# Evaluación Final de Desempeño de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria

# Resumen Ejecutivo

Propósito de la evaluación

El propósito principal de la evaluación fue identificar la contribución de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria (AMI), a través del tiempo (2001-2015), en la capacidad de respuesta de los Programas Nacionales de Control de Malaria (PNCM) de once países socios. El objetivo secundario fue evaluar la capacidad de respuesta potencial de los países socios frente a la evolución de los escenarios de malaria. Asimismo, se identificaron los retos que enfrentan los países de la región frente a los nuevos escenarios de malaria, con la finalidad de brindar a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y demás organizaciones de la cooperación externa recomendaciones sobre cómo canalizar sus recursos. Finalmente, se evaluó la ejecución de las recomendaciones sugeridas en la evaluación de medio término.

Antecedentes

AMI es una iniciativa conducida por USAID con el objetivo de reducir la carga de mortalidad y morbilidad de la malaria en la región de las Américas mediante su prevención y control en once países socios: seis pertenecientes a la cuenca del Amazonas (Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Surinam y Perú) y cinco pertenecientes a Centroamérica (Belice, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá). Desde su inicio en el 2001, AMI ha trabajado en coordinación con los ministerios de salud de los países socios a través de sus PNCM, así como con socios nacionales e internacionales (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDC], *Links Media*, *Management Sciences for Health* [MSH] y *United States Pharmacopeia* [USP]), convirtiéndose en una de las piedras angulares del Programa Regional contra el Paludismo de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y un elemento importante en la lucha contra la malaria en las Américas.

AMI ha realizado diversas actividades a través de sus instituciones socias, tales como brindar asistencia técnica, difundir innovaciones tecnológicas, organizar reuniones anuales, facilitar intercambios, proporcionar fondos pequeños, entre otras. Los PNCM planifican las actividades para recibir apoyo de AMI de acuerdo a la voluntad de cada país socio y según su escenario epidemiológico y prioridades de salud, las que luego serían facilitadas por la OPS. Basada en buenas prácticas, innovaciones y lecciones aprendidas, AMI ha enfocado su trabajo en seis líneas de acción (LDA).

La labor de AMI ha consistido en brindar apoyo técnico directo a los PNCM de los países socios, alcanzando indirectamente a otros países de las Américas gracias a la integración de sus actividades con la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA) de la OPS. AMI ha asistido en la prevención, control y esfuerzos dirigidos hacia la eliminación de malaria en la región de las Américas, dentro del marco de la Estrategia Regional y Plan de Acción contra la Malaria de la OPS. No es posible atribuir de manera directa a AMI los avances obtenidos en el control de malaria en la Región, debido a que, durante el mismo periodo, otras fuentes de financiamiento también han contribuido en la implementación de intervenciones de control de malaria a gran escala en varios países. Las evaluaciones previas de AMI realizadas en los años 2007, 2012 y 2014 resaltaron los avances y contribuciones positivas de AMI, así como su rol clave como iniciativa regional, al permitir la interacción entre los países socios y otras instituciones clave, y la adopción de prácticas, intervenciones e innovaciones de efectividad comprobada en los PNCM. Las actividades en las seis LDA[[1]](#footnote-1) de AMI han mostrado logros y avances significativos en los once países socios. Asimismo, el número de casos de malaria reportados a la OPS en los países socios ha disminuido considerablemente desde el inicio de AMI, y adicionalmente ha habido contribuciones importantes de AMI, sus socios y países asociados hacia la generación y/o fortalecimiento de capacidades técnicas y de gestión de los PNCM.

Sin embargo, aún quedan temas pendientes que enfrentar. La evaluación del 2014 identificó la necesidad de mejorar la planificación y el monitoreo de actividades, además propuso el alineamiento de AMI con la estrategia de la OPS y que USAID/AMI financie la institucionalización de RAVREDA en la OPS. Por otro lado, la intensidad de la reducción de la malaria y el avance alcanzado ha sido heterogéneo entre los países, con incremento reciente de casos reportados en algunos países. Por último, escenarios cambiantes de transmisión de la malaria en las Américas traen nuevos retos a los que AMI debe seguir intentado adaptarse de forma flexible.

Preguntas de evaluación y metodología

Se utilizó un enfoque mixto de métodos cualitativos y cuantitativos y triangulación de la información para responder a las preguntas y sub-preguntas de la evaluación.

Caja 1: Preguntas de Evaluación

¿Cuáles han sido los cambios en la capacidad de los PNCM de los países socios como resultado de las contribuciones de AMI desde el año 2001?

¿La capacidad existente es capaz de responder a la evolución en los escenarios de malaria? Si la respuesta es no, ¿qué hace falta?

¿Cuáles son los principales retos que surgen a partir de la evolución en los escenarios de malaria en América Latina que deben ser abordados por la cooperación externa para maximizar el uso de recursos limitados?

En todo momento se puso especial énfasis en incluir los enfoques transversales de interculturalidad, género y poblaciones en circunstancias especiales (indígenas, grupos pequeños, poblaciones mineras, entre otras).

La metodología incluyó:

* 1. Entrevistas a profundidad a informantes clave
	2. Análisis de contenido de documentos
	3. Estudios de casos
	4. Análisis de datos cuantitativos obtenidos de la revisión de documentos
	5. Análisis de base de datos epidemiológicos de malaria de los países socios y de la región

Por último, se identificaron limitaciones, tales como riesgo de sesgo de información en entrevistas a profundidad, experiencias sistematizadas limitadas, caracterización de múltiples escenarios epidemiológicos, contextos no observados y el limitado número de visitas de campo. Estas limitaciones fueron tomadas en cuenta para interpretar los hallazgos y conclusiones de manera adecuada.

Hallazgos

Los hallazgos se presentan por pregunta de evaluación.

1. Cambios en capacidad de los PNCM como resultado de las contribuciones de AMI

**Mejoras en capacidades críticas como resultado de estudios de eficacia.** Los resultados de los estudios de eficacia, realizados con apoyo de AMI, han permitido actualizar capacidades críticas de los países socios, como políticas de tratamiento, planes y/o estrategias de monitoreo de la eficacia y resistencia a los antimaláricos, que se ajustan a cambios en la transmisión de malaria en las Américas.

**Mejora en el acceso a diagnósticos y tratamiento rutinario de malaria.** En los países socios se mejoró el acceso a diagnósticos y tratamiento rutinario de malaria estableciendo capacidades permanentes de entrenamiento y supervisión.

**Fortalecimiento de la gestión de calidad de diagnóstico.** Se fortaleció la gestión de calidad del diagnóstico microscópico, utilizando pruebas de diagnóstico rápido basadas en evidencia de desempeño y en las características moleculares (HRP2/HRP3) de los parásitos circulantes en la región.

**Conducción de estudios de calidad y establecimiento de estrategias de aseguramiento de la calidad.** Se condujeron estudios de calidad de la prescripción y monitoreo de la adherencia al tratamiento. También se establecieron estrategias de aseguramiento de la calidad de medicamentos e insumos, según escenarios epidemiológicos. Sobre el suministro de medicamentos e insumos antimaláricos, AMI contribuyó en la mejora de procesos de adquisición y logística que responden a la demanda.

**Establecimiento de políticas de control vectorial y reporte de mapas vectoriales.** En relación con la mejora de la vigilancia entomológica, AMI contribuyó a que los países socios establezcan políticas de control vectorial y reportes de mapas vectoriales que consideren los escenarios epidemiológicos. Se mejoró el monitoreo de la resistencia a insecticidas, efectividad del rociado y mosquiteros impregnados.

**Mejoramiento de vigilancia epidemiológica.** Los países socios mejoraron la vigilancia epidemiológica mediante el uso de reportes individuales y desagregados, según poblaciones en circunstancias especiales y de fronteras.

**Diseño de estrategias de comunicación y abogacía.** Referente al enfoque de comunicaciones, trabajaron con el personal de salud para diseñar estrategias de comunicación y educación apropiadas, así como en abogacía con los decisores, comunicación y educación a la población y participación comunitaria.

**Búsqueda de soluciones conjuntas mediante el trabajo en redes.** Se reconoce la contribución innovadora de AMI para buscar soluciones conjuntas, impulsando el trabajo en redes e intercambio de experiencia y evidencias entre países.

1. Capacidad de respuesta frente a escenarios evolutivos de malaria

*Capacidad de respuesta frente a escenarios previos*

AMI ha sido capaz de responder a escenarios cambiantes de malaria, logrando dicha capacidad al expandir su énfasis en todas sus LDA, y realizando actividades dentro de cada LDA en respuesta a cambios en escenarios epidemiológicos. La naturaleza de AMI como iniciativa, el liderazgo de los países al definir sus objetivos, las diversas capacidades técnicas de sus socios y la flexibilidad del uso de los fondos contribuyeron a la mejor capacidad de adaptación y respuesta de AMI.

Dichas capacidades contribuyeron al control y también a la prevención de la re-introducción de la malaria en zonas libres de la enfermedad. Se identificó, respondió y caracterizó los retos de este escenario nuevo.

No obstante, algunos países presentan avances más lentos en la reducción de casos de malaria, unos muestran aumentos en las tasas de incidencia en los últimos años y otros países han tenido grandes re-emergencias, prácticamente retrocediendo a cifras similares al período pre-AMI. Estos escenarios plantean cuestionarse si es realista alcanzar la eliminación de la malaria en el mediano plazo. Dicho esto, ¿qué capacidades adicionales se requieren para enfrentar escenarios de transmisión en los próximos 3 a 5 años?

*Capacidad adicional de respuesta requerida para escenarios en futuro mediato*

**La capacidad adicional de respuesta requerida en un futuro mediato se focaliza en lugares remotos y endémicos.** En el futuro mediato, se necesitará mayor capacidad para monitorear la eficacia del tratamiento y resistencia a la artemisinina. Se necesitará extender y asegurar el diagnóstico y tratamiento de calidad a poblaciones remotas y especiales. Esto requiere capacidades de diagnóstico mayores y descentralizadas, así como entrenamiento y evaluación del desempeño de los microscopistas en el uso de láminas panel a nivel sub-nacional y local.

Una gran oportunidad a tener en cuenta es la introducción de nuevas drogas potencialmente efectivas, tales como tafenoquina. Sin embargo, se necesita más información sobre la deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) en diferentes áreas endémicas, sobre todo si la tafenoquina comienza a usarse en estrategias de tratamiento masivo sin previa confirmación diagnóstica.

**El escenario de medio término requiere mejorar el almacenamiento y logística de los antimaláricos e insumos, y expandir la evaluación de la calidad y la supervisión a niveles sub-nacional y local.** Las capacidades desarrolladas por los países con el apoyo de AMI son valiosas, pero tienden a estar más concentradas en el nivel nacional y sub-nacional, por lo que debe impulsarse que alcancen al nivel local con suficiente intensidad.

En cuanto a capacidad adicional para la vigilancia y manejo integrado del vector, **se requiere un conjunto de intervenciones de control vectorial, de efectividad demostrada según escenarios, que considere la capacidad de adaptación de los vectores.** Asimismo, se requiere de una vigilancia entomológica sistemática, permanente y adaptada a los principales escenarios epidemiológicos.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica, **escenarios futuros requieren** **análisis completos y detallados enfocados en poblaciones endémicas remotas que viven en condiciones especiales**. Estos análisis deben capturar la micro-epidemiología de estas poblaciones para permitir respuestas individualizadas en cada escenario. Adicionalmente, se debe integrar fluidamente el componente entomológico en la vigilancia epidemiológica.

**En el futuro mediato, será crucial el compromiso político y la inversión sostenida ante un menor número de casos de malaria**. Para este fin, los PNCM deben desarrollar mayor capacidad de comunicación con los decisores, personal de salud, y población, adoptando un enfoque intercultural según cada audiencia.

1. Identificación de principales retos en escenarios cambiantes de transisión

A continuación se identifican los principales retos institucionales, de gestión y técnicos de cara a diversos escenarios de transmisión.

*Retos Institucionales*

* Mantener e incrementar el compromiso político y la inversión ante escenarios de baja incidencia de malaria.
* Asegurar la sostenibilidad de las capacidades ante la descentralización de la salud, reforma y/o aparición de nuevos modelos de atención.
* Responder oportunamente a situaciones inesperadas de inestabilidad política/institucional y falta de personal.

*Retos de Gestión*

* Consolidar e institucionalizar las capacidades, procesos y LDA a nivel sub-nacional y local.
* Crear y/o fortalecer capacidades de control en zonas remotas y en poblaciones especiales.
* Mejorar la participación comunitaria.
* Producir mejor evidencia de los resultados y el impacto de las intervenciones realizadas.
* Mejorar el monitoreo y evaluación para que sea más útil para la toma de decisiones en diferentes escenarios epidemiológicos, especialmente en escenarios de baja transmisión o cercanos a la eliminación. Por ejemplo, evaluar capacidades de prevención y respuesta.

*Retos Técnicos*

* Caracterizar la micro-epidemiología de los focos remanentes y diseñar estrategias de control individualizado en poblaciones vulnerables, remotas y/o especiales.
* Adaptar las experiencias exitosas de control de *P. falciparum* al control de *P. vivax*.
* Introducir nuevas drogas y/o métodos diagnósticos que sean más efectivos y/o sensibles.
* Evaluar y aplicar estrategias de control vectorial integral, de efectividad demostrada y adaptada a diferentes escenarios epidemiológicos.

CONCLUSIONES

AMI contribuyó con un enfoque innovador de trabajo e intercambio en redes entre países socios, que permitió dar soluciones conjuntas basadas en evidencia. Desde el 2001, contribuyó también al desarrollo de capacidades objetivamente verificables en los países socios, que coincide temporalmente con la disminución significativa de casos en la región.

En los últimos 15 años, se da una reducción de aproximadamente 74% en casos reportados. El avance ha sido mayor en el monitoreo de la eficacia y resistencia a antimaláricos, acceso al diagnóstico y tratamiento, y en la gestión y control de la calidad de los antimaláricos. No obstante, estas y otras capacidades desarrolladas tienden a concentrarse en el nivel nacional y sub-nacional, siendo necesario impulsarlas o reforzarlas en zonas remotas y endémicas habitadas por poblaciones en mayor riesgo. La extensión de capacidades a estas zonas, incluyendo su consolidación e institucionalización, constituye un reto de gestión importante para los países.

De igual manera, sigue siendo clave el rol de los PNCM y su capacidad de comunicación para lograr el compromiso político y el aseguramiento de la inversión para el control de malaria frente a escenarios de baja incidencia, re-emergencia, descentralización, reforma, y nuevos modelos de atención, entre otros. Asimismo, es clave sostener el control en escenarios cambiantes de transmisión de malaria, así como en la consolidación de lo avanzado. La eliminación es una meta muy importante, pero alcanzable en un futuro a largo plazo. Su búsqueda debe continuar sin distraernos de establecer bases sólidas para el control y la prevención de la reintroducción de la malaria en el futuro mediato.

Recomendaciones

La recomendación principal de esta evaluación se refiere a la necesidad de mantener los avances logrados. Llegar al escenario de eliminación de malaria en la región de las Américas aún pertenece a un futuro a largo plazo; sin embargo, es más importante seguir estableciendo programas sólidos, superar las crisis actuales y venideras, y evitar la re-emergencia en escenarios donde se haya logrado una evolución favorable. El control de malaria no es exclusivo del nivel nacional, sino que **requiere de una agenda regional** que amerita el apoyo de la cooperación internacional, como ser la OPS, coordinada con los países socios. Se plantean y desarrollan 15 recomendaciones clave de las cuales las primeras dos son dirigidas a USAID, las siguientes doce son para la cooperación internacional y los países asociados, y la última sólo para países socios.

R01: USAID debe continuar su apoyo a AMI, enfocado en el desarrollo de capacidades técnicas y de gestión en los países socios.

R02: USAID debe concentrar su apoyo en el horizonte de futuro mediato (3 a 5 años).

R03: La cooperación internacional y los países socios deben apoyar la institucionalización nacional y sub-nacional de lo avanzado en cada país.

R04: La cooperación internacional y los países socios deben seguir fortaleciendo RAVREDA y ampliarla como una red multidisciplinaria dentro y entre países vecinos.

R05: La cooperación internacional y los países socios deben fortalecer y apoyar la abogacía política para el control de malaria a nivel regional y nacional en los países socios.

R06: La cooperación internacional y los países socios deben promover una mejor organización y gobernanza para el control de malaria en el nivel nacional, sub-nacional y local, particularmente ante la descentralización, incorporando la participación de las comunidades.

R07: La cooperación internacional y los países socios deben seguir proporcionando oportunidades para difundir experiencias exitosas y lecciones aprendidas en control de malaria.

R08. La cooperación internacional y los países socios deben promover que se aplique un enfoque comunitario.

R09. La cooperación internacional y los países socios deben promover que se brinden estrategias y servicios diferenciados a poblaciones vulnerables y/o alejadas, confrontando circunstancias como el riesgo de re-emergencia y las vulnerabilidades en sí.

R10. La cooperación internacional y los países socios deben monitorear la eficacia y resistencia a antimaláricos.

R11. La cooperación internacional debe seguir fortaleciendo a los países socios para que aseguren el acceso al diagnóstico y tratamiento.

R12. La cooperación internacional y los países socios deben seguir fortaleciendo la gestión y el monitoreo del control de calidad de los antimaláricos en los países socios.

R13. La cooperación internacional y los países socios deben seguir apoyando el monitoreo y gestión integrada de vectores.

R14. La cooperación internacional y los países socios deben continuar fortaleciendo los sistemas de salud y las redes de trabajo para control de malaria.

R15. Los países socios deben continuar priorizando sus sistemas de vigilancia epidemiológica de malaria.

1. 1LDA 1: Monitoreo de la eficacia de los antimaláricos, vigilancia de la resistencia y prevención de la aparición de resistencia a los antimaláricos.

LDA 2: Acceso a diagnósticos y tratamientos de alta calidad.

LDA 3: Aseguramiento de la calidad y control de sustancias farmacéuticas y otros suministros para malaria.

LDA 4: Vigilancia y manejo integrado del vector.

LDA 5: Vigilancia epidemiológica.

LDA 6: Fortalecimiento de sistemas y redes de trabajo. [↑](#footnote-ref-1)