



PLAN NACIONAL DE NICARAGUA EN EL MARCO DEL PLAN MESOAMERICANO PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA MALARIA HACIA SU ELIMINACIÓN

SEPTIEMBRE 2015



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. ANTECEDENTES	4
2.1. Políticas, estrategias y planes implementados	4
3. SITUACIÓN ACTUAL DE MALARIA EN NICARAGUA	5
4. PLAN Y PRESUPUESTO	10
4.1. Matriz para el análisis estratégico	11
• Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes	11
• Manejo integrado de vectores	12
• Diagnóstico y tratamiento de la malaria	12
• Promoción de la causa, comunicación y alianzas y colaboración	13
• Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país	14

1. INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional para Mejorar el Control de la Malaria hacia su Eliminación en Nicaragua se enfocará en intervenciones dirigidas a los municipios interfronterizos con interrupción de la transmisión local de la enfermedad para prevenir su reintroducción, e intervenciones dirigidas a las poblaciones vulnerables caracterizadas por disponer de grupos indígenas, poblaciones móviles (mineros y trabajadores agrícolas). La finalidad de este plan es fortalecer las capacidades locales en vigilancia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento para acelerar los esfuerzos de transición de control a eliminación, así como desarrollar las capacidades de líderes comunitarios, promotores, brigadistas, ColVol y Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida en acciones de prevención, tratamiento y promoción de la malaria. Las bases para la elaboración de este plan nacional se derivan del documento marco del Plan Mesoamericano y del Plan Estratégico Nacional de malaria 2014-2018.

Nicaragua formó parte de la consulta regional en la elaboración del Plan Maestro Mesoamericano para mejorar el control de la malaria y avanzar hacia su eliminación convocada por OPS/OMS, con el soporte financiero y de comunicación con el SMSP y la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional y Desarrollo de México (AMEXCID).

El proceso de elaboración de este plan incluyó: análisis de situación; revisión con los grupos interdisciplinarios de la Dirección General de Vigilancia de la Salud y del Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia (CNDR), revisión con el Comité Técnico Asesor de Malaria (CTAM) y un tercer momento con grupos de trabajo 10 SILAIS seleccionados. Este proceso implicó reuniones presenciales para confirmar las prioridades definidas para este plan nacional en las cuales se revisaron brechas del Plan Estratégico, propuesta de indicadores y las actividades a ejecutar.

Se espera que este plan complemente y refuerce los resultados previstos de los planes anuales operativos que se derivan del Plan Estratégico Nacional 2014-2018 con fondos del tesoro nacional, Fondo Mundial y AMI RAVREDA. El presente documento centra intervenciones en vigilancia, diagnóstico, control vectorial y participación comunitaria en poblaciones vulnerables identificadas como: poblaciones indígenas, poblaciones móviles que se desplazan para atender actividades agrícolas de cultivo de caña de azúcar, café, ganadería, minería, palma africana situadas en zonas fronterizas del corredor norte y sur del país, así como en el corredor norte-central con ecosistema favorable a la transmisión o reintroducción de la enfermedad.

El presente plan contempló las brechas del Plan Estratégico Nacional 2014-2018 teniendo especial cuidado de no duplicar esfuerzos con los donantes y financiadores que actualmente es beneficiado el país.

2. ANTECEDENTES

2.1 Políticas, estrategias y planes implementados

Nicaragua en el marco de los compromisos internacionales ha venido cumpliendo con la meta establecida en el Objetivo 6 de Desarrollo del Milenio, la cual fue alcanzada en el año 2003 reduciendo en más del 75% la carga de la enfermedad. Así mismo, el país ha cumplido con las directrices y metas de la Estrategia y Plan de Acción contra la Malaria en las Américas 2011-2015 OPS/OMS.

El Ministerio de Salud como ente rector y líder viene cumpliendo el mandato de elaborar y ejecutar Planes Estratégicos de Respuesta Nacional desde el año 2008, actualmente está vigente el Plan Estratégico 2014-2018 que contempla las siguientes metas:

1. Cero casos de *P. falciparum* para el 2018.
2. Reducida la reintroducción de casos de malaria en municipios libres de transmisión.
3. A finales del 2018 el IPA es de 0.042 casos positivos x 1000 habitantes.

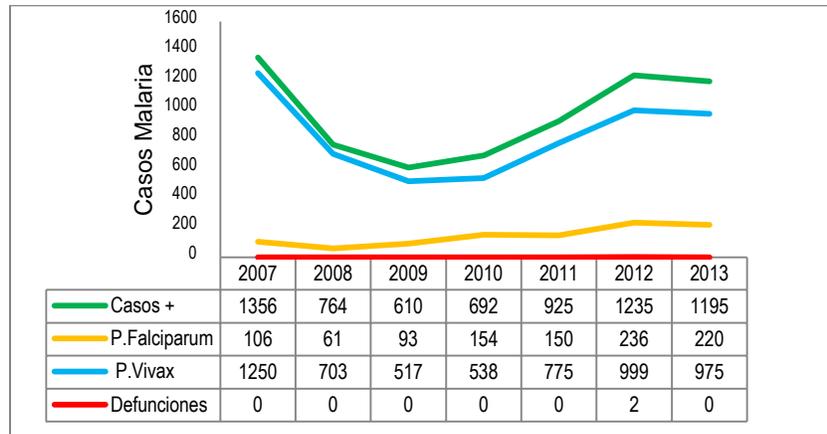
Esta versión del Plan estratégico fue actualizada en el 2014 y toma en consideración las directrices de la *Estrategia y Plan de Acción Sobre la malaria (2011-2015)*, así como la Resolución CD51, la iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la isla la Española (EMMIE) y la *Estrategia Técnica Global (GTS)* del Programa Global de Malaria de la OMS).

Para la implementación del Plan Estratégico Nacional de malaria 2014-2018 el Ministerio de Salud cuenta con la participación y colaboración intersectorial del Comité Técnico Asesor de Malaria (CTAM) en el cual hay representación del Cuerpo Médico Militar, URACCAN, Ministerio de Educación, Ministerio de Gobernación, RETE, OPS/OMS, Fundación San Lucas, NICASALUD así mismo cuenta con el aporte financiero de Fondo Mundial y con la cooperación técnica y financiera de OPS/OMS, de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria (AMI/Amazon Malaria Initiative por sus siglas en ingles), financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

3. SITUACIÓN DE LA MALARIA EN NICARAGUA

En Nicaragua, las acciones realizadas para reducir la carga de morbilidad por malaria han logrado avances sustanciales, disminuyendo la incidencia de la enfermedad en más del 96% en la última década con relación al año 2000, sobrepasando el cumplimiento de la meta de Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 6 para el año 2015.

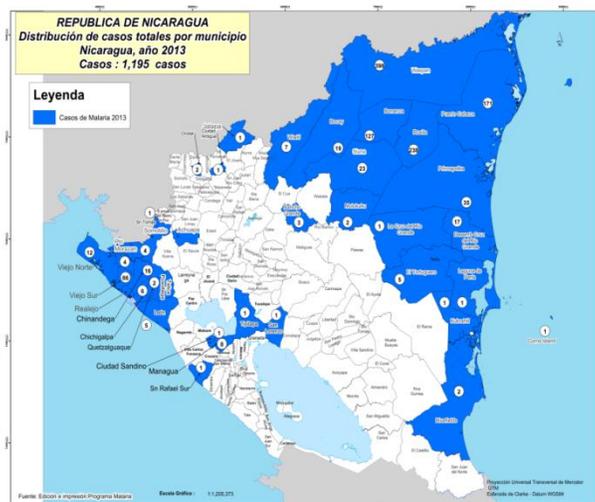
Gráfico 1. Tendencia de la malaria en Nicaragua, 2007-2013



Fuente: SIMALARIA, Ministerio de Salud. 2013.

El país, se encuentra en una etapa favorable para dar inicio al proceso de eliminación de la malaria. El territorio nacional está conformado por un total de 153 municipios, de los cuales un 79% de estos se encuentran actualmente sin transmisión de malaria, razón por la cual requieren de evaluación y monitoreo para iniciar el proceso de certificación.

Gráfico 2. Distribución de casos totales de malaria por municipio. Nicaragua, año 2013



Fuente: SIMALARIA, Ministerio de Salud. 2013

En el año 2011 se notificaron 925 casos de malaria lo que representa una reducción del 75% en comparación con el año 2007 y cero defunciones. De estos, el 17.5 % presentaron malaria por *P. falciparum*. Los años 2010 y 2011 marcan un escenario de deterioro de la tendencia en la reducción de casos de malaria en el país, a expensas de la transmisión activa en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN). En el 2013, se registraron a nivel nacional un total de 1,195 casos de malaria, de los cuales 228 fueron por *P. falciparum*. Los SILAIS de mayor transmisión fueron: Bilwi, con el 50% de los casos del nivel nacional, Las Minas con el 33% y Chinandega con el 10%. Los municipios con mayor transmisión a nivel nacional son: Waspán, con 398 casos positivos, el 33% de los casos totales del país, seguido por Rosita, con 238 casos, el 20% del país. Puerto Cabeza, con 171 casos, el 14% del país, Bonanza, con 127 casos, el 11% y El Viejo (sector sur), con 66 casos, el 6% del país.

Los SILAIS que registraron la mayor transmisión de malaria por *P. falciparum*, fueron: Bilwi, con 84% y Las Minas con 14%, estos dos SILAIS registran el 98% de los casos del nivel nacional por esta especie parasitaria. Siendo los municipios con los mayores índices de transmisión por *P. falciparum*, Waspán con 144 casos (65% del país), Puerto Cabezas con 23 casos (10% del país), Prinzapolka 18 (el 8% del país) y Siuna 15 (el 7% del país). El comportamiento de los indicadores malariométricos en el 2013, fueron: ILP de 0.23, el IPA de 0.19 y el IAES de 8.51.

Gráfico 3. Distribución de casos de *Plasmodium falciparum* por municipio. Nicaragua, año 2013



Fuente: Componente Nacional de Malaria y SIMALARIA, MINSA, 2013.

La mayoría de los casos se reporta en hombres (56% en 2013) los cuales tienen una incidencia ajustada por edad de 0.21 casos por mil hombres en comparación a 0.17 en mujeres en 2013 a nivel nacional. En este mismo año se reportó 16 mujeres embarazadas con malaria con una incidencia de 0.15 casos por mil nacidos vivos, lo cual es casi igual a 0.17 casos por mil mujeres en edad fértil (15-45 años), sugiriendo que las mujeres embarazadas han sido bien protegidas a través de las intervenciones vectoriales en los últimos años. A nivel del país, 53% de los casos fueron reportados en niños y jóvenes menores de 20 años. La incidencia de malaria fue más alta en hombres en edades de 10-14 años y 15-19 años. Esto puede ser debido que la transmisión de malaria es mayor en la población fuera de sus casas durante las primeras horas de la noche. En el RAAN, con mayoría de casos, la incidencia de malaria fue más alta en el grupo de 20-24 años, seguidos por los de 25 a 49 años, aunque las mujeres tenían la incidencia mayor

que los hombres en varios grupos en edades productivas en 2013. Esto evidencia que aunque las actividades económicas son factores de riesgo para los hombres, la transmisión de la malaria dentro de la casa sigue siendo un factor importante.

Gráfico 4. Incidencia de la malaria por grupos de edad y sexo, Nicaragua 2013

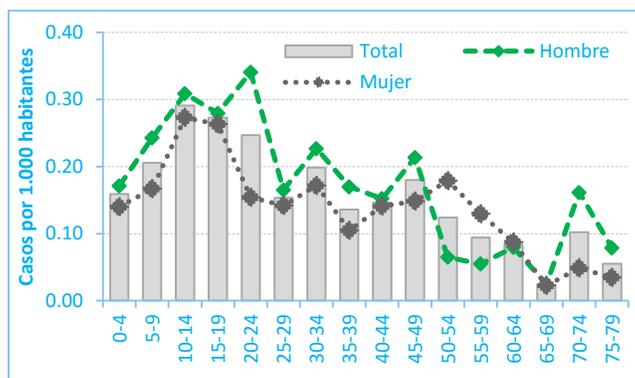
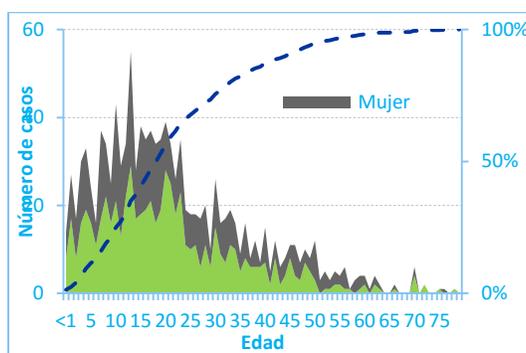


Gráfico 5. Casos de malaria por edad y sexo, Nicaragua 2013



En 2014, los Miskitos fueron más afectados por malaria (43% de casos) debido a que ellos forman la mayor parte de las personas que habitan la zona “La Moskitia Nicaragüense” que reporta el mayor número de casos. Esta área tiene débil acceso al resto del país (las vías área o fluvial son las principales), altos niveles de pobreza, débil desarrollo y limitado acceso a servicios de salud. Junto con “La Moskitia Hondureña”, esta zona reportó 25% de los casos totales de malaria a nivel de Centroamérica en 2013 y 81% de los casos por *P. falciparum* e infecciones mixtas. La cobertura del diagnóstico microscópico es limitada a centros de salud y las pruebas rápidas de malaria no están disponibles en todos los lugares en la zona o a todos los colaboradores voluntarios. Diferentes esquemas de tratamiento en los dos países (0.25 mg/kg de primaquina por *P. vivax* por 14 días en Honduras vs 0.5mg/kg por 7 días en Nicaragua) además de otras normas de tratamiento (tratamiento supervisado en Nicaragua) complican la adherencia al tratamiento. Además, una migración constante entre Miskitos, cruzando la frontera entre Honduras y Nicaragua, hace difícil el seguimiento de los casos.

Anopheles albimanus y *An. pseudopunctipennis*, son los principales vectores incriminados en la transmisión de la malaria. En la época seca o verano en los municipios del Pacífico predomina el *An. pseudopunctipennis* sobre todo en los municipios del Chinandega donde se caracteriza por una alta disposición de criaderos provocados por los cultivos de caña de azúcar. En la época del invierno

predomina el *An. Albimanus* en casi todo el territorio nacional con mayor presencia en los municipios de mayor transmisión. En últimos 3 años no se ha reportado resistencia a los piretroides en el país, especialmente a Etofenprox y Cipermetrina que son los insecticidas más utilizados para rociado y fumigación en el país, usando la metodología de botellas de CDC. Aunque el vector *An. albimanus* es conocido como un vector exofílico, el país no cuenta con los datos sobre los hábitos y horarios de picadura en los últimos años.

Grafico 6. Vigilancia de la sensibilidad de los *Anopheles spp* a los insecticidas, Nicaragua 2012-2014



La investigación de los casos ha mejorado en 2013 y se cuenta con 98% de casos investigados y clasificados respectivamente. De los investigados, unos 8.7% de los casos en 2013 fueron importados de otras partes endémicas del país y 34 casos (2.9%) fueron importados desde Honduras. Sin embargo, se necesita mejorar la calidad de la investigación. Según datos, en un 80% de los casos positivos en 2013, una lámina fue tomada después de 72 horas desde el inicio de los síntomas, mientras que en 76% de los casos el resultado estuvo disponible dentro de 24 horas desde que se tomó una lámina. Dada la realidad actual de la situación en la Moskitia, es poco probable que el acceso al resultado del diagnóstico sea tan rápido. La demora del diagnóstico también se hace compleja por cuanto en las zonas fronterizas de Chinandega, Nueva Segovia y Río San Juan se requiere reforzar las capacidades locales para el control de casos importados de los países vecinos y posibles brotes.

El país se encuentra en fase de control orientado hacia la eliminación de la malaria, no obstante, se enfrenta a nuevos desafíos relacionados a focos activos de transmisión, la gestión de medicamentos en zonas de baja transmisión, la malaria en zonas fronterizas, municipios con persistencia de pobreza y pobreza extrema, dispersión de la población, inaccesibilidad geográfica a unidades de salud, cambio climático, alta migración externa e interna; las que constituyen condicionantes y situaciones especiales que demandan mejora de los mecanismos de vigilancia epidemiológica y vigilancia a la resistencia de los medicamentos antimaláricos, así como también mejorar la capacidad de respuesta para el control de brotes en zonas con transmisión activa en corredores fronterizos.

De acuerdo a la nueva estratificación/clasificación de riesgo adoptada por Nicaragua, en concordancia a los lineamientos de la OPS/OMS, tenemos que la mayoría de los municipios, el 69%, de un total de 153, se encuentran en el estrato 1 (municipios sin casos autóctonos en los últimos tres años), el 26% en estrato 2 (< 1 caso por 1000 habitantes en los tres años) y el 5% en estrato 3 (>1 caso por 1000 habitantes en uno o más de esos años).

Tabla 1. Estratificación de Riesgo por municipios de Nicaragua 2013

Estrato	2009 - 2011	2010 - 2012	2011 - 2013
Estrato 1 (sin casos autóctonos)	81	92	105
Estrato 2 (< 1 caso por 1000 habitantes)	66	53	40
Estrato 3 (>1 caso por 1000 habitantes)	6	8	8
Total	153	153	153

Según el registro de casos de Malaria en Nicaragua en poblaciones vulnerables: poblaciones indígenas, poblaciones móviles que se desplazan para atender actividades agrícolas de cultivo de caña de azúcar, café, ganadería, minería, palma africana situadas en zonas fronterizas del corredor norte y sur del país, así como en el corredor norte-central con ecosistema favorable a la transmisión o reintroducción de la enfermedad, encontramos lo siguiente de acuerdo al Sistema de Información de Malaria (SIMALARIA):

Tabla 2. Casos de malaria en población indígena en los últimos cinco años

Años	2010	2011	2012	2013	2014
Casos	555	736	791	735	319

Tabla 3. Casos de malaria en mujeres embarazadas en los últimos cinco años

Años	2010	2011	2012	2013	2014
Casos	0	4	16	13	17

Tabla 4. Casos de malaria en áreas fronterizas en los últimos cinco años

Años	2010	2011	2012	2013	2014
Casos	511	655	497	512	319

Tabla 5. Poblaciones en actividades agrícolas

Año	Poblaciones cautivas	Población
2014	Actividades azúcar	105,000
	Actividades recolección Café	137,000
	Palma Africana	750
	Minería	2,650
	Madereros	625

Se necesita mejorar la actualización y calidad del dato en las poblaciones vulnerables de los sistemas de vigilancia y la notificación de casos nominales, incluyendo información que pueda ayudar a la recolección de estos datos lo que limita el análisis.

4. PLAN

El objetivo de este plan es mejorar el control de la malaria para acelerar hacia la eliminación de la transmisión local de la enfermedad en poblaciones vulnerables, así como el fortalecimiento de la vigilancia para prevenir la reintroducción de la enfermedad en los territorios libres de Malaria, complementando otros esfuerzos y proyectos en la Subregión Mesoamericana.

La elaboración del presente plan se basó tomando como referencia el Plan Nacional de Salud, el Plan Estratégico Nacional de Malaria 2014-2018, así como consultas a la *Estrategia y Plan de Acción Sobre la malaria (2011-2015)*, la Resolución CD51, la iniciativa para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la isla la Española (EMMIE) y la *Estrategia Técnica Global (GTS)* del Programa Global de Malaria de la OMS), además de la Iniciativa Amazónica contra la Malaria (AMI/Amazon Malaria Initiative por sus siglas en inglés).

Igualmente, se ha tomado en cuenta la actual Nota conceptual de malaria presentada al Fondo Mundial en el mes de Abril del presente año, con el fin de no sobreponer eventos y acciones en los mismos territorios tomando en cuenta las líneas estratégicas en ambos proyectos.

La consulta de los anteriores documentos sirvió para definir las metas, objetivos y actividades propuestas en el Plan Nacional de Nicaragua en el marco del Plan Mesoamericano para mejorar el control de la Malaria orientado hacia la eliminación de la transmisión de la enfermedad.

Es importante mencionar que Nicaragua para el abordaje de la salud en las poblaciones vulnerables ha realizado esfuerzos importantes en los últimos años para el abordaje intercultural de la salud, tomando en cuenta los diferentes contextos a nivel de país, la presencia de diferentes etnias, culturas y lenguas.

Sin embargo, continuamos observando como la malaria se concentra principalmente en estas poblaciones y las dificultades existentes para su abordaje. Es por esto que el presente Plan vendrá a complementar los esfuerzos que se han realizado hasta el momento actual, pero igualmente pretende abordar las poblaciones móviles internas que se movilizan en el país por razones de actividades agrícolas, minerías, recolección de café y zafras azucareras. Cabe destacar que las intervenciones descritas en este plan reflejan intervenciones a reforzar con brechas no cubiertas en el Plan Estratégico de Malaria 2014-2018 con los donantes que mayormente han apoyado la respuesta nacional de control de la malaria tales como Fondo Mundial y AMI RAVREDA.

Las metas establecidas en el presente Plan han sido definidas por líneas de acción y grupos de poblaciones vulnerables lo que se refleja en las metas establecidas y en los planes nacionales. Los componentes del Plan de Nicaragua son los siguientes:

1. Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.
2. Manejo integrado de vectores.
3. Diagnóstico y tratamiento de la malaria.
4. Promoción, comunicación, alianzas y colaboraciones.
5. Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, monitoreo y evaluación; investigaciones operacionales; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país

4.1 Matriz para el Análisis Estratégico: Estrategia Mesoamericana para abordar la Malaria en Poblaciones Vulnerables

Meta: Facilitar la realización de actividades que contribuyan a la eliminación de la malaria en Poblaciones Vulnerables

COMPONENTES DE ESTRATEGIA (REGIONAL)	Problemas / Desafíos	Soluciones / actividades propuestas	Recursos / oportunidades existentes (i.e. humano, técnico, estructuras, programas, financiamiento, otras)	Costos (En USD)
<p>Prevención, vigilancia y detección temprana de la malaria y contención de brotes.</p>	<p>Sistema de conectividad en línea no alcanza el 100% de los municipios lo que limita el flujo, envío de información de malaria en tiempo real. (SILAIS y municipios fronterizos y SILAIS con poblaciones móviles)</p> <p>Los SILAIS Jinotega, Matagalpa: concentran poblaciones móviles de trabajadores agrícolas para recolección de café.</p> <p>Los SILAIS Chinandega, Nueva Segovia, Rivas y Río San Juan: concentran poblaciones móviles por ser SILAIS fronterizos.</p> <p>SILAIS León por concentrar poblaciones móviles de riesgo en minería.</p> <p>SILAIS Boaco: por ser un corredor de tránsito entre SILAIS de alta transmisión y SILAIS de baja transmisión con población de alto riesgo en actividades agrícolas y de ganadería que se movilizan entre ambos territorios.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación a 150 recursos de salud en el Sistema de Información Nominal en los SILAIS de Jinotega, León, Matagalpa, Boaco, Nueva Segovia, Chinandega, Rivas, Río San Juan. 2. Capacitación a 160 recursos de salud eliminación de malaria con énfasis en la identificación y control de “focos” en los municipios del estrato II y III. 3 Asesoría técnica para caracterización de focos. 	<p>Existe una plataforma o software de registro nominal de casos de malaria conocido vinculado al Sistema Nacional de Estadísticas.</p>	<p>30,000 \$</p>

Manejo integrado de vectores	Limitados conocimientos a nivel de SILAIS seleccionados que concentran poblaciones móviles e interfronterizas y municipios sobre el Manejo Integrado de Vectores.	Capacitación a 300 recursos de salud sobre el Manejo Integrado de Vectores a nivel de SILAIS y Municipios de los Estratos II y I.	Existe voluntad política y fortalezas creadas para optimizar los beneficios del MIV	30,000 \$
Diagnóstico y tratamiento de la malaria Garantizar el control de calidad del diagnóstico.	Limitado sistema de garantía de calidad de diagnóstico de malaria. (SILAIS y municipios fronterizos) Limitada cobertura del diagnóstico de la malaria en zonas rurales, poblaciones móviles y migrantes y áreas de difícil acceso, para lograr un diagnóstico oportuno, evitar el tratamiento de casos sospechosos de malaria (sin un diagnóstico parasitológico), ofrecer un tratamiento oportuno y de calidad, y poder interrumpir de forma eficiente la cadena de transmisión	Completar capacitación en el sistema de garantía de calidad del diagnóstico de malaria en Jinotega, León, Matagalpa, Boaco, Rivas, Río San Juan, Nueva Segovia, Chinandega, y RAAS. Adecuar la red de microscopía en las zonas donde haya factibilidad (recurso humano y de infraestructura). Implementación de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDRM) en grupos/áreas de difícil acceso, a fin de garantizar que todos los casos sospechosos de malaria reciban una prueba diagnóstica (compra de PDRM)	Recursos nacionales con capacidades creadas para desarrollar esta actividad	20,000 \$ 30,000 \$ 40,000 \$

	de la malaria.	Recibir asistencia técnica para el control de calidad del diagnóstico microscópico (capacitación y certificación de técnicos microscopistas y/o personal técnico encargados de la toma de muestras (extendido y gota gruesa y PDRM), Estrato I.		25,000 \$
	Mejorar el control de calidad del diagnóstico y la realización de las pruebas de panel para la evaluación del desempeño, y la evaluación de las pruebas de diagnóstico rápido (PDRM) para garantizar un diagnóstico de calidad.	Capacitaciones y reuniones de trabajo con personal técnico de laboratorio, SILAIS y municipios del Estrato I.	Recursos nacionales con capacidades creadas para desarrollar esta actividad.	35,000 \$
	Incluir al sector privado de servicios de laboratorio en la participación en la garantía de calidad del diagnóstico de malaria.	Capacitaciones y reuniones de trabajo con personal técnico de laboratorios privados de los SILAIS y municipios		15.000 \$
Promoción de la causa, comunicación y alianzas, y colaboración	Mejorar la aceptación y uso de mosquiteros impregnados con insecticidas en poblaciones indígenas de Waspan, Puerto	Desarrollar iniciativa de abordaje intercultural en comunidades pilotos	Documento técnico de Consulta Regional intercultural en Waspan, Prinzapolka y Puerto Cabezas.	10,000 \$

	Cabezas y Prinzapolka. Mejorar el acceso al diagnóstico y tratamiento en poblaciones indígenas.	para promover diagnóstico temprano, tratamiento completo y uso de MTILD.		
Fortalecimiento de los sistemas de salud; planificación estratégica, seguimiento y evaluación; investigaciones operativas; y fortalecimiento de la capacidad a nivel de país	Limitadas capacidades gerenciales en la gestión de programas a nivel nacional, SILAIS y municipios.	Capacitar sobre planificación estratégica, monitoreo y evaluación a nivel nacional y SILAIS.	Este componente ha sido abordado con financiamiento de Fondo Global en años anteriores pero se requiere actualizar y aplicar en contexto de gerencia para acelerar la eliminación de la enfermedad.	40,000 \$
		Diplomado en Epidemiología de Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. SILAIS del país.		25,000 \$
	Lograr el empoderamiento de la población en relación a la prevención de la malaria, mediante el mejoramiento del conocimiento de la enfermedad, percepción de riesgo, y la participación comunitaria en actividades de prevención y control de la enfermedad.	Organizar reuniones en los niveles locales con los componentes de malaria, médicos de atención primaria en salud, colaboradores voluntarios y representantes de las poblaciones vulnerables (médicos		30,000 \$

		<p>tradicionales y representantes claves de la comunidad) para evaluar las medidas de prevención actualmente utilizadas, aceptación y adherencia de la población.</p> <p>Apoyar al país para el fortalecimiento de la red de colaboradores voluntarios. Estrato I. Suministro de materiales para toma de gota gruesa.</p> <p>Apoyar al país en la organización de Jornadas de Participación Comunitaria (mediante campañas publicitarias, uso de radio y otros medios de comunicación de forma culturalmente apropiada). Plan de medios de comunicación.</p>		<p>30,000 \$</p> <p>50,000 \$</p>
Total				410,000 \$