento se describen las intervenciones clave, las actividades y las tareas. Las 155 tareas son el núcleo central del documento y el insumo principal que el Plan pretende ofrecer para orientar mejoras en los planes nacionales o para guiar acciones de colaboración entre países y socios estratégicos. Se espera que la lectura del Plan vaya dirigida al nivel de las tareas con miras a su utilización en estos contextos.

5.1 Línea estratégica 1. Expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento

A pesar de los esfuerzos en los países por hacer llegar el DyT de malaria a las poblaciones afectadas, en los territorios endémicos de las Américas, especialmente en países de América del Sur y en Haití, persisten innumerables barreras de las comunidades para acceder oportunamente al DyT de la malaria *(37)*. Las barreras son especialmente geográficas, relacionadas con las largas distancias que se deben recorrer por río y tierra; pero también son de tipo cultural y muchas veces debidas a regulaciones poco flexibles en los países o a los procesos y horarios de atención en los servicios de salud. También hay barreras financieras, por el pago de la atención de salud, o incluso barreras asociadas a la condición migratoria de algunas poblaciones móviles o trabajadores temporales. En muchas situaciones, la oferta del DyT a estas poblaciones sigue dependiendo, en el mejor de los casos, de brigadas más o menos periódicas de búsqueda activa que se internan en estas zonas remotas. Aun así, en muchos de los contextos con mayor carga de malaria, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad no están disponibles de forma permanente en las comunidades afectadas.

En respuesta a esta situación, desde el 2023 la OPS promueve un conjunto de acciones bajo el concepto de la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria *(38)*, que se implementa mediante esta primera línea de acción del Plan. El binomio diagnóstico-tratamiento significa que el tratamiento siempre debe estar donde está el diagnóstico. El diagnóstico temprano seguido de tratamiento inmediato es el inicio de la cascada de acciones de la estrategia DT-IR promovida por la OPS desde el 2018, como la estrategia operativa de la eliminación de la malaria.

Las intervenciones y actividades aquí definidas buscan esencialmente el inicio temprano del tratamiento logrando que las PDR y los antimaláricos sean un bien público para las comunidades, e incluyen dos medidas principales: 1) ampliar de forma sustancial el número de puntos de DyT mediante el aumento del uso de las PDR en los servicios de salud y con actores comunitarios en las comunidades afectadas y 2) garantizar la supervisión y el suministro de estas redes de DyT.

La estrategia promueve un mejor uso de la información a nivel local para guiar la ampliación y supervisión de la red de diagnóstico (microplanificación) y acciones más decididas de los actores de salud para mejorar el contacto con poblaciones dispersas mediante tecnologías de comunicación satelital y un mayor uso del potencial de la telefonía móvil (mHealth) *(39)*, así como otras innovaciones, como el uso de los vehículos aéreos no tripulados para la distribución de PDR y medicamentos en zonas de difícil acceso.



Se promoverá en los países la adopción de objetivos operativos concretos para guiar y hacer el seguimiento de la implementación de la estrategia en los distintos niveles de gestión. A nivel operativo, tanto en municipios, sectores operativos o establecimientos de salud del área endémica, se proponen tres objetivos operativos para implementar la estrategia de expansión del DyT: 1) sospecha permanente, 2) detección temprana y 3) tratamiento inmediato, los cuales deben traducirse en acciones concretas de los equipos de salud. En el anexo 3 del Plan[11] se presenta un ejemplo de estrategia operativa que pueden adoptar los ministerios de salud para guiar y hacer el seguimiento de las acciones de expansión del acceso al DyT en todos los niveles. Dependiendo del contexto epidemiológico, estas acciones de detección y tratamiento temprano se deben complementar con los otros elementos de respuesta de la estrategia DT-IR que se abordan en la línea estratégica 2 (cuadro 2).

11 Los Objetivos 5-50-100 o 70-70-100 se refieren al cumplimiento de metas anuales de índice de exámenes positivos (IEP), diagnóstico en menos de 48 horas de inicio de síntomas y tratamiento inmediato. Se trata de ejemplos de objetivos operacionales que se traducen en acciones concretas para cualquier nivel de atención y gestión de salud pública, ya sea en unidades de salud, municipios o niveles intermedios del sistema de salud.

Cuadro 2. Línea estratégica 1. Intervenciones y actividades

1.1 Detección, diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud	**12**
1.1.1 Políticas y regulación sobre atención de la malaria en los servicios de salud	2
1.1.2 Procesos y rutas de atención hacia los servicios de salud y en ellos	3
1.1.3 Personal de salud capacitado para sospechar y tratar la malaria	2
1.1.4 Diagnóstico de malaria (microscopia y PDR) en los servicios de salud	2
1.1.5 Integración de la malaria en acciones extramurales de otros programas	3
1.2 Detección, diagnóstico y tratamiento a nivel comunitario	**11**
1.2.1 Visibilización del problema	2
1.2.2 Barreras normativas	1
1.2.3 Alianzas y movilización de actores	3
1.2.4 Capacitación y dotación a agentes comunitarios	3
1.2.5 Adaptación y simplificación de guías y procesos	2
1.3 Organización de redes de diagnóstico y tratamiento	**12**
1.3.1 Microplanificación (organización de la red local de DyT)	3
1.3.2 Operación basada en las dinámicas locales	3
1.3.3 Equipos locales, supervisión y logística	4
1.3.4 Salud móvil (mHealth)	2
1.4 Gestión de la cadena de insumos para diagnóstico y tratamiento	**9**
1.4.1 Estimaciones acordes con la expansión del DyT	1
1.4.2 Mecanismos y proceso de compra	3
1.4.3 Alianzas para producción y acceso	1
1.4.4 Barreras regulatorias en los países	2
1.4.5 Cadenas locales de suministro	2
1.5 Calidad del diagnóstico (microscopia y pruebas de diagnóstico rápido)	**9**
1.5.1 Uso y desempeño de las PDR	3
1.5.2 Competencias en microscopia	3
1.5.3 Desempeño de la microscopia	3
1.6 Políticas de tratamiento efectivas y seguras	**12**
1.6.1 Actualizar políticas de antimaláricos	3
1.6.2 Implementar nuevas estrategias en cura radical	2
1.6.3 Vigilancia de la resistencia a antimaláricos	3
1.6.4 Farmacovigilancia y adherencia	1
1.6.5 Control de expendio y automedicación	3
Total de tareas	**65**

5.1.1 Detección, diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud

Puesto que el objetivo principal es asegurar la administración de tratamiento oportuno, los servicios de salud deben ser el primer ámbito de implementación de las acciones para expandir el acceso al DyT. Se trata de garantizar la oferta de DyT permanente en todas las unidades de salud del área endémica de malaria *(40)*. La existencia de las PDR permite el diagnóstico oportuno en todos los contextos donde no exista capacidad de microscopia para la malaria o donde la microscopia no esté disponible con la rapidez necesaria para orientar un tratamiento inmediato. En el contexto actual, con la amplia oferta de PDR para malaria disponible en la Región, es inaceptable que en cualquier territorio con transmisión, existiendo unidades de salud, el DyT inmediato no está disponible.

Además del llamado concreto a incorporar el uso de PDR en los servicios de salud, bajo esta intervención se incluyen acciones para los niveles nacionales orientadas a velar por la gratuidad de la atención de la malaria en la red de servicios de salud de todo el territorio, así como medidas para incentivar la sospecha de malaria por el personal de salud, promover el diagnóstico por microscopia y con PDR y garantizar el suministro de medicamentos e insumos de diagnóstico a toda la red. Las acciones también incluyen medidas administrativas que deberían adoptarse a nivel local en los mismos establecimientos de salud para corregir procesos de atención que puedan implicar barreras o demoras en el DyT. La adopción de objetivos operativos, como los sugeridos en el anexo 3, resulta especialmente relevante en establecimientos de salud para incentivar medidas (y hacer su seguimiento) que incrementen la sospecha y el diagnóstico de malaria entre los pacientes con fiebre y para resolver los cuellos de botella que impidan ofrecer el tratamiento oportuno.

En consonancia con los análisis propuestos en la actividad 2.3.2 sobre las fallas en la atención de la malaria grave, bajo esta intervención con los servicios de salud se abordan también las acciones para prevenir y reducir la mortalidad por malaria, en particular en lo relacionado con procedimientos de prerreferencia, rutas de referencia y desarrollo de capacidades de manejo de casos.

Actividades

Actividad	Tareas
1.1.1 Políticas y regulación sobre atención de la malaria en los servicios de salud	▪ **Desarrollar normativa de salud pública** que establezca como medida obligatoria la oferta permanente del diagnóstico y el tratamiento inmediato para la malaria en los establecimientos de salud de las zonas endémicas. El diagnóstico podrá realizarse a través de la microscopia o de la PDR en función de la capacidad del establecimiento. El uso ampliado de PDR por establecimientos de salud del área endémica debe asegurar la oferta permanente de diagnóstico incluso en horarios en que no esté disponible la microscopia. ▪ **Desarrollar regulación que faculte al personal de salud** de distintas disciplinas (no solo del área de laboratorio) en los establecimientos de salud de las zonas endémicas a realizar el diagnóstico de malaria con PDR y a la administración del tratamiento antimalárico (polivalencia para el DyT de la malaria).

Actividad	Tareas
1.1.2 Procesos y rutas de atención hacia los servicios de salud y en ellos	▪ **Simplificar y revisar procesos, flujos y rutas de atención** de pacientes con fiebre, horarios de atención, así como abolirlos cobros por los servicios y suprimir cualquier otro tipo de obstáculo que desincentive a la población en la búsqueda de DyT para la malaria en los servicios de salud. ▪ **Establecer y socializar ampliamente a nivel local, las rutas de atención**, la localización de puntos de diagnóstico y los horarios para el diagnóstico gratuito, desarrollar acciones de comunicación adaptadas localmente para estimular la demanda de atención entre las poblaciones de mayor riesgo. ▪ **Establecer, a nivel local, mecanismos para el manejo de la prerreferencia** (inicio de artesunato) y procedimientos antes del traslado de pacientes graves, sistemas de referencia y rutas específicas de atención y procedimientos en red, para el manejo de casos graves de malaria o complicaciones del tratamiento (por ejemplo, hemólisis)
1.1.3 Personal de salud capacitado y sensibilizado para sospechar y tratar la malaria	▪ **Implementar acciones de educación en salud y de sensibilización a profesionales y personal de salud**, en los aspectos relacionados con la sospecha y manejo de la malaria (no complicada y complicada), especialmente en contextos de baja transmisión y de prevención del restablecimiento. ▪ **Incorporar el uso de aplicaciones para dispositivos de telefonía móvil** a fin de amplificar el alcance de las campañas de sensibilización de los profesionales de salud en la sospecha y capacitación en manejo de malaria.
1.1.4 Diagnóstico de malaria (microscopia y PDR) en los servicios de salud	▪ **Incentivar la práctica de la microscopia de malaria** en las redes de laboratorios de los servicios de salud públicos y laboratorios privados, así como la organización de redes de laboratorio con la correspondiente territorialización bajo la normativa de laboratorios nacionales de referencia y dentro del concepto de redes integradas de salud. ▪ **Asegurar que el diagnóstico de malaria por PDR se incorpore a los servicios de laboratorio públicos y privados** y, en general, que todas las unidades de salud con o sin laboratorio del área endémica tengan la capacidad de realizar PDR.
1.1.5 Integración de la malaria en acciones extramurales de otros programas	▪ **Involucrar a otros programas de salud pública con acciones extramurales en áreas endémicas de malaria**, en la detección, diagnóstico y tratamiento de la malaria durante acciones en las comunidades. ▪ **Promover la planificación conjunta de los programas de malaria con otros programas** o estrategias con acciones de atención a las personas e intervenciones colectivas en poblaciones dispersas (por ejemplo, tracoma, inmunizaciones). ▪ **Dotar de insumos y capacidades para el DyT a los trabajadores del área de la salud**, a las brigadas de salud pública o a otros equipos móviles de salud no específicos para malaria.

5.1.2 Detección, diagnóstico y tratamiento a nivel comunitario

El segundo elemento de la expansión del acceso al DyT de la malaria es el involucramiento de las comunidades *(41)*. Se trata de desarrollar este elemento como una acción programática de la estrategia nacional de eliminación de la malaria.

Para un segmento importante de la población de las zonas rurales de las Américas, el acceso al DyT de la malaria es un desafío. Los habitantes de muchas poblaciones tienen que recorrer largas distancias o esperar días para acceder a un examen de malaria y al tratamiento. En muchos casos, la única forma de ofrecer estos servicios de forma oportuna es involucrando a personas de las mismas comunidades como agentes para el DyT de la malaria. Los agentes comunitarios son personas con presencia permanente en la comunidad, que gozan de la confianza y empatía necesarias para lograr la captación y el tratamiento temprano de los casos; a través de su conexión estrecha con el sistema de salud, propician que se inicien acciones oportunas de respuesta por parte de los equipos locales.



Respecto a la figura de los agentes comunitarios como mecanismo para proveer DyT oportunos para la malaria, en los países de las Américas se identifican dos tipos de situaciones: 1) existe la figura del agente comunitario, promotor de salud, trabajador de salud comunitario (CHW, por sus siglas en inglés), agente polivalente, etcétera, que son parte del sistema de salud y desempeñan funciones en diversos aspectos de atención de salud maternoinfantil, inmunizaciones, vigilancia, promoción de la salud y otros frentes, son parte de los equipos extramurales multidisciplinarios y están en la nómina de los servicios de salud; 2) además existe la figura del colaborador voluntario (ColVol), persona de la comunidad que apoya específicamente acciones de DyT de la malaria en un modelo de detección pasiva que permite la disponibilidad de DyT permanente en la comunidad donde vive o trabaja. La estrategia de ColVol ha sido ampliamente implementada en varios países de Centroamérica y en algunos contextos de la región amazónica y pacifico colombiano en América del Sur donde las comunidades están alejadas de los servicios de salud y las estrategias para la detección activa no existen o no aseguran el DyT inmediato.

La acción debe comenzar por hacer visible el problema y abogar por el cambio. Algunos de los obstáculos para expandir el acceso al diagnóstico con participación de personas de las mismas comunidades pueden provenir del propio sistema de salud. Se necesitan acciones de abogacía apoyadas por el sector académico y otras partes interesadas *(42)* (asociaciones médicas u otras de profesionales de la salud) para promover la idea de un cambio de paradigma.

Actividades

Actividad	Tareas
1.2.1 Visibilización del problema	▪ **Documentar y visibilizar la magnitud del problema** de la malaria en poblaciones indígenas y otras poblaciones situadas en zonas de difícil acceso o en poblaciones en situación de movilidad, con miras a abogar por alianzas y soluciones desde los ministerios de salud para llegar a estas poblaciones con oferta permanente de DyT de la malaria. ▪ **Elaborar y difundir análisis e informes en alianza con el sector académico y otros socios técnicos**, bajo el liderazgo de los ministerios de salud. Desarrollar diversos tipos de análisis de contexto, estudios de caso, hallazgos de supervisión y de conversatorios con la comunidad, agentes comunitarios y personal de campo. Documentar de manera continua los desafíos y logros de la estrategia.
1.2.2 Barreras normativas	▪ **Abordar las barreras normativas y regulatorias** que obstaculizan la expansión de la oferta de DyT de la malaria, con participación de actores comunitarios.
1.2.3 Alianzas y movilización de actores	▪ **Movilizar a actores clave y establecer alianzas estratégicas** a nivel nacional para expandir el acceso al DyT de la malaria a las comunidades afectadas. A nivel nacional, esto implica un llamado a la acción conjunto con actores de la sociedad civil, incluyendo organizaciones indígenas, instancias del gobierno nacional responsables de acciones con la población indígena y proyectos sociales con otras comunidades especiales en riesgo de malaria. ▪ **A nivel local, promover la identificación de actores locales**, como líderes comunitarios, o personas involucradas en la minería del oro, para construir redes locales de DyT de la malaria. Seleccionar, con las mismas comunidades, a las personas con el fin de establecer puntos de DyT (miembros de los hogares, educadores, mineros, agricultores, comerciantes, y líderes religiosos y locales). La movilización social incluye la aproximación a las comunidades para lograr su interés, confianza y empoderamiento mediante la estrategia. ▪ **Involucrar a otros actores no comunitarios:** esto incluye a empresas privadas, sector público no sanitario, organizaciones indígenas, industria agrícola, organizaciones no gubernamentales, entre otras, y cualquier instancia pública o privada relacionada con los procesos económicos y sociales de la población afectada y la dinámica de la malaria.
1.2.4 Capacitación y dotación a agentes comunitarios	▪ **Desarrollar programas y estrategias de capacitación continuada** para los agentes comunitarios en el DyT de la malaria, que contemplen la adaptación cultural necesaria para las comunidades indígenas y otras poblaciones. La adaptación cultural debe incluir los métodos de aprendizaje y los materiales, pero también la flexibilidad administrativa de los programas para adaptarse a las condiciones de las poblaciones. ▪ **Establecer la logística necesaria para dotar a los agentes comunitarios de todos los insumos requeridos** para realizar sus actividades y posicionar debidamente este aspecto como prioridad financiera de los programas de malaria en todos los niveles. La estrategia debe cubrir costos de telefonía, transporte y, en general, eximir de cualquier gasto a los agentes comunitarios. ▪ **Acciones para estimular, motivar y posicionar a los actores comunitarios** que integren redes de DyT de la malaria. Los programas contra la malaria deben contemplar diferentes mecanismos para brindar reconocimiento social mediante capacitaciones, retroalimentación y comunicación periódicas y cualquier otro tipo de acción que estimule y mantenga motivada y activa la red de agentes comunitarios.

Actividad	Tareas
1.2.5 Adaptación, simplificación de lineamientos y procesos de atención	▪ **Desarrollo de procedimientos e instrumentos** para facilitar el manejo de los casos por agentes comunitarios, incluidos algoritmos para orientar la conducta ante resultados negativos de la PDR. Los materiales se deben simplificar y adaptar a las características culturales de las comunidades (por ejemplo, indígenas, mineros u otros). ▪ **Trabajar localmente en la adaptación de los procesos de atención**, a partir de la comprensión de cada realidad local y aspectos culturales, incluidos los flujos de atención que sean aceptados culturalmente por los Pueblos Indígenas y otras poblaciones. La adaptación se refiere también a considerar el uso de recursos de salud móvil (mHealth) para mecanismos de supervisión o consulta o para la referencia de casos de malaria que requieran atención médica o el abordaje de pacientes febriles negativos en las PDR.

5.1.3 Organización de redes de diagnóstico y tratamiento

La expansión del acceso al DyT oportuno exige un cambio en la organización y operación de las acciones contra la malaria a nivel local. La microplanificación consiste en establecer unidades operativas para la eliminación de la malaria en un determinado territorio y la designación del equipo a cargo de supervisar la red ampliada de DyT. Incluye también el diseño de los flujos de información y los suministros, así como la planificación de la vigilancia activa y la respuesta (DT-IR). Se trata de desarrollar un modelo de gestión local de la malaria centrado en priorizar el funcionamiento y la dotación de la red local de DyT. El uso de información epidemiológica y demográfica *(43)* y la comprensión del contexto y las dinámicas locales son piezas clave para abordar las barreras de acceso y orientar la operación *(44)*. En síntesis, la esencia de la estrategia de eliminación a nivel local consiste en organizar la red local para el DyT temprano y para las acciones de respuesta preconizadas en la estrategia DT-IR (2.3).

A nivel de las unidades de salud y en los equipos locales, la expansión del acceso al DyT se puede traducir en acciones dentro de tres objetivos operacionales: 1) sospecha permanente, 2) diagnóstico temprano y 3) tratamiento inmediato. Cada objetivo implica acciones concretas para los equipos locales y los tres objetivos pueden medirse en cualquier nivel de atención de casos o de gestión del programa de malaria (municipio, sector operativo, unidad de salud). El anexo 3 del Plan presenta un concepto para incentivar a los ministerios de salud a que adopten marcos operativos similares que sirvan de guía a los equipos de salud y gestores locales. Los indicadores sugeridos en dicho anexo manejan denominadores ligados a las mismas operaciones contra malaria, lo que permite hacer el seguimiento de las metas operativas en cualquier nivel de atención.

Actividades

Actividad	Tareas
1.3.1 Microplanificación (organización de la red local de DyT)	▪ **Impulsar la microplanificación de las operaciones de eliminación de la malaria**, adaptándose a los modelos locales de territorialización de la salud y con un enfoque dirigido a organizar la red local de DyT. Establecer "unidades operativas" para la eliminación, como la cuenca de un río, un sector de carretera o microterritorios donde se comparten dinámicas sociales y de transmisión y donde el problema debe abordarse conjuntamente. ▪ **Desarrollar, a nivel local, capacidades para la microplanificación**, como un ejercicio habitual del equipo local, dinámico, que responda a los cambios en la transmisión y en las situaciones del contexto. ▪ **Promover la microplanificación en contextos de prevención de restablecimiento**, para la organización de las redes locales de detección oportuna de casos, las acciones de vigilancia activa y otras acciones de vigilancia.

Actividad	Tareas
1.3.2 Operación basada en analizar y comprender las dinámicas locales	▪ **Desarrollar capacidades y acciones sistemáticas en los equipos contra la malaria** para analizar los elementos de contexto que determinan la transmisión y que deben guiar las acciones de expansión del acceso al DyT. La identificación de conglomerados y rutas migratorias, centros de acopio de productos básicos para la población minera y flujos de personas por otras actividades económicas son ejemplos de elementos clave para orientar la creación de nuevos puestos para el DyT o para la detección activa de casos (complementario con la línea estratégica 2). ▪ **Establecer alianzas con investigadores sociales** para profundizar en el uso de herramientas y abordajes metodológicos (cartografía social, mapeo de actores, abordaje centrado en las personas) *(35)*, que permitan comprender las dinámicas locales, las barreras, las oportunidades y las claves para organizar las operaciones contra la malaria con la participación comunitaria. ▪ **Adaptar y simplificar herramientas** de investigadores sociales para que los equipos locales puedan incorporar a su práctica habitual elementos de metodologías de trabajo comunitario *(35)*.
1.3.3 Equipos locales, supervisión y logística	▪ **Fortalecer las estructuras institucionales y la logística** necesaria para coordinar, abastecer y mantener funcionando las redes ampliadas de DyT de la malaria. En los niveles subnacionales (ADM1 y ADM2) debe disponerse de los recursos humanos necesarios para las acciones de campo y para la coordinación local, así como de la logística de transporte y financiamiento para que el equipo esté presente en el territorio. ▪ **Establecer equipos operativos** asignando al recurso humano a los sectores en los que se divida el territorio (unidades operativas) para operar la supervisión y abastecimiento de la red de DyT, así como las acciones de vigilancia activa y respuesta. Velar por la inclusión de personal local y, en zonas indígenas, incluir a personal indígena que hable la misma lengua, comprenda los aspectos culturales y cuente con la aceptación de las comunidades. ▪ **Optimizar y revisar las rutinas y funciones de los equipos operativos** (personal de enfermedades transmitidas por vectores, control de endemias o metaxénicas) hacia una estrategia centrada en lugares de diagnóstico fijos en lugar de brigadas puntuales de detección activa. Dotar a estos equipos de autonomía y herramientas para flexibilizar la operación y tomar decisiones en el terreno, como la asignación de nuevos puestos de diagnóstico con PDR o la decisión de instaurar acciones de respuesta como tratamiento reactivo cuando esté indicado. ▪ **Innovar en el diseño de modalidades de supervisión y abastecimiento a los puntos fijos de DyT**, que sean sostenibles y se adapten a la situación particular de cada territorio a fin de optimizar los recursos disponibles.
1.3.4 Salud móvil (mHealth)	▪ **Impulsar el uso de nuevas tecnologías y herramientas de comunicación** (salud móvil o mHealth) como la telefonía móvil, las redes sociales y los avances en plataformas de internet satelital, como elemento para el funcionamiento de redes ampliadas de DyT de la malaria. Emprender dichas acciones sin desincentivar el uso de las redes tradicionales y medios locales de comunicación, que por lo general son infravalorados e infrautilizados en la gestión de las intervenciones. ▪ **Orientar la inversión en redes de comunicación** como un elemento clave de la intervención de malaria. Orientar cambios en rubros de gastos de los programas para dedicar recursos a apoyar una red de comunicación más eficiente entre el sistema de salud y el entramado de actores comunitarios y trabajadores sobre el terreno, aprovechando las oportunidades que ofrecen las innovaciones en conectividad.

5.1.4 Gestión de la cadena de insumos para diagnóstico y tratamiento

La organización de la cadena de insumos para el DyT de la malaria es uno de los principales desafíos que los países deben enfrentar para asumir los cambios que supone la estrategia regional de expansión del acceso al DyT y alcanzar los objetivos operacionales establecidos a nivel nacional.[12] Los problemas ya existentes en el suministro de medicamentos y pruebas rápidas, que fueron señalados como desafíos principales en varios momentos durante el proceso de consulta del Plan, adquieren dimensiones y complejidades aún mayores en un escenario de ampliación de las redes de DyT. Bajo esta intervención 1.4 del Plan, se incluyen acciones para mejorar dichos aspectos a nivel nacional, desde los procesos nacionales de compra a la organización del sistema localmente.

Se incluyen, de igual forma, acciones para abordar conjuntamente con los ministerios de salud y socios estratégicos otros aspectos del acceso a los medicamentos antimaláricos, incluidos los medicamentos de segunda línea para el tratamiento de la malaria por *P. falciparum* o aquellos para la quimioprevención y el acceso a las innovaciones para la cura radical de *P. vivax*. Se consideran también acciones para facilitar a los países el acceso a PDR más sensibles y adecuadas para responder al desafío de la deleción de la proteína HRP2/3 presente en la Amazonia y a las infecciones con bajas parasitemias. El uso y fortalecimiento de los mecanismos de compra de la OPS y la necesidad de que los países lleven a cabo acciones para favorecer estas soluciones conjuntas integran las acciones prioritarias que hay que desarrollar.

Actividades

Actividad	Tareas
1.4.1 Estimaciones acordes con la expansión del DyT	▪ **Reorientar las estrategias nacionales, los instrumentos y los procesos de estimación, adquisición y gestión de insumos** clave para el DyT de la malaria (PDR y antimaláricos), en consonancia con el desarrollo de redes ampliadas de DyT, con maximización del uso de PDR y mayores existencias de antimaláricos en los servicios de salud y en la comunidad.
1.4.2 Mecanismos y proceso de compra	▪ **Fortalecer los mecanismos conjuntos de compra** y las soluciones para el financiamiento. Impulsar y fortalecer los procesos regionales de estimación conjunta y consolidación de la demanda de insumos clave para el DyT de la malaria promovidos por la OPS a través del Fondo Estratégico. A nivel de país, esto implica desarrollar acciones para favorecer proceso regional de consolidación de la demanda y compras conjuntas (estimación oportuna de necesidades y uso de soluciones como la línea de crédito de la OPS). ▪ **Implementar sistemas efectivos para el monitoreo de existencias** de manera continua con el fin de evitar solicitudes individuales de emergencia y cambios en los procesos de compra (cantidades, documentos, nacionalización). ▪ **Fortalecer y mantener los mecanismos regionales** que se han mostrado efectivos para evitar el desabastecimiento por contingencias epidemiológicas o problemas en procesos de adquisiciones.
1.4.3 Alianzas para producción y acceso	▪ **Desarrollar alianzas para la innovación, producción y adquisición de antimaláricos y PDR**, entre otros insumos clave, abordando desafíos biológicos (como la deleción HRP2/3 y las bajas parasitemias), incluido el acceso a PDR con mayor sensibilidad a *P. falciparum* y *P. vivax*, la adquisición de antimaláricos de segunda línea o para uso en quimioprevención y los insumos para estrategias mejoradas de cura radical.

12 En el anexo 3 del Plan se presenta un modelo de objetivos y metas operacionales que los países endémicos pueden adoptar para guiar y hacer el seguimiento de las acciones de expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria.

Actividad	Tareas
1.4.4 Barreras regulatorias en los países	▪ **Revisión de políticas y regulaciones con los países** para garantizar tanto unas existencias mínimas de medicamentos a nivel local como la flexibilidad en la normativa vigente sobre medicamentos para permitir el despliegue masivo de DyT contra la malaria. ▪ **Revisar los marcos legales para regular la venta de antimaláricos en farmacias** y en el sector privado, con el fin de desincentivar la automedicación, la subdetección de casos y el uso inadecuado de antimaláricos.
1.4.5 Cadenas locales de suministro	▪ **Impulsar, a nivel local, mejoras para la organización de las cadenas de suministros** de insumos clave para el DyT. Priorizar este aspecto en la microplanificación local con el objetivo de asegurar el abastecimiento permanente de redes ampliadas de DyT en las comunidades dispersas. ▪ **Explorar y evaluar soluciones innovadoras y alianzas con otros sectores** para la distribución y el manejo de insumos de DyT. Considerar, por ejemplo, el uso de tecnologías áreas no tripuladas, así como de herramientas de mHealth en contextos de acceso más ampliado a telefonía satelital. En este aspecto, sumar esfuerzos con otras iniciativas y programas de salud pública en áreas dispersas.

5.1.5 Aseguramiento de la calidad del diagnóstico (microscopia y PDR)

El uso expandido de las PDR en manos de muchos más actores en los servicios y las comunidades plantea la necesidad de desarrollar estrategias para un manejo a gran escala de este insumo, incluidos medidas y protocolos para asegurar la calidad de las pruebas y su adecuado uso. Bajo esta intervención, el Plan propone a los países un conjunto de acciones para desarrollar plataformas de capacitación, supervisión y seguimiento del uso y el desempeño de las PDR en campo, al mismo tiempo que se genera nueva información operativa para optimizar el uso y el manejo de este insumo.

La calidad de la microscopia para el diagnóstico de la malaria es el otro aspecto clave bajo esta intervención. Como complemento a las acciones dirigidas a fortalecer la red de microscopia en los servicios de salud (1.1.4), los países deben desarrollar acciones para mantener y mejorar las capacidades del recurso humano para la microscopia en malaria en el sector público y privado, para lo que es necesario asegurar la existencia de estructuras y procesos de aseguramiento de la calidad del diagnóstico de malaria bajo la directriz de los laboratorios nacionales de referencia.

Actividades

Actividad	Tareas
1.5.1 Uso y desempeño de las PDR	▪ **Desarrollar y difundir lineamientos técnicos y materiales**, y promover procesos de capacitación continuada y supervisión capacitante sobre el uso y manejo de las PDR en todos los niveles y tipos de usuarios. ▪ **Implementar mecanismos para apoyar el uso adecuado de las PDR en campo**, detectar errores frecuentes en procedimientos asociados al cambio de kits. Implementar el uso de tecnologías mHealth y telefonía para apoyar al personal comunitario y asegurar el uso y la implementación adecuada de las PDR a mayor escala. ▪ **Implementar una estrategia de seguimiento operacional del desempeño de las PDR**, evaluando la concordancia con la microscopia en acciones articuladas con los desarrollos sobre vigilancia centinela (2.5.3) y con la aplicación de los protocolos recomendados para monitorear la presencia y prevalencia de deleción de la proteína HRP2/3.

Actividad	Tareas
1.5.2 Competencias en microscopia	▪ **Mantener y fortalecer una red de expertos certificados en microscopia de malaria** en la Región, con microscopistas sénior de cada país, mediante la implementación a nivel regional del programa de evaluación externa de las competencias para el diagnóstico de malaria por microscopia. Incluir acciones para mantener capacidades de microscopia en países certificados libres de malaria. ▪ **Implementar las acciones de evaluación nacional de competencias para el diagnóstico de malaria por microscopia** bajo el liderazgo de los laboratorios nacionales de referencia, con miras a desarrollar y mantener capacidades para gestionar la red de laboratorios con recurso humano apto para implementar los demás componentes del control de calidad de la microscopia. Incluir, a nivel nacional, territorios donde la malaria se haya eliminado y que deban prevenir la reintroducción. ▪ **Promover el uso de cursos virtuales de la OPS y herramientas basadas en la web** para fortalecer las capacidades de diagnóstico microscópico de la malaria.
1.5.3 Desempeño de la microscopia	▪ **Apoyar el funcionamiento del programa regional de evaluación externa del desempeño de la microscopia** con la colaboración de los laboratorios supranacionales para la preparación y envío de los paneles anuales, incluida la elaboración de paneles de láminas para países con bajo número de casos o con ausencia de transmisión y con la participación de los laboratorios nacionales de referencia de los Estados Miembros. ▪ **Desarrollar alianzas con los laboratorios de referencia y las instituciones con experiencia en la digitalización de láminas de microscopia** y el uso de plataformas web para diseñar nuevas modalidades de ejercicios para la evaluación del desempeño más sostenibles y al alcance de los países sin transmisión de malaria. ▪ **Implementar los programas nacionales de evaluación del desempeño y gestión de calidad en microscopia** (evaluación externa de la calidad o control directo, control indirecto o revisión de láminas, supervisión y control interno de la calidad), bajo el liderazgo de los laboratorios nacionales.

5.1.6 Políticas de tratamiento efectivas y seguras

La aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* expresada como prioridad entre las metas del Plan de Acción requiere que los esfuerzos de expansión del acceso oportuno al DyT se complementen con políticas de medicamentos adecuadas, de acuerdo con el perfil de resistencia de los antimaláricos *(45)*. El uso de arteméter y lumefantrina como prácticamente la única opción de ACT en América del Sur, plantea la necesidad de ampliar el acceso a alternativas de primera y segunda línea, o incluso de considerar la necesidad de estrategias de terapia múltiple de primera línea *(46)* en algunos contextos de riesgo. Por otra parte, la emergencia de resistencia parcial a las artemisininas en África *(47)* y el riesgo de dispersión de la deleción HRP2/3 en la Amazonia *(48)* son señales de alerta sobre la importancia de reforzar la vigilancia de estos cambios en los parásitos *(49, 50)* y de considerar la necesidad de medidas adicionales de vigilancia y contención. Esta línea de acción se complementa con acciones relacionadas con uso de biología molecular abordadas en la línea estratégica 2 bajo las intervenciones de vigilancia activa de riesgos.

En lo que respecta al tratamiento de la malaria por *P. vivax*, la implementación de las mejoras en cura radical requiere acelerar acciones para introducir los cambios de política, el desarrollo de capacidades y la actualización de normas. A nivel de país, se plantea la necesidad de desarrollar una estrategia de cura radical que reconozca la existencia de distintos escenarios, incluidas situaciones para la implementación de tafenoquina o la dosis alta de primaquina *(51)*, ambas guiadas por el resultado de la prueba que mide la deficiencia de la enzima G6PD. Un desafío principal es el escenario de poblaciones dispersas, en el que la prioridad debe ser asegurar la expansión del acceso al tratamiento sin retroceder en las altas coberturas que la Región ha logrado para suministrar cura

radical con el uso de primaquina en dosis convencionales. En tales contextos, la combinación de las mejoras en el manejo individual de casos, complementado con intervenciones colectivas en cura radical posibilitadas por las innovaciones, pueden constituirse en una intervención clave en la eliminación de este parásito en la Región (véase la línea estratégica 3).

Actividades

Actividad	Tareas
1.6.1 Actualizar políticas de antimaláricos	▪ **Analizar la introducción de otros ACT como alternativas al altersunato lumefantrine en el tratamiento de malaria por *P. falciparum***, así como innovaciones en formulaciones y recomendaciones que mejoren el manejo de la malaria en niños, con miras a actualizar en estos aspectos las políticas de tratamiento. ▪ **Adelantar mejoras en políticas y ajustes normativos en cura radical en *P. vivax*** hacia la inclusión de esquemas más efectivos con tafenoquina, o con dosis alta de primaquina guiados por el resultado de las pruebas de G6PD, así como el mejoramiento de políticas sobre el uso seguro de esquemas de dosis baja de primaquina en ausencia de la prueba de diagnóstico de la G6PD. ▪ **Organizar grupos de expertos para revisar la necesidad de otras mejoras en políticas de tratamiento**, como la implementación del uso de terapias múltiples de primera línea *(46)* para la prevención de la resistencia a los ACT, la adopción de tratamientos unificados de *P. falciparum* y *P. vivax* en situaciones epidemiológicas específicas, o las alternativas de medicamentos para intervenciones de quimioprevención.
1.6.2 Implementar nuevas estrategias en cura radical	▪ **Impulsar la implementación controlada de las nuevas estrategias de cura radical** con el uso de tafenoquina y dosis altas de primaquina, guiado por el resultado de la prueba de G6PD *(52)*. ▪ **Promover la evaluación de otras estrategias para mejorar la cura radical en distintos contextos**, como el uso de primaquina en dosis convencionales en contextos de expansión del DyT con actores comunitarios (sin prueba de G6PD), complementado con acciones colectivas de tratamiento a personas consideradas reservorio de hipnozoitos (por antecedentes epidemiológicos o métodos serológicos), o intervenciones basadas en la administración semanal de primaquina (esquema de 8 semanas).
1.6.3 Vigilancia de resistencia a antimaláricos	▪ **Implementar acciones para la vigilancia de la eficacia y resistencia a los antimaláricos** (derivados de artemisininas y medicamentos asociados) mediante la implementación de los protocolos establecidos para vigilancia en los estudios de eficacia terapéutica (TES por sus siglas en ingles) ▪ **Revisar con expertos alternativas metodológicas para simplificar los estudios de eficacia terapéutica** u otros diseños *(53)*, de forma que se pueda ampliar la cobertura y frecuencia del seguimiento de la eficacia terapéutica. ▪ **Impulsar el seguimiento de la resistencia a través de la vigilancia de marcadores moleculares validados**, incluido un enfoque de riesgo, priorizando las poblaciones en mayor riesgo de selección de cepas resistentes para *P. falciparum* (como las poblaciones expuestas al uso de monoterapia y medicamentos ilegales en la minería del oro y otros contextos).
1.6.4 Farmacovigilancia y adherencia	▪ **Impulsar la implementación de estrategias de farmacovigilancia y adherencia** al tratamiento, incluidos aspectos claves sobre el consejo a los pacientes y el seguimiento a través del uso de telefonía y otras tecnologías (mHealth) *(54)*.

Actividad	Tareas
1.6.5 Control de expendio y automedicación	▪ **Abordar aspectos regulatorios sobre la venta libre de antimaláricos** en farmacias y otros comercios (en particular de la cloroquina), incluidas las normativas sobre vigilancia, inspección, fiscalización y control. ▪ **Implementar, a nivel local, acciones de sensibilización con expendedores y usuarios** y establecer alianzas con farmacias y rutas de atención en el marco de las acciones de expansión de la oferta del DyT. ▪ **Establecer estrategias de vigilancia de la comercialización y el uso de antimaláricos ilegales** en zonas de minería del oro. Utilizar dicha información para orientar los esfuerzos de la vigilancia de la resistencia a los antimaláricos y establecer diálogo y gestión con actores y líderes locales para desincentivar el uso de medicamentos ilegales y monoterapia, al tiempo que se mejora la oferta del DyT en dichos contextos.

5.2 Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención

La vigilancia de la malaria se considera una intervención porque, a través de la recopilación, el análisis y el uso continuo y sistemático de datos, orienta las intervenciones, lo que permite a los países rastrear la enfermedad, adaptar las intervenciones y hacer un seguimiento de su impacto (cuadro 3). En todos los estratos de transmisión, la vigilancia debe activarse localmente, con paquetes de intervenciones y acciones de respuesta adecuados a cada estrato y estructura, y con capacidades adecuadas a nivel de las unidades operativas o administrativas, como municipios o distritos. Los sistemas de información deben volverse granulares y a niveles de transmisión muy bajos; la respuesta debe estar vinculada a la detección de cada caso y ser proactiva, incluyendo herramientas y procesos de vigilancia que permitan anticiparse a la detección de casos clínicos.

El desarrollo del concepto de la vigilancia como intervención y su traducción en acciones concretas es el tema de este segundo pilar del Plan. Se requieren acciones en varios frentes, incluida la estratificación del territorio y la actualización de los paquetes de intervenciones según los respectivos estratos, así como mejoras en sistemas y procesos de información, con el equilibrio necesario entre granularidad del dato y funcionalidad. Por otra parte, hay un quehacer importante en lo que respecta a la actualización de lineamientos técnicos y al desarrollo de capacidades para el uso de la información a todos los niveles, así como para la implementación de acciones reactivas y mejoras en la vigilancia activa.

En línea con el énfasis del Plan en la detección temprana y el tratamiento, se hace un llamado a los países a instaurar procesos de información para monitorear y analizar el esfuerzo de búsqueda, y no solo los casos confirmados. El concepto del DTI-R, promovido por la OPS desde el 2018, es una parte principal de las acciones propuestas. Se incluyen tareas para los ministerios de salud, como promover la implementación de la cascada de acciones de investigación y respuesta, que debe complementar la acción básica de DyT ampliamente desarrollada en el primer pilar del Plan. Se incluye además un conjunto de acciones para organizar la vigilancia activa de la malaria ante distintos desafíos, como las poblaciones móviles, así como el uso de biología molecular y otros recursos que contribuyan a hacer un seguimiento proactivo de los cambios y las dinámicas de los parásitos.

Cuadro 3. Línea estratégica 2. Intervenciones y actividades

2.1 Estratificación y adaptación subnacional	**8**
2.1.1 Estratificación	4
2.1.2 Adaptación subnacional	3
2.1.3 Alta carga, alto impacto	1
2.2 Plataformas de registro y notificación de datos	**7**
2.2.1 Registro y notificación	3
2.2.2 Auditoría de los datos y procesos	1
2.2.3 Plataformas basadas en la web	3
2.3 Análisis, uso y divulgación de información	**5**
2.3.1 Análisis a nivel local	1
2.3.2 Análisis estratégicos	3
2.3.3 Divulgación de información	1
2.4 Respuesta, acciones reactivas e investigación de casos	**5**
2.4.1 Normas técnicas sobre acciones reactivas	2
2.4.2 Capacidad operativa para acciones reactivas	2
2.4.3 Mecanismos de respuesta a brotes	1
2.5 Vigilancia activa y vigilancia de riesgos	**7**
2.5.1 Información de otras fuentes	2
2.5.2 Detección proactiva	2
2.5.3 Vigilancia centinela y de laboratorio	2
2.5.4 Verificación subnacional	1
Total de tareas	**32**

5.2.1 Estratificación y adaptación subnacional

La OMS define la estratificación de la malaria como la clasificación de áreas geográficas o localidades según determinantes epidemiológicos, ecológicos, sociales y económicos, con el fin de orientar las intervenciones contra la malaria. Puede incluir la estratificación del riesgo (es decir, la clasificación de áreas geográficas o localidades según los factores que determinan la receptividad y la vulnerabilidad a la transmisión de la malaria) y/o la estratificación de las intervenciones (es decir, la clasificación basada en la elegibilidad y otros criterios, como los criterios de endemicidad) *(55)*. La adaptación subnacional de las intervenciones y estrategias contra la malaria consiste en el uso de datos locales e información contextual para determinar las combinaciones adecuadas de intervenciones y estrategias, así como la mejor asignación de recursos para un área determinada, como un distrito, un área de influencia de un centro de salud o una aldea, con el fin de lograr el máximo impacto en la transmisión y la carga de la enfermedad *(55)*.

Los conceptos de estratificación de la malaria y adaptación subnacional de las intervenciones en malaria deben ser parte de los elementos clave para guiar la implementación de cambios, intervenciones específicas y aceleradores hacia la eliminación de la malaria en la Región. En los países de mayor carga de la Región (algunos países de América del Sur y Haití) es necesario promover enfoques de estratificación que realmente se traduzcan en paquetes de intervenciones adecuadas para cada estrato. Reconociendo que todo el territorio debe estar bajo el

concepto de la eliminación, deben establecerse las intervenciones para situaciones donde la prioridad es reducir la carga de enfermedad, y por otra parte las acciones específicas para contextos donde es necesario instaurar una vigilancia y respuesta intensificada, con el objeto de acelerar la eliminación y prevenir el restablecimiento de la transmisión.

Bajo esta intervención se proponen además acciones para identificar y priorizar los enclaves de mayor carga de enfermedad que por varios años se han constituido en desafíos técnicos y operativos y que deben ser objeto de la mayor atención política y dedicación de los mejores recursos y capacidad técnica nacional y regional, como se señala en los elementos de gobernanza y abogacía (4.1).

Actividades

Actividad	Tareas
2.1.1 Estratificación	▪ **Estratificación de riesgo a nivel nacional:** actualizar anualmente la estratificación del territorio según el riesgo de transmisión de malaria, a un nivel administrativo adecuado según la estructura de gestión de salud pública del país (municipios, distritos o nivel de ADM2 que corresponda), que permita un modelo efectivo de gobernanza horizontal y vertical para la eliminación de la malaria. Establecer criterios unificados, mecanismos y prácticas sistemáticas para hacer de la estratificación un ejercicio de análisis conjunto con los niveles subnacionales. ▪ **Estratificación operativa (o de intervenciones):** establecer a nivel de país un paquete de intervenciones específicas por estrato que dé un sentido operativo a la estratificación del riesgo. Considerar, por ejemplo, las diferencias entre estratos para la implementación de acciones de vigilancia y respuesta intensificada, indicadas en contextos con un número muy bajo de casos o en prevención del restablecimiento. Otros conceptos de cambio promovidos en este Plan de Acción, la vigilancia activa, las acciones de quimioprevención o la optimización del control vectorial, también se deben considerar. ▪ **Priorizar áreas de intervención a nivel nacional:** establecer criterios a nivel nacional para la priorización de unidades epidemiológicas (generalmente municipio o equivalentes a ADM2), para intensificar o acelerar acciones según criterios como la carga de enfermedad. Las metas de eliminación de la malaria a nivel subnacional o la aceleración de la eliminación de *P. falciparum* también deben considerarse en la priorización. ▪ **Estratificación a nivel local:** promover e incentivar, a su vez, la estratificación a nivel local, reconociendo que en un municipio, las unidades operativas (zona urbana, veredas, sectores, focos) pueden corresponder a distintos estratos, de forma que las intervenciones de vigilancia y respuesta intensificada de casos estén debidamente indicadas donde se requieran.
2.1.2 Adaptación subnacional	▪ **Desarrollar directrices nacionales, criterios y protocolos operativos** precisos para las intervenciones nuevas (por ejemplo, administración reactiva de medicamentos) y actualizar las normas existentes en lo que sea pertinente para operacionalizar los cambios. Las directrices deben ser precisas, pero también deben reconocer la necesidad de adaptación de las acciones de acuerdo al contexto y realidades operativas locales (anexo 2). ▪ **Implementar la adaptación subnacional:** desarrollar un plan de apoyo, virtual y presencial, de los niveles intermedios y locales para la microplanificación y adaptación subnacional de las intervenciones. A partir de la estratificación, analizar los factores de contexto local y decidir sobre la implementación de las intervenciones correspondientes. Priorizar para dicho apoyo a municipios y zonas de acuerdo con la priorización nacional (2.1.1). ▪ **Promover acciones de capacitación** continua para mantener y desarrollar más capacidades a nivel subnacional y asegurar la supervisión técnica requerida para que los niveles intermedios y los equipos locales orienten debidamente la adaptación e implementación de las intervenciones de eliminación.

Actividad	Tareas
2.1.3 Alta carga, alto impacto	▪ **Adoptar, a nivel de país, una estrategia de priorización de escenarios de alta carga** de transmisión que permita movilizar la acción política y direccionar la experiencia técnica del país, la colaboración desde el sector académico y todas las alianzas necesarias, reconociendo la importancia estratégica del problema de la malaria en esos territorios, para concentrar la mayor capacidad nacional en los lugares con mayores desafíos para la eliminación de la malaria.

5.2.2 Plataformas de registro y comunicación de datos

Todos los países donde la malaria es endémica y aquellos susceptibles al restablecimiento de la malaria deben tener plataformas de datos eficaces para orientar a los programas nacionales de malaria a dirigir recursos a las poblaciones más afectadas, identificar brechas en la cobertura y oportunidad de la detección y del tratamiento, detectar brotes y evaluar el impacto de las intervenciones. Si bien en las Américas todos los países endémicos manejan sistemas nominales de notificación de casos, la transición a plataformas basadas en la web, el uso de repositorios centralizados de datos y el desarrollo de informes interactivos en tiempo real siguen representando un desafío para varios países, que aún no disponen de estos recursos.

La notificación y el análisis sistemático de los casos examinados y la generación de indicadores relacionados (índice de exámenes positivos, IEP) es uno de los principales vacíos de los sistemas de información y de la gestión de malaria a nivel local. En línea con la esencia de este Plan de Acción, las estrategias nacionales deben priorizar el acceso al diagnóstico como desencadenante de todas las acciones. En este sentido, tienen que ser respaldadas por procesos de registro y reporte, así como por repositorios de datos sobre las muestras examinadas y sobre otras variables clave para guiar la expansión de la detección de casos.

Forma parte también de los desafíos para la notificación de casos y muestras examinadas la complejidad de los instrumentos de registro para los colaboradores voluntarios y para personas indígenas. La eliminación de la malaria depende de la motivación de miles de personas para contribuir a la expansión del DyT y para ello es necesario facilitar la labor en el terreno. Esto implica, en muchos casos, simplificar los instrumentos y prescindir de algunas variables de escasa utilidad para asegurar la obtención, oportunidad y calidad de la información realmente esencial.

Mediante esta intervención, el Plan pretende promover soluciones a las principales brechas de los sistemas de información, impulsar procesos para mejorar la calidad de los datos e incentivar cambios que pueden ser potenciados por las transformaciones que están ocurriendo en conectividad, incluso en contextos tan desafiantes como la selva amazónica.

Actividades

Actividad	Tareas
2.2.1 Registro y notificación	▪ **Adaptar los procesos de registro y notificación de casos confirmados de malaria acorde a redes ampliadas de DyT**, con miras a priorizar la cobertura, calidad y oportunidad de los datos más relevantes.[13] Simplificar los registros de notificación de agentes indígenas y personal voluntario, al tiempo que se asegura la recolección de las variables esenciales de tiempo, lugar[14] y persona. ▪ **Asegurar la notificación de muestras examinadas** como dato esencial para el análisis de la oferta de diagnóstico sin sobrecargar los procesos de gestión de los datos, con soluciones adecuadas a cada situación (por ejemplo, notificación de datos agregados o notificación en listas nominales simplificadas). ▪ **Desarrollar e implementar procesos e instrumentos de registro y notificación de investigación de casos** en sintonía con la incorporación de estas acciones de vigilancia intensificada en los lineamientos nacionales para aquellos estratos epidemiológicos en que esté justificado[15] (2.4.2).
2.2.2 Auditoría de los datos y los procesos	▪ **Establecer acciones sistemáticas y procesos de auditoría de los datos**, integrando elementos como la revisión de escritorio, el desarrollo de rutinas y reportes automatizadas de calidad de los datos a partir de las bases de datos y ejercicios regulares de verificación local de la calidad de la información y de los procesos de vigilancia.
2.2.3 Plataformas basadas en la web	▪ **Desarrollar, actualizar y mantener plataformas de datos para la vigilancia de casos confirmados y sospechosos de malaria** mediante herramientas informáticas adecuadas para la notificación y el acceso en línea de información por múltiples usuarios, con generación de reportes interactivos (*dashboards*) y otros recursos informáticos que incentiven la notificación y el uso de información a todos los niveles de intervención. ▪ **Desarrollar la interoperabilidad** entre las plataformas de datos de los distintos componentes de la vigilancia y de intervenciones contra la malaria con otros desarrollos de los sistemas de vigilancia en salud pública y en transformación digital. Velar por la alineación en aspectos de arquitectura y por la estandarización necesaria para el intercambio de información. ▪ **Establecer procesos alternativos para la alimentación y la gestión de datos en contextos con limitada conectividad**, adaptados a las realidades de redes ampliadas de DyT con agentes comunitarios y a la simplificación de instrumentos y procesos de registro y notificación.

13 La complejidad de los instrumentos de notificación de casos ha sido un aspecto reiteradamente señalado en algunos países, por el personal de campo que trabaja con agentes comunitarios indígenas, como un desafío para asegurar la oportunidad y completitud del dato. Esto es particularmente relevante en contextos con transmisión diseminada donde la toma de decisiones regulares en la operación contra la malaria requiere de unas pocas variables, pero que deben ser debidamente registradas.

14 El registro y reporte de variables clave para guiar la oferta del diagnóstico y tratamiento, como la localidad de residencia o la localidad probable de infección, sigue siendo un desafío para los sistemas de información de varios de los países.

15 La investigación de casos debe establecerse como parte de los procedimientos obligatorios de vigilancia intensificada en contextos con muy bajo número de casos. Se desarrollarán instrumentos de registro adecuados para la recolección de todas las variables que la investigación de casos requiere. El desarrollo de fichas detalladas de investigación de casos es, por otra parte, compatible con el llamado a simplificar y hacer más ágiles los procedimientos de notificación de casos, que es la acción que debe prevalecer en contextos en los que no está justificada la acción intensificada de investigación.



5.2.3 Análisis, uso y divulgación de información

Dentro del concepto de la vigilancia como intervención, el Plan busca enfatizar la importancia del análisis y uso de información a nivel local como pilar principal de la eliminación. El uso de información por los equipos locales depende principalmente del desarrollo de capacidades en el manejo de datos así como de facilitar, al personal de campo y los gestores locales, el acceso a mejores plataformas y herramientas informáticas. El funcionamiento de las redes de DyT depende en gran medida de un buen manejo de datos por parte de los equipos locales y de los niveles de supervisión y debe considerar la triangulación de información epidemiológica con indicadores operativos y elementos contextuales *(56)*. Se busca asimismo propiciar un modelo que estimule el aprendizaje durante la implementación, y un marco técnico con la flexibilidad necesaria para adaptar las intervenciones a las circunstancias locales, especialmente para las poblaciones indígenas, las vinculadas a la minería y otras que habitan en lugares de difícil acceso *(57)*.

A nivel local es necesario utilizar indicadores operacionales y métricas sobre la intensidad y cobertura de la detección de casos, la oferta y oportunidad del diagnóstico y del tratamiento (por ejemplo, los objetivos operativos expuestos en el anexo 3). El análisis de datos debe incluir la distribución de casos en localidades, patrones de agrupamiento por variables de persona, tiempo y lugar *(58)*. Dicha información debe triangularse con el conocimiento local sobre movimiento de las poblaciones y con las barreras que las comunidades estén enfrentando para acceder al DyT, así como otros elementos que lleven a la identificación de conglomerados que puedan ser reservorios de infección, así como de lugares y momentos clave para las intervenciones.

En el plano más estratégico de los ministerios de salud y a nivel regional, el Plan enfatiza además la necesidad de generar análisis e informes estratégicos sobre temas principales de la situación de la malaria en el continente y en los países, con miras a influir en las decisiones de política y en las acciones de los distintos actores.

Actividades

Actividad	Tareas
2.3.1 Análisis a nivel local	▪ **Instaurar en los niveles locales capacidades, procesos sistemáticos y herramientas para el uso de información epidemiológica a nivel local.** El análisis de datos debe complementarse con la inteligencia local en torno a los movimientos poblacionales, las barreras de acceso y otros factores que impulsan la transmisión *(44)*. Debe priorizarse el seguimiento regular de indicadores operacionales de las acciones de detección y tratamiento oportuno (anexo 3), desagregados a nivel de localidades y puntos de diagnóstico. Con estos elementos, el análisis debe orientar la toma de decisiones en los distintos niveles y la adaptación permanente de la intervención
2.3.2 Análisis estratégicos	▪ **Realizar análisis estratégicos sobre la situación de la malaria en la Región y a nivel nacional**, así como en contextos específicos: mayor carga, zonas fronterizas, poblaciones indígenas y vinculadas a la minería del oro, poblaciones móviles, urbanas e infantiles, mortalidad por la enfermedad y otros aspectos del comportamiento clínico y epidemiológico de la malaria en la Región. ▪ **Introducir el análisis de fallas y efectos y otros enfoques de mapeo de la mortalidad o complicaciones por malaria**, para adoptarlos como abordaje clave para reducir la mortalidad por la enfermedad (mapeo de las vías críticas para los factores determinantes de la mortalidad por malaria). ▪ **Promover la colaboración con socios técnicos y el sector académico** para apoyar a los ministerios de salud en el análisis de información sobre la malaria en todos los niveles de intervención, desde el desarrollo de capacidades a nivel local hasta el análisis de dinámicas de transmisión o el impacto de intervenciones con abordajes metodológicos que están más allá de las rutinas de vigilancia.
2.3.3 Divulgación de información	▪ **Fortalecer y mantener la publicación periódica de información sobre la malaria** en plataformas de los ministerios de salud, de acceso público, mediante boletines epidemiológicos y paneles de visualización como parte de plataformas informáticas o mediante otros mecanismos de divulgación de la información, con miras a desarrollar un repositorio único regional de datos.

5.2.4 Respuesta, acciones reactivas e investigación de casos

En consonancia con el concepto de la Estrategia de Vigilancia 1-3-7 para la Malaria desarrollada en China *(59)* y elementos de la iniciativa T3 (por su sigla en inglés, diagnosticar, tratar y vigilar) de la OMS *(60)*, desde el 2018 la OPS ha promovido la estrategia DTI-R *(22)*, cuyo objetivo es poner en práctica el concepto de eliminación en una acción concreta de detección intensificada ligada a la atención en cada caso de malaria. El DTI-R es un procedimiento para guiar la actuación y la cascada de acciones ante cada caso sospechoso de malaria. Se trata de una acción sistemática de detección y respuesta, una secuencia de acciones que se inician en la detección de un caso y que el equipo local aplica en el mínimo tiempo posible. El marco conceptual del DTI-R está ligado a la estratificación y propone que el número de casos (y no el IPA) sea el criterio para determinar los territorios donde debe ser imperativa la investigación y búsqueda reactiva de casos *(61)*. En la estrategia de expansión del acceso al DyT promovida como pilar principal de este Plan, el DTI-R es el protocolo que los puntos de atención deben seguir para garantizar la atención inmediata en cada caso e iniciar la cascada de acciones de respuesta correspondiente.

El concepto del DTI-R ha sido adoptado ampliamente en todos los países de Centroamérica, México y República Dominicana, mientras que en Haití y en los países endémicos de América del Sur (con excepción de Ecuador y Suriname *[62]*), el concepto aún debe ser promovido e incorporado, especialmente en los escenarios con bajo número de casos de *P. falciparum*, donde más urge su implementación. La aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* requiere que en zonas con muy pocos casos de esta especie o en ausencia de

transmisión, independientemente del nivel de transmisión de *P. vivax*, se adopten normativas que establezcan la obligatoriedad de una cascada de acciones de respuesta ante la detección de un caso *(36)*, entre ellas la investigación del caso, la búsqueda reactiva y la administración reactiva de medicamentos (ARM), e incluso, cuando sea pertinente, acciones de investigación de foco. Junto con mejores lineamientos técnicos, se proponen acciones de desarrollo de capacidades locales para analizar y comprender la situación, la dinámica del reservorio de *P. falciparum*, así como el riesgo de infecciones importadas y subpatentes, como elementos clave para organizar la acción en cada área en particular.

Actividades

Actividad	Tareas
2.4.1 Normas técnicas sobre acciones reactivas	▪ **Elaborar lineamientos técnicos que establezcan dónde y cuándo realizar la investigación obligatoria de casos**, la investigación de focos, la búsqueda reactiva de casos y la administración reactiva de medicamentos. Dichas disposiciones deben responder al concepto de eliminación subnacional de la malaria y a la meta de acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum*, y deben ser consistentes con los criterios sobre estratificación de riesgo. ▪ **Establecer lineamientos precisos para los equipos locales sobre las intervenciones reactivas**, como el rango de acción, uso de medicamentos (en acciones de administración reactiva de medicamentos, ARM), ciclos de búsqueda reactiva y definiciones de caso, entre otros.
2.4.2 Capacidad operativa para acciones reactivas	▪ **Dotar a los equipos locales de la logística para asegurar la implementación oportuna de las acciones de respuesta** indicadas en 2.4.1, así como su relación con capacidades transversales de alerta y respuesta en los territorios en riesgo en escenarios de eliminación, aceleración de eliminación de *P. falciparum* y prevención de restablecimiento a nivel subnacional. ▪ **Desarrollar capacidad técnica** a nivel local que permita a los equipos locales la autonomía necesaria para decidir e implementar las acciones con la oportunidad que requieren muchas de estas medidas. Se trata de complementar los lineamientos nacionales precisos con la capacidad local para interpretar el contexto.
2.4.3 Mecanismos de respuesta a brotes	▪ **Perfeccionar los procesos de vigilancia y respuesta a brotes** de malaria tanto en zonas endémicas como en contextos de prevención de restablecimiento, con énfasis en la detección temprana y la coordinación técnica y logística necesaria para el inicio de una respuesta oportuna.[16]

5.2.5 Vigilancia activa y vigilancia de riesgos

Esta intervención del Plan de Acción incluye un conjunto de acciones y mejoras estratégicas necesarias en los países para fortalecer la vigilancia activa de la malaria *(63, 64)*. Consta de diferentes medidas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, así como del uso de información de otras fuentes y sectores, todas ellas orientadas a acciones proactivas y de seguimiento de riesgos.

Algunas de las acciones en este componente deben adoptarse durante la práctica habitual de los equipos locales, como, por ejemplo, la organización de búsquedas proactivas de casos guiadas por el seguimiento de rumores u otras fuentes. Otras acciones, por el contrario, corresponden al nivel nacional o subnacional, como la vigilancia por

16 En este punto, el Plan no detalla las acciones específicas de respuesta a brote, dado que las tareas ampliamente descritas en las intervenciones de detección de casos (1.1-1.5), vigilancia activa y respuesta (2.1, 2.5) así como bajo las intervenciones colectivas de quimioprevención y control vectorial (3.1,3.2) abordan las distintas situaciones epidemiológicas, no solo situaciones epidemiológicamente estables, sino también brotes o activación de focos, eventos que son inherentes a la epidemiología de la malaria.

laboratorio con herramientas moleculares, que contribuyan a entender las dinámicas de transmisión en contextos de baja transmisión *(65)*. La interacción con otros sectores involucrados en aspectos de movilidad humana o actividades extractivas tiene distintos ámbitos de interacción en los países.

Las acciones de vigilancia sobre la movilidad de poblaciones en los países tienen especial importancia *(66)* y requieren acciones y comunicación entre los distintos niveles y con otros actores. A nivel local, se trata de desarrollar capacidades y prácticas sistemáticas para incorporar esa inteligencia sobre el movimiento de poblaciones a la operación contra la malaria. Estas dinámicas de población interna son particularmente relevantes en el contexto de la eliminación a nivel subnacional *(67)*.

Igualmente importantes son los aspectos de vigilancia activa en la población en condición de movilidad por fenómenos migratorios entre países, la población pendular en zonas de fronteras, como las comunidades indígenas, trabajadores agrícolas y de la minería del oro, y otras poblaciones en zonas fronterizas *(68)*. Las acciones en este aspecto de la vigilancia tienen, por tanto, aplicación especial en contextos de prevención de restablecimiento a nivel nacional *(69)* y en situaciones de malaria transfronteriza.

Los efectos del clima en la transmisión y las medidas necesarias para anticipar proactivamente sus implicaciones en las operaciones de control de malaria son también aspectos que deben cubrirse bajo esta intervención, con acciones relacionadas con el establecimiento de alianzas, canales y prácticas sistemáticas de intercambio de información y mecanismos para influir en el diseño de las operaciones.

Actividades

Actividad	Tareas
2.5.1 Información de otras fuentes	▪ **Implementar mecanismos efectivos para obtener y utilizar información de otras fuentes** distintas a los sistemas de vigilancia tradicionales (vigilancia basada en eventos), así como información no verificada, con un enfoque sistemático dirigido a identificar y notificar posibles eventos relevantes relacionados con la malaria. Esto incluye informes o rumores no verificados sobre movimientos de poblaciones localmente o entre distintas regiones en los países, movimientos transfronterizos de población, nuevas rutas, nuevos puntos de actividades extractivas como minería ilegal o mercado negro de antipalúdicos, que pueden indicar un mayor riesgo de malaria. ▪ **Establecer alianzas, canales y rutinas de información con otros sectores** como la minería, las agencias climáticas a nivel nacional, así como canales de comunicación y relaciones para el empoderamiento a nivel local de líderes, mineros y actores locales para compartir información sobre los aspectos descritos anteriormente. Promover la incorporación de dicha información en los procesos de estratificación de riesgos, adaptación subnacional y microplanificación en malaria.
2.5.2 Detección proactiva	▪ **Elaborar o actualizar lineamientos y normas técnicas para la ejecución de acciones de detección proactiva de casos** en contextos en eliminación, prevención de restablecimiento, zonas fronterizas, rutas de personas migrantes, así como en áreas en silencio epidemiológico en zonas endémicas. Abordar debidamente aspectos como las definiciones de caso y los métodos de diagnóstico y vincular estas acciones con los procesos de información definidos en 2.5.1. ▪ **Promover a nivel subnacional la planificación de las medidas de vigilancia proactiva**, en consonancia con las situaciones de riesgo y eventos previstos o detectados a nivel nacional o local (2.5.1). Establecer los mecanismos, equipos y la logística necesaria para implementar y hacer un seguimiento del cumplimiento de dichas acciones.

Actividad	Tareas
2.5.3 Vigilancia centinela y de laboratorio	▪ **Impulsar una estrategia de vigilancia centinela y de laboratorio** que permita a los países hacer el seguimiento de los riesgos biológicos, los aspectos parasitológicos y los cambios en el comportamiento clínico y epidemiológico de la malaria. Promover una acción colaborativa en red integrando a los ministerios de salud, los laboratorios nacionales de referencia, las instituciones académicas de los países con socios y las instituciones externas. ▪ **Establecer protocolos estandarizados** que incluyan aspectos clínicos y de laboratorio de fácil medición e implementación por los programas de malaria, así como el uso de herramientas como la amplificación del ácido nucleico y otros recursos de laboratorio disponibles.
2.5.4 Verificación subnacional	▪ **Establecer estrategias para verificar la eliminación subnacional** de la transmisión de la malaria y la vigilancia epidemiológica necesaria para prevenir la reintroducción de la transmisión (con énfasis en mantener zonas libres de malaria).

5.3 Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas para prevenir la transmisión o acelerar la eliminación

Bajo esta línea de acción se han agrupado las intervenciones que tienen un ámbito de aplicación colectivo y con un enfoque predominantemente preventivo (cuadro 4). Se trata de las acciones de quimioprevención y control vectorial. La vigilancia proactiva, si bien es una medida de carácter colectivo y que requiere la debida planificación, no está incluida en esta línea de acción por considerarla más próxima al concepto de vigilancia como intervención, que es donde se aborda. De forma similar, algunas acciones de control vectorial que pueden tener una connotación reactiva deben abordarse complementariamente a las acciones descritas en esas intervenciones de vigilancia.

A diferencia de la quimioprofilaxis, que se aplica en el contexto de la atención individual, las medidas de quimioprevención o quimioterapia preventiva son intervenciones poblacionales y, al igual que las medidas de control vectorial, requieren una estructura adecuada de recursos humanos, logística y procesos adecuados de planificación y evaluación con las comunidades.

La selección informada de las localidades y poblaciones beneficiarias es un elemento común que el Plan busca destacar en estos dos grupos de intervenciones. Este énfasis en la selección y priorización de situaciones no solo pretende optimizar los recursos y reducir los riesgos, limitando estas acciones a los escenarios que realmente lo requieran, sino también asegurar que no se está excluyendo de estas acciones a poblaciones que deberían poder beneficiarse de ellas.

El carácter condicional de las recomendaciones de OMS en quimioprevención *(31)* plantea la necesidad de un abordaje donde algunas de estas intervenciones (AMM) se implementen de forma controlada bajo decisión y planificación de los niveles nacionales con un enfoque basado en la generación de evidencias, mientras que otras medidas (ARM) deben implementarse con mayor autonomía de equipos locales adecuadamente capacitados.

Por otra parte, el objetivo del control vectorial es promover un concepto regional de optimización del control de vectores para la malaria que incluya la introducción de innovaciones y la evaluación de nuevas herramientas.

Como acciones colectivas, al igual que en el resto del Plan, las intervenciones bajo este tercer pilar tienen que contar con un importante componente de participación y aceptación por las comunidades.

Cuadro 4. Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas para prevenir la transmisión o acelerar la eliminación

3.1 Quimioprevención e intervenciones colectivas contra *Plasmodium vivax*		**9**
3.1.1	Marco normativo y grupo técnico	3
3.1.2	Identificación de situaciones	2
3.1.3	Diseño e implementación de intervenciones	2
3.1.4	Evaluación de impacto	2
3.2 Control de vectores: optimización de las intervenciones		**16**
3.2.1	Priorización de poblaciones y optimización de recursos	3
3.2.2	Adaptación de las intervenciones	3
3.2.3	Calidad de los productos y las intervenciones	4
3.2.4	Evaluación e implementación de nuevas herramientas	2
3.2.5	Vigilancia entomológica	3
3.2.6	Modificación del hábitat	1
Total de tareas		**25**

5.3.1 Quimioprevención e intervenciones colectivas contra *Plasmodium vivax*

Las intervenciones de quimioprevención son otro elemento de cambio en una estrategia regional que prioriza la eliminación del reservorio humano del parásito; sin embargo, el énfasis que los ministerios de salud en la Región otorguen a estas intervenciones en sus estrategias nacionales está limitado por el bajo nivel de evidencia y la condicionalidad de las recomendaciones de la OMS *(31)*. La preocupación por la capacidad operativa de los países para las acciones de quimioprevención, en un contexto donde existen otras prioridades y brechas, lleva a plantear un enfoque de implementación controlada. Se propone a los países desarrollar experiencias con intervenciones en situaciones seleccionadas que permitan la recolección de evidencia *(70, 71)*, para la elaboración de políticas, protocolos y lineamientos que posteriormente puedan promoverse a una mayor escala. Del mismo modo, los expertos de la Región han expuesto la necesidad de garantizar que la quimioprevención no sea entienda como una alternativa a las medidas para asegurar el acceso al DyT, que deben ser la intervención principal en todos los escenarios y también antes, durante y después de la quimioprevención.

En dicho contexto, en el 2022, tras la publicación de las recomendaciones de la OMS para la quimioprevención y las intervenciones en la fase final de eliminación *(31)*, la OPS propuso un marco técnico para guiar la implementación de acciones de quimioprevención en las Américas, basado en cinco componentes o fases que se desarrollan bajo el liderazgo del ministerio de salud en cada país: 1) identificar las poblaciones y situaciones concretas que pueden beneficiarse de intervenciones de quimioprevención; 2) diseñar la intervención para cada contexto; 3) asegurar la intervención básica de DyT; 4) implementación como tal de la intervención (con participación comunitaria, farmacovigilancia y logística necesaria); y 5) evaluación de impacto, coberturas y desempeño de la operación.

El predominio de *P. vivax*, las preocupaciones sobre el uso de la cura radical en la quimioprevención y la baja residualidad que puede tener la administración masiva de medicamentos o administración selectiva de medicamentos sin uso de 8-aminoquinolinas es uno de los desafíos de la implementación de la quimioprevención en contextos de transmisión por esta especie. En el caso de la malaria por *P. falciparum*, los desafíos tienen que ver con preocupaciones sobre el riesgo de resistencia a los antimaláricos y la dificultad para disponer de tratamientos de segunda línea de derivados de artemisinina en la Región. A esos aspectos técnicos se suman las limitaciones logísticas y la limitada capacidad de los equipos locales en algunos contextos. Otros aspectos, como la

inflexibilidad de las normas,[17] han obstaculizado intervenciones como la administración reactiva de medicamentos en algunos contextos.

Forma parte también de esta intervención estratégica, en lo que respecta a *P. vivax*, la necesidad de acelerar la evaluación e implementación de intervenciones colectivas dirigidas a reducir el reservorio en portadores de hipnozoítos *(72)*, ya sea a través del uso de serología *(14)* o de registros epidemiológicos.

Con todo lo anterior, el Plan presenta acciones para implementar un marco técnico que oriente las intervenciones de quimioprevención, al tiempo que aborda los desafíos mencionados. Se incluyen tareas que corresponde implementar principalmente al nivel nacional en cada país y que, por el carácter innovador de estas intervenciones, constituyen una importante oportunidad para la cooperación técnica y el apoyo de socios estratégicos y las instituciones académicas.

Actividades

Actividad	Tareas
3.1.1 Marco normativo y grupo técnico	▪ **Establecer grupos de expertos o instancias consultivas** a nivel regional y de los países para guiar a los ministerios de salud en la toma de decisiones sobre las acciones de quimioprevención, incluidos la elaboración de la normativa, la identificación de situaciones y el diseño de las intervenciones, así como decisiones sobre los antimaláricos que se utilizarán (1.6.1). ▪ **Actualizar el marco normativo de la eliminación de la malaria** a nivel de los países para incluir las acciones de quimioprevención entre las medidas para acelerar la eliminación y prevenir el restablecimiento de la transmisión. La normativa debe enfatizar las indicaciones precisas de la quimioprevención con base en la evidencia disponible *(31)* y establecer un papel complementario de estas acciones con respecto a la intervención principal de diagnóstico, tratamiento y respuesta. El marco normativo también debe establecer las distintas competencias de los niveles frente a cada intervención, proporcionando, por ejemplo, autonomía a los equipos locales con respecto a la ARM, mientras se supeditan las acciones de AMM o ASM a análisis y decisiones de niveles superiores. ▪ **Establecer protocolos genéricos a nivel nacional** que sirvan de guía para el diseño y planificación de las intervenciones específicas de quimioprevención (AMM, ASM) en las situaciones que los ministerios de salud prioricen (3.1.2). Establecer también lineamientos para guiar a los equipos locales en los procedimientos de ARM. Desarrollar protocolos para intervenciones colectivas dirigidas a reducir el reservorio en portadores de hipnozoítos, mediante el uso de serología o registros epidemiológicos.
3.1.2 Identificación de situaciones	▪ **Identificar a nivel de cada país las situaciones concretas que deban ser objeto de intervenciones de quimioprevención**, según las recomendaciones actuales de la OMS del 2022 *(31)*. Establecer un mecanismo para identificar oportunamente y analizar periódicamente las situaciones con los niveles técnicos del programa de malaria en el territorio. Considerar también las situaciones que puedan requerir intervenciones colectivas en potenciales portadores de hipnozoítos. ▪ **Analizar y decidir sobre la implementación de acciones tipo AMM o ASM:** documentar debidamente las respectivas situaciones candidatas a quimioprevención y analizar con la instancia técnica establecida a nivel nacional para decidir sobre las acciones y un plan de implementación.

17 La implementación rígida de normas como la administración de tratamiento bajo observación directa ha limitado esta intervención en contextos de administración reactiva de medicamentos a trabajadores agrícolas, precisamente en situaciones de transmisión exclusiva de malaria por *P. falciparum* donde la intervención estaría plenamente indicada.

Actividad	Tareas
3.1.3 Diseño e implementación de intervenciones	▪ **Planificar las intervenciones específicas de quimioprevención** mediante la conformación de grupos de trabajo técnico que se integren al nivel operativo local correspondiente, así como con expertos y actores clave de las comunidades beneficiarias para el diseño meticuloso de cada intervención. Prestar especial atención a decisiones sobre el uso de 8-aminoquinolinas en intervenciones contra *P. vivax*, así como aspectos de adherencia y farmacovigilancia y, en general, a diseñar la intervención con base en una clara comprensión de la epidemiología local y las dinámicas de transmisión en la zona. ▪ **Implementar las intervenciones de quimioprevención** de forma que se sigan los protocolos establecidos y se disponga del personal de campo y la logística necesarios. Destacar el aspecto de aceptación comunitaria antes de decidir la implementación de las acciones y adoptar medidas con las comunidades y sus líderes para lograr las coberturas y la adherencia esperada.
3.1.4 Evaluación de impacto	▪ **Velar desde el nivel nacional por la debida recolección de información durante las intervenciones de quimioprevención** e implementar un plan de análisis con metodologías de evaluación como las series de tiempo interrumpidas u otros abordajes que permitan triangular las diferentes evidencias para concluir sobre el impacto de la intervención en la transmisión.[18] ▪ **Buscar asociación con instituciones académicas nacionales o socios externos** para apoyar a los ministerios de salud en las evaluaciones de las intervenciones de quimioprevención con miras a documentar la evidencia que sirva para la formulación de políticas de quimioprevención de la malaria para la Región.



18 En el 2024, la OPS, en una colaboración con PATH, desarrolló un documento técnico para orientar a los países en la evaluación de las intervenciones de quimioprevención. Dadas las limitaciones de las evaluaciones en contextos operativos y los desafíos añadidos en la evaluación de impacto en contextos de muy baja transmisión, el abordaje, que forma parte del marco de trabajo de la OPS en quimioprevención, propone un enfoque basado en un marco de plausibilidad, utilizado diseños de evaluaciones no aleatorizadas para generar evidencia que oriente la toma de decisiones.

5.3.2 Control de vectores: optimización de las intervenciones

Para afrontar los actuales desafíos de la malaria en las Américas se requiere un enfoque renovado de control vectorial que complemente los esfuerzos en curso para ampliar el acceso al DyT y otras intervenciones orientadas principalmente a la reducción y eliminación de la infección humana. La limitada cobertura de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) y del rociado residual intradomiciliario en municipios con alta incidencia de malaria contrasta con la asignación de recursos en intervenciones no respaldadas por la evidencia, como las aplicaciones espaciales de insecticidas (*fogging*) o el uso de larvicidas de forma irregular en operaciones con escasa sostenibilidad técnica y programática.

En respuesta a esta situación, el Plan propone el concepto de optimización del control de vectores de la malaria, cuyo propósito es incrementar la costo-efectividad y el impacto de las inversiones en control vectorial en la reducción de la transmisión, orientar acciones a poblaciones que las requieren y limitar intervenciones no indicadas que implican alto costo a los programas.

En consonancia con el concepto de optimización del control vectorial se proponen acciones para dirigir los esfuerzos de vigilancia entomológica para contribuir a la evaluación y toma de decisiones de intervenciones, la priorización de acciones de vigilancia según estratos de riesgo y la integración con otras ETV para promover soluciones estructurales en este campo. Se proponen también acciones para responder a desafíos relacionados con cambios en las poblaciones de vectores y sus dinámicas, entre los que destaca el fenómeno de introducción de *Anopheles darlingi* en el Darién panameño *(15)* y la alerta sobre la presencia de *A. stephensi* en África *(73)* como ejemplos de eventos de riesgo que merecen la mayor atención desde la vigilancia entomológica en la Región.

La optimización del control vectorial en malaria se estructura en torno a cuatro aspectos:

1. **Priorizar** las poblaciones beneficiarias expuestas a transmisión intradomiciliaria y que tengan alta aceptación de las intervenciones.
2. **Adaptar** las intervenciones al contexto epidemiológico, entomológico y operacional local.
3. **Asegurar** la calidad en los productos y en la implementación de las acciones de control vectorial.
4. **Introducir** nuevas herramientas, como los repelentes espaciales, con amplia aceptación comunitaria.

Se propone a los países implementar la optimización del control vectorial a través de cuatro actividades estratégicas y 12 tareas que se describen a continuación. Las tareas propuestas son mayoritariamente para los niveles nacionales e intermedios de los programas de malaria, pero constituyen una oportunidad para la cooperación con las instituciones académicas y los socios técnicos. El marco que se propone es un concepto técnico que debe desarrollarse y que es, por tanto, una invitación a una construcción conjunta con los países y socios.

Los desafíos de la vigilancia entomológica se abordan mediante tres tareas que complementan otras acciones de entomología incluidas en la evaluación y optimización de las intervenciones. Comprenden medidas orientadas al fortalecimiento integral de las capacidades nacionales en entomología. Se incluye una actividad adicional específica para impulsar acciones intersectoriales y multidisciplinarias de modificación del hábitat (criaderos de mosquitos), particularmente relevante en contextos urbanos y periurbanos con transmisión de malaria.

Actividades

Actividad	Tareas
3.2.1 Priorización de poblaciones y optimización de recursos	▪ **Adoptar, a nivel nacional, criterios más funcionales para la priorización de las poblaciones beneficiarias de las intervenciones** con MTILD o RRI. Los criterios deben ser de fácil aplicación, a partir de los datos epidemiológicos y de contexto disponibles a nivel local. Se considerará focalizar las acciones en localidades que cumplan dos criterios: 1) evidencia epidemiológica (o de otro tipo) de transmisión intradomiciliaria y 2) alta aceptación comunitaria de las intervenciones.[19] La información entomológica (especies de vectores, comportamiento, estatus de resistencia) disponibles, pueden complementar el análisis para la priorización. ▪ **Establecer prácticas sistemáticas de análisis de información para identificar situaciones prioritarias:** mediante análisis periódicos de las bases de datos, identificar situaciones que no se ajusten a la priorización: 1) poblaciones prioritarias que no están cubiertas por intervenciones de control vectorial o 2) poblaciones no prioritarias que sean objeto de acciones de control vectorial. Estos análisis se acompañarán de mecanismos de verificación, análisis de contexto y retroalimentación entre los niveles nacional, departamental y local. ▪ **Promover evaluaciones periódicas del costo de las intervenciones** de control vectorial con el fin de optimizar el uso de los recursos y desincentivar las medidas no recomendadas para malaria, como las aplicaciones espaciales de insecticidas (*fogging*) o el uso de larvicidas en contextos sin indicación técnica. Asimismo, fomentar la difusión de la evidencia científica sobre el uso de aplicaciones espaciales (*fogging*) y larvicidas.
3.2.2 Adaptación de las intervenciones	▪ **Identificar aspectos críticos y deficiencias recurrentes en las campañas de MTILD y RRI implementadas:** establecer, con este fin, un mecanismo que involucre al personal de campo y a expertos. Este análisis abordará elementos relacionados con las estrategias de distribución y la reposición de MTILD y considerará aspectos como la estacionalidad, con el fin de realizar adaptaciones locales que optimicen costos y recursos, y que incrementen la aceptación comunitaria. A partir de estos análisis, se actualizarán las orientaciones técnicas nacionales. ▪ **Adaptar y seleccionar las intervenciones de control vectorial según el contexto local** y con elementos de la estratificación de riesgo. Incorporar este aspecto como parte del concepto de optimización, evitando enfoques únicos para todas las zonas endémicas. Las estrategias deberán ajustarse a la realidad epidemiológica, entomológica, operativa y sociocultural de cada territorio. Incluir además medidas consideradas complementarias, como el control de fuentes larvarias en situaciones específicas. ▪ **Valorar debidamente los aspectos de aceptación y preferencias de las comunidades** en los procesos de selección y adquisición de productos. Utilizar información confiable sobre la aceptación, el uso y las preferencias sobre los MTILD (y RRI cuando sea pertinente), junto con la información entomológica (resistencia a insecticidas), en dichos procesos. Asimismo, discutir con expertos nacionales estrategias que incentiven prácticas de protección personal, como el uso de mosquiteros no impregnados con insecticidas y otras medidas, que pueden complementarse con nuevas herramientas dentro del enfoque de optimización del control vectorial.

19 Las experiencias de los países en la implementación de las intervenciones de control vectorial, en especial de los MTILD, coinciden en señalar la necesidad de valorar debidamente la aceptación de la medida por parte de las comunidades antes de emprender acciones que pueden no alcanzar las coberturas y el nivel de uso deseado.

Actividad	Tareas
3.2.3 Calidad de los productos y las intervenciones	▪ **Implementar acciones para asegurar la calidad de los MTILD y RRI durante todas las fases del proceso** (adquisición, almacenamiento, transporte, distribución e instalación/aplicación). Se incluye también la realización de controles de calidad previos y posteriores al embarque de los productos, siguiendo las orientaciones técnicas de las normativas nacionales o las recomendaciones de la OMS. ▪ **Fortalecer e incentivar el uso de los mecanismos regionales de compra** (Fondo Estratégico de la OPS) para la adquisición de productos de control vectorial (MTILD, RRI, repelentes espaciales) con la participación de proveedores que cumplan con los estándares de precalificación de la OMS y con los controles de calidad necesarios. Promover medidas como la agregación de la demanda para lograr economías de escala y consolidar acuerdos con proveedores. ▪ **Implementar medidas dirigidas a asegurar la calidad de las intervenciones de control vectorial** mediante el cumplimiento de procedimientos y de coberturas adecuadas, acompañadas de mecanismos sólidos de supervisión y evaluación operativa. Las actividades incluirán la verificación in situ, el cumplimiento de protocolos y la adecuada capacitación. ▪ **Implementar metodologías simplificadas para el seguimiento de las intervenciones**, incluidas evaluaciones sistemáticas del uso, tenencia y durabilidad de los MTILD. A partir de los hallazgos, se desarrollarán acciones correctivas orientadas a reducir deficiencias recurrentes, como los problemas asociados al lavado o mantenimiento de los mosquiteros, con el fin de preservar su vida útil y eficacia biológica.
3.2.4 Evaluación e implementación de nuevas herramientas	▪ **Promover el desarrollo, evaluación e implementación de nuevas herramientas** y enfoques de control vectorial para hacer frente a desafíos como las picaduras de vectores en exteriores, los cambios en los comportamientos vectoriales y la movilidad poblacional. Facilitar, con este fin, la cooperación con donantes, socios técnicos y otros actores estratégicos. Impulsar la evaluación de herramientas innovadoras, como los repelentes espaciales, así como la complementariedad de las innovaciones con otras medidas de control vectorial. ▪ **Desarrollar acciones interinstitucionales para acelerar los procesos regulatorios de registro y adopción de nuevos productos** y tecnologías que puedan desempeñar un papel clave en la optimización del control vectorial de la malaria.
3.2.5 Vigilancia entomológica	▪ **Impulsar el desarrollo de los equipos técnicos y de la red de laboratorios necesarios para la vigilancia entomológica de la malaria** con un enfoque de optimización de recursos y procesos en concordancia con los planes y estrategias de otras enfermedades transmitidas por vectores (EGI-Arbovirosis). Se propone priorizar las inversiones que contribuyan directamente a la toma de decisiones en las intervenciones. ▪ **Priorizar las acciones esenciales de vigilancia entomológica según los estratos de riesgo de transmisión de malaria:** estas acciones incluirán, entre otras, el seguimiento sistemático de la resistencia de los vectores a los insecticidas utilizados y la evaluación periódica de la efectividad de los productos aplicados. ▪ **Planificar acciones especiales para la detección de especies invasoras** (*Anopheles stephensi*) o desafíos prioritarios en la distribución de especies (*A. darlingi* en Centroamérica).
3.2.6 Modificación del hábitat	▪ **Promover acciones y alianzas multisectoriales y multidisciplinarias** dirigidas a la implementación de intervenciones de modificación y manejo de hábitats de los vectores de la malaria, cuando estén indicadas. Estas acciones se considerarán especialmente en entornos urbanos y periurbanos. Su planificación se realizará articulando los sectores de salud, ambiente, agua y saneamiento, infraestructura y planificación territorial.

5.4 Línea estratégica 4. Gobernanza, financiamiento y alianzas

Los cambios hacia la expansión del acceso al DyT y el resto de las acciones promovidas en las otras tres líneas estratégicas o pilares de intervenciones requieren múltiples elementos de decisión política, coordinación, financiamiento y alianzas estratégicas. Los elementos de soporte en este Plan están incluidos en una línea de acción organizada en tres grupos de elementos complementarios (cuadro 5), y que en conjunto proporcionan el soporte para los tres pilares de intervenciones: 1) gobernanza multinivel, 2) financiamiento y recursos humanos y 3) alianzas y colaboraciones. La Iniciativa Regional de Eliminación de Enfermedades de la OPS *(25)* es uno de los principales marcos de referencia para abordar los aspectos de gobernanza de este Plan regional. Tres de las líneas de acción de la Iniciativa se relacionan con los aspectos de gobernanza que el Plan pretende abordar en este elemento. En este sentido, el Plan plantea, desde la OPS, una gestión interprogramática para orientar a los países hacia soluciones integrales a los desafíos.

Cuadro 5. Línea estratégica 4. Elementos de soporte y actividades

4.1 Gobernanza (intrasectorialidad/intersectorialidad)	**17**
4.1.1 Compromiso político	3
4.1.2 Planes nacionales	2
4.1.3 Eliminación subnacional	3
4.1.4 Gobernanza multinivel	2
4.1.5 Comités asesores	1
4.1.6 Coordinación y alianzas intersectoriales	4
4.1.7 Comunicación social	2
4.2 Financiamiento y recursos humanos para la eliminación de la malaria	**7**
4.2.1 Financiamiento	4
4.2.2 Recursos humanos	3
4.3 Alianzas, colaboración entre países, asociación y trabajo en red	**9**
4.3.1 Colaboración entre países	2
4.3.2 Socios con ámbito de acción nacional	3
4.3.3 Colaboración en investigación	3
4.3.4 Alianzas para el acceso a insumos e innovación	1
Total de tareas	33

5.4.1 Gobernanza (intrasectorialidad/intersectorialidad)

En este elemento de gobernanza se incluyen acciones relacionadas con el liderazgo político a nivel nacional, así como la convocatoria a múltiples actores, instancias políticas de niveles subnacionales e instancias legislativas[20] para unir esfuerzos en torno a los planes nacionales de eliminación de la malaria. Entre otros aspectos, se aborda la convocatoria a distintos actores nacionales mediante la conformación de comités de eliminación, así como la

20 Un antecedente importante es la Iniciativa Frente Parlamentario para la Malaria (FPEMA) del 2025 en Brasil *(74)*, creado en el ámbito del Congreso Nacional con el objetivo principal de promover, apoyar y desarrollar iniciativas legislativas y acciones dirigidas a la eliminación de la malaria en la región amazónica de Brasil. Se espera que dicha iniciativa inspire a otros países en la articulación de los agentes públicos junto con la sociedad para garantizar la eliminación de la malaria y fomentar la movilización social.

articulación del sector de la salud con otros sectores, tan importante en contextos donde la malaria está asociada a actividades económicas como la minería del oro y la agricultura.

En un contexto de descentralización de funciones de la salud pública, como ocurre en todos los países endémicos de malaria de las Américas, la coordinación entre los niveles de gestión (nacional, intermedio y local) así como entre los actores en un mismo nivel es un elemento principal para organizar la intervención contra la malaria. La gobernanza multinivel, en este sentido, incluye la integración vertical y horizontal y es necesaria para permitir la elaboración de políticas eficaces, la articulación entre los programas de malaria y los servicios de salud y el liderazgo cohesivo por parte de —y entre— todas las esferas de gobernanza.

Se ha incluido bajo la gobernanza un componente de comunicación social con miras a concienciar a la sociedad, a distintos actores y a las poblaciones que residen en zonas endémicas sobre los objetivos de eliminación en los países y a colocar la cuestión de la eliminación en un plano de debate más público, a la vez que se empodera a las comunidades afectadas.



Actividades

Actividad	Tareas
4.1.1 Compromiso político	▪ **Hacer un llamado a la acción política para asumir el desafío de la eliminación de la malaria en la Región** y a establecer cambios estratégicos y alcanzar logros epidemiológicos significativos para el año 2030. Con el marco de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades y los otros marcos superiores de política de referencia en este Plan, convocar a todas las partes interesada en la Región y de cada país, incluidas las comunidades afectadas, a una acción conjunta para eliminar la enfermedad de las Américas. Promover alianzas del sector legislativo tomando como ejemplo la iniciativa que en Brasil ha creado el Frente Parlamentario para la Eliminación de la Malaria en la Amazonia (FPEMA) *(74)* ▪ **Visibilizar debidamente la afectación por malaria en las poblaciones afectadas**, sus nexos con actividades económicas y con otros aspectos del contexto político y las ventajas económicas y políticas de eliminar la enfermedad, por ejemplo, para el sector turístico. ▪ **Asumir el desafío de acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum*** con metas ambiciosas para el 2030. Adoptar, en cada país con transmisión de P Falciparum, las intervenciones concretas especificadas en los tres pilares estratégicos de este Plan.
4.1.2 Planes nacionales	▪ **Establecer, a nivel de cada país, la plataforma política y estratégica necesaria para un cambio en las acciones** hacia la eliminación de la malaria. Los marcos políticos y estratégicos que los países de la Región han sido llamados a configurar con el fin de abordar las metas propuestas en la Iniciativa Regional de Eliminación de Enfermedades de la OPS constituyen un elemento clave en la formulación y actualización de este entorno de gobernanza nacional para la eliminación de la malaria. ▪ **Formular y hacer el seguimiento de la implementación de planes nacionales de eliminación de la malaria** en los países endémicos o planes de prevención de restablecimiento de la transmisión de malaria en los países que han logrado la certificación de la eliminación, países receptivos no endémicos y países con interrupción de transmisión en camino a la certificación.
4.1.3 Eliminación subnacional	▪ **Establecer un marco político y técnico e incentivos que estimulen a los tomadores de decisiones y autoridades políticas y de salud a nivel subnacional** a emprender acciones para la eliminación de la malaria y prevenir el restablecimiento de la transmisión en sus territorios. Promover la eliminación subnacional como mecanismo capaz de impulsar acciones locales, premiar y destacar los logros, lo que a su vez fomenta más esfuerzos y decisiones políticas a nivel local y nacional. Desarrollar una estrategia de comunicación para las autoridades y actores locales sobre estos elementos y sobre las ventajas y la factibilidad de eliminar la malaria. ▪ **Difundir y socializar debidamente con los niveles subnacionales sensibilizados el marco técnico de eliminación de la malaria a nivel subnacional**, que incluye los desarrollos descritos en 1.3, 2.1 y 2.5 (microplanificación, estratificación, adaptación subnacional, verificación subnacional de la eliminación y prevención de restablecimiento a nivel subnacional). Incluir estos aspectos en la estrategia de comunicación mencionada en el punto anterior. ▪ **Hacer un llamado nacional a la acción a los actores políticos subnacionales para acelerar la eliminación de la malaria por *P. falciparum*** según el marco técnico descrito (expansión del DyT, microplanificación, acciones aceleradoras reactivas, prevención del restablecimiento).

Actividad	Tareas
4.1.4 Gobernanza multinivel	▪ **Liderar desde los niveles nacionales esfuerzos para una acción coordinada de integración horizontal** donde se complementen y fortalezcan los roles de los distintos actores del sistema de salud responsables de la respuesta en el nivel nacional, intermedio y local. La integración horizontal debe enfatizar la coordinación y sintonización de políticas, estrategias y actividad con las áreas de servicios de salud, epidemiologia, medicamentos, red de laboratorios y salud indígena, entre otras, en los ministerios de salud y niveles subnacionales. La conformación de grupos funcionales interprogramáticos a nivel nacional, integrando la acción de las distintas dependencias de los ministerios de salud involucradas, debe ser un paso inicial en este sentido. ▪ **Promover, desde los niveles nacionales, acciones para la coordinación y gobernanza vertical**, que debe considerar la adecuada definición, observancia y complementariedad en los roles de los distintos niveles del sector de la salud responsables de la eliminación de la malaria.
4.1.5 Comités asesores	▪ **Impulsar e incentivar la conformación de comités nacionales para la eliminación de la malaria** y los respectivos grupos consultivos a nivel regional o subregional (por ejemplo en el Escudo Guyanés) para guiar las estrategias y apoyar a los ministerios de salud en la toma de decisiones y respaldar los cambios en política necesarios para eliminar la malaria. A nivel de país los comités nacionales son al mismo tiempo un mecanismo de convocatoria e invitación a los actores interesados en conformar un frente común para eliminar la malaria y también un apoyo técnico para las decisiones de los ministerios de salud.
4.1.6 Coordinación y alianzas intersectoriales	▪ **Propiciar y fomentar la colaboración para una acción conjunta entre los ministerios de salud con otros sectores y actores públicos y privados** relacionados con las actividades económicas que facilitan la transmisión de la malaria (minería, agricultura, energía, turismo) o con agencias y actores no gubernamentales que apoyen acciones de mitigación de la afectación de las comunidades. ▪ **Establecer e implementar regulaciones nacionales que establezcan la obligatoriedad de los proyectos de infraestructura**, industria extractiva u otro tipo de inversiones públicas o privadas, a destinar financiamiento para mitigar los efectos directos e indirectos en salud en las poblaciones afectadas por la malaria. Establecer alianzas que propicien dicha inversión como parte de procesos de licenciamiento ambiental *(75) (76)*, responsabilidades de salud ocupacional o de iniciativas de responsabilidad social de empresas con inversiones en territorios endémicos de malaria. ▪ **Promover acciones de gestión intersectorial a nivel local** incentivando la aproximación de los equipos locales de salud y autoridades locales a otras instancias del sector público y con actores formales o informales vinculados a actividades económicas o sociales que facilitan la transmisión de la malaria (minería legal o informal, fincas, otra industria extractiva, iglesias, etc.). ▪ **Incentivar el apoyo financiero a soluciones concretas de infraestructura u obras públicas** en situaciones que condicionen la perpetuación de la malaria en focos de alta carga, en particular obras de ingeniería para la modificación del hábitat en criaderos de mosquitos que estén condicionando la transmisión, especialmente en malaria urbana.

Actividad	Tareas
4.1.7 Comunicación social	▪ **A nivel nacional, desarrollar una estrategia de comunicación** con énfasis en el área endémica, dirigida a informar a la población general sobre el objetivo de eliminar la malaria y el estatus del país. Forma parte del mensaje comunicacional concienciar a las comunidades endémicas sobre la perspectiva de vivir sin malaria. En este sentido, es necesario incorporar los elementos que sean precisos para la comunicación con las comunidades indígenas y otras poblaciones afectadas. La estrategia de comunicación debe servir además para el llamado a la gestión intersectorial y conformación de alianzas, así como a aspectos de la gobernanza multinivel. En situaciones de muy baja transmisión y prevención de restablecimiento las acciones deben incluir información pertinente en puntos de entrada y con poblaciones en riesgo de importar malaria. ▪ **A nivel local, promover acciones para concientizar a la población local** sobre el objetivo de la eliminación, enfatizando la detección temprana y rutas concretas de atención. De igual forma instaurar mecanismos para retroalimentar a la población afectada sobre los avances en la reducción de casos mediante los medios disponibles a nivel local *(77)*[21] o mediante el uso de redes sociales.

5.4.2 Financiamiento y recursos humanos para la eliminación de la malaria

En un contexto mundial de reducción del financiamiento para la lucha contra la malaria, los esfuerzos en la Región deben dirigirse especialmente hacia soluciones sostenibles para garantizar el financiamiento local y buscar la integralidad y optimización de la inversión en los territorios endémicos, bajo marcos de política superiores, como la adopción de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades de la OPS.

Los aspectos de financiamiento tienen como marco las cifras reportadas en el 2024 por los países como financiamiento para la malaria. En ese año, los recursos totales destinados al control y la eliminación de la malaria disminuyeron de USD 233,3 millones en el 2015 a USD 210,4 millones (un 9,8% menos) en el 2024. También se observó una reducción significativa en la contribución del financiamiento nacional, que pasó del 87,5% al 69,4% en los mismos años. Este descenso sugiere la dependencia en algunos países de fuentes externas de financiamiento y destaca la necesidad de fortalecer las contribuciones nacionales sostenibles. En ese contexto, los elementos de financiamiento abordados en las tareas propuestas incluyen también considerar las lecciones aprendidas de experiencias con mecanismos novedosos como la financiación combinada para financiar la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la República Dominicana o la participación conjunta del sector minero formal (Suriname), así como las regulaciones en Brasil que establecen la inversión en salud en proyectos de desarrollo en la Amazonia.

21 El malariómetro es una herramienta de concienciación social, instaurado en algunos municipios brasileños, que tiene por objeto la transparencia de los datos epidemiológicos y ofrecer a la población información actualizada sobre las cifras de la malaria en sus municipios.

Actividades

Actividad	Tareas
4.2.1 Financiamiento	▪ **Fortalecer la capacidad financiera**, actualmente limitada, en varios niveles de los programas de malaria y en los sistemas de salud de las áreas afectadas. Aumentar (o, como mínimo, estabilizar) la financiación nacional para la malaria. ▪ **Promover alianzas y mecanismos de financiamiento** con instituciones financieras y organizaciones que fomenten el desarrollo social y en salud para identificar soluciones sostenibles frente a las brechas en el financiamiento local para las acciones de eliminación de la malaria. ▪ **Promover un presupuesto en malaria consistente con los principios de cambio asumidos en este Plan**, priorizando pragmáticamente líneas de financiamiento relacionadas con la esencia de la expansión del DyT, incluyendo nuevos rubros que hasta ahora no hacen parte de líneas presupuestarias. La dotación con todos los elementos necesarios a la red de agentes y colaboradores comunitarios, los costos de telefonía de dichos agentes y otros costos de salud móvil y la logística para la supervisión de dichas redes, son ejemplo de rubros que deberían ser priorizados. ▪ **Establecer mecanismos para canalizar hacia la salud pública financiamiento de los beneficios financieros de la industria extractiva**, especialmente la minería del oro y otras actividades económicas asociadas con la transmisión de la malaria, o de sectores como el turismo, que puede beneficiarse de la eliminación de la enfermedad.
4.2.2 Recursos humanos	▪ **Encontrar soluciones financieras y administrativas al problema del desmantelamiento de las estructuras técnicas y operativas de los equipos de malaria**, que se han visto afectados por los desafíos financieros y administrativos que enfrentan los programas de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y a la mayor prioridad otorgada a otras ETV como las enfermedades arbovirales. ▪ **Desarrollar planes de formación de talento humano para garantizar el recambio generacional y la transferencia de conocimientos** en malariología y gestión de programas de malaria, incluido el establecimiento de alianzas con la participación de las instituciones académicas y otros actores, así como la incorporación de elementos de disciplinas como la ciencia de la implementación y otros enfoques que proporcionen herramientas para incidir en el funcionamiento de los programas de malaria en campo. ▪ **Velar por soluciones de política de recursos humanos para asegurar el mantenimiento y fortalecimiento de posiciones de nivel técnico gerencial** con la dedicación, perfil técnico y jerarquía adecuada en los niveles nacional y subnacional a cargo de guiar la eliminación de la malaria.

5.4.3 Alianzas, colaboración entre países, asociación y trabajo en red

La asociación y coordinación entre países y con socios técnicos, donantes y, en general, entre todos los actores regionales y mundiales interesados en la eliminación de la malaria en las Américas, debe ser uno de los principales aspectos distintivos y el valor agregado de este marco regional de acciones contra la malaria para el período del 2026 al 2030. En este sentido, se promueve que la acciones para el fomento de esta colaboración formen parte de las tareas de todos los involucrados en este marco de acción, así como su vinculación con los entornos de alianzas a nivel global (RBM Partnership to End Malaria, *The Big Push Against Malaria*).

Sin pretender reducir las valiosas contribuciones y comentarios sobre este tema aportados por los países y los socios durante el proceso de consulta, se han agrupado las tareas bajo este elemento de soporte en cuatro actividades que se complementan y que están estrechamente relacionadas con los contenidos de los tres pilares.

Se proponen acciones para la implementación de un modelo de colaboración en malaria que integre las capacidades de socios técnicos, las instituciones académicas y donantes hacia el apoyo a los ministerios de salud. La colaboración en investigación debe ser un contenido de esas asociaciones, donde se aproximen los esfuerzos desde la academia y donantes con las prioridades de los programas de malaria. Promover investigación operativa como un elemento central para la adopción de las innovaciones y cambios y para la transformación de evidencias en políticas.

Destaca de igual forma el llamado a establecer alianzas subregionales y un trabajo binacional *(78)* sobre desafíos concretos de la malaria transfronteriza *(5, 79)*, que, como se ha demostrado en diversos escenarios, puede constituirse para algunos países en el último obstáculo final hacia la eliminación y en el principal desafío de la prevención del restablecimiento.

Actividades

Actividad	Tareas
4.3.1 Colaboración entre países	▪ **Fomentar y desarrollar acciones colaborativas entres países para la eliminación de la malaria y la prevención del restablecimiento**, incluidos acuerdos binacionales y el abordaje de riesgos comunes en la malaria transfonteriza, en el contexto de iniciativas subregionales para escenarios como el Escudo Guyanés, Hispaniola, la cuenca amazónica y Mesoamérica. ▪ **Mantener y crear canales de comunicación efectivos y mecanismos funcionales de intercambio de información** para hacer el seguimiento de las situaciones de riesgo en la malaria transfronteriza y responder oportunamente a ellas. Establecer, desde los niveles nacionales, los mecanismos para facilitar y estimular el intercambio de datos epidemiológicos y operativos relevantes sobre la malaria transfronteriza entre los equipos locales. Perfeccionar de igual forma los procedimientos para compartir información a nivel nacional.
4.3.2 Socios con ámbito de acción nacional	▪ **Desarrollar y promover mecanismos de colaboración entre socios técnicos, donantes, instituciones financieras, agencias, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales, iniciativas globales** (como *Big Push Against Malaria*) en apoyo a los gobiernos nacionales, para hacer un frente común hacia la eliminación de la malaria en las Américas. ▪ **En coordinación con socios técnicos, desarrollar hojas de ruta sobre los procesos a nivel regional (OPS) y a nivel de los países** para la incorporación de innovaciones y nuevas tecnologías o la adopción de recomendaciones de política en temas prioritarios que requieran generación de evidencia o despliegue controlado, como la cura radical en *P. vivax*, quimioprevención e innovaciones en diagnóstico y control vectorial. Abogar, de esta forma, por la integración y la complementariedad de esfuerzos y capacidades de los socios externos y los países en hojas de ruta comunes a fin de hacer frente a desafíos nacionales y regionales. ▪ **Trabajar en el perfeccionamiento de modelos de cooperación en el terreno para la complementariedad de proyectos** e iniciativas de apoyo de socios técnicos y donantes que tengan un ámbito de acción local.

Actividad	Tareas
4.3.3 Colaboración en investigación	▪ **Promover asociaciones, alianzas y mecanismos de colaboración** con los países, instituciones académicas, socios técnicos e instancias nacionales que promueven la investigación sobre la malaria y con donantes, a fin de orientar los esfuerzos en investigación hacia las prioridades de la eliminación, incluidos la comprensión de las dinámicas de transmisión, evaluaciones operativas de innovaciones, evaluación de impacto de intervenciones y la vigilancia de riesgos biológicos. ▪ **Establecer hojas de ruta para la generación de evidencias clave y construcción de recomendaciones para cambios en política** hacia la eliminación de la malaria en las Américas. Conectar estas hojas de ruta con las colaboraciones y alianzas en investigación. ▪ **Impulsar una red de colaboración para la vigilancia laboratorial en malaria**, que incluya biología molecular, así como elementos de vigilancia centinela de aspectos clínicos, epidemiológicos y parasitológicos de la malaria. La vigilancia debe servir de insumo para los ajustes en estrategias y debe responder a vacíos de evidencias en el contexto de eliminación y prevención de restablecimiento (2.4).
4.3.4 Alianzas para el acceso a insumos e innovación	▪ **Promover alianzas e interfases público-privadas para incentivar en la Región la producción y el acceso a medicamentos e insumos estratégicos** y la evaluación y adopción rápida de nuevos productos con el fin de acelerar la eliminación de la malaria. Esto incluye, por ejemplo, promover la producción y la demanda de antimaláricos y y PDR para expandir el acceso al DyT en la Región.

5.5 Movilización social y enfoque centrado en las personas: elemento transversal principal

Como se describió en el detalle sobre la teoría de cambio del Plan de Acción 2026-2030, la movilización social se concibe como un elemento principal de la eliminación de la malaria en las Américas. El llamado de la declaración de Alma Ata *(80)* al deber y el derecho de las personas a participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de su atención de salud es un referente para el abordaje aquí propuesto. Dice la Declaración, al referirse al concepto de la atención primaria de salud: "Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles..." *(80)*.

El elemento más destacado de participación social en el Plan es la importancia que se quiere atribuir al papel de los miembros de las poblaciones afectadas como proveedores del DyT en sus propias comunidades. El Plan promueve el rol de colaborador voluntario o agente comunitario de salud o agente de salud indígena como un actor principal en la estrategia de expansión del acceso al DyT, y propone acciones para estimular y motivar a estos actores en el servicio que prestan a sus comunidades. Sin embargo, el concepto debe ir más allá de la persona que proporciona el DyT. Se trata de entenderlo como un bien público, sobre el que deben empoderarse las comunidades, buscando que esté siempre disponible y al alcance. En este aspecto, es necesario un cambio significativo en el modelo de gestión de los programas de malaria, donde la participación comunitaria no se aborda integralmente. Es necesario un enfoque que realmente facilite y promueva el involucramiento y empoderamiento de las comunidades. A partir de dicho fundamento, desarrollar los aspectos de comunicación, adaptación y simplificación de herramientas, capacitación de agentes comunitarios y diálogo cultural que debe guiar las acciones.

Dentro de este marco conceptual, y con el ánimo de no reducir este elemento esencial a actividades que podrían quedar desconectadas de las intervenciones, la estructura del Plan no incluye un apartado específico de movilización social. Se ha preferido incorporarla de manera transversal en varias de las actividades y tareas de las distintas intervenciones. Se destacan las siguientes: visibilizar el problema del acceso para movilizar actores (1.2.1), movilización social en la expansión del DyT (1.2.3), vigilancia y comprensión de las dinámicas sociales para la vigilancia como intervención (1.3.2, 2.3.1), participación social en las acciones preventivas colectivas (3.1.3), gobernanza multinivel y coordinación con organizaciones y comunidades afectadas (4.1.4) y comunicación social (4.1.7).

Es necesario también que, durante el período 2026-2030, se promuevan cambios en los enfoques institucionales, en la conformación y en el modelo de trabajo de los equipos locales para comprender mejor prácticas culturales y otros factores con los que se asocia la situación de malaria, especialmente en lo que respecta a las poblaciones indígenas y a sus actividades sociales. La presencia de personal indígena bilingüe en los equipos de campo es un ejemplo concreto. Se requiere, en general, un cambio en las actitudes institucionales, concentrando los esfuerzos en superar los desafíos para aproximarse, geográfica y culturalmente, a las poblaciones afectadas.

A partir de elementos de las ciencias sociales y de principios como los promovidos por el abordaje denominado diseño centrado en las personas,[22] así como por las ciencias de la implementación, se intentan promover las adaptaciones institucionales necesarias para desarrollar un modelo de intervención que valore debidamente y reconozca factores culturales y de contexto que pueden ser piezas clave para transformar la situación *(81)*. Dado que estos cambios requieren un posicionamiento político y estratégico desde el nivel nacional, además de alianzas estratégicas, se incluyen acciones específicas para responder a estos aspectos en el componente de gobernanza (4.1) y en los siguientes numerales: movilización de actores (1.2.3), operación basada en las dinámicas locales (1.3.2) y equipos locales sensibilizados (1.3.3).

5.6 Sobre la estructura y cómo el Plan responde a desafíos prioritarios

La estructura de los tres pilares y los elementos de soporte, con la movilización social como eje transversal, está concebida con el objetivo de promover en los países y en la agenda regional la noción de transformación. La idea de un pilar o línea estratégica enteramente dirigida a la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento es un cambio de estructura en el Plan 2026-2030 con respecto a planes anteriores o a los pilares de la GTS, donde el primer pilar incluye además el control vectorial. También, a diferencia del Plan actual *(19)* y de algunos planes nacionales, la eliminación en el Plan 2026-2030 ya no es un pilar específico, porque se considera que todos los componentes son piezas de la eliminación y el objetivo es promover el concepto de eliminación como un continuo, que se aplica a todos los niveles de transmisión. La agrupación de quimioprevención y control vectorial como acciones colectivas pretende incentivar los elementos de priorización, optimización, innovación y evaluación para generación de evidencia, que son necesarios en estos dos grupos de acciones. Las medidas para fortalecer la gobernanza y la gestión intra- e intersectorial, soluciones financieras y las alianzas entre países y con socios estratégicos son los elementos que soportan las intervenciones propuestas.

22 El diseño centrado en las personas es un enfoque que comienza por comprender en profundidad las necesidades insatisfechas de los clientes, usuarios o cualquier parte interesada, afectada por un problema. El enfoque ha sido implementado en acciones de control de la malaria en la Región *(35)*, demostrando ser de utilidad para estimular la demanda y organizar el manejo de casos.



Las intervenciones hacia la expansión del DyT se complementan con los otros dos pilares y con los elementos de soporte dentro de un marco de alianzas estratégicas y movilización social para dar respuesta a los principales desafíos epidemiológicos que se describen a continuación.

5.6.1 Aceleración de la eliminación de *Plasmodium falciparum*

La aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* es un objetivo principal del Plan, con metas de eliminación para varios países, la eliminación en numerosos territorios subnacionales de los países con mayor carga de la enfermedad y una meta de reducción de incidencia general del 70% para la Región. La eliminación de *P. falciparum* debe alcanzarse en América del Sur antes de la emergencia de la resistencia a los ACT. La implementación de las acciones referidas en la nota técnica de la OPS sobre este tema *(36)* se encuentran en varias líneas estratégicas del Plan. Las acciones básicas están en la línea estratégica 1 sobre expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento (1.1-1.5), incluidas las mejoras en políticas de antimaláricos (1.6.1) y la vigilancia de la resistencia (1.6.3) y desafíos biológicos como la deleción HRP2. Las intervenciones aceleradoras se encuentran en la línea estratégica 2, como intervenciones reactivas (2.4) y como acciones de quimioprevención en la línea estratégica 3 (3.1), mientras la intervención sobre vigilancia activa incluye tareas principales para la prevención del restablecimiento (2.5). Todos los otros elementos de gobernanza y asociación (línea estratégica 4) son elementos de soporte, que resultan clave para este objetivo.

5.6.2 Mortalidad por malaria

La reducción de la mortalidad se aborda en el Plan principalmente mediante las acciones dirigidas a expandir el DyT en comunidades dispersas (1.2-1.6) y a asegurar que no existan barreras para el inicio temprano del tratamiento, particularmente en los lugares donde residen poblaciones indígenas (1.2), que registran una porción

significativa de la mortalidad por malaria en la Región. La actividad 1.1.2 incluye tareas sobre rutas de atención y procesos de referencia en malaria complicada. El otro elemento importante relacionado con la mortalidad se relaciona con priorizar la aceleración de la eliminación de *P. falciparum*, que se ha incorporado en varias líneas de acción, como se señaló anteriormente. Finalmente, en la intervención 2.3.2 el Plan incluye un elemento de análisis de la mortalidad que propone realizar ejercicios de mapeo geográfico del problema y de las fallas y demoras concretas que se asocian con la mortalidad en cada país. Con ello se pretende articular soluciones concretas en el marco de la organización de servicios (1.1.2), mejorar las rutas de referencia, los procesos de atención y las acciones de gobernanza horizontal y multinivel definidas en 4.1.4.

5.6.3 Malaria en la población indígena

La magnitud del problema de la malaria en las comunidades indígenas amazónicas y del Pacífico colombiano y en Centroamérica exige una línea de acción clara, tanto en el Plan como en los planes nacionales. El principal elemento para abordar esta problemática se encuentra en las actividades bajo la intervención 1.2 sobre la expansión del acceso al DyT con participación comunitaria. Además del llamado a incorporar a miembros de las comunidades indígenas como puntos fijos de diagnóstico y tratamiento en sus propias aldeas, y también como parte de los equipos de salud, en esta intervención se enfatiza la necesidad de adaptar culturalmente la intervención, comprender y valorar las costumbres, simplificar herramientas y empoderar a las comunidades en torno al acceso al tratamiento de la malaria. La sectorización del territorio para microplanificar la operación en las zonas indígenas (1.3.1) y la innovación para asegurar el suministro de medicamentos y PDR y la comunicación se abordan en 1.4.5. El análisis de situación (1.2.1 y 2.3.2) debe conjugarse con acciones de abogacía política (4.1.1) para revelar la importancia del problema y la factibilidad de las soluciones. Las intervenciones de quimioprevención que se exponen en 3.1 también deben abordar de forma especial las situaciones particulares de los Pueblos Indígenas, en particular de las poblaciones móviles, seminómadas y las que habitan en aldeas aisladas, donde es posible abordar estrategias específicas de reducción del reservorio humano combinando el acceso al DyT con la quimioprevención y la optimización del control vectorial.

Como parte integral de las intervenciones específicas mencionadas, el Plan adopta los elementos clave de las políticas promovidas por la OPS para la atención en salud de los Pueblos Indígenas *(82)*, en particular la adopción de enfoques interculturales, respetando las necesidades diferenciadas de esta población, así como la promoción de metodologías participativas, como los diálogos de saberes *(83)*, para reconocer los saberes ancestrales y responder a las prioridades definidas por las propias comunidades. Con el enfoque transversal de movilización social, la OPS buscará que los pueblos y naciones indígenas afectadas por malaria en la Región sean un objetivo principal de este Plan y que participen activamente en el diseño e implementación de las intervenciones para la eliminación de la malaria de sus territorios.

5.6.4 Malaria y minería del oro

La minería del oro constituye uno de los principales factores que favorecen la transmisión de la malaria en la cuenca amazónica y el Pacífico colombiano, y en los últimos años se ha identificado también como factor determinante de la transmisión en Centroamérica (Costa Rica y Nicaragua). Las dinámicas de población y las alteraciones antrópicas generadas por la minería, sumadas a las condiciones de vulnerabilidad de la población minera y de las comunidades locales, generalmente indígenas, y las barreras para la prestación de servicios de salud en esos territorios generan condiciones propicias para el comportamiento epidémico de la malaria. Dada su importancia, el tema se aborda en los distintos componentes del Plan de Acción: la principal intervención es el énfasis en la expansión del acceso al DyT con participación activa de las poblaciones dedicadas a la minería del oro y otros actores relacionados (1.2).

Las intervenciones dirigidas a asegurar el suministro de PDR y medicamentos a estos territorios (1.4.5), la organización de unidades operativas en las zonas mineras (1.3.1), así como la contención de los factores de presión de selección de medicamentos y la vigilancia de la resistencia son temas prioritarios en estos contextos (1.6.5, 1.6.3). Otro grupo de acciones particularmente asociadas con la minería se contemplan en aspectos de vigilancia activa (2.5.1 y 2.5.2) y la simplificación de los procesos de vigilancia (2.2.1). Las medidas de quimioprevención (3.1), en particular las acciones de AMM o ASM, pueden aplicarse en zonas mineras, así como las intervenciones colectivas con retratamiento en *P. vivax* en contextos con elevada proporción de recurrencias. Finalmente, en el componente de gobernanza (4.1.6), los países deben realizar esfuerzos concretos de coordinación intersectorial en este ámbito.

5.6.5 Malaria en zonas fronterizas

La malaria en zonas fronterizas se entiende como la transmisión de la malaria o el potencial de transmisión que tiene lugar a través o a lo largo de las fronteras entre países que comparten una frontera terrestre. Constituye un desafío fundamental en las fases finales de eliminación nacional, en la prevención del restablecimiento de transmisión o en los esfuerzos de eliminación subnacional. El tema se aborda en varios componentes del Plan, haciendo énfasis en que la principal acción en los contextos de frontera, al igual que en cualquier otro escenario, es organizar el acceso al DyT y medidas reactivas en cada lado de la frontera (1.2, 2.4). En el componente de vigilancia, al tratar la vigilancia proactiva (2.5.1, 2.5.2) se promueven acciones concretas de inteligencia epidemiológica para la coordinación binacional, que pueden desarrollarse mediante los canales binacionales propuestos bajo el componente de alianzas y coordinación entre países (4.3.1).

5.6.6 Malaria en zonas urbanas

En distintas ocasiones, los países de la Región han identificado la malaria urbana como un estrato de transmisión que debería ser objeto de acciones intensificadas, dada la elevada carga con la que algunas veces se asocia su comportamiento, a menudo explosivo, y la viabilidad operacional de abordarla con acciones coordinadas de manejo de casos y prevención. La transmisión de la malaria en zonas periurbanas sigue estando presente en muchos de los municipios de mayor carga de la cuenca amazónica *(84)*, la Costa Pacífica de Colombia *(85)*, Centroamérica y Haití, en situaciones en las que se establecen ciclos de transmisión con las zonas rurales *(58, 86)*. En consonancia con el marco global para la respuesta a la malaria urbana, desarrollado por la OMS en el 2022 *(87)*, el abordaje de esta problemática en el Plan de Acción reconoce la necesidad de un enfoque integral y se refleja, por lo tanto, en varias de las intervenciones del Plan.

Al igual que en otros escenarios rurales, en las zonas urbanas se busca identificar soluciones para abolir las demoras y barreras en el acceso al tratamiento, tanto en los servicios de salud (1.1) como por parte de actores comunitarios en barrios periurbanos (1.2). La microplanificación es igualmente relevante para organizar la operación en sectores urbanos específicos, que pueden constituirse como unidades operativas para la eliminación (1.3), así como para implementar la cascada de acciones reactivas definidas en 2.4. La posibilidad de intervenciones de quimioprevención (AMM) en sectores urbanos específicos (3.1) también debe considerarse. En particular, el Plan hace referencia al contexto urbano al referirse a las medidas de modificación del hábitat (3.2.6), en el marco del concepto de optimización del control vectorial. La modificación de criaderos de anofelinos mediante obras públicas de diferente envergadura ha sido determinante para la interrupción de la transmisión de la malaria en numerosos contextos urbanos a lo largo de la historia del control de la malaria en la Región; estas acciones representan una oportunidad para una acción intersectorial de alto impacto.

5.6.7 Municipios con alta carga de la enfermedad

La prioridad política que debe otorgarse a la intervención en los municipios que concentran una proporción significativa de los casos de cada país *(12)* se concreta en acciones sugeridas en el componente sobre gobernanza multinivel (4.1.4). El tema de la coordinación vertical y la abogacía con los decisores locales es fundamental en este sentido, así como la coordinación intersectorial con actores locales y nacionales. Movilizar la mejor capacidad técnica nacional para controlar estos focos de malaria forma parte también de este componente del Plan sobre alianzas con las instituciones académicas y otros actores. La estrategia técnica en los contextos de alta carga se trata en todo el Plan, comenzando por la priorización de los escenarios de alta carga en la estratificación (2.1.3) y destacando la expansión del acceso y el diagnóstico (1.1-1.6) como la intervención principal con todos los elementos de soporte señalados en el primer componente.

5.6.8 Prevención del restablecimiento de la transmisión

Prevenir el restablecimiento de la transmisión es el objetivo en los países que ya han eliminado la malaria. En la Región, un total de 20 países y territorios son oficialmente reconocidos como libres de malaria. Siete países fueron certificados libres de transmisión entre 1961 y 1973, ocho países fueron incorporados entre 1965 y el 2012 a la llamada lista suplementaria de la OMS *(88)* y cinco países (Argentina, Belice, El Salvador, Paraguay y Suriname) han sido certificados libres de malaria desde el 2018. Los ministerios de salud de los países y territorios no endémicos, pero con presencia de los vectores transmisores de la malaria (áreas receptivas), deben establecer acciones integrales de vigilancia con énfasis en la detección temprana de casos y en la respuesta.

La eliminación subnacional de la malaria ocupa un lugar destacado en este Plan, como parte del enfoque de la continuidad de la eliminación. En este sentido, el concepto de prevención del restablecimiento a nivel subnacional, junto con la verificación subnacional, adquieren especial importancia. Un aspecto clave del enfoque del Plan es que la prevención del restablecimiento debe adoptarse con planes y medidas específicas en todos los territorios subnacionales que interrumpen la transmisión, aunque el país tenga transmisión activa en otras regiones; lo mismo se aplica a la interrupción de la transmisión por *P. falciparum* en municipios donde persista transmisión por *P. vivax*. Considerando que las medidas para prevenir el restablecimiento están relacionadas con acciones en los tres pilares técnicos del Plan, y requieren igualmente los elementos de acción política y soporte de la línea estratégica 4, no se incluyó el tema como una intervención específica en ninguna sección. Las acciones específicas relacionadas con prevención del restablecimiento en contextos nacionales o subnacionales han sido señaladas en las distintas intervenciones (1.1, 1.3, 2.1, 2.4, 2.5, 3.1, 4.1 y 4.3).

6 Implementación del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en la Región de las Américas

6.1 Implementación del Plan de Acción de Eliminación de la Malaria en el marco de la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades

Como uno de los marcos de referencia principales para la implementación de este Plan de Acción, la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades Transmisibles aprobada en el 2019 mediante la resolución CD57.R7 10 del Consejo Directivo de la OPS *(25)*, propone el desarrollo de cuatro líneas de acción para abordar de forma integral la implementación de las intervenciones específicas y elementos de soporte que requiere la eliminación de los 30 eventos englobados en este marco político y técnico. La intervención clave sobre la incorporación de la malaria en los servicios de salud en este Plan de Acción (1.1) encuentra un entorno de soporte en la línea de acción 1 sobre integración de servicios de salud en la Iniciativa de Eliminación. El desarrollo de la vigilancia para la eliminación se podrá complementar con los avances promovidos por la Iniciativa de Eliminación para otros eventos en el marco de la línea estratégica 2, Fortalecer los sistemas estratégicos de información y vigilancia de salud. Como se mencionó en el elemento de soporte de gobernanza en este Plan de Acción, la OPS llevará a cabo las acciones integradas con la Iniciativa de Eliminación, que incluyen la coordinación interprogramática entre áreas técnicas, oficinas de la OPS en los países y entidades de la OPS.

En las cuatro líneas de acción de la Iniciativa, desde el departamento de Prevención, Control y Eliminación de Enfermedades de la OPS se impulsarán acciones para ayudar a los países a optimizar las inversiones y emprender esfuerzos integrales que beneficien a otros eventos en eliminación, incluidos aquellos que comparten con la malaria los escenarios epidemiológicos y las poblaciones afectadas. En el caso de los esfuerzos para la eliminación del tracoma, la enfermedad de Chagas y otras enfermedades desatendidas en poblaciones indígenas dispersas de la región amazónica, se identifican ejemplos de situaciones que pueden beneficiarse de soluciones transversales y operacionales comunes a los esfuerzos en malaria, reconociendo siempre la especificidad de las intervenciones que han demostrado ser efectivas contra la malaria y en esos eventos (Mejores inversiones para acelerar la eliminación de enfermedades en las Américas) *(89)*.



6.2 Pasos para la implementación de los cambios

Se identifican tres escenarios principales para abordar la implementación de las acciones propuestas en el Plan de Acción: regional, subregional y nacional.

6.2.1 Nivel regional

6.2.1.1 Divulgación y abogacía

El Plan de Acción es un documento regional que hace un llamado a la acción, define los objetivos y propone intervenciones, actividades y tareas que deben trasladarse a contextos concretos de implementación a nivel de países o grupos de países y en las agendas de socios estratégicos. En esos contextos, las acciones propuestas del Plan deben traducirse en tareas en los respectivos planes operativos.

La implementación del Plan inicia con la diseminación del documento y las acciones de difusión y socialización con países y socios, las mismas que comenzaron desde noviembre del 2025 con la celebración del Dia de la Malaria en las Américas mediante seminarios web y acciones presenciales en los países.

6.2.1.2 Planificación con los países

A nivel de país las intervenciones promovidas por el Plan requieren discusión con instancias técnicas y actores clave y la conducción de un proceso de formulación e implementación de política para su ulterior adopción en los planes nacionales en curso o en los instrumentos estratégicos que estén en proceso de actualización. En ese contexto, durante el 2026 la OPS apoyará a los países con la realización de discusiones técnicas con expertos y actores claves para promover las acciones propuestas, así como misiones a terreno con el nivel nacional para analizar en el campo los escenarios de implementación o para apoyar a municipios prioritarios en la planificación de mejoras en las operaciones, como experiencias demostrativas iniciales. La OPS trabajará también en el apoyo a los países para la adaptación de directrices de implementación que establezcan procedimientos para las diversas intervenciones descritas en el Plan de Acción.

6.2.1.3 Planificación con socios

También en el 2026 se adelantarán las acciones de coordinación con socios estratégicos para definir planes de trabajo conjunto y apoyo a los países. Un aspecto principal de la planificación con socios para las mejoras estratégicas es la elaboración de "hojas de ruta" que sirvan para guiar el proceso de implementación de innovaciones y nuevas herramientas. La hoja de ruta desarrollada en el 2025 por la OPS y Medicines for Malaria Venture con respecto a la implementación de la tafenoquina y dosis alta de primaquina es un ejemplo. En el 2026, la OPS realizará también reuniones de expertos para orientar temas claves definidos en algunas de las intervenciones del Plan, como el uso de medicamentos en quimioprevención.

6.2.1.4 Planificación de procesos regionales

Dando seguimiento al proceso de agregación de la demanda de insumos adelantado en el 2025, en el 2026 se adelantarán acciones regionales de preparación de mejores procesos de adquisiciones de PDR y medicamentos, incluyendo nuevos insumos como tafenoquina y pruebas de G6PD, con miras a un escenario esperado de incremento en demanda de estos insumos, consistente con la expansión del DyT y la introducción de medidas de quimioprevención.

6.2.1.5 Implementación 2027-2030

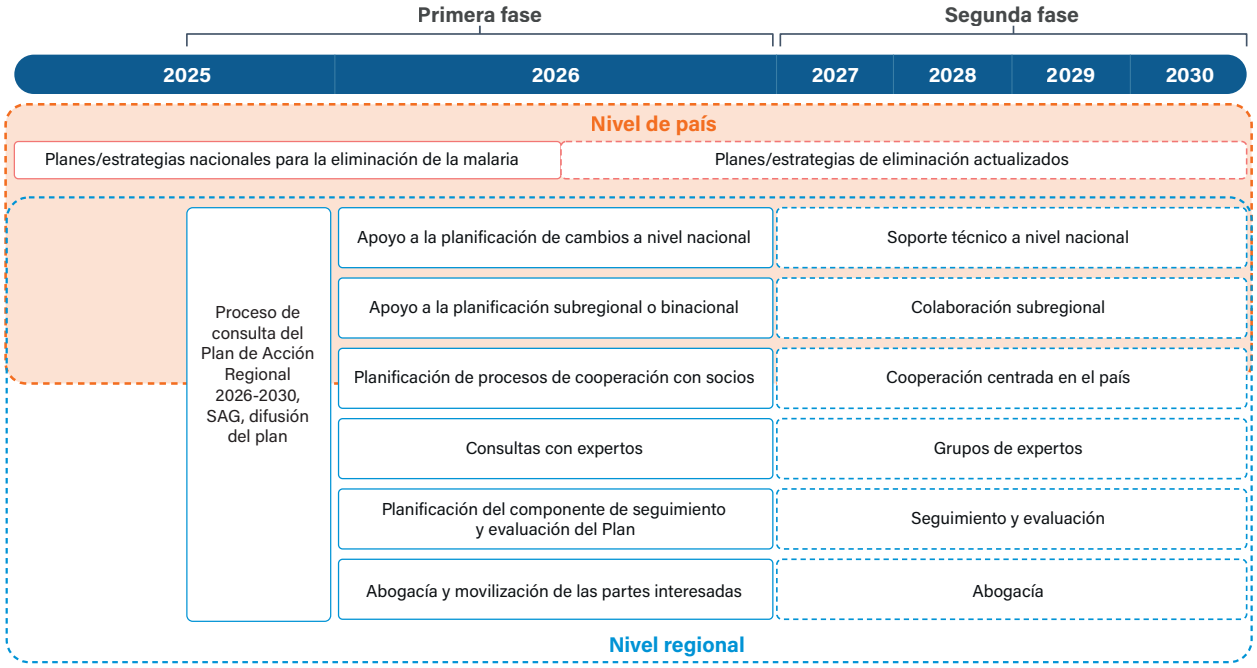
Con este enfoque, se incentivará a los países a avanzar en el 2026 en la puesta en marcha de las intervenciones propuestas, con miras a que la implementación a mayor escala de las acciones tenga lugar a partir del 2027. Partiendo de la premisa de que las acciones de eliminación en los países dependen mayoritariamente del financiamiento local, se prevé una acción continuada de abogacía y movilización adicional de financiamiento, así como la incorporación de más partes interesadas. Durante la implementación, la OPS, bajo los marcos de política ya mencionados, continuará fomentando las alianzas, la movilización social y el compromiso político, así como la búsqueda de socios técnicos, para desarrollar una plataforma técnica y logística que responda a las metas establecidas.

6.2.2 Nivel de los países

La implementación del Plan comienza en el 2026, con un proceso que debe adaptarse a las dinámicas y planes operativos anuales de los países, en el marco de sus planes nacionales vigentes. A finales del 2025 algunos países ya habían avanzado en la implementación de acciones para la expansión del acceso al DyT, incluso con cambios regulatorios que permiten la participación comunitaria. Asimismo, se han registrado avances en la adopción de medidas aceleradoras, como las acciones reactivas para *P. falciparum* . Destaca asimismo el caso de Brasil, país pionero en la implementación de las mejoras en cura radical con la introducción de las pruebas de G6PD y el uso de tafenoquina.

Sin perjuicio de estos avances, las transformaciones más decisivas para pasar del control a la eliminación requieren que, a nivel de país, tenga lugar un debate de alto nivel y se ajuste el marco técnico y político que respalde los cambios. En el 2026 se invitará a los países a planificar la inclusión de las mejoras promovidas y a considerar la actualización de los planes nacionales con las intervenciones propuestas en el marco de las cuatro líneas estratégicas (figura 7).

Figura 7. Proceso de implementación del Plan de Acción 2026-2030



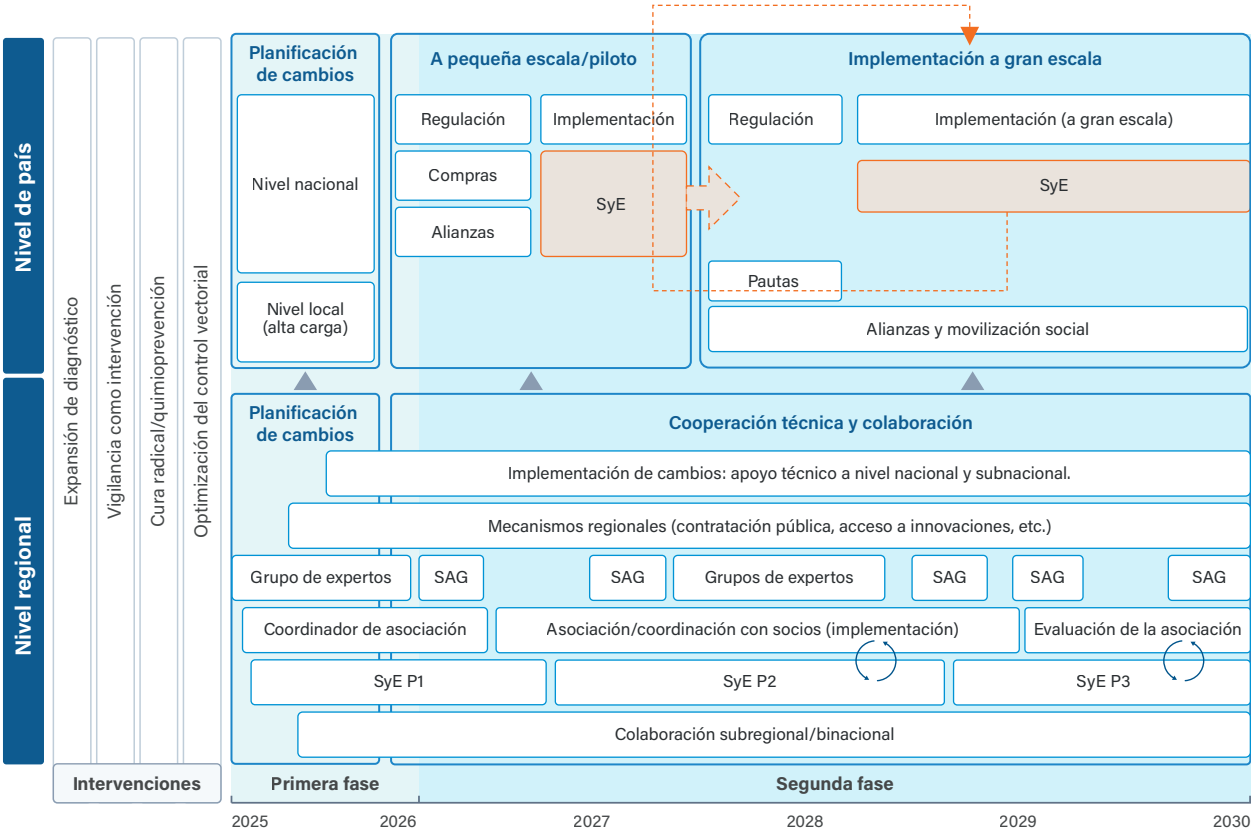
Fuente: elaboración propia.

A nivel nacional, la implementación de los cambios promovidos para acelerar la eliminación de la malaria implica decisiones políticas y acciones estratégicas de los gobiernos nacionales en los siguientes frentes:

1. Establecer nuevas alianzas con diferentes sectores y actores (por ejemplo, organizaciones indígenas y el sector minero para establecer redes de voluntarios).
2. Abordar las barreras regulatorias y de los servicios de salud.
3. Actualizar y desarrollar lineamientos de implementación y normas técnicas.
4. Resolver los problemas estructurales en los programas de malaria.
5. Fomentar mecanismos eficientes de adquisición de medicamentos y PDR, incluso a través de los Fondos Rotatorios Regionales de la OPS.
6. Promover soluciones financieras sostenibles.

Se prevé que, en muchos casos, los cambios en las operaciones de campo para expandir al nivel comunitario el acceso al DyT, o para introducir las otras intervenciones, pueden requerir comenzar con experiencias a escala subnacional, cuyos resultados y lecciones aprendidas permitirán extender la acción a nivel nacional (figura 8). En ese sentido, se ha propuesto, como mecanismo para impulsar el cambio, promover intervenciones en áreas prioritarias (por ejemplo, alta carga de la enfermedad, difícil acceso, alta incidencia de *P. falciparum*), en un modelo donde los programas aprendan del proceso sin retrasar la obtención de logros epidemiológicos que sean prioritarios a nivel nacional.

Figura 8. Proceso de implementación de cambios y adopción de mejoras en las políticas



Nota: SAG: Grupo Asesor Estratégico sobre la Malaria, SyE: seguimiento y evaluación.

Fuente: elaboración propia.

La introducción de la tafenoquina o de intervenciones de quimioprevención son también ejemplos de este proceso de cambio basado en la evidencia operativa. La aceleración de la eliminación de *P. falciparum* con la introducción de intervenciones intensificadas en múltiples situaciones en los países amazónicos puede requerir también este enfoque. En general, para las distintas intervenciones que son nuevas estrategias, innovaciones o que pueden significar cambios en las estrategias en los países, el Plan plantea tres tipos de tareas bajo responsabilidad de los niveles nacionales:

1. **Desarrollo de lineamientos operativos:** la implementación a nivel operativo requiere que los países desarrollen lineamientos técnicos precisos para las distintas intervenciones. En el anexo 2 se propone una lista de intervenciones promovidas en el Plan que requieren el desarrollo de lineamientos o procedimientos operativos. Estos deben integrarse en los documentos normativos establecidos por los ministerios de salud.
2. **Desarrollo de hojas de ruta:** durante el 2026, la OPS hará un llamamiento a los países para desarrollar hojas de ruta y planes hacia la implementación de las respectivas mejoras con base en las actividades y tareas definidas para cada intervención en este documento. Las hojas de ruta deben incluir los procesos para pasar de evaluaciones a pequeña escala a la adopción como política y su implementación a mayor escala que, en algunos casos puede incluir la generación de evidencias operacionales, y la actualización de políticas, lineamientos y marcos técnicos.

3. **Seguimiento y evaluación de intervenciones:** el componente de seguimiento y evaluación adquiere una importancia crucial en la transición de cambios a pequeña escala a cambios a gran escala, así como en la adopción de innovaciones, y debe ser el elemento principal en dichas hojas de ruta. Para la mayoría de las intervenciones que deban evaluarse, como acciones poblacionales en especial, se propone implementar metodologías de evaluación con el enfoque de plausibilidad desarrollado en el 2025 en una colaboración entre la OPS y PATH,[23] que se aplica a las distintas intervenciones poblacionales promovidas en este Plan.

6.2.3 Nivel subregional

El nivel subregional constituye también un escenario principal de implementación del Plan. Como se ha señalado repetidamente durante el proceso de consulta, la coordinación de acciones multipaís y la colaboración Sur-Sur, y el intercambio de información son elementos esenciales para el cumplimento de las metas regionales de eliminación. En coordinación con socios regionales y donantes, la OPS prevé prestar apoyo a los países durante el 2026 para adelantar estos ejercicios de planificación y coordinación subregional en cuatro escenarios principales: Escudo Guyanés, Mesoamérica, La Hispaniola y otras áreas de la región amazónica. Dado que la generación de evidencia en un país puede acelerar los procesos en países vecinos, estos ejercicios contemplarán también el análisis de hojas de ruta conjuntas para la evaluación e implementación de innovaciones.

23 En el 2024, en una colaboración con PATH, la OPS desarrolló un documento técnico para orientar a los países en la evaluación de las intervenciones de quimioprevención. En reconocimiento de las limitaciones que las evaluaciones muestran en contextos operativos, y de los desafíos adicionales en la evaluación de impacto en contextos de muy baja transmisión, el abordaje propone un enfoque basado en un marco de plausibilidad que utiliza diseños de evaluaciones no aleatorizadas para generar evidencia que oriente la toma de decisiones.

7 Seguimiento y evaluación

7.1 Seguimiento de los procesos de mejora en políticas y hojas de ruta

Dado que una característica principal de este Plan quinquenal es la necesidad de hacer cambios en las estrategias, introducir innovaciones y mejoras en políticas antimaláricas, el marco de seguimiento y evaluación debe contemplar acciones e indicadores para hacer el seguimiento de que dichos cambios ocurran. Los países deben dar seguimiento al cumplimiento de las hojas de ruta sobre los seis elementos que se han propuesto para transitar del control a la eliminación: 1) expandir el acceso al DyT con participación comunitaria; 2) acelerar la eliminación de la malaria con intervenciones reactivas y de quimioprevención; 3) reducir las recaídas de *P. vivax* de forma más eficaz; 4) transformar la vigilancia en una intervención; 5) optimizar el control vectorial; y 6) consolidar territorios subnacionales libres de malaria.

El punto de partida depende, por tanto, del establecimiento de hojas de ruta para cada uno de estos temas en cada país. Las tareas, dentro de cada intervención y actividad del Plan, han sido diseñadas de forma que muchas de ellas sean pasos dentro de esas hojas de ruta nacionales. A partir de dichas tareas, los países pueden establecer indicadores y un marco de desempeño.

7.2 Indicadores de resultado

Se consideran indicadores de resultado una serie de métricas que sirvan a los ministerios de salud para evaluar el nivel de implementación de las intervenciones principales que se proponen en este Plan (cuadros 1 a 3). Los indicadores de resultado se organizan según las líneas estratégicas. Se llama la atención sobre dos indicadores que, por su importancia para hacer el seguimiento de las acciones hacia la expansión del acceso al DyT, han sido incluidos en el marco de indicadores del Plan Estratégico, y que durante el quinquenio serán objeto de análisis de cumplimiento con los países. Estos indicadores son el IEP y el incremento en puntos de diagnóstico de malaria. En el anexo 3 y en el cuadro 6 se presentan detalles sobre los indicadores recomendados para el seguimiento de los objetivos operativos de la expansión del acceso al DyT (sospecha permanente, diagnóstico temprano y tratamiento inmediato).

Cuadro 6. Línea estratégica 1. Expansión del acceso a diagnóstico y tratamiento

Indicador	Cálculo	Comentario
Número de muestras examinadas	Número de casos examinados con gota gruesa o PDR	Variaciones en tiempo y lugar. Desagregaciones por lugar de detección y lugar de infección
Índice de exámenes positivos (IEP) (anexo 3)	(Número de casos confirmados/número de casos examinados con gota gruesa o PDR) × 100	El IEP es un indicador que combina métricas de carga de la enfermedad (numerador) con la intensidad de la acción diagnóstica (denominador). El IEP se usa como *proxy* de intensidad de la transmisión y, al mismo tiempo, ofrece una aproximación a los esfuerzos para mejorar la oferta de DyT, que es el principal objetivo operativo de las acciones de eliminación de la malaria en las Américas. Al no depender de un dato poblacional, es un indicador de fácil medición en todos los niveles y en cualquier intervalo de tiempo. Valores de IEP <5% se consideran compatibles con una intervención en fase de eliminación. Sin embargo, valores bajos de IEP, a nivel municipal, por ejemplo, pueden ocultar situaciones críticas de localidades especificas o semanas de alta transmisión o poca detección de casos. Se alerta, por tanto, sobre la inconveniencia de establecer y premiar metas de cumplimiento sin un adecuado criterio epidemiológico.
Incremento en puntos de detección (anexo 3)	(Número de nuevos puntos de DyT creados/número de nuevos puntos de DyT necesarios) × 100	Este indicador pretende promover la instalación de nuevos puntos de diagnóstico como acción principal para hacer accesible el diagnóstico a las comunidades. El indicador mide el porcentaje de reducción en la brecha de puntos de diagnóstico en un determinado territorio. La medición del indicador requiere, por lo tanto, que se establezca la brecha en puntos de diagnóstico en el respectivo territorio. La imposibilidad de medir el indicador por desconocimiento de la brecha es, por sí misma, señal de inacción en este aspecto. La brecha en puntos de diagnóstico se establece a nivel local, a través del mapeo de la situación, las barreras, distancias y dinámicas de la población (microplanificacion).
Tiempo entre síntomas y diagnóstico	(Número de casos diagnosticados en las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas/número total de casos) × 100	El tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y el inicio de los síntomas es un indicador objetivo de la oportunidad y acceso al diagnóstico. En *P. falciparum* resulta de especial relevancia el inicio del tratamiento antes de la aparición de las formas del parásito que son infectantes para los mosquitos, lo que suele ocurrir alrededor del día 5 o 7 después del inicio de los síntomas. En P. vivax, cuanto más temprano se inicie del tratamiento, más pronto deja la persona de ser reservorio de formas sexuadas. El uso de bases de datos electrónicas hace factible el seguimiento del indicador con cualquier nivel de desagregación en tiempo y lugar, en la medida que todos los programas de malaria de la Región registran las dos fechas en sus fichas de notificación de casos. La medición depende del adecuado interrogatorio y registro de las dos fechas por agentes y personal de salud responsables del diagnóstico de malaria.
Porcentaje de casos de *P. falciparum* con gametocitos	(Número de casos de *P. falciparum* con gametocitos/número total de casos de *P. falciparum*) × 100	En P Falciparum, la presencia de gametocitos el día 0 es un indicador objetivo de diagnóstico tardío, ya que estas formas del parásito suelen aparecer después de 5 o 7 días de iniciados los síntomas. Si bien en un contexto de expansión del acceso basado esencialmente en uso de PDR el indicador no puede medirse, el seguimiento del mismo es posible en todos los contextos donde se haga microscopia o a través de la vigilancia centinela. El análisis del indicador debe promoverse en todos los niveles, desde puntos de atención hasta el nivel nacional.

Indicador	Cálculo	Comentario
Porcentaje de PDR frente a microscopia	(Número de casos diagnosticados con PDR/ número total de casos diagnosticados) × 100	En algunos contextos, el indicador puede servir como *proxy* de los avances de esfuerzos por expandir el acceso al DyT, en particular en contextos de población dispersa donde la estrategia basada mayoritariamente en microscopia puede significar demoras significativas en el inicio del tratamiento. Por otro lado, el indicador podría revelar situaciones donde la microscopia esta infrautilizada o ausente en situaciones donde debería tener un papel principal. Para un nivel nacional, el seguimiento regular mediante bases de datos, de variaciones de este indicador entre niveles administrativos de ADM1 o de ADM2, o variaciones en el tiempo en una misma unidad administrativa, puede revelar situaciones que requieran atención. La correlación con variables relacionadas con el tipo de puntos de DyT (servicios frente a comunidad), localización urbana o rural y el tipo de búsqueda (activa frente a pasiva) deben ser factores clave en el análisis de este indicador.
Porcentaje de casos tratados con esquema mejorados de cura radical	(Número de casos tratados con tafenoquina o dosis alta de primaquina/número total de casos de *P. vivax*) × 100	Mide los avances en la introducción de mejoras en el tratamiento de cura radical (dosis alta de primaquina o tafenoquina). El análisis por niveles administrativos (ADM2) y su correlación con el análisis de variaciones espaciales (ADM2) en recurrencias y la magnitud de la endemia por *P. vivax*, aportará elementos importantes para la introducción de mejoras, así como para protocolos de evaluación del impacto de dichas mejoras en políticas de cura radical.
Porcentaje de casos de *P. vivax* con G6PD test	(Número de casos de *P. vivax* con prueba de G6PD/ número total de casos de *P. vivax*) × 100	Mide los avances programáticos en la implementación del testeo de G6PD para la prescripción de tafenoquina o primaquina en dosis elevadas. Las consideraciones son semejantes al indicador anterior en lo que respecta a la correlación con indicadores epidemiológicos de carga de enfermedad por *P. vivax* o de ocurrencia de recaídas.
Porcentaje de unidades de salud con G6PD	(Número de unidades de salud o puntos de DyT de malaria que realizan pruebas de G6PD/número total de puntos de DyT de malaria) × 100	Mide los avances programáticos en la implementación del testeo de G6PD. El proceso de registro y análisis debe considerar los niveles de atención, la carga de la enfermedad y características de los prestadores como elementos importantes para priorizar la implementación de esta mejora en cura radical.

Cuadro 7. Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención

Indicador	Cálculo	Comentario
Porcentaje de focos objeto de AMM	(Número de focos cubiertos con AMM/total de focos identificados como candidatos de esta intervención) × 100	Este indicador busca destacar la importancia de que los niveles nacionales consideren la AMM como parte de las intervenciones que pueden beneficiar comunidades específicas para contribuir a acelerar la eliminación de la malaria. La utilidad del indicador depende de que los países conduzcan ejercicios criteriosos de identificación de focos o conglomerados de localidades que deban beneficiarse de acciones de AMM. El denominador es el número de focos que según dicho ejercicio deberían ser objeto de AMM.

Indicador	Cálculo	Comentario
Porcentaje de cobertura en las intervenciones de AMM y ASM	(Número de personas que recibieron el tratamiento/ número de personas en el área objetivo) × 100	Evalúa la cobertura de las intervenciones de AMM o ASM. Es una de las medidas de la calidad de la intervención. Se puede definir como la proporción de población que recibió la primera dosis del tratamiento en cada ronda de AMM. Se puede calcular la cobertura de distribución para cada ronda y, posteriormente, la cobertura total de distribución de la MDA. Además, se debe estimar la cobertura de distribución para cada grupo demográfico (edad y sexo) y área geográfica. La cobertura deseable es superior al 80%; si es inferior al 80% puede deberse a una baja participación, a la escasez de suministros o a una estrategia de campaña inadecuada.
Cobertura de tratamiento de casos con infecciones recientes por *P. vivax*	(Número de personas tratadas/total de personas elegibles) x 100	Mide la cobertura de una intervención colectiva de tratamiento con cura radical a personas con antecedente de infección reciente por *P. vivax* (determinado por interrogatorio, registros epidemiológicos o serología).
Porcentaje de cobertura con MTILD en la distribución	(Número de mosquiteros distribuidos/número establecido de mosquiteros objeto de la campaña) x 100	Indicador de importancias para el análisis de coberturas administrativas en las intervenciones de MTILD.
Porcentaje de viviendas con suficientes MTILD	(Número de viviendas que tienen MTILD para todos los espacios para dormir/ total de viviendas) × 100	Este indicador puede monitorearse como el cumplimiento de un umbral establecido mediante metodologías simplificadas de seguimiento operacional de MTILD usando LQAS. A diferencia de otros abordajes, esta metodología permite medir el indicador con la desagregación geográfica requerida para orientar acciones locales (localidad, foco); suministra también información probabilística a nivel de unidades administrativas mayores (como municipios, distritos o equivalentes a ADM2).
Porcentaje de personas que durmieron con MTILD la noche anterior	(Número de personas que durmieron con MTILD/ número de personas encuestadas) × 100	Este indicador se puede monitorear como el cumplimiento de un umbral establecido, mediante metodologías simplificadas de seguimiento operacional de MTILD usando LQAS. A diferencia de otros abordajes, esta metodología permite medir el indicador con la desagregación geográfica requerida para orientar acciones locales (localidad, foco); suministra también información probabilística a nivel de unidades administrativas mayores (como municipios, distritos o equivalentes ADM2).
Porcentaje de viviendas con rociado residual intradomiciliario	(Número de viviendas con rociado residual intradomiciliario/total de viviendas en las localidades priorizadas) × 100	Número de viviendas con rociado residual intradomiciliario con relación a un universo de viviendas priorizadas como población en riesgo.

7.3 Indicadores de impacto

La tabla 4 presenta una selección de indicadores epidemiológicos necesarios para medir el impacto de las intervenciones y evaluar el cumplimiento de las metas nacionales y subnacionales de eliminación de la malaria, interrupción o reducción en la transmisión. En consonancia con la importancia que en diferentes partes el Plan ha querido dar al concepto de la eliminación subnacional, se anima a los países a establecer el uso de indicadores y a hacer el seguimiento del impacto en niveles subnacionales. Se llama especialmente la atención sobre la importancia de la evaluación del número de unidades ADM2 (municipios, cantones, distritos, comunas) que logran la eliminación o interrupción de transmisión de malaria o de *P. falciparum* . La vigilancia de estos logros es una pieza esencial de la prevención del restablecimiento y para el empoderamiento de actores locales en la eliminación de la malaria en sus territorios.

Cuadro 8. Indicadores de impacto

Indicador	Cálculo	Comentario
Número de casos autóctonos	Número de casos autóctonos desagregados por especie de *Plasmodium*	Reducción en el número de casos por especie. El análisis de las variaciones en el número de casos debe hacerse a todos los niveles y con las desagregaciones necesarias por persona, tiempo y lugar para cada especie parasitaria. Ampliar el acceso al diagnóstico puede aumentar temporalmente los casos notificados durante un período de tiempo (meses o años, según el nivel de análisis) antes de que disminuya la incidencia. Los países deben comprender que más casos iniciales no indican un desempeño deficiente o una estrategia fallida, evitando intervenciones apresuradas que pueden socavar los procesos a largo plazo, como la administración masiva de medicamentos (MDA) cuando no está indicada.
Incidencia acumulada (IPA)	(Número de casos/ población en riesgo) × 1000	Como medida relativa, cuando se maneja a nivel local información poblacional confiable, el IPA resulta de utilidad para analizar variaciones temporales y espaciales en la incidencia. y es de utilidad en la priorización de comunidades y análisis del impacto epidemiológico. En el abordaje de estratificación propuesto por la OPS desde el 2018, que está orientado a la eliminación y prevención de restablecimiento a nivel subnacional, se considera que las diferencias entre el IPA son de poca utilidad práctica para definir las diferentes intervenciones, en particular las acciones reactivas y de vigilancia intensificada que dependen más bien del número absoluto de casos, su dispersión geográfica, la focalización, la relevancia epidemiológica y la factibilidad operativa. La falta de uniformidad de criterios, incluso en los países, en el manejo de población en riesgo a nivel de las unidades administrativas ADM2 (municipio, distrito) ha limitado la utilidad del IPA para hacer comparaciones temporales y espaciales a este nivel.
Población en riesgo	Población en áreas con transmisión de malaria	El seguimiento más informado de las poblaciones en riesgo con rutinas adecuadas para el levantamiento de censos a nivel local permitiría realizar evaluaciones más objetivas del impacto y los cambios epidemiológicos hacia la eliminación de la malaria y es un elemento clave en la planificación de las intervenciones colectivas (quimioprevención y MTILD).
Unidades administrativas según estrato	Número de municipios (equivalente ADM2) según los estratos de riesgo	Variaciones anuales en el número de municipios en los distintos estratos de transmisión. Los esfuerzos nacionales para consolidar territorios subnacionales libres de malaria y lograr la eliminación subnacional debe seguirse con incremento en el número de municipios que han completado un año de interrupción de transmisión (residuales) para *P. falciparum* o para las dos especies y en el número de municipios con tres años sin transmisión (eliminados).
Porcentaje de *P. falciparum*	(Número de casos de malaria por *P. falciparum*/ número total de casos de malaria) × 100	En contextos de transmisión activa por *P. vivax* y *P. falciparum*, un porcentaje elevado de malaria por *P. falciparum* o una tendencia al incremento puede ser un indicador indirecto de deficiencia en la operación contra la malaria. Situaciones de brotes específicos de malaria por *P. falciparum* o el predominio de población Duffy negativo (población afrodescendiente) son situaciones que por si solas puede explicar el predominio de esta especie.
Porcentaje de recurrencias	(Número de recurrencias por *P. vivax*/total de casos de malaria por *P. vivax*) × 100	Las variaciones temporales o espaciales en el porcentaje de recurrencias (recaídas, recrudescencias y reinfecciones) del total de casos de malaria por *P. vivax* puede ser un indicador de la efectividad de las intervenciones de cura radical y del impacto de la introducción de nuevas intervenciones como el uso de tafenoquina.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, actualización 2021. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031357.

2. Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2016. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511711.

3. Organización Mundial de la Salud. World malaria report 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2025.

4. De Salazar PM, Cox H, Imhoff H, Alexander JS, Buckee CO. The association between gold mining and malaria in Guyana: a statistical inference and time-series analysis. Lancet Planet Health. 2021;5(10):731-738. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00203-5.

5. Wetzler E, Marchesini P, Villegas L, Canavati S. Changing transmission dynamics among migrant, indigenous and mining populations in a malaria hotspot in Northern Brazil: 2016 to 2020. Malar J. 2022;19(21). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-022-04141-6.

6. De Salazar PM, Parra-Salazar A, Niles-Robinb R, Valzb O, James K, Buckee CO, *et al.* Malaria spillover in Indigenous Guyanese communities following a crackdown on illegal gold mining in Brazil. Lancet Reg Health Am. 2025;42:100969. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100969.

7. Doine M, Lambert Y, Musset L, Hiwat H, Blume LR, Marchesini P, *et al.* Malaria in gold miners in the Guianas and the Amazon: current knowledge and challenges. Curr Trop Med Rep. 2020;7:37-47. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s40475-020-00202-5.

8. Chaves LF, Hube JH, Rojas Salas O, Ramirez Rojas M, Romero LM, Gutierrez Alvarado JM, *et al.* Malaria elimination in Costa Rica: changes in treatment and mass drug administration. Microorganisms. 2020;8(7). Disponible en: https://doi.org/10.3390/microorganisms8070984.

9. de Aguiar Barros J, Granja F, Pequeno P, Marchesini P, Ferreira da Cruz MF. Gold miners augment malaria transmission in indigenous territories of Roraima state, Brazil. Malar J. 2022;21(1):358. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-022-04381-6.

10. Castro MC, Arisco NJ, Diniz CG, Ponmattam J, Peterka C, Basta PC, *et al.* Mining and malaria in the Brazilian Amazon and. PLOS Negl Trop Dis. 2025;19(11). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013677.

11. Caldas RJC, Nogueira LMV, Rodrigues ILA, de Andrade EGR, Costa CML, Trindade L. Incidence of malaria among indigenous people associated with the presence of artisanal mining. Rev Gaucha Enferm. 2023;44. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220098.en.

12. Zorello GZ, Grillet ME, Rodovalho SR, Massad E, Sallum MAM. Reaching the malaria elimination goal in Brazil: a spatial analysis and time-series study. Infect Dis Poverty. 2022;11(39). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s40249-022-00945-5.

13. Santos APC, Brito MAM, Oliveira APS, Dávila RN, Gama HSS, Silva EART, *et al.* Assessing tafenoquine implementation in Brazil: a qualitative evaluation of perceptions of healthcare providers and *Plasmodium vivax* patients (QualiTRuST Study). Malar J. 2024;23(1):339. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-024-05209-1.

14. Nekkab N, Obadia T, Monteiro WM, Lacerda MVG, White M, Mueller I. Accelerating towards *P. vivax* elimination with a novel serological test-and-treat strategy: a modelling case study in Brazil. Lancet. 2023;22:100511. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100511.

15. Tomes-Cosme R, Rigg C, Santamaria AM, Vásquez V, Victoria C, Ramirez JL, *et al.* Natural malaria infection in anophelines vectors and their incrimination in local malaria transmission in Darién, Panama. PLOS One. 2021;16(5): e0250059. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250059.

16. Hiwat-Van Laar H, Cairo H, Hardjopawiro L, Eersel M, Vreden S, Adhin M, *et al. Plasmodium falciparum* malaria in Suriname: how targeted interventions in marginalized populations led to elimination. Travel Med Infect Dis. 2025;67(Suppl). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2025.102910.

17. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 [resolución CD55.R7]. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 26 al 30 de septiembre del 2016. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/60261.

18. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020 [documento CD55.13]. 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 26 al 30 de septiembre del 2016. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/60125.

19. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la eliminación de la malaria 2021-2025. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56859.

20. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275373613.

21. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [resolución CD53.R14]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud.

22. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la estratificación según el riesgo de malaria y la eliminación de focos de transmisión. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/56731.

23. Organización Panamericana de la Salud. Manual de microplanificación para la eliminación de la malaria en la Región de las Américas: versión para personal de campo. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/59343.

24. Organización de las Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [resolución A/RES/70/1]. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. 70.o período de sesiones de la Asamblea General de la ONU; del 25 al 27 de septiembre del 2015. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: https://docs.un.org/es/a/res/70/1.

25. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de la OPS para la eliminación de enfermedades: política para aplicar un enfoque integrado y sostenible de las enfermedades transmisibles en la Región de las Américas [documento CD57.R7]. 57.º Consejo Directivo de la OPS, 71.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/58140.

26. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2026-2031: juntos por una Región de las Américas más saludable para todas las personas. Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/68878.

27. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169.

28. Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo (RBM). Big Push contra el Paludismo. Ginebra: RBM; 2025 [consultado el 27 de julio del 2026]. Disponible en: https://bigpush.endmalaria.org/es/big-push.

29. Organización Mundial de la Salud. Una estrategia mundial para combatir el paludismo. Ginebra: OMS; 1994. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/39672.

30. Janko MM, Recalde-Coronel GC, Damasceno CP, Salmón-Mulanovich G, Barbieri AF, Lescano AG, *et al.* The impact of sustained malaria control in the Loreto region of Peru: a retrospective, observational, spatially-varying interrupted time series analysis of the PAMAFRO program. Lancet Reg Health Am. 2023;(20):100477. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100477.

31. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la malaria. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://app.magicapp.org/#/guideline/E836vn.

32. Fountain A, Ye Y, Roca-Feltrer A, Rowe AK, Camara A, Fofana A, *et al.* Surveillance as a core intervention to strengthen malaria control programs in moderate. Am J Trop Med Hyg. 2023;(108):Suppl 2. Disponible en: https://doi.org/10.4269/ajtmh.22-0181.

33. Organización Mundial de la Salud. High burden to high impact: a targeted malaria response. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-GMP-2018.25.

34. Organización Mundial de la Salud. WHO recommends spatial emanators for malaria vector control and prequalifies first two products. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 4 de agosto del 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news/item/13-08-2025-who-recommends-spatial-emanators-for-malaria-vector-control-and-prequalifies-first-two-products.

35. Yan SD, Simpson J, Mitxhum L, Orkis J, Davis T, Wilson S, *et al.* Human-centered design process and solutions to promote malaria testing and treatment seeking behavior in Guyana hinterlands. BMC Public Health. 2021;(21):2287. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12889-021-12297-0.

36. Organización Panamericana de la Salud. Nota técnica sobre la aceleración de la eliminación de *P. falciparum* en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/59825.

37. Moise K, Achille AM, Duvilaire R, Fedna J, Thermidor R, Bourdeau B, *et al.* Access and coverage of malaria services in Haiti in the context of elimination: a scoping review of the literature. BMC Health Serv Res. 2024;24:1588. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-024-12063-z.

38. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/59603.

39. Rodovalho S, Dias ÁLB, Ade MP, Saint-Gerons DM, Castro JL, Beratarrechea A, *et al.* Acceptability of short message service (SMS) as a tool for malaria treatment adherence in the Brazilian Amazon: a qualitative study. Rev Soc Bras Med Trop. 2023;56. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0616-2022.

40. van Eer ED, Bretas G, Hiwat H. Decreased endemic malaria in Suriname: moving towards elimination. Malar J. 2018;17(1):56. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-018-2204-x.

41. Prat JGI, Morais P, Claret M, Badia P, Fialho RR, Albajar-Vinas P, *et al.* Community-based approaches for malaria case management in remote communities in the Brazilian Amazon. Rev Soc Bras Med Trop. 2020;23(53). Disponible en: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0048-2020.

42. Bardosh K, Desir L, Jean L, Yoss S, Poovey B, Nute A, *et al.* Evaluating a community engagement model for malaria elimination in Haiti: lessons from the community health council project (2019-2021). Malar J. 2023;22(1):47. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-023-04471-z.

43. Garcia KKS, Soremekun S, Bottomley C, Abrahão AA, de Miranda CB, Drakeley C, *et al.* Assessing the impact of the 'malaria supporters project' intervention to malaria control in the Brazilian Amazon: an interrupted time-series analysis. Malar J. 2023;22(1):275. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-023-04706-z.

44. Gomez J, Grosso A, Guzman-Guzman M, Castro MC, Torrez K, Vinetz J, *et al.* Human mobility and malaria risk in peri-urban and rural communities in the Peruvian Amazon. PLOS Negl Trop Dis. 2025;19(1). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0012058.

45. Vanhove M, Schwabl P, Clementson C, Early AM, Laws M, Anthony F, *et al.* Temporal and spatial dynamics of *Plasmodium falciparum* clonal lineages in Guyana. PLOS Pathog. 2024;20(6). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1012013.

46. Organización Mundial de la Salud. Multiple first-line therapies as part of the response to antimalarial drug resistance. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240103603.

47. Organización Mundial de la Salud. Strategy to respond to antimalarial drug resistance in Africa. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240060265.

48. Valdivia HO, Anderson K, Smith D, Pasay C, Salas CJ, Braga G, Lucas CM, *et al.* Spatiotemporal dynamics of *Plasmodium falciparum* histidine-rich protein 2 and 3 deletions in Peru. Sci Rep. 2022;12(1). Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41598-022-23881-8.

49. Organización Mundial de la Salud. Master protocol for surveillance of *pfhrp2/3* deletions and biobanking to support future research. Segunda edición. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240099951.

50. Mathieu LC, Singh P, Monteiro WM, Magris M, Cox H, Lazrek Y, *et al.* Kelch13 mutations in *Plasmodium falciparum* and risk of spreading in Amazon basin countries. J Antimicrob Chemother. 2021;76(11):2854-2862. Disponible en: https://doi.org/10.1093/jac/dkab264.

51. Chamma-Siqueira NN, Negreiros SC, Ballard SB, Farias S, Silva SP, Chenet SM, *et al.* Higher-dose primaquine to prevent relapse of *Plasmodium vivax* malaria. N Engl J Med. 2022;386(13):1244-1253. Disponible en: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2104226.

52. Atarihuana S, Gallardo-Condor J, López-Cortés A, Jimenes-Vargas K, Burgos G, Karina-Zambrano A, *et al.* Genetic basis and spatial distribution of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Ecuadorian ethnic groups: a malaria perspective. Malar J. 2023;22(283). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-023-04716-x.

53. White JN, Watson JA. Reconsidering the clinical assessment of resistance to slowly eliminated antimalarial drugs in high-transmission settings. Lancet Infect Dis. 2025;26(5). Disponible en: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00435-9.

54. Macías Saint-Gerons D, Rodovalho S, Barros Dias AL, Lacerda Ulysses de Carvalho A, Beratarrechea A, Monteiro WM, *et al.* Strengthening therapeutic adherence and pharmacovigilance to antimalarial treatment in Manaus, Brazil: a multicomponent strategy using mHealth. Malar J. 2022;21(1):28. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-022-04047-3.

55. Organización Mundial de la Salud. Subnational tailoring of malaria strategies and interventions: reference manual. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240115712.

56. Bautista CT, Chan AS, Ryan JR, Calampa C, Roper MH, Hightower AW, *et al.* Epidemiology and spatial analysis of malaria in the northern Peruvian Amazon. Am J Trop Med Hyg. 2006;75(6):1216-22. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17172396/.

57. Lambert Y, Métras R, Sanna A, Galindo M, Hiwat H, Marchesini P, *et al.* Evaluating the impact of the Malakit intervention on malaria transmission in the Guiana Shield: a mathematical modelling study. Lancet Reg Health Am. 2025;47. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101123.

58. Johansen IC, Rodrigues PT, Ferreira MU. Human mobility and urban malaria risk in the main transmission hotspot of Amazonian Brazil. PLOS One. 2020;15(11). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242357.

59. Yi B, Zhang L, Yin J, Zhou S, Xia Z. Correction: 1-3-7 surveillance and response approach in malaria elimination: China's practice and global adaptions. 2023;22(1):179. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-023-04608-0.

60. Organización Mundial de la Salud. T3: Test, Treat, Track - scaling up diagnostic testing, treatment and surveillance for malaria. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: https://www.emro.who.int/malaria/rbm-infocus/world-malaria-day2013.html.

61. Fontoura PS, Finco BF, Lima NF, de Carvalho JF Jr, Vinetz JM, Castro MC, *et al.* Reactive case detection for *Plasmodium vivax* malaria elimination in rural Amazonia. PLOS Negl Trop Dis. 2016;10(12). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005221.

62. Labadie-Bracho M, Baldewsingh GK, Hiwat van Laar H, Adhin MR. A six-pronged approach to manage a *Plasmodium vivax* outbreak in a low- and middle-income country on the road to malaria elimination. PLOS Negl Trop Dis. 2026;20(2). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0013970.

63. Macauley C. Aggressive active case detection: a malaria control strategy based on the Brazilian model. Soc Sci Med. 2005;60(3):563-573. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.05.025.

64. Rosas-Aguirre A, Erhart A, Llanos-Cuentas A, Branch O, Berkvens D, Abath E, *et al.* Modelling the potential of focal screening and treatment as elimination strategy for *Plasmodium falciparum* malaria in the Peruvian Amazon Region. Parasit Vectors. 2015;8(261). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13071-015-0868-4.

65. Ferreira MU, Corder RM, Johansen IC, Kattenberg JH, Moreno M, Rosas-Aguirre A, *et al.* Relative contribution of low-density and asymptomatic infections to *Plasmodium vivax* transmission in the Amazon: pooled analysis of individual participant data from population-based cross-sectional surveys. Lancet Reg Health Am. 2022;9:100169. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100169.

66. Oliveira-Neto FM, Albuquerque HG, Silva ARD, Gonçalves EDGDR, Suárez-Mutis MC. Changes in the malaria transmission profile in a low-endemic area of the Brazilian Amazon: a cause for concern. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2025;13(67). Disponible en: https://doi.org/10.1590/S1678-9946202567070.

67. de Albuquerque NRM, Corder RM, Johansen IC, Ladeia WA, Rodrigues PT, Ladeia-Andrade S, *et al.* The source-sink dynamics of *Plasmodium vivax* may undermine malaria elimination efforts in the Amazon: an epidemiological and population genomic study. J Infect Dis. 2023;233(2):381-390. Disponible en: https://doi.org/10.1093/infdis/jiaf457.

68. Douine M, Musset L, Corlin F, Pelleau S, Pasquier J, Mutricy L, *et al.* Prevalence of *Plasmodium* spp. in illegal gold miners in French Guiana in 2015: a hidden but critical malaria reservoir. Malar J. 2016;15(315). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-016-1367-6.

69. Narinesingh-Motie R, Ivey M, Edwards J, Edwards RJ. Assessing the potential for a malaria outbreak in Trinidad and Tobago due to migrant populations from Guyana and Venezuela for the period 2009-2019. Cureus. 2025;17(11). Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.96130.

70. Esteban S, Ornelas A, Torres Moreno A, Marin Rodriguez R, Ramirez Rojas M, Vargas Roldan I, *et al.* Estimating the overall effect of a mass drug administration strategy for malaria in Los Chiles, Costa Rica: one-year target trial emulation with synthetic controls. medRxiv. 2025. Disponible en: https://doi.org/10.1101/2025.08.01.25332751.

71. Marín Rodríguez R, Chaves LF. Parasite removal for malaria elimination in Costa Rica. Trends Parasitol. 2019;35(8):585-588. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pt.2019.04.007.

72. de Rezende DF, Garcia KKS, Tauil PL, Müller I, Drakeley C, Lacerda MVG, *et al.* The 1985 *Plasmodium vivax* malaria elimination campaign in Santa Catarina, Brazil: the feasibility of using serology amid other integrated tools in the last mile. Malar J. 2025;24(1):57. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-025-05301-0.

73. Organización Mundial de la Salud. Surveillance and control of *Anopheles stephensi*. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240094420.

74. Frente Parlamentar pela Eliminação da Malária na Amazônia. Estatuto: constituição da FPEMA no âmbito do Congresso Nacional. Brasília: Câmara dos Deputados; 2024. Disponible en: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2821707&filename=Tramitacao-REQ%204489/2024.

75. Johansen IC, Moran EF, Ferreira MU. The impact of hydropower dam construction on malaria incidence: Space-time analysis in the Brazilian Amazon. PLOS Glob Public Health. 2023;20(3). Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001683.

76. Alianza RBM para Poner Fin a la Malaria. Estudio de caso: Energía hidroeléctrica en Brasil. En: Guía de acción multisectorial para poner fin a la malaria. Ginebra: RBM y Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos; 2021. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2021-10/2021-cde-multisectoral-action-guide-malaria-es.pdf.

77. Plantão News. Malariômetro aprimora monitoramento da malária e reforça vigilância epidemiológica da doença no Brasil. Plantão News, 11 de febrero del 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/malaria/politicas-de-saude/dez-anos-de-luta-contra-a-malaria-na-amazonia-brasileira-projeto-apoiadores-municipais-para-prevencao-controle-e-eliminacao-da-malaria/@@download/file.

78. Krisher LK, Krisher J, Ambuludi M, Arichabala A, Beltrán-Ayala E, Navarrete P, *et al.* Successful malaria elimination in the Ecuador-Peru border region: epidemiology and lessons learned. Malar J. 2016;15(1):573. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-016-1630-x.

79. Epelboin L, Oberlis M, Lambert Y, Carvalho L, Doine M. Resurgence of *Plasmodium vivax* malaria in French Guiana (2023-2024): a multifactorial crisis in the Amazonian region-response to Salazar *et al.* Lancet Reg Health Am. 2025;45:101074. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101074.

80. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata.

81. Valdez D, Keys H, Ureña K, Cabral D, Camilo F, Ogando EC, *et al.* Malaria outbreak response in urban Santo Domingo, Dominican Republic: lessons learned for community engagement. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e92. Disponible en: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.92.

82. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [documento CSP29/7, Rev. 1]. Punto 4.5 del orden del día provisional, 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; 25 al 29 de septiembre del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/69867.

83. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de los diálogos de saberes. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://doi.org/10.37774/9789275324707.

84. Tada MS, Marques RP, Mesquita E, Dalla Martha RC, Rodrigues JA, Costa JD, *et al.* Urban malaria in the Brazilian Western Amazon Region I: high prevalence of asymptomatic carriers in an urban riverside district is associated with a high level of clinical malaria. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2007;102(3):263-269. Disponible en: https://doi.org/10.1590/s0074-02762007005000012.

85. Padilla JC, Chaparro PE, Molina K, Arevalo-Herrera M, Herrera S. Is there malaria transmission in urban settings in Colombia? Malar J. 2015;14(453). Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12936-015-0956-0.

86. Chaparro PE, Molina K, Alzate A, Padilla J, Arévalo-Herrera M, Herrera S. Urban malaria transmission in a non-endemic area in the Andean region of Colombia. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2017;112(12):797-804. Disponible en: https://doi.org/10.1590/0074-02760170113.

87. Organización Mundial de la Salud. Global framework for response to malaria in urban areas. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240061781.

88. Organización Mundial de la Salud. Países y territorios que han recibido la certificación de eliminación del paludismo. Ginebra: OMS; 2025 [actualizado el 15 de julio del 2025] [consultado el 4 de agosto del 2026] . Disponible en: https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/elimination/countries-and-territories-certified-malaria-free-by-who.

89. Organización Panamericana de la Salud. Mejores inversiones para acelerar la eliminación de enfermedades en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 28 de julio del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/mejores-inversiones-para-acelerar-eliminacion-enfermedades-americas.

90. Organización Panamericana de la Salud. Sixth meeting of the Malaria Technical Advisor Group (Malaria TAG). Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/en/topics/malaria/malaria-technical-advisory-group.

Anexos

Anexo 1. Recomendaciones del Grupo Asesor Estratégico sobre la malaria para el 2025 y actividades correspondientes en el Plan de Acción 2026-2030

En abril del 2025, la OPS convocó una reunión del Grupo Asesor Estratégico sobre Malaria (SAG, por su sigla en inglés) para analizar los cambios necesarios en los principales aspectos estratégicos de la eliminación de la malaria en las Américas, en vista del proceso de consulta para la elaboración del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030. Durante esa reunión, las recomendaciones del SAG hicieron énfasis en el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno como principal elemento estratégico y la aceleración de la eliminación de la malaria por *P. falciparum* como una meta prioritaria. Se hicieron también como recomendaciones para el Plan de Acción abordar los temas de la eliminación subnacional de la malaria y el financiamiento local y se propusieron ideas clave para orientar temas relacionados con las políticas de uso de antimaláricos, la quimioprevención y la optimización del control vectorial.

En junio del 2025, la OPS llevó a cabo el proceso de consulta para el Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030 con los Estados Miembros, expertos y socios técnicos, que incluyó la difusión del documento preliminar y una reunión virtual a la que asistieron 388 personas de todos los países endémicos. La consulta se prorrogó durante todo el mes de agosto para incluir comentarios adicionales de los Estados Miembros y otros expertos de la Región, así como las conclusiones de las reuniones técnicas con socios y países. El 18 y 19 de noviembre del 2025, la OPS convocó a una segunda reunión del SAG para la revisión final del documento del Plan de Acción.

En este documento se presentan las recomendaciones de las dos reuniones del SAG relativas al Plan de Acción 2026-2030 (abril y noviembre del 2025), así como las intervenciones, actividades o tareas respectivas que abordan cada una de estas recomendaciones en las diferentes secciones del documento del Plan.

Reunión de abril del 2025

Recomendación del SAG	Línea estratégica y actividad
El SAG recomienda a la OPS que inste a los ministerios de salud a intensificar las acciones dirigidas a la eliminación de la malaria, a superar el estancamiento o el aumento del número de casos de malaria observados en algunas zonas y a abogar firmemente (a través de mensajes, comunicación y sensibilización) por acelerar la eliminación de *P. falciparum* como una meta regional factible a mediano plazo.	Objetivos y metas Líneas estratégicas 1, 2, 3, 4 4.1
El SAG alienta a la OPS a promover la expansión del DyT como estrategia principal para orientar a la Región hacia la eliminación de la malaria, a instalar capacidades para brindar tratamiento de manera permanente a nivel comunitario (aldea, localidad), en lugar de las acciones contra la malaria que se implementan de manera intermitente en poblaciones de difícil acceso y en áreas con alta carga de la enfermedad.	Línea estratégica 1 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5

Recomendación del SAG	Línea estratégica y actividad
Para lograr dicha expansión del diagnóstico y el tratamiento, bajo el marco de la atención primaria de salud, deben utilizarse todos los medios posibles: el programa contra la malaria, otros programas de salud, el sistema de salud, los promotores de salud comunitarios, las asociaciones, los voluntarios y el sector privado (como la minería, las explotaciones agrícolas, las empresas madereras y muchas otras). Dado el papel fundamental de los actores comunitarios en este esfuerzo, el SAG recomienda fortalecer las acciones institucionales, las estructuras y la logística en los países para apoyar y sostener estas redes ampliadas.	Líneas estratégicas 1 y 4 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5, 1.2.1, 1.2.2, 1.2.3, 1.2.4, 1.2.5, 1.3.3, 4.1.1, 4.1.4, 4.1.6, 4.2.1, 4.2.2 Sección 5.6
El uso de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) debe ampliarse y reconocerse como una innovación clave que incrementaría el alcance del diagnóstico y el tratamiento. Se alienta a la OPS a colaborar con los países para maximizar el uso de las PDR a nivel comunitario, facilitar plataformas regionales para la adquisición y la continua innovación en esta tecnología, y proporcionar directrices para garantizar su uso e implementación adecuados a mayor escala, abordando desafíos como la deleción de las proteínas HRP2/3.	Líneas estratégicas 1 y 4 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3, 1.4.4, 1.4.5, 1.5.1, 4.3.2, 4.3.4
La OPS debería instar a los países y apoyarlos para que garanticen que las acciones locales de eliminación de la malaria se guíen por la estratificación de los elementos epidemiológicos y contextuales, la identificación de los factores y actores críticos de la transmisión, y por un marco técnico flexible para el aprendizaje durante la implementación, que permita adaptar las intervenciones a los escenarios locales, especialmente a las poblaciones indígenas, mineras y otras de difícil acceso.	Líneas estratégicas 1 y 2 1.3.2, 2.1.1, 2.1.2, 2.3.1
Es necesario priorizar acciones que puedan impactar sistemáticamente en los focos de alta carga o alta transmisión, contribuyendo a la aceleración de la eliminación de *P. falciparum* y la eliminación de la transmisión de la malaria a nivel subnacional.	Líneas estratégicas 2 y 4 2.1.3, 4.1.3 Sección 5.7
Se debe instar a los ministerios de salud y a los programas de control de la malaria a que establezcan estrategias técnicas, marcos políticos e incentivos sin costo que incentiven a los responsables políticos a iniciar acciones de eliminación subnacionales como mecanismo para dinamizar las acciones locales, y recompensar y destacar los logros, lo que a su vez fomenta más esfuerzos y decisiones políticas a nivel local y nacional.	Metas Líneas estratégicas 2 y 4 2.1.1, 2.5.4, 4.1.3, 4.1.4
Como parte de las estrategias nacionales de eliminación de la malaria, la OPS debería alentar y apoyar a los países para que establezcan estrategias que permitan verificar la eliminación subnacional de la transmisión de la malaria y la vigilancia epidemiológica necesaria para prevenir la reintroducción de la transmisión (con énfasis en el mantenimiento de zonas libres de malaria).	Línea estratégica 2 2.5.1, 2.5.2, 2.5.4 Sección 5.7
El SAG recomienda a la OPS que complemente las directrices de quimioprevención actuales con el apoyo directo a los países para identificar los entornos y situaciones que podrían beneficiarse de las estrategias de quimioprevención, y las intervenciones que deben implementarse antes y después de las actividades de quimioprevención, a fin de optimizar la reducción de la transmisión.	Líneas estratégicas 3 y 4 3.1.1, 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4, 4.3.2
El SAG recomienda que la OPS apoye a los países en la intensificación de los esfuerzos para monitorear la resistencia a los antipalúdicos y solicita la consulta técnica de expertos en farmacología de la malaria, quimioprevención y ejecución de programas para desarrollar árboles de decisión que ayuden a los países a seleccionar antipalúdicos para la quimioprevención con base en el tratamiento de primera línea, la eficacia del medicamento, la composición de especies de malaria y el enfoque de quimioprevención.	Líneas estratégicas 1, 2, 3 y 4 1.6.3, 2.5.3, 3.1.1, 4.3.2 y 4.3.3

Recomendación del SAG	Línea estratégica y actividad
El SAG recomienda a la OPS que brinde orientación a los países sobre cómo evaluar la aceptación comunitaria de la quimioprevención y cómo utilizar esa información para decidir si implementar una intervención de quimioprevención y cómo hacerlo. Los países también pueden beneficiarse de la orientación sobre cómo optimizar la participación comunitaria en la planificación, implementación y evaluación conjuntas de las actividades de quimioprevención para maximizar la participación.	Línea estratégica 3 3.1.3 Sección 5.6
El SAG recomienda a la OPS que oriente a los países para perfeccionar los criterios de distribución de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MTILD) hacia las poblaciones donde la intervención pueda ser más costo-efectiva. Se sugiere dar prioridad a las situaciones en las que los datos epidemiológicos u otra evidencia indique un predominio de la transmisión intradomiciliaria y en las que exista una buena aceptación de esta medida por las comunidades, con tipos de mosquiteros adecuados al contexto local, así como con la capacidad local para mantener y promover su uso.	Línea estratégica 3 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3
El SAG insta a la OPS a trabajar con los países para encontrar soluciones estructurales al problema del desmantelamiento de las estructuras técnicas y operativas de los equipos de malaria, que se han visto afectadas por los desafíos financieros y administrativos que enfrentan los programas de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) y las soluciones de mayor prioridad que se dan a otras ETV, como las enfermedades arbovirales.	Línea estratégica 4 4.2.2
En cuanto a las nuevas alternativas para el control de los vectores de la malaria en la Región, se recomienda que la OPS promueva y facilite los esfuerzos con los donantes, socios y partes interesadas que deseen evaluar otras medidas de control de vectores recomendadas por la OMS, incluidas nuevas herramientas como repelentes espaciales en lugares donde predominan las picaduras en interiores.	Líneas estratégicas 3 y 4 3.2.4, 4.3.2, 4.3.3
El SAG recomienda que el Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030 incluya acciones políticas y técnicas en los países para desarrollar alianzas estratégicas a nivel nacional y local con las comunidades afectadas, las organizaciones de Pueblos Indígenas, así como otros sectores y actores públicos y privados presentes en las zonas palúdicas, con un llamado a brindar activamente diagnóstico y tratamiento.	Líneas estratégicas 1 y 4 1.2.1, 1.2.3, 4.1.4 y 4.1.6 Sección 5.6
Dado que la actual situación financiera mundial puede generar desafíos adicionales para la lucha contra la malaria, se requiere un compromiso político que, mediante la estructuración y el desarrollo de programas nacionales, impulse una mayor financiación interna para sostener las operaciones en los países. Es importante priorizar las actividades de alto impacto en el Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030, como la eliminación de *P. falciparum* , que podrían constituir hitos importantes que motiven la atención política.	Línea estratégica 4 4.1.1, 4.2.1
El Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030 debe fomentar y promover acciones de colaboración entre los países de la Región de las Américas, así como la colaboración Sur-Sur. Estas colaboraciones deben incluir esfuerzos conjuntos en zonas fronterizas, intercambio de conocimientos y experiencia, y enfoques subregionales y multinacionales en contextos con riesgos epidemiológicos compartidos, movimientos de población y objetivos comunes.	Líneas estratégicas 2 y 4 2.3.3, 4.3.1

Reunión de noviembre del 2025

Recomendación del SAG	Línea estratégica y actividad
El SAG considera que las metas del Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030 son adecuadas a la realidad epidemiológica de la Región y representan un desafío significativo. El SAG formuló recomendaciones específicas para aclarar aspectos de las líneas de base, las diferencias con las metas mundiales, la formulación de metas subnacionales y la visibilidad de la malaria por *P. vivax*. Asimismo, recomendó que la OPS ejerza la máxima labor de promoción ante los países para mantener la prioridad política y aumentar la financiación nacional.	Metas
El SAG reconoce la relevancia de la teoría del cambio propuesta en el Plan de Acción 2026-2030, pero recomienda hacer mayor hincapié en los indicadores específicos y las metas operacionales de las diversas intervenciones promovidas en el Plan. La oportunidad en la detección, el tratamiento y la respuesta es un ejemplo de meta operacional que puede orientar a los países hacia el logro de los objetivos del Plan de Acción 2026-2030.	2.3 Líneas estratégicas 1 y 2 1.3, 1.3.3, 2.3, 2.3.1 Anexo 3
Si bien el Plan incluye acciones para implementar la vigilancia como intervención, se recomienda que este concepto también se incorpore como parte de la teoría del cambio. Los países deben entender la vigilancia como intervención, considerándola un cambio estratégico para orientar las acciones contra la malaria, basándose en la comprensión de la dinámica de transmisión y los factores de riesgo en los grupos afectados, así como en la concentración de la carga de la enfermedad en localidades específicas.	2.3
El SAG subraya la necesidad de abordar los aspectos de la movilidad interna en los países, y no específicamente la malaria fronteriza, reconociendo que el problema radica en el movimiento de personas, no necesariamente en la ubicación geográfica. El movimiento de población también tiene un efecto directo en los desafíos de eliminación subnacional descritos en el Plan de Acción.	Línea estratégica 2 2.5, 2.5.1
La OPS debería promover soluciones para aumentar la dependencia de la financiación nacional para los programas contra la malaria y alentar a las autoridades nacionales a encontrar mecanismos de financiación innovadores, como impuestos turísticos o medidas para atraer recursos de otras partes interesadas.	2.1, 3.2 Línea estratégica 4 4.2, 4.2.1
La OPS debería mantener y consolidar nuevas alianzas y mecanismos de cooperación para brindar apoyo técnico especializado a los ministerios de salud a nivel nacional y local con miras a implementar las nuevas intervenciones y cambios propuestos en el Plan de Acción.	Línea estratégica 4 4.3, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4
La OPS debería promover una mayor participación de los órganos legislativos nacionales en la adopción de medidas para la eliminación de la malaria en aspectos específicos como el financiamiento interno, entre otros, tomando como referencia la iniciativa del Frente Parlamentario de Lucha contra la Malaria en Brasil. Asimismo, la OPS debería explorar posibles acciones políticas a favor de la eliminación de la malaria por parte de órganos legislativos multinacionales como el Parlamento Amazónico.	Línea estratégica 4 4.1.1
La OPS debería trabajar en la elaboración de directrices genéricas de implementación que sirvan de modelo para que los países establezcan procedimientos para las diversas intervenciones descritas en el Plan de Acción. Sería útil contar con materiales operacionales más precisos en contextos donde se ha perdido experiencia técnica en programas de control. La implementación del Plan también requiere crear espacios de diálogo con los países para desarrollar planes operacionales detallados que especifiquen el cómo, el qué y el cuándo.	Anexo 2 Línea estratégica 2 2.1.2 Secciones 6.2.1, 6.2.2

Recomendación del SAG	Línea estratégica y actividad
El Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria en las Américas 2026-2030 debería incluir un componente que promueva los esfuerzos de comunicación para fomentar una movilización social genuina hacia la eliminación de la malaria. En este ámbito, la OPS puede proporcionar orientación técnica sobre el contenido y las estrategias, así como movilizar alianzas para la promoción de alto nivel y la participación de los gobiernos y las partes interesadas locales.	Líneas estratégicas 1 y 4 1.1.2, 1.2.4, 1.3.4, 4.1, 4.1.3, 4.1.7 Sección 5.6

Anexo 2. Normas técnicas y lineamientos operativos de intervenciones para la eliminación de la malaria y la prevención del restablecimiento de la transmisión

En este anexo se presenta un listado de los temas que deben ser considerados para ser incluidos en las normas técnicas o lineamientos operativos por parte de los ministerios de salud, a fin de implementar los cambios y nuevas intervenciones promovidas en el Plan de acción para la eliminación de la malaria en las Américas 2026-2030. Los términos normas técnicas o lineamientos operativos empleados en este anexo se refieren a los instrumentos técnicos por medio de los cuales los ministerios de salud establecen los criterios e indicaciones de las intervenciones y procedimientos operativos, así como los roles y responsabilidades para los distintos niveles y actores de salud pública involucrados en la eliminación de la malaria.

Se propone a los países desarrollar lineamientos técnicos precisos que orienten con claridad a los equipos locales sobre los procedimientos e indicaciones de cada intervención, pero que a la vez reconozcan la necesidad de equilibrar la estandarización, que siempre es necesario establecer a nivel nacional, con el concepto de la adaptación local y la flexibilidad normativa que muchas acciones para la eliminación requieren. El desarrollo de capacidades a nivel local es una condición previa para lograr este balance y debe ser también una acción prioritaria en los planes nacionales que complemente este esfuerzo normativo.

El grupo de acciones en salud pública a las que se refiere este compendio de normas son las intervenciones de manejo de casos, la vigilancia, y las intervenciones colectivas promovidas como cambios estratégicos e intervenciones en el Plan de acción para la eliminación de la malaria 2026-2030:

1. Expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento (objetivos operativos)
2. Intervenciones reactivas para acelerar la eliminación
3. Intervenciones de quimioprevención
4. Estrategias de cura radical en *P. vivax*
5. Transformar la vigilancia en una intervención
6. Optimización del control vectorial
7. Consolidar territorios subnacionales libres de malaria

Los cuadros que siguen, organizados según los tres pilares técnicos del Plan de acción para 2026-2030, presentan un listado de intervenciones o componentes de la estrategia nacional de eliminación de la malaria que deben ser considerados para el marco normativo del país. Los temas se plantean por separado con el único propósito de orientar claramente sobre su contenido, pero debe aclararse que esta lista no pretende sugerir la elaboración de un documento específico para cada tema. Los temas que se presentan pueden ser secciones o títulos dentro de una norma técnica general de malaria o formar parte de normas técnicas específicas de vigilancia, control vectorial o temas relacionados. Con todo, el formato y carácter de los documentos debe responder al marco normativo en cada país.

Como enfoque general se proponen los siguientes conceptos para guiar el carácter de este marco técnico-normativo de la eliminación de malaria:

Normas técnicas y guías de salud pública: son instrumentos regulatorios y técnicos obligatorios u orientativos, expedidos por ministerios de salud, que estipulan estándares para la atención médica, infraestructura, equipamiento, vigilancia epidemiológica, prevención y eliminación de enfermedades. Se espera que el contenido de este anexo sirva para orientar las distintas modalidades de documentos técnicos normativos de los Ministerios de

Salud, incluyendo "notas técnicas" u otro tipo de disposiciones más específicas, según el marco normativo de salud pública en cada país.

Precisión y claridad técnica: las nuevas intervenciones requieren que desde los ministerios de salud se definan criterios y procedimientos claros que aseguren que la esencia de la intervención se cumpla en todo el territorio. Esto incluye intervenciones que no existen en los marcos técnicos de los países, como por ejemplo las acciones de quimioprevención, incluyendo la administración reactiva de medicamentos o medidas que se implementan en algunos contextos, pero sin la debida estandarización, como la investigación de casos o incluso medidas como la búsqueda reactiva de casos. Las directrices deben cubrir con claridad los aspectos de donde, cuando y como desarrollar las intervenciones. En intervenciones que deben tener amplia implementación por multitud de equipos locales como la búsqueda reactiva de casos (BRC) o administración reactiva de medicamentos (ARM) es esencial la claridad en la norma sobre aspectos como la cobertura, radio de acción y el tipo de episodio que desencadena la medida.

Adaptación y flexibilidad: la adaptación de la intervención se refiere a que el marco normativo reconozca la heterogeneidad de situaciones y complejidades operativas, que en muchos contextos requieren el ajuste de procedimientos o criterios. La adaptación también se refiere a concebir un proceso normativo que permita mecanismos para que las mismas normas se actualicen en la medida que el país va generando nuevas evidencias y aprendizaje en la eliminación y prevención del restablecimiento.

Consistencia e integralidad: este aspecto se refiere a la necesidad de cuidar que se mantenga la consistencia entre distintas guías y disposiciones, sobre todo en temas donde hay una importante interfase entre aspectos de manejo de casos y vigilancia con acciones colectivas. Las distintas guías o normas deben complementarse y contribuir a la integración de actores y roles a nivel local

Roles, funciones, y competencias: se refiere a la necesidad de que las normas técnicas sean claras en establecer los niveles de decisión y de implementación de cada intervención. Un ejemplo son las acciones de administración masiva de medicamentos, que por su complejidad e implicaciones debería ser decisión de un grupo técnico nacional. En contraste, las medidas de administración reactiva de medicamentos o búsqueda reactiva de casos que deben ser decisiones de los niveles locales.

Concepto de cambio hacia la eliminación: el cambio del "control" a la "eliminación" es el principio fundamental que debe regir esta actualización del marco técnico de la eliminación de la malaria en la Región. Las directrices nacionales deben estar guiadas por este principio de transformación y cambio.

Intervenciones basadas en la evidencia: si bien parte del marco técnico que aquí se propone combina aspectos específicos de las intervenciones con procesos y funciones en salud pública, los procedimientos e indicaciones de las intervenciones deben tener un sustento en evidencias y recomendaciones. Las guías de la OMS ofrecen recomendaciones para muchas de las intervenciones, así como elementos prácticos que pueden ser de utilidad en la adaptación nacional. Los vacíos existentes en recomendaciones deben ser cubiertos con la valoración adecuada con expertos nacionales de las evidencias disponibles en el país o la literatura.

Línea estratégica 1. Expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Gestión y uso de PDR para el diagnóstico de la malaria	Personal de servicios de salud, promotores de salud, agentes comunitarios, gestores de salud pública, personal del programa de malaria.	▪ Distribución y transporte entre unidades administrativas, transporte local. ▪ Almacenamiento (en los diferentes niveles de atención). ▪ Procedimientos de uso (tiempo de lectura, cantidad de sangre, cantidad de *buffer*). ▪ Algoritmos de manejo de casos (conducta según resultados y sintomatología). ▪ Supervisión del uso. ▪ Monitoreo y manejo de existencias, ▪ Procesos de aseguramiento de la calidad de las PDR. El marco normativo y técnico en este tema debe ser acorde con un escenario de ampliación de la red de diagnóstico y tratamiento que involucra a muchos más puntos de DyT que los que actualmente existen.
Procedimientos para el aseguramiento de la calidad del diagnóstico de malaria por microscopia	Laboratorios de salud pública, laboratorios cabeza de red en municipios, laboratorios de microscopia, punto diagnóstico con microscopista.	▪ Evaluación nacional de competencias para el diagnóstico de malaria por microscopia. ▪ Programa evaluación externa del desempeño de la microscopia o control directo ▪ Control indirecto o revisión de láminas. ▪ Supervisión y control interno de la calidad. ▪ Estructura de la red, roles y funciones por niveles de atención. ▪ Anexos con procedimientos operativos estándar, desde la toma de muestra a la lectura y reporte del resultado.
Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la malaria	Gestores de malaria en niveles de ADM1 y ADM2, personal de servicios de salud, promotores de salud, agentes comunitarios, gestores de salud publica, personal de programa de malaria.	▪ Acciones de sospecha intensiva. ▪ Acciones de diagnóstico temprano. ▪ Acciones de tratamiento inmediato. ▪ Roles y funciones por niveles y actores. ▪ Indicadores y metas operacionales.
Organización de la red local para el diagnóstico y tratamiento de la malaria (microplanificación)	Gestores de malaria en niveles de ADM1 y ADM2, supervisores de redes de DyT (personal de campo y personal de unidades de salud).	▪ Análisis de situación y contexto: mapeo de la distribución de la malaria a nivel local; análisis de distancias, tiempos y otras barreras; análisis de movimientos poblacionales; mapeo de los puntos de DyT ▪ Microplanificación: delimitación de unidades operativas y equipos a cargo, adscripción territorial para la supervisión y dotación de la red; Mapeo de puntos clave y otros actores para ampliar la red; organización de rutas y procesos de suministro de medicamentos, PDR y flujos de información.

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Supervisión a la red de diagnóstico (PDR y microscopia) y tratamiento	Supervisores de redes de diagnóstico y tratamiento (personal de campo y personal de unidades de salud).	▪ Roles y funciones en la supervisión ▪ Metodologías de supervisión (supervisión directa, verificación de datos, periodicidad). ▪ Contenidos de la supervisión: (a cada punto de diagnóstico y tratamiento): análisis de producción (personas examinadas) y positividad; análisis de registros y auditoría del dato; Interrogatorio, registro de información; procedimientos de diagnóstico (microscopia y PDR); seguimiento de algoritmo en caso de resultados negativos y sintomatología compatible a malaria; cálculo de dosis de medicamento por kg; consejo al paciente; análisis de la demanda, posibles barreras, horarios de atención; fallas en la estrategia, dificultades en la acción de los agentes comunitarios, gastos de bolsillo.
Actualización de la guía de tratamiento/lineamientos con esquemas de tratamiento actualizados	Gestores de malaria en niveles de ADM1 y de ADM2, supervisores de redes de DyT (personal de campo y personal de unidades de salud).	▪ Esquemas de tratamiento para guiar la cura radical en *P. vivax*. ▪ Esquemas de tratamiento de acuerdo con los perfiles de resistencia a las drogas antimaláricas. ▪ Medicamentos de segunda línea. ▪ Terapias múltiples de primera línea. ▪ Malaria complicada y prerreferencia

Línea estratégica 2. Vigilancia como intervención

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Procedimientos de registro (y notificación de casos)	Puntos de diagnóstico y tratamiento, equipos locales, unidades de salud	▪ Flujos y procesos. ▪ Registro de variables clave (lugar probable de infección, caso nuevo/recurrencia, tipo de búsqueda). ▪ Uso de herramientas de notificación en línea. ▪ Uso de herramientas alternativas de captura fuera de línea. ▪ Procedimientos alternativos de tabulación manual (donde sean necesarios). ▪ Procesos simplificados para registro y comunicación de exámenes realizados. ▪ Roles, funciones por niveles.
Análisis de información a nivel local para la eliminación de la malaria	Epidemiólogos nivel de ADM1, ADM2,	▪ Análisis prioritarios con periodicidad semanal. ▪ Análisis por lugar de diagnóstico y lugar de infección. ▪ Casos confirmados y examinados por localidades/semana. ▪ Análisis de examinados y positividad (por punto de búsqueda pasiva y brigadas de búsqueda activa). ▪ Movimientos de población. ▪ Nuevos conglomerados de casos.
Investigación de casos de malaria	Equipos locales, epidemiólogos de campo	▪ Escenarios epidemiológicos donde la investigación de casos es obligatoria. ▪ Procedimientos de campo de investigación de casos. ▪ Fichas de investigación y variables. ▪ Roles, funciones. ▪ Procedimientos de registro y reporte (captura digital).

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Búsqueda reactiva de casos y tratamiento reactivo	Gestores de malaria a nivel de ADM1 y ADM2, equipos locales de malaria	▪ Concepto de búsqueda reactiva. ▪ Escenarios epidemiológicos donde BRC es obligatoria. ▪ Procedimientos de campo (por ejemplo, radios de cobertura). ▪ Roles, funciones.
Búsqueda proactiva de casos	Gestores de malaria a nivel de ADM1 y ADM2, equipos locales de malaria	▪ Conceptos de búsqueda activa, búsqueda activa proactiva. ▪ Definiciones de caso para búsqueda activa. ▪ Escenarios y situaciones. ▪ Procedimientos de campo.
Mecanismo de verificación subnacional de la eliminación de la malaria	Equipos técnicos nivel nacional, gestores de malaria a nivel de ADM1 y ADM2, equipos locales de malaria, epidemiólogos municipales.	▪ Concepto de verificación subnacional de la eliminación de la malaria. ▪ Constitución de un comité nacional y equipos de verificación. ▪ Metodología de la verificación subnacional. ▪ Fases del proceso de verificación (autoevaluación, informes de eliminación, evaluación, verificación). ▪ Misiones de verificación subnacional. ▪ Instrumentos.

Línea estratégica 3. Intervenciones colectivas para prevenir la transmisión o acelerar la eliminación

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Intervenciones colectivas de retratamiento en *P. vivax*	Gestores de malaria a nivel de ADM1 y ADM2, equipos locales de malaria	▪ Selección de poblaciones/localidades. ▪ Procedimientos de campo: prueba de la G6PD, tratamiento con tafenoquina, algoritmo de tratamiento de acuerdo con el resultado de la prueba de la G6PD, consejo a los pacientes ▪ Instrumentos de captura de datos.
Intervenciones de quimioprevención en malaria	Equipos técnicos nivel nacional, gestores de malaria a nivel de ADM1, ADM2, equipos locales de malaria, epidemiólogos municipales	▪ Conceptos de intervenciones (AMM, ASM, ARM) ▪ Roles y funciones ▪ Conformación comité asesor en quimioprevención ▪ Mecanismo para identificar y priorizar poblaciones objeto de intervenciones de quimioprevención ▪ Indicaciones de cada intervención ▪ Roles por niveles (nacional, intermedio, local) sobre cada intervención. ▪ Ejecución de las intervenciones ▪ Evaluación de las intervenciones
Protocolos operativos de intervenciones de quimioprevención.	Equipos técnicos nivel nacional, gestores de malaria a nivel de ADM1, ADM2, equipos locales de malaria, epidemiólogos municipales.	▪ Selección de situaciones/criterios/indicaciones ▪ Objetivos de la intervención ▪ Área/población objeto de la intervención ▪ Descripción de la operación de campo ▪ Acciones de movilización social ▪ Medidas de impacto y resultado ▪ Instrumentos de captura de datos

Tema/intervención	Público	Contenido clave
Protocolo de monitoreo simplificado de tenencia y uso de MTILD.	Gestores de malaria a nivel de ADM1, ADM2, equipos locales de malaria.	▪ Area geográfica de implementación: áreas de interés y áreas operativas. ▪ Tamaño y selección de la muestra. ▪ Indicadores (retención, cobertura, acceso, uso, lavado y secado, integridad física y bioeficacia) ▪ Análisis. ▪ Comunicación de resultados y toma de acciones.

Nota: los temas mencionados en los cuadros anteriores pueden ser objeto de documentos individuales o estar incluidos como temáticas especificas dentro de un solo documento.

Anexo 3. Estrategia operativa para la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria

Objetivos y metas operacionales

El objetivo de esta publicación es incentivar a los países a formular y adoptar una estrategia operativa para guiar y hacer un seguimiento de las acciones de expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento (DyT) de la malaria. La expansión del acceso al DyT implica poner este al alcance de las poblaciones afectadas, eliminando las barreras. Como estrategia de orden nacional, la expansión implica una importante cantidad de acciones de nivel nacional, intermedio y local en numerosos ámbitos, que incluyen desde las regulaciones nacionales y la distribución de insumos hasta la gestión con las comunidades, y lo más importante, la atención a las personas en las localidades endémicas. La acciones involucran también a un gran número de actores y suponen múltiples interacciones. Por lo tanto, resulta de utilidad un abordaje que establezca acciones concretas y métricas para promover la autoevaluación y monitorear el desempeño de la estrategia en los distintos puntos de atención, ámbitos geográficos y niveles.

Objetivos operacionales de la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento

La esencia del abordaje es que el concepto de expansión del acceso al DyT se traduzca en acciones específicas en el campo de operaciones y que los distintos actores, en los diferentes niveles, reconozcan su papel. La estrategia de expansión del DyT puede implementarse entonces mediante tres objetivos operacionales que, para los equipos locales, están vinculados al proceso de atención de cada caso: 1) sospecha permanente, 2) diagnóstico temprano y 3) tratamiento inmediato. El cumplimento de estos tres objetivos lleva al tratamiento oportuno de la malaria. DYTLa primera parte del DT-IR es el DyT, la cascada de acciones de detección, búsqueda y tratamiento que deben llevar a detectar y tratar más casos y que constituyen pieza esencial de la eliminación.

Los objetivos operacionales del DyT comprenden un conjunto de acciones, indicadores y metas:

- **Como intervención** significa que cada objetivo se traduce en acciones para los distintos niveles y actores.
- **Como vigilancia** implica que cada objetivo puede ser vigilado con indicadores que orientan las acciones a nivel local y desde los niveles de coordinación.
- **Como monitoreo** supone que cada objetivo se traduce en metas anuales de desempeño que se aplican a los distintos niveles de gestión de la estrategia de expansión del acceso a DyT.

Se presenta como ejemplo el abordaje denominado **objetivos 5-50-100**, pero se invita a los ministerios de salud a considerar la alternativa que mejor responda al contexto nacional. Se incluyen también elementos del concepto objetivos 70-70-100. En el cuadro A3.1 se muestran ejemplos de otras métricas y combinaciones de indicadores que también podrían aplicarse en función del contexto de cada país.

Cuadro A3.1. Ejemplo de indicadores y metas para cada uno de los tres objetivos operacionales de la expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria

Objetivo	Como vigilancia (indicadores)	Como monitoreo (ejemplos de metas)
Sospecha permanente	▪ Número de casos examinados. ▪ Índice de exámenes positivos (IEP) (casos/examinados). ▪ Índice anual de muestras examinadas (IAME) (examinados/población). ▪ Índice de pruebas de diagnóstico (examinados/sospechosos).	IEP <5, IEP <10 Reducción en el IEP en un 70% IAME >10% Incremento en el IAME en 50%
Diagnóstico temprano	Tiempo transcurrido entre los síntomas y el diagnóstico.	>50% en menos de 48 horas >70% en menos de 48 horas >80% en menos de 48 horas
Tratamiento oportuno	Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento.	100% en el momento del diagnóstico >90% tratamiento completo

Fuente: elaboración propia.

Los objetivos 5-50-100: sospecha permanente, diagnóstico temprano y tratamiento inmediato

Introducción

La expansión del acceso al DyT es la principal acción promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para eliminar la malaria en las Américas. Consiste en lograr que el DyT esté al alcance de todas las comunidades afectadas, sin barreras geográficas, financieras, culturales o de cualquier otro tipo. Los objetivos 5-50-100 son el marco operativo de la expansión del acceso al DyT a nivel local: 1) sospecha de malaria a nivel comunitario y en los servicios, 2) oferta de diagnóstico permanente en las comunidades y en los servicios y 3) tratamiento disponible para inicio inmediato allí donde está el diagnóstico. Cada uno de los tres objetivos incluye acciones concretas que los equipos de salud deben llevar a cabo con participación comunitaria. La expansión del acceso al DyT y su marco operativo 5-50-100 forman parte del concepto de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta (DT-IR), ampliamente promovido por la OPS para acelerar la eliminación de la malaria en las Américas (figura A3.1). Dicho concepto incluye una cascada de acciones de investigación y respuesta que se inician ante la detección de un caso o de conglomerados de casos, según el contexto epidemiológico.

Figura A3.1. Diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta, y expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento

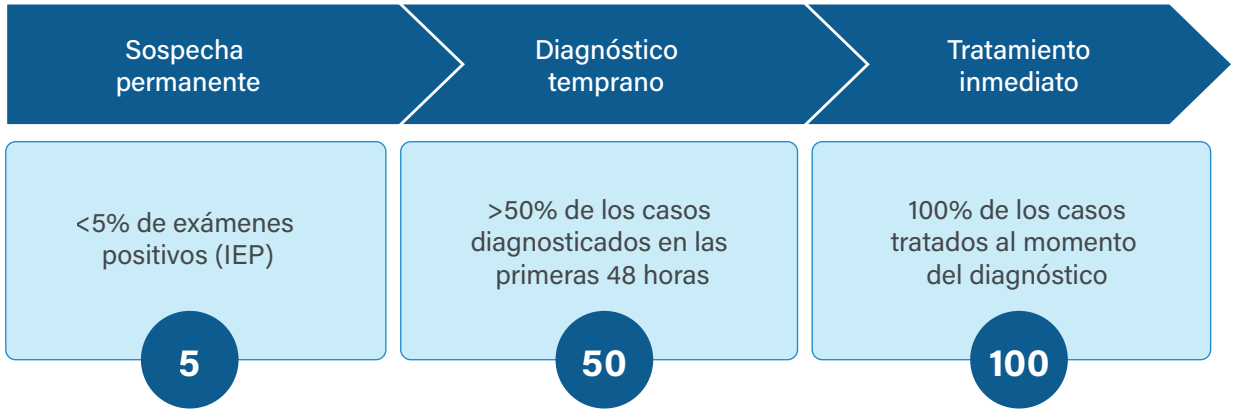


Fuente: elaboración propia.

Los tres objetivos 5-50-100

La estrategia operativa de la expansión del acceso al DyT promueve tres objetivos a los que puede hacerse seguimiento fácilmente en cualquier nivel de atención o de gestión del programa de malaria y que se traducen en un conjunto concreto de acciones que cada actor debe implementar para contribuir al tratamiento oportuno de todos los casos en el territorio. Los objetivos 5-50-100 (figura A3.2) toman su nombre de las metas, pero, más allá de métricas específicas, la esencia de la estrategia es promover que se adopten acciones concretas para lo siguiente: 1) la sospecha permanente, 2) el diagnóstico temprano y 3) el tratamiento inmediato (5-50-100 como intervención). La estrategia también impulsa la adopción de procesos de notificación y análisis de la información que son esenciales para guiar las operaciones (5-50-100 como vigilancia).

Figura A3.2. Objetivos 5-50-100



Fuente: elaboración propia.

Objetivo 1: sospecha permanente. La sospecha de malaria por parte de las mismas personas y del personal de los servicios es el desencadenante de la sucesión de acciones que deben culminar con el tratamiento y la detección de más casos. A nivel local, la estrategia debe garantizar mecanismos para la captación temprana de los casos sospechosos en todas las comunidades y en todas las unidades de salud del territorio. Hay que incentivar a la población a consultar a través de rutas de atención claras y sin barreras de acceso; el hallazgo de casos debe llevar a sospechar malaria entre los contactos (búsqueda reactiva) y la oferta pasiva debe complementarse con acciones de búsqueda activa de casos en todas aquellas situaciones en las cuales no exista un punto de diagnóstico permanente.

Objetivo 2: diagnóstico temprano. El tiempo es un factor esencial para reducir el reservorio humano del parásito. El diagnóstico temprano es la puerta de acceso al tratamiento y el desencadenante de la cascada de acciones que pueden llevar a la detección de más casos. Sin diagnóstico, no hay tratamiento, vigilancia ni respuesta. Con este objetivo, se busca garantizar que todas las comunidades con transmisión de malaria cuenten con diagnóstico, eliminando las barreras, lo que es posible con el uso ampliado de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y la participación de la comunidad. La acción contenida en los objetivos 1 y 2 abarca la creación y el mantenimiento de puntos de diagnóstico con microscopia o PDR en todas las unidades de salud y en las comunidades.

Objetivo 3: tratamiento inmediato. El tratamiento oportuno es el verdadero objetivo de la estrategia. En la prevención de la transmisión en casos de *Plasmodium falciparum* resulta de especial relevancia iniciar el tratamiento antes de la aparición de gametocitos, lo cual ocurre alrededor del día 5 a 7 después del inicio de los síntomas. En la malaria por *P. vivax*, por su parte, cuanto más temprano se inicie el tratamiento más pronto deja la

persona de ser reservorio de las formas sexuadas (infectantes para los mosquitos) que ya están presentes desde el inicio de los síntomas. Los medicamentos antimaláricos tienen que estar disponibles junto al diagnóstico de forma permanente en todos los lugares donde exista transmisión de malaria. El tratamiento debe volverse, así, un bien público disponible en las comunidades, para las comunidades. La disponibilidad permanente de medicamentos en cientos o miles de puntos de atención en el territorio endémico es uno de los principales desafíos de la estrategia.

Los objetivos 5-50-100 buscan traducir a un lenguaje más operativo el concepto de expansión del acceso al diagnóstico y tratamiento (DyT), y enfatizar la oportunidad en el inicio del tratamiento como el objetivo principal, así como la existencia de acciones concretas a cargo de cada actor involucrado.

La acción clave para los objetivos 1, 2 y 3 es la creación de puntos de DyT de la malaria a partir de los servicios o de la misma comunidad en todos los lugares donde se requiera.

Los objetivos 5-50-100 como intervención, vigilancia y monitoreo

Los elementos clave de los objetivos 5-50-100 son la intervención, la vigilancia y el monitoreo.

Como intervención, significa que cada objetivo se traduce en acciones para los distintos niveles y actores. **Como vigilancia**, implica que cada objetivo puede ser vigilado con indicadores que orientan las acciones en tiempo real. **Como monitoreo**, significa que cada objetivo se traduce en metas anuales de desempeño que aplican a los distintos niveles de gestión de la estrategia de expansión del acceso al DYT.

De esta forma, los objetivos no son solo metas operativas, sino un conjunto de acciones esenciales para eliminar la malaria. Se busca inculcar en la práctica habitual del equipo de salud la importancia de estos tres elementos clave para eliminar la malaria en su jurisdicción: 1) sospecha permanente, 2) oportunidad del diagnóstico y 3) tratamiento inmediato.

Con respecto a los tres objetivos, se identifican los siguientes niveles o actores con tareas específicas:

- Puntos de DyT de malaria fijos o móviles: hospital, unidad de salud, laboratorio de malaria, agente de endemias o de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), agente indígena de salud, agente comunitario de salud, colaborador comunitario de malaria.
- Unidad básica de gestión de eliminación de malaria: sector municipal, vereda, cala de río, microárea, foco, subdistrito, etc.).
- Nivel de ADM2 (municipio, distrito, comuna).
- Nivel de ADM1 (estado, departamento, región).
- Nivel nacional.

Recuadro A3.1. Resumen de elementos clave de los objetivos 5-50-100

1. **Intervención. Acciones:** las acciones (sospecha, diagnóstico temprano, tratamiento inmediato) se implementan a todo nivel de atención de casos y gestión del programa de malaria
2. **Vigilancia. Uso de indicadores:** los tres indicadores (positividad, oportunidad de diagnóstico, oportunidad del tratamiento) son útiles a todo nivel de atención de casos y gestión del programa de malaria
3. **Monitoreo. Cumplimiento de metas:** las metas (5-50-100) son relevantes para su monitoreo a nivel nacional, ADM1, ADM2, sectores operativos o focos y unidades de salud con atención general en el área endémica.

Los objetivos 5-50-100 como intervención

Los objetivos 5-50-100 como intervención se refieren a acciones. Mas allá del monitoreo de metas y el uso de los indicadores, el propósito principal de los objetivos 5-50-100 es promover las tareas concretas que los diferentes actores a nivel nacional, intermedio y local deben implementar para contribuir a la detección temprana y al tratamiento oportuno de los casos de malaria. Se busca promover un conjunto de acciones para operacionalizar la estrategia de expansión del acceso al DYT y los primeros elementos de la cascada del DT-IR. En el cuadro A3.2 se detallan las acciones a nivel local y en el cuadro A3.3 se presentan las acciones de soporte de los niveles intermedio y nacional para todo el proceso de detección temprana y manejo oportuno de casos.

Cuadro A3.2. Acciones e intervenciones relacionadas con los tres elementos clave y las metas 5-50-100

Objetivo	Acciones
Sospecha	Incentivo de la demanda: ▪ Acciones para incentivar y orientar a la población a consultar tempranamente ante síntomas de malaria. ▪ Acciones para reducir cualquier barrera legal, financiera o cultural para que las poblaciones puedan acceder tempranamente a los puntos de diagnóstico de malaria.
Diagnóstico temprano	Sospecha y diagnóstico en los servicios de salud: ▪ Acciones para incentivar al personal médico y demás profesionales de la salud para que presten atención la sospecha precoz de malaria. ▪ Simplificación de los procedimientos y rutas de atención, y abolir cobros y otras barreras de acceso. ▪ Medidas para que el diagnóstico de malaria esté disponible de forma permanente en todas las unidades de salud de la zona endémica. ▪ Acciones locales para mantener y fortalecer la red de microscopia en el territorio y cumplir con los procedimientos nacionales de aseguramiento de la calidad. Sospecha y diagnóstico en la comunidad: ▪ Creación de nuevos puntos de atención para asegurar la oferta de diagnóstico permanente en las comunidades con transmisión. ▪ Acciones para organizar y mantener una red de agentes comunitarios motivados y debidamente dotados para la oferta de diagnóstico y tratamiento (DyT) para malaria. ▪ Capacitación y supervisión en las redes comunitarias de diagnóstico. ▪ Adaptación cultural de las rutas y los procesos de atención con comunidades indígenas para evitar demoras en la detección de la malaria. Búsqueda activa: ▪ Acciones permanentes de búsqueda reactiva de casos en convivientes y familiares de casos confirmados de malaria. ▪ Implementación de brigadas de búsqueda activa debidamente programadas para asegurar la cobertura con oferta de DyT en zonas donde no ha sido posible instalar DyT permanente. ▪ Estimación adecuada de necesidades de pruebas de diagnóstico rápido (PDR): ▪ Sistemas eficientes de distribución de PDR en redes ampliadas de DyT. ▪ Supervisión de la red.
Tratamiento inmediato	Acciones para reducir el tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento: ▪ Disponibilidad de antimaláricos en toda la red de diagnóstico. ▪ Innovación en soluciones para distribuir antimaláricos oportunamente en zonas con población dispersa. ▪ Cumplimiento de algoritmos y lineamientos nacionales sobre el manejo de casos y el tratamiento inmediato.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro A3.3. Objetivos 5-50-100: tareas de los niveles nacional y subnacional

Elemento de soporte	Tarea
Políticas, financiamiento y alianzas	▪ Marco estratégico nacional de malaria fundamentado en el acceso al diagnóstico y tratamiento (DyT) como pilar principal desencadenante de la vigilancia y de toda la respuesta para la eliminación de la malaria. ▪ Decisiones financieras que respalden la estrategia nacional de ampliación de la red de DyT de la malaria, lo cual incluye presupuesto suficiente para la adquisición de todos los insumos necesarios para el DyT, la logística para la supervisión y los recursos humanos. ▪ Promoción de marcos de conexión con actores claves a nivel nacional, como organizaciones indígenas y todos los potenciales involucrados en expandir el DyT y en preservar un modelo sostenible con amplia participación social.
Normativas y regulaciones	▪ Normativas que hagan obligatorio el DyT de la malaria en todos los servicios de salud de las zonas endémicas y el inicio inmediato del tratamiento en todos los niveles de atención. ▪ Regulación que faculte a los actores comunitarios a realizar el diagnóstico oportuno de malaria con pruebas de diagnóstico rápido (PDR) y aplicación del tratamiento. ▪ Abordaje de disposiciones normativas que limitan la existencia de cantidades adecuadas de antimaláricos a nivel local.
Adquisiciones, suministros	▪ Estimación de las necesidades de PDR y de medicamentos de acuerdo con la ampliación de la red de DyT. ▪ Conducción oportuna de los procesos de compra de todos los insumos necesarios para el DyT de la malaria. ▪ Organización de sistemas eficaces de suministro que incluyan soluciones innovadoras para la distribución de insumos en población dispersa.
Apoyo técnico	▪ Promoción de la capacitación periódica del personal de salud responsable de la gestión de datos para apoyar la calidad de los datos necesarios para el seguimiento de los objetivos 5-50-100. ▪ Acciones de gestión de redes de garantía de calidad del diagnóstico. ▪ Promoción de soluciones con herramientas de MHealth y uso de tecnologías de la comunicación para conectar redes de DyT. ▪ Supervisión y apoyo técnico en el terreno con expertos en los niveles locales e intermedios para el abordaje de situaciones de mayor carga y con mayores desafíos operacionales y epidemiológicos.

Los objetivos 5-50-100 como vigilancia

Los objetivos 5-50-100 como vigilancia se refieren a la utilización sistemática de ciertos indicadores clave como parámetros para guiar mejoras en la operación local.

Todas las unidades de salud, agentes comunitarios o equipos extramurales a cargo de acciones de búsqueda pasiva o activa de casos deben incorporar acciones de vigilancia sobre el desempeño de los tres objetivos operacionales (sospecha permanente, diagnóstico temprano y tratamiento inmediato). El seguimiento frecuente de estos parámetros es igualmente esencial a nivel de los sectores operativos o focos, así como a nivel municipal (ADM2), intermedio (ADM1) y nacional.[1] En el cuadro A3.4 se presentan detalles sobre los indicadores y en el cuadro A3.5, ejemplos del análisis periódico realizado por los distintos actores. A su vez, el cuadro A3.7 contiene un examen de las limitaciones de los indicadores y las metas, así como comentarios adicionales sobre su uso.

1 Al igual que otras medidas relativas, los indicadores medidos como porcentajes (índice de exámenes positivos [IEP], porcentaje de casos diagnosticados en primeras 48 horas y porcentaje de casos tratados en el momento del diagnóstico), cuando se agregan a nivel nacional o en niveles administrativos subnacionales (ADM1, ADM2) pueden enmascarar situaciones locales críticas.

Cuadro A3.4. Indicadores de los objetivos 5-50-100 como vigilancia

Objetivo/indicador	Comentario
Objetivo: **Sospecha (morbilidad/sospecha)** **Indicadores:** Número de muestras examinadas Índice de exámenes positivos	Número de muestras examinadas: ▪ Indicador más importante para analizar la intensidad de las acciones de detección, que debería ser registrarse y analizarse sistemáticamente en todos los niveles de la operación de malaria (punto de DyT, unidad de salud, localidad, foco). ▪ El número de casos examinados es resultado de la demanda y la oferta de atención y, en contextos de búsqueda pasiva, es también un indicador indirecto de la existencia o no de barreras de acceso. ▪ La expansión del acceso al DYT, que en gran parte depende de la creación de nuevos puntos de DYT, o del incremento en la sospecha por personal de salud dotado de PDR, debe reflejarse en un aumento en el número de examinados por detección pasiva. ▪ Es necesario asegurar el registro y notificación de información de personas examinadas como información esencial para la operación de malaria. Los datos de examinados se pueden manejar como dato agregado o a partir de listas de casos simplificadas (*line list*). El nivel de desagregación requerido es punto de diagnóstico (o localidad)/semana). La desagregación adicional por tipo de búsqueda (activa o pasiva) ofrece ventajas en el análisis. Índice de exámenes positivos (IEP): ▪ El IEP es una combinación de la carga de enfermedad (numerador) con la intensidad de la detección (denominador). Cuando los esfuerzos de detección son estables y se dirigen efectivamente a las poblaciones en riesgo, los valores de IEP bajos son un indicador de baja prevalencia de malaria en la población. ▪ Los valores elevados de IEP, por otra parte, pueden ser un reflejo de situaciones de alta carga de enfermedad, indicando generalmente la necesidad de intensificar la oferta de diagnóstico en los servicios de salud y en el entorno comunitario. ▪ La creación de nuevos puntos de diagnóstico y el incremento en la oferta y diagnóstico debe aumentar la detección de casos (denominador). Con el tiempo, el tratamiento oportuno debe contribuir a reducir la aparición de otros casos en la comunidad (numerador). En general, se espera una reducción en el IEP en respuesta a las acciones efectivas sostenidas de control.[a] ▪ El IEP como medida relativa permite hacer comparaciones en tiempo y lugar y establecer parámetros de referencia para la relación entre carga de enfermedad y esfuerzo de detección. ▪ Al no depender de un dato poblacional o de otras variables ajenas a los procesos de información de malaria, es un indicador de fácil medición en todos los niveles de intervención: en los puntos de diagnóstico de un colaborador comunitario, en brigadas de búsqueda activa, por los puntos de microscopia de malaria o laboratorios, así como en el contexto de unidades de salud y en todos los niveles administrativos (ADM1, ADM2, y nivel nacional). ▪ El monitoreo frecuente de la positividad, por ejemplo, con periodicidad semanal o mensual,[b] sirve para alertar sobre cambios en la transmisión o en la intensidad de la búsqueda y la presencia de conglomerados de casos, así como para guiar las mejoras en los esfuerzos de detección pasiva a cualquier nivel. ▪ El uso de este parámetro en campo es, además, esencial para ajustar en tiempo real la extensión y los procedimientos de las acciones de detección activa por los equipos de malaria. ▪ Sin embargo, el IEP por sí solo no es concluyente; debe analizarse con el número de examinados y constituye una señal para profundizar el análisis, triangulando con otros parámetros como especie y tipo de búsqueda.

Cuadro A3.4. Indicadores de los objetivos 5-50-100 como vigilancia *(continuación)*

Objetivo/indicador	Comentario
Objetivo: Diagnóstico temprano Indicador: Tiempo transcurrido entre los síntomas y el diagnóstico	▪ El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es un indicador robusto de la oportunidad y el acceso al diagnóstico. ▪ La demora en acceder al diagnóstico, medida por el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico, es una variable que debe orientar permanentemente el abordaje de conglomerados específicos de casos durante los brotes y la alerta sobre barreras en la detección pasiva en la actividad habitual de los servicios. ▪ El cálculo del indicador requiere el registro de la fecha de inicio de los síntomas y la fecha del diagnóstico en la ficha de notificación de casos. El indicador puede analizarse como variable categórica calculando el porcentaje de casos diagnosticados en dos días o menos y otras categorías. Alternativamente, la variable puede analizarse como variable numérica con medidas de tendencia central. ▪ La supervisión de campo debe verificar y llamar la atención sobre la importancia de la completitud y precisión en el registro de las dos fechas en la notificación de casos. Las plataformas de datos deben incorporar la generación automatizada del indicador en bases de datos para análisis con cualquier nivel de desagregación en tiempo y lugar. ▪ En el caso de P. falciparum, en contextos de diagnóstico microscópico, es de interés la triangulación con la presencia de gametocitos el día del diagnóstico.
Objetivo: Tratamiento inmediato: casos tratados al momento del diagnóstico	▪ La vigilancia sobre la oportunidad del tratamiento tiene por objeto enfatizar lo que debe ser un principio no negociable de la estrategia nacional de eliminación de la malaria: que el tratamiento tiene que estar disponible en el lugar del diagnóstico, especialmente en escenarios de transmisión activa. En contextos de prevención del restablecimiento debe existir un mecanismo para acceso al tratamiento en el menor tiempo posible. ▪ El cálculo del indicador requiere el registro de la fecha de diagnóstico y la fecha de inicio de tratamiento en la ficha de notificación de casos. Por simplicidad del análisis, se sugiere considerar el cumplimiento cuando el tratamiento se inicie el mismo día que el diagnóstico. ▪ En el cuadro A3.5 se detallan ejemplos del uso de estos parámetros en la operación de malaria.

Notas:
[a] En algunos contextos, el índice de exámenes positivos (IEP) ha disminuido de valores de 30%-60% a valores inferiores al 10% en respuesta a las medidas de control implementadas en períodos de dos a tres años (véase Organización Mundial de la Salud. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Ginebra: OMS; 2012).
[b] En localidades de mayor tamaño (por ejemplo, de 500 habitantes) o en puntos de atención con alta carga, el monitoreo semanal del índice de positividad puede ser de utilidad. La periodicidad puede ser mensual en las localidades pequeñas o en los puntos con baja demanda de atención por casos febriles.

Cuadro A3.5. Análisis periódico de los indicadores para guiar las acciones de malaria (no necesariamente como valores meta)

	Punto de diagnóstico (unidad de análisis: ámbito geográfico del punto de DyT	Nivel local (unidad de análisis: localidades, focos, unidades de salud y puntos de DyT)	Nivel nacional (unidad de análisis: ADM2, como municipios, comunas o cantones)
Número de muestras examinadas	Análisis semanal: **IEP:** alta positividad (por ejemplo, >20%) en acciones de búsqueda activa o búsqueda pasiva orienta sobre la necesidad de intensificar la detección en localidades, familias o conglomerados prioritarios. Baja positividad en la búsqueda activa orienta para redireccionar acciones. El IEP es parámetro principal para orientar los ajustes en la extensión de búsqueda activa (reactiva y proactiva) durante las operaciones de campo.	Análisis semanal/mensual: **IEP:** desagregado por puntos de diagnóstico o conglomerado de localidades. Alta positividad (por ejemplo, >20%) alerta sobre intensificación de transmisión y necesidad de incrementar sospecha o problemas en demanda/ oferta en puntos específicos. Los análisis retrospectivos del IEP en operaciones de búsqueda activa orientan futuras acciones.	Análisis mensual: **IEP:** desagregado a nivel de ADM2. Alta positividad mensual alerta al nivel superior sobre intensificación en la transmisión o problemas en la gestión local de DyT o en las acciones de vigilancia y alerta sobre la necesidad de intensificar la detección.
Positividad en el diagnóstico	Análisis semanal: Número de personas examinadas: reducción en el número de examinados en búsqueda pasiva alerta sobre reducción de la demanda, barreras de acceso o baja sospecha si se trata de una unidad de salud de atención general.	Análisis semanal/mensual: Número de personas examinadas: reducción en el número de personas examinadas alerta sobre reducción de la demanda, barreras de acceso, baja sospecha en los servicios o reducción en la búsqueda activa, desabastecimiento de PDR.	Análisis mensual: Número de personas examinadas. reducción en el número de examinados alerta sobre reducción de la demanda, barreras de acceso, baja sospecha en los servicios o reducción en la búsqueda activa, desabastecimiento de PDR.
Tiempo transcurrido entre los síntomas y el diagnóstico	Análisis semanal: la alta proporción de casos con retrasos en la detección en conglomerados específicos constituye una alerta sobre barreras de acceso.	Análisis semanal: desagregado a nivel de puntos de diagnóstico o conglomerados de localidades. Alta proporción de casos con demoras en la detección alerta sobre barreras de acceso, baja demanda de atención.	Análisis mensual: desagregado a nivel de ADM2. Alta proporción de casos con detección tardía alerta sobre barreras de acceso, insuficiente oferta.
Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento	Análisis semanal: la ausencia de tratamiento disponible en el punto de diagnóstico debe ser motivo de alerta inmediata al nivel de supervisión.	Análisis semanal: desagregado por puntos de diagnóstico. La identificación de puntos de diagnóstico en los que el tratamiento no se inicia el mismo día del diagnóstico debe ser motivo de alerta inmediata.	Análisis mensual: desagregado a nivel de ADM2. Retrasos entre el diagnóstico y el tratamiento debe alertar sobre deficiencia críticas en la cadena de subministro de antimaláricos a nivel municipal.

El monitoreo en las metas 5-50-100

Los valores 5-50-100 que dan nombre a esta estrategia operativa corresponden a la meta anual para los tres objetivos. El monitoreo anual de estas metas a nivel de las distintas unidades administrativas (ADM1, ADM2), de unidades operativas de malaria (foco o microárea) o de unidades de salud resulta de utilidad para sintonizar a los distintos niveles y actores en torno a los tres objetivos operacionales de la expansión del acceso al DyT.

Si bien la agregación de estas medidas relativas como valores anuales puede distorsionar las situaciones reales,[2] con todo, las variaciones interanuales en los tres indicadores se constituyen en un buen elemento objetivo para la analizar e impulsar la gestión político y técnica de la expansión del DyT en cualquier nivel. Dadas las limitaciones de las métricas, se considera que el establecimiento de estos valores meta puede contribuir al llamado a la acción a múltiples actores a nivel nacional en torno a la expansión del acceso al DyT de la malaria. En el cuadro A3.6 se presentan elementos conceptuales para guiar la implementación de estas metas. En el cuadro A3.7 se señalan las limitaciones que deben tenerse en cuenta en la interpretación y uso de estas metas.

Cuadro A3.6. Análisis anual del cumplimiento de metas 5-50-100

Meta	Análisis e interpretación
Morbilidad/ sospecha <5% en el índice de exámenes positivos (IEP)	▪ Como indicador que incluye la morbilidad, la meta aspiracional en contextos de eliminación debe ser cero o valores muy bajos dados solamente por casos importados en el numerador. ▪ Los valores bajos de IEP son compatibles con situaciones de baja morbilidad y de adecuada sospecha de malaria. ▪ En los documentos que han enmarcado la transición de políticas del control hacia la eliminación, la OMS sugiere que un valor de IEP inferior al 5% durante la temporada de mayor transmisión sería compatible con una situación favorable a la eliminación.[a] Valores de IEP inferiores al 2% o al 1% predominan en los territorios cercanos a la eliminación de la malaria. ▪ Alcanzar un IEP del 5% es un desafío para muchísimos municipios y unidades de salud en la Región que actualmente manejan positividad alta (IEP mayor del 10%). Es una meta de utilidad a nivel nacional y especialmente a nivel de unidades administrativas de ADM2 y a nivel de focos o sectores operativos dentro de un municipio. Sin embargo hay que considerar que el valor agregado no refleja la heterogeneidad del territorio. ▪ La meta del 5% no es relevante a nivel de puntos de atención de agentes comunitarios específicos de malaria (colaboradores voluntarios), debido a la reducida población y a que la demanda de atención en estos contextos es más específica de malaria. Tampoco son aplicables durante la respuesta a brotes.

2 Un valor anual bajo de IEP (<5%) para un municipio (ADM2), por ejemplo, puede ocultar situaciones críticas de alta morbilidad y deficiente detección durante la estación de mayor transmisión de malaria. De igual forma, un valor anual alto del porcentaje de casos diagnosticados en menos de 48 horas puede estar influido por la detección oportuna en el área urbana y ocultar barreras de acceso en los focos prioritarios en momentos críticos del año.

Cuadro A3.6. Análisis anual del cumplimiento de metas 5-50-100 *(continuación)*

Meta	Análisis e interpretación
>50% de casos detectados en primeras 48 horas	▪ En situaciones de transmisión permanente y sensibilización de la población sobre la problemática de la malaria, rutas conocidas de atención y oferta de DyT permanente, se espera que un elevado % de los casos (>70) sean diagnosticados en las primeras 48 horas. En situaciones de muy baja transmisión o ausencia de transmisión, donde los casos pueden haberse infectado fuera del territorio, las rutas de atención no son conocidas por los escasos casos, es entendible que un porcentaje significativo de los casos se detecte después de las 48 horas. ▪ En situaciones de muy pocos casos y cuando los casos importados constituyan la mayor parte de la problemática, las variaciones interanuales pueden venir dadas por brotes o conglomerados de casos que afecten significativamente el indicador y no necesariamente reflejan el esfuerzo de la gestión local. ▪ Por ello, se considera que el valor meta de más del 50% parece adecuado para incluir las situaciones descritas. Sin embargo, se anima a los países considerar indicadores más específicos a nivel subnacional según el nivel de transmisión.
100% de casos tratados en el momento del diagnóstico	Cualquier valor por debajo del 100% denota un error crítico en la operación de la malaria. El tratamiento debe estar siempre disponible en el lugar del diagnóstico

Nota:
[a] Si bien la OMS ya no emplea el concepto de preeliminación ni tampoco indicadores relativos para clasificar los contextos de eliminación de la malaria, el documento de la OMS del 2012 sobre vigilancia en malaria (véase la nota 6) identificaba un valor bajo de IEP como *proxy* de una situación compatible con la eliminación. El documento señala como situación favorable a la eliminación si el IEP durante la temporada pico de malaria es menor de 5%.

Qué hacer para implementar los objetivos 5-50-100

Funcionarios de campo de los programas de ETV a nivel local

- Incentivar a la población a buscar DyT de malaria tan pronto inicien los síntomas e informar debidamente sobre rutas y punto de diagnóstico.
- Brindar atención a casos sospechosos de malaria con DyT inmediato como punto fijo de atención o durante visitas a las comunidades en su sector de trabajo.
- Establecer alianzas y canales de comunicación con lideres comunitarios y el equipo de salud a cargo de la eliminación de la malaria.
- Identificar localidades donde es necesario la instalación de puntos permanentes de diagnóstico con actores comunitarios e identificar líderes y personas motivadas en las comunidades para servir como punto de DyT en su comunidad
- Identificar localidades y poblaciones que requieren acciones de búsqueda activa y realizar acciones de búsqueda reactiva en respuesta a casos y acciones de búsqueda activa.
- Supervisar, capacitar, dotar con PDR y medicamentos, recopilar información y apoyar permanentemente a al red de puntos de diagnostico en el sector operativo a su cargo.
- Recopilar y analizar información de otras fuentes sobre movimientos poblacionales, eventos sociales, desplazamientos de poblaciones, festividades y otros aspectos de contexto claves para la detección oportuna de casos de malaria.

Profesionales responsables de la salud pública en un municipio

- Instalar todos los puntos de diagnóstico necesarios para evitar que barreras de acceso al tratamiento oportuno de la malaria.
- Asegurar el abastecimiento permanente de los insumos para el diagnóstico y medicamentos de la malaria en todos los puntos de diagnóstico.

- Crear un mecanismo efectivo de supervisión y apoyo a todos los puntos de diagnóstico.
- Programar y asegurar la logística para la ejecución de actividades para la detección activa en localidades sin punto permanente de diagnóstico, de forma proactiva ante movilizaciones de población u otras situaciones que puedan suponer riesgo de malaria o en respuesta al incremento de casos o alta positividad.
- Monitorear regularmente los indicadores de sospecha (muestras examinadas y positividad), detección temprana y tratamiento inmediato en todo los puntos de atención en el territorio.
- Velar por una acción permanente de sospecha de malaria (muestras examinadas) en toda la jurisdicción enfatizando la búsqueda en las poblaciones y momentos donde se requiere.
- Garantizar la capacitación adecuada del personal de salud responsable de la gestión de datos para garantizar la calidad de los parámetros 5-50-100.

Médicos de una unidad de salud del área endémica

- Sensibilizar la población de las comunidades de su ámbito de responsabilidad. Además, velar por que el equipo de salud tenga una buena calidad de atención con un trato digno y confiable.
- Establecer procesos de atención y flujograma adecuados para las actividades de DyT de malaria en su unidad de salud y asegurar que no existan barreras ni demoras en los procesos de atención en la unidad de salud.
- Sospechar malaria en todos los pacientes que cumplan con las definiciones de caso establecidas por el Ministerio de Salud o autoridad sanitaria correspondiente.
- Solicitar una prueba diagnóstica de malaria inmediatamente después de la sospecha, y repetir la prueba diagnóstica en caso de resultado negativo cuando la sospecha clínica persista.
- Iniciar tratamiento inmediatamente se confirme el diagnostico parasitológico (PDR o microscopia).

Colaboradores comunitarios

- Conservar debidamente las PDR, los medicamentos antimaláricos y demás elementos suministrados por el equipo de salud para sus acciones como colaborador comunitario.
- Realizar prueba de malaria inmediatamente al atender o captar un casos sospechoso y repetir la prueba en caso de resultado negativo cuando persistan los síntomas de la malaria, siguiendo algoritmos diagnósticos.
- Iniciar el tratamiento inmediatamente tras la confirmación del diagnóstico parasitológico (RDT o microscopia) siguiendo lineamientos nacionales e incentivar a al persona a completar debidamente el tratamiento.
- Notificar resultados (exámenes realizados totales como informe consolidado y positivos en las formas correspondientes).
- Remitir a la población a los servicios de salud en todos los casos indicados por los protocolos nacionales, incluidos los casos con riesgo de complicaciones por malaria o aquellos en los que persistan los síntomas y resultados negativos en varias PDR.
- Mantener una comunicación permanente con el equipo de salud local sobre la situación de la malaria y las necesidades de suministro de medicamentos y PDR.
- Detección reactiva de casos, incentivando a los pacientes a estimular a familiares y convivientes para acudir al punto de diagnóstico en los días inmediatos a la detección del caso.[3]
- Incentivar a la comunidad a consultar tempranamente para el diagnóstico de malaria y detectar activamente casos sospechosos.

3 En la concepción de la figura del colaborador voluntario para la malaria se ha tenido la prevención de no cargar a esta figura de acciones de vigilancia activa que demanden dedicación, desplazamientos, gastos y esfuerzos que vayan más allá de la acción de detección pasiva que la persona está dispuesta a brindar como colaboración con su comunidad. Sin embargo, se reconoce que, en muchos contextos de comunidades pequeñas, como aldeas indígenas, el colaborador voluntario está dispuesto a realizar visitas y a estimular la detección de casos de forma más activa, lo cual es particularmente relevante en zonas dispersas donde no es posible el desplazamiento rápido del equipo de salud para una búsqueda reactiva oportuna.

Cuadro A3.7. Limitaciones y comentarios sobre los indicadores y metas

Indicador	Limitaciones	Comentarios
Número de muestras examinadas	▪ Como medida absoluta, el número de personas examinadas no permite comparaciones con valores de referencia ni el establecimiento de metas.	▪ El número de personas examinadas depende de la intensidad de la demanda y de la oferta. La demanda depende a su vez de la carga de enfermedad y de la ausencia de barreras de acceso. ▪ El análisis de las variaciones temporales en el número de personas examinadas resulta esencial para guiar la operación de malaria.
Índice de exámenes positivos (IEP)	▪ El valor del IEP no mide directamente la intensidad o suficiencia de la sospecha de malaria. ▪ Por ejemplo, valores bajos de IEP (<5%) en territorios próximos a la eliminación pueden ser atribuidos al bajo número de casos y no necesariamente indicar que se está sospechando malaria de forma apropiada ▪ Durante la preparación de este documento se sugirieron dos indicadores alternativos para el seguimiento de los esfuerzos de detección de casos: 1) proporción de personas examinadas en las que se sospecha malaria, usando como denominador el número real de sospechosos (febriles) de malaria que acuden a los servicios y 2) el índice de personas examinadas, que usa como denominador la población, y cuyo umbral de >10% se considera compatible con contextos de eliminación. ▪ Al igual que otras medidas relativas, el IEP puede enmascarar situaciones críticas cuando se agrupan datos por lugar o tiempo: - Lugar: El indicador puede resultar más confiable a nivel de unidad de salud o localidad. Cuando se agregan datos (ADM1, ADM2, nivel nacional) el valor agregado puede enmascarar localidades o unidades de salud específicas donde el indicador tiene un mal desempeño.[a] - Tiempo: valores anuales o datos agregados de varias semanas o meses pueden enmascarar semanas o momentos específicos en los que la búsqueda de malaria ha sido insuficiente o ausente. ▪ Se considera, por lo tanto, que la veracidad del IEP depende de que la sospecha sea realmente constante y dirigida a las poblaciones en riesgo y en los momentos en que se requiere.	▪ El IEP es una medida que combina la carga de enfermedad (numerador) con intensidad de la detección (denominador). ▪ Es justamente esta característica de ser un *proxy* de la intensidad de la transmisión, influido por la intensidad de la detección, lo que hace que esta medida sea tan atractiva como indicador del estado de la operación de DyT. ▪ Las variaciones en el IEP deben llevar, por tanto, a analizar los dos componentes del indicador (número de casos y número de personas examinadas). ▪ Se valoran los siguientes aspectos: 1) su carácter combinado de medida de carga de enfermedad y esfuerzo de detección, 2) su fácil medición y robustez en un determinado momento y lugar (derivadas de que numerador y denominador dependen de la misma intervención)[b] y 3) su independencia de datos poblacionales de dudosa calidad o de otra información de morbilidad de difícil obtención. ▪ En los municipios con alta carga de la Región (IPA, 50-200/1000 y 2000-10 000 casos/año), los IEP superan sistemáticamente valores del 10%, que en algunas situaciones de IEP alcanzan del 30% al 40%, mientras que los períodos de menor transmisión se caracterizan por valores de IEP menores del 5%. ▪ Se considera que el análisis y debate que se genere en los equipos operativos, epidemiólogos y gestores de salud pública sobre las limitaciones y distorsiones del IEP son parte del objetivo de incentivar el análisis de casos examinados y la suficiencia del esfuerzo de detección.

Cuadro A3.7. Limitaciones y comentarios sobre los indicadores y metas *(continuación)*

Indicador	Limitaciones	Comentarios
Tiempo entre síntomas y diagnostico (porcentaje de casos diagnosticados en menos de 48 horas)	▪ Al igual que otras medidas relativas este indicador, puede enmascarar situaciones críticas cuando se agrupan datos por lugar o tiempo,	▪ Durante la discusión de esta estrategia operativa fue sugerido usar modelamiento matemático para establecer un valor meta de este indicador que se pueda asociar con reducción en la transmisión. ▪ De igual forma, se sugirió establecer un umbral del 80% como proporción deseable. ▪ Las metas sugeridas en los ejemplos adjuntos (>50%, >70%) no se han basado en modelaje de datos, sino en el análisis del comportamiento que el indicador ha tenido en distintos contextos de transmisión en los países.[c]
Tiempo entre diagnóstico y el inicio del tratamiento	▪ El indicador solo considera el inicio del tratamiento y no la completitud que es un aspecto crítico, especialmente en el tratamiento de la cura radical en *P. vivax*.	▪ El inicio inmediato del tratamiento puede ser fácilmente monitoreado mediante los instrumentos de registro y reporte de notificación de casos. Por el contrario, el registro del fin del tratamiento implica, el seguimiento de caso y un segundo momento de reporte, lo cual solo es posible en situaciones de muy pocos casos. ▪ Se busca llamar la atención sobre la importancia del inicio temprano del tratamiento esquizonticida sanguíneo (cloroquina o ACT), así como del efecto gametocida de la cloroquina en *P. vivax*.

Notas:
[a] El denominador de personas examinadas puede aumentarse a costa de búsquedas activas puntuales o de medidas para examinar a todos los pacientes febriles en un hospital, mientras las localidades prioritarias de malaria no tienen oferta de diagnóstico. A nivel de unidades de salud o puntos de detección o incluso focos o conglomerado de localidades, el indicador muestra la relación carga/sospecha de malaria en ese ámbito en un período de tiempo determinado.
[b] El denominador es registrado por todos los puntos de atención de malaria en cualquier condición de detección pasiva o activa, de forma que numerador y denominador son registrados y reportados bajo las mismas unidades de tiempo y lugar generando un valor muy robusto, que permite cualquier desagregación por estas variables.
[c] El análisis de este indicador en la Región ha mostrado que el valor ha superado el nivel del 70% en contextos con transmisión estable con intensa búsqueda reactiva, población sensibilizada y flujos de atención bien establecidos. Por otra parte, los valores tienden a ser inferiores al 50% en contextos con muy pocos casos autóctonos y predominio de casos importados donde hay poco margen de acción desde los servicios por reducir el tiempo.

Los objetivos 70-70-100: sospecha permanente, diagnóstico temprano y tratamiento inmediato

El abordaje de los objetivos 70-70-100 difiere del de los objetivos 5-50-100 únicamente en los valores meta de los indicadores de sospecha permanente y diagnóstico temprano. Los dos conceptos son iguales en lo que atañe a los componentes de intervención y vigilancia. El cuadro A3.8 proporciona elementos de análisis e interpretación de los valores meta 70-70-100, así como sus limitaciones en algunos contextos.

Cuadro A3.8. Análisis anual del cumplimiento de metas 70-70-100

Meta	Análisis e interpretación
Morbilidad/sospecha Reducción del 70% en el índice de exámenes positivos (IEP)	▪ Como indicador que incluye la morbilidad, la meta aspiracional en contextos de eliminación debe ser un 100% de reducción o niveles cercanos al 100% con solo casos importados en el numerador. ▪ Los valores bajos de IEP son compatibles con situaciones de baja morbilidad y de adecuada sospecha de malaria. ▪ Una reducción del 70% en el índice de positividad es especialmente relevante en contextos con positivad alta (IEP mayor al 10%).[a] ▪ La meta como porcentaje de reducción implica necesariamente la comparación con una línea de base o un período anterior. ▪ Se establece un IEP del 3% como meta para contextos de baja transmisión. ▪ Es una meta de utilidad a nivel de unidades administrativas de ADM1, ADM2 y a nivel de focos o sectores operativos dentro de un municipio, pero hay que considerar que el valor agregado puede no reflejar la heterogeneidad del territorio. ▪ Por el contrario, a nivel de localidades, unidades de salud o puntos de detección, el indicador tiene la ventaja de no estar afectado por valores de otras unidades. ▪ Es de utilidad como *proxy* del esfuerzo de sospecha de malaria del equipo local. En cualquier caso, el análisis anual debe considerar qué situaciones críticas de poca detección (alta positividad) pueden quedar ocultas por momentos puntuales de intensificación de la detección.
Diagnóstico temprano: un 70% de casos detectados en las primeras 48 horas	▪ En situaciones de transmisión permanente y sensibilización de la población sobre la problemática de la malaria, las rutas conocidas de atención y la oferta de diagnóstico y tratamiento permanente, se espera que un elevado porcentaje de los casos (un 70% o más) se diagnostiquen en las primeras 48 horas. En situaciones de muy baja transmisión o ausencia de transmisión, cuando los casos pueden haberse infectado fuera del territorio, las rutas de atención no son conocidas por la reducida cantidad de casos, es comprensible que un porcentaje significativo se detecte después de las 48 horas. En situaciones de muy pocos casos y en que los casos importados constituyan la mayor parte de la problemática, las variaciones interanuales pueden venir dadas por brotes o conglomerados de casos y no necesariamente reflejan el esfuerzo de la gestión local. De todos modos, la meta del 70% debe ser un objetivo que lleve a impulsar acciones para mejorar la oportunidad en la detección.
Tratamiento inmediato: el 100% de los casos tratados en el momento del diagnóstico	▪ Cualquier valor por debajo del 100% denota un error crítico en la operación de malaria. El tratamiento debe estar siempre disponible en el momento del diagnóstico.

Nota:
[a] En algunos contextos, el índice de exámenes positivos (IEP) ha disminuido de un 30% a un 60% a valores inferiores al 10% en respuesta a las medidas de control implementadas en períodos de dos a tres años (véase Organización Mundial de la Salud. Disease surveillance for malaria elimination: an operational manual. Ginebra: OMS; 2012).

A pesar de los desafíos que enfrenta la respuesta mundial contra la malaria, el período 2026-2030 puede ser una fase transformadora en la lucha contra la malaria en la Región de las Américas, apoyada por la introducción de innovaciones, cambios estratégicos y alianzas enmarcadas en los compromisos que los Estados Miembros están asumiendo hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles.

El *Plan de Acción para la Eliminación de la Malaria 2026-2030* presenta un panorama de los avances y desafíos para eliminar la malaria en las Américas, establece metas regionales y expone una teoría del cambio con un marco técnico y estratégico renovado de intervenciones, acciones clave y alianzas pertinentes.

Poner el tratamiento al alcance de las comunidades es el principal cambio, lo cual es posible mediante la expansión del uso de las tecnologías disponibles y con un llamado a múltiples actores a desempeñar un papel activo en diagnosticar y tratar de forma temprana la malaria.

Con la decisión política de los países y el renovado interés de socios técnicos y financieros, la Organización Panamericana de la Salud se plantea un período 2026-2030 de cambios estratégicos y avances epidemiológicos en la lucha contra la malaria en la Región.

OPS
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

www.paho.org