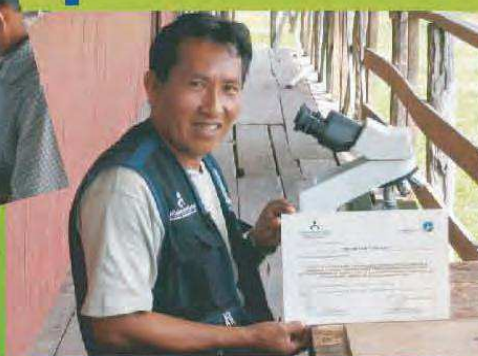
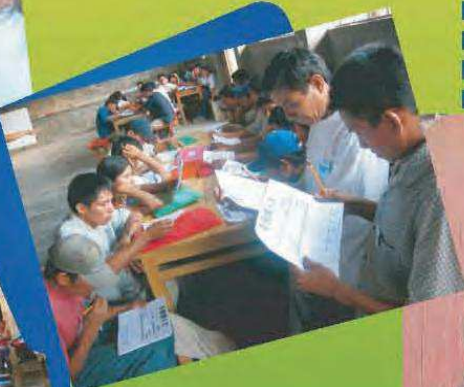




“COMPARTIENDO LECCIONES APRENDIDAS”



**PROYECTO CONTROL DE LA MALARIA
EN LAS ZONAS FRONTERIZAS DE LA
REGIÓN ANDINA: UN ENFOQUE
COMUNITARIO - PAMAFRO**

Apoyado por:



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



Colombia



Ecuador



Perú

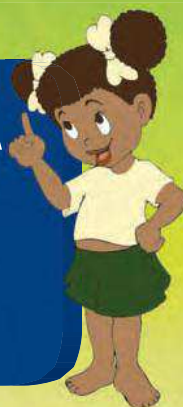


Venezuela

“COMPARTIENDO LECCIONES APRENDIDAS”



**PROYECTO CONTROL DE LA MALARIA
EN LAS ZONAS FRONTERIZAS DE LA
REGIÓN ANDINA: UN ENFOQUE
COMUNITARIO - PAMAFRO**



Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

"Compartiendo Lecciones Aprendidas" Proyecto Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un enfoque Comunitario - PAMAFRO / Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU; 2009.

112 p.; ilus., tab.

MALARIA, prevención & control / APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS, tendencias / EDUCACION EN SALUD/PROMOCION DE LA SALUD, recursos humanos / ÁREAS FRONTERIZAS / COMUNICACIÓN SOCIAL/ PARTICIPACIÓN COMUNITARIA / IMPLEMENTACION DE PLAN DE SALUD / REDES DE COMUNICACIÓN DE COMPUTADORES / ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN .

Lima, Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2009 - 10400

"Compartiendo Lecciones Aprendidas". Proyecto Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario – PAMAFRO

Sistematización realizada por:

Coordinación Regional del Proyecto PAMAFRO

Comité Editorial:

Oscar Feo Istúriz

Katherine Tobar Arias

Bertha Luz Pineda Restrepo

Angel Rosas Aguirre

Daniel Vargas Pacherez

Gladys Soto Alvariano

Coordinación de redacción, edición y diagramación:

Bertha Luz Pineda Restrepo

Yolanda Zuñiga Cuello

Yaneth Clavo Ortiz

© **Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, 2009**

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf: (0051-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición, 2009

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales. Derechos reservados por ley.

Los puntos de vista descritos aquí dentro reflejan las opiniones del Organismo Andino de Salud y no representan los puntos de vista u opiniones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Este material no ha sido aprobado o autorizado de forma expresa o implícita por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Participantes en la elaboración del Documento "Compartiendo Lecciones Aprendidas"

ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Secretario Ejecutivo: OSCAR FEO ISTÚRIZ
Secretario Ejecutivo Adjunto: PATRICIO YEPEZ MIÑO
Gerente de Planeamiento Monitoreo y Evaluación: KATHERINE TOBAR ARIAS
Gerente de Lineamientos Estratégicos y Proyectos Especiales GLORIA LAGOS EYZAGUIRRE

PAMAFRO – COORDINACIÓN REGIONAL

Coordinador Técnico: ANGEL ROSAS AGUIRRE
Coordinadora Técnica: BERTHA LUZ PINEDA RESTREPO
Coordinador Monitoreo y Evaluación: DANIEL VARGAS PACHERREZ
Coordinadora Administración y Finanzas: GLADYS SOTO ALVARIÑO

PAMAFRO - COLOMBIA

Coordinadora Nacional: GLORIA BEATRIZ GIRALDO HINCAPIÉ
Asesor Técnico: LUDWIN ANDRÉS CUERVO HERNÁNDEZ
Técnica de Monitoreo y Evaluación: LINA FLOREZ GONZALEZ
Consultora: ANA MILENA BRICEÑO LÓPEZ
Consultora: BRENDA CAROLINA TURRIAGO GÓMEZ
Asistente Administrativa y Financiera: CLAUDIA RODRÍGUEZ
Punto Focal: JULIO PADILLA

PAMAFRO - ECUADOR

Coordinadora Nacional: SILVIA CRUZ HERBOZO
Técnica de Monitoreo y Evaluación: ALEXANDRA ZUÑIGA VILLAVICENCIO
Asistente Administrativa y Financiera: MARGARITA SOLDAD CHICAIZA
Punto Focal: FRANKLÍN BAJAÑA LOOR

PAMAFRO - PERÚ

Coordinador Nacional: HUGO RODRÍGUEZ FERRUCCI
Técnica Operativa: DIAMANTINA MORENO GUTIÉRREZ
Técnica Operativa: TERESA DE JESÚS BENITES CHUGA
Técnico de Monitoreo y Evaluación: JOHNNY DARÍO RAMÍREZ FERNÁNDEZ
Asistente Administrativa y Financiera: ZONIA CORTEZ SÁNCHEZ
Consultora responsable comunicaciones: VIVIANA R. ARAUJO USSEGLIO
Consultor: IVÁN SEGUNDO ALEGRÍA ALVITES
Consultor: CHRISTIÁN CAREY ÁNGELES
Contratista: MITCHEL GUZMÁN GUZMÁN
Contratista: BERSY SANCHEZ LINARES
Punto Focal: YENI HERRERA HURTADO

PAMAFRO-VENEZUELA

Coordinadora Nacional: EDNA ROJAS CALDERA
Asesor Técnico: LUIS VALERA PIRELA
Técnica de Monitoreo y Evaluación: ANA VILLARROEL VELASQUEZ
Asistente Administrativo y Financiero: ESTEBAN RIVERO

INVITADOS

Ex-Director del PAMAFRO: ALEJANDRO LLANOS CUENTAS
Representante Ministerio de Salud del Perú: LUIS MIGUEL LEÓN GARCIA
Ex-Coordinador Nacional Ecuador: MARCELO AGUILAR VELASCO



Agradecimiento

La riqueza obtenida con la implementación del Proyecto PAMAFRO ha sido la motivación central para elaborar el presente documento titulado “Compartiendo Lecciones Aprendidas”. Este Proyecto ha sido posible gracias a la participación activa y decidida de los Ministerios de Salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, de los miembros del Mecanismo de Coordinación Regional Andino, los Directores de Programas de Malaria, las autoridades municipales y locales, junto a las organizaciones no gubernamentales, las universidades y otras instituciones internacionales, nacionales y locales.

Agradecemos, en particular, a los Trabajadores Comunitarios de Salud (Colaboradores, Voluntarios o Promotores de Salud), quienes con su esfuerzo y dedicación llevan a cabo las actividades de prevención y control de malaria en sus comunidades; y, por supuesto, a las localidades de las zonas fronterizas de estos países por su disposición y gratitud.

Tabla de Contenido

PRESENTACIÓN	9
I. PAMAFRO: OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS	11
1.1 Ámbito del Proyecto	13
1.2 Objetivos	16
1.3 Principales resultados	18
II. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS LECCIONES APRENDIDAS	23
III. LECCIONES APRENDIDAS	27
3.1 DISEÑO Y GESTIÓN DEL PROYECTO PAMAFRO	29
3.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA MALARIA	31
3.2.1 Estrategias de Educación	31
3.2.2 Estrategias de Comunicación Comunitaria	33
3.2.3 Proyectos Comunitarios de Control de la Malaria	35
3.2.4 Planes Locales de Salud	37
3.2.5 Implementación de Intervenciones de Impacto en el Control de la Malaria: Mosquiteros	39
3.2.6 Diagnóstico y Tratamiento	41
3.2.7 Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Detección e Intervención de Epidemias	43
3.2.8 Redes de Comunicación de Voz y Datos	45
3.2.9 Investigación Operativa	47
3.3 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	49

3.4 INTEGRACIÓN FRONTERIZA	51
3.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RECURSOS HUMANOS	53
3.6 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	55
3.6.1 Gestión de Suministros y Adquisiciones	55
3.6.2 Gestión Contable y Administrativa	57
3.6.3 Comunicaciones	59
3.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN	61
IV. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS	63
REFERENCIAS	70
GALERÍA FOTOGRÁFICA	74
ANEXOS:	
1. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN DEL PROYECTO	79
2. LOGROS, DIFICULTADES, LECCIONES APRENDIDAS Y PERSPECTIVAS	82

Siglas Utilizadas

AMI/RAVREDA	Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía/Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos
ALF	Agente Local del Fondo Mundial
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GAS	Gestión de Adquisiciones y Suministros
IPA	Incidencia Parasitaria Anual
IFA	Incidencia de Malaria por <i>P. falciparum</i> Anual
IVA	Incidencia de Malaria por <i>P. vivax</i> Anual
MCR	Mecanismo de Coordinación Regional
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTI	Mosquiteros Tratados con Insecticida
MTILD	Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración
M&E	Monitoreo y Evaluación
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS-CONHU	Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unzué
PDR	Pruebas de Diagnóstico Rápido
POA	Plan Operativo Anual
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
RAVREDA	Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos
REMSAA	Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina
RRHH	Recursos Humanos
RP	Receptor principal, en este caso el ORAS-CONHU
SICOVE	Sistema Comunitario de Vigilancia de la Malaria
SIGEME	Sistema de Gestión de Monitoreo y Evaluación
SNEM	Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos
TS	Trabajador de la Salud
TCS	Trabajador Comunitario de Salud, persona que realiza trabajo voluntario en su comunidad, generalmente, Promotor de la Salud.
VD	Sistema de comunicaciones de Voz y datos
VHF	Comunicaciones a través de ondas VHF
WI-FI	Sistema de comunicaciones de Banda Ancha tipo WiFi

Presentación

El Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) es un órgano intergubernamental creado por los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, con el propósito de hacer de la salud un espacio para la integración, desarrollar acciones coordinadas para enfrentar problemas comunes y contribuir a garantizar el Derecho a la Salud. Está dirigido por la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), y desde 1998 es parte del Sistema Andino de Integración. Cuenta con una Secretaría Ejecutiva con sede permanente en Lima.

En Resolución REMSAA XXIV/382 del año 2002 los Ministros de Salud de la Región Andina manifestaron su interés en el diseño de un proyecto común para la lucha contra la malaria, al que llamaron “Proyecto Control de la Malaria en Zonas Fronterizas de la región Andina: un enfoque comunitario” - PAMAFRO. Concibiendo dicho Proyecto no sólo para el combate contra la malaria, sino como iniciativa que ayudaba a la integración de los países Andinos. Dicha propuesta fue presentada a la segunda ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, fue aprobada en el 2004 e inició sus actividades en Octubre del 2005.

La primera fase del Proyecto PAMAFRO se inició el 1 de octubre de 2005, y la segunda fase en abril de 2008 con finalización proyectada a septiembre de 2010. Para la ejecución de este Proyecto se firmaron Cartas Acuerdo entre el ORAS-CONHU y los Ministerios de Salud de cada país.

Como objetivo general, el Proyecto PAMAFRO se propone disminuir en un 50% la morbilidad y en un 70% la mortalidad a causa de la malaria, lo mismo que disminuir en un 50% los municipios con Incidencia Parasitaria Anual (IPA) mayor a 10 por 1000 habitantes en el ámbito de intervención del Proyecto en el quinto año.

Dado que el Proyecto PAMAFRO inició hace 46 meses, se hacía imperiosa la necesidad de sistematizar la experiencia. Por esta razón, se ha llevado a cabo el presente trabajo de identificación de lecciones aprendidas, aspectos a tener en cuenta no sólo para replantear actividades relacionadas con el mismo sino, también, para compartir los aprendizajes obtenidos con otras organizaciones que desarrollan procesos similares.

La metodología utilizada para la elaboración del presente documento ha permitido recoger las observaciones de los países miembros del Proyecto (Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) lo cual hace de este documento un producto colectivo.

El presente documento consta de dos partes. En la primera se presenta lo relativo a los objetivos, el contexto y los resultados obtenidos del Proyecto, así como la metodología utilizada para identificar las lecciones aprendidas. Se realiza una breve descripción de cada una de las categorías o estrategias, sus principales logros, dificultades y lecciones aprendidas. En la segunda parte (Anexo 2) se sistematizan los logros, dificultades, lecciones aprendidas y perspectivas identificadas por periodos: primera fase (octubre 2005 a marzo 2008), y segunda fase (abril 2008 a junio 2009).

El ORAS-CONHU, como Receptor Principal del Proyecto PAMAFRO, espera que el presente documento, con aprendizajes generados a partir de la propia experiencia, contribuya a ahorrar tiempo y recursos a organizaciones que desarrollan iniciativas similares en América Latina.





Trabajadores de salud capacitados en prevención, diagnóstico y tratamiento, vigilancia y control de la Malaria

I. PAMAFRO: OBJETIVOS Y RESULTADOS ALCANZADOS

Sociodrama sobre la transmisión de la Malaria.



1.1 ÁMBITO DEL PROYECTO

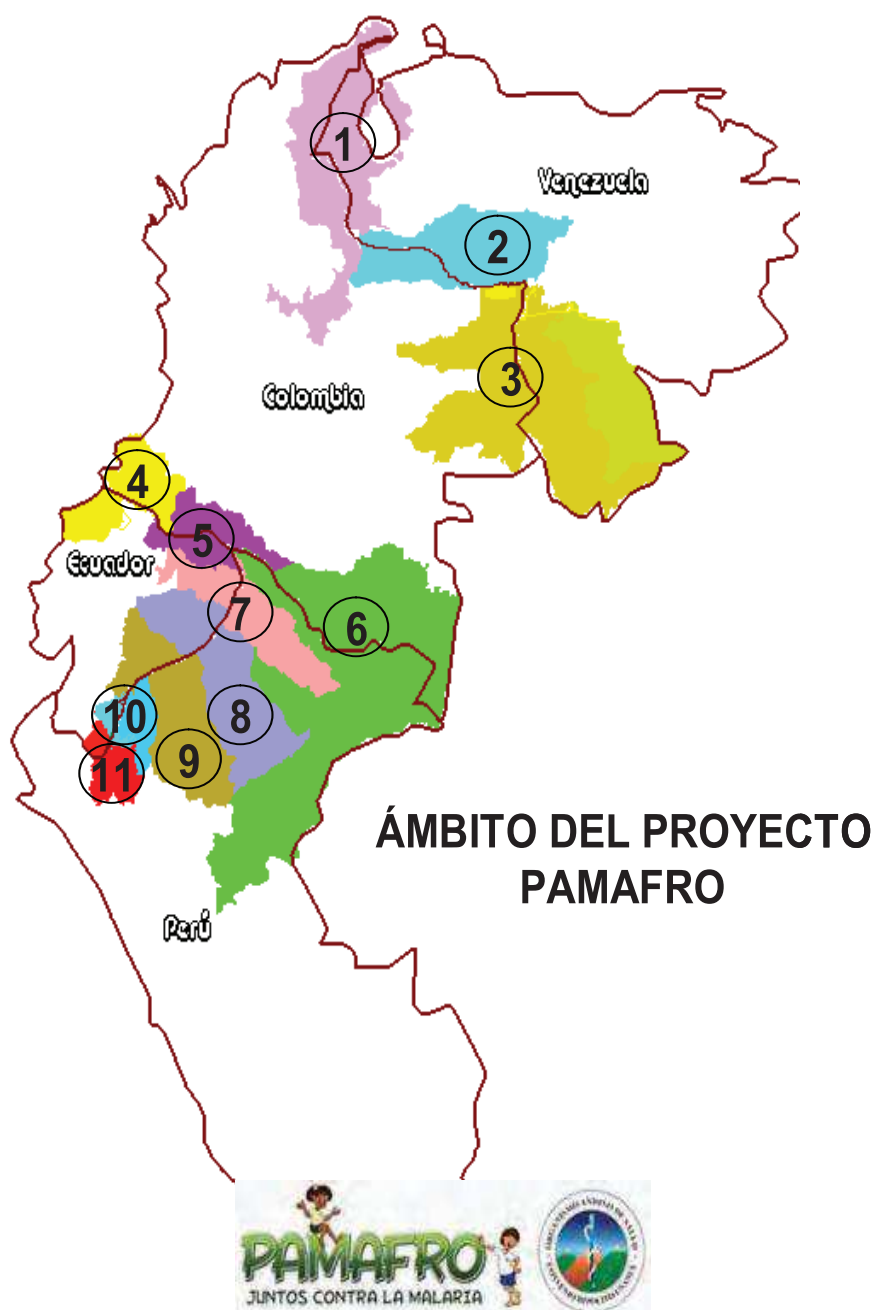
El ámbito de acción del Proyecto PAMAFRO comprende diversas zonas, ubicadas en las fronteras¹ de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, que se caracterizan por la diversidad socio-cultural y étnica, por condiciones de pobreza y problemas socio-ambientales que facilitan la transmisión de la malaria².

De dichas condiciones socio-ambientales cabe destacar, en primer lugar, las deficiencias en saneamiento ambiental en poblaciones con economías de subsistencia y fuertes dinámicas de movilidad geográfica nacionales y binacionales.

En segundo lugar, en estas zonas fronterizas los pueblos originarios son los grupos poblacionales con mayor riesgo de contraer la enfermedad, no sólo por sus condiciones de vida, sino también por la situación de exclusión y marginalidad; por la dificultad de acceso en los lugares geográficos donde habitan y por las deficiencias de los sistemas de transporte, comunicación y salud, a lo que se agrega el abandono del Estado y de los gobiernos locales.

En particular, respecto a la presencia de la malaria en las zonas mencionadas, los diferentes estudios desarrollados al inicio del Proyecto³ permitieron constatar que la población sí tiene información sobre la enfermedad, especialmente, por la alta frecuencia de casos que se presentan en estas zonas, lo que la hace una enfermedad corriente y reconocible fácilmente por las personas; sin embargo, la información adquirida sobre la enfermedad no ha repercutido en cambios de comportamiento favorables a su prevención y control. A pesar de las dificultades señaladas, los escasos servicios de salud, que tienen problemas estructurales y complejos inherentes a cada país, son reconocidos por la población y hay confianza en los medicamentos antimaláricos, pese al predominio de prácticas de autodiagnóstico y automedicación permanentes.

En este contexto, en octubre de 2005, el Proyecto PAMAFRO inicia sus actividades para enfrentar la problemática de la malaria planteándose como meta (a septiembre de 2010) la disminución de dicha enfermedad en un 50% y de la mortalidad en al menos un 70%.



N°	ZONAS DE FRONTERAS DE PAMAFRO	
1	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO VENEZOLANA UNO	Comprende las NUTES 2 del oriente colombiano y el occidente venezolano y esta integrado Distracción, Fonseca, Manaure y Urumita Departamento del César con los municipios de Valledupar, Agua Chica, Curumani, Pailitas, Pelaya y Pueblo Bello, Departamento de Norte de Santander con los municipios Cucuta, Convención, El Tarra, El Zulia, Hacari, Puerto Santander, Tibú, Salazar, San Calixto, Sardinata, Teorama y Toledo; el Puerto Santander, Tibú, Salazar, San Calixto, Sardinata, Teorama y Toledo; el Estado Táchira con los municipios Monseñor Fernández Feo, Libertador y García de Hevia.
2	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO VENEZOLANA DOS	Comprende las NUTES 2 de sureste colombiano y el sur venezolano, es la zona de la cuenca del Río Orinoco y esta integrado por el lado colombiano:Departamento de Vichada con sus municipios Puerto Carreño y Cumaribo; por el departamento de Guainía con sus municipios de Puerto Inirida, San Felipe, Puerto Colombia, Pana-Pana, Morichal Nuevo, Mapiripama, La Guadalupe, Cacahual y Barrancominas y por el lado venezolano: El estado Amazonas con todos sus municipio, Atures, Autana, Alto Orinoco, Maroa, Atabapo, Manapiare y Río Negro.
3	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO VENEZOLANA TRES	Comprende las NUTES 2 de sureste colombiano y el suroeste venezolano, es la zona de los llanos tropicales y la cuenca del Río Arauca y esta integrado por el lado colombiano:Departamento de Arauca con los municipios Arauca, Arauquita, Saravena, Fortul, Puerto Rondón y Tame y por el lado venezolano: El estado Apure con los municipios Paéz, Pedro Camejo y Romulo Gallegos.
4	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO ECUATORIANA UNO	Comprende las NUTES 2 de sur colombiano y el norte ecuatoriano, en la costa del Océano Pacífico y esta integrado por el lado colombiano:Departamento de Nariño con los municipios Tumaco, El Charco, Barbacoas, Francisco Pizarro, La Tola, Magui Payan, Mosquera, Olaya Herrera, Roberto Payán y Santa Barbara y por el lado ecuatoriano: La provincia de Esmeralda con los Cantones de Esmeralda, Atacames, San Lorenzo, Quinindé, Muisne y Río Verde.
5	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO ECUATORIANA DOS	Comprende las NUTES 2 de sur colombiano y el norte ecuatoriano, en la Cuenca del Río Putumayo y esta integrado por el lado colombiano:Departamento del Putumayo con los municipios Mocoa, Orito, Puerto Asís, Puerto Caicedo, Puerto Guzmán, San Miguel (La Dorada), Valle del Gamuéz (La Hormiga) y Villa Garzón. El municipio de Puerto Leguizamo, este Departamento limita con el Perú y por el lado ecuatoriano: La provincia de Sucumbios con los Cantones de Lago Agrio, Cascales, Cuyabeno, Gonzalo Pizarro, Putumayo, Shushufindi y Sucumbios.
6	ZONAS DE FRONTERAS COLOMBO PERUANA UNO	Comprende las NUTES 2 de sur colombiano y el noreste peruano en la cuenca del Amazonas y del Río Putumayo y esta integrado por el lado colombiano:Departamento del Amazonas con los municipios Leticia, La Chorrera, La Pedrera, Miriti Parana, Puerto Alegría, Puerto Nariño, Puerto Santander y Tarapaca. El municipio de Puerto Leguizamo del Departamento Putumayo esta ubicado en esta zona y por el lado peruano : La Región de Loreto con la Provincia de Mariscal Ramón Castilla y sus municipios Pevas, Ramón Castilla, Yavarí y San Pablo; la Provincia de Maynas con los municipios Teniente Manuel Caveró y Putumayo y la Provincia de Requena. La Provincia de Requena y el municipio Yavarí limitan con Brasil.
7	ZONAS DE FRONTERAS ECUATORIANA PERUANA UNO	Comprende las NUTES 2 de este ecuatoriano y el noroeste peruano en la cuenca del Río Napo y esta integrado por el lado ecuatoriano: La Provincia de Orellana con sus Cantones de Orellana(El Coca), Loreto, La joya de los Sachas y Aguariño y por el lado peruano : La Región de Loreto con la Provincia de Maynas con el municipio Torres Causana.
8	ZONAS DE FRONTERAS ECUATORIANA PERUANA DOS	Comprende las NUTES 2 de este ecuatoriano y el oeste del Perú entre la cuenca del Río Napo y cuenca norte del Río Pastaza esta integrado por el lado ecuatoriano:La Provincia de Pastaza con sus Cantones de Pastaza, Arajuño, Santa Clara y Mera y por el lado peruano : La Región de Loreto con la Provincia de Maynas con el municipio Napo.
9	ZONAS DE FRONTERAS ECUATORIANA PERUANA TRES	Comprende las NUTES 2 de este ecuatoriano y el oeste peruano en la cuenca sur del Río Pastaza y esta integrado por el lado ecuatoriano:La Provincia de Morona Santiago con sus Cantones de Palora, Huamboya, Morona, Sucua, Santiago, Logroño, Taisha, Morona (Tiwinza), Limón Indanza, San Juan Bosco, Pablo Sexto y Gualaquiza y por el lado peruano : La Región de Loreto con la Provincia de Datén del Marañón y Alto Amazonas.
10	ZONAS DE FRONTERAS ECUATORIANA PERUANA CUATRO	Comprende las NUTES 2 del sureste ecuatoriano y el noroeste peruano y esta integrado por el lado ecuatoriano:Parte de la Provincia de Zamora Chinchipe con sus Cantones de El Pangui, Yacuambi, Yanzatza, Centinela del Cóndor, Zamora y Nangaritza y por el lado peruano : La Región de Amazonas con la Provincia de Condorcanqui.
11	ZONAS DE FRONTERAS ECUATORIANA PERUANA CINCO	Comprende las NUTES 2 del sureste ecuatoriano y el noroeste peruano y esta integrado por el lado ecuatoriano:Parte de la Provincia de Zamora Chinchipe con sus Cantones Chincipe y Palanda y del lado de peruano : La Region de Cajamarca con la Provincia de Jaen y San Ignacio.

1.2 OBJETIVOS

Para alcanzar las metas de impacto del Proyecto PAMAFRO de lograr la disminución de morbilidad por la malaria al menos en un 50% y la mortalidad por dicha enfermedad al menos en un 70%, se determinaron los siguientes objetivos:

Objetivo 1: Promover y fortalecer la organización social y comunitaria así como la participación activa para el planeamiento y el liderazgo en la lucha contra la malaria:

Con este objetivo se busca que los miembros de las comunidades participen en el diseño y ejecución de actividades para la prevención y control de la malaria y de otras enfermedades. Para conseguir el rol activo y participativo de los trabajadores comunitarios se contempla:

- ❖ Capacitación en promoción de salud, prevención y control de la malaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica.
- ❖ Implementación de la estrategia de Comunicación Comunitaria (campaña mediática) con información que busca incidir en comportamientos favorables a la prevención y control de la malaria.
- ❖ Implementación basada en el uso de mosquiteros tratados con insecticida (mosquiteros tratados con insecticida de larga duración y mosquiteros convencionales tratados con kits de impregnación) y monitoreo permanente para estimular su cuidado y uso apropiado en la población beneficiaria.
- ❖ Acompañamiento en el diseño y gestión de proyectos comunitarios y planes locales de salud.

Objetivo 2: Incrementar el acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria en la población objetivo:

En el marco de este objetivo se desarrollan actividades que buscan:

- ❖ Ampliar la red de diagnóstico para malaria (dotación de microscopios y materiales e insumos necesarios, capacitación en diagnóstico, uso de pruebas rápidas en localidades con limitado acceso al diagnóstico microscópico).
- ❖ Mejorar la gestión de calidad del diagnóstico microscópico acorde a lineamientos internacionales (capacitación de microscopistas según recomendación OMS, evaluación de sus

competencias en el diagnóstico con láminas panel y monitoreo de su desempeño con metodologías más costo-efectivas).

- ❖ Mejorar el sistema de abastecimiento y la disponibilidad de insumos, medicamentos y pruebas rápidas de calidad óptima (adquisición de productos de calidad a precios competitivos, mejoramiento del almacenamiento en el nivel departamental y local).
- ❖ Mejorar el uso de los antimaláricos a través del monitoreo de las prácticas de prescripción y administración del tratamiento y la implementación de estrategias que favorezcan la calidad de las mismas.

Objetivo 3: Implementar un Sistema de Vigilancia Epidemiológico Comunitario articulado con los sistemas de información nacionales:

Este objetivo pretende desarrollar sistemas de vigilancia basados en la participación directa de la comunidad que se complemente y articule con el sistema de vigilancia existente para contribuir a la reducción del subregistro existente. Las actividades contempladas son:

- ❖ Capacitación a trabajadores comunitarios para mejorar la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica.
- ❖ Implementación de un sistema de vigilancia de epidemias para su detección e intervención.
- ❖ Análisis de situación de salud reflejado en los boletines epidemiológicos de malaria conjuntamente con equipos de gestión de los Establecimientos de Salud.
- ❖ Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica con equipos de cómputo.

Objetivo 4: Desarrollar un proyecto piloto de redes de comunicación de voz e información:

Este objetivo persigue el establecimiento de una red de telecomunicaciones de voz y datos que conecte establecimientos de salud del área rural y apartados en las zonas fronterizas que permita mejorar la oportunidad de notificación de datos epidemiológicos. Para desarrollar las redes se instalaron equipos de radio y computación se brindó capacitación a los trabajadores de salud en uso y mantenimiento de las redes.

Objetivo 5: Desarrollo de investigaciones esenciales en salud para la toma de decisiones e intervenciones en las áreas del proyecto:

Con este objetivo se busca promover y desarrollar investigaciones operativas cuyos resultados se utilizan en la toma de decisiones para mejorar las intervenciones de control de malaria en las áreas del Proyecto.

1.3 PRINCIPALES RESULTADOS

● ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE MORBILIDAD DE MALARIA EN ÁMBITO DEL PAMAFRO⁴...

Las tablas 1, 2 y 3 presentan los números de casos de malaria en el ámbito de intervención del PAMAFRO para cada país durante los años 2002 al 2008. Como resultado del fortalecimiento de los sistemas epidemiológicos, los países han ajustado y corregido su información de casos en los últimos años, apreciándose diferencias significativas en algunos países entre el número real de casos del año 2002 y el número reportado como línea base 2002 al Fondo Mundial durante la presentación del Proyecto en el 2003.

En la tabla 1 se aprecia que en el 2005 (año de inicio del proyecto), Perú reportó el mayor número de casos (61%), seguido de Colombia (24%), Venezuela (8%) y Ecuador (7%). Desde el 2005 al 2008, se observa una disminución del número de casos de malaria en 55%. Ecuador ha tenido la mayor disminución (67%), seguido de Perú (62%), Colombia (45%) y por ultimo Venezuela (18%).

TABLA 1: NÚMERO DE CASOS TOTALES DE MALARIA EN LAS ÁREAS DE FRONTERA DE LOS ÁMBITOS DEL PAMAFRO

PAISES	BASE 2002	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Colombia*	60,478	27,580	20,587	24,842	22,472	20,730	18,082	12,382
Ecuador	23,610	28,723	19,229	12,261	6,245	4,209	3,916	2,053
Perú	51,553	51,676	47,933	44,319	56,771	47,197	37,593	21,515
Venezuela	3,370	4,780	9,835	11,082	7,351	5,922	7,810	6,019
TOTAL AREAS PAMAFRO	139,011	112,759	97,584	92,504	92,839	78,058	67,401	41,969

Fuente: Colombia: SIVIGILA, Ecuador: Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM), Perú: Dirección General de Epidemiología y Venezuela: Dirección de Salud Ambiental. * Colombia cambió el sistema de notificación, paso de una forma colectiva a una individual, la transición probablemente aumento el subregistro para este año.

Si se hace la diferencia por especie parasitaria en todo el área de intervención del Proyecto, se observa que la disminución ha sido más marcada en el número de casos de *P. falciparum* (63%) que en el número de casos por *P. vivax* (51%). Las tablas 2 y 3 además presentan la tendencia de la malaria por especie parasitaria en cada uno de los países.

TABLA 2: NÚMERO DE CASOS DE MALARIA POR *P. vivax* DE LAS ÁREAS DE FRONTERA DE LOS ÁMBITOS DEL PAMAFRO

PAISES	BASE 2002	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Colombia*	36,287	9,093	10,953	10,920	9,410	7,014	9,080	6,719
Ecuador	16,527	21,797	14,401	9,699	5,285	2,982	2,962	1,905
Perú	36,087	36,278	36,916	33,581	42,572	39,073	29,814	17,055
Venezuela	2,696	3,810	7,667	8,125	6,084	5,035	6,588	5,271
TOTAL AREAS PAMAFRO	91,597	70,978	69,937	62,325	63,351	54,104	48,444	30,950

Fuente: Colombia: SIVIGILA, Ecuador: Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM), Perú: Dirección General de Epidemiología y Venezuela: Dirección de Salud Ambiental. * Colombia cambió el sistema de notificación de una forma colectiva a una individual; la transición probablemente incidió en el aumento el subregistro para este año.

TABLA 3: NÚMERO DE CASOS DE MALARIA POR *P. falciparum* DE LAS ÁREAS DE FRONTERA DE LOS ÁMBITOS DEL PAMAFRO

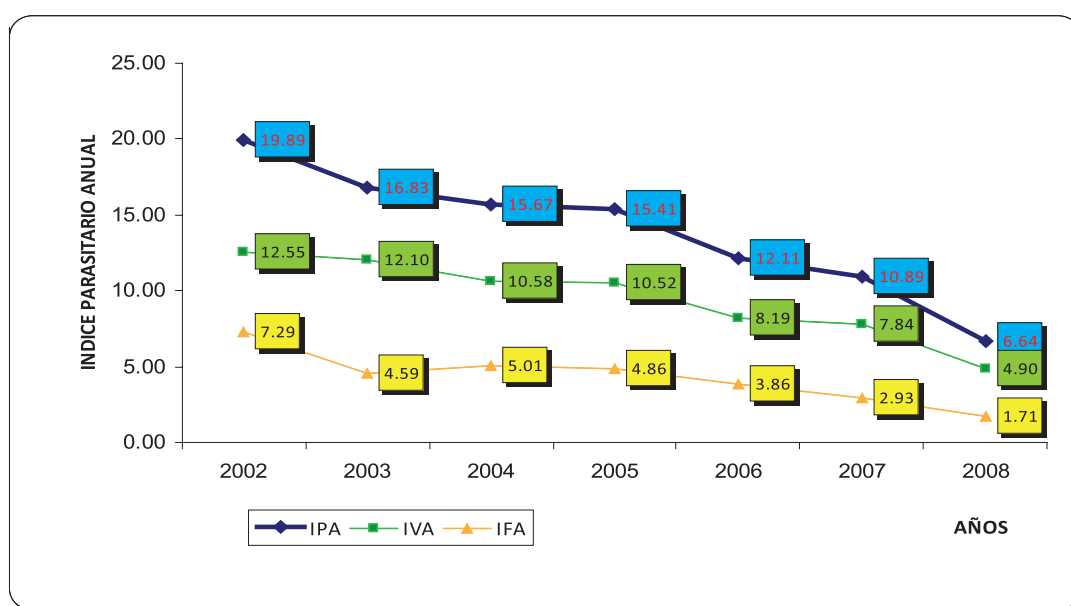
PAISES	BASE 2002	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Colombia*	24,191	18,287	8,862	13,532	12,895	13,631	8,778	5,529
Ecuador	7,083	6,926	4,828	2,562	960	1,023	465	148
Perú	15,466	15,398	11,017	10,738	14,199	8,113	7,768	4,459
Venezuela	674	914	2,128	2,919	1,239	845	1,173	723
TOTAL AREAS PAMAFRO	41,525	41,525	26,835	29,751	29,293	23,612	18,184	10,859

Fuente: Colombia: SIVIGILA, Ecuador: Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM), Perú: Dirección General de Epidemiología y Venezuela: Dirección de Salud Ambiental. * Colombia cambió el sistema de notificación de una forma colectiva a una individual; la transición probablemente incidió en el aumento el subregistro para este año.

Como era de esperarse, también hubo una tendencia decreciente en los índices malariométricos (IPA, IVA, IFA) en el ámbito de intervención del Proyecto en los últimos cinco años (Gráfico 1). En el cálculo de estos indicadores se utilizó los datos de poblaciones totales de los municipios o las proyecciones de cada país respectivamente.

Gráfico 1.

Evolución del IPA, IVA E IFA en todo el ámbito del PAMAFRO 2002 al 2008



Fuente: Colombia: SIVIGILA, Ecuador: Servicio Nacional de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos (SNEM), Perú: Dirección General de Epidemiología y Venezuela: Dirección de Salud Ambiental. * Colombia cambió el sistema de notificación de una forma colectiva a una individual; la transición probablemente incidió en el aumento del subregistro para este año.

INDICADORES DE COBERTURA...

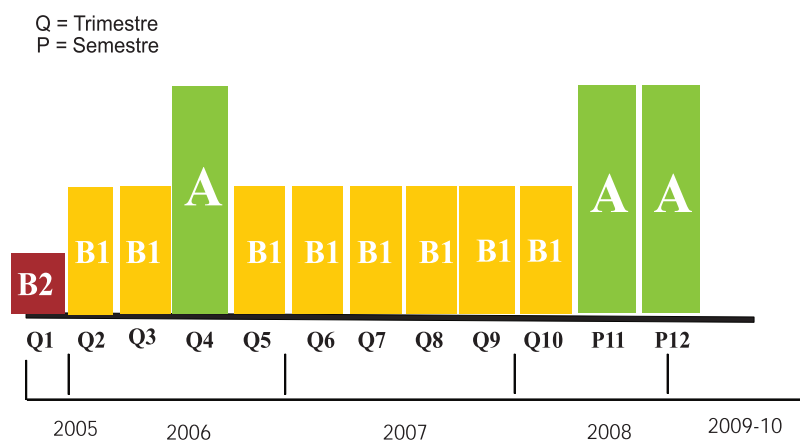
La mayoría de los indicadores definidos para el cumplimiento de los objetivos del PAMAFRO han sido alcanzados satisfactoriamente. El Gráfico 2 presenta el monitoreo del cumplimiento de las metas de cobertura para dichos indicadores, resaltando que el indicador relacionado con la estrategia de impregnación de mosquiteros convencionales no alcanzó la meta establecida debido al retraso en la entrega de los kits de impregnación por parte del proveedor.

En estos momentos se han agilizado las actividades de impregnación de mosquiteros convencionales con la finalidad de alcanzar la cobertura rápidamente.

Gráfico 2.
Resultados de los indicadores de cobertura (al 31 marzo 2009)

Obj	Indicador	al P12					
		Meta Programada	Meta Alcanzada	0%	50%	100%	150%
1	Número de localidades participando en actividades de control de malaria	700	705				101%
2	Número de capacitados en actividades de control de malaria	4.400	4.510				103%
3	Número de re-entrenados en actividades de control de malaria	400	1.152				288%
4	Número de personas alcanzadas por actividades para cambio conductal	600.000	656.592				109%
5	Número de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración distribuidos en localidades priorizadas	252.840	155.482				61%
6	Número de mosquiteros impregnados o re-impregnados con insecticidas	130.000	0				0%
7	Número de personas examinadas con gota gruesa y/o pruebas rápidas	1.163.845	1.379.080				118%
8	Número de personas con malaria recibiendo tratamiento	145.481	145.821				100%
9	Porcentaje de personas con malaria recibiendo tratamiento antimalárico según pautas nacionales	80%	78%				98%
10	Número de localidades con búsqueda activa de casos	140	182				130%
11	Número de localidades con monitoreo comunitario que notifican al sistema de vigilancia epidemiológico	600	543				91%
12	Porcentaje de epidemias intervenidas	82%	93.3%				114%

● CALIFICACIONES DE DESEMPEÑO POR PARTE DEL FONDO MUNDIAL ...



Las calificaciones de los Reportes programáticos enviados al Fondo Mundial han sido en su mayoría B1, es decir, los resultados son favorables con algunas observaciones que se deben corregir para obtener un mejor desempeño del Proyecto. Sin embargo, se ha alcanzado la calificación máxima en tres oportunidades, el periodo Q4 y los periodos P11 y P12 (los dos últimos semestrales); esperando continuar con dicha calificación en adelante.



Taller de participación comunitaria

II. METODOLOGÍA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS LECCIONES APRENDIDAS

Taller sobre vigilancia comunitaria de la Malaria





II. Metodología para la Identificación de las Lecciones Aprendidas

El principal objetivo propuesto con la identificación de las lecciones aprendidas del Proyecto PAMAFRO fue analizar la experiencia de la ejecución de un proyecto multi-país. Entre los objetivos específicos se tuvo como prioridad analizar las estrategias de control de malaria implementadas y el componente de participación comunitaria. También se incluyó el análisis de la estructura organizacional, la gestión administrativa y financiera, el monitoreo y la evaluación.

Se partió de entender el concepto de lecciones aprendidas como descripciones concisas del conocimiento derivado de la experiencia de una intervención social en salud que, suficientemente fundamentado, puede generalizarse y ofrecer posibilidades de mejorar la acción. Se tuvo claro que la identificación y documentación de lecciones aprendidas contribuye a convertir el conocimiento tácito (aquel que se encuentra en la mente y deriva de la experiencia de las personas), en conocimiento explícito (aquel contenido en documentos o archivos electrónicos), facilitando su difusión. En general, se acogieron definiciones como las siguientes: Las lecciones aprendidas se identifican por medio de la reflexión sobre la propia experiencia y frecuentemente reflejan qué fue hecho bien, qué debería haber sido hecho de otra manera, y cómo debería ser mejorado el proceso para ser más efectivo en el futuro.

Para la identificación de las lecciones aprendidas, actividad que puede hacerse a través de diversas maneras, se propuso utilizar de manera flexible la metodología de sistematización de experiencias, realizando un proceso de reconstrucción, análisis e interpretación crítica de la propia experiencia del Proyecto PAMAFRO.

Para llevar a cabo los objetivos propuestos se planificaron varios momentos que permitieron identificar las lecciones aprendidas y elaborar el presente documento. Inicialmente, se elaboró el Documento Metodológico que contiene las bases conceptuales y metodológicas, los grupos temáticos y categorías de análisis y los instrumentos de recolección de la información.

Posteriormente, se realizaron seis talleres de identificación de lecciones aprendidas con los equipos de PAMAFRO y Puntos Focales en cada país, con el equipo de la Coordinación Regional y con coordinadores nacionales y socios del Proyecto.

Finalmente, a partir de los documentos de lecciones aprendidas de cada país, se elaboró y validó el documento “Compartiendo Lecciones Aprendidas” que se socializó en un evento político-técnico, convocado por los Ministerios de Salud junto con el ORAS-CONHU.



Participación Comunitaria y sensibilización de la comunidad.

III. LECCIONES APRENDIDAS

Comunicación en salud en el ámbito escolar - Concurso de dibujo



III. Lecciones Aprendidas

A continuación, se describe cada una de las estrategias del Proyecto y por cada una se presentan los principales logros, dificultades y lecciones aprendidas, que se detallan en el Anexo 2.

3.1 DISEÑO Y GESTIÓN DEL PROYECTO PAMAFRO

El diseño del Proyecto PAMAFRO implicó un largo proceso que empezó en noviembre del 2001, cuando la REMSAA (XXIII/368), realizada en Quito-Ecuador, aprobó la iniciativa de presentar un proyecto subregional de atención en salud en las fronteras. Con miras a esto se conformó un equipo de trabajo y, tras diversas reuniones entre representantes de los países para la elaboración y presentación de la propuesta, finalmente se logró la aprobación, por parte del Fondo Mundial, el 14 de julio de 2004. Como Receptor Principal fue seleccionado el ORAS-CONHU, iniciándose el Proyecto el 1 de octubre del 2005 (detalle en el Anexo No.1).

En su primera fase, correspondiente al periodo entre octubre de 2005 a marzo de 2008, se identificaron 11 zonas de integración fronterizas y se priorizaron 2.467 localidades con IPA mayor a 10. Para identificar mejor la problemática de la malaria, se realizaron los estudios de Línea de Base, Socio-antropológico y encuestas de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP), y se inició la capacitación de trabajadores comunitarios en promoción de la salud, prevención de la malaria, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica comunitaria y elaboración de proyectos comunitarios. También, se empezó con los procesos de compras de medicamentos antimaláricos, microscopios y mosquiteros para los países miembros, y se brindaron insumos de gota gruesa, entre otras estrategias.

De octubre de 2007 a marzo de 2008 hubo un periodo de transición caracterizado por la identificación de lecciones aprendidas y un ajuste del Proyecto previo a la segunda fase.

La segunda fase, comprende el periodo que va desde abril de 2008 hasta septiembre de 2010, en la que se ubica el momento actual y corresponde a la consolidación de las estrategias. El 2010 es el año escogido para enfatizar respecto a la transferencia a los Ministerios de Salud de los cuatro países, los mecanismos de sostenibilidad de las estrategias exitosas y fundamentales y el trabajo binacional fronterizo.

En síntesis, los principales logros, dificultades y lecciones aprendidas del diseño y gestión del Proyecto han sido las siguientes:

	Diseño del Proyecto	Fase I	Fase II
Logros	Aprobación del Proyecto por parte del Fondo Mundial, que con un enfoque comunitario busca disminuir la morbilidad y mortalidad por malaria en las zonas fronterizas de cuatro países: Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.	Fortalecimiento de capacidades en prevención, control y vigilancia de la malaria en los diversos actores sociales (comunitarios, institucionales y ministeriales) en los cuatro países.	Análisis e incorporación de las lecciones aprendidas para el desarrollo de la segunda fase, así como el cambio de la estructura del equipo del Proyecto, en coherencia con un enfoque comunitario, lo que repercutió en la construcción de relaciones más democráticas, mejora de las relaciones con los Ministerios de Salud y de las alianzas con otras instituciones y socios.
Dificultades	Diseño del Proyecto orientado a la necesidad de cumplir con las actividades y metas de cobertura; descuidando en algunas ocasiones el propósito real, objetivos y metas de impacto a alcanzar por el Proyecto (disminución de la morbilidad y mortalidad en malaria en su ámbito de intervención).	- Al inicio del Proyecto, se conformó un equipo con cinco gerencias, sin una clara definición de sus roles y atribuciones, lo cual ocasionó problemas de liderazgo y competencia, que dificultaron las relaciones internas, con los países y los socios. Asimismo, había muy poco personal operativo y de campo lo cual dificultó el arranque del Proyecto. - El Plan Operativo para los dos primeros años fue "poco realista", ya que la práctica evidenció imposible el realizar actividades al no contemplar, por ejemplo, los prolongados lapsos de tiempo que requiere una licitación.	- La definición de funciones por objetivos en ocasiones se traduce en una monofuncionalidad que quita versatilidad y responsabilidad compartida a ciertas actividades del Proyecto. - La prioridad por cumplir metas disminuyó los espacios de retroalimentación y comunicación entre todos los actores del Proyecto.
Lecciones aprendidas	El diseño de un proyecto multi-país implica la conformación de un equipo interdisciplinario (a tiempo completo) con representantes de diversos sectores de cada país con amplio conocimiento del tema y de las realidades sociales nacionales; asegurando la coherencia completa entre objetivos, actividades e indicadores.	En la gestión de un proyecto multi-país, que está orientado al logro de metas, resulta fundamental tener un modelo organizacional específico con personal idóneo y perfiles adecuados para la intervención social en salud y el desarrollo de las funciones de trabajo en equipo, con énfasis en el nivel local.	Un proyecto con enfoque comunitario debe trabajar en consistencia con ello, con enfoques democráticos y participativos, tanto en el plano de la intervención en la comunidad (educación, comunicación, etc.) como en el discurso institucional y la estructura organizacional.

3.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA MALARIA

3.2.1 ESTRATEGIAS DE EDUCACIÓN ...

El Proyecto PAMAFRO ha contemplado la capacitación en promoción de la salud, prevención y control de la malaria, diagnóstico y tratamiento, y vigilancia epidemiológica comunitaria a trabajadores de la salud, trabajadores comunitarios y líderes. Desde sus inicios, la estrategia fue revisada y ajustada con los equipos locales y los Puntos Focales de cada país⁵. Luego, se hizo la capacitación a los facilitadores, y se continuó con los procesos formativos en las comunidades priorizadas.

Para el diseño de los materiales y la capacitación se tuvo en cuenta los resultados obtenidos de los estudios: Línea de Base; Conocimientos, Actitudes y Prácticas y Estudio Socio Antropológico, realizados durante el primer año del Proyecto. También se siguieron los lineamientos nacionales (Ministerios de Salud), internacionales (OPS) y de las instituciones de salud locales.

La metodología de capacitación ha tenido las siguientes características:

- ❖ Educación en salud para adultos, aprendizaje basado en problemas y enfoque teórico-práctico.
- ❖ Convocatoria personalizada, con invitaciones dirigidas a las autoridades y representantes de las comunidades, elegidos previamente en asambleas comunitarias.
- ❖ Estrategia en “cascada”, lo que implica capacitar a personas seleccionadas, de acuerdo a un perfil previamente definido que, a su vez, generan procesos de capacitación con trabajadores comunitarios y trabajadores de la salud y un efecto de multiplicación del proceso.
- ❖ Enfoque participativo, donde se privilegia el papel del participante, poniendo énfasis en una dinámica lúdica, creativa, holística y activa.
- ❖ Diálogo de saberes, que se centra en valorar el conocimiento de las personas para la búsqueda de soluciones a sus propios problemas de salud.
- ❖ Se estimula la interacción grupal en el debate sobre los aportes que los distintos participantes realizan.
- ❖ Se contempla la diferenciación de funciones de trabajadores comunitarios y trabajadores de la salud, con un conjunto de materiales que tienen diferencias conceptuales y metodológicas según sea la capacitación a nuevos trabajadores de salud o trabajadores comunitarios o el refuerzo⁶, actividades grupales o individuales.

LOGROS

- Se han generado conocimientos y habilidades en trabajadores de salud y trabajadores comunitarios, así como procesos favorables para la prevención y control de la malaria, producto del manejo técnico de la estrategia, la metodología contextualizada y participativa.
- Contar con trabajadores comunitarios de salud que han mejorado la confianza en sí mismos y sus capacidades para liderar procesos educativos en sus comunidades y además, son el soporte del enfoque comunitario.



DIFICULTADES

- Frecuente rotación del personal de salud capacitado de las áreas competentes relacionadas con el Proyecto, lo que obliga a realizar procesos de capacitación de manera permanente.
- No se han socializado ampliamente los avances de la estrategia y aún no se ha logrado su institucionalización en los Ministerios de Salud, con la validación de las entidades nacionales competentes y con enfoque de formador de formadores.



LECCIONES APRENDIDAS

- El proceso educativo se debe liderar con un equipo técnico del Proyecto y los Ministerios de Salud (no mediante subreceptores), generando la apropiación y empoderamiento de todos los niveles NUTES 3, 4 y 5 en el marco de las normativas nacionales con miras a institucionalizar los aportes del Proyecto PAMAFRO.
- La estrategia educativa realizada por personal con experiencia en trabajo de campo, en educación en salud para adultos y una pedagogía de la problematización, con metodologías participativas y estándares de calidad claramente definidos, posibilita generar apropiación de conocimiento y comportamientos favorables a la prevención y control de la malaria. La definición de los estándares de calidad para el personal responsable de la capacitación permite el desarrollo de la actividad bajo los lineamientos básicos establecidos.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 83-84.

3.2.2 ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA ...

En la primera fase del Proyecto se contrató un subreceptor, con quien se elaboró el “Diagnóstico rápido de medios”. Además, en el 2006, con representantes de los Ministerios de Salud y las oficinas de PAMAFRO de los cuatro países, se realizó un taller cuyo principal resultado fue la elaboración del Plan Estratégico de Comunicaciones, base teórica y metodológica de un conjunto de actividades masivas e interpersonales que se desarrollaron⁷. En el 2007 este Plan fue socializado y analizado con las oficinas de los cuatro países y los Puntos Focales.

En la segunda fase, cada una de las oficinas elaboró su propio Plan Comunicacional, adaptado a la realidad del país, con énfasis en el enfoque de comunicación comunitaria, la salud como derecho, la comunicación como diálogo de saberes, y la participación de los trabajadores de la salud, trabajadores comunitarios y de las comunidades más afectadas por el problema. Así mismo, con un mayor liderazgo de la oficinas nacionales y un trabajo en coordinación con las dependencias de los Ministerios de Salud, se continúa con estrategias masivas (difusión de spot radiales⁸, elaboración de afiches, ajuste e impresión de rotafolios, entrevistas radiales y televisivas, notas de prensa) y se han incluido nuevas estrategias interpersonales (radio socio-drama colectivo, radio debate, producción y realización de vídeo como estrategia de teatro popular, vídeo debate para reflexión colectiva, comunicación en salud en el ámbito escolar). Además, se incluyeron nuevas herramientas de monitoreo con el propósito de tener mejor información sobre el impacto de la estrategia.



Material educativo comunicacional – Afiche Toc Toc



Teatro popular

LOGROS

- Diseño y validación de materiales comunicacionales elaborados con participación de las comunidades, adaptados a las realidades locales, que resaltan aspectos de la propia cultura y que sirven de apoyo para las actividades de control de la malaria.
- La ejecución de la estrategia por las oficinas nacionales, así como contar con recurso humano del Proyecto ubicado en las zonas prioritarias, ha facilitado que se realice el trabajo de manera articulada con las dependencias de los Ministerios de Salud, y se promueva una amplia participación de las autoridades sanitarias, trabajadores de salud, trabajadores comunitarios de salud y líderes, en el diseño, validación y distribución del material comunicacional.



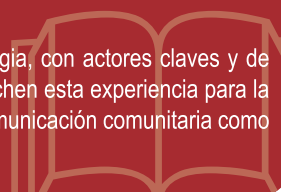
DIFICULTADES

- En la primera fase el sub-receptor no coordinó de la manera esperada su trabajo con los Ministerios de Salud, ni con los equipos nacionales de PAMAFRO. Algunos materiales comunicacionales se elaboraron sin la participación de la comunidad y sin la validación técnica de representantes de los equipos nacionales y Ministerios de Salud, por lo tanto, no reflejaban las realidades nacionales y locales.



LECCIONES APRENDIDAS

- Para lograr cambios favorables en la prevención y disminución de la malaria es necesaria una comunicación en salud que supere el enfoque tradicional (unidireccional). Se requiere de una perspectiva de comunicación comunitaria en la cual se promueve el diálogo de saberes, el intercambio y la negociación con los actores sociales implicados.
- La socialización y difusión oportuna de los resultados obtenidos con la estrategia, con actores claves y de diversos sectores, posibilita fortalecer alianzas y que otras instituciones aprovechen esta experiencia para la ejecución de procesos basados en la premisa de la salud como derecho y la comunicación comunitaria como diálogo de saberes.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Página: 85.

● 3.2.3 PROYECTOS COMUNITARIOS DE CONTROL DE LA MALARIA ...

El Proyecto PAMAFRO ha contemplado la asistencia técnica de trabajadores de salud, trabajadores comunitarios y líderes en la elaboración e implementación de proyectos comunitarios para el control de la malaria con amplia participación de las comunidades en las localidades prioritarias.

Inicialmente, se contrataron subreceptores que, en los cuatro países, proporcionaron los lineamientos conceptuales y metodológicos, y desarrollaron las acciones pertinentes para el diseño de los proyectos comunitarios .

Respecto a los proyectos comunitarios, los equipos nacionales realizan de manera permanente las siguientes actividades:

- ❖ Elaboración y validación de guías y materiales de proyectos comunitarios de control de la malaria.
- ❖ Capacitación a facilitadores o monitores, trabajadores de salud, trabajadores comunitarios y líderes de salud en la elaboración de proyectos, y refuerzo en prevención, control y vigilancia de la malaria.
- ❖ Actividades de sensibilización en las comunidades.
- ❖ Reuniones comunitarias para la gestión y seguimiento periódico de los proyectos comunitarios.



Jornada de saneamiento
ambiental para el control de la
malaria



LOGROS

- Elaborados (en la primera fase) con participación de grupos de las comunidades 821 proyectos para el control de la malaria (297 en Colombia, 91 en Ecuador, 433 en Perú). Estos proyectos tienen énfasis en la educación comunitaria, actividades para el control de la malaria, saneamiento ambiental y mejoramiento de viviendas.
- Fortalecimiento de la organización vecinal y comunal a través de la formulación, autogestión e implementación de sus propios proyectos.



DIFICULTADES

- La capacitación en formulación e implementación de proyectos comunitarios requiere más tiempo del planificado, con una metodología participativa y de varios encuentros con los grupos comunitarios, factor crucial para lograr una real apropiación, generación de capacidades y participación de la población.
- Un número significativo de proyectos no han recibido financiación para su desarrollo. Los grupos o sus representantes gestionan, pero en general la respuesta institucional local es insuficiente.



LECCIONES APRENDIDAS

- Considerar los ritmos y formas de aprender de los trabajadores comunitarios y pobladores, desde una perspectiva intercultural, facilita la incorporación y apropiación de nuevos conocimientos y prácticas y exige flexibilidad en la aplicación de las estrategias y herramientas de trabajo.
- Además del aprendizaje en la elaboración de proyectos, los trabajadores comunitarios y líderes necesitan fortalecer sus capacidades de gestión, lo que se logra a través del acompañamiento en los procesos de negociación, por ejemplo, generando espacios de encuentro y concertación entre representantes de las comunidades y las autoridades e instituciones, donde los líderes comunitarios sustentan sus propios proyectos.
- La organización y participación comunitaria se puede lograr con el desarrollo de proyectos dado que contribuyen a mantener la motivación de participar de manera protagónica en la resolución de los problemas comunitarios y la obtención de logros producto de la organización y gestión comunitaria.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 86 y 87.

● 3.2.4 PLANES LOCALES DE SALUD...

En el Proyecto PAMAFRO, se considera que la prevención, control y vigilancia de la malaria debe estar en las políticas públicas, producto de la visión y aspiraciones compartidas de actores institucionales y comunitarios. En este sentido, en la primera fase se contempló la capacitación, el diseño y el acompañamiento en el desarrollo de 20 Planes Locales de Salud con énfasis en el control integral de la malaria en nueve Municipios de Colombia, en cinco Cantones de Ecuador y siete Distritos del Perú. Este proceso se desarrolló con la asistencia técnica de varios subreceptores.

Para la elaboración de los Planes Locales de Salud, con los Grupos Gestores conformados por representantes de autoridades gubernamentales, sanitarias y de organizaciones civiles, se desarrollaron, entre otras, las siguientes actividades:

- Sensibilización y capacitación de las autoridades gubernamentales y sanitarias.
- Identificación de los determinantes sociales de la malaria.
- Definición de temas generadores de acción colectiva.
- Se identificaron experiencias previas de planificación, analizaron condiciones para la planificación participativa y construyó la visión concertada de Municipio Saludable.

Actualmente, se hace seguimiento, brinda asesoría y capacitación para la actualización, formalización e implementación de los Planes Locales de Salud y se gestiona la formulación mediante Acuerdos y Ordenanzas. También se trabaja en la articulación entre proyectos comunitarios y Planes Locales de Salud, especialmente en la oficina de Perú. Recientemente, se ha iniciado un proceso de elaboración de dos Planes Binacionales de Salud en la zona fronteriza de los estados de Apure y Amazonas (Venezuela) con el departamento de Vichada (Colombia).



Reunión de intersectorial para la elaboración de planes locales de salud.

LOGROS

- Conformación de Grupos Gestores o Comités Intersectoriales, integrados por autoridades gubernamentales y sanitarias, representantes de instituciones, de organizaciones de base y de la sociedad civil para la elaboración de 20 Planes Locales de Salud con énfasis en el control de la malaria.
- Las autoridades gubernamentales y sanitarias que participaron en el proceso se reconocieron responsables de la garantía de los derechos de la salud e incluyeron la malaria como problema prioritario en la política pública.



DIFICULTADES



- Se asume que las actividades de control de la malaria se desarrollan sólo con el sector salud y que no es necesario trabajar con las autoridades locales para que reconozcan la malaria como un problema digno de priorizarse e incorporarse en sus planes de gobierno o de salud. La ausencia de política pública local en malaria dificulta la consideración de la salud como derecho social de las comunidades y contribuye a la falta de continuidad de proyectos para su prevención y control.
- Pensar en la malaria como un problema multi-causal implica mirarlo desde un enfoque eco-sistémico, interdisciplinario y multisectorial, pero esta perspectiva aún es débil. Ello explica por qué no se le ha dado la suficiente importancia a procesos que permitan, en el ámbito local, fortalecer capacidades de trabajo intersectorial e interinstitucional para avanzar en la planificación y el desarrollo de acciones y soluciones integrales teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y la malaria.



LECCIONES APRENDIDAS

- Las autoridades gubernamentales y locales tienen que ser socias y estar comprometidas en la resolución de los problemas asociados a la malaria, desde el Proyecto deben asumirse actividades de sensibilización, capacitación y gestión con estos actores sociales, a fin de lograr su compromiso decidido en el desarrollo de todas las acciones.
- Se garantizan mejores resultados y sostenibilidad si el proceso de capacitación y asistencia técnica en Planes Locales de Salud se realiza al inicio de los periodos de gobierno, porque generalmente las autoridades locales (en contextos descentralizados) están ávidas de asesoría en la elaboración de los planes de desarrollo o de salud de sus comunidades.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 88 y 89.

● 3.2.5 IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE IMPACTO EN EL CONTROL DE LA MALARIA: MOSQUITEROS...

El Proyecto PAMAFRO viene incorporando la estrategia de uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI) para la prevención y el control de la malaria, con el propósito de cubrir al 100% de la población de las localidades con mayor riesgo de los municipios que concentran mayor cantidad de casos. Dicho propósito se fundamenta en las actuales recomendaciones de la OMS, según las cuales cualquier estrategia basada en mosquiteros a implementar, debe utilizar los mosquiteros tratados con insecticida de larga duración, los que, a su vez, deben distribuirse de forma gratuita o muy subvencionada a todos los miembros de una comunidad seleccionada para asegurar una mayor cobertura y mejor protección de los grupos vulnerables, considerando sus efectos a nivel individual, familiar y comunitario. Al finalizar la subvención actual, se deben tener aproximadamente 650.000 personas cubiertas con mosquiteros impregnados de larga duración, lo cual representa el 15% de la población total, lo que contribuirá a tener el 20% de los hogares del ámbito de intervención con al menos un mosquitero impregnado de larga duración.

La estrategia MTI no fue un componente prioritario en la propuesta original, sin embargo, las evidencias presentadas al Fondo Mundial sobre la efectividad de la estrategia basada en el uso masivo de mosquiteros impregnados en la disminución de la incidencia de la malaria, una mejor definición de la cantidad de mosquiteros necesarios para disminuir la malaria en las poblaciones priorizadas y la aprobación de los fondos no utilizados en la primera fase (un poco más de 2 millones de dólares), permitió que esta estrategia se convirtiera en una de las principales del Proyecto a partir de la segunda fase.



Uso adecuado del Mosquitero impregnado

LOGROS

- Sistema de monitoreo semestral que da información sobre la cobertura de uso de los MTI, su aceptabilidad, frecuencia de lavado y reacciones adversas en la población; con dicha información se ha realizado ajustes a la estrategia.
- Incorporación de los gobiernos locales y autoridades comunales en la distribución de MTILDs y articulación de la estrategia con otras actividades de control de malaria.



DIFICULTADES



- Excesivo tiempo en los procesos de adquisición de MTILDs y kits de impregnación K-O TAB1-2-3® para lograr su disponibilidad en los países, por diversos motivos: a) retraso del Receptor Principal en incorporar las lecciones aprendidas en primera fase, b) excesivo período para evaluación y aprobación de plan de compras y procesos de licitación por parte del Fondo Mundial, c) coordinación y comunicación limitada con algunos miembros del comité de compras y representantes de los Ministerios de Salud, y, d) retrasos del proveedor en la entrega a los países.
- Limitada experiencia de los equipos para la implementación de la estrategia de impregnación con K-O TAB 1-2-3® en el país, considerando que es una intervención a gran escala. Esta dificultad aunado al retraso en la disponibilidad de los K-O TAB 1-2-3® y a los costos de la implementación en los países, viene atentando contra la intervención.

LECCIONES APRENDIDAS

- La estrategia a gran escala debe ir acompañada de un sistema de monitoreo de uso de los MTI que brinde información semestral sobre la cobertura de uso, aceptabilidad, frecuencia de lavado y reacciones adversas de la población; de tal forma que permita el ajuste de la estrategia (características de los mosquiteros a adquirir posteriormente, énfasis en los mensajes de comunicación, etc.).
- Las intervenciones con tecnologías que antes no han sido usadas a gran escala (como K-O TAB 1-2-3®), requieren una planificación detallada, un mayor periodo para ejecución (sin presiones por alcanzar metas elevadas) y un mayor monitoreo de sus procesos (directivas, instructivos, instrumentos) que permita los ajustes respectivos (cuando se encuentren desviaciones) y tenga capacidad previsiva (disminuir situaciones de riesgo). Además, es fundamental considerar pruebas piloto.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 90 y 91.

3.2.6 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ...

El Proyecto PAMAFRO tiene como uno de sus principales objetivos el ampliar la cobertura y acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria con oportunidad y calidad en las localidades con alto riesgo de transmisión proveyendo medicamentos e insumos y desarrollando una estrategia participativa a nivel comunitario.

En una primera fase, se capacitó a 2885 trabajadores comunitarios y a 801 microscopistas en las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la malaria. Se han adquirido y distribuido 493 microscopios para el fortaleciendo de los puestos de diagnóstico y tratamiento de la malaria, se ha mejorado la disponibilidad de insumos de diagnóstico y medicamentos antimaláricos (compra y distribución) y el almacenamiento de 45 establecimientos de salud de nivel municipal y regional. Además, se dio inicio a la implementación de una estrategia de diagnóstico con pruebas rápidas en localidades y establecimientos de salud con acceso limitado al diagnóstico microscópico.

En una segunda fase, se vienen realizando esfuerzos por mantener la red de microscopía operativa a través del reforzamiento de capacitación de los microscopistas y el mantenimiento preventivo de microscopios, además, se está trabajando en el fortalecimiento del sistema de gestión de calidad del diagnóstico microscópico de los países, siguiendo las recomendaciones de la OMS. Se apoya también la supervisión periódica del cumplimiento de las normas oficiales de diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud con un instrumento estandarizado por RAVREDA; el cual ha sido ajustado para una mejor evaluación de la calidad de la prescripción. Actualmente, se sigue realizando la búsqueda activa de casos para la detección temprana y el tratamiento oportuno de la malaria.



Capacitación a microscopistas diagnóstico y tratamiento de la Malaria.

LOGROS

- Incorporación de recomendaciones de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de gestión de calidad del diagnóstico microscópico en el ámbito de intervención del proyecto: a) evaluación y acreditación de competencias y b) monitoreo del desempeño de microscopistas con metodologías más costo-efectivas.
- Implementación de un sistema que brinda información periódica sobre el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud (incluye información sobre la prescripción de medicamentos antimaláricos), para la toma de decisiones en el nivel regional y local.



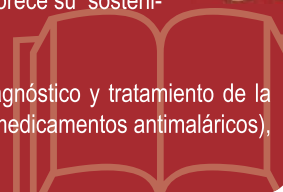
DIFICULTADES

- Alta rotación del personal capacitado e insuficientes mecanismos de incentivo y motivación, lo que dificulta mantener recursos humanos competentes en microscopía en zonas con limitado acceso como las áreas de frontera.
- Normativas actuales de los Ministerios de Salud que dificultan la adquisición de medicamentos en relación a la política de garantía de calidad del Fondo Mundial.



LECCIONES APRENDIDAS

- El trabajo coordinado con los Ministerios de Salud (en todos sus niveles), RAVREDA-OPS y otras instituciones involucradas en el control de la malaria en los países, facilita la implementación de la estrategia de diagnóstico y tratamiento (apropiación / institucionalización), y favorece su sostenibilidad.
- La institucionalización del monitoreo en el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud (incluye información sobre la prescripción de medicamentos antimaláricos), favorece la toma de decisiones en el nivel regional y local.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 92, 93 y 94.

● 3.2.7 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNITARIA, DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE EPIDEMIAS...

En la primera fase, se contrataron subreceptores y consultores con quienes se diseñó el Modelo del Sistema Comunitario de Vigilancia Epidemiológica (SICOVE) con el objetivo de reducir el subregistro y mejorar las capacidades en vigilancia. En el V Foro de Vigilancia Epidemiológica se condensaron cuatro propuestas de vigilancia comunitaria elaboradas en base a los sistemas de cada país participante del Proyecto PAMAFRO y como resultado del mismo se definieron los criterios para el diseño y la implementación del sistema de vigilancia comunitario.

Desde la primera fase hasta la fecha, se han realizado diversas actividades dentro de las cuales cabe destacar:

- ❖ Estratificación de las localidades por enfoque de riesgo para la implementación de las intervenciones.
- ❖ Capacitación de trabajadores de la salud y trabajadores comunitarios en el Sistema de Vigilancia Comunitario, con el enfoque de educación en salud para adultos.
- ❖ Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante la dotación de equipos de cómputo y accesorios.
- ❖ A partir del sexto trimestre (Q6) se inició la notificación de casos desde las localidades, es decir, la inclusión de los procesos y tareas de los trabajadores comunitarios de salud al sistema formal de vigilancia.
- ❖ Implementación del Sistema de Información Geográfica (SIG), que integra la información a diversos niveles.

En la segunda fase del Proyecto se ha trabajado en el rediseño del modelo del sistema de vigilancia comunitario, se priorizaron actividades de refuerzo con el mismo enfoque, actividades relacionadas con el monitoreo (seguimiento) comunitario a las localidades que notifican al sistema de vigilancia epidemiológica, y se inició el trabajo en la intervención oportuna y la vigilancia de las epidemias¹⁴ detectadas en las áreas del Proyecto. Así mismo se están elaborando los Boletines epidemiológicos a nivel municipal (NUTE 4 ó 3) y departamental (NUTE 2) para lo cual los equipos de gestión de los Establecimientos de Salud de las NUTES 3 y 4 revisan y analizan la información de malaria, así como las actividades desarrolladas durante el semestre.

El Proyecto PAMAFRO dispone de materiales técnicos como el Diseño del modelo de vigilancia comunitaria; la Guía para el reporte del indicador de epidemias intervenidas, la Guía de seguimiento de los trabajadores comunitarios de salud y trabajadores de salud, entre otros. Para realizar la notificación desde las comunidades se han diseñado y mejorado en coordinación con las dependencias de los Ministerios de Salud una serie de instrumentos para el trabajador comunitario y el trabajador de salud¹⁵.

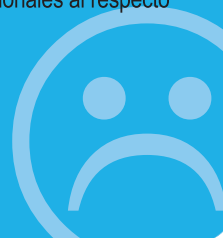
LOGROS

- Implementación del sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria, que posibilita la intervención oportuna y la vigilancia a las epidemias detectadas en las áreas del Proyecto.
- Elaboración de Boletines Epidemiológicos semestrales para lo cual los equipos de gestión de los Establecimientos de Salud de las NUTES 3 y 4 revisan y analizan la información de malaria, así como las actividades desarrolladas durante el trimestre en su ámbito de trabajo.
- Personal capacitado en Vigilancia Comunitaria y oficinas con equipos nuevos (donados por PAMAFRO) que han fortalecido el sistema de vigilancia.



DIFICULTADES

- Resistencias al cambio frente a la introducción de nuevas propuestas de instrumentos de recolección de datos que aunque más complejos facilitan mejores resultados.
- La estrategia de Vigilancia Comunitaria aun no está institucionalizada con los sistemas formales de vigilancia de los países, no se han incorporado normativas o directivas nacionales al respecto



LECCIONES APRENDIDAS

- La articulación del sistema de vigilancia comunitario con el sistema formal (Ministerio de Salud) es un proceso de largo plazo. Se da en la medida en que la comunidad reconozca la utilidad del manejo de la información y los representantes institucionales reconozcan las ventajas de propiciar la participación de la comunidad y fruto de ello se desarrollen diversos procesos en aras de tal articulación.
- Para obtener mejores resultados en la vigilancia comunitaria de la malaria, los trabajadores comunitarios deben estar articulados en la estructura de recolección y análisis de información los Ministerios de Salud y apoyados por lo menos por un grupo o comité comunitario con el que asuman conjuntamente las acciones de prevención y control de la malaria, así como el reporte de los riesgos y la toma de decisiones para solucionar los problemas.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 95 y 96

3.2.8 REDES DE COMUNICACIÓN DE VOZ Y DATOS ...

Con esta actividad se persigue el establecimiento de una red de telecomunicaciones de voz y datos que conecte establecimientos de salud del área rural y apartados en las zonas fronterizas de los países andinos. Inicialmente, se identificaron los nodos de voz y datos, para lo cual se hicieron visitas de campo y conjuntamente con el personal de los Ministerios de Salud de Ecuador y Perú, se seleccionaron 41 establecimientos (29 en Perú y 12 en Ecuador), los que están ubicados en las cuencas de los ríos Morona y Santiago de la frontera Ecuador y Perú, así como en la cuenca del río Napo en Perú. Se seleccionó a un subreceptor¹⁶, para implementar el diseño de redes de telecomunicaciones e implementar el sistema de comunicaciones de voz y datos en Perú.

El diseño de la red de comunicaciones tuvo en cuenta: la flexibilidad del uso de tipos de tecnología de telecomunicaciones (WiFi- UHF, VHF), el uso del sistema operativo de Linux, la facilidad para mantenimiento, la utilización de la mano de obra local y la capacitación al personal de salud del área. En febrero del 2007 se realizó la evaluación del objetivo, por integrantes del Fondo Mundial, y se acordó continuar con la instalación de 29 nodos (solamente en Perú) de los 41 originalmente planteados.

En el Perú se realizaron las siguientes actividades:

- ❖ Diseño de implementación de las señales de comunicación determinando la altura de las torres, el tipo de señales y los equipos de telecomunicaciones e informática a utilizar en cada punto.
- ❖ Instalación de cuatro redes en Andoas, Pastaza, Morona y Napo. La instalación se hizo del 25 de febrero al 11 de junio de 2007 en los cuatro nodos. Las pruebas se hicieron del 3 de abril al 4 de julio de 2007, la optimización del 30 de abril al 26 de julio de 2007 y el funcionamiento del 1 de junio de 2007 en adelante.
- ❖ Instalación de cinco nodos de Wi-Fi en la red Napo PAMAFRO para interconectarlo con la DIRESA Loreto.

En marzo de 2008 se contrató a una empresa que evaluó la situación de los nodos. Actualmente, se hace seguimiento y gestiona con las autoridades locales la sostenibilidad de las redes.

LOGROS

- Puestos de salud que tienen la posibilidad de comunicarse por los sistemas de Voz y Datos facilitando la entrega oportuna de sus reportes de malaria y otras enfermedades.
- A un año de instalados los nodos el sistema de comunicación de voz está funcionando al 100% en todas las subredes y se utiliza para la atención de pacientes, se han salvado vidas gracias a la comunicación oportuna y en el 90% de los establecimientos de salud se utiliza para el control de la malaria.



DIFICULTADES

- Razones logísticas, los problemas de accesibilidad y los costos mayores a los inicialmente presupuestados llevaron a que no se instalaran los 12 nodos en el Ecuador.



LECCIONES APRENDIDAS

- Las nuevas tecnologías que se incorporen a la comunidad deben tener la premisa de ser culturalmente apropiadas, su incorporación debe partir de estudios de factibilidad, en los que se analicen posibilidades reales de sostenibilidad a partir de las capacidades y los recursos de las propias comunidades.
- La contratación de subreceptores con experiencia para la ejecución de proyectos específicos como en este caso de tecnología avanzada (redes de voz y datos), es fundamental dado que PAMAFRO y los Ministerios de Salud no tienen las capacidades para desarrollarlos.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Página: 97.

3.2.9 INVESTIGACIÓN OPERATIVA ...

Durante la implementación del Proyecto PAMAFRO se reconoció la necesidad de contar con el desarrollo de investigaciones operativas, cuyos resultados se puedan aplicar en la toma de decisiones e intervenciones para la prevención y control de la malaria. Lamentablemente, los recursos para estas investigaciones fueron escasos y recortados durante la segunda fase del proyecto.

En síntesis, se han realizado un conjunto de actividades que se anotan a continuación:

- ❖ Talleres de investigación para profesionales de salud; uno realizado en Táchira, Venezuela, dos realizados en Loreto, Perú y uno en Colombia.
- ❖ Definición de las líneas de investigación del Proyecto.
- ❖ Capacitación de trabajadores comunitarios de salud para apoyar las investigaciones operativas.
- ❖ Elaboración y reproducción del manual de investigación, el cual está compuesto por seis folletos con los contenidos del proceso de investigación y elaboración de materiales educativos para trabajadores comunitarios de salud.
- ❖ Elaboración de protocolos y selección participativa de proyectos de investigación.
- ❖ En la primera fase se realizaron 12 investigaciones¹⁷ operativas sobre problemas identificados desde la perspectiva local. Actualmente, se está enfatizando el desarrollo de investigaciones operativas que contribuyan a mejorar las estrategias de uso de MTI, de K-O Tabs 1-2-3®.

Para realizar las investigaciones se han tenido en cuenta metodologías estandarizadas y los lineamientos nacionales e internacionales.

LOGROS

- Fortalecimiento de la capacidad de investigación operativa de los profesionales de la salud de la zona.
- Participación de líderes y trabajadores comunitarios en el desarrollo de las investigaciones esenciales en el área de la malaria.
- Investigaciones operativas realizadas en coordinación con los Ministerios de Salud e instituciones académicas.



DIFICULTADES

- Proceso de divulgación de los resultados de las investigaciones realizadas en la primera fase, aun no completado.
- El presupuesto para las investigaciones es muy limitado debido al recorte en la segunda fase.



LECCIONES APRENDIDAS

- La divulgación de los resultados de las investigaciones de manera oportuna permite la apropiación del conocimiento generado para la solución de problemas prioritarios relacionados con la malaria.
- Los protocolos y las metodologías deben estar validados desde el Proyecto e instituciones referentes en el tema sujeto a la investigación para garantizar aceptación y evitar errores metodológicos.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 98 y 99.

3.3 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En el Proyecto PAMAFRO, el enfoque comunitario se ha planteado como eje central y transversal en la prevención y el control integrado de la malaria. Dicho enfoque parte de entender por comunidad un grupo o conjunto de personas que comparten un territorio y en virtud de esta característica desarrollan formas de interacción, relaciones de vecindad, nexos de pertenencia y familiaridad con los lugares e identidad socio-espacial. En ese sentido, para el Proyecto uno de los propósitos de una comunidad debe ser la unidad de sus integrantes a partir de un objetivo común: El reconocimiento y defensa de sus derechos en la salud y la gestión para solucionar sus problemas, como la malaria, que les afecta por ser personas que habitan territorios fronterizos (entre Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) con ecosistemas y problemáticas socio-ambientales que favorecen la presencia del Anopheles.

En el enfoque comunitario es clave la participación activa de la comunidad. Por participación comunitaria se entiende un proceso social en virtud del cual grupos específicos de la población, que comparten algún problema o centro de interés y viven en una misma comunidad, tratan activamente de identificar esos problemas o centros de interés, toman decisiones y establecen mecanismos para atenderlos. La participación se constituye así en un proceso político y social e involucra la acción consensuada de las instituciones y los grupos de la comunidad¹⁸. De acuerdo a lo referido por los equipos nacionales, el propósito fundamental ha sido lograr la participación protagónica de las comunidades en todas las etapas del desarrollo de las estrategias, proyectos comunitarios y actividades de prevención y control integral de malaria, y así lograr la sostenibilidad de las acciones.

La participación y organización de la comunidad ha contemplado un conjunto de momentos y actividades como aquellas realizadas para lograr la aprobación y el compromiso de las autoridades, inserción en la comunidad, identificación de actores claves, capacitación, comunicación comunitaria, análisis participativo de la situación de sus derechos en salud, fortalecimiento de los equipos de intervención, elaboración de proyectos comunitarios, gestión con autoridades gubernamentales y de salud para la ejecución de las estrategias de control de la malaria, entre otras.

LOGROS

- Comunidades ámbito del Proyecto que actualmente han alcanzado grados de participación de cogestión como cuando grupos organizados de la comunidad y sus representantes participan en la planificación, definición de prioridades y acciones e inciden en la toma de decisiones de prevención y control de la malaria.
- Los equipos nacionales resaltan entre lo que ha funcionado bien respetar y retomar las organizaciones existentes en las comunidades y lograr su empoderamiento para la resolución de sus problemas. Así mismo, se resalta la sensibilización y el seguimiento permanente de las actividades en las comunidades.



DIFICULTADES



- La participación promovida en los procesos educativos se restringe, principalmente, a las funciones de una persona de la comunidad (Promotor de Salud) y no se fomenta como debería la organización grupal. Para mejorar los grados de participación comunitaria resulta fundamental brindar posibilidades para el fortalecimiento organizacional, por ejemplo, crear o fortalecer el Comité de Salud en cada comunidad, sin embargo, lo anterior amerita desarrollar otros procesos y actividades que requieren más tiempo, recursos y talento humano con experiencias en procesos organizativos trabajando en las comunidades.
- En algunas comunidades se han alcanzado grados o niveles de participación bajos, cuando a través de la convocatoria las personas llegan a recibir los beneficios del Proyecto, como receptoras de las acciones de salud, o cuando expresan sus puntos de vista, pero sin intervenir en la toma de decisiones. Estos niveles de participación mantienen intactas las relaciones de dependencia.

LECCIONES APRENDIDAS

- Para mejorar los grados de participación comunitaria resulta fundamental respetar y retomar las estructuras organizativas de la misma comunidad y brindar posibilidades para su fortalecimiento. En ese sentido, es preferible trabajar con el Comité de la Salud que sólo con el TCS (Promotor, colaborador o voluntario), puesto que, de esta manera, se fomenta la participación activa y crítica de la población en el Proyecto.
- Que la comunidad sea capaz de identificar un interés común es algo necesario pero no suficiente. Es preciso que las personas se reconozcan como sujetos sociales de derechos y los grupos organizados de las comunidades tengan las capacidades y oportunidades para participar en la toma de decisiones relativas a los problemas que les afectan, y de esa manera puedan influir para atender o satisfacer sus problemas y tener instituciones responsables que les apoyan.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 100 y 101.

3.4 INTEGRACIÓN FRONTERIZA

Los Ministros de Salud consideraron una propuesta multi-país para la prevención y control de la malaria, por las siguientes razones, entre otras:

- ❖ La malaria (el mosquito y el parásito) no discrimina límites fronterizos entre regiones geográficas.
- ❖ Las áreas fronterizas de los países Andinos están aisladas, son regiones que tienen acceso limitado a los servicios de salud, comparten una situación ecológica muy similar que facilita la transmisión de la malaria.
- ❖ Estas áreas tienen que enfrentar un problema cada vez más creciente: la resistencia del *P. falciparum* a los medicamentos.

En este contexto, en el Proyecto PAMAFRO se han realizado diversas acciones que impulsan la integración andina contra la malaria, tales como:

- ❖ Estudios: Línea de Base; Conocimientos, Actitudes y Prácticas y Estudio Socio Antropológico en las zonas fronterizas. El diseño y adaptación de los materiales de capacitación y comunicacionales, y de las intervenciones de control de la malaria ha considerado los resultados obtenidos en estos estudios y la estratificación epidemiológica.
- ❖ Acuerdos con autoridades gubernamentales y sanitarias sobre las actividades de control de malaria en las zonas fronterizas.
- ❖ Reuniones bilaterales fronterizas con la finalidad de identificar y realizar acciones conjuntas en las zonas fronterizas.
- ❖ Conformación de Comités de Compras y Puntos Focales con representantes de los Ministerios de Salud de los países miembros, quienes deciden sobre las compras y actividades clave del Proyecto.
- ❖ Fortalecimiento de medidas de prevención, control, tratamiento y vigilancia de la malaria en las localidades de frontera de difícil acceso.
- ❖ En cada reunión de los Ministros y Ministras de la Región Andina (REMSAA) el Proyecto rinde cuentas de sus acciones para la disminución de la malaria, se analizan resultados e incorporan las sugerencias que se derivan de la reunión.
- ❖ Diseño de boletines epidemiológicos por frontera: Perú-Ecuador, Perú-Colombia y Colombia-Venezuela.

LOGROS

- Extensión de cobertura basada en la capacitación de los trabajadores comunitarios de salud, con acciones de prevención y control de la malaria en poblaciones dispersas y excluidas que no disponían de servicios.
- Coordinación con autoridades regionales y municipales y otros socios como la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia de Antimaláricos, especialmente en la segunda fase, que ha posibilitado unir esfuerzos para el desarrollo de las estrategias de control de la malaria.



DIFICULTADES

- La existencia de marcos legislativos y reglamentarios diferentes para cada país.
- La frecuente rotación de las autoridades nacionales, con consiguientes cambios en el personal técnico, y poca estabilidad de personal previamente capacitado.
- Cuadros directivos con insuficiente experiencia en malaria y/o poca dedicación al tema.
- Cuando se inició el Proyecto no se exploraron otros modelos exitosos desarrollados en la región, lo que pudo influir en tener "opositores" internacionales y nacionales para el desarrollo del Proyecto.



LECCIONES APRENDIDAS

- Contar con el compromiso de los Ministerios de Salud de la Región Andina facilita el alcance de las metas de reducción de malaria, por tal motivo es necesario desarrollar de manera permanente actividades de concertación para lograr acuerdos que permitan un trabajo coordinado en las zonas fronterizas.
- El trabajo de un equipo multi-país permite identificar problemas comunes así como avanzar en las soluciones más adecuadas específicas para cada país y articuladas cuando sea más conveniente.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 102 y 103.

3.5 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RECURSOS HUMANOS

El propósito inicial fue contar con el personal adecuado¹⁹ para el desarrollo de las actividades del Proyecto, con una oficina en cada país que desarrolle, sin crear paralelismos, las actividades de manera concertada con los Ministerios de Salud. Así mismo, se pretendía garantizar la sostenibilidad de las actividades del Proyecto, insertadas como parte de las estrategias de los Ministerios de Salud.

En ese momento, que coincidió con el cambio de la Secretaría Ejecutiva del ORAS CONHU, se tomaron decisiones administrativas y gerenciales de separar el Proyecto PAMAFRO de la Secretaría Ejecutiva. Dicha situación se prolongó por toda la primera fase del Proyecto.

En la primera fase con los Puntos Focales de los Ministerios de Salud, se elaboró el Plan Operativo del Proyecto para los dos primeros años en detalle. Igualmente, se seleccionó y contrató el equipo ejecutivo del nivel central como de los países. Se realizó la selección de Gerentes por objetivo y un Director de Proyecto, en el nivel central y contrataron Coordinadores Nacionales, Técnicos de Monitoreo y Asistentes Administrativos en cada oficina nacional, de acuerdo al perfil requerido (tres personas por oficina país). Posteriormente, se instalaron y equiparon las oficinas, seguido de la elaboración de un Manual para selección y evaluación de subreceptores. Para el funcionamiento de las cuatro oficinas nacionales de PAMAFRO se suscribieron convenios con Ministerios de Salud y Cancillerías.

En la segunda fase, a partir del análisis de las lecciones aprendidas y en coherencia con el enfoque comunitario, se re-estructuró y disminuyó el equipo del nivel central, se reunificó el proyecto con la Secretaría Ejecutiva, se sustituyó la Dirección General por una Coordinación General, y se crearon Coordinaciones Técnicas por objetivos, para la Administración y Finanzas, y el Monitoreo y Evaluación. Así mismo, se decidió depender menos de subreceptores, creándose cargos para Técnicos Operativos en los países. Todo ello repercutió en una mejor coordinación con los equipos nacionales, con los Ministerios de Salud y en la calidad en las intervenciones desarrolladas en la comunidad.

Los equipos nacionales se fortalecieron con Técnicos Operativos y Auxiliares Administrativos. Además, se elaboraron manuales de procedimiento administrativo para articular mejor al Proyecto PAMAFRO con el ORAS-CONHU.

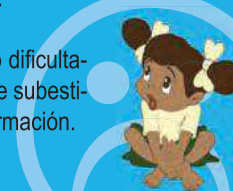
LOGROS

- Haber realizado una corrección oportuna en lo relativo al talento humano, con la incorporación de los Técnicos Operativos en cada una de las oficinas y la disminución de subreceptores, y haber asumido la contabilidad propia del Proyecto, alcanzando mejores resultados.
- Tener Coordinadores Técnicos por objetivo, de monitoreo y de administración (Coordinación Regional) que permite mantener una asesoría permanente con las oficinas de países.



DIFICULTADES

- La excesiva rotación del personal, tanto en el equipo del Proyecto como de los Ministerios de Salud y sus dependencias, hace menos posible mantener la continuidad de la visión del Proyecto y sus propósitos centrales.
- Al inicio del Proyecto hubo dificultades para armar equipo y se subestimó el tiempo de su conformación.



LECCIONES APRENDIDAS

- Para manejar un proyecto multi-país resulta fundamental tener un modelo organizacional específico basado en gestión de resultados y para ello es necesario contar con personal idóneo y con los perfiles adecuados para la intervención social en salud y el desarrollo de las funciones de trabajo en equipo e intersectorial.
- Es fundamental contar con un Manual de normas y procedimientos administrativos porque facilita el cumplimiento de los objetivos propuestos y promueve la transparencia en el manejo de los recursos.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 104 y 105.

3.6 GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

3.6.1 GESTIÓN DE SUMINISTROS Y ADQUISICIONES ...

Uno de los propósitos con la gestión de suministros y adquisiciones ha sido orientar y llevar a cabo de manera eficiente y transparente las compras programadas de los productos sanitarios y no sanitarios. Para cumplir con dicho propósito, en la primera fase, se diseñó el plan de compra que fue gestionado por la gerencia administrativa y financiera. Hay que decir que, en esta fase, estaba involucrado sólo el Proyecto PAMAFRO.

En la segunda fase, se contrató una empresa para definir el ciclo de gestión de adquisiciones. Con dichos insumos el área de GAF (Gestión de Adquisiciones y Financiera) elaboró y logró la aprobación del plan de compras. Se solicitó financiamiento al Fondo Mundial para el fortalecimiento de la GAS (Gestión de Adquisiciones y Suministros) con una especialista en su coordinación e instrumentos para manejo de adquisiciones. En los procesos de adquisiciones/licitaciones las recomendaciones brindadas por el Fondo Mundial han sido de mucha utilidad.



Entrega de deslizadores

Entrega de microscopios y kit de brigada



LOGROS

- Creación de un Comité de Compras multi-país a cuya convocatoria han respondido los miembros de los cuatro países (Colombia, Ecuador, Venezuela y Perú).
- Contar con disponibilidad permanente de recursos y obtener precios competitivos por parte de los proveedores, con economías de escala.



DIFICULTADES

- Al inicio del Proyecto se tenía conocimiento insuficiente del Plan de Compras y en algunos casos no se calcularon bien las necesidades prioritarias para realizar las compras y la planificación oportuna de éstas.
- No comunicarse a tiempo con el Fondo Mundial para solicitar aclaración de dudas sobre el Plan de Compras y los procesos, así como la escasa pro-actividad para la comunicación entre el equipo técnico y administrativo.



LECCIONES APRENDIDAS

- La toma de decisiones concertadas en el Comité de Compras multi-país da fortaleza al proceso de adquisiciones debido a que son tenidas en cuenta las sugerencias de los miembros del Comité.
- Debe existir coherencia entre el POA y Plan de compras. En el POA deben considerarse los tiempos críticos o de riesgo. Además, la elaboración del Plan de Compras previo al Plan Operativo permite realizar una mejor programación de flujo del presupuesto.
- El análisis adecuado de las necesidades de compras debe vincularse con criterios como la cantidad requerida, la fecha de entrega y la caducidad del producto para no caer en desperdicio de recursos por compras masivas no suficientemente calculadas de acuerdo a dichos criterios.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 106 y 107.

3.6.2 GESTIÓN CONTABLE Y ADMINISTRATIVA ...

Para la primera fase del Proyecto, el ORAS CONHU no contaba con una gerencia administrativa sólida, ni con suficientes capacidades para la gestión contable, por lo cual el Fondo Mundial, luego de una evaluación, propuso subcontratar una empresa contable (outsourcing) para suplir esas deficiencias.

En relación a dicho “outsourcing” se realizó un concurso abierto para contratar una empresa que asumiera ese trabajo, y poder cumplir oportunamente con los reportes financieros al Fondo Mundial, manteniendo un plan contable ajustado al Proyecto.

En la negociación de la segunda fase se solicitó al Fondo Mundial que permitiera al ORAS-CONHU asumir la contabilidad del Proyecto, terminando con el “outsourcing” contable. El Fondo Mundial a través del ALF realizó una evaluación sobre las capacidades y, a la fecha, está en proceso de implementación el software contable (SAP) y otras recomendaciones relacionadas con el manejo de recursos humanos y seguridad en la información (informática).

En resumen, el “outsourcing” contable funcionó desde el inicio del Proyecto hasta septiembre del 2008 y la contabilidad propia fue asumida a partir de octubre de 2008, buscando cumplir con los propósitos adoptados desde la fase I y realizar reportes oportunos con entrega anticipada para el análisis y control de la información. Con la contabilidad propia se ha logrado disminuir el tiempo de producción de los reportes, e identificar posibles errores en los registros a partir del análisis de la información, así como la toma oportuna de decisiones sobre posibles reprogramaciones. Lo que finalmente se hizo para llevar la contabilidad propia fue seleccionar el SAP BONE, luego de una evaluación de varios programas de software que se adecuaron a las necesidades del Proyecto. En dicha tarea se logró articular al personal administrativo del ORAS-CONHU con el personal administrativo del Proyecto PAMAFRO, asumiendo el ORAS-CONHU la Gerencia Administrativa y Financiera.

La manera como se ha llevado la gestión contable, financiera y administrativa parte de tener un Plan Operativo para cada país, por objetivo y por actividad en base a costos unitarios. Así mismo, se han elaborado manuales de procedimientos y para la selección de subreceptores. Se hizo la contratación de subreceptores para que asumieran algunas actividades del Proyecto y dieran cuenta a cada oficina de país y/o al nivel central, en formatos enviados por PAMAFRO. También, se abrieron cuentas en los bancos de cada país y se transfirieron recursos en base a solicitudes de fondos que responden a los Planes Operativos de cada oficina. Para canalizar los recursos a los países se realizaron Planes Operativos para cada uno de éstos y hasta el momento se han hecho dos solicitudes formales de reprogramación al Fondo Mundial en el Q5 (octubre a diciembre de 2006) y el P12 (octubre 2008 – marzo 2009).

LOGROS

- Disponer oportunamente de la información financiera, tener un plan contable, haber alcanzado el fortalecimiento administrativo y contable del ORAS-CONHU, y la transparencia en el manejo de los recursos, lo que se evidencia en los dictámenes sin observaciones de las auditorías.
- Generación de ingresos adicionales a través de intereses bancarios y la recuperación de IVA, recursos que se pueden utilizar en actividades del Proyecto, así como la generación de ahorros que fueron reprogramados para el desarrollo de otras actividades.



DIFICULTADES

- No haber logrado, en la primera fase, un registro contable temprano de las autoridades tributarias en cada país del Proyecto, por lo cual se tuvo que hacer los registros de operaciones en la sede central, lo que generó dificultades en el registro contable en las oficinas y por ello no tuvieron sus estados financieros desde el principio.
- En la segunda fase, en la planificación no se calculó el tiempo suficiente para realizar la migración de la plataforma contable y financiera del SISCONT al SAP. La capacitación para el manejo del SAP se hizo con mucha anticipación antes de iniciar el sistema. El dinero previsto para esta migración no fue bien estimado.



LECCIONES APRENDIDAS

- La puesta en marcha de un sistema contable y financiero multi-país permite actuar en tiempo real y evitar atrasos en los tiempos de ejecución.
- El Receptor Principal debe administrar sus informes contables y no depender de terceros, por razones de ahorro de tiempo y recursos, y disponibilidad oportuna de información.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Página: 108.

● 3.6.3 COMUNICACIONES ...

El propósito planteado ha sido lograr una comunicación fluida entre todos los miembros del Proyecto PAMAFRO con los Ministerios de Salud, el Fondo Mundial y el ALF a través de correos, fono-conferencias, reuniones, conversaciones telefónicas, etc. También, se ha buscado tener sistemas operativos para logística, vigilancia epidemiológica, monitoreo y administración que sean sencillos de usar y accesibles, además de tener canales de comunicación apropiados con los Ministerios de Salud y otros actores claves.

Para lograr los propósitos planteados se han realizado diversas actividades dentro de las cuales se pueden destacar: la instalación de hardware en todos los países del Proyecto, así como la instalación de software contable; se han realizado convenios con las autoridades de cada uno de los países y la gestión permanente con éstas; en el caso de Colombia y Perú se han llevado a cabo convenios en NUTES 2. Además, se ha creado la página Web y desde la primera fase se ha contado con una persona responsable de ello. Actualmente, se cuenta con un profesional responsable de sistemas que coordina con las oficinas nacionales.

Para la gestión de comunicación en la Fase 1 se realizó un mapeo de actores, se conformaron Puntos Focales para cada país, los Miembros del Comité de Compras y se contribuyó al fortalecimiento del MCR Andino.

Durante la implementación del Proyecto se mantiene reuniones trimestrales con el ALF para presentación de Reportes de avances, así como fonoconferencias frecuentes con el resto de involucrados.



Intercambio de experiencia en taller de inducción a equipo PAMAFRO Colombia

LOGROS

- Se tienen diferentes canales de comunicación con autoridades, una comunicación fluida y constante con los responsables de la toma de decisiones de los Ministerios de Salud, con el Fondo Mundial y con el ALF.
- El software de canales endémicos y el Boletín de resultados y afiches es un logro no planificado, que posibilita tener información actualizada sobre la situación de la malaria para tomar decisiones oportunas.



DIFICULTADES

- Aquellas sedes que se han instalado en los Ministerios de Salud han estado sujetas a la infraestructura y las capacidades en el manejo y uso de Internet de estas instituciones, lo que ha afectado la comunicación oportuna por esta vía.
- Deficiencias que tienen algunas de las instalaciones físicas de los Ministerios de la Salud.



LECCIONES APRENDIDAS

- Es fundamental mantener una comunicación interna permanente, con coincidencia en la visión, metas y enfoque, entre los integrantes del Proyecto, así como con los representantes de los Ministerios de Salud y socios.
- El Proyecto debe considerar fondos para el fortalecimiento institucional en los Ministerios de Salud de modo que se integre a los equipos de conducción nacional, regional y local; de esta manera se contribuye a la sostenibilidad de las estrategias.



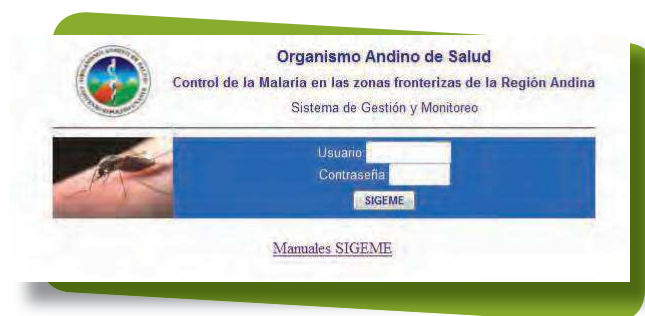
Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Página: 109

3.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN

La estructura organizacional del PAMAFRO consideró desde el inicio, la creación de una Gerencia de Monitoreo y Evaluación (M&E) con el principal objetivo de generar información sobre los indicadores acordados y preparar los Reportes al Fondo Mundial.

Por tratarse de un proyecto multi-país se contrataron profesionales para asumir la función de Monitoreo en cada una de las oficinas, quienes han recibido capacitación trimestral, lo que ha permitido: i) retroalimentación sobre instrumentos de monitoreo, ii) definición de metas alcanzables para cada trimestre y sus respectivos medios de verificación, iii) mejoramiento de formularios, y, iv) armonización de equipo.

De otro lado, se diseñó un sistema de gestión de monitoreo y evaluación denominado SIGEME que contempla procedimientos, instrumentos y métodos de recolección de datos, y flujos de información. Actualmente, se cuenta con tres mecanismos para M&E: análisis de información en base a los datos recolectados (instrumentos para cada indicador); validación del dato (visitas de campo, encuestas, triangulación información), y participación de actores en M&E. Adicionalmente, existe una plataforma *on line* para el SIGEME que permite rastrear los indicadores en tiempo real, así como obtener reportes de avances. El sistema es alimentado por los Técnicos de Monitoreo ubicados en cada país y contempla, además, la biblioteca virtual con los documentos generados por el Proyecto y productos de los consultores.



Sistema de Gestión de Monitoreo y Evaluación - SIGEME

LOGROS

- Implementación del sistema de M&E (SIGEME) que ha permitido contar con información oportuna y confiable; esto último hizo que el Fondo Mundial para la segunda fase modificara su requerimiento del Reporte programático trimestral (fase I) a reporte con frecuencia semestral (fase II).
- Para rastrear los indicadores lo fundamental ha sido la caracterización de los indicadores y la construcción e implementación de una serie de formatos que permitan la recolección de las evidencias en los países (formatos: registro de capacitaciones, informes de capacitación con evaluaciones, seguimiento de proyectos de control, distribución de mosquiteros y uso, localidades notificantes, uso pruebas rápidas, otros).



DIFICULTADES

- Determinación inicial de un número excesivo de indicadores con metas muy optimistas y poco alcanzables en los tiempos programados.
- La rotación de Técnicos de Monitoreo (Colombia), ha perjudicado el historial de la oficina y ha producido pérdida de información
- Concentración en el monitoreo de los indicadores de cobertura y menos control en los indicadores de impacto; fue evidenciado en los preparativos de la propuesta de la segunda fase.



LECCIONES APRENDIDAS

- Desde el inicio del Proyecto se debe definir los modelos de evaluación de efectos de las intervenciones de control de malaria, lo cual permite el mejoramiento de dichas estrategias y contar con los resultados oportunamente.
- Un tablero de indicadores con alrededor de 15 indicadores (impacto + cobertura) permite priorizar y concentrar las intervenciones de control de malaria en las áreas priorizadas, y demostrar mejores resultados.



Para ampliar información sobre logros, dificultades y lecciones aprendidas, véase el anexo 2. Páginas: 110 y 111.



Taller para la prevención y control de la Malaria

IV. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Capacitación de Promotores de Salud en la prevención y control de la Malaria





Conclusiones

- ❖ El diseño del Proyecto PAMAFRO, a pesar de enfrentar algunas dificultades, tuvo el acierto de abordar una problemática tradicionalmente desatendida por los gobiernos nacionales debido a múltiples problemas similares y específicos en cada uno de los países, lo cual da cuenta del significado social del Proyecto.
- ❖ Respecto a la gestión del Proyecto, los problemas presentados en la primera fase fueron debidamente corregidos en la fase posterior en aspectos puntuales como la conformación de equipos técnicos y administrativos. Sin embargo, la conclusión, que involucra tanto al diseño como la gestión, reside en el enfoque adoptado. En razón a la centralidad de un propósito social como la prevención y control de la malaria en contextos altamente pauperizados de las zonas fronterizas, se optó luego de la primera fase, por un enfoque de mayor consistencia con los valores sociales, democráticos, participativos y comunitarios.
- ❖ Las estrategias de control de malaria fueron adaptadas a las realidades nacionales, lo que contribuyó a alcanzar las metas propuestas. Respecto a las estrategias orientadas a actividades de control de vectores como el uso de mosquiteros impregnados con insecticida, se puede afirmar que en los procesos de adquisición, distribución y uso se tuvieron dificultades evitables que se pueden sintetizar en un aprendizaje de la complejidad logística para proporcionar estos mosquiteros a los usuarios en sus localidades. En cuanto al monitoreo de uso de los mosquiteros, se conoció la percepción de la población usuaria y sus necesidades, con lo cual se pudo entregar un producto de mejor aceptación. En ese sentido, el monitoreo de uso permite conocer las necesidades justo a tiempo y tomar decisiones apropiadas.
- ❖ Respecto a la estrategia de educación, hay que decir que ésta constituye uno de los puntos fuertes del Proyecto dado su enfoque participativo, fruto de una fusión interesante entre educación popular y educación en salud para adultos. Así mismo, la cobertura lograda, la dinámica motivacional de los talleres y la incidencia observada en el cambio hacia comportamientos favorables respecto a la prevención y control de la malaria reafirman la importancia de sistematizar e institucionalizar dicha estrategia.

- ❖ En lo relativo a la estrategia de comunicación, ésta constituye un acierto debido al cambio oportuno de la visión inicial de campaña mediática por un enfoque de comunicación comunitaria que parte de entender la comunicación como diálogo de saberes y el reconocimiento de la salud como un derecho ciudadano. En el plano operativo, en la segunda fase, los productos comunicativos masivos e interpersonales han tenido el alcance esperado.
- ❖ En cuanto a la participación comunitaria, el Proyecto ha buscado dinamizar el rol ciudadano de los actores involucrados en la prevención y control de la malaria, entendida como parte del derecho a la salud. Aunque es fundamental incentivar a la comunidad en la organización, gestión, toma de decisiones y presentación de iniciativas para la prevención y control de la malaria (se han fortalecido algunas organizaciones comunitarias, alcanzando niveles de participación de cogestión y autogestión); también, se ha hecho énfasis en la motivación de las autoridades locales acerca del rol del Estado y su responsabilidad en la creación de condiciones para la satisfacción de dicho derecho, como la inclusión de la malaria en las políticas públicas, lo mismo que el fortalecimiento de alianzas y coordinación interinstitucional para que no se generen trabas a la satisfacción del derecho a la salud (prevención y control de la malaria) por razones de yuxtaposición de funciones u objetivos.
- ❖ La acción compartida entre el Proyecto PAMAFRO y los Ministerios de Salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela han logrado una eficacia en el control de la malaria que se expresa en indicadores de diagnóstico, cada vez más oportuno, así como en la garantía de un tratamiento efectivo y completo puesto que se promueve la gratuidad y calidad de dicho tratamiento, lo que se ha traducido en la disminución de casos de morbilidad y de mortalidad en las zonas fronterizas. Adicionalmente, la estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria ha permitido controlar de manera oportuna los brotes de una manera más articulada y sincronizada, producto de la coordinación, la participación comunitaria y una mayor experticia, lo mismo que la dotación de equipos en el ámbito local.
- ❖ En relación a la integración trans-fronteriza, se impulsaron con éxito diversas reuniones binacionales en el marco de las zonas fronterizas consideradas homogéneas, lo cual permitió un rico intercambio de experiencias y prácticas entre los profesionales y técnicos de los países participantes, y la concreción de acuerdos entre los grupos locales de trabajo en frontera. Sin embargo, es necesario reconocer que no fue posible lograr una integración real en la lucha contra la malaria, entre otras razones, debido a la especial conflictividad de las zonas fronterizas, a las marcadas diferencias en cuanto a las políticas de salud en cada uno de los países, y a la “natural” tendencia que hace que cada país realice sus acciones

de control en el marco de sus normas y fronteras. En ese sentido, a pesar del poco avance en los intentos de integración fronteriza, existe la comprensión de la necesidad de continuar impulsándola, ya que se reconoce que ni la enfermedad ni el vector respetan fronteras. Debe el Receptor Principal fomentar políticas sostenidas y con adecuado seguimiento que permitan profundizar en el tema.

- ❖ Respecto a la estructura organizacional y gestión administrativa, el hecho de que el ORAS-CONHU haya asumido, a finales de la primera fase, de manera directa estas funciones, sin acudir a la subcontratación, ha facilitado la entrega oportuna de informes financieros, mayor confianza en la transparencia del manejo de los recursos y, por lo tanto, mayor legitimidad en la toma de decisiones administrativas y financieras.
- ❖ El sistema de monitoreo y la evaluación desde el inicio del Proyecto ha aportado en la generación de información oportuna sobre desviaciones para el cumplimiento de metas. PAMAFRO ha contribuido a evidenciar la necesidad de instrumentos de M&E para medir el logro de las actividades de los programas de control de malaria de los Ministerios de Salud.

Perspectivas Futuras

- ❖ El Proyecto debe mantener la apuesta por el objetivo social y continuar mejorando la consistencia de estrategias y actividades en función del enfoque comunitario y del modelo participativo y de ciudadanía social por la salud, en este caso relacionada con la prevención y control de la malaria.
- ❖ La experticia lograda en la conformación de equipos técnicos, administrativos, de coordinación, monitoreo y evaluación debe tener continuidad para que redunde en la cualificación del equipo actual y permita compartir dicha experticia con los equipos de los nuevos proyectos nacionales financiados por el Fondo Mundial y otros similares.
- ❖ En la coyuntura política actual, los pronósticos de la integración fronteriza no son los mejores, y esto puede redundar en las políticas de salud y en aspectos puntuales relacionados con el control de la malaria. Sin embargo, frente a los desafíos de la globalización, la integración regional es una alternativa por la que se debe trabajar y qué mejor que afrontando problemáticas como la presencia de malaria en las zonas fronterizas. En ese sentido, el Proyecto PAMAFRO y otros similares que puedan surgir relacionados con el control de la malaria requieren garantías de sostenibilidad. Una de las maneras de lograr dicha sostenibilidad consiste en la consolidación y oficialización de las estrategias de control de malaria, de acuerdo a un marco legal apropiado de integración fronteriza.
- ❖ Dada la centralidad de la estrategia de mosquiteros, en eventos futuros del Proyecto, se debe planificar teniendo en cuenta factores externos de gran complejidad relacionados con la logística en los procesos de adquisición, distribución y uso de los mosquiteros impregnados. El Proyecto ha avanzado hacia un modelo de planificación de estos procesos que podrá socializarse con miras a que proyectos similares no incurran en las mismas dificultades.
- ❖ El acierto del Proyecto PAMAFRO en la estrategia de educación no debe hacer olvidar que se requiere de una estrategia educativa constante sin descuidar la coherencia con el enfoque participativo, así como el desarrollo de diversas actividades para lograr su adecuada sostenibilidad.

- ❖ La institucionalización, entendida como la apropiación por parte de los Ministerios de Salud y sus dependencias, de las autoridades locales, educativas y sanitarias de la estrategias exitosas, se constituye en el principal reto del Proyecto en su último periodo.
- ❖ La evaluación de la participación comunitaria resulta clave para definir las estrategias integrales que posibiliten mejorar los grados de participación comunitaria, así como la amplia socialización de los resultados obtenidos. Es fundamental continuar trabajando con las comunidades que han alcanzado un alto grado de participación comunitaria, para que al culminar el Proyecto sean capaces de continuar controlando y vigilando la malaria en forma autónoma y, además, utilizar sus conocimientos en la solución de otros problemas de salud.
- ❖ En aras de la continuidad, el Proyecto PAMAFRO no puede estar al margen de nuevas tendencias relacionadas con el control de la malaria y su medicación, así como tratamientos más cortos y eficaces. Es necesario tener en cuenta que para fortalecer el diagnóstico oportuno y con calidad y el tratamiento completo se requiere la capacitación y monitoreo continuo del personal de salud responsable de estas tareas.
- ❖ El ORAS-CONHU como Receptor Principal responsable de las funciones administrativas y financieras deberá seguir fortaleciendo las capacidades a su equipo para que desarrollen con mayor eficiencia sus funciones. Con las correcciones realizadas en lo relativo al talento humano se espera optimizar los procesos en base a la experiencia adquirida.
- ❖ El monitoreo y la evaluación del Proyecto PAMAFRO requiere ser sistematizado para precisar las razones del éxito alcanzado y hacerlas transmisibles en nuevas fases del Proyecto y a los equipos de nuevos proyectos centrados en la prevención y control de la malaria. Además, las capacidades y herramientas de M&E deberán ser transferidas a los Ministerios de Salud.
- ❖ El ORAS-PAMAFRO deberá impulsar el fortalecimiento de los sistemas de M&E para malaria de los Ministerios de Salud de la Región Andina a través de capacitación, de mejora en los sistemas informáticos, en caracterización de indicadores, gestión de calidad de datos e implementación de auditorías de calidad de datos.

Referencias

- ¹ Se entiende por frontera un espacio de actuación compartida, escenario de una densa trama de relaciones humanas, económicas, sociales y culturales OLIVEROS, Luis Alberto. Documento de trabajo. El concepto de frontera en el contexto y en la perspectiva de la integración andina. Banco de Proyectos de Integración y Desarrollo Fronterizo de la CAN, febrero de 2002.
- ² Véase el informe técnico de consultoría “Sistematización línea de base-CAP, estudio socio-antropológico y evaluación de estrategias educativas y de comunicación implementada en los países del proyecto”. ORAS-CONHU. PAMAFRO, Lima, septiembre 2008.
- ³ Véase el informe Triangulación estudio Línea de Base, CAP y estudio Socio – Antropológico. ORAS-CONHU. PAMAFRO. 2007
- ⁴ Fuente: Análisis epidemiológico de la situación de la malaria en países ámbitos de frontera del Proyecto PAMAFRO (2002 – 2008).
- ⁵ Los recursos pedagógicos y los materiales educativos se diseñaron y ajustaron en cada país y región, teniendo en cuenta las particularidades culturales y sociales, y el aprovechamiento de los recursos locales. En el caso de Perú, se retomaron los materiales validados por el proyecto VIGIA, la DIRESA y el MINSA. En el caso de Ecuador se retomaron los materiales elaborados por el subreceptor y materiales de otras instituciones. En el caso de Colombia se revisaron y ajustaron materiales elaborados por el Programa de Enfermedades Transmisibles por Vectores (ETV) de Nariño.
- ⁶ Un Trabajador de Salud o Trabajador Comunitario re-entrenado es aquella persona que habiendo recibido una capacitación en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, vigilancia comunitaria y/o control de la malaria durante la primera fase del proyecto, recibe un reforzamiento mediante una capacitación por concentración o mediante una capacitación en servicio durante una supervisión y/o acompañamiento por el sistema de salud. El refuerzo de capacitación se entendió como un proceso participativo para contribuir al fortalecimiento de competencias, habilidades, aptitudes y capacidades de Trabajadores Comunitarios y Trabajadores de la Salud en aspectos referidos a la promoción de la salud, prevención, control y vigilancia de la malaria y la participación en la gestión de la salud comunitaria, durante la fase II se plantea reforzar el proceso de capacitación a todas las personas que han sido capacitadas.

- ⁷ Dentro de las actividades realizadas con el Bells Medios cabe destacar las siguientes: i. Cinco talleres con comunicadores sociales para la sensibilización en las temáticas de prevención y control de la malaria. ii. Publicación de notas de prensa acerca de la prevención y el control de la malaria, y actividades del Proyecto así como programas, cuñas y spot radiales y televisivos. iii. Difusión de información a través de medios masivos como pasacalles, paneles carreteros y en lanchas, volantes, afiches, banderillas, adhesivos (stickers), bolsas de automercado y perifoneo. iv. Actividades interpersonales, como obras de teatro, títeres, cine popular y concursos de afiches en las escuelas. v. Se unificó la campaña mediática con el mensaje: “No dejes que el paludismo haga parte de tu vida”, el logo del Proyecto y el lema: Juntos contra la malaria. Los equipos de Perú y Ecuador validaron los materiales elaborados por Bells Medios, utilizaron algunos y descartaron otros. Las oficinas, también retomaron otros materiales diseñados por instituciones y proyectos nacionales o locales.
- ⁸ En los cuatro países, la campaña mediática ha tenido un fuerte énfasis en la emisión de cuñas y spots radiales concernientes a los siguientes aspectos de la malaria: Forma de transmisión, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento y medidas de prevención.
- ⁹ CIMDER y FES en Colombia; FUNSAD en Ecuador; GyC en Perú
- ¹⁰ Esta experiencia fue sistematizada por PAMAFRO Central en el 2008. Se hizo una síntesis de la reconstrucción histórica, los logros y limitaciones; posteriormente se plantearon las lecciones aprendidas, recomendaciones y una síntesis de los proyectos comunitarios elaborados en cada país. Cinco documentos se encuentran en la página electrónica del ORAS-CONHU. 1) Informe Técnico de Sistematización. 2i) Marco conceptual. 3) Sistematización Proyectos Comunitarios de Colombia. 4) Sistematización Proyectos Comunitarios de Ecuador. 5) Sistematización Proyectos Comunitarios de Perú. Los documentos se encuentran en: www.orasconhu.org Link: PAMAFRO. Avances del Proyecto.
- ¹¹ Esta experiencia fue sistematizada por PAMAFRO Central en el 2008. Se hizo una síntesis de la reconstrucción histórica (dónde, cuándo, objetivos, el enfoque y metodología utilizado), los logros y limitaciones; posteriormente se plantearon las lecciones aprendidas, recomendaciones y una síntesis de los proyectos comunitarios elaborados en cada país. Cuatro documentos Los documentos elaborados (Colombia, Ecuador y Perú) encuentran en la página electrónica del ORAS-CONHU. Los documentos: Informe Técnico de Sistematización, Marco conceptual, y Sistematización Proyectos Comunitarios: Colombia, Ecuador y Perú, se encuentran en: www.orasconhu.org Link: PAMAFRO. Avances del Proyecto.
- ¹² Los Planes Locales de Salud se realizaron en Colombia: Olaya Herrera, Roberto Payán, Tumaco y Francisco Pizarro; Puerto Asís, Puerto Leguizamo; Saravena; Inirida, Cumaribo. En Perú: Punchana, San Juan Bautista, Alto Nanay, Belén, Mazán, Yurimaguas, Napo y los avances en Balsapuerto, Pastaza y Maynas. En Ecuador se elaboraron planes de corto plazo en: Loreto, San Lorenzo, Puerto El Carmen, Pastaza, Santiago de Tiwintza.

- ¹³ Los subreceptores que apoyaron la asistencia técnica en Planes Locales de Salud fueron: La Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson en Colombia; la Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo –FUNSAD- en Ecuador y GyC Salud y Ambiente en el Perú.
- ¹⁴ Esta actividad se realiza con base en la producción de información oportuna y de calidad que presentan los sistemas de vigilancia epidemiológica, lo que facilita el monitoreo de cómo se comporta la malaria en el tiempo y el espacio.
- ¹⁵ Por ejemplo en el Perú, para el Registro de diagnóstico y tratamiento del TCS se emplean los siguientes Formatos de vigilancia: Registro Semanal de Notificación epidemiológica Individual; Registro Semanal de Notificación epidemiológica consolidada; Registro semanal de notificación malaria *P. vivax* y *P. falciparum* por localidades; Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de Malaria. Los softwares utilizados son el Noti-SP y el Softvivax. De otro lado, se hace la notificación semanal de casos por especie y el reporte mensual de casos probables, casos confirmados y tratamientos administrados, se ha incorporado una mejora sustancial a partir de enero 2009 con la Notificación Individual de malaria. A estos reportes se les hace seguimiento semanalmente por parte del equipo de PAMAFRO y por la Dirección de Epidemiología y por la Estrategia de Malaria de la DIRESA, lo que permite identificar brotes a nivel de NUTE 4 y caracterizar posteriormente a nivel de Nute 5. El Núcleo de Gestión conformado por el Sub director de la DIRESA Loreto, Responsable de Malaria, Responsable de Epidemiología, Saneamiento ambiental, Promoción de la Salud, y Jefes de Micro Redes se constituye en pieza fundamental para el monitoreo de la situación de malaria, generación de discusión y propuestas, toma de decisiones respecto a las acciones a realizar y evaluación de estas acciones. La vigilancia formal se desarrolla de la siguiente manera: Vigilancia Epidemiológica Semanal Individual, que se realiza como Oficina de Epidemiología, e Información Operacional Mensual. Que se ejecuta a través de la estrategia Sanitaria de Malaria y OEM. Esta información se da a nivel de NUTE 4 y puede llegar hasta el nivel de establecimientos de salud. La vigilancia comunitaria se da según el período de visita de una brigada a las comunidades para recoger los formatos de registro de casos que ejecutan los promotores.
- ¹⁶ Fundación Enlace Hispanoamericano en Salud (EHAS).
- ¹⁷ Las investigaciones han sido: Perú: 1) Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con malaria en las comunidades rurales en la Región de Loreto. 2) Factores sociodemográficos y ambientales asociados a la existencia de casas maláricas en comunidades con diferentes niveles de transmisión de malaria en la región de Loreto-Perú. 3) Caracterización de criaderos de *Anopheles darlingi* (Díptera: Culicidae) en la localidad de Zungarococha, Loreto-Perú 2007. 4) Habilidades Sociales en Trabajadores Comunitarios de Salud que trabajan en áreas endémicas de malaria de la amazonía peruana. 5) Calidad de prescripción del tratamiento antimalárico para *Plasmodium vivax* en establecimientos de salud periféricos de Loreto. 6) Percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas en relación al uso de mosquiteros para el control de la malaria en Loreto. 7) Prevalencia de portadores

asintomáticos de malaria en comunidades de Loreto. En Venezuela: 1) Patrón epidemiológico de casos repetidores de malaria en las comunidades con diferentes niveles de transmisión de malaria en el Estado de Amazonas. 2) Evaluación de Anophelinos adultos en la Pedrera y El Milagro del Municipio El Libertador, Estado Táchira. 3) Factores sociodemográficos, conductuales, ambientales asociados a la persistencia de la malaria en comunidades indígenas de Puerto Rico. En Colombia: 1) Impacto de la reforma en salud en relación al impacto en los programas de control de malaria (en los 4 países). En Ecuador: 1) Caracterización eco-epidemiológica en zonas calientes de transmisión malárica en el bosque amazónico.

- ¹⁸ Actualmente, el Proyecto PAMAFRO cuenta con una serie de documentos técnicos y una serie de herramientas para analizar, con los trabajadores comunitarios, los trabajadores de salud y los líderes comunitarios, los niveles de participación comunitaria alcanzados en los procesos de prevención y control de la malaria y las estrategias para mejorarlos.
- ¹⁹ Con el Fondo Mundial se negoció la estructura organizacional y los recursos humanos del proyecto, así como los niveles salariales y se elaboró un Manual para la selección, contratación y evaluación de los subreceptores.
- ²⁰ Entre lo manifestado en las sugerencias, el equipo refiere que resulta necesario tomarse el tiempo adecuado, entre tres a seis meses, para armar el equipo con el cual se gestiona un proyecto multi-país. También se recomienda contar con herramientas para hacer seguimiento a los subreceptores, lo mismo que no depender tanto de éstos, sino asumir actividades claves conjuntamente entre PAMAFRO y los Ministerios de Salud.
- ²¹ El Contrato es firmado por el Sr. Richard G.A. Feachmen, Director Ejecutivo del Fondo Mundial, Mauricio Bustamante García, Secretario Ejecutivo del ORAS-CONHU; Pilar Mazetti, Ministra de Salud del Perú como Representante del Mecanismo Coordinador de País, el Sr. Haroldo Salazar Rosi, Presidente de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana – AIDESEP.
- ²² En las reuniones de coordinación participaron Mauricio Bustamante, Gabriel Carrasquilla, Alejandro Llanos, Germán Rodríguez, Katherine Tobar, Héctor Rojas, Aquiles Vilchez, CPC y Gladys Soto.
- ²³ Al taller asistieron: Mauricio Bustamante, Germán Rodríguez, Gabriel Carrasquilla, Alejandro Llanos (Director del Proyecto), Marco Marruffo (Gerente Técnico), Katherine Tobar (Gerente de Monitoreo & Evaluación), Héctor Rojas (Gerente de Sistemas y Telecomunicaciones), Aquiles Vilchez (Asesor encargado de la Red de Vigilancia Epidemiológica), Gladys Soto (Gerente de Administración y Finanzas) y María del Carmen Navarro (Consultora) y el CPC.
- ²⁴ Los representantes de los Puntos Focales fueron: José Pablo Escobar de Colombia; Lenin Vélez de Ecuador, Jesús Toro de Venezuela; Yenni Herrera y Luis Miguel León de Perú.

Galería Fotográfica

OBJETIVO I



Estrategia de comunicación en el ámbito escolar: Concurso de dibujo.



Taller para comunicadores sociales
"Comunicación en malaria,
responsabilidad y compromiso".



Entrega de Mosquitero impregnado
de larga duración y material
educativo



OBJETIVO 2



Taller de capacitación
microscopistas.



Toma de muestra de gota
gruesa.



Cuaderno de Registro de
diagnóstico y tratamiento del
trabajador comunitario de salud



Seguimiento sobre uso de
mosquitero impregnado

OBJETIVO 3



Elaboración del mapa comunitario



Vigilancia comunitaria



Aplicación de instrumentos para la vigilancia comunitaria de la malaria



Exposición Sala Situacional.

OBJETIVO 4



Instalación Plataforma de Equipos de comunicación - Perú



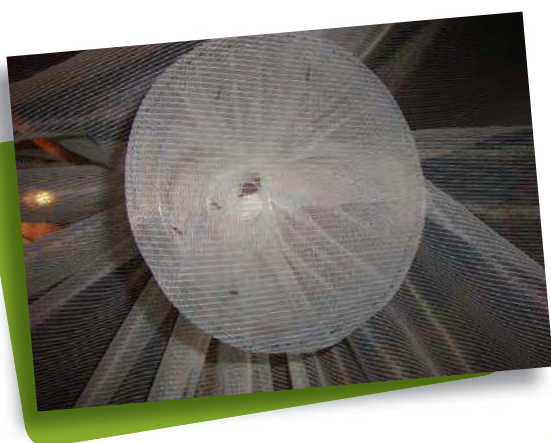
Instalación de redes de voz y datos



Red de comunicación de voz y datos



OBJETIVO 5



Metodología OMS para los estudios de eficacia de mosquiteros

Evaluación de la eficacia de los mosquiteros considerando la forma de lavado



Anexo I

ANEXO 1

PRINCIPALES ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN DEL PROYECTO

El Proyecto PAMAFRO surgió como una iniciativa de las Ministras y Ministros de Salud de la Región Andina, su elaboración incluyó un conjunto de eventos y actividades, como puede verse a continuación:

Año	Principales actividades de preparación del Proyecto
2001	El 21 de noviembre, en la REMSAA (XXIII/368) en Quito, Ecuador, se discutió la posibilidad de presentar un proyecto subregional de atención de la salud en las fronteras; se instruyó a la Secretaría Ejecutiva del ORAS-CONHU de realizar la gestión de fuentes de financiación para presentar el Proyecto.
2002	- El 7 y 8 de Marzo en la reunión de Fortalecimiento de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica, realizada en la ciudad de Lima, Perú, se acordó retomar la propuesta elaborada por el Ministerio de Salud del Perú, para la preparación del proyecto subregional andino. - El 24 de abril, en la ciudad de Sucre, Bolivia, los Ministros de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela firmaron la Carta de Intención de presentación del proyecto “Lucha Contra la Malaria en Comunidades Nativas y Zonas Fronterizas de los Países Andinos”. Se propuso la conformación del Mecanismo de Coordinación Subregional, se decidió la asignación de responsables nacionales y por unanimidad el ORAS-CONHU fue seleccionado para coordinar la elaboración del Proyecto. - El 17 y 18 de julio en Lima, Perú, se realizó una reunión con representantes de los Ministerios de Salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela para la formulación del proyecto, se definieron las responsabilidades de cada país y la conformación de equipos de trabajo con miembros de los cuatro países. - El 27 de septiembre el proyecto se presentó a la Segunda Ronda del Fondo Mundial.

Año	Principales actividades de preparación del Proyecto
2003	• El 24 de febrero el Fondo Mundial informó que se alcanzó una calificación con categoría 3 (no aprobada pero de alta prioridad) y recomendaron gestionar nuevamente la presentación del mismo. • El 23 de abril, se contrató a un asesor (Dr. Gabriel Carrasquilla), para preparar y presentar el nuevo Proyecto. De manera coordinada entre el ORAS-CONHU y los Ministerios de Salud de Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, se elaboró una nueva propuesta que incorporó las recomendaciones del Fondo Mundial: información de las áreas de frontera donde se realizaría el Proyecto; énfasis socio-cultural; justificación sobre el valor agregado de un proyecto multi-país y presupuesto detallado. • El 31 de mayo, se envió la segunda propuesta "Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un enfoque comunitario". El proyecto vuelve a ser calificado en Categoría tres. • El 30 de Noviembre, se envía solicitud de apelación a la decisión anterior ante el Comité de Revisión de Propuesta del Fondo Mundial y queda en estudio.
2004	• El 23 de marzo, se recibió un correo electrónico comunicando que la Junta Directiva del Fondo Mundial confirmó la recomendación del Panel de Apelaciones para reclasificar la propuesta en Categoría 2 y solicitó aclaraciones. • El 14 de junio, el Fondo Mundial informó que los componentes de monitoreo y evaluación, adquisiciones, diagnóstico y tratamiento requerían mayor aclaración. • El 28 de junio se envió nuevamente la propuesta elaborada con los representantes de los Ministerios de Salud (Puntos Focales) y con la información solicitada. • El 15 de julio, el Fondo Mundial aprueba el Proyecto, recibiendo un financiamiento de US\$ 26'480,747 por un periodo de cinco años. Distribuyéndose de la siguiente manera: (i) Fase I US\$ 15'906,747 (dos primeros años); (ii) Fase II US\$ 10'574,000 (tres años siguientes). • El 21 de octubre, previo a diversas gestiones del ORAS-CONHU se recibió la visita del Fondo Mundial definiendo al Organismo Andino de Salud como Receptor Principal del Proyecto. • El 30 de noviembre se culminó la elaboración del Plan de compras y la Tabla de indicadores clave, ambos documentos son requisitos, al igual que la Evaluación del Agente Local de Fondos para la suscripción del Acuerdo de Subvención entre el ORAS-CONHU y el Fondo Mundial. • Del 1 al 9 de diciembre, se remitió al Fondo Mundial la primera versión del Plan de compras y la Tabla de indicadores clave. • Del 14 al 17 de diciembre, el Agente Local del Fondo, realizó la evaluación de capacidades del ORAS-CONHU.

Año	Principales actividades de preparación del Proyecto
2005	• Del 11 de enero al 25 de febrero, el Agente Local del Fondo (ALF) continuó con la segunda etapa de la evaluación de capacidades del ORAS-CONHU. • Del 10 al 18 de marzo, se recibió la visita del Fondo Mundial, se trabajó en el presupuesto del componente de Fortalecimiento Administrativo del ORAS-CONHU y se analizaron las condiciones precedentes para la firma del Convenio entre el ORAS-CONHU y el Fondo Mundial. • Entre el 12 de abril al 13 de Junio, el ORAS-CONHU realizó diversas actividades de gestión para la firma del contrato.²¹ • Del 28 de junio al 6 de julio, se realizaron varias reuniones²² para preparar el Plan y Presupuesto detallado para cumplir con la condición precedente al primer desembolso. • Del 11 al 22 de Julio se realizó el Taller de Formulación del Plan de Trabajo y Presupuesto del Proyecto²³, se abordaron otros temas como: Marco Conceptual, cronograma de actividades por trimestre y preparación de la Agenda y documentos a presentar a los Puntos Focales de Malaria de los diferentes países que intervienen en el proyecto. • El 18 de julio, el Secretario Ejecutivo del ORAS-CONHU, presentó oficialmente el Proyecto ante los Presidentes de la Comunidad Andina. • Del 25 al 27 de julio, se continuó con el Taller²⁴ de Formulación del Plan de Trabajo y Presupuesto del Proyecto. Se trataron los siguientes temas: zonas de integración fronterizas, pruebas diagnósticas, esquemas de tratamiento, compra de medicamentos, sistema de reportes, distribución de recursos entre países, coordinaciones entre los Ministerios de Salud y el Proyecto al que se denominó en siglas PAMA-FRO. Se discutió la Agenda Política del Proyecto. • Del 2 al 17 de agosto, se realizaron varias actividades relacionadas con la convocatoria y contratación del asesor financiero contable y de planillas. • El 22 de agosto se entregó al ALF un avance del Plan de Trabajo y el Presupuesto detallado por objetivos. • Los días 25 y 26 de agosto, se recibió la visita del Fondo Mundial para revisión del Plan Operativo y el Presupuesto del Proyecto. Se envió al Agente Local del Fondo Mundial los documentos para cumplir la condición previa al primer desembolso del Convenio. • El 31 de agosto, se recibió la aprobación de los documentos por parte del ALF y del Fondo Mundial. • El 13 de septiembre, se recibieron los fondos requeridos (US\$ 4,063.513) para iniciar las actividades. • El 1 de octubre, es la fecha oficial de inicio del proyecto.

Anexos II

ANEXO 2

LOGROS, DIFICULTADES, LECCIONES APRENDIDAS Y PERSPECTIVAS

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA Educación			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Fase I y II - Amplia cobertura de capacitación y refuerzo (4.405 trabajadores comunitarios y trabajadores de la salud y refuerzo de 706). - Corrección oportuna del programa de capacitación que al inicio era muy extenso Fase II - La articulación y las alianzas estratégicas con los MSP y con instituciones nacionales y locales. - El manejo técnico de la estrategia y metodología contextualizada y participativa y los contenidos que han generado conocimientos y habilidades en TS y TCS, así como procesos favorables para la prevención y control de la malaria. - Contar con TCS que han mejorado la confianza en sí mismos y sus capacidades para liderar procesos educativos en sus comunidades y además, son el soporte del enfoque comunitario. - Materiales educativos sencillos y claros, así como la elaboración de instrumentos y materiales educativos que no estaban planificados y que se hicieron de acuerdo a las necesidades encontradas.	Fase I - Estrategia desarticulada de los MSP. - Los perfiles de los capacitados no estaban bien definidos (Colombia). - Bases de datos incompletas que dificultaron las convocatorias para hacer los refuerzos (Colombia). - Premura por el cumplimiento de metas, lo que incidió en la búsqueda de resultados cuantitativos que disminuyeron la calidad de los procesos educativos (Ecuador). Fase I y II - Frecuente rotación del personal de salud capacitado de las áreas competentes relacionadas con el Proyecto, lo que obliga a realizar procesos de capacitación de manera permanente. - No se han socializado ampliamente los avances de la estrategia y aún no se ha logrado su institucionalización en los MSP, con la validación de las entidades nacionales competentes y locales y con enfoque de formador de formadores. - El grado de sistematización de los materiales de capacitación no es homogéneo en las oficinas de los cuatro países. - Las huelgas de los MSP y paros regionales, especialmente en Perú y Venezuela obstaculizan el desarrollo de las actividades.	- El proceso educativo se debe liderar con un equipo técnico del Proyecto y los MSP (no mediante subreceptores), generando la apropiación y empoderamiento de todos los niveles NUTES 3, 4 y 5 en el marco de las normativas nacionales con miras a institucionalizar los aportes del Proyecto PAMAFRO. - La estrategia educativa realizada por personal con experiencia en trabajo de campo, en educación en salud para adultos y una pedagogía de la problematización, con metodologías participativas y estándares de calidad claramente definidos, posibilita generar apropiación de conocimiento y comportamientos favorables a la prevención y control de la malaria. La definición de los estándares de calidad para el personal responsable de la capacitación permite el desarrollo de la actividad bajo los lineamientos básicos establecidos. - Respecto a la labor educativa de los TCS, el aprendizaje es la comprobación en la práctica de un conocimiento sabido por todos, que es necesario el desarrollo permanente de diversas estrategias de motivación, entre las que pueden estar la capacitación permanente, acompañamiento y material necesario para el desarrollo de las actividades, la conformación y fortalecimiento de Comités de Salud o grupos comunitarios y la gestión para que obtengan beneficios tangibles y servicios sociales o la financiación de proyectos productivos comunitarios.	- Institucionalización de la estrategia educativa en los países del Proyecto, a través de la gestión con los MSP, para lo cual se debe contemplar la destinación de recursos para el seguimiento a la implementación de la estrategia educativa y la ejecución de actividades de control de malaria con base comunitaria. En Colombia y Venezuela es necesario un trabajo en equipo e intersectorial con representantes de los MSP para obtener los Módulos Integrales de capacitación y lograr su apropiación en la NUTES 2 y 5. - La versión final de los Módulos integrales de capacitación con metodologías validadas que propician el reconocimiento de las prácticas y representaciones sociales sobre la salud y la malaria y a partir de su reconocimiento generen apropiación de conocimientos. Enfoques como la Investigación Acción Participativa, la Educación Popular y Pedagogía de la Problematización brindan aportes que pueden constituirse en alternativas de trabajo.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Educación

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
- Calidad en los procesos formativos, lo que ha repercutido en la continuidad de las personas que iniciaron la formación en la primera fase y en el cambio de comportamientos que favorecen la prevención y el control de la malaria. - Las capacidades, conocimiento, experiencia, antecedentes de buen desempeño y amplia trayectoria de los facilitadores (Perú y Ecuador). - Capacidad de planeación del equipo, tomando en consideración un “paso a paso” desde la convocatoria, la capacitación, y retorno de los TCS en sus comunidades (Perú).	- Aun no se logra, de la manera prevista, el involucramiento de todo el personal capacitado de los MSP y de los TCS en las actividades de control de malaria. - Problemas de orden público que influyen en programaciones y aumentan costos, afectan las metas y la reubicación del RRHH (Colombia). - Restricciones presupuestarias (a partir de 2009) para realizar refuerzo de capacitación a TCS. El refuerzo es un aspecto fundamental para lograr su motivación y fortalecimiento de capacidades a través de educación continua.	- Para garantizar la continuidad y el empoderamiento de la estrategia educativa es fundamental la constitución y el fortalecimiento de alianzas estratégicas entre los MSP, PAMAFRO y los programas pertinentes de las NUTES 2, 3 y 4. - Contar con un grupo de facilitadores con experiencia previa, capacitados, motivados y ubicados en áreas del ámbito del proyecto facilita el desarrollo de estrategias educativas, participativas y se logran mejores resultados. Asimismo, tener un equipo dedicado a tiempo completo y trabajando de manera articulada, facilita la consecución de logros relacionados con la administración y la articulación institucional. - Planificación y convocatoria son sinónimo de anticipación. Respecto a las actividades de la estrategia educativa en la experiencia se ha verificado una vez más en la práctica lo relativo a planificación y convocatoria: éstas no deben realizarse ni muy lejos ni muy cerca del evento (de 15 días a un mes). Para que la convocatoria sea efectiva debe hacerse de manera personalizada, garantizarse la logística adecuada (transporte, etc.) y el desarrollo de actividades de sensibilización sobre el tema. - Los proyectos elaborados con enfoques de marco lógico que contemplen supuestos o factores de riesgo pueden incidir para que los financiadores tengan en cuenta los problemas estructurales y sean más flexibles para aceptar cambios y contemplar indicadores de proceso en la evaluación, además de los indicadores de impacto y de resultado.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Estrategias de comunicación comunitaria (campana mediática)

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Fase I y II - Las actividades comunicativas masivas e interpersonales han hecho posible llegar a aproximadamente 650.000 personas de contextos excluidos y marginados con información que busca incidir en comportamientos favorables para la prevención y control de la malaria. Fase II - Diseño y validación de materiales comunicacionales elaborados con participación de las comunidades, adaptados a las realidades locales, que resaltan aspectos de la propia cultura y que sirven de apoyo para las actividades de control de la malaria. - La ejecución de la estrategia por las oficinas nacionales, así como contar con recurso humano del Proyecto ubicado en las zonas prioritarias, ha facilitado que se realice el trabajo de manera articulada con los MSP, y se promueva una amplia participación de las autoridades sanitarias, TS, TCS y líderes, en el diseño, validación y distribución del material comunicacional.	Fase I - En la primera fase el subreceptor no coordinó de la manera esperada su trabajo con los MSP, ni con los equipos nacionales de PAMAFRO. Algunos materiales comunicacionales se elaboraron sin la participación de la comunidad y sin la validación técnica de representantes de los equipos nacionales y MSP, por lo tanto, no reflejaban las realidades nacionales y locales. Fase II - Algunos informes entregados por las emisoras sobre cobertura alcanzada no son suficientemente fiables. - Es necesario destinar más tiempo y recursos para realizar los materiales comunicacionales masivos e interpersonales con amplia participación comunitaria y la validación con expertos en el tema.	- Para lograr cambios favorables en la prevención y disminución de la malaria es necesaria una comunicación en salud que supere el enfoque tradicional (unidireccional). Se requiere de una perspectiva de comunicación comunitaria en la cual se promueve el diálogo de saberes, el intercambio y la negociación con los actores sociales implicados. - Respecto a los materiales educativos utilizados, resulta apropiado retomar los materiales realizados, aplicados y validados por otras instituciones que desarrollan procesos similares. En este sentido, el aprendizaje es la comprobación de que no se debe comenzar de cero. Desde luego que la utilización de los materiales no puede ser ingenua o mecánica sino sólo tras un previo ejercicio de revisión y consenso sobre su validez. Lo anterior posibilita ganar tiempo y ahorro de recursos económicos. - Las estrategias comunicativas con enfoque comunitario tienen que facilitar nuevos escenarios para el diálogo y el desarrollo de esfuerzos colectivos de innovación y mejora de las estrategias comunicacionales en respuesta a los problemas estructurales de las comunidades. - La socialización y difusión oportuna de los resultados obtenidos con la estrategia, con actores claves y de diversos sectores, posibilita fortalecer alianzas y que otras instituciones aprovechen esta experiencia para la ejecución de procesos basados en la premisa de la salud como derecho y la comunicación comunitaria como diálogo de saberes.	- Fortalecer las estrategias para lograr una comunicación en salud comunitaria que supere el enfoque tradicional, esta nueva perspectiva implica procesos que faciliten la participación, el diálogo, el intercambio y la negociación con los actores sociales implicados. - Socialización e institucionalización de la estrategia comunicacional en los países del Proyecto, a través de la gestión con los Ministerios de Salud y en el ámbito local.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Proyectos comunitarios de control de la malaria

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Fase I - Elaborados con participación de grupos de las comunidades 821 proyectos para el control de la malaria (297 en Colombia, 91 en Ecuador, 433 en Perú). Estos proyectos tienen énfasis en la educación comunitaria, actividades para el control de la malaria, saneamiento ambiental y mejoramiento de viviendas. Fase II - Fortalecimiento de la organización vecinal y comunal a través de la formulación, autogestión e implementación de sus propios proyectos. - Se han mejorado capacidades a nivel comunal para la acción y gestión del cuidado de la salud, prevención y control de la malaria. - Establecimiento de mecanismos de trabajo intersectorial entre Salud, Educación, y otros sectores. - A partir del proceso, las actividades de limpieza en las comunidades se involucraron como tareas permanentes en poblaciones rurales (Perú y Ecuador).	Fase I - La capacitación en formulación e implementación de proyectos comunitarios requiere más tiempo del planificado, con una metodología participativa de varios encuentros con los grupos comunitarios, factor crucial para lograr una real apropiación, generación de capacidades y participación de la población. - Los materiales utilizados en la capacitación, la mayoría impresos, y la exigencia de elaboración del presupuesto no es acorde con la cultura predominantemente oral y la escasa práctica para el cálculo numérico. Fase II - Un número significativo de proyectos no han recibido financiación para su implementación. Los grupos o sus representantes gestionan, pero en general la respuesta institucional local es insuficiente. - El tiempo destinado para brindar acompañamiento y asesoría en la gestión de los proyectos es muy limitado.	- Además del aprendizaje en elaboración de proyectos, los trabajadores comunitarios y líderes necesitan fortalecer sus capacidades de gestión, lo que se logra a través del acompañamiento en los procesos de negociación, por ejemplo, generando espacios de encuentro y concertación entre representantes de las comunidades y las autoridades e instituciones, donde los líderes comunitarios sustentan sus propios proyectos. - Considerar los ritmos y formas de aprender de los trabajadores comunitarios de salud y pobladores, desde una perspectiva intercultural, facilita la incorporación y apropiación de nuevos conocimientos y prácticas y exige flexibilidad en la aplicación de las estrategias y herramientas de trabajo. - Contratar profesionales con experiencia reconocida y que sean de la región como consultores del Proyecto y que trabajen de manera articulada con las dependencias de los MSP, posibilita un mejor contacto con la comunidad en los procesos de asesoría para la gestión, desarrollo y continuidad de proyectos comunitarios de control. La inmersión en la comunidad y el trabajo directo con ésta es una de las actividades centrales de los consultores que apoyan la estrategia. - Las actividades de sensibilización de la comunidad, debe realizarse con personal que tenga conocimientos técnicos en control comunitario de malaria, en participación comunitaria e interculturalidad, debiendo ser oportuna, personalizada y organizada.	- Cabildeo y gestión de alto nivel (autoridades gubernamentales y sanitarias), coordinación interinstitucional e intersectorial que coadyuve en el desarrollo de las actividades de capacitación, diseño y ejecución de los proyectos comunitarios. - Gestión con metodologías con marco teórico de lo comunitario para que las autoridades reconozcan y apoyen la implementación de los proyectos comunitarios y su sostenibilidad. - Los postulados básicos de la educación sanitaria para la participación comunitaria que se hicieron evidentes en la experiencia desarrollada fueron: Inmersión en la comunidad, métodos participativos, ejercicios prácticos demostrativos en el terreno y el apoyo al desarrollo o gestión de los proyectos comunitarios. Estos son aspectos en los cuales se vislumbra un potencial que deberá documentarse ampliamente con el propósito de generar intercambio y contribuir a actualizar la teoría de educación en salud y para la prevención y control de la malaria en la región.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA Proyectos comunitarios de control de la malaria			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
- En el Perú se han logrado introducir varios proyectos comunitarios en el presupuesto participativo, y se ha realizado su articulación con los Planes Locales de Salud. - Varios grupos de las comunidades reconocen los proyectos comunitarios como una herramienta para negociar con las instituciones y autoridades locales. - Disminución de la morbilidad por malaria en las localidades donde se han desarrollado los proyectos comunitarios (Ecuador).		- La retro-alimentación periódica entre el consultor, equipo PAMAFRO y representantes de los MSP, a través de reuniones es un aspecto fundamental para apoyar la gestión y desarrollo de los Proyectos Comunitarios de Control. - La organización y participación comunitaria, se puede lograr con el desarrollo de proyectos, que contribuyen a mantener la motivación de participar de manera protagónica en la resolución de los problemas comunitarios y la obtención de logros producto de la organización y gestión comunitaria.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Planes Locales de Salud (PLS)

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Fase I - Conformación de Grupos Gestores o Comités Intersectoriales, integrados por autoridades gubernamentales y sanitarias, representantes de instituciones, de organizaciones de base comunitarias y de la sociedad civil para la elaboración de 20 PLS con énfasis en el control de la malaria. Fase II - Fortalecimiento de capacidades de las autoridades gubernamentales y sanitarias y representantes de organizaciones de base para el trabajo intersectorial y la planificación de la salud en el desarrollo local. - Las autoridades gubernamentales y sanitarias que participaron en el proceso, se reconocieron responsables de la garantía de los derechos de la salud e incluyeron la malaria como problema prioritario en la política pública. - Se contribuyó a mejorar la calidad de la participación comunitaria en la toma de decisiones y en la gestión pública. - Se obtuvieron cinco Acuerdos Municipales, firmados por las autoridades locales, en los cuales se expresa que la malaria es un tema prioritario ubicado	Fase I - Las autoridades municipales centran su atención en el entorno urbano, dan prioridad a proyectos y obras de infraestructura, antes que la elaboración de planes o proyectos de contenido social; se asume que la promoción de la salud y prevención de la malaria es responsabilidad sólo del sector salud. - La precaria articulación entre los niveles nacionales, regionales y locales para desarrollar soluciones integrales. - En algunos contextos hubo incumplimiento por parte de las autoridades a los acuerdos. - En algunos contextos, no se logró posicionar la idea de un grupo intersectorial de trabajo permanente para el abordaje integral de la prevención y control de la malaria en la política pública. Fase II - Aún no se reconoce, suficientemente, la necesidad de que la prevención y control de la malaria se incluya en las políticas públicas (planes locales de desarrollo, planes de salud, etc) de los contextos en los cuales se desarrolla el proyecto.	- PLS es una estrategia, especialmente, concebida para aplicarse en países con procesos de descentralización en los que las NUTES 4 ó 5 deben tener sus propios planes de desarrollo y de salud. - Las autoridades gubernamentales tienen que ser socias y estar comprometidas en la resolución de los problemas asociados a la malaria, desde el proyecto deben asumirse actividades de sensibilización, capacitación y gestión con estos actores sociales, con instituciones y autoridades locales a fin de lograr su compromiso decidido en el desarrollo de todas sus acciones. - Se garantizan mejores resultados y sostenibilidad si el proceso de capacitación y asistencia técnica en PLS se realiza al inicio de los periodos de gobierno, porque generalmente las autoridades gubernamentales (en contextos descentralizados) están ávidas de asesoría en la elaboración de los planes de desarrollo y de salud de sus comunidades. - PLS constituye una estrategia básica que genera un ambiente de corresponsabilidad gubernamental con relación al control y prevención de la malaria. - PLS es un mecanismo que posibilita una mejor articulación del proyecto PAMAFRO con los procesos de descentralización, las reformas y estrategias que promueve el sector salud y, por lo tanto, una oportunidad para aportar al debate y posicionamiento de la salud como Derecho Humano, y de la malaria como problema de salud pública que debe incluirse en la política social.	- Desarrollar la estrategia de Planes binacionales fronterizos de Salud. - El proceso de PLS se realiza sólo en países con procesos de descentralización administrativa y financiera como Colombia y con interés de lograr procesos descentralizados como Perú. En estos países con PLS las perspectivas consisten en el fortalecimiento de corresponsabilidad gubernamental, que la malaria se incluya en la agenda pública, a través de un trabajo permanente con los Grupos Gestores (autoridades gubernamentales, sanitarias, etc.) cuando se inicia el periodo de gobierno.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA Planes Locales de Salud (PLS)			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
en los planes de desarrollo para obtener asignación presupuestal para su intervención (Colombia). - Se ha hecho la actualización de los PLS, la articulación con los proyectos comunitarios y su postulación a los "presupuesto participativo 2009" (Perú). - Resultados favorables en la concertación con autoridades gubernamentales y sanitarias para la elaboración de dos Planes Binacionales de Salud en la zona fronteriza de los estados de Apure y Amazonas (Venezuela) con el departamento de Vichada (Colombia).	- Se asume que las actividades de control de la malaria se desarrollan con el sector salud y que no es necesario trabajar con las autoridades gubernamentales y locales para que reconozcan la malaria como un problema digno de priorizarse e incorporarse en sus planes de gobierno o de salud. La ausencia de política pública local en malaria dificulta la consideración de la salud como derecho social de las comunidades y contribuye a la falta de continuidad de proyectos para su prevención y control. - Pensar la malaria como un problema multi-causal implica mirarlo desde un enfoque eco-sistémico, interdisciplinario y multisectorial, pero esta perspectiva aún es incipiente. Ello explica por qué aún no se le ha dado la suficiente importancia a procesos que permitan, en el ámbito local, fortalecer capacidades de trabajo intersectorial e interinstitucional para avanzar en la planificación y el desarrollo de acciones y soluciones integrales teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud y la malaria. - En las autoridades gubernamentales predomina una perspectiva de corto plazo, o del período para el cual fueron elegidos (cuatro años). - El cambio de autoridades obliga a repetir el trabajo de sensibilización para el reconocimiento de la malaria como problema de salud pública y la necesidad de incluirla en las políticas públicas	Para lograr avances en la sostenibilidad, un pilar fundamental para desarrollar las actividades relacionadas con los PLS de Salud es el fortalecimiento y la ampliación de los Grupos Gestores en el cual deben participar de manera continua los actores con capacidad decisoria (autoridades gubernamentales y sanitarias), representantes de diversas instituciones, manteniendo la premisa de conceder cada vez más espacio a las organizaciones de base comunitarias y crear las condiciones para que su participación sea significativa y protagónica.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Intervenciones de impacto: Mosquiteros

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE I			
- Validación e implementación inicial de un sistema de monitoreo de uso de los MTI en las localidades intervenidas. - Diseño de una estrategia con suficientes elementos técnicos para fortalecer y extender la cobertura de MTI en la población de riesgo que condujo a su posterior aprobación y al uso de los FM no utilizados en fase.	- Limitado conocimiento y experiencia en la adquisición, nacionalización y desaduanaje de mosquiteros, con el correspondiente retraso en la implementación de la estrategia. - Número limitado de Proveedores que se presentaron a la licitación. - La presión para lograr el cumplimiento de meta en un menor tiempo del inicialmente programado generó el desarrollo de planes acelerados que pusieron en riesgo la calidad. - Limitada experiencia de los equipos para la coordinación e implementación de la estrategia con MTI en el país, considerando que es una intervención a gran escala. - Insuficiente capacitación de los encargados de distribución en los pasos para la entrega de mosquiteros, educación y comunicación a la población. - Participación limitada de los actores sociales: gobiernos regionales y locales, nivel regional y local de salud (direcciones y establecimientos de salud), y representantes de la comunidad (TCS, autoridades). - Inexperiencia en el monitoreo del cumplimiento de los procesos necesarios para la implementación de la estrategia basada en la distribución de MTILDs. - MTILD entregado Olyset® con poca aceptabilidad por la población, que a mediano y largo plazo, viene afectando la cobertura de uso de la población.	- Para la implementación exitosa de la estrategia se debe asegurar la disponibilidad oportuna de los MTILDs, siendo importante que el Receptor Principal cuente con una unidad de gestión de adquisiciones con experiencia y conocimiento en la adquisición, nacionalización y desaduanaje de productos sanitarios. Dicha unidad debe coordinar cercanamente con los MSP y seguir las reglas y normas del FM. - La participación de la mayor cantidad de actores sociales [gobiernos regionales y locales, nivel regional y local de salud (direcciones y establecimientos de salud), y representantes de la comunidad (comités comunales, TCS, autoridades)] facilita la implementación de una estrategia a gran escala y favorece su sostenibilidad. - La planificación detallada debe hacerse para cada uno de los procesos (censo, sensibilización de comunidad y autoridades, capacitación de actores claves, distribución, monitoreo de la entrega, monitoreo del uso, etc.), e incluye definición de responsables, equipo de apoyo, cronograma y recursos necesarios. La persona a cargo de la estrategia MTI, debe ser experto, con dedicación exclusiva y en lo posible ligada al sector salud.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Intervenciones de impacto: Mosquiteros

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE II			
- Incorporación de las lecciones aprendidas en primera fase en la planificación e implementación de la estrategia basada en la distribución de MTILDs. (Excepto en los aspectos de gestión de adquisiciones). - Sistema de monitoreo semestral que da información sobre la cobertura de uso de los MTI, su aceptabilidad, su frecuencia de lavado y reacciones adversas en la población; con dicha información se ha realizado ajustes a la estrategia. - Mayor aceptación de los MTILDs adquiridos Interceptor®, de lo que dan cuenta los resultados de monitoreo de uso. - Fortalecimiento de la Unidad de Gestión de Adquisiciones con la incorporación de un profesional con experiencia y dedicación exclusiva (después de la segunda licitación de mosquiteros); además de la asesoría técnica de experto internacional. - Incorporación de los gobiernos locales y autoridades comunales en la distribución de MTILDs y articulación de la estrategia con otras actividades de control de malaria. - Estrategia de comunicación comunitaria definida en la mayoría de los países con prioridad con mensajes orientados a la aceptación y uso apropiado de los mosquiteros.	- Excesivo tiempo en los procesos de adquisición de MTILDs y kits de impregnación K-O TAB1-2-3® y para lograr su disponibilidad en los países, por diversos motivos: a) retraso del Receptor Principal en incorporar las lecciones aprendidas en primera fase, b) excesivo periodo para evaluación y aprobación de plan de compras, c) coordinación y comunicación limitada con algunos miembros del comité de compras y representantes de los MSP, d) excesiva revisión de los procesos por parte del agente local del FM por falta de credibilidad de la unidad de gestión de adquisiciones y suministros del receptor principal, e) retrasos del proveedor en la entrega a los países. - Limitada experiencia de los equipos para la implementación de la estrategia de impregnación con K-O TAB 1-2-3® en el país, considerando que es una intervención a gran escala. Esta dificultad aunado al retraso en la disponibilidad de los K-O TAB 1-2-3® y a los costos de la implementación en los países, viene atentando contra la intervención. - Cumplimiento parcial de la meta de entrega MTILDs y no cumplimiento de la meta de impregnaciones.	- La incorporación de las lecciones aprendidas en la estrategia debe realizarse oportunamente, para evitar continuar con las mismas dificultades antes encontradas. - Las intervenciones con tecnologías que antes no han sido usadas a gran escala (Como K-O TAB 1-2-3®), requieren una planificación detallada, un mayor periodo para ejecución (sin presiones por alcanzar metas elevadas) y un mayor monitoreo de sus procesos (directivas, instructivos, instrumentos) que permita los ajustes respectivos (ni bien se encuentren desviaciones) y tenga capacidad previsiva (disminuir situaciones de riesgo). Considerar pruebas piloto. - Debe demostrarse con argumentación técnica sólida al FM y ALF de que los productos deben adecuarse a las preferencias y aceptabilidad de la población. Si a pesar de ello, no hay un entendimiento; debe documentarse la gestión. - La estrategia a gran escala debe ir acompañada de un sistema de monitoreo de uso de los MTI que brinde información semestral sobre la cobertura de uso, aceptabilidad, frecuencia de lavado y reacciones adversas de la población; de tal forma que permita el ajuste de la estrategia (características del mosquiteros a adquirir posteriormente, énfasis en los mensajes de comunicación, etc.). - Una planificación jurídica, técnica y administrativa con la participación de los Puntos Focales (representante de país) y con el equipo de apoyo (Coordinación Regional) que conozca y aplique las normas internacionales ayuda a dinamizar las compras, a dar transparencia y seguridad a los procesos. - La comunicación y educación de la población es un componente muy importante en la estrategia MTI, y los mensajes deben estar orientados a la aceptación de los MTI por la población, al uso apropiado y permanente de los mismos, y a promover prácticas apropiadas de lavado (en frecuencia y forma).	- Sistematizar la experiencia de implementación de la estrategia y transferirla enfatizando las lecciones aprendidas a los responsables del control de malaria en el nivel nacional, regional y local. - Apoyar la actualización de las normativas de los Ministerios de Salud incorporando la estrategia basada en el uso de mosquiteros con insecticida de larga duración para el control de la malaria.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Diagnóstico y tratamiento

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE I			
• Cumplimiento de las metas relacionadas al diagnóstico y tratamiento (excepto meta de pruebas rápidas). • Incremento de los puntos de diagnóstico microscópico (equipos, insumos, etc.). • Microscopistas capacitados incorporando las recomendaciones de la OMS. • Acceso al diagnóstico de malaria por disponibilidad de pruebas rápidas en localidades con difícil acceso. • Medicamentos adquiridos a precios muy competitivos (mucho menores a los que adquieren los MSP por separado). • Mejora de los almacenes de medicamentos e insumos antimaláricos. • Múltiples materiales de capacitación elaborados y validados.	• Estratificación y priorización de propuesta original basada en localidades con IPA>10, en desmedro del criterio de fortalecimiento de las redes de diagnóstico y tratamiento de los municipios con mayor carga de enfermedad. • Inadecuada negociación para el planeamiento de los indicadores de la Fase I (Ejemplo: número de personas examinadas con PDR). • Desconocimiento de los avances de la Iniciativa RAVREDA-AMI en los temas relacionados al diagnóstico y tratamiento, lo que motivo decisiones técnicas no apropiadas (medicamentos y PDR). • Estrategia de capacitación de diagnóstico y tratamiento planificada para el corto plazo y el cumplimiento acelerado de metas y sesgada además por la inadecuada estratificación y priorización de la propuesta original. • Estrategia de capacitación desarticulada de los MSP y demás actores nacionales involucrados en el tema (Colombia y Venezuela principalmente), e insuficiente orientación y control sobre los subreceptores a cargo de su implementación. • Limitado conocimiento y experiencia en la adquisición, nacionalización y desaduanaje de pruebas rápidas y medicamentos.	• La estratificación y priorización debe ser a nivel municipal (según carga de morbilidad), con el propósito de fortalecer su red completa de diagnóstico y tratamiento y su red de trabajadores comunitarios de salud. • La estrategia de diagnóstico y tratamiento del Proyecto debe tomar en cuenta los avances de otros socios en la región, lo que ayuda a ahorrar recursos y tiempo, y que otras instituciones se sientan reconocidas por su experiencia contribuyendo a mejorar las relaciones. • La estrategia de capacitación de diagnóstico y tratamiento debe ser planificada a largo plazo, con la finalidad de tener personas (TCS y TS) capacitadas permanentemente en las áreas con mayor carga de malaria que permitan hacerle frente a la enfermedad, y evitar los riesgos por alta rotación del personal capacitado. • La estrategia de capacitación en diagnóstico y tratamiento debe coordinarse y ejecutarse con los niveles responsables de los MSP para la institucionalización y sostenibilidad de la estrategia. Esta coordinación debe asegurar la selección apropiada de las personas a capacitar.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA			
Diagnóstico y tratamiento			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE I			
	• Limitada experiencia de los países para la coordinación e implementación de la estrategia con pruebas rápidas (normativas, directrices, etc.), considerando que debía ser una intervención a gran escala. • Adquisición de pruebas rápidas (Parascreen®) que no habían sido usadas previamente en Sudamérica. • Dificultad para estimar el número de pruebas rápidas necesarias en el ámbito de intervención. Se estimó que 60% de las pruebas diagnósticas realizadas para identificar malaria iban a ser pruebas rápidas, cuando sólo entre 15-25% de los pacientes febriles que demandan atención por sospecha de malaria tienen limitado acceso al diagnóstico microscópico. • Inexperiencia para la selección y cuantificación de los medicamentos antimaláricos realizada por los MSP. La selección fue influenciada por el deseo de uniformizar los esquemas entre los países, no considerando algunas veces las normas de tratamiento del país (esquemas, presentaciones de los medicamentos, evidencia que respaldaba la normativa). La cuantificación fue sobrevalorada, y usó información epidemiológica no del todo confiable, proporcionada por los MSP.	• Los sub-receptores u otros a ser contratados deben coordinar, ejecutar y evaluar sus tareas y productos, con unidades regionales y locales. • Para la implementación exitosa de la estrategia se debe asegurar la disponibilidad oportuna de los medicamentos, materiales diagnósticos y otros insumos; por lo que es importante que el Receptor Principal cuente con una unidad de gestión de adquisiciones con experiencia y conocimiento en la adquisición, nacionalización y desaduanaje de productos sanitarios. Dicha unidad debe coordinar cercanamente con los MSP y seguir las reglas y normas del FM. • La selección y cuantificación de los medicamentos, pruebas rápidas y otros materiales o insumos de diagnóstico debe ser coordinada con los MSP de los países (de acuerdo a sus normas vigentes), con la asesoría de una persona con experiencia y conocimiento en el tema. • Las intervenciones con tecnologías que antes no han sido usadas a gran escala (como pruebas rápidas), requieren una planificación detallada y anticipada, un mayor periodo para ejecución (sin presiones por alcanzar metas elevadas) y un mayor monitoreo de sus procesos (directivas, instructivos, instrumentos) que permita los ajustes respectivos (cuando se encuentren desviaciones) y tenga capacidad previsiva (disminuir situaciones de riesgo).	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Diagnóstico y tratamiento

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE II			
• Trabajo coordinado entre PA-MAFRO-RAVREDA y con otras instituciones involucradas en el control de la malaria en los países. • Incorporación de recomendaciones de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de gestión de calidad del diagnóstico microscópico en el ámbito de intervención del proyecto: a) evaluación y acreditación de competencias y b) monitoreo del desempeño de microscopistas con metodologías más costo-efectivas. • Sistema que brinda información periódica sobre el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud (incluye información sobre la prescripción de medicamentos antimaláricos), para la toma de decisiones en el nivel regional y local. • Apropiación de estrategia de capacitación en diferente grado a nivel nacional, regional y local.	• Restricciones presupuestarias para capacitación de nuevos TCS y TS. • Dificultad en mantener RRHH competentes en microscopía en zonas con limitado acceso como las áreas de frontera. • Alta rotación del personal capacitado como consecuencia de la inestabilidad política de las autoridades municipales y la carencia de mecanismos de incentivo y motivación. • Retraso en la evaluación y aprobación de los procesos de la adquisición por el FM por la excesiva revisión de los procesos por parte del ALF por falta de credibilidad de la unidad de gestión de adquisiciones y suministros del receptor principal. • Normativas del FM que hace difícil la adquisición de productos sanitarios que se adecuen a normativas de los MSP.	• El trabajo coordinado con los MSP (en todos sus niveles), RAVREDA-OPS y otras instituciones involucradas en el control de la malaria en los países, facilita la implementación de la estrategia de diagnóstico y tratamiento (apropiación / institucionalización), y favorece su sostenibilidad. • La Institucionalización de las recomendaciones de la OMS permite el fortalecimiento de los sistemas de gestión de calidad del diagnóstico microscópico en el ámbito de intervención del proyecto y en los países. • La institucionalización del monitoreo del cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento de la malaria en los servicios de salud (incluye información sobre la prescripción de medicamentos antimaláricos), favorece la toma de decisiones en el nivel regional y local. • Generación de capacidades para la distribución de medicamentos y manejo de stock en el nivel regional y local, previendo un periodo cubierto por el proyecto para el cumplimiento de esta función hasta la transferencia definitiva.	• Buscar y apoyar los mecanismos (normativas, certificación de competencias, abogacía con autoridades nacionales y locales, incentivo) para evitar la rotación del personal capacitado y calificado. • Promover la institucionalización y sostenibilidad de las intervenciones que favorecen la mejora en la gestión de la calidad del diagnóstico, y en el acceso, disponibilidad y uso de los medicamentos antimaláricos. • Promover la sistematización e institucionalización de materiales educativos. • Continuar con el trabajo coordinado con los MSP, RAVREDA-OPS y otras instituciones que promueven el incremento del acceso al diagnóstico y tratamiento de la malaria. • Colocar en la agenda de los MSP el tema de adquisición de productos sanitarios, de acuerdo a las recomendaciones de la OMSP(Ejemplo: co-blisters).

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Vigilancia epidemiológica, detección e intervención de epidemias

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE I			
- Fortalecimiento tecnológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante la dotación de equipos de cómputo y accesorios. - Se inició la notificación de casos desde las localidades, es decir, la inclusión de los procesos y tareas de los TCS al sistema formal de vigilancia. - Se inició un proceso para la implementación del Sistema de Información Geográfica (SIG), salas situacionales municipales, comunitarias (algunos países) y análisis situacionales y boletines epidemiológicos.	- Los softwares del Sistema de Vigilancia Nacionales no incluyen el componente comunitario. - Falta de un sistema que provea adecuada información para la RAVE como punto de vigilancia epidemiológica. - Las dependencias de los MSP y los establecimientos de salud no asumieron, como se esperaba, un rol protagónico para implementar el SICOVE y hacer el seguimiento correspondiente en cada uno de los niveles. - Los RRHH fueron insuficientes para hacer el seguimiento a TCS en las localidades (NUTES 5) o en los Puestos de Salud. - Se presentan resistencias cuando se introducen nuevas propuestas de instrumentos de recolección de datos que aunque más complejas facilitan mejores resultados. - Escasa aceptación (Ecuador y Venezuela) por parte del TS hacia el Promotor o TCS. - No se ha cumplido con el monitoreo por niveles de responsabilidad (por ejemplo en el Perú: de DIRESA a redes, de redes a Centros de Salud, de Centros de Salud a Puestos de Salud y de Puestos de Salud a la comunidad). Este trabajo lo vienen haciendo las brigadas de intervención. Se destaca la falta de recursos para realizar estos desplazamientos de manera escalonada desde Redes a Microrredes y luego a Puestos de salud y de estos a las comunidades. - No se cumplió con el seguimiento periódico a las Salas de Situación Municipales por el equipo responsable del establecimiento de salud en las NUTE 4.	- La estratificación para la selección de comunidades a intervenir debe hacerse desde los niveles municipales hacia arriba, teniendo en cuenta variables como número de casos, IPA, frontera, período histórico, etc. - Coordinación estrecha entre los órganos de vigilancia de los países y el PAMAFRO para la gestión de la información. - La continuidad y el compromiso del TCS está directamente relacionada con la capacitación permanente que reciba, con el reconocimiento que le proporcione su comunidad y el Estado, y los diversos incentivos que se deben mantener en el proceso. - La vigilancia epidemiológica no es sólo cuestión de tener los recursos y la tecnología necesaria, sino es fundamental contar con TS con apertura a reconocer las ventajas y la disposición para desarrollar un sistema de vigilancia basado en la comunidad.	

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA

Vigilancia epidemiológica, detección e intervención de epidemias

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE II			
- Se implementó un plan de seguimiento de los TS y TCS que ha permitido mejorar el control de calidad del registro de la notificación. - Se han implementado "Salas Situacionales Municipales de Salud" en las que, a partir del análisis participativo de la información, se toman decisiones para prevenir y controlar la malaria. - Se implementó un sistema de vigilancia epidemiológica comunitario, y se trabaja en la intervención oportuna y la vigilancia de las epidemias detectadas en las áreas del Proyecto. - Se han elaborado Boletines Epidemiológicos semestrales, que implica que los equipos de gestión de los Establecimientos de Salud de las NUTES 3 y 4 revisen y analicen la información de malaria, así como las actividades desarrolladas durante el trimestre en su ámbito de trabajo. - El Proyecto dispone de diversos documentos y materiales técnicos de "Integración de los Servicios de Salud al Sistema Comunitario de Vigilancia Epidemiológico", la Guía para el reporte del indicador de Epidemias y una serie de instrumentos para el TCS y TS que se han diseñado y mejorado en coordinación con las dependencias de los MSP. - Se cuenta con personal capacitado y con equipos nuevos (donados por PAMAFRO) que han fortalecido el sistema de vigilancia hasta las NUTES 4.	- La estrategia de SICOVE aun no ha sido institucionalizada con los sistemas de Vigilancia de los países. - El MSP de Venezuela y los establecimientos de salud no han asumido un rol protagónico para implementar el nexo entre el sistema comunitario de vigilancia y hacer el seguimiento correspondiente en cada uno de los niveles. - Algunos grupos o comités comunitarios conformados en la primera fase para apoyar la vigilancia no ha recibido suficiente acompañamiento para su fortalecimiento (Colombia). - En Venezuela, se depende de los métodos tradicionales para recoger la información, procesarla y analizarla, además las bases de datos de las comunidades son poco confiables. También hay desconocimiento del porcentaje de subregistro y falta de oportunidad de información en zonas alejadas.	- La articulación del sistema de vigilancia comunitario con el sistema formal (MS) es un proceso de largo plazo. Se da en la medida en que la comunidad reconozca la utilidad del manejo de la información y los representantes institucionales reconozcan las ventajas de propiciar la participación de la comunidad y desarrollar diversos procesos en coherencia con lo anterior. - Para obtener mejores resultados en la vigilancia comunitaria de la malaria, los trabajadores comunitarios deben estar articulados por los MSP y apoyados por lo menos por un grupo o comité comunitario con el que asuman conjuntamente las acciones de prevención y control de la malaria, así como el reporte de los riesgos y la toma de decisiones para solucionar los problemas. - Las Salas Situacionales son sostenibles en la medida que la información sea útil para la identificación y solución de problemas que sean percibidos como propios por todos los actores (MSP, Municipalidad, otras instituciones). - Para la implementación de las Salas Situacionales se debe tener en cuenta diversos aspectos como la capacitación a un equipo multidisciplinario, la asesoría permanente (en sus inicios) para el análisis participativo, la toma de decisiones concertadas y el apoyo al desarrollo de acciones para enfrentar los problemas prioritarios, para ello es necesario contemplar la sostenibilidad económica. - Es difícil establecer la vigilancia comunitaria y lograr su sostenibilidad sin la reglamentación, la capacitación de las instituciones competentes y la implementación por niveles. - La institucionalización de la labor que realiza el TCS de manera articulada con el Comité de Salud, así como contemplar diversos incentivos, es un mecanismo para garantizar su sostenibilidad y el enfoque comunitario del Proyecto.	- Sistematizar la estrategia de vigilancia epidemiológica y transferir la experiencia enfatizando las lecciones aprendidas y el enfoque comunitario en el nivel regional, nacional y local. - Promover la institucionalización de la vigilancia comunitaria con enfoque comunitario en los cuatro países. - Promover la sistematización e institucionalización de materiales educativos. - Continuar con el trabajo coordinado con los MSP, RAVREDA-OPS y otras instituciones que promuevan el enfoque comunitario de la vigilancia de la malaria.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA Redes de comunicaciones de voz y datos			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Fase I - La instalación de las redes de voz y datos en el número previsto en Perú. Fase II - Puestos de Salud que tienen la posibilidad de comunicarse por los sistemas de Voz y Datos facilitando la entrega oportuna de sus reportes de malaria y otras enfermedades. - Contar con operadores locales como subcontratistas. - A un año de instalados los nodos el sistema de comunicación de voz está funcionando al 100% en todas las subredes y se utiliza para la atención de pacientes, se han salvado vidas gracias a la comunicación oportuna y en el 90% de los establecimientos de salud se utiliza para el control de la malaria.	- Alto costo de la instalación de los nodos. - La adquisición de algunos equipos que solo se encuentran en el extranjero. - La poca accesibilidad para el traslado de los equipos, materiales e instrumentos. - Razones logísticas, de difícil accesibilidad, costos mayores a los inicialmente presupuestados llevaron a que no se instalaran 12 nodos en el Ecuador. - Fuerte dependencia del subreceptor para el mantenimiento preventivo y correctivo del sistema. - No se definió un sistema de transferencia y sostenibilidad: gestión de la red, mantenimiento, capacitación, etc. - Al momento de la planificación no se involucró a instituciones regionales y locales para el mantenimiento y sostenibilidad de los equipos.	- Las nuevas tecnologías que se incorporen a la comunidad, deben tener la premisa de ser culturalmente apropiadas, su incorporación debe partir de estudios de factibilidad, en los que se analicen posibilidades reales de sostenibilidad a partir de las capacidades y los recursos de las propias comunidades. Las siguientes lecciones aprendidas aplican para la experiencia desarrollada en el Perú: - La contratación de subreceptores con experiencia para la ejecución de proyectos específicos como en este caso de tecnología avanzada (redes de voz y datos), es fundamental dado que PAMAFRO y los MSP no tienen las capacidades para desarrollarlos. - Es necesario prever a tiempo procesos que demoran, como adquisición de equipos y materiales inexistentes (equipos de tecnología punta) en las zonas para evitar retrasos. - Para generar apropiación por parte de las autoridades es conveniente la elaboración de convenios que especifiquen la transferencia de bienes, detallando las condiciones de las mismas (Mantenimiento). - La instalación de redes de voz y datos implica generar capacidades institucionales para el mantenimiento y sostenibilidad con la finalidad de disminuir o evitar la dependencia con la institución responsable de las instalaciones.	- Identificación de otras tecnologías adecuadas a las comunidades que puedan implementarse a menor costo. - Debe ejecutarse un Plan de Acción de Mantenimiento de las redes de voz y datos para evitar la degradación de los servicios brindados. - Capacitación periódica de los operadores de nodos, así como conformación y capacitación de equipos de los centros de gestión con capacidades de mantenimiento preventivo – correctivo.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA			
Investigación operativa			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE I			
- Fortalecimiento de la capacidad de investigación operativa de los profesionales de la salud de la zona. - Participación de los TS, TCS y líderes comunitarios en el desarrollo de las investigaciones esenciales en el área de la malaria. - Uso de resultados de las investigaciones en la toma de decisiones¹.	- Indicador y meta no acorde con las necesidades de investigación operativa en los países. - Escasa divulgación de los resultados. - Selección inadecuada del personal a capacitar. - Inadecuada distribución de recursos económicos entre los países para desarrollo de investigaciones debido a falta de protocolos para dicha definición. - Escaso apoyo a los investigadores capacitados para realizar la investigación en los niveles regionales y locales de salud.	- La priorización de las temáticas a investigar, de manera participativa y de acuerdo a prioridades identificadas en cada uno de los países y las zonas del Proyecto, posibilita un mejor sustento científico para la justificación y muy probablemente el impacto de la intervención. - Es fundamental la coordinación con las diferentes dependencias de los Ministerios de la Salud para obtener con anticipación la autorización de los participantes, lo que posibilita asegurar el inicio y desarrollo oportuno de las actividades y el cumplimiento en la ejecución de los proyectos de investigación. - Prever dificultades (por ejemplo, ejecución de tiempo en el proyecto) y planificar la ejecución y desarrollo de actividades con lapsos de tiempo más largos contribuye a mejorar la calidad en todo el proceso, así como los resultados. - Desarrollar mecanismo de acompañamiento en los procesos de investigación así como en la elaboración del informe final y su publicación correspondiente garantiza calidad en el desarrollo de las investigaciones. - Definición del indicador y meta acorde con las necesidades de investigación operativa en los países.	

¹ Estudios relacionados al diagnóstico y tratamiento, Estudio CAP de Mosquiteros, estudios epidemiológicos, estudio del vector.

ESTRATEGIAS DE CONTROL DE MALARIA			
Investigación operativa			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
FASE II			
• Líneas de investigación clara y orientada para el apoyo de las intervenciones del Proyecto. • Divulgación de algunos de los resultados en los niveles regionales y locales, y ante la comunidad científica. • Investigaciones operativas realizadas colaborativamente con los MSP e instituciones académicas.	• Presupuesto limitado por recorte en segunda fase.	• Las alianzas con otras instituciones que desarrollan investigación posibilita la disminución de costos de inversión y los resultados propuestos. • La divulgación de los resultados de las investigaciones de manera oportuna permite la apropiación del conocimiento generado para la solución de problemas prioritarios relacionados con la malaria. • Los protocolos y las metodologías deben estar validados desde el proyecto e instituciones referentes en el tema sujeto a la investigación para garantizar aceptación y evitar errores metodológicos. • Prever dificultades (por ejemplo, ejecución de tiempo en el proyecto) y planificar la ejecución y desarrollo de actividades con lapsos de tiempo más largos contribuye a mejorar la calidad en todo el proceso, así como los resultados.	• Continuar el desarrollo de investigación con otras instituciones académicas y de investigación. • Realizar documentos científicos para publicación síntesis de las investigaciones realizadas. • Realizar la divulgación de los resultados de las investigaciones operativas de manera oportuna, a través de informes técnicos, publicación en revistas científicas y/o presentaciones en reuniones técnicas y científicas.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
- Comunidades ámbito del Proyecto que actualmente han alcanzado grados de participación de cogestión: grupos organizados de la comunidad y sus representantes participan en la planificación del Proyecto, definición de prioridades y acciones e inciden en la toma de decisiones de prevención y control de la malaria. - Comunidades ámbito del Proyecto donde se han alcanzado grados de participación de influencia o recomendación, sus representantes, grupos u organizaciones expresan sus propuestas acerca de lo que conviene hacer para prevenir y controlar la malaria. - Conformación de grupos comunitarios o comités en las zonas ámbito del Proyecto. - Los equipos nacionales resaltan entre lo que ha funcionado bien respetar y retomar las organizaciones existentes en las comunidades, incluir en el control de la malaria a la comunidad y lograr su empoderamiento en la resolución de sus problemas. Así mismo, se resalta la sensibilización y el seguimiento permanente de las actividades en las comunidades.	Fase I - Sobredimensionamiento de proyectos comunitarios sin capacidad de financiamiento futuros - Esperar más de lo que los trabajadores comunitarios pueden aportar en el control de malaria, no tener un plan de seguimiento a largo plazo y haber realizado una selección rígida de las localidades para actividades de control. Fase II - El desarrollo del Proyecto a nivel comunitario es insuficiente porque requiere más tiempo, recursos y profesionales con experiencia dedicados tiempo completo a las actividades comunitaria. - La participación promovida en los procesos educativos se restringe, principalmente a las funciones de una persona de la comunidad (Promotor de Salud) y no se fomenta como debería (desde un enfoque comunitario) la organización grupal y fortalecimiento de organizaciones de base. Para mejorar los grados de participación comunitaria resulta fundamental brindar posibilidades para el fortalecimiento organizacional, por ejemplo, crear o fortalecer el Comité de Salud en cada comunidad, sin embargo, lo anterior amerita desarrollar otros procesos y actividades que requieren más tiempo, recursos económicos y humanos con experiencias en procesos organizativos trabajando en las comunidades.	- Las comunidades tienen diversas prioridades, para motivar la participación es fundamental la articulación del Proyecto PAMAFRO con estrategias amplias que enfrentan los principales problemas de salud. - El fortalecimiento de capacidades en las comunidades mediante su inclusión social en la gestión y el empoderamiento comunitario, constituye un requisito fundamental para que el control de la malaria trascienda al sector salud. - Ser capaces de identificar en la comunidad un interés común es algo necesario pero no suficiente. Para lograr verdadera participación es preciso que las personas y los grupos organizados de las comunidades sean capaces de tomar decisiones relativas a los problemas que les afecta, tener las capacidades y oportunidades para atender o satisfacer sus problemas. - La participación comunitaria permite movilizar los recursos, potencialidades y capacidades de la comunidad para la resolución de sus problemas, fortalece su capacidad de administrar localmente las decisiones, lo cual implica analizar, discutir, plantear, proponer y decidir, de manera cada vez más autónoma, sobre su situación, entorno y realidad social. - La sostenibilidad de los logros en la prevención y control pasa por el fortalecimiento del rol de la población y el reconocimiento de sus deberes y derechos como pilar clave.	- Desarrollo de procesos de sensibilización y capacitación permanente para que las autoridades reconozcan las organizaciones comunitarias como eje central para la solución a los problemas. - Procesos para que las autoridades locales y sanitarias se comprometan a brindar beneficios tangibles para las comunidades, como contra prestación por las actividades realizadas por los trabajadores comunitarios. - Evaluación para análisis participativo de los grados de participación alcanzados en las comunidades y las estrategias para avanzar y mejorar la participación comunitaria.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Otros resultados se encuentran descritos en las estrategias de Proyectos Comunitarios y Planes Locales de Salud.	- En algunas comunidades se han alcanzado grados de participación bajos, cuando a través de la convocatoria las personas llegan a recibir los beneficios del proyecto, como receptoras de las acciones de salud, o cuando expresan sus puntos de vista, pero sin intervenir en la toma decisiones. Estos niveles de participación mantienen intactas las relaciones de dependencia. - Ha habido retraso e incumplimiento en la entrega de materiales para la ejecución de proyectos comunitarios centrados en el control de criaderos de anopheles. - Deserción y desmotivación de TCS.	- Los procesos de sensibilización sobre la importancia del reconocimiento de la participación comunitaria en la prevención y control de la enfermedad a las autoridades posibilita la continuidad de la estrategia. - Para mejorar los grados de participación comunitaria resulta fundamental respetar y retomar las estructuras organizativas de la misma comunidad y brindar posibilidades para su fortalecimiento. En ese sentido, es preferible trabajar con el Comité de la Salud que sólo con el Promotor puesto que, de esta manera, se fomenta la participación activa y crítica de la población en el Proyecto. - La participación de la comunidad no debe limitarse a algunas etapas del proyecto, la efectividad aumenta cuando la comunidad está presente en todas las etapas de los proyectos (diseño, gestión, ejecución, seguimiento y evaluación).	

INTEGRACIÓN FRONTERIZA Y ALIANZAS

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
- Se ha fortalecido la capacidad de servicios de salud en las fronteras. - Coordinación de acciones de control de malaria con los MSP. - Coordinación con autoridades regionales y municipales y otros organismos como la RAVREDA, que ha posibilitado aunar esfuerzos para el desarrollo de las estrategias de control de la malaria. - Movilización de recursos de los diversos actores en las áreas del Proyecto con la finalidad de combatir la malaria. - Extensión de cobertura de malaria en poblaciones dispersas y excluidas que no disponían de servicios. - Se han establecido alianzas con las organizaciones que trabajan en la prevención y control de la malaria en la región, como OPS, AMI/RAVREDA, USAID, UNICEF, entre otros socios. Así mismo, se ha participado en una serie de eventos nacionales e internacionales para difundir los resultados de las investigaciones y la experiencia del Proyecto. - Fortalecimiento de acciones de salud comunitarias a través de los TCS en las fronteras.	- La región andina se caracteriza por estructuras de los sistemas de salud diferentes, descentralizadas, concentradas, intermedios; lo cual en algunos casos demora la toma de decisiones sobre diferentes aspectos del Proyecto. - La coordinación con los MSP requieren tiempo y esfuerzo constante, debido a factores como: a) Cambios de autoridades; b) Falta de estabilidad del RRHH capacitado; c) Cuadros directivos con insuficiente experiencia en malaria y poca dedicación al tema - La existencia de diferentes normativas nacionales con los procedimientos del Receptor Principal y/o FM ha provocado demora en los procesos de adquisiciones, sobre todo en la desaduanización de los productos. - Para lograr una posición de los países andinos frente a la malaria no se ha elaborado un Agenda política que permita avanzar hacia otra etapa de intervención (erradicación). - Cuando se inició el Proyecto no se exploraron otros modelos exitosos en la región, lo que pudo influir en tener “opositores” internacionales y nacionales.	- El trabajo de un equipo multi-país permite identificar problemas comunes así como proponer las soluciones mas adecuadas. - Las compras conjuntas entre países permite economías de escala y considerables ahorros de precios. Además de contar con mecanismos de movilización en caso de desabastecimiento en alguno de los países. - Contar con el compromiso de los MSP de la Región Andina facilita el alcance de las metas de reducción de malaria, por tal motivo es necesario desarrollar de manera permanente actividades de concertación para llegar acuerdos que permitan un trabajo coordinado en las zonas fronterizas. - Las actividades y estrategias del Proyecto incorporadas a planes nacionales y binacionales facilitan el éxito del mismo. - La movilización de RRHH y monetarios a áreas estratificadas (por parte de los diversos actores) contribuye mayormente al logro en los indicadores de impacto. - Implementar un escudo epidemiológico frente a la malaria en la región andina permite reaccionar oportunamente frente a brotes. - La participación comunitaria en el trabajo contra la malaria, en las zonas fronterizas, es una estrategia de sostenibilidad e incentiva a los trabajadores locales al ser los actores en la lucha de esta enfermedad.	- Elaborar Planes Binacionales fronterizos de salud (que incluyan la prevención y control de la malaria) en procesos de trabajo intersectorial en los que participan autoridades gubernamentales, de salud y otros sectores, representantes de organizaciones de base y de la sociedad civil, trabajadores de la salud y trabajadores comunitarios. - Incorporar las estrategias del proyecto a los planes nacionales y binacionales. - Articular proyectos nacionales y consolidar el trabajo técnico operativo. - Fortalecer el trabajo binacional con las estrategias exitosas y necesarias del Proyecto. - Continuar el trabajo con un equipo multi-país para tomar decisiones concertadas.

INTEGRACIÓN FRONTERIZA Y ALIANZAS			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
	• Limitada articulación con actores como fuerzas armadas (zonas donde no hay conflicto), empresas privadas y otros sectores en las zonas fronterizas por una autosuficiencia e insuficiente trabajo intersectorial. • Insuficiente trabajo binacional, ejemplo: estandarización de esquemas comunes.	Un proyecto multi-país posibilita mejorar las condiciones de salud con la participación y acciones a través de los promotores de salud en fronteras. • Contar desde un comienzo con una agenda política del Proyecto que haga posible socializar los logros obtenidos, compartir experiencias y posicionar las estrategias de control de malaria en la región, contribuye a adquirir un liderazgo que permita al Proyecto ser un referente en la Región. • En un proyecto multi-país, se deben generar estrategias con aspectos comunes y diferenciales, pero contextualizadas a cada país. Por lo tanto, resulta fundamental que desde el receptor principal se tenga un amplio conocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud que tiene cada país.	

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RECURSO HUMANO

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
• Instalación de oficinas con equipos adecuados y con RRHH con perfiles coherentes y de acuerdo a necesidades del Proyecto en cada país. • Mayor presencia del ORAS en los países y fortalecimiento de su imagen institucional. • Haber realizado una corrección oportuna, en lo relativo a RRHH, con la incorporación de los Técnicos Operativos en cada una de las oficinas y la disminución de subreceptores y haber asumido la contabilidad propia del Proyecto, alcanzando mejores resultados que con los subreceptores. • Asumir las operaciones del Proyecto directamente, alcanzando mejores resultados que con los subreceptores. • Tener Coordinadores Regionales por objetivo, de monitoreo y de administración, lo que permite brindar una asesoría permanente a las oficinas de países.	Fase II • Al inicio del Proyecto hubo dificultades para armar equipo y se subestimó el tiempo² de conformación de éste. • Hubo problemas para disponer de un subreceptor con capacidad de trabajo multi-país y algunos subreceptores no cumplieron sus rendiciones a tiempo. • El director del Proyecto tenía poca experiencia en gestión pública, los gerentes técnicos tenían demasiada autonomía, lo que llevo a doble liderazgo y tener un equipo poco cohesionado. • Insuficientes técnicos operativos en campo. • Deficiente estructura administrativa del ORAS, sin experiencia en el manejo de proyectos del FM, especialmente en el componente del área logística. • Excesiva dependencia de subreceptores, lo cual no permite institucionalización. Fase II • Rotación del personal, tanto en el equipo del Proyecto como de los MSP y sus dependencias.	• Los proyectos multipaís requieren tiempo generalmente mayor del previsto para desarrollar una estructura organizacional antes de su implementación. • Para manejar un proyecto multi-país resulta fundamental tener un modelo organizacional específico basado en gestión de resultados y para ello es necesario contar con personal idóneo y con los perfiles adecuados para la intervención social en salud y el desarrollo de las funciones de trabajo en equipo e intersectorial. • Una agenda política del Proyecto que haga posible socializar los logros obtenidos, compartir experiencias y posicionar las estrategias de control de malaria en la región, contribuye a adquirir un liderazgo que permita al Proyecto ser un referente en la Región. • Es fundamental contar con un Manual de normas y procedimientos administrativos porque facilita el cumplimiento de los objetivos propuestos y promueve la transparencia en el manejo de los recursos. • Para el monitoreo de subreceptores se requiere una metodología que garantice la calidad en el cumplimiento de las metas y la eficiencia en el gasto.	• Elaboración y validación de una Guía conceptual operativa que oriente los lineamientos estratégicos y las áreas del Proyecto (diferente abordaje: realidad geográfica demográfica y el perfil de transmisión de malaria). • Diseñar y desarrollar la estrategia de institucionalidad que se requiere para lograr sostenibilidad. • Sistematizar la experiencia referida a la estructura organizacional de un proyecto multi-país y socializarla ampliamente con actores sociales regionales, nacionales o locales que lo requieran y con organizaciones internacionales que financian proyecto multi-país.

²Entre lo manifestado en las sugerencias, el equipo refiere que resulta necesario tomarse el tiempo adecuado, entre tres a seis meses, para armar el equipo con el cual se gestiona un proyecto multi-país. También se recomienda contar con herramientas para hacer seguimiento a los subreceptores, lo mismo que no depender tanto de subreceptores, sino asumir actividades claves conjuntamente entre PAMAFRO y los Ministerios de Salud.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y RECURSO HUMANO			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
	Actualmente se reconoce que el equipo de la Coordinación Regional es fuerte, pero sin suficiente liderazgo y, tal vez por eso, no puede influir en las decisiones de las coordinaciones nacionales. Aunque si ejerce liderazgo e influencia en los niveles técnico, administrativo y de monitoreo.	- Es fundamental la identificación sobre aquellas actividades que pueden ser realizadas por los subreceptores y cuales no, teniendo claro que la conducción estratégica es responsabilidad del receptor principal y no se puede delegar. - La metodología de trabajo desarrollada ha de incorporar herramientas para facilitar el trabajo del personal del MSP y no para sobrecargarlos con nuevas y arduas tareas.. - La apropiada inducción al nuevo personal del Proyecto es fundamental para la comprensión a cabalidad de los roles, eficiencia en el desempeño, trabajo en equipo e intersectorial que incide en el logro de las metas del Proyecto.	

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA

Gestión de suministros y adquisiciones

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
• Compras conjuntas de medicamentos y mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración con la participación de representantes de los MSP, lo cual ha permitido un ahorro de recursos. • Correcciones oportunas para el logro de propósitos, tales como la celeridad en los procesos de compra para cumplir las adquisiciones en la primera fase. • Creación de un Comité de Compras multi-país a cuya convocatoria han respondido los miembros de los cuatro países (Colombia, Ecuador, Venezuela y Perú). • Realización de compras regionales con mecanismos de compra conjunta a precios adecuados. • Los procesos de compra no tuvieron observaciones de las auditorías. • En una página electrónica (PRM) del FM se han registrado todas las compras realizadas por el proyecto, en cumplimiento de uno de los requisitos para los desembolsos.	• Al comienzo no se tenía un experto en compras, lo que ocasionó retrasos en la aprobación del Plan de Compras. Tampoco había la suficiente relación entre el POA y el Plan de Compras. • No ligar el Plan de Compras con el Plan Operativo lo que conllevó a problemas de programación. • Conocimiento insuficiente del Plan de Compras al inicio del Proyecto y en algunos casos no se calcularon bien las necesidades prioritarias para realizar las compras y la planificación oportuna de éstas. • No comunicarse a tiempo con el FM para solicitar aclaración de dudas sobre el Plan de Compras y los procesos, así como la falta de pro-actividad para la comunicación entre el equipo técnico y administrativo. • No se hizo un cálculo apropiado de los tiempos de fabricación, entrega, desaduanaje y distribución de productos.	• Debe existir coherencia entre el POA y Plan de compras. En el POA deben considerarse los tiempos críticos o de riesgo. La elaboración del Plan de Compras previo al Plan Operativo permite realizar una mejor programación de flujo del presupuesto. • El análisis adecuado de las necesidades de compras debe vincularse con criterios como la cantidad requerida, la fecha de entrega y la caducidad del producto para no caer en desperdicio de recursos por compras masivas no suficientemente calculadas de acuerdo a dichos criterios. • La realización de compras conjuntas para los objetivos del Proyecto en los cuatro países permite obtener mejores productos sanitarios y no sanitarios en mejores condiciones • La toma de decisiones concertadas en el Comité de Compras multi-país da fortaleza al proceso de adquisiciones debido a que son tenidas en cuenta las sugerencias de los miembros del Comité. • Para la compra de productos sanitarios y no sanitarios se debe poner en contacto con otras experiencias, proyectos o socios para mejorar los procesos de adquisición. • En la estructura organizacional y funcional de un proyecto como PAMAFRO, debe existir un experto que lidere los procesos de logística, lo cual garantiza una gestión adecuada (compras realizadas al 100%, con el mejor precio del mercado) del plan de compras.	• Sistematizar ampliamente la estrategia de Gestión de suministros y adquisiciones y socializar ampliamente las lecciones aprendidas referidas especialmente a: • Elaboración de planes de compras que tienen como punto de de las necesidades de la población (mercado social). • Estimación y programación adecuada de necesidades considerando los tiempos de proceso de compra. • Coherencia entre POA y Plan de compras. • Análisis adecuado de las necesidades. • Compra de productos que se usen y necesiten en los países.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA

Gestión de suministros y adquisiciones

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
• Contar con disponibilidad permanente de recursos y obtener precios competitivos por parte de los proveedores, con economías de escala. • Se han respetado y cumplido los cronogramas de las licitaciones desde la convocatoria hasta la contratación. • Convocatorias participativas y con representación de todos los países para lograr el consenso y la aceptación y las licitaciones internacionales, de acuerdo al monto, a través de procesos transparentes y competitivos. • Ahorro sustancial en las compras de medicamentos, mosquiteros, microscopios y computadoras y la obtención de accesorios (maletines, DVD con instrucciones de correcto uso y mantenimiento, estuches de madera, etc.) sin costo adicional. • Fortalecimiento de la GAS, la adecuación y cumplimiento del Plan de Compras a los requerimientos del FM.		• La sub-estimación de tiempo para el cumplimiento de los cronogramas de los procesos de adquisiciones (licitaciones y otros) afecta las metas del proyecto. Es necesario la estimación y programación adecuada de necesidades considerando los tiempos de proceso de compra, fabricación o entrega, desaduanaje y distribución, y tener claro cuando comenzar una compra para tenerla a tiempo. • Antes de elaborar nuevas bases y para una nueva convocatoria es fundamental la revisión y análisis de las fortalezas y debilidades de procesos anteriores, de tal manera que no se comentan los mismos errores y se aprovechen los aprendizajes obtenidos producto de los aciertos. • Se debe comprar productos que estén usando en los países (pruebas rápidas) o en caso de introducción de nuevos productos considerar el tiempo suficiente para su introducción. Se debe entregar a los MSP el protocolo técnico a partir del inicio de la compra. • Una comunicación oportuna con el FM y la solicitud oportuna de autorización para modificar el Plan Compras ahorra tiempo al proceso de compras y se evitan inconvenientes. • El RP debe contar con un Manual de procedimientos administrativos (logística y otros) tienen que actualizarse y usarse para que sean un referente en el trabajo. • El monitoreo al proceso desde la compra hasta la distribución al usuario, debe realizarse por la misma GAS que además socializa sus avances al equipo técnico. El conocimiento y manejo de las leyes nacionales es un requisito fundamental para realizar los procesos de compra de manera acertada y avalados por las políticas y autoridades de cada país. Con la sistematización de todos estos trámites para entrada y entrega del producto en el país, se facilita el acceso del producto a las comunidades.	

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA

Gestión contable y administrativa

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
• Disponer oportunamente de la información financiera, tener un plan contable, haber alcanzado el fortalecimiento administrativo y contable del ORAS y la transparencia en el manejo de los recursos, lo que se evidencia en los dictámenes sin observaciones de las auditorías. • Tener normas y controles claros. • Tener un responsable de administración y finanzas con el perfil adecuado en la sede central y en cada uno de los países del proyecto. • El trabajo del equipo técnico y administrativo en función del POA. • Llevar una contabilidad propia e internalizar el proceso desde el inicio del Proyecto. • Generación de ingresos adicionales a través de intereses bancarios y la recuperación de IVA, recursos que se pueden utilizar en actividades del Proyecto, así como la generación de ahorros que fueron reprogramados para el desarrollo de otras actividades. • Superar el recorte del presupuesto administrativo para fase II.	Fase I • Problemas en la planificación y ejecución del gasto (casi no hubo gasto en los seis primeros meses); no se tenía capacidad de gasto por varias razones como: a) Bastante tiempo dedicado a la selección de los miembros del equipo, b) Administración del proyecto con limitaciones en la gestión y falta de una estructura administrativa, c) Equipo poco cohesionado. • No haber logrado un registro contable temprano de las autoridades tributarias en cada país del proyecto, por lo cual se tuvo que hacer los registros de operaciones en la sede central, lo que generó dificultades en el registro contable en las oficinas y por ello no tuvieron sus estados financieros desde el principio. • Tener un presupuesto muy elevado en los primeros trimestres del proyecto, ya que técnicamente, la ejecución presupuestaria debería ajustarse a la campana o la curva de GAUS. Esto demuestra que no existe un oportuno control financiero para cada país. Fase II • En la planificación no se calculó el tiempo suficiente para realizar la migración de la plataforma contable y financiera del SISCONT al SAP. • La capacitación para el manejo del SAP se hizo con mucha anticipación antes de iniciar el sistema. El dinero previsto para esta migración no fue bien estimado.	• La puesta en marcha de un sistema contable y financiero multi-país permite actuar en tiempo real y evitar atrasos en los tiempos de ejecución • Para facilitar la transparencia en el manejo de los recursos de un proyecto multi-país, se requiere tener un responsable administrativo idóneo en cada uno de los países que funcione con normas y procedimientos estandarizados. • La entrega oportuna de los reportes al FM contribuye a generar credibilidad y confianza en la gestión de los recursos y eficiencia, siempre y cuando se aproxime al cumplimiento de las metas y una ejecución de recursos en coherencia con las actividades realizadas. • El Receptor Principal debe administrar sus informes contables y no depender de terceros, por razones de ahorro de tiempo y recursos, y disponibilidad oportuna de información.	• Mejorar la planificación de la puesta en marcha del sistema contable y financiero teniendo en cuenta las normas nacionales, la instalación de software y la selección del personal. • Optimizar los procesos con base en la experiencia adquirida.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA

Comunicaciones

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
• Tecnológicamente se cuenta con los equipos y medios para comunicarse con los distintos actores. • Se tienen diferentes canales de comunicación con autoridades, una comunicación fluida y constante con los responsables de la toma de decisiones de los MSP, con el FM y con el ALF. • Coordinación con los MSP, Puntos Focales, el Comité de Compras y, comunicación fluida con el FM y el ALF. • El software de canales endémicos y el Boletín de resultados y afiches es un logro no planificado, que posibilita tener información actualizada sobre la situación de la malaria para tomar decisiones oportunas. • Socialización de los correos electrónicos del FM con todo el equipo PAMAFRO. • Creación y actualización de la página Web, con información actual sobre el enfoque del Proyecto, actividades y resultados obtenidos en la región.	• Algunas sedes que se han instalado en los MSP han estado sujetas a la infraestructura y las capacidades en el manejo y uso de Internet de estas instituciones, lo que ha afectado la comunicación oportuna por esta vía. • Respecto a la tecnología, se reconoce que cuentan con los equipos adecuados, pero no con software en la parte contable, logística y monitoreo.	• Contar con una plataforma tecnológica y epidemiológica adecuada posibilita una comunicación fluida entre los diferentes actores del proyecto, financiadores y otras personas claves. • Una comunicación adecuada con los diferentes actores del proyecto, FM, ALF, MCR, MSP, promueve la participación de estos actores en la implementación conjunta del Proyecto. • Es fundamental mantener una comunicación interna permanente, con coincidencia en la visión, metas y enfoque, entre los integrantes del Proyecto, así como con los representantes de los MSP y socios. • El Proyecto debe considerar fondos para el fortalecimiento institucional en los MSP de modo que se integre a los equipos de conducción nacional, regional y local ; de esta manera se construye sostenibilidad • Un plan de comunicaciones bien formulado desde el inicio del Proyecto, con un responsable, permite determinar los equipos y sistemas necesarios, lo que conlleva a realizar la inversión en equipos y tener mecanismos de comunicación adecuados entre los diferentes actores para el desarrollo de las actividades y la toma de decisiones	• Consideración de recursos para el fortalecimiento institucional en los MSP, el mejoramiento de la plataforma tecnológica y epidemiológica.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA

Monitoreo y Evaluación

LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
- Implementar el sistema de M&E (SIGEME) que ha permitido contar con información oportuna y confiable; esto último hizo que el FM para la segunda fase modificara su requerimiento del Reporte programático trimestral (fase I) a reporte con frecuencia semestral (fase II). - Disminución de indicadores de cobertura contemplados en el tablero del FM, en la primera fase se contaba con 26 indicadores; y para la segunda fase el equipo se concentra en 12 indicadores. - Para rastrear los indicadores lo fundamental ha sido la construcción e implementación de una serie de formatos que permitan la recolección de las evidencias en los países (formatos: registro de capacitaciones, informes de capacitación con evaluaciones, seguimiento de proyectos de control, distribución de mosquiteros y uso, localidades notificantes, uso pruebas rápidas, otros). - Se ha contribuido a valorar la importancia del proceso de M&E en los actores involucrados: MSP, subreceptores, autoridades locales y TCS.	- El proyecto dependió de la información financiera hasta septiembre 2008 de un outsourcing, lo cual hizo que los datos sobre gastos ejecutados de las actividades no estén disponibles a tiempo y por tanto, dificulten el análisis de eficiencia. - La rotación de Técnicos de Monitoreo, en especial en Colombia, ha perjudicado el historial de la oficina, sobre todo de aquellas metas no contempladas en el tablero negociado con el FM. - El principal error en la primera fase fue la concentración en el monitoreo de los indicadores de cobertura y descuidar los de impacto; este error fue evidenciado en los preparativos de la propuesta de la segunda fase. - Falta impulsar metodologías de evaluación de intervenciones de control del proyecto. Para el año 3 y 4 se han iniciado estudios de efectividad de pruebas rápidas, uso y monitoreo de MTILD, estrategia de educación, comunicación y participación	- El equipo técnico administrativo debe valorar el tablero de indicadores que se negociará con el FM. - Un tablero de indicadores con alrededor de 15 indicadores (impacto + cobertura) permite priorizar y concentrar las intervenciones de control de malaria en las áreas priorizadas, y demostrar mejores resultados. - Definiciones y criterios claros sobre la recolección y método de valoración y medio de verificación del indicador son fundamentales para la calidad y confiabilidad de la meta; y por ende la transparencia y confianza a los actores a los cuales se rinde cuentas. - Mecanismos de archivo de información generada por las oficinas son imprescindibles para la continuidad de las actividades y posterior sistematización y evaluación. - Desde el inicio del proyecto se debe definir los modelos de evaluación de efectos de las intervenciones de control de malaria, lo cual permite el mejoramiento de dichas estrategias y contar con los resultados oportunamente. - Aplicar auditorías de calidad de intervenciones que permitan identificar las debilidades en los distintos niveles de reporte y almacenamiento de datos; las acciones de mitigación aplicadas mejorarán los sistemas de notificación y calidad de información.	- En base a la experiencia alcanzada en el PAMAFRO contribuir al fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y evaluación de malaria en los Ministerios de Salud a través de capacitación a los responsables de recolección y registro de datos; documentar la gestión de datos, mejoramiento de software de captura e implementar auditorías de calidad de datos - Alcanzar acuerdos en torno al compromiso de notificar un tablero de indicadores regional que refleje el comportamiento de la enfermedad en la región andina y permita adoptar modelos de control a las autoridades sanitarias - El monitoreo y la evaluación del Proyecto PAMAFRO requiere ser sistematizado para precisar las razones del éxito alcanzado y hacerlas transmisibles en nuevas fases del Proyecto y a los equipos de nuevos proyectos centrados en la prevención y control de la malaria. Además, las capacidades y herramientas de M&E deberán ser transferidas a los Ministerios de Salud.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA-FINANCIERA Monitoreo y Evaluación			
LOGROS	DIFICULTADES	LECCIONES APRENDIDAS	PERSPECTIVAS
Conseguir una gerencia de M&E con liderazgo y equipo capacitado en recolección, análisis y validación de indicadores, que coordinan con los responsables técnicos para el cumplimiento con calidad de las metas.		- Comunicación conjunta de resultados entre PR y Ministerios de Salud y otros socios. - Evaluaciones conjuntas para toma de decisiones generan sostenibilidad. La calidad y veracidad de los medios de verificación, y la definición de estándares de calidad para las actividades de educación, permiten el seguimiento y la toma de decisiones apropiadas para su mejoramiento constante.	El ORAS-PAMAFRO deberá impulsar el fortalecimiento de los sistemas de M&E para malaria de los Ministerios de Salud de la Región Andina a través de capacitación, de mejora en los sistemas informáticos, en caracterización de indicadores, gestión de calidad de datos e implementación de auditorías de calidad de datos.



Este libro se terminó de imprimir
en el mes de Agosto de 2009.
Corporación Gráfica Beylourdes S.A.C
Jr. Pedro Dávalos Lisson 141 Of. 208, Lima 01

Tiraje: 500 ejemplares



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Av. Paseo de la República 3832, 3er. piso, Lima 27, Perú
Central Telefónica (511) 422 6862; 611 3700
www.orasconhu.org