



Aceleración de la eliminación de la malaria mediante la incorporación de PDR en los sistemas institucionales y comunitarios

Documento técnico regional
Sistematización de experiencia IREM (2020–2024)

Autores:

Daniela Salas¹

Carlos Tumbaco²

Keith H. Carter³

¹ Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM)

² Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

³ Asesor Técnico Regional

Washington, D.C.

2025

Aceleración de la eliminación con la incorporación de PDR en los sistemas institucionales y comunitarios

Contenido

Resumen	3
Introducción/antecedentes	3
Objetivo de la sistematización	6
Contexto de la experiencia	7
Descripción de la experiencia	8
Resultados obtenidos	9
Factores facilitadores y limitantes	11
Lecciones aprendidas	11
Recomendaciones	13
Conclusiones	14
Bibliografía	15

Aceleración de la eliminación con la incorporación de PDR en los sistemas institucionales y comunitarios

Daniela Salas, Keith Carter

Resumen

La incorporación y expansión de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en los sistemas institucionales y comunitarios ha sido una de las intervenciones más estratégicas para acelerar la eliminación de la malaria en los países de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM). Esta experiencia transformó la forma en que se aborda el diagnóstico, permitiendo llevarlo a las comunidades más remotas, especialmente aquellas con limitaciones de acceso a microscopía. Entre 2019 y 2024, se pasó de menos de 200,000 pruebas anuales a más de 600,000, gracias a la instalación de más de 6,000 puntos diagnósticos comunitarios operados por Colaboradores Voluntarios (ColVol) y al respaldo técnico de OPS y BID. Esta intervención logró reducir significativamente el tiempo entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento, optimizando la respuesta sanitaria y mejorando la vigilancia epidemiológica en territorios de alta transmisión. El modelo, basado en planificación territorial, microestratificación y participación comunitaria, ha demostrado ser replicable y sostenible, fortaleciendo la integración de las comunidades al sistema de salud. La experiencia demuestra que la innovación tecnológica, sumada a voluntad política y gobernanza local, puede transformar radicalmente el acceso diagnóstico y acelerar la eliminación de enfermedades transmisibles como la malaria.

Introducción/antecedentes.

A lo largo de las últimas décadas, Centroamérica ha experimentado avances notables en la reducción de la carga de malaria, resultado de una combinación de esfuerzos nacionales e internacionales, políticas públicas, y la integración progresiva de herramientas diagnósticas y terapéuticas innovadoras. Sin embargo, estos logros no han sido homogéneos en toda la región. Persisten zonas de transmisión activa y focos residuales que representan un desafío significativo para alcanzar la meta de eliminación de la enfermedad. La variabilidad en la presentación de casos malaria refleja una compleja interrelación de factores geográficos, socioeconómicos, culturales y epidemiológicos, que subraya la necesidad de intervenciones adaptadas a cada contexto.

En este escenario, la implementación de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) tanto en los sistemas de salud institucionales como en los comunitarios surge como un mecanismo esencial para acelerar el camino hacia la eliminación de la malaria. No se trata únicamente de añadir un componente técnico más, sino de replantear la forma en que los sistemas de salud responden a

la enfermedad, logrando una integración armónica entre la vigilancia epidemiológica, la capacidad de respuesta a brotes y la participación activa de las comunidades.

Desde 2010 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda utilización de pruebas diagnósticas para todos los casos sospechosos de malaria, esta directriz marcó un punto de inflexión, impulsada por dos factores determinantes, la reducción de la incidencia de malaria en la mayoría de los países endémicos y la creciente disponibilidad de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) de malaria con calidad certificada. Estas pruebas revolucionaron la capacidad de diagnóstico al permitir la confirmación de casos en múltiples entornos fuera del laboratorio, incluso en manos de agentes de salud comunitarios, disminuyendo la carga de trabajo generada por el uso de la microscopía, cuya disponibilidad y calidad eran limitadas en la mayoría de los países endémicos. En paralelo, la OMS, junto con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Fundación para Nuevos Diagnósticos Innovadores, el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, la Iniciativa contra la Malaria del Presidente de los Estados Unidos y otras organizaciones, lideraron la implementación global de las PDR proporcionando recursos clave: directrices para su adquisición, almacenamiento y transporte, materiales de capacitación y herramientas para el aseguramiento de la calidad. Durante la última década, la amplia disponibilidad de estas pruebas, simples pero confiables, ha impulsado transformaciones sustanciales en la estrategia de control de la malaria, mejorando la vigilancia epidemiológica, incrementando el número de casos sospechosos evaluados y optimizando el manejo de las enfermedades febriles tanto en los centros de salud como en los hogares, a través de la labor directa de los trabajadores de salud comunitarios.

Las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) se han consolidado como una de las innovaciones más importantes en la lucha contra la malaria. Esta herramienta permiten detectar antígenos específicos del parásito Plasmodium en una pequeña muestra de sangre, generando resultados confiables en menos de 20 minutos y sin requerir infraestructura de laboratorio avanzada. Esta inmediatez representa un cambio de paradigma, las PDR acercan el diagnóstico a las comunidades, superando una de las principales barreras la eliminación de la malaria que es el acceso oportuno al diagnóstico, especialmente en contextos donde la microscopía tradicional es limitada por la falta de personal capacitado, recursos o equipos.

En el marco de la estrategia de Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R) impulsada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las PDR se reconocen como un componente esencial. Al permitir confirmar casos sospechosos de malaria directamente en el punto de atención, desencadenando una respuesta inmediata en el terreno, lo que acelera la administración del tratamiento y la interrupción de la transmisión. En términos operativos, las PDR complementan a los sistemas convencionales de diagnóstico como la microscopía, al ampliar la cobertura y reducir el intervalo entre la aparición de síntomas, la confirmación del caso y el inicio del tratamiento.

La incorporación de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) ha transformado la forma en que se aborda la malaria en zonas remotas, al contribuir de manera decisiva en el acceso al diagnóstico inclusive en las áreas más remotas, descentralizando el diagnóstico de los laboratorios y permitiendo que los servicios de salud actúen con mayor celeridad frente a los casos confirmados. Su implementación ha sido clave para descentralizar los servicios de diagnóstico, algo crucial en comunidades rurales y de difícil acceso donde la microscopía óptica no siempre es factible. Esta descentralización garantiza diagnósticos incluso en lugares apartados y fuera de horarios regulares, cuando los microscopistas no están disponibles. En entornos con recursos limitados, su uso resulta esencial: ofrecen un diagnóstico fiable y oportuno, facilitando la detección y el tratamiento rápido.

En la estrategia global de eliminación de la malaria, las PDR se posicionan como una herramienta invaluable, su buen uso y efectividad están fuertemente influenciadas por una supervisión adecuada, los agentes comunitarios y unidades de salud deben estar capacitados no solo para la correcta aplicación de las pruebas, sino también para la gestión y envío de muestras, así como para el reporte preciso de la información. La integración efectiva de las PDR en los sistemas de salud nacionales requiere un marco operativo sólido, que defina los procesos de implementación, protocolos de capacitación y mecanismos de control de calidad, esto incluye directrices claras sobre adquisición, gestión y distribución, así como sobre la evaluación de su desempeño y la respuesta ante posibles deficiencias.

Este enfoque cobra aún más relevancia ante la escasez global de expertos en morfología parasitológica; las PDR han permitido mantener la capacidad diagnóstica en áreas con pocos microscopistas, asegurando que los programas de malaria puedan sostener sus metas de eliminación. Su versatilidad también ha ampliado la capacidad para detectar diversas especies de Plasmodium, aunque la especificidad de la prueba puede variar según el antígeno diana y la especie predominante en la región.

La implementación de las Pruebas de Detección Rápida (PDR) debe ir acompañada de mecanismos robustos de monitoreo y evaluación, que no solo aseguren su correcta aplicación, sino que también permitan adaptar su uso a las condiciones epidemiológicas cambiantes de cada región. Estas pruebas no solo son útiles en contextos de alta transmisión, sino que desempeñan un papel crucial en la identificación de infecciones de baja densidad y casos asintomáticos, que a menudo actúan como reservorios silenciosos de transmisión en áreas endémicas. Garantizar la disponibilidad continua de las PDR y capacitar adecuadamente a los actores encargados de su uso es esencial para cortar la cadena de transmisión y evitar que estos casos pasen desapercibidos y perpetúen el ciclo de la enfermedad.

La eliminación total de la malaria en la región requiere de un enfoque integral, articulado y sostenido en el tiempo, que combine la detección temprana de casos con una respuesta rápida, particularmente en el contexto actual donde la resistencia a antimaláricos como la artemisinina comienza a emerger como una amenaza seria. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno

no solo reducen la morbilidad y mortalidad, sino que además previenen complicaciones, disminuyen la transmisibilidad del parásito y evitan brotes epidémicos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha reiterado que el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento son pilares fundamentales para alcanzar y sostener la eliminación del paludismo en las Américas. La estrategia de Detección, Tratamiento, Investigación y Respuesta (DTI-R), promovida por la OPS, se apoya en esta premisa, reconociendo que los seres humanos son el principal reservorio del parásito, y que cada caso detectado y tratado representa un paso firme hacia la interrupción de la transmisión.

Más allá del componente clínico, esta estrategia aboga por fortalecer las capacidades locales para la microplanificación y la toma de decisiones basada en evidencia. Esto implica adaptar las intervenciones a la dinámica epidemiológica específica de cada comunidad, una necesidad crítica en la región centroamericana donde la transmisibilidad es altamente heterogénea. La inclusión de herramientas innovadoras como las PDR permite que esta adaptación sea operativamente viable y eficiente.

La incorporación de las PDR en la lucha contra la malaria representa más que una mejora tecnológica; implica una reconfiguración del modelo de intervención, descentralizando las acciones de control y acercando los servicios a las comunidades. Este enfoque es particularmente relevante para poblaciones históricamente marginadas o de difícil acceso, como las comunidades indígenas, rurales o en movilidad, donde los servicios formales de salud enfrentan limitaciones logísticas o estructurales significativas.

La adopción de las PDR en los sistemas institucionales y comunitarios de Centroamérica ha demostrado ser un catalizador clave para acelerar el camino hacia la eliminación de la malaria. Al facilitar la detección precoz, garantizar una respuesta inmediata, fortalecer el papel de los actores comunitarios y consolidar la articulación institucional, la región se encuentra mejor posicionada para erradicar de forma definitiva una enfermedad que durante siglos ha afectado el desarrollo humano y social de sus poblaciones. Convertir este objetivo en una realidad sostenible es posible si se continúa invirtiendo en innovación, equidad y gobernanza sanitaria.

Objetivo de la sistematización

Impulsar la aceleración del proceso de eliminación de la malaria mediante la incorporación estratégica y sostenible de la Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en los sistemas institucionales de salud y en las redes comunitarias, garantizando el acceso oportuno al diagnóstico, fortaleciendo la vigilancia local y mejorando la capacidad de respuesta en los focos de transmisión.

Contexto de la experiencia

La Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) surge en un momento clave para la salud pública en América Latina y el Caribe, cuando la región enfrentaba desafíos persistentes en la eliminación de la malaria a pesar de avances técnicos, institucionales y financieros logrados en décadas anteriores. En este escenario, Centroamérica, República Dominicana y la región del Pacífico de Colombia enfrentaban una situación epidemiológica caracterizada por la coexistencia de territorios en diferentes fases de eliminación: algunos en control avanzado, otros en reemergencia y otros con transmisión activa sostenida. Esta diversidad planteaba un desafío doble: evitar retrocesos y, al mismo tiempo, acelerar las estrategias adaptadas para cortar definitivamente la transmisión.

Desde el punto de vista social, muchas de las poblaciones afectadas son indígenas, afrodescendientes, ubicadas en zonas rurales de muy difícil acceso, con infraestructuras de salud limitadas y flujos migratorios intensos. La pobreza estructural, el aislamiento geográfico, y la débil presencia institucional profundizaban las barreras para acceder a diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado. Políticamente, la malaria había dejado de ser una prioridad visible en muchos países tras años de baja incidencia, lo que generaba debilidad en los presupuestos nacionales, fragmentación de estrategias y dependencia de la cooperación internacional para sostener acciones clave.

En ese entorno, la estrategia DTIR (Diagnóstico, Tratamiento, Investigación y Respuesta) impulsada por la OPS/OMS y respaldada por el BID a través de la IREM, se posicionó como una hoja de ruta innovadora para transformar los sistemas nacionales de malaria. Uno de los componentes centrales de esta estrategia fue la reorganización de las redes de diagnóstico mediante la expansión progresiva y estratégica del uso de Pruebas de Diagnóstico Rápida (PDR), con el objetivo de eliminar la dependencia exclusiva de la microscopía y garantizar la confirmación de todos los casos sospechosos, incluso en territorios remotos.

La necesidad de esta intervención surgió de un diagnóstico regional claro: la red de diagnóstico basada en microscopía no lograba cubrir los territorios de transmisión activa de manera oportuna ni suficiente. En muchos municipios endémicos, los pacientes debían recorrer largas distancias para acceder a una prueba diagnóstica, lo que resultaba en retrasos en el inicio del tratamiento, aumento de las complicaciones clínicas, continuidad en la cadena de transmisión y subregistro de casos. Esta situación se agravaba en contextos de movilidad poblacional, como en las zonas fronterizas o en los corredores migratorios como el Darién entre Colombia y Panamá.

A nivel institucional, la implementación de PDR requirió una revisión normativa en la mayoría de los países. En muchos casos, los marcos regulatorios no contemplaban que personal no profesional (como los Colaboradores Voluntarios - ColVol) pudiera realizar pruebas diagnósticas ni administrar tratamientos. Fue necesario trabajar de forma articulada con los Ministerios de

Salud para adecuar protocolos, manuales de funciones y guías operativas, abriendo el camino a un nuevo modelo de gestión comunitaria de la malaria. Este cambio normativo representó una transformación cultural e institucional profunda, al reconocer el rol activo de las comunidades en la vigilancia y atención de enfermedades transmisibles.

La intervención desarrollada por IREM entre 2019 y 2024 puede definirse como una política regional de descentralización del diagnóstico de malaria, que tuvo como producto principal la instalación de una red de diagnóstico comunitario basada en PDR, integrada formalmente al sistema de salud. Esta red está conformada por más de 6,000 puntos diagnósticos comunitarios que utilizan PDR como primera línea diagnóstica.

El proceso de implementación se desarrolló en múltiples fases y se adaptó a los contextos nacionales, liderado por los Ministerios de Salud de cada país. En una primera fase (2019–2020), se realizó un mapeo de las redes existentes, identificación de vacíos geográficos, revisión de normativa, y diseño de instrumentos operativos y de capacitación. En la segunda fase (2021–2022), se desarrollaron procesos masivos de formación de ColVol, adquisición de insumos, adecuación logística y puesta en marcha progresiva de la red. Finalmente, entre 2023 y 2024, se consolidó el modelo con la expansión a territorios de alta transmisión, integración de los registros de PDR en los sistemas de información nacionales, y fortalecimiento de la microplanificación territorial con base en la evidencia generada por los diagnósticos comunitarios.

Descripción de la experiencia

La ampliación del uso de PDR para mejorar el acceso diagnóstico, se enmarcó en la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) en países de Mesoamérica y la región del Caribe. Esta intervención surgió como respuesta a la necesidad urgente de acercar los servicios de diagnóstico y tratamiento a comunidades rurales, indígenas y de difícil acceso, donde la cobertura de microscopía era limitada y la carga de malaria permanecía activa o emergente.

Este impulso fue concebido como una solución operativa y comunitaria para superar las barreras estructurales que impedían el diagnóstico oportuno. Su objetivo principal fue reducir el tiempo entre la aparición de los síntomas y el inicio del tratamiento antimalárico, mediante la incorporación masiva de las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) en las redes de atención primaria y en manos de colaboradores comunitarios (ColVol). Esta estrategia respondió a un problema concreto: la subdetección de casos febriles por falta de puntos de diagnóstico accesibles y la persistencia de focos de transmisión no identificados a tiempo.

La propuesta de la ampliación de diagnóstico con PDR fue progresivo y colaborativo. Inició con una etapa de planificación técnica impulsada por los Ministerios de Salud con apoyo técnico de OPS, y el equipo regional de IREM. Se realizaron diagnósticos operativos de redes existentes, identificación de vacíos territoriales y revisión de marcos normativos que permitieran habilitar la

participación comunitaria. Esta fase de diseño tomó entre 6 y 9 meses por país, incluyendo consultas técnicas, validación interinstitucional y desarrollo de instrumentos operativos (protocolos, manuales, formatos de registro).

Posteriormente, en la fase de implementación, se desarrollaron procesos de formación de ColVol, capacitación a establecimientos de salud, distribución de insumos, reorganización de rutas logísticas de distribución de PDR, y supervisión técnica. Las pruebas se aplicaron inicialmente en localidades priorizadas por microestratificación, incorporando paulatinamente más puntos diagnósticos. Esta etapa se extendió por al menos tres años, en ciclos anuales de expansión y ajuste operativo.

Entre los actores involucrados destacan los Ministerios de Salud, las oficinas de OPS en cada país y equipos técnicos de IREM. A nivel local, se integraron líderes comunitarios, personal de salud y redes de ColVol, cuya formación y acompañamiento continuo fueron pilares de la estrategia.

Durante su implementación, se invirtieron recursos significativos, aunque variables por país. En promedio, el 15% del presupuesto nacional del componente malaria fue destinado a la expansión diagnóstica con PDR, incluyendo adquisición de pruebas, logística, formación, supervisión y análisis. En términos aproximados, esto representó entre 200.000 y 500.000 USD por país por año, financiados en su mayoría por cooperación internacional y contrapartida local.

Los beneficiarios indirectos fueron los sistemas de salud locales, que vieron fortalecida su capacidad de vigilancia y respuesta oportuna. Las entidades que más utilizan actualmente los productos de esta experiencia son los programas de malaria, unidades de epidemiología y redes comunitarias, que han institucionalizado el uso de PDR como estándar operativo.

Resultados obtenidos

La ampliación del uso de Pruebas de Detección Rápida (PDR) en el marco de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) ha generado una serie de resultados tanto cuantitativos como cualitativos, consolidándose como una experiencia transformadora en el acceso diagnóstico en Mesoamérica, la región del Pacífico de Colombia y República Dominicana. Uno de los cambios más notorios ha sido el incremento sostenido en la cobertura diagnóstica. En 2021, se registraron 101.892 pruebas de PDR; en 2023, esta cifra ascendió a 600.623. Este crecimiento se explica, en gran parte, por la incorporación de más de 4,470 puntos diagnósticos comunitarios y de establecimientos de salud realizando diagnóstico con PDR.

Tabla 1. Reporte de uso de PDR por país

Año	República Dominicana	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Belice	Costa Rica	El Salvador	Colombia
2019	55.000	61.275	18.754	28.063	3.954			0	11.935
2020	7.570	16.000	10.350	56.397	7.782	114	3.647	0	9.663
2021	26.839	-	14.609	6.639	17.239	7.278	12.383	0	16.905
2022	28.243	73.000	21.532	5.747	29.319	16.299	20.093	0	27.612
2023	46.009	34.547	48.347	312.290	44.446	6.864	47.461	0	60.659

Fuente: Reporte Mundial de Malaria, OMS 2024

Los datos regionales muestran una mejora sustancial en la cobertura, en 2019 la región apenas alcanzaba las 200,000 PDR anuales, para 2023 este número se ha triplicado, superando las 600,000 pruebas realizadas, con una red diagnóstica comunitaria que alcanza más de 6,000 colaboradores activos. Cabe señalar que El Salvador y Belice fueron certificados de haber la malaria por la OMS en los años 2021 y 2023 respectivamente sin el uso amplio de las PDR. Belice comenzó su implementación en los años previos a la eliminación para reforzar la búsqueda entre casos sospechosos en 2020 y El Salvador inicio el uso con el mismo fin en 2024.

A continuación, se detallan los hitos más relevantes por año:

- 2019: La estrategia de uso de PDR estaba en fase inicial. Guatemala (61.275), República Dominicana (55.000) y Nicaragua (28.063) encabezaban el uso, mientras que países como Panamá (3.954) y Colombia reportaba (11.935) reportaban un uso más limitado de las pruebas. El Salvador, Costa Rica y Belice no realizaban uso de PDR.
- 2020: A pesar de las dificultades operativas generadas por la pandemia de COVID-19, se mantuvo la expansión de la red diagnóstica comunitaria. Nicaragua duplicó su cobertura (56.397), Panamá pasó de 3.954 a 7.782. Costa Rica (3.647) y Belice (114) reportaban el uso de PDR por primera vez.
- 2021: Se registraron 101.892 PDR realizadas en la región. Honduras, por ejemplo, alcanzó 14.609 pruebas, Panamá 17.239 y Costa Rica 3.547. Este año se fortalecieron las capacidades operativas a nivel comunitario organizando el trabajo post COVID-19.
- 2022: La implementación alcanza una nueva escala. Costa Rica triplicó su cobertura, pasando de 3.547 a 20.093 pruebas; Panamá alcanzó 29.319; Nicaragua superó las 56.000 PDR; y Colombia avanzó hasta 27.612.
- 2023: Se consolida la implementación del uso de PDR con 600.623 PDR realizadas, el mayor número registrado históricamente por la región IREM. Destacan Nicaragua con

312.290 PDR, Costa Rica con 101.346, Colombia con 60.659, Guatemala con 48.000, República Dominicana con 46.009 y Panamá con 44.446. Honduras, aunque con menor cobertura (14,143), logró mantener una red activa en zonas críticas como Gracias a Dios y Colón. Este año Costa Rica imprimió la estrategia de ColVol a nivel nacional acercado el diagnóstico a las comunidades.

- 2024: Nicaragua reportó 170.000 pruebas realizadas, Costa Rica consolidó su red comunitaria con 63.595 PDR, mientras que Guatemala alcanzó 58.000 y República Dominicana registró 61.142 pruebas. Panamá mantuvo una cobertura con 41.930 PDR y Colombia con 60.659 en establecimientos de salud y 57.000 realizadas por los ColVol.

Factores facilitadores y limitantes

Entre los factores facilitadores más relevantes destacan el respaldo político de los Ministerios de Salud, el acompañamiento técnico continuo de OPS y la cooperación internacional, así como la alta aceptación comunitaria hacia los ColVol como figuras de confianza. Sin embargo, también se enfrentaron limitaciones importantes. Entre ellas, los desafíos logísticos para distribuir PDR en zonas de difícil acceso, la rotación del personal técnico, la resistencia institucional inicial al cambio de rol de los ColVol y las limitaciones presupuestarias para mantener incentivos y supervisión constante. Estas dificultades fueron abordadas mediante ajustes normativos, alianzas locales, procesos de sensibilización institucional y estrategias de formación continua.

El contexto geográfico, social y político también influyó. En zonas con mayor cohesión comunitaria y redes sociales fuertes, la implementación fue más fluida. Por el contrario, en regiones con alta movilidad humana o conflictos locales, la sostenibilidad operativa se vio comprometida. A pesar de estos desafíos, la ampliación del uso de PDR logró mantenerse activa, demostrar resultados concretos y sentar las bases para un modelo regional replicable de acceso diagnóstico descentralizado.

Lecciones aprendidas

El proceso de incorporación y expansión del uso de las Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en los sistemas institucionales y comunitarios en el marco de la IREM dejó una serie de aprendizajes clave que resultan fundamentales tanto para los países que ya han avanzado en esta ruta como para aquellos que se encuentran en etapas iniciales. En primer lugar, se aprendió que la descentralización del diagnóstico no puede ser tratada como un simple componente técnico; requiere un cambio profundo en la arquitectura operativa de los programas de malaria, así como

en la cultura institucional que define las funciones del personal sanitario, especialmente del personal comunitario.

Uno de los principales logros fue demostrar que con la capacitación adecuada, los colaboradores voluntarios pueden realizar pruebas diagnósticas con altos niveles de calidad y confiabilidad, lo que a su vez aceleró la detección de casos, redujo el tiempo hasta el inicio del tratamiento y fortaleció la vigilancia comunitaria. Sin embargo, este cambio también evidenció la necesidad de reformar marcos normativos que inicialmente no permitían la participación de agentes no profesionales en funciones diagnósticas, una barrera que muchos países debieron superar con voluntad política, acompañamiento técnico y flexibilidad institucional.

Otra lección significativa fue la importancia de vincular la expansión del diagnóstico a estrategias de microplanificación territorial. En los países donde las decisiones sobre ubicación de nuevos puntos diagnósticos se basaron en mapas de riesgo, focos activos y rutas migratorias, la cobertura fue más eficiente, evitando la duplicación de esfuerzos o la sobrecarga de zonas ya cubiertas. En este sentido, el uso sistemático de herramientas como la estratificación del riesgo y la planificación focalizada se convirtió en una práctica esencial para maximizar el impacto de la inversión.

En cuanto a la gestión operativa, se aprendió que la logística para distribución de insumos (PDR, tratamientos, formatos de registro) debía adaptarse a territorios de difícil acceso, con rutas específicas, sistemas de reposición adecuados y mecanismos de supervisión flexibles. Las experiencias más exitosas mostraron que incorporar a actores locales en la cadena de suministro, como redes de transporte comunitario o promotores rurales, contribuyó a reducir tiempos y costos.

Desde la perspectiva del desarrollo institucional, se evidenció que la sostenibilidad de la estrategia depende en gran medida de la capacidad de los países para integrar los costos operativos de las redes comunitarias en sus presupuestos nacionales, evitando depender exclusivamente de financiamiento externo. En algunos contextos, el no haber previsto recursos para incentivos, supervisión o reabastecimiento oportuno de insumos limitó la cobertura y continuidad del diagnóstico comunitario. Por ello, una recomendación clave es fortalecer la inclusión de estas acciones dentro de las líneas presupuestarias estructurales de los programas nacionales de salud.

Asimismo, se identificaron desafíos importantes en la gestión de información. Muchas de las redes comunitarias generaban datos diagnósticos que no estaban plenamente integrados en los sistemas nacionales de vigilancia. Esto limitaba su uso para la toma de decisiones estratégicas y subvaloraba el aporte de los ColVol. Las experiencias exitosas desarrollaron sistemas simplificados de reporte, ya sea por WhatsApp, formularios digitales o registros en papel vinculados a los sistemas de información institucionales. La lección aquí fue clara: el dato no integrado es un dato desperdiciado.

En cuanto a replicabilidad, se concluyó que el modelo de diagnóstico descentralizado con PDR es altamente adaptable a diversos contextos geográficos, culturales y epidemiológicos, siempre que se garantice un proceso de planificación participativa, se respeten los liderazgos comunitarios y se brinde formación y acompañamiento continuo. Países como Costa Rica, que implementaron esta estrategia a nivel nacional, demostraron que es posible institucionalizar el modelo y convertirlo en parte del sistema rutinario de atención primaria.

La incorporación de las PDR en los sistemas comunitarios permitió identificar resultados no esperados pero altamente positivos, como el empoderamiento de las comunidades, el fortalecimiento del capital social y la mejora de la relación entre la comunidad y el sistema de salud. En algunos lugares, los ColVol se convirtieron en referentes locales no solo para malaria, sino para otras acciones de salud pública, lo cual abre la puerta a expandir su rol dentro del modelo de atención primaria.

Recomendaciones

Para asegurar la sostenibilidad a largo plazo, es fundamental que los países institucionalicen el modelo de diagnóstico comunitario dentro de sus planes estratégicos y presupuestos anuales, eliminando la dependencia exclusiva de fondos externos. Esto implica la inclusión de líneas presupuestarias específicas para adquisición de PDR, así como para la logística y supervisión de estas redes.

Al mismo tiempo se debe asegurar que todos los colaboradores suministrados con PDR para realizar el diagnóstico deben también ser dotados con cantidades suficientes de los antimaláricos usados en sus respectivos países y capacitados en su administración y de esa manera asegurar el diagnóstico y tratamiento inmediato y completo de todos los casos identificados.

En cuanto a la mejora del proceso, se sugiere fortalecer los sistemas de información para garantizar la integración en tiempo real de los datos generados por los puntos comunitarios de diagnóstico. Esto permitirá optimizar la respuesta territorial, fortalecer la vigilancia epidemiológica y generar alertas tempranas frente a cambios en la dinámica de transmisión.

Para otros equipos interesados en replicar esta experiencia, es crucial comenzar por una evaluación territorial participativa que identifique vacíos de cobertura diagnóstica, barreras de acceso y recursos comunitarios disponibles. La experiencia demuestra que la participación activa de las comunidades desde el diseño hasta la implementación es un factor clave de éxito. También es recomendable acompañar la implementación con campañas de sensibilización, formación continua y sistemas de supervisión cercanos, capaces de resolver problemas en el terreno.

Conclusiones

El uso de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) para la malaria en los países de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM) constituye un hito relevante en la transformación de los modelos tradicionales de vigilancia y atención. Esta sistematización evidencia que la innovación tecnológica, cuando se implementa con enfoque territorial, participación comunitaria y respaldo institucional, puede acelerar significativamente el camino hacia la eliminación de enfermedades transmisibles.

La principal reflexión que surge es que la descentralización del diagnóstico no debe considerarse como una intervención aislada, sino como un componente estructural de la atención primaria en salud. Esta transformación permitió no solo acercar el diagnóstico a las comunidades más remotas, sino también reorganizar las redes territoriales, fortalecer las capacidades locales, y establecer nuevos vínculos entre el sistema formal de salud y los actores comunitarios.

Se ha demostrado que la eliminación de la malaria es posible si se combinan la voluntad política, la participación comunitaria, el uso estratégico de tecnologías simples pero efectivas como las PDR, y un enfoque de salud pública centrado en las personas. Su valor radica no solo en los resultados alcanzados, sino en el modelo de acción territorial y comunitaria que deja como legado para futuras intervenciones de salud en la región.

Bibliografía

1. World Health Organization. World Malaria Report 2024. Geneva: WHO; 2024.
2. Buehler JW, Hopkins RS, Overhage JM, Sosin DM, Tong V. Framework for evaluating public health surveillance systems for early detection of outbreaks. MMWR Recomm Rep. 2004;53(RR-5):1–11.
3. Cameron E, Battle KE, Bhatt S, Weiss DJ, Bisanzio D, Mappin B, et al. Defining the relationship between infection prevalence and clinical incidence of Plasmodium falciparum malaria. Nat Commun. 2015;6:8170.
4. WHO. Disease surveillance for malaria control and elimination: an operational manual. Geneva: World Health Organization; 2012.
5. Ministerio de Salud de Colombia. Norma de atención y salud integral para malaria. Bogotá; 2018.
6. Ministerio de Salud de Costa Rica. Norma nacional de malaria. San José; 2016.
7. Castro MC, Bempah G, Nwaefuna E, Frempong M, Opoku-Mensah J, Mensah BA, et al. Strengthening malaria surveillance: an essential tool for elimination. PLoS Med. 2022;19(1):e1003864.
8. Pan American Health Organization. Aceleración de la eliminación con la incorporación de PDR en los sistemas institucionales y comunitarios. Washington, DC: PAHO; 2024.
9. Ministerio de Salud de Panamá. Informe final de mes agosto 2023. Ciudad de Panamá; 2023.
10. WHO. Global Technical Strategy for Malaria 2016–2030, 2021 update. Geneva: World Health Organization; 2021.