



MANUAL DE MICROPLANIFICACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Versión para personal de campo

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

MANUAL DE MICROPLANIFICACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Versión para personal de campo

Washington, D.C.

2023

ISBN: 978-92-75-32802-6 (PDF)

ISBN: 978-92-75-32803-3 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2024

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)).



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, como se indica más abajo. 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.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descargo: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: 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; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275328026>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, dirijase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

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.

ÍNDICE

Abreviaciones	6
1. Introducción	7
2. Marco conceptual	8
3. Estratificación	12
4. Microplanificación	15
5. Gestión de la malaria en las unidades operativas	21
Anexo. Ejemplo de microplán	26

Cuadros

Cuadro 1. Componentes para la eliminación de la transmisión en los focos	11
Cuadro 2. Actividades genéricas de distintas intervenciones en malaria en función del estrato	12
Cuadro 3. Delimitación y caracterización de unidades operativas	17
Cuadro 4. Microplanificación	20
Cuadro 5. Acciones de gestión de focos	22

Figuras

Figura 1. Diagrama de la estrategia DTI-R	9
Figura 2. Clasificación de foco de malaria	15
Figura 3. Ejemplo de la división de un municipio en unidades operativas (focos o microáreas) para organizar la eliminación de la malaria	19

ABREVIACIONES

DTI-R	diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MTILD	mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración
PDR	pruebas de detección rápida
RRI	rociado residual intradomiciliario

1. INTRODUCCIÓN

Este manual ofrece orientaciones sobre cómo implementar a escala local los elementos que promueve la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para eliminar la malaria. Se trata de una versión simplificada y más operativa del *Manual para la estratificación según el riesgo de malaria y la eliminación de focos de transmisión* y está dirigido, principalmente, a los equipos operativos que llevan a cabo el trabajo de campo. En esta versión se han priorizado los contenidos y se han organizado los pasos del proceso con el fin de facilitar su comprensión por parte de los equipos locales. También se han hecho ajustes en el contenido para enfatizar su utilidad en cualquiera que sea el escenario de transmisión de la malaria en la Región de las Américas.

El enfoque adoptado se basa en la microplanificación y puede aplicarse a cualquier escenario de transmisión con el fin de eliminar la malaria. En países con muy pocos casos, la microplanificación permite dirigir los esfuerzos hacia los focos activos, habitualmente pequeños, mientras se asegura la vigilancia en el resto del territorio. En los países con una transmisión todavía dispersa –como ocurre en las zonas endémicas de América del Sur, algunos países de Centroamérica y Haití–, el enfoque promueve la sectorización del territorio en unidades operativas, esto es, microterritorios (focos o microáreas) donde las intervenciones se puedan organizar de una manera más depurada con el fin de interrumpir la transmisión.

La eliminación de la malaria es una operación de campo en la que es preciso definir el ámbito geográfico de actuación. Este manual es una invitación a reconocer la importancia que tiene el establecimiento de unidades operativas para organizar las intervenciones encaminadas a eliminar la malaria.

2. MARCO CONCEPTUAL

El cambio de una estrategia de control por una estrategia de eliminación de la malaria exige un ejercicio más preciso de microepidemiología y organización de las operaciones contra la malaria a escala local. Para ello se hace necesario establecer una unidad operativa o microterritorio para el cual se establezca un equipo responsable y se diseñe una operación acorde a las dinámicas de transmisión. De esta forma, la estrategia de eliminación puede entenderse como una intervención adaptada al contexto local con el fin de transformar los focos activos de malaria en focos eliminados e ir consolidando así territorios libres de transmisión.

¿CÓMO SE ELIMINA LA MALARIA?

Transformando todos los focos activos en focos eliminados de manera que se vayan consolidando territorios cada vez más extensos como áreas libres de malaria.

La delimitación, la caracterización y el abordaje de las unidades operativas de lucha contra la malaria debe ser un elemento central de los cambios que requiere la transición de la estrategia de control hacia la de eliminación de la malaria en los países. El foco o microárea se convierte en la unidad epidemiológica y operativa en la que se pone en práctica una intervención programática que, si bien está estandarizada a nivel nacional, debe basarse, ante todo, en la dinámica de la transmisión a escala local.

En este sentido, la OPS promueve una estrategia basada en intervenciones oportunas de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta (DTI-R).

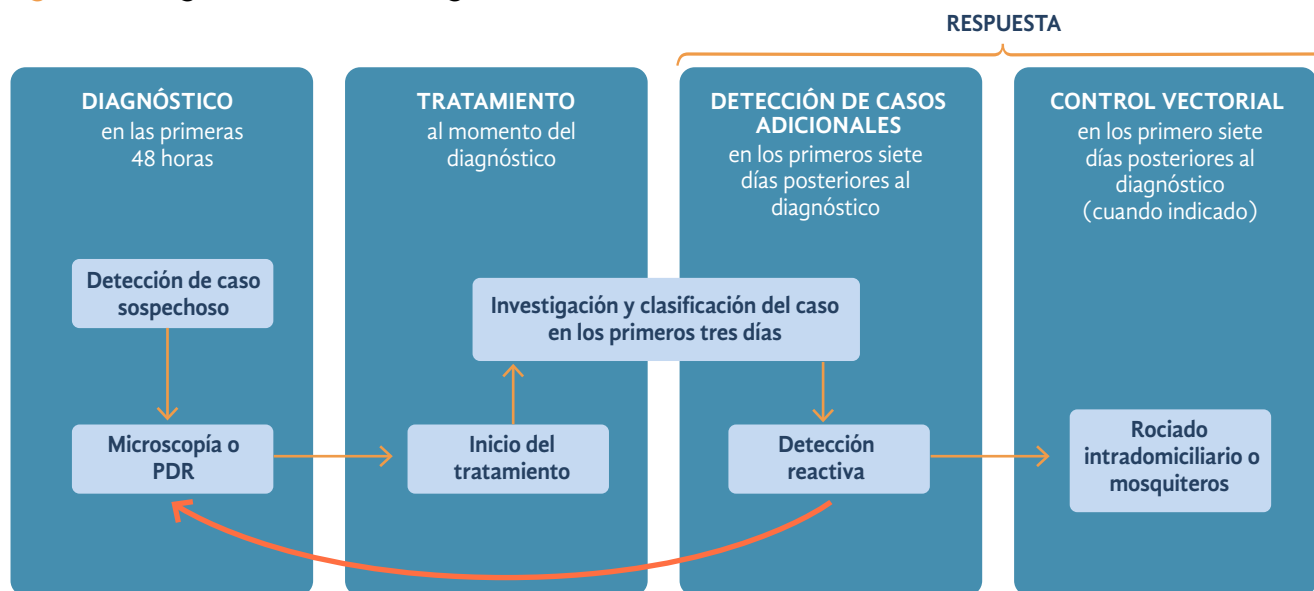
¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE EL TRATAMIENTO TEMPRANO PARA ELIMINAR LA MALARIA?

Porque los casos de malaria son los únicos reservorios del parásito. Cuanto antes se traten, menos posibilidades habrá de que los mosquitos se infecten al picar a la persona enferma.

La estrategia de DTI-R (Figura 1) tiene cuatro componentes:

1. **Diagnóstico:** todo caso de malaria debe ser diagnosticado mediante microscopía o PDR en las primeras 48 horas desde el inicio de los síntomas.
2. **Tratamiento:** todo caso confirmado debe recibir tratamiento apropiado según los protocolos nacionales, que se iniciará el mismo día del diagnóstico.
3. **Investigación:** se debe investigar y clasificar cada caso para dirigir las acciones de respuesta en los primeros tres días posteriores al diagnóstico.
4. **Respuesta:** cada caso o conglomerado de casos ha de desencadenar una acción básica de detección oportuna y tratamiento de otros casos (detección reactiva¹) en los primeros siete días posteriores al diagnóstico. Las actividades de control vectorial reactivas —adicionales a las proactivas o sistemáticas—, sobre todo los mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILD) y el rociado residual intradomiciliario (RRI), forman parte de la respuesta integrada al foco de malaria, según resulte apropiado.²

Figura 1. Diagrama de la estrategia DTI-R



Nota: PDR: pruebas de detección rápida.

Fuente: 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>.

El DTI-R parte de una acción de atención individual que se transforma en una medida preventiva de carácter colectivo y adquiere importancia cuando toda la red de atención centrada en la malaria la aplica

1 La detección reactiva de casos se menciona en el Marco para la eliminación de la malaria y en el Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria de la Organización Panamericana de la Salud. La detección de contactos es una intervención habitual en el control de brotes de enfermedades infecciosas. Sin embargo, es importante resaltar que no hay estudios que hayan evaluado la eficacia de la detección reactiva (ni de la proactiva) en la interrupción de la transmisión de la malaria. Véase Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la malaria. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34172>; Organización Panamericana de la Salud. Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50648>.

2 Si bien se incluyen acciones de control vectorial como un elemento clave en la respuesta ante la detección de transmisión en un área, debe aclararse que la intervención principal de control vectorial no es esta medida de respuesta, sino las acciones sistemáticas, principalmente de mosquiteros (MTILD) o rociado (RRI), planificadas de manera proactiva según la estratificación de riesgo.

de manera masiva. En esencia, el DTI-R consiste en el diagnóstico y el tratamiento oportunos, así como en el llamado a detectar y prevenir más casos a partir de cada caso detectado. La organización de estas intervenciones de DTI-R en unidades operativas que podemos denominar focos o microáreas es el objeto de este manual.

¿QUÉ ES EL DTI-R?

Una estrategia que busca asegurar que las comunidades tengan acceso al diagnóstico y al tratamiento en el menor tiempo posible y que, ante la detección de cada caso, se emprendan acciones para detectar casos nuevos.

Se proponen cuatro componentes (cuadro 1), que deben entenderse como un ciclo, como una acción dinámica que deberá ajustarse en función de los cambios que se produzcan en las dinámicas de la transmisión. El punto de partida es la delimitación y caracterización de las unidades operativas (focos o microáreas), lo cual incluye formular hipótesis que expliquen la transmisión en ese microterritorio. A partir de este análisis se diseña la intervención básica de detección y tratamiento (microplanificación del DTI-R), que consiste, fundamentalmente, en organizar la red de diagnóstico y tratamiento en el territorio. La implementación del DTI-R como tal es el tercer componente, que ha de respaldarse mediante un cuarto elemento basado en la supervisión y análisis permanentes (gestión del foco), el cual aportará nuevos elementos a la delimitación y caracterización de las unidades operativas, dando lugar así al comienzo de un nuevo ciclo en un ejercicio permanente de ajustes operativos.

Cuadro 1. Componentes para la eliminación de la transmisión en los focos

Componente	Elementos	Objetivo
1. Delimitación y caracterización de unidades operativas ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitación de unidades operativas (focos o microáreas). • Análisis de las dinámicas de transmisión en los focos. • Caracterización de las microrredes de atención (brechas, barreras y necesidades). • Elaboración de hipótesis sobre la transmisión, su mantenimiento, las dinámicas sociales que la determinan y, en consecuencia, las claves para combatirla. 	Generar los insumos necesarios para organizar las acciones de diagnóstico, tratamiento e investigación (microrredes) y la respuesta
2. Microplanificación: organización de las acciones de diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en organizar la detección pasiva. • Dirigir, orientar y estimular la demanda. • Articulación de los distintos actores de la microrred. • Optimizar la detección activa. • Optimizar las medidas de control vectorial de mosquitos adultos. • Ejercicio dinámico con ciclos semanales de análisis y reorganización de acciones. • Modelo local de supervisión. 	Organizar un modelo local de vigilancia y atención de casos que logre diagnosticar en menos de 48 horas, tratar el mismo día del diagnóstico, investigar y responder en forma adecuada
3. Implementación de las acciones de DTI-R en los focos ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Detección, diagnóstico y tratamiento de casos en los puestos de salud y la comunidad • Inducción y orientación de la demanda • Registro y reporte de información • Búsqueda activa de casos e investigación • Acciones de control vectorial 	Implementar el modelo o red local para detectar, diagnosticar, tratar, investigar los casos, y emprender acciones de control vectorial
4. Gestión y supervisión de la operación, análisis. Regresar al componente 1 y continuar con el ciclo. ↓	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión • Gestión de insumos • Capacitación de la red • Análisis de información 	

Nota: DTI-R: diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta.

Fuente: Adaptado de 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>.

¿CÓMO ORGANIZO EL DTI-R EN EL TERRITORIO CON MALARIA?

Mediante la **delimitación y caracterización de las unidades operativas**, y la **microplanificación** (organización de la red de detección y tratamiento de casos y del equipo de campo responsable de apoyar esa red).

3. ESTRATIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la estratificación del riesgo de malaria como la “clasificación de las zonas geográficas o las localidades según los factores determinantes de la receptividad y la vulnerabilidad para la transmisión de malaria”³. La receptividad se entiende como la habilidad del ecosistema para permitir la transmisión de la malaria. La vulnerabilidad se refiere al riesgo de importación del parásito.

Los estratos propuestos son los siguientes:

- **Estrato 1.** No receptivo.
- **Estrato 2.** Receptivo, sin casos autóctonos y sin riesgo de importación del parásito. Incluye focos eliminados, sin casos importados o sin inmigración desde territorios endémicos.
- **Estrato 3.** Receptivo, sin casos autóctonos y con riesgo de importación del parásito. Incluye focos eliminados, con casos importados o con inmigración desde territorios endémicos.
- **Estrato 4.** Receptivo, con casos autóctonos. Incluye focos activos y residuales. A su vez este estrato debe ser dividido en áreas con transmisión plenamente instaurada, de áreas con muy baja transmisión (estratos 4A y 4B⁴), de forma que en estas últimas se puedan orientar acciones de vigilancia intensificada, con el objeto de acelerar la eliminación.

El cuadro 2 presenta las acciones principales del DTI-R según los distintos estratos en que hayan sido clasificadas las localidades, focos o microáreas o municipios.

Cuadro 2. Actividades genéricas de distintas intervenciones en malaria en función del estrato

Componentes	Estrato 1 (no receptivo)	Estrato 2 (receptivo, sin riesgo de importación del parásito)	Estrato 3 (receptivo y con riesgo de importación del parásito)	Estrato 4 (4-A y 4-B-transmisión local: focos activos y residuales)
Control vectorial sistemático o rutinario	NA	NA	Control vectorial sistemático (en localidades priorizadas o en función de un incremento en la receptividad o vulnerabilidad)	Control vectorial sistemático con coberturas altas de la población en riesgo (MTILD o RRI)
Detección pasiva	Detección pasiva con diagnóstico disponible en unidades de salud de referencia en las redes locales	Detección pasiva con diagnóstico disponible en unidades de salud de referencia en las redes locales	Detección pasiva con diagnóstico disponible en niveles locales y en zonas de tránsito y migración	Detección pasiva con diagnóstico disponible en localidades con transmisión y de acuerdo con las dinámicas de transmisión
	NA	NA	IEC para inducción de la demanda	IEC para inducción de la demanda
	Capacitación del personal de salud	Capacitación del personal de salud	Capacitación del personal de salud	Capacitación del personal de salud

3 Organización Mundial de la Salud. Terminología del paludismo de la OMS: actualización de 2021. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240038400>.

4 Por ejemplo, 4A pueden ser los estratos con menos de tres casos por semana epidemiológica por equipo de investigación y 4B los que tienen más de tres casos.

Componentes	Estrato 1 (no receptivo)	Estrato 2 (receptivo, sin riesgo de importación del parásito)	Estrato 3 (receptivo y con riesgo de importación del parásito)	Estrato 4 (4-A y 4-B-transmisión local: focos activos y residuales)
Detección proactiva	NA	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Detección proactiva de casos (población móvil y migrante) • Acciones programadas fijas (por ejemplo, una por mes) o puntuales según cambios en la vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Detección proactiva de casos • Periodicidad: por ejemplo, una o dos por mes
Oportunidad en la lectura de láminas	Lectura de láminas en menos de 48 horas desde la toma de la muestra	Lectura de láminas en menos de 48 horas desde la toma de la muestra	Lectura de láminas en menos de 48 horas desde la toma de la muestra	Lectura de láminas en menos de 24 horas
Control de calidad del diagnóstico	Control directo, control indirecto, capacitaciones y supervisiones	Control directo, control indirecto, capacitaciones y supervisiones	Control directo, control indirecto, capacitaciones y supervisiones	Control directo, control indirecto, capacitaciones y supervisiones
Ubicación de casos	NA	NA	NA	<ul style="list-style-type: none"> • Georreferenciación de las localidades con casos • Cartografía de características importantes de foco
	Tratamiento disponible en unidades de salud de referencia en las redes locales	Tratamiento disponible en unidades de salud de referencia en las redes locales	Tratamiento disponible en niveles locales y en zonas de tránsito y migración	Tratamiento disponible en todos los puntos de diagnóstico
Tratamiento y seguimiento de casos	Tratamiento temprano (se inicia a las 24 horas del diagnóstico)	Tratamiento temprano (se inicia a las 24 horas del diagnóstico)	Tratamiento temprano (se inicia a las 24 horas del diagnóstico)	Tratamiento temprano (en las primeras 48 a 72 horas desde el inicio de los síntomas)
	Seguimiento de todos los casos	Seguimiento de todos los casos	Seguimiento de todos los casos	Seguimiento de todos los casos (si hay muchos casos, la adherencia al tratamiento debe basarse en orientación adecuada y supervisión parcial)

Componentes	Estrato 1 (no receptivo)	Estrato 2 (receptivo, sin riesgo de importación del parásito)	Estrato 3 (receptivo y con riesgo de importación del parásito)	Estrato 4 (4-A y 4-B-transmisión local: focos activos y residuales)
Investigación de casos y focos y respuesta	Investigación de todos los casos	Investigación de todos los casos	Investigación de todos los casos	Investigación de todos los casos y focos o microáreas (si hay muchos casos, solo diferenciar entre caso local o importado en punto de diagnóstico, sin ir a la localidad a finalizar la investigación del caso)
	Detección reactiva de casos	Detección reactiva de casos	Detección reactiva de casos	Detección reactiva de casos (frente a un caso índice o un conglomerado de casos)
	NA	Investigación entomológica frente a un caso	Investigación entomológica frente a un caso	Investigación entomológica (investigación de foco) para guiar el control vectorial cuando sea necesario
	NA	Control vectorial (MTILD o RRI) como respuesta a un caso (si se encuentran vectores)	Control vectorial (MTILD o RRI) como respuesta a un caso (si se encuentran vectores)	Control vectorial (MTILD o RRI) como respuesta a un caso, en situaciones de muy pocos casos y en localidades no cubiertas por control vectorial
Vigilancia entomológica sistemática	NA	NA	Vigilancia entomológica en sitios centinelas	Vigilancia entomológica en sitios centinela
Vigilancia de riesgo de malaria	NA	Monitorización del flujo de personas de zonas endémicas y de factores que influyen en la receptividad (irrigación, desforestación, etc.)	Monitorización del flujo de personas de zonas endémicas y de factores que influyen en la receptividad (irrigación, desforestación, etc.)	Monitorización del flujo de personas de zonas endémicas y de factores que influyen en la receptividad (irrigación, desforestación, etc.)
Sistemas de información y análisis de datos	Notificación obligatoria de casos confirmados, registro de diagnósticos realizados y análisis semanal	Notificación obligatoria de casos confirmados, registro de diagnósticos realizados y análisis semanal	Notificación obligatoria de casos confirmados, registro de diagnósticos realizados y análisis semanal	Notificación obligatoria de casos confirmados, registro de diagnósticos realizados y análisis semanal

Nota: DTI-R: diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta; IEC: información, educación y comunicación; NA: no se aplica; MTILD: mosquiteros tratados con insecticida de larga duración; PDR: pruebas de detección rápida; RRI: rociado residual intradomiciliario.

Fuente: Adaptado de 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>.

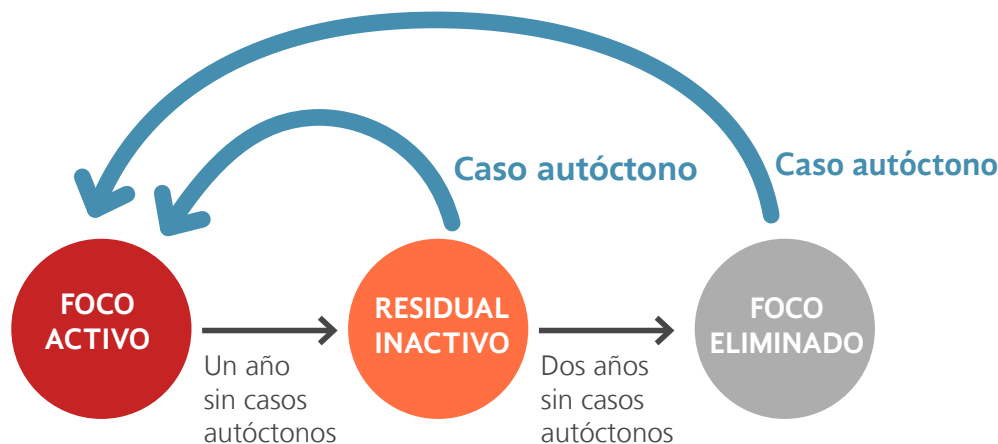
4. MICROPLANIFICACIÓN

La caracterización de las unidades operativas es un ejercicio de análisis epidemiológico local (microepidemiología) dirigido a organizar las acciones contra la malaria en microterritorios, y consiste principalmente en delimitar y caracterizar las unidades operativas (focos o microáreas) y entender los factores principales, las dinámicas que determinan la transmisión en ese microterritorio y las claves para organizar la intervención.

La OMS propone tres tipos de focos (figura 2):

- **Activo:** se han detectado casos autóctonos durante el año calendario en curso.
- **Residual no activo:** el último caso autóctono se detectó en el año calendario anterior o hasta tres años antes.
- **Eliminado:** sin casos autóctonos por tres años o más⁵.

Figura 2. Clasificación de foco de malaria



Fuente: Adaptada de 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>.

En este manual se usa el concepto de foco con un enfoque operativo (basado en unidades operativas), para delimitar una zona o un sector compuesto de localidades —o barrios en las áreas urbanas— (microárea) que deben abordarse de manera conjunta por su proximidad geográfica, por sus vínculos epidemiológicos, por compartir las mismas dinámicas de transmisión y por las ventajas operativas de que las cubra un mismo equipo de campo.

El foco o microárea puede incluir un sector completo donde las localidades estén relacionadas entre sí por la movilidad de la población (por ejemplo, un sector completo de un municipio con fincas y localidades donde los trabajadores se mueven de una finca a la otra y entre los centros de población). En situaciones con una transmisión todavía muy dispersa, el foco tiende a ser de mayor extensión e incluso podría, en algunos casos, corresponderse con la división administrativa interna de los municipios (parroquia, vereda

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la malaria. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34172>.

o sector comunal, entre otros) o con la territorialización de las microrredes de atención primaria de salud. Las vías de acceso también pueden guiar esta delimitación de las unidades operativas; así, en territorios donde el acceso sea eminentemente fluvial, el foco puede estar constituido por todas las localidades situadas al margen de un río y, en zonas rurales donde la población solo habite en los márgenes de las vías de acceso terrestre, pueden estar formadas por los núcleos de población que se extienden a lo largo de los márgenes de las carreteras. A medida que la transmisión se va interrumpiendo, esta unidad operativa (foco activo) podría reducirse a una o varias localidades (por ejemplo, una mina de oro y la localidad donde los mineros pernoctan o realicen actividades económicas). En cualquiera de los casos, la premisa es que debe ser un microterritorio, donde la operación contra la malaria esté basada en un ejercicio permanente de microepidemiología y se pueda adaptar, planificar y supervisar de forma más depurada. Este es el cambio esencial en la transición hacia la eliminación.

El cuadro 3 resume los cuatro pasos de la delimitación y caracterización de las unidades operativas, cuyos principales aspectos se detallan a continuación:

- **Paso 1:** Conocer la dispersión de casos en el territorio mediante la identificación de las localidades con transmisión y los conglomerados de localidades.
- **Paso 2:** Entender los factores de las poblaciones que afectan o pueden afectar la transmisión de la malaria: las relaciones entre las comunidades, las distancias y las rutas de movilización, así como los factores que determinan la transmisión (por ejemplo, si se debe a la llegada de casos importados o si se trata de una comunidad muy cerrada donde se mantiene la transmisión; si la transmisión está condicionada por la actividad económica o si está perpetuada por recaídas por *P. vivax*). En este paso se debe establecer una hipótesis sobre la transmisión, las dinámicas sociales relacionadas y las claves para impactarla.
- **Paso 3:** Caracterizar el territorio según la organización del DTI-R. Esto implica analizar el estado de la red, cómo están distribuidos los puntos de diagnóstico (microscopía y pruebas de detección rápida [PDR]) y si su localización es adecuada, dónde están las brechas, las demoras entre la toma de láminas y la lectura y el tratamiento, y las barreras a las que se enfrentan las comunidades para acceder al diagnóstico. También requiere analizar la estructura del equipo local de campo disponible para cubrir el territorio y su distribución, así como analizar las necesidades y la cobertura del control vectorial.
- **Paso 4:** Delimitar las unidades operativas (focos o microáreas) y organizar al equipo local para cubrir dichas microáreas según los factores que determinan la transmisión y la logística de la operación (análisis de los pasos 1, 2 y 3). Las microáreas se definen con base en a) la cercanía entre las localidades, b) si estas comparten la dinámica de transmisión, c) las relaciones entre las poblaciones y las vías de acceso comunes y d) la coincidencia con la forma en que esta sectorizado el territorio para la vigilancia y la prestación de servicios.

Cuadro 3. Delimitación y caracterización de unidades operativas

Pasos	Información	Actividades
1. Análisis de la situación epidemiológica en el área seleccionada (municipio, región)	<ul style="list-style-type: none"> • Casos de malaria por localidades. • Dispersión de la transmisión. • Localidades con transmisión continua. • Localidades con transmisión esporádica. • Localidades clave en la diseminación de la transmisión. 	En el municipio o unidad administrativa <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de registros de casos. • Análisis de mapas y croquis disponibles. • Entrevista con el equipo de salud a cargo. • Información entomológica disponible.
	<ul style="list-style-type: none"> • Transmisión de la malaria en las localidades. • Relación de la transmisión entre las localidades. • Relación de la transmisión con otros focos. • Relación de la transmisión con la malaria importada. • Relación con actividades ocupacionales frente a transmisión domiciliaria. • Actividades económicas y otros aspectos de la dinámica social y cultural relacionados con la transmisión. • Red de servicios: sectorización y organización de la red de salud local. 	En visitas a las localidades <ul style="list-style-type: none"> • Visita a sectores con mayor número de casos, sectores identificados como puntos calientes. • Entrevistas a casos o familiares de casos en sectores con mayor número de casos (origen de los casos, acceso al diagnóstico). • Entrevistas con agentes comunitarios (revisión de registros, instrumentos, dinámica de transmisión, tiempos entre el inicio de síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y la investigación). • Detección reactiva de casos, detección activa (criterios). • Visita a puntos principales reconocidos como criaderos de anofelinos.
2. Análisis de la dinámica de transmisión y formulación de hipótesis de transmisión	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación de puestos de microscopía. • Ubicación de puestos con pruebas rápidas. • Número de microscopistas y colaboradores voluntarios. • Acceso en cada localidad a los puestos de diagnóstico. • Modelo de funcionamiento del proceso de diagnóstico. • Ubicación de los colaboradores voluntarios, su distribución, roles, estrategia de supervisión y acceso a las localidades. • Aspectos culturales que pueden limitar el acceso y la oportunidad en el diagnóstico. • Tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. 	En el municipio: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas con el equipo de salud. • Análisis de mapas o croquis con localización de los puestos. • Análisis de distancias y rutas de atención. • Revisión de registros de laboratorio.
	Diagnóstico	En las localidades: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista con el agente comunitario. • Revisión de registros del agente comunitario. • Entrevista con pacientes, familiares y otros miembros de la comunidad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento. • Disponibilidad de medicamentos. • Condiciones de prescripción y dispensación*. • Medidas para garantizar la adherencia. • Manejo de inventarios de insumos. • Aspectos culturales que puedan limitar la oportunidad de recibir tratamiento y su calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas al equipo de salud. • Revisión de registros de tratamiento si estuviera disponible. • Revisión de medicamentos disponibles. • Registro de inventarios.
3. Análisis de la red y la operación contra la malaria en cada microárea	<ul style="list-style-type: none"> • Detección reactiva de casos: cobertura y oportunidad. • Cobertura por intervenciones de control vectorial. • Aspectos culturales u otros que limitan acceso y el uso de intervenciones de control vectorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas al equipo de salud. • Revisión de registros si estuvieran disponibles.
	Tratamiento	
	Investigación y respuesta	

4 Delimitación de las microáreas	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitación de los focos, identificación de las localidades que conforman un foco. • Organización o asignación del equipo local para supervisar y cubrir los focos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la información obtenida en los componentes 1, 2 y 3.
5 Resultado esperado	<ul style="list-style-type: none"> • Delimitación de las unidades operativas (focos o microáreas). • Identificación de aspectos sociales y ecológicos clave en la transmisión. • Elaboración de hipótesis de transmisión que orienten hacia mejoras en la estrategia de DTI-R. • Identificación de brechas en la estrategia DTI-R. • Identificación de necesidades de fortalecimiento de la red (ubicación de puestos de diagnóstico, mejoras en procesos y rutas de detección y DTI-R). • Propuestas para optimizar la detección pasiva y activa de casos. • Identificación de aspectos culturales clave que deban tenerse en cuenta para la aplicar la estrategia de DTI-R en las comunidades. 	

Nota: *Se refiere al conocimiento de los protocolos de tratamiento, la orientación a los pacientes al momento de prescribir los medicamentos (p. ej., la importancia de la adherencia a la primaquina), el cálculo de dosis por peso y la entrega de medicamentos en envases adecuados, entre otros.

DTI-R: diagnóstico, tratamiento, investigación y respuesta.

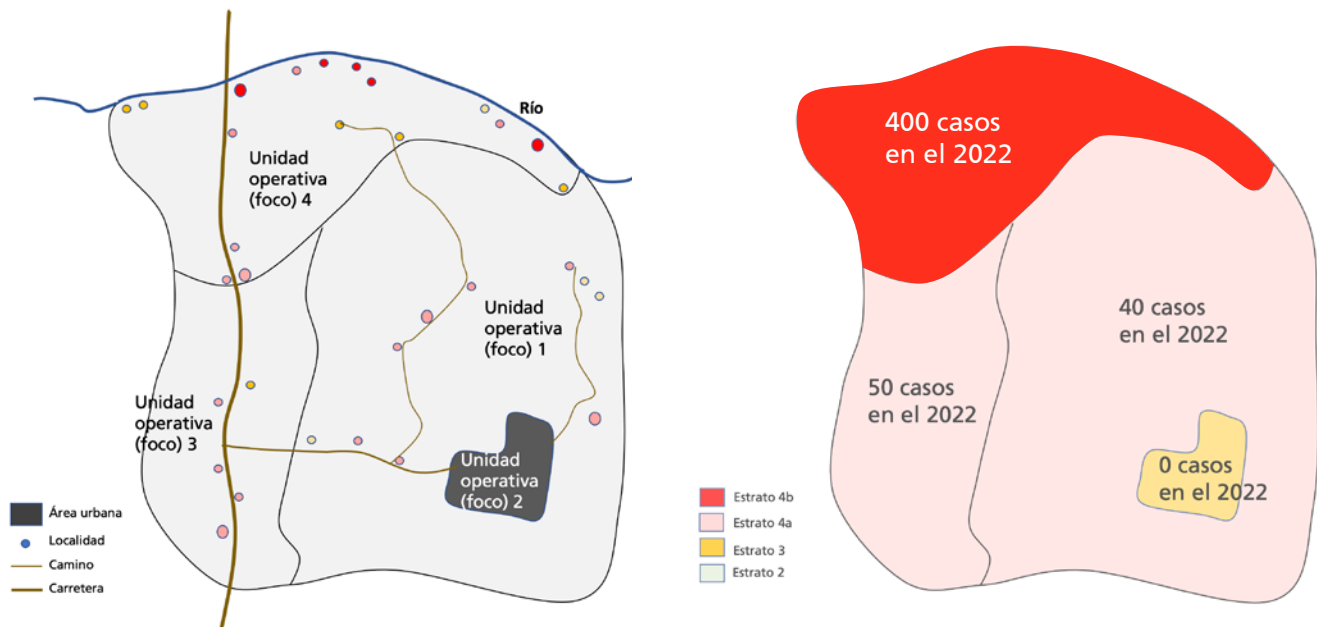
Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Manual para la estratificación según el riesgo de malaria y la eliminación de focos de transmisión. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56731>.

El ejercicio de delimitación y caracterización de las unidades operativas concluye con la clasificación de las unidades (focos o microáreas) y las localidades que las componen como focos activos, residuales, eliminados o áreas sin riesgo (estratos 1, 2, 3 y 4). De este modo, es posible implementar en toda esa unidad operativa (foco o microárea) el paquete de acciones y disposiciones de vigilancia establecido en las normas nacionales para el respectivo estrato (cuadro 2). Tal enfoque permite operacionalizar las normas nacionales relativas a la malaria y, al mismo tiempo, ayuda a seleccionar las acciones que han de adaptarse al contexto local. El cuadro 2 presenta las distintas actividades de DTI-R según los estratos. El objetivo final de la estratificación es determinar las intervenciones que requiere cada situación epidemiológica.

La clasificación de los focos en los respectivos estratos determinará también el estrato al que pertenece el municipio (distrito o comuna) o la respectiva unidad administrativa a la que pertenece el foco. Se debe adjudicar al municipio el estrato más alto en el que hayan sido clasificadas una o más localidades o focos dentro de su territorio. De esta forma, un municipio donde persista la transmisión en un solo foco se clasificará como estrato 4, y solo se considerará sin transmisión (estrato 3) cuando ninguna localidad pertenezca al estrato 4. A nivel nacional, se aplica el mismo principio, de manera que un país se sigue considerando endémico aunque la transmisión esté limitada a un solo municipio. En el interior del municipio, sin embargo, las intervenciones se planificarán en función del estrato en el que se hayan clasificado los focos o microáreas.

El ejercicio de delimitación y caracterización de las unidades operativas contribuirá a la estratificación nacional de la malaria, proceso que suele adelantarse a nivel central. Normalmente, la estratificación nacional, basada en datos de escritorio, precede al ejercicio local; sin embargo, dicha estratificación es, en realidad, un ejercicio en los dos sentidos, donde el proceso de delimitación y caracterización de unidades operativas a escala local proporciona elementos para que el nivel central defina el estrato de las respectivas unidades administrativas del país (municipios, distritos, comunas o cantones, entre otras).

Figura 3. Ejemplo de la división de un municipio en unidades operativas (focos o microáreas) para organizar la eliminación de la malaria



Nota: El ejemplo es aplicable a cualquier unidad de descentralización administrativa del país (distrito, comuna o cantón, entre otras).

Fuente: Elaboración propia.

Una vez delimitadas y caracterizadas las unidades operativas (focos o microáreas), el siguiente paso es planificar o reorganizar la red y el modelo local para implementar el DTI-R. La microplanificación es el diseño de la red de DTI-R en función de las dinámicas de transmisión, las rutas de acceso y las barreras existentes para acceder al diagnóstico, la estructura de la red de servicios y los actores existentes. El estrato al que pertenezca el foco (cuadro 2) determinará el tipo de acciones necesarias y la intensidad de la vigilancia. En la microplanificación también se establece el equipo de salud a cargo del territorio y las acciones de vigilancia, supervisión y soporte de la red.

Además de las acciones de DTI-R, en la microplanificación debe determinarse qué localidades de la microárea serán objeto de intervenciones planificadas con MTILD o RRI. Entendiendo que la ejecución del control vectorial suele exigir un nivel de gestión superior, se espera que la planificación de dichas acciones, así como de las acciones de vigilancia entomológica relacionadas, forme parte de los respectivos planes operativos de control vectorial de la instancia superior responsable de las operaciones (municipio, distrito, departamento o región). Estas acciones planificadas constituyen el principal aspecto del control vectorial en la eliminación de los focos y deben diferenciarse de las acciones de control vectorial reactivas del DTI-R, las cuales deben entenderse como medidas puntuales de contención, relevantes solo en contextos de prevención de la reintroducción.

La microplanificación consiste en establecer los actores y puntos donde se localizará la detección de casos, el diagnóstico y el tratamiento (la ubicación de los puestos de salud con microscopía o PDR, los agentes comunitarios con PDR o los agentes que realizan la prueba de gota gruesa donde no haya PDR disponibles), así como de definir las rutas entre los tomadores de muestras y los puestos de lectura (el cuadro 4 detalla los contenidos de la microplanificación). El microplán también debe establecer quiénes

son las personas responsables de la investigación de casos, la búsqueda reactiva y la búsqueda proactiva de casos, así como los mecanismos de distribución de medicamentos e insumos para el diagnóstico, y los flujos de información.

Cuadro 4. Microplanificación

Componente	Acciones
Detección pasiva	Detección pasiva en las comunidades: ¿quién la realiza?, ¿dónde? Detección pasiva en las unidades de salud: ¿quién la realiza? ¿cómo? Inducción de la demanda de diagnóstico en las comunidades y barrios: ¿quién la realiza?, ¿cómo? Intensificación de la sospecha en poblaciones o grupos en riesgo. Papel de otros agentes de salud (promotores de salud) en la detección pasiva. Papel del personal de control de vectores en la detección pasiva. Recopilación de láminas para su lectura: flujos, procesos, responsables.
Diagnóstico	Ubicación de los puestos de microscopía. Ubicación de los puestos con PDR (incluye agentes comunitarios). Cobertura geográfica de los puntos de microscopía. Horarios de atención para microscopía y PDR adecuados a la población. Flujos de láminas para el control de calidad y responsabilidades. Mecanismo de distribución de insumos de microscopía y PDR.
Tratamiento	Puntos de entrega de medicamentos (mismos puntos de diagnóstico). Mecanismo de distribución de medicamentos y gestión de inventarios Roles en el seguimiento de casos.
Investigación y respuesta	Búsqueda reactiva de casos: ¿quién la realiza?, ¿dónde?, ¿cómo? Búsqueda proactiva de casos: ¿quién la realiza?, ¿dónde?, ¿cuándo? Investigación de casos: ¿quién la realiza?, ¿dónde?
Control vectorial rutinario	Localidades que deben ser cubiertas con MTILD. Localidades que deben ser cubiertas con RRI. Control de criaderos: ¿dónde?, ¿qué?
Análisis y gestión de la información	Flujos de información de casos. Flujos de información de personas examinadas. Roles sobre la notificación de casos (alimentación de plataforma electrónica). Roles y rutinas en el análisis de casos.

Nota: MTILD: mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración; PDR: pruebas de detección rápida; RRI: rociado residual intradomiciliario.

Fuente: elaboración propia.

El microplán debe ser breve y conciso (por ejemplo, una página) y, más que un plan de actividades, se trata de elaborar el modelo de estructura y funcionamiento de la red necesaria para ejecutar el DTI-R en la microárea. Los equipos locales (por ejemplo, del distrito) deberán encargarse de elaborar el microplán, pues son quienes conocen mejor el contexto de cada microárea. Este ejercicio es dinámico, por lo que deberá actualizarse en función de las necesidades y de los cambios en el funcionamiento de la red, los flujos, las rutas, los roles y las funciones.

¿QUÉ ES UN MICROPLÁN?

- ⊗ **Qué no es:** un documento, una lista de actividades, un presupuesto.
- ✔ **Qué es:** una estructura; un modelo de funcionamiento; una rutina de trabajo; una descripción de flujos, rutas, roles y funciones.

5. GESTIÓN DE LA MALARIA EN LAS UNIDADES OPERATIVAS

La organización de las acciones contra la malaria en los focos o microáreas requiere que se establezca un equipo responsable y que se definan con claridad las funciones y tareas necesarias para poner en práctica y supervisar las actividades del microplán. El resultado principal del microplán debe ser definir la estructura de la red de diagnóstico y tratamiento de la malaria y, por lo tanto, del equipo responsable de las acciones básicas de las unidades de salud o puestos de atención de malaria. El funcionamiento de esa red requiere, además, de supervisión, suministro, análisis, investigación epidemiológica y capacitación. Estas acciones de apoyo son tan importantes como las acciones básicas del DTI-R en los puntos de atención. El análisis permanente de la información es la esencia de la operación. Igualmente importantes son el suministro de medicamentos o la supervisión directa a los puestos y colaboradores.

Es necesario, a su vez, que haya un equipo responsable de coordinar la operación en cada unidad operativa (foco, microárea, sector o cualquiera que sea la denominación de la unidad operativa básica en que esté organizada la intervención). En esta sectorización del territorio y asignación de responsabilidades es donde radica una parte importante de los cambios operativos que buscan transformar los focos activos de malaria en focos eliminados. En la mayoría de los países endémicos de la Región de las Américas, la responsabilidad de dicha gestión se comparte entre la red de atención básica, los servicios de epidemiología y los programas de enfermedades transmitidas por vectores, que en casi todos ellos se han desconcentrado. El cuadro 5 presenta un resumen de las principales tareas del equipo responsable de las operaciones contra la malaria en el foco.

Cuadro 5. Acciones de gestión de focos

Grupos de acciones	Acciones de gestión de focos
Supervisión de las acciones de DTI-R a cargo del equipo local	Supervisar y apoyar la instalación nuevos puntos de detección y diagnóstico.
	Supervisar y capacitar a las unidades de salud y agentes comunitarios en sospecha, diagnóstico y tratamiento.
	Supervisar y coordinar acciones de búsqueda reactiva de casos (DTI-R) investigación de casos.
	Planificar, supervisar y evaluar acciones de búsqueda proactiva de casos.
Gestión de insumos	Suministrar antimaláricos y monitorear las existencias.
	Coordinar el suministro y las existencias de pruebas rápidas y microscopía.
Coordinación con otras instancias (municipio, región), incluido el control vectorial	Eliminar barreras y solucionar problemas de atención en las unidades de salud.
	Supervisar y controlar la calidad de las actividades a cargo de microscopistas por parte de la instancia de referencia correspondiente en la red.
	Gestionar soluciones de microscopía (puntos, equipos, microscopistas).
	Gestionar la participación de la comunidad, el sector privado y otros actores.
	Organizar y ejecutar acciones de investigación de focos.
	Coordinar la planificación, ejecución y supervisión de las acciones de vigilancia entomológica.
Apoyo en la gestión y el análisis de datos	Coordinar las intervenciones con RRI, MTILD y las actividades de gestión de fuentes larvarias.
	Analizar los indicadores de detección (casos examinados, positividad) y brechas en acceso al diagnóstico.
	Monitorear la calidad de los datos y la clasificación de casos.
	Supervisar y corregir las fallas en el proceso de información de casos y examinados (registro de datos, notificación, flujo).
	Rutinas de análisis semanal sobre las variables operativas principales.

Fuente: elaboración propia.

Gestión y análisis de datos

El análisis de datos es la inteligencia de las operaciones contra la malaria y una función del equipo local. La operación debe analizarse a nivel de la unidad operativa (foco, microárea o el tipo de sectorización operativa que el modelo haya establecido). El personal de salud del equipo local (unidad de salud y colaboradores voluntarios) debe desarrollar capacidades de análisis con el fin de orientar las acciones. Independientemente de la carga de malaria, el personal de primera línea involucrado en la detección y la notificación de casos debe ser también el principal usuario de la información. Sea cual sea el modelo de gestión local, una persona debe asumir la función de coordinación del registro, informe y análisis de datos del foco, incluidas las rutinas semanales de análisis.

Datos mínimos que se deben generar y consolidar periódicamente en la unidad operativa para guiar el DTI-R:

- Número de casos semanales por lugar de residencia o probable lugar de infección desglosados por especie.
- Número de casos semanales por lugar de examen.
- Número de muestras examinadas por semana y positividad por localidad⁶ o por puesto de diagnóstico (microscopía o PDR).
- Número de casos examinados y positividad por tipo de detección (activa o pasiva).
- Tiempos transcurridos entre el inicio de los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.
- Casos por edad y grupos especiales (embarazadas).

Supervisión del DTI-R

Las principales actividades de supervisión son las centradas en la supervisión de los puntos de detección y diagnóstico y demás unidades de salud de la red, e incluyen los siguientes aspectos:

- Asegurar una detección pasiva adecuada, la sospecha de malaria y la aplicación de los algoritmos de fiebre donde la malaria forma parte del diagnóstico diferencial (agentes comunitarios y unidades de salud).
- Uso de PDR por agentes comunitarios y unidades de salud.
- Toma y envío de láminas y gestión de la información relacionada.
- Prescripción del tratamiento, asesoramiento, seguimiento de pacientes, observación del tratamiento.
- Disponibilidad de los insumos para microscopía y canalización de las láminas hacia el laboratorio.
- Gestión de los antimaláricos, inventarios y otros insumos como PDR.
- Manejo de la información (recopilación, ingreso y análisis).
- Realización de las actividades de detección reactiva y aplicación de las medidas de respuesta ante la detección de casos o conglomerados de casos que ameriten acciones adicionales de detección.

⁶ Localidad puede referir a una aldea, comunidad, barrio, colonia u otro grupo de población como el parcelamiento, lote etc.

LA SUPERVISIÓN

Los colaboradores voluntarios y otros agentes de la comunidad deben ser objeto de supervisión continua.

Decisiones derivadas del análisis de información y de la supervisión:

- Necesidad de más puestos de diagnóstico (ampliación de la red de diagnóstico y tratamiento).
- Reubicación de puestos de diagnóstico.
- Cambios en los horarios de atención en los puestos de diagnóstico.
- Distribución de la carga de trabajo en los puestos de diagnóstico.
- Necesidad de aumentar la sospecha de malaria en los puntos de detección.
- Necesidad de emprender acciones dirigidas a estimular y orientar la demanda de la población o a eliminar barreras en la atención de febriles.
- Ajustes entre detección pasiva y activa.
- Necesidad de programas de capacitación u otras actividades para mejorar la capacidad de diagnóstico.
- Necesidad de más recursos humanos para ayudar en las actividades de investigación del caso o de supervisión del tratamiento.
- Necesidad de aumentar el apoyo a la red de comunitarios o servicios disponibles en el puesto para aumentar la oferta de sus servicios por parte de la comunidad.
- Necesidad de mejorar el registro de datos y los procesos de información.
- Revisión de la priorización de localidades objeto de control vectorial. Ajustes de cobertura de MTILD o RRI.
- Necesidad de acciones que contribuyan al uso y el cuidado de MTILD y a la aceptación del RRI.

EL CICLO DE GESTIÓN LOCAL

El análisis de información y la supervisión a escala local son la pieza que imprime a este enfoque el carácter de ciclo, dado que es, al mismo tiempo, el final del proceso y el punto de partida para revisar la delimitación y caracterización del foco. Un concepto fundamental del cambio de la estrategia de control por la estrategia de eliminación es reconocer la necesidad de reformular y reajustar constantemente la operación a nivel local en virtud de los cambios que se produzcan en la dinámica de transmisión.

La operación contra la malaria no debe entenderse como **una tarea que deba realizarse, sino como un problema que ha de resolverse** y, para ello, resulta fundamental el uso de información a nivel local y la existencia de un equipo con el interés y la capacitación necesarios para entender el problema y adaptar las soluciones.

ANEXO. EJEMPLO DE MICROPLÁN

Microplanificación del foco (unidad operativa) Las Claritas: área urbana y veredas 1 y 2

Municipio: Las Claritas

Departamento: Norte de Cajicá

43 localidades. 22 localidades con transmisión de malaria en los últimos tres años (en rojo).

Estructura de la red para la búsqueda pasiva, reactiva, activa

Localidades	Búsqueda pasiva	Búsqueda reactiva	Búsqueda proactiva
Barrio El Huerto El Terminal	Microscopista malaria	Inspector de ETV	Inspector de ETV
Barrio El Arenal	Hospital Las Claritas (microscopía)	Hospital	Hospital
Barrio Los Apóstoles	Puesto de salud	Puesto de salud	Puesto de salud
Barrio Centro	Centro de salud	Centro de salud	Centro de salud
Finca La Oculta Localidad La Oculta Km 11 Km 9 Cooperativa Los Campesinos	ColVol (localidad La Oculta) (PDR)	ColVol (localidad La Oculta) Equipo de ETV 1: demás localidades	Equipo de ETV 1 (microscopista malaria)
Los Cerezos Finca La Hormiga Los Escondidos Caracol	Colvol (Lo Cerezos) (PDR)	ColVol	Equipo de ETV 1 (PDR)
Las Claritas Corregimiento Quebrada Larga Las Delicias Finca Loma Alta Los Naranjos Sitio Los Mosquitos Sitio La Molienda	ColVol (Quebrada larga) (PDR)	ColVol (Quebrada Larga) Equipo ETV 1: las demás localidades	Equipo ETV 1
Las Florez I Las Florez II Km 18 Km 21	Puesto de salud Las Florez Microscopista	Puesto de salud Las Florez (PDR)	Equipo de ETV 2 Microscopista de Las Florez
Finca La Platanera Finca Los Rodríguez Finca Las Claritas	No pasiva	Equipo de ETV1	Equipo de ETV 1

El Arrozal	ColVol	Equipo de ETV2	Equipo de ETV 2 Microscopista de Las Florez
El Molino	ColVol	ColVol	Equipo de ETV 2 Microscopista de Las Florez
Carbonera I Carbonera II	Puesto de salud Carbonera	Equipo de ETV2	Equipo de ETV 2 Microscopista de Las Florez
Las Minas	ColVol	ColVol	Equipo de ETV 2
Km 27			
Km 29	ColVol (Km 29)	Equipo de ETV 2	Equipo de ETV 2
Km 30			
Km 33			
Km 35			
La Lejura Quebrada Honda Los Aguacates Finca El Rebentao	No pasiva	Equipo de ETV 2	Equipo de ETV 2

Nota: ColVol: colaboradores voluntarios; ETV: enfermedades transmitidas por vectores; PDR: pruebas de detección rápida.

Flujos y notificación de información

Lugar de registro	Lugar de notificación (captura en sistema electrónico)
Hospital	Hospital
Localidades cubiertas por el Equipo de ETV 1	Punto de microscopía de malaria
Localidades cubiertas por el Equipo de ETV 2	Puesto de salud Las Florez

Nota: ETV: enfermedades transmitidas por vectores.

Supervisión y suministro de puntos de diagnóstico

Supervisor	Punto supervisado
Inspector de ETV	Microscopista malaria
	Hospital Las Claritas (microscopía)
	Puesto de Salud
	Centro de Salud
Equipo ETV 1	ColVol (localidad La Oculta) (PDR)
	ColVol (Lo Cerezos) (PDR)
	ColVol (Quebrada Larga) (PDR)
Equipo ETV 2	Puesto de salud Las Florez (PDR)
	ColVol El Arrozal
	ColVol El Molino
	Puesto de salud Carbonera
	ColVol Las Minas
	ColVol (Km 29)

Nota: ColVol: colaboradores voluntarios; ETV: enfermedades transmitidas por vectores; PDR: pruebas de detección rápida.

Equipo de ETV 1: **Jaime Montoya** y **Dennis Díaz**.

Equipo de ETV 2: **Roberto Navarro** y **César González**.

Todos los países de la Región de las Américas en los que la malaria es endémica han asumido el reto de eliminar la enfermedad y de poner en marcha intervenciones para orientar sus programas y estrategias de salud en esa dirección.

Esta versión simplificada y más operativa del Manual para la estratificación según el riesgo de malaria y la eliminación de focos de transmisión, dirigida al personal de campo, orienta sobre cómo implementar las acciones básicas de eliminación de la malaria. Se propone orientar un cambio en la operación de malaria con la atención centrada en abordar los focos y la organización de la operación en el nivel más local. El documento parte de la necesidad de identificar y definir un ámbito operativo (el foco o microárea) en donde se pone en práctica una intervención programática concreta (DTI-R) que, si bien es estandarizada a nivel nacional, debe ser ante todo guiada por la comprensión de la dinámica de la transmisión a nivel local. Un concepto fundamental del cambio de la estrategia de control por la estrategia de eliminación es reconocer la necesidad de reformular y reajustar constantemente la operación a nivel local en virtud de los cambios que se produzcan en la dinámica de transmisión. La operación contra la malaria no debe entenderse como una tarea que deba realizarse, sino como un problema que ha de resolverse y, para ello, resulta fundamental el uso de información a nivel local y la existencia de un equipo con el interés y la capacitación necesarios para entender el problema y adaptar las soluciones.

<http://www.paho.org/es>

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



9 789275 328026