



Secretaría de Salud
Subsecretaría de Regulación
Dirección General de Normalización

Plan Estratégico Nacional Para La Eliminación De La Malaria Honduras 2018-2023

AUTORIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD

SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

Dra. Delia Rivas

SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN

Dr. Francis Contreras

SUBSECRETARIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Sandra Pinel

UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD

Dra. Diana Núñez

DIRECTOR GENERAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Karina de la Llana Silva

DIRECTOR GENERAL DE NORMALIZACIÓN

Dra. Elvia Ardón

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Dr. Billy González

Equipo Técnico Nacional Responsable de la Elaboración

Nombre	Cargo
Dr. Jose Orlinder Zambrano	Coordinador del Area Vigilancia de Riesgos Ambientales /Unidad de Vigilancia de la Salud -SESAL
Dr. Engel Ilich Banegas Medina	Jefe del Laboratorio Nacional de vigilancia
Dr. Denis Gustavo Escobar Robles	Técnico Unidad de la Unidad de Vigilancia de la Salud -SESAL
Dra. Dulce Alejandra Padilla	Técnico de la Dirección General de Redes Integradas de Servicio de Salud- SESAL
Dra. Milsa Escoto	Técnico Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Logística
Ing. Jaime Luque	Técnico de la Unidad de Gestión de la Información-SESAL
Lic. Alex Valladares	Técnico Gerencia Administrativa- SESAL
Licda. Carolina Calles	Técnico Unidad de la Gestión de Proyectos-SESAL
Lic. Leonardo Valladares	Técnico Unidad de Planeamiento y Evaluación de Gestión-SESAL
Dra. Sandra Paola Paz	Técnico de Laboratorio Nacional de Vigilancia de Malaria- SESAL
Dr. Ivan Espinoza	Coordinador Malaria Unidad Coordinadora de Fondos de la Cooperación Externa _SESAL
Lic. Miguel Bobadia Cardona	Técnico Unidad Coordinadora de Fondos de la Cooperación Externa _SESAL
Lic. Jose Ramon Valdez	Oficial de Monitoreo y Evaluación Global Comunites- CHF
Dra. Karla Leonora Zepeda	Gerente Programa Malaria / Global Comunites- CHF
Dra. Angela M. Ochoa	Técnico Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo
Dra. Cinthya Valladares	Secretaria Técnica/MCP-H
Licda. Bricia Trejo	Clinton Health Access Initiative (CHAI)

Equipo de Consulta

Nombre	Cargo
Dra. Nelly Amador Lopez	Region Sanitaria de Cortes
Dra. Delmy Serrano	Region Sanitaria de Francisco Morazán
Mayra Haylock	Region Sanitaria de Francisco Morazán
Dra. Dulce Alejandra Padilla	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
Dra. Gloria E. Fajardo	Region Sanitaria de Copan
Dra. Ofelia Martinez	Region Sanitaria de Lempira
Dra. Gladys Maradiaga	Region Sanitaria de Gracias a Dios
Dr. Jose Martinez Vindel	Region Sanitaria de Colon
Dr. Douglas Varela	Region Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula
Dr. Eduardo Buchanan	Region Sanitaria de Atlántida
Alduin Lopez Argeñal	Fuerzas Armadas de Honduras
Dra. Carmen Sevilla	Técnico de la Dirección General de Redes Integradas de Servicio de Salud- SESAL

Asistencia Técnica

Dr. Prabhjot Singh

Dra. Rosa Elena Mejia

Dra. Ena Pineda

Programa Regional del Paludismo OPS/OMS, Washington

Consultor de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y Malaria

OPS/OMS Honduras

Consultora para la Actualización del Plan Estratégico Nacional para la
eliminación de la Malaria 2018-2023

Tabla de Contenido

Presentación

1.Introduccion

1.1 Alineamiento con la política de salud

2.Antecedentes de la malaria

2.1 Situación de la malaria en el mundo

2.2 Situación de la malaria en las Americas

2.3 Situación de la malaria en Honduras

2.3.1 Contexto social

2.3.2 Retos políticos, técnicos y operativos

2.3.3 Contexto epidemiológico

3. Formulación del plan estratégico para la eliminación de la malaria en Honduras (PEN-Malaria 2018-2023)

3.1 Alineamientos con compromisos internacionales

3.2 Estrategias y plan de acción

3.2.1 Políticas de control y eliminación de la malaria

3.3 Escenarios epidemiológicos

4. Objetivos del plan estratégico nacional para la eliminación de la malaria 2018-2023

4.1 Misión

4.2 Visión

4.3 Meta

4.4 Objetivos, estrategias y líneas de acción

4.4.1 Areas focalizadas del estrato III

4.4.2 Matriz de indicadores

5. Presupuesto

5.1 Presupuesto por objetivo estratégico

5.2 Gráficos

6. Sostenibilidad

7. Resilencia

8. Referencias bibliográficas

Anexos

Cuadro de tablas, gráficas y mapas

Plan de Monitoreo y Evaluación

Acrónimos

ANMI	Almacén Nacional de Medicamentos e Insumos
AMI/RAVREDA	Iniciativa Amazónica contra de la Malaria/ Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (Siglas en inglés)
AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
CHAI	Clinton Health Access Initiative
COMISCAD	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
Colvol	Colaborador voluntario
DDT	Diclorodifenil dicloro etano
DGRIS	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
DO	Desarrollo Organizacional
EMMIE	Iniciativa de Eliminación de Malaria de Mesoamérica y la Isla Española
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
ILP	Índice de Láminas Positivas
IPA	Índice de Parasitaria Anual
IHSS	Instituto Nacional de Estadísticas
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ULMIE	Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Logística
MASTA	Organización Pueblo Organizado de la Mosquitia (Siglas en Misquito)
MCP-H	Mecanismo Coordinador de País Honduras
MIMAT	Asociación de Mujeres Indígena Misquitas (Siglas en Misquito)
MTILD	Mosquiteros Tratados con Insecticida de Larga Duración
MNS	Modelo Nacional de Salud
MIV	Manejo integrado de vectores
LNH	Laboratorio Nacional de Malaria
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
ONGs	Organizaciones no gubernamentales
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PDR	Prueba de Diagnóstico Rápido
POE	Procedimientos Operativos Estándar
PEN-Malaria	Plan Estratégico Nacional de Malaria
PIB	Producto Interno Bruto
RBM	Hacer retroceder la malaria (Siglas en inglés)
RRI	Rociado Residual Intradomiciliar
SESAL	Secretaría de Salud
SIEP	Secretaría del Interior y Población
SIIS	Sistema Integrado de Información en Salud
SISLOC	Sistema de información basado en Localidades
TSA	Técnico en Salud Ambiental
UDA	Unidades de Análisis
UGI	Unidad de Gestión de Información
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UPEG	Unidad de Planeamiento Estratégico y Evaluación de la Gestión
UAFCE	Unidad Administradora de Fondos de Cooperación Externa
ULMIE	Unidad de Logística de Medicamentos, Insumos y Logística

Presentación

El Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria, Honduras 2018-2023 (PEN-Malaria) está enmarcado en la Visión de País 2010-2038 y específicamente en el Plan de Nación 2010-2022, “la sociedad hondureña dispondrá de un sistema bien ordenado de competencias intersectoriales, sectoriales e institucionales que garantizarán el pleno cumplimiento de las metas de salud establecidas en la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y Visión de País, sin que existan grandes diferencias en la calidad de atención suministrada en los subsistemas de salud”.

Este documento constituye una respuesta técnica estratégica centrada en el mandato subregional avalado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana de acelerar procesos y mandato regional avalado por el consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud y acciones necesarias para enfocar al país con el fin de interrumpir la transmisión de malaria en el territorio nacional en el año 2020, para lograr certificar la eliminación a más tardar al año 2025.

La malaria es una enfermedad tropical asociada a la pobreza y a la falta de desarrollo social y económico de la población. El problema se focaliza en zonas de mayor vulnerabilidad, marginación y pobreza, donde el acceso de la población a los servicios básicos es muy limitado. El PEN-MALARIA 2018-2023 es el resultado de un amplio proceso de consultas y construcción colectiva y altamente participativa de expertos nacionales e internacionales en malaria y aborda desde una perspectiva holística, los principales factores sociales, culturales y económicos que caracterizan cada escenario epidemiológico de transmisión de malaria en la población y la vigilancia, prevención, control, con miras a la eliminación de la transmisión autóctona en el año 2020. Transciende el enfoque de una visión sectorial tradicional a un concepto de amplia y activa participación de las instituciones de atención y provisión de servicios de salud del subsector público y no público y la participación activa de la población en riesgo, gobiernos locales, grupos comunitarios organizados e instituciones de desarrollo local.

Con la ejecución de la Estrategia Nacional para la eliminación de la Malaria 2018-2023, se espera contribuir al objetivo nacional de fortalecer el sistema de salud con el fin de atender la demanda de la población, la calidad del servicio en la respuesta y sobre todo asegurar la sostenibilidad.

En nombre del Gobierno de la República de Honduras, de autoridades, funcionarios y técnicos de la Secretaría de Salud, me complazco en presentar y entregar a la comunidad nacional e internacional, el PEN-Malaria 2018-2023, cuya implementación permitirá mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población expuesta al riesgo de padecer malaria, hasta alcanzar la eliminación de esta enfermedad. Lograr los objetivos definidos en el presente plan estratégico será producto del esfuerzo de todas las hondureñas y hondureños, el apoyo de la sociedad civil, los gobiernos locales y las organizaciones de cooperación técnica y financiera del sistema de ayuda internacional de países amigos.

DRA. DELIA RIVAS LOBO
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

1. Introducción

Desde el año 2000, la Secretaría de Salud, con el apoyo de la población y de las organizaciones nacionales e internacionales, ha logrado disminuir significativamente la malaria en Honduras. Sin embargo, en la actualidad hay municipios en los departamentos de Gracias a Dios, Colón e Islas de la Bahía que registran una alta incidencia de malaria y mayor concentración de casos por *Plasmodium falciparum*. Esto se ve agravado por la dificultad de acceso geográfico, logístico y un sistema de salud que no responde en su totalidad a la atención de la malaria como un problema de salud pública. También, se han identificado otros municipios donde la transmisión de malaria está interrumpida, pero persisten condiciones de riesgo geográfico, climático, cultural, entre otros, lo que, sumado a la migración desde áreas endémicas, puede dar lugar a la reintroducción de la enfermedad.

Honduras, desde el año 2000, ha disminuido la incidencia de casos de malaria en un 90.4% y así cumpliendo la meta 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (6) fijadas para el 2015. A pesar de los logros anteriores, Honduras ocupa actualmente el tercer lugar entre los países más afectados por malaria en Centroamérica. Es importante señalar que el Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria 2018-2023 (PEN -Malaria), es una guía metodológica de trabajo integral con actividades orientadas hacia la eliminación de la malaria.

Es además una herramienta técnica útil para los gerentes de las regiones sanitarias, establecimiento de salud y tomadores de decisiones del sector salud, estimulando la participación de los gobiernos municipales a ser parte del equipo en la búsqueda de soluciones viables con participación activa y continua de sus comunidades, y a la cooperación de instituciones privadas, organismos cooperantes o de asistencia técnica con la finalidad de garantizar la sostenibilidad de las acciones emprendidas en seguimiento la estrategia mundial y Regional de lucha contra la malaria.

En consecuencia, el propósito de la implementación del PEN -Malaria 2018 -2023, es que para el año 2020 se logre la eliminación de la transmisión autóctona de la malaria en Honduras, de acuerdo con la resolución de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica e Isla La Española (EMMIE) firmado por COMISCA y según la estrategia mundial y Regional para la lucha contra la malaria.

1.1 Alineamientos con la política de salud

En esta sección se describe el alineamiento del Plan Estratégico Nacional para la eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023, con el sistema de sistema de salud, en el marco del Objetivo: “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”, que tiene como fundamento la salud como derecho y la mejora de las condiciones de vida. Mediante el modelo de gestión descentralizada y sus componentes, primer y segundo nivel de atención.

Según los elementos normativos del país, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), es la entidad rectora del sector salud y debe enlazar funciones y coordinaciones con otras entidades del Estado. Tiene la Misión de ser la institución estatal responsable de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del sector; orientar los recursos del sistema nacional de salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

El Gobierno de Honduras, con la intención de ampliar el acceso, calidad y eficiencia del sector salud ha implementado el modelo de gestión descentralizada, que se caracteriza por la contratación de gestores extra institucionales (asociaciones civiles sin fines de lucro, ONG, mancomunidades y corporaciones municipales) que asumen la responsabilidad de proveer los servicios de salud a grupos de población priorizados. Este modelo de gestión por resultados se ha focalizado en los municipios con mayor nivel de pobreza y con los peores indicadores de salud del país.

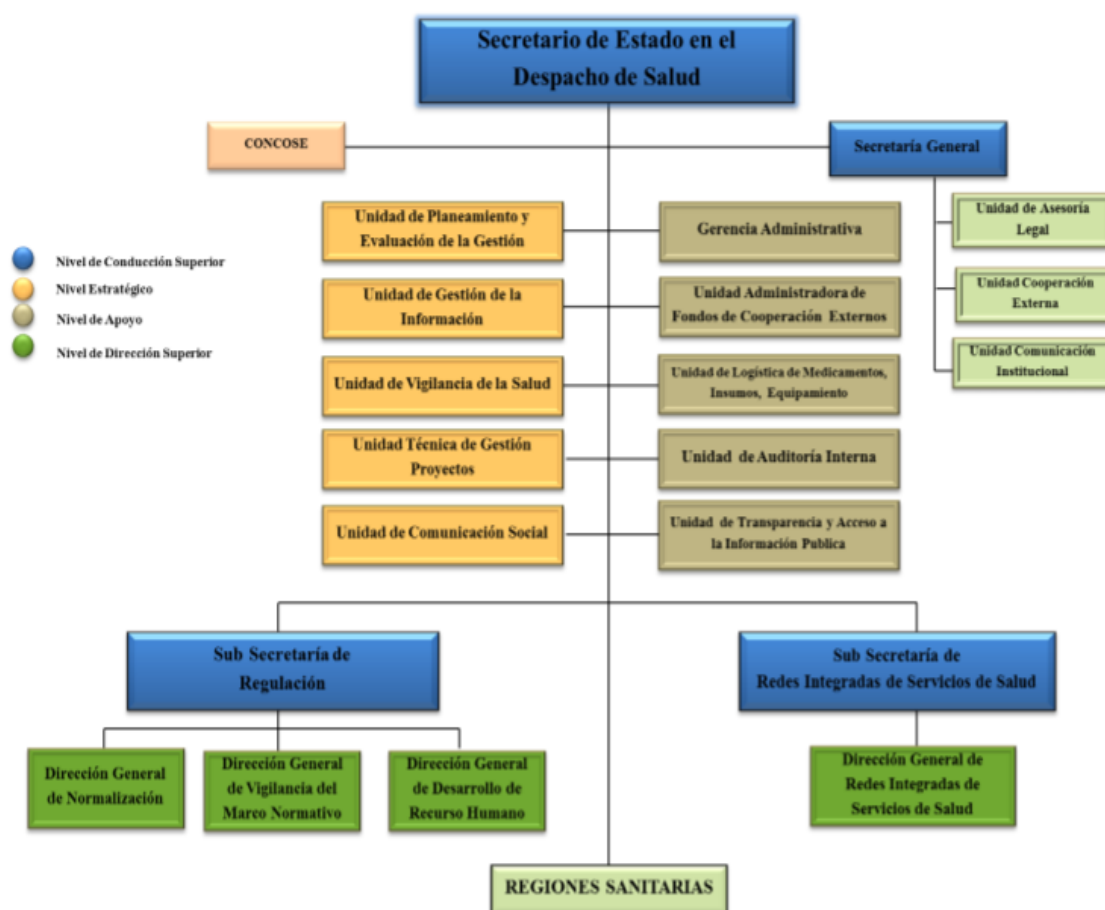
En este sentido se han ido creando y adaptando instrumentos que ayuden a la consecución de metas y objetivos de país es así como el Plan de Gobierno para el periodo 2014-2018 de donde se desprende el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y el Plan Estratégico Institucional 2014-2018 los cuales son el marco actual de referencia para orientar la gestión de la Secretaría de Salud. Bajo esta premisa se han ido sentando las bases que reorienten las decisiones institucionales y se desarrollen acciones para la transformación del sistema de salud, en el marco del Objetivo: “Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”, que tiene como fundamento la salud como derecho y la mejora de las condiciones de vida¹.

La SESAL, contempla dentro de su Plan Estratégico Institucional el objetivo estratégico 1: “Conducir en todas sus fases el sistema nacional de salud hacia la integración y la pluralidad”. Para ello, los esfuerzos se han enfocado en la implementación del Modelo Nacional De Salud basado en atención primaria en salud, en sus tres componentes, atención, gestión y financiamiento.

¹ SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS, C.A., 2010. Plan Nacional de Salud 2010- 2014.

La propuesta organizativa del Desarrollo Organizacional de la SESAL elaborada por la Unidad de Planeación y Evaluación de la Gestión (UPEG) establece el siguiente organigrama:

Gráfico 1 Desarrollo Organizacional de la SESAL



El Modelo Nacional de Salud, responde al compromiso institucional de la Secretaria de Salud de transitar en un plazo razonable de *un sistema nacional de salud fraccionado, excluyente e ineficiente incapaz de satisfacer las necesidades de la población que demanda los servicios, a otro que sea capaz de responder de manera eficiente, eficaz y equitativa pasando de un sistema de salud existente a un sistema deseado por todos; especialmente los usuarios del mismo*².

² Memoria Institucional 2016, Resultados y Logros, Secretaría de Salud.

Primer Nivel de Atención

En el marco de implementación de los componentes del modelo nacional de salud se ha logrado delimitar y configurar 69 Redes Integradas de Servicios de Salud en las 20 Regiones Sanitarias, conforme a los lineamientos establecidos en el modelo de atención.

Se han priorizado los municipios con más alto grado de postergación a través del establecimiento de convenios y compromisos de gestión con entidades públicas y no públicas, y se ha brindado a la población asignada un paquete de servicios con promoción, prevención y atención directa. Este Conjunto Garantizado De Prestaciones contiene:

- Atención a las personas (Todo el curso de vida), Atención al ambiente y Salud Pública. Del total de las prestaciones el 3 % son de Promoción de la Salud, 53 % de Prevención y 44 % de Curación, Rehabilitación y apoyo.
- Nueva Clasificación y tipificación de Establecimientos de Salud de acuerdo a niveles de atención.

El Plan Nacional de Salud 2014-2018 establece que 104 Municipios contarán con cobertura de servicios de salud para su población a través de la modalidad de gestión descentralizada. Al mes de junio de 2016, la Secretaría de Salud ha firmado convenios de gestión con 38 gestores que cubren 94 Municipios del País ²; y se ha suscrito convenio de gestión para 9 hospitales.

Tabla 1

Departamentos y municipios descentralizados		
Departamento	Municipio	Municipios con gestión descentralizada Negociados
Atlántida	8	0
Colón	10	1
Comayagua	21	2
Copán	23	9
Cortés	12	0
Choluteca	16	3
El Paraíso	19	2
Francisco Morazán	28	4
Gracias a Dios	6	1
Intibucá	17	17
Islas de la Bahía	4	0
La Paz	19	11
Lempira	28	28
Ocotepeque	16	1
Olancho	23	3
Santa Bárbara	28	6
Valle	9	2
Yoro	11	4
Total	298	94

Los convenios de gestión se basan en la gestión por resultados y establecen los mecanismos de control de la siguiente forma:

En el Segundo Nivel de Atención

Gráfico 12 Mecanismos de control de la gestión por resultados para los proveedores de servicios de salud



La SESAL priorizo en la red de hospitales, la implementación del nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria de acuerdo a la decisión política establecida a partir de enero del 2015. Siempre en el marco de Gestión por Resultados. Este plantea: La gestión por resultados con calidad como un eje transversal en todos los procesos hospitalarios; una nueva forma de organización en la toma de decisiones y el manejo de los recursos; una nueva estructura Organizacional y Funcional para la conducción del hospital.

Tabla 2

Hospitales con modalidad de gestión descentralizada				
No.	Hospital	2014	2015	2016
1	Especialidades Pediátricas "María"			
2	San Lorenzo			
3	Santo Hermano Pedro			
4	Leonardo Martínez			
5	Mario Catarino Rivas			
6	Enrique Aguilar Cerrato			
7	Juan Manuel Gálvez			
8	Puerto Lempira			
9	San Juan			

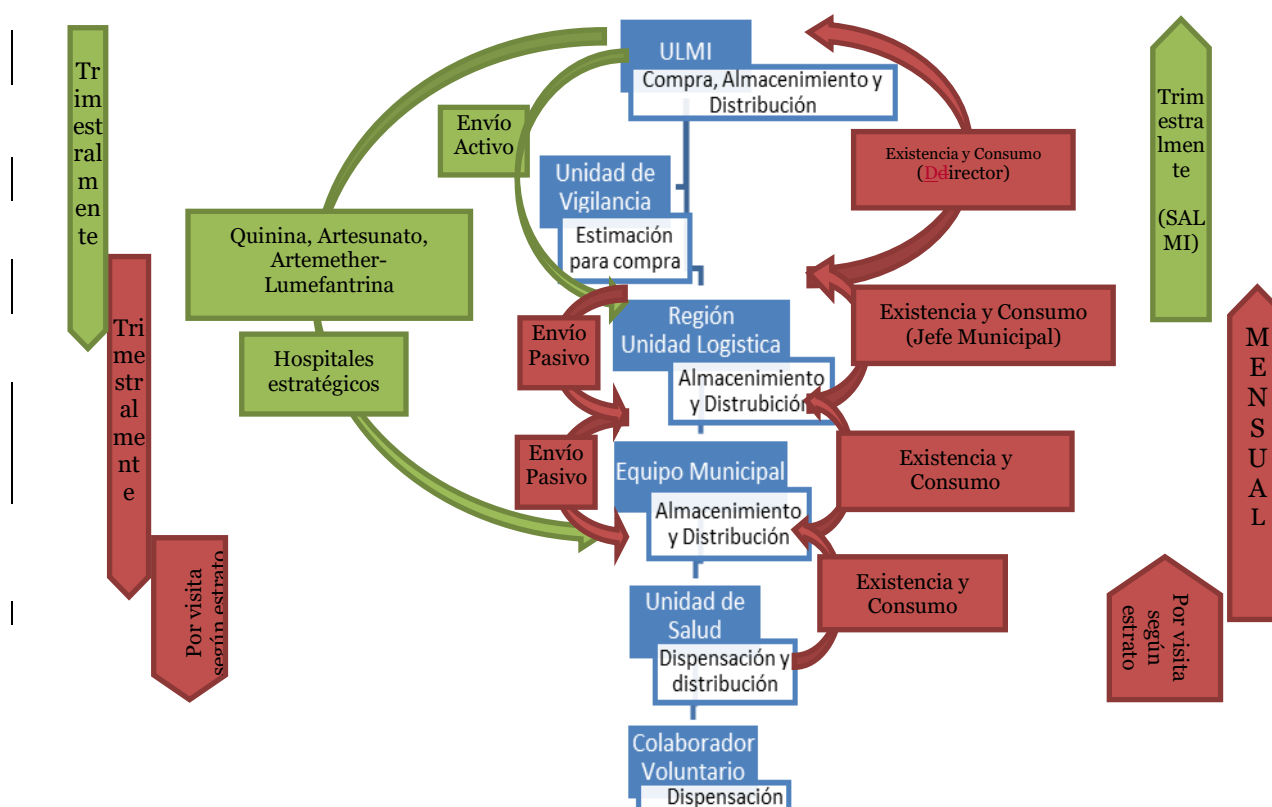
Cadena de suministro de medicamentos

A continuación, se presenta el esquema de la cadena de Sumistro de medicamentos antimaláricos, en el cual se describe el funcionamiento actual para el abastecimiento de medicamentos desde el nivel central hasta el colaborador voluntario y el nuevo esquema a implementarse a partir de la implementación del PEN Malaria 2018-2023.

Actualmente la cadena de suministros de medicamentos, funciona de una manera vertical, haciéndose las compras, almacenamiento y distribución en el nivel central (ULMIE), desde donde se efectúan los envíos activos (según solicitud del nivel regional) a la unidad de logística de cada región departamental de salud; esta a su vez se encarga de hacer llegar los medicamentos a través de un envío pasivo (a solicitud del nivel municipal), al equipo municipal, quien a su vez realiza la misma acción para abastecer las unidades de salud y los colaboradores voluntarios. El proceso desde el nivel central hasta en regional es evaluado trimestralmente.

Con la restructuración del sistema de salud y la implementación del PEN Malaria 2018-2023 se plantea un esquema de suministro actualizado, basado en la información de existencia y consumo desde el colaborador voluntario hacia la unidad de salud, el equipo municipal y la región departamental de salud. Utilizando siempre para la solicitud de medicamentos el concepto de envío pasivo hasta este nivel y con una evaluación mensual. Una vez que se confirman la existencia, consumo y la necesidad de nuevo medicamento por parte de la unidad de logística de la región departamental se hace la solicitud al nivel central (ULMIE), aquí se mantendrá una evaluación trimestral del funcionamiento de la cadena de suministro.

Gráfico3 Cadena de Suministro de Medicamentos



2. Antecedentes de la Malaria

2.1 Situación de malaria en el mundo

En esta sección se describen la situación de la malaria en el mundo, en la Región y el país, los municipios estratificados según reporte de casos y su evolución en el tiempo, así como los retos políticos, técnicos y operativos para la implementación del PEN-Malaria

El número estimado de casos de malaria a nivel mundial descendió de unos 262 millones en el año 2000 a 214 millones en el año 2015. Se estima que la mayoría de los casos en el año 2015 han ocurrido en la Región de África un (88%), seguida de la Región de Asia sudoriental (10%) y la Región del Mediterráneo Oriental (2%). Teniendo en cuenta el crecimiento demográfico, se estima que la incidencia de la malaria ha disminuido un 37% entre los años 2000 y 2015³. En total, 57 de los 106 países que tenían transmisión activa en el año 2000 han reducido la incidencia del paludismo en más del 75%. Otros 18 países estiman haber reducido la incidencia entre el 50 y el 75%, en consecuencia, con la Meta 6 “haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria” de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El número de muertes por malaria a nivel mundial disminuyó de 839 000 muertes estimadas en el año 2000, a 438 000 en el 2015, con un descenso del 48%. La mayoría de las muertes en el año 2015 ocurrieron en la Región de África (90%), seguida de la Región de Asia sudoriental (7%) y la Región del Mediterráneo Oriental (2%)⁴.

Teniendo en cuenta el crecimiento demográfico, se estima que la tasa de mortalidad por malaria ha disminuido en un 60% a nivel mundial entre el año 2000 y 2015. Por lo tanto, se han logrado avances sustanciales hacia el objetivo principal de la Asamblea Mundial de la Salud en reducir la carga de malaria un 75% en el año 2015, y de la misma manera con el objetivo de la Alianza para Hacer Retroceder la Malaria (RBM, por sus siglas en inglés Roll Back Malaria) de reducir las muertes por malaria cerca de cero.

Se estima que el número de muertes por malaria en niños menores de 5 años ha disminuido a nivel mundial de 723 000 en el año 2000 (rango: 563 000 a 948 000) a 306 000 en el 2015. Según la OMS la mayor parte de esta disminución se produjo en la Región de África, donde el número estimado de víctimas disminuyó de 694 000 en el 2000 a 292 000 en el 2015. Como consecuencia, Según la OMS, la malaria ya no es la principal causa de muerte en los niños de África subsahariana. En el año 2015, la malaria fue la cuarta causa principal de muerte, responsable del 10% de las muertes infantiles en dicha región.

La reducción en la mortalidad por malaria ha contribuido sustancialmente al progreso hacia el logro de la Meta 4 de los ODM para reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años en dos tercios entre los años 1990 y 2015.

³ World Health Organization. *World malaria report*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/), accessed 15 October 2013³.

⁴ Instituto Nacional de Estadística, *Cuadro Resumen: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*, junio 2016.

Sin embargo, la malaria sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil, sobre todo en el África subsahariana, acabando con la vida de un niño cada 2 minutos⁵.

Cada vez son más los países que están avanzando hacia la eliminación de la enfermedad. Mientras que en el año 2000 se estimó que sólo 13 países tuvieron menos de 1000 casos de malaria, en el año 2015 se estima que 33 países han alcanzado esta meta. Conjuntamente, en el año 2014, 16 países reportaron cero casos autóctonos: Argentina, Armenia, Azerbaiyán, Costa Rica, Irak, Georgia, Kirguistán, Marruecos, Omán, Paraguay, Sri Lanka, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Emiratos Árabes Unidos y Uzbekistán¹⁴.

Otros tres países y territorios reportaron menos de 10 casos autóctonos (Argelia, El Salvador y Francia). La Región Europea según la OMS, por primera vez en 2015 no reportó casos autóctonos de malaria, en 2000 hubo 32 394 casos autóctonos de malaria⁶. Consecuentemente para mitigar las deficiencias que todavía se presentan, la Asamblea Mundial de la Salud, adoptó en mayo de 2015 la “Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030”, que proporciona un nuevo marco de 15 años de duración para aplicar las medidas de control en todos los países endémicos.

La estrategia establece una serie de objetivos ambiciosos pero alcanzables para el año 2030, y plantea reducir las tasas mundiales de incidencia y mortalidad en al menos un 90%, eliminar la malaria en 35 países como mínimo; y prevenir posibles rebrotes en todos los países libres de malaria. La consecución de estos objetivos requerirá un importante liderazgo por parte de los países, un compromiso político sostenido y una triplicación de las inversiones para el control de la malaria.

2.2 Situación de malaria en las Américas

Hay 21 países endémicos para la malaria en la Región de las Américas. A finales de 2015, 14 de esos países lograron el objetivo 6 de los ODM de reducir la malaria en un 75% con respecto a una línea de base establecida en el año 2000 (Grafico 5). En 2015, un 72% de todos los casos en la región fueron causados por *P. vivax*, mientras que un 27% fue causado por *P. falciparum* e infecciones mixtas, y <1% de los casos en la región fueron causados por *P. malariae*. La malaria es predominantemente causada por *P. vivax* en la región, con excepción de algunas áreas específicas como Haití y la República Dominicana donde *P. falciparum* causa la mayoría de los casos de malaria. Con la excepción de Haití y Venezuela, la mayoría de los países endémicos han tenido una reducción de los casos de malaria desde el año 2000. Un período de 15 años nos permite analizar el progreso a largo plazo; sin embargo, un análisis más corto revela las complejidades de una situación epidemiológica más actual.

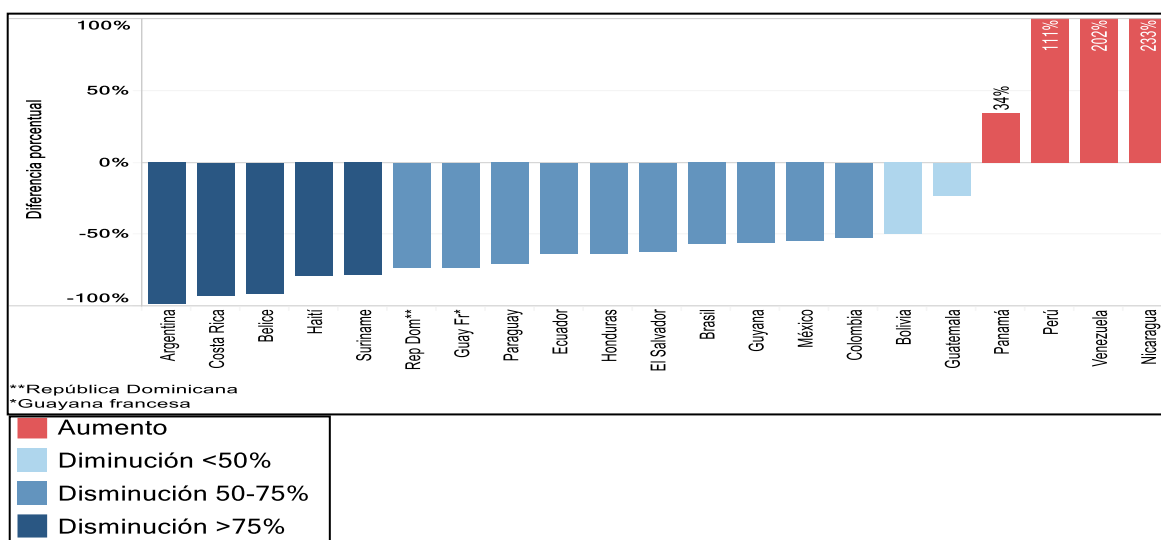
Los cambios notables de morbilidad durante 2010-2015 incluyen una disminución de casos en Haití y aumentos en Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela. En 2010 una gran cantidad de casos se registraron después de que Haití sufrió un terremoto. Estos casos forman parte de la cifra de referencia de 2010 y, por lo tanto, se espera una reducción de casos en comparación con ese año.

⁵ World Health Organization. World malaria report. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/, accessed 30 November 2014).

⁶ MEASURE DHS, President's Malaria Initiative, Roll Back Malaria Partnership, United Nations, World Health Organization. Household survey indicators for malaria control. 2013 (http://www.rollbackmalaria.org/files/files/resources/tool_HouseholdSurveyIndicatorsForMalariaControl.pdf, accessed 1 November 2015).

Panamá ha tenido un aumento de 34% en los casos durante 2010-2015 con la mayoría de los casos encontrados entre la población indígena. En Perú y Venezuela, los casos prácticamente se han duplicado y triplicado en 2010-2015, respectivamente. Las áreas más maláricas en estos países se encuentran dentro de la Amazonia que se extiende a través de muchos países de América del Sur. En 2015 Nicaragua registró más del doble de sus casos de 2014 debido a un brote relacionado con la actividad económica que causó una perturbación social del medio ambiente en la zona de la Moskitia que tiene una frontera con Honduras.

Gráfico 4 Cambio porcentual en el número de casos de malaria por países de la Región de las Américas. 2010-2015



2.3 Situación de malaria en Honduras

2.3.1 Contexto social

La Republica de Honduras es un país centroamericano que comparte fronteras con Guatemala, Nicaragua y el Salvador. El territorio de 112,492 km² se divide en 18 departamentos y 298 municipios, además del Distrito Central que incluye la capital Tegucigalpa y Comayagüela⁷.



En junio del 2016 el Instituto Nacional de Estadística de Honduras (INE) estimó que la población hondureña era de 8.7 millones de habitantes, de los cuales el 47% son hombres y el 53% mujeres⁸. La mayoría de la población del país es mestiza, aunque también se identifican siete culturas vivas: los garífunas y 6 pueblos indígenas: misquitos, chortís, tolupanes, lencas, tawahkas y pech⁹.

Uno de los problemas estructurales más destacado en Honduras es la pobreza, en el año 2016 el ingreso promedio per cápita de los hogares hondureños fue de 3,103 Lempiras mensuales, lo que equivale a menos de US \$5 por día, la tasa de pobreza nacional fue del 66% de la población nacional y de este el 43% vive en pobreza extrema. La pobreza es aún más pronunciada en hogares rurales, la preponderancia de la pobreza conlleva a que el país reporte los niveles de desigualdad más altos de Latinoamérica¹⁰.

Además de reportarse altos niveles criminalidad y violencia, en el 2016 se reportaron 296,000 homicidios en los primeros 10 meses del año, un promedio de 14 asesinatos al día¹¹. La combinación del crimen y la pobreza son un obstáculo para el desarrollo del país, contribuyendo al peso financiero en el sistema de gobierno, salud y educación, entre otros.

Situación económica El Producto Interno Bruto (PIB) en el año 2009, registro un crecimiento negativo del -2.4% explicado por el impacto de la crisis económica internacional, la crisis política y económica interna, por otra parte, y de conformidad con las estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Programa Monetario del Banco Central de Honduras (BCH) se proyectó para los años 2015 y 2016 un crecimiento anual del PIB entre el 3% al 3.5% respectivamente¹.

La inflación durante el ejercicio 2010 al 2014 registro un promedio del 6% y para el periodo del año 2015 (acumulada a noviembre), el Índice del Precio al Consumidor (IPC) denota un 2.4%, es decir, muy por debajo de la inflación proyectada por el Banco Central de Honduras (BCH) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) del 5.5% a diciembre del año 2015. Este resultado es explicado por la desaceleración productiva en algunos sectores económicos, donde sobresale el sector de la industria de la construcción, el sector agropecuario y otros sectores, también se podría atribuir a este resultado la política monetaria y fiscal constructorista que han implementado las autoridades económicas de nuestro país como consecuencia del convenio suscrito con el FMI.

Las últimas cifras oficiales de desempleo disponibles en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), muestran que el 79.2% del total de los habitantes aptos para trabajar, lo equivale a la población económicamente activa (PEA) de 3,370 miles de trabajadores, de estos solamente el 4.1% se consideran desempleados (140,000), se estima que el subempleo (personas que desearían trabajar más o las que trabajando la jornada completa reciben un salario inferior al salario mínimo), supera el 50% de la población económicamente activa, se estima una incidencia directa en la capacidad de gasto de bolsillo de las personas afectadas, debido a que en su mayoría se

⁸ Instituto Nacional de Estadística, *Cuadro Resumen: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*, junio 2016.

⁹ Instituto Nacional de Estadística, *Base de Datos del Censo: Pueblo Indígena*, 2016. Banco Mundial, Honduras:

¹⁰ *panorama general*, septiembre 2016.

¹¹ Prensa Latina, *ministro aboga por reducir tasa de homicidios en Honduras*, febrero 2017.

encuentran por debajo de la línea de pobreza, condición que se sustenta con la forma de distribución de la renta en el país².

Los sectores que impulsan la economía hondureña son¹²:

1. **Agricultura y ganadería:** El sector agrícola contribuye ~14% a la economía nacional, con sus principales productos siendo: plátanos, café, frutos cítricos, maíz, palma africana, azúcar y vegetales orientales, entre otros.
2. **Industria:** La ropa tejida, productos en base a madera y cigarros son entre los resultados más comunes del sector de manufactura y construcción, constituyendo cerca del 27% de la economía nacional.

2.3.2 Retos políticos, técnicos y operativos

1. Los retos de Secretaría de Salud son grandes entre ellos destacan: el de asumir plenamente el ejercicio de las funciones de rectoría del sector salud con fortalecimiento en marcha de su estructura organizativa, la Planificación Estratégica, el Monitoreo y la evaluación, mejorar la gestión institucional en relación a la formulación, negociación y ejecución de proyectos que permitan el logro de las metas definidas, la profundización y aceleramiento del proceso de descentralización en la gestión de los servicios de salud, la implementación de la atención primaria en salud como una estrategia esencial, la garantía en la disponibilidad asegurada de medicamentos esenciales y la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos de la actuación institucional. Todo ello para enfrentar y disminuir la deuda social en el campo de la salud, lo que no debe de dejar de considerarse al momento de operativizar la estrategia de eliminación de la malaria para el periodo 2018-2023.
2. Las estrategias de eliminación de la malaria se resumen en tres intervenciones prioritarias: diagnóstico oportuno y tratamiento, vigilancia y respuesta incluyendo intervenciones de control vectorial.
3. Para ello se realizan acciones como:
 - a) Capacitación de equipos y asistencia técnica para implementar técnicas de análisis de campo y en laboratorio, ejemplo de estas actividades son: los estudios entomológicos para estudiar el comportamiento de vectores y analizar la resistencia y sensibilidad a insecticidas, residualidad de insecticidas en domicilios y otros. A nivel de laboratorio implica la capacitación de equipos para realizar estudios de sensibilidad y resistencia a los antimaláricos.
 - b) Aumento de la cobertura, por ejemplo, las viviendas blanco para rociado Intradomiciliario, distribución de mosquiteros impregnados, cobertura de diagnóstico oportuno, etc.
 - c) Fortalecer la gestión de suministro de insumos, actividades para mejorar la gestión del suministro de insumos claves para las estrategias de eliminación como medicamentos, reactivos de laboratorio, insecticidas, pruebas rápidas y otras.
 - d) Fortalecer normas y protocolos, actividades para actualizar, distribuir y capacitar los equipos técnicos y operativos de los programas en relación a normas y protocolos.

¹² CIA factbook, Honduras, enero 2017.

4. Es congruente pensar que no se pueden implementar acciones hacia todos los criterios al mismo tiempo o con la misma intensidad de recursos, por ello, se recomienda la priorización de brechas que después de un análisis se han determinado:

- Intervenciones dirigidas a fortalecer procesos y actividades que ya existen tales como la gestión del suministro de medicamentos y otros insumos
- Intervenciones que requieren asistencia técnica y que puede ser brindada por los socios para diseñar procesos y rutinas que permitan fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación.
- Intervenciones que requieren capacitación previa de equipos técnicos para la aplicación de procesos y técnicas de campo y de laboratorio tales como estudios entomológicos.
- Intervenciones que requieren recursos financieros, humanos y de insumos para el aumento de cobertura, por ejemplo, mosquiteros tratados, pruebas rápidas de diagnóstico, etc.
- Talleres regionales que pueden facilitar el entrenamiento de los equipos técnicos de los países.
- Supervisar la adherencia al tratamiento antimalárico de forma individualizada para evitar el abandono.

Finalmente, para llevar a cabo acciones para el cierre de brechas, Honduras debe desarrollar el plan de eliminación de la malaria siguiendo la estructura de acciones, intervenciones y recursos esenciales descrito en el presente Pen-Malaria 2018-2013.

2.3.3 Contexto epidemiológico

Honduras alcanzó el objetivo del ODM 6, habiendo logrado una reducción del 90% en los casos de malaria durante 2000-2015. Durante el período 2010-2016, Honduras registró un descenso del 58% en los casos. En 2016, se registraron 4.097 casos y ningún fallecimiento reportado (Grafico 4 y 5). En comparación con otros países de Centroamérica, Honduras ocupó el tercer lugar después de Nicaragua y Guatemala, en reportar el mayor número de casos para 2016. Del total de casos en 2016, un 33% fueron causados por *P. falciparum* e infecciones mixtas y un 67% por *P. vivax* (Grafico 4). Durante 2007-2016, Honduras ha reportado consistentemente el mayor número de *P. falciparum* e infecciones mixtas en todos los países centroamericanos.

Durante el período 2014-2016, un 63% de los 298 municipios del país fueron clasificados como estrato I que se define como municipio con cero casos autóctonos durante esos años (Grafico 8 y Mapa 1). Un 30% de los municipios del país reportaron <1 caso por 1.000 habitantes y un 7% de los municipios tuvo un Índice Parasitario Anual (IPA) de > 1 caso por cada 1.000 habitantes durante este período. En comparación con el Plan Estratégico Nacional de la Malaria de Honduras 2014-2017, los municipios han mostrado una mejoría en la disminución de sus incidencias desde 55% en estrato I, 34% en estrato II, y 10% en estrato III.

En relación al riesgo de malaria en el país, para el 2016 se reporta 0.47 casos de malaria por mil habitantes con un porcentaje de positividad del 2.44%, estos presentan un aumento en relación al 2014 de 0.07 en relación al riesgo de malaria y del 0.21% de positividad. Este incremento de casos está asociado al incremento de la vigilancia en respuesta a brotes de malaria específicamente en las zonas de mayor incidencia del país. (Mapa 2)

Grafico 5

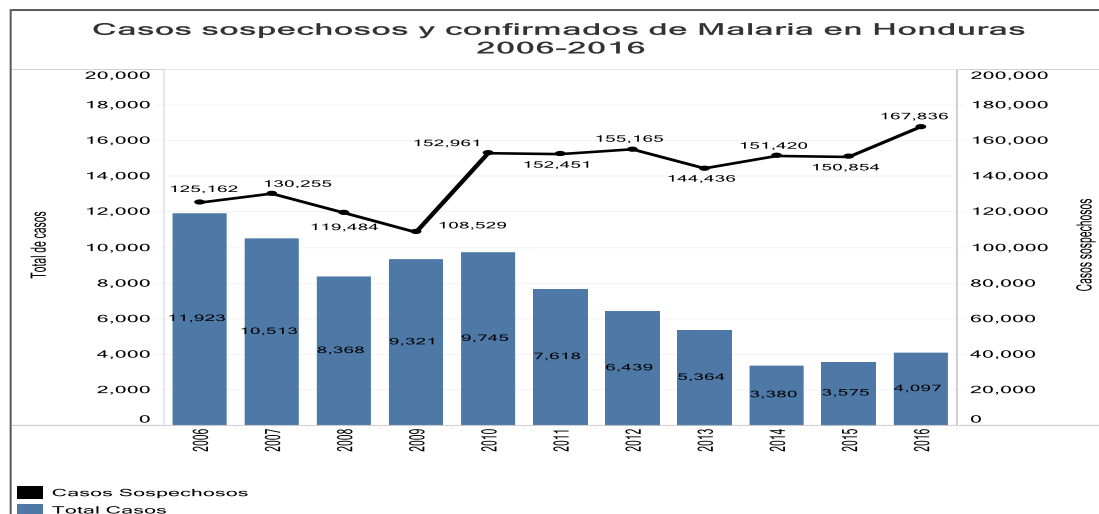


Grafico 6

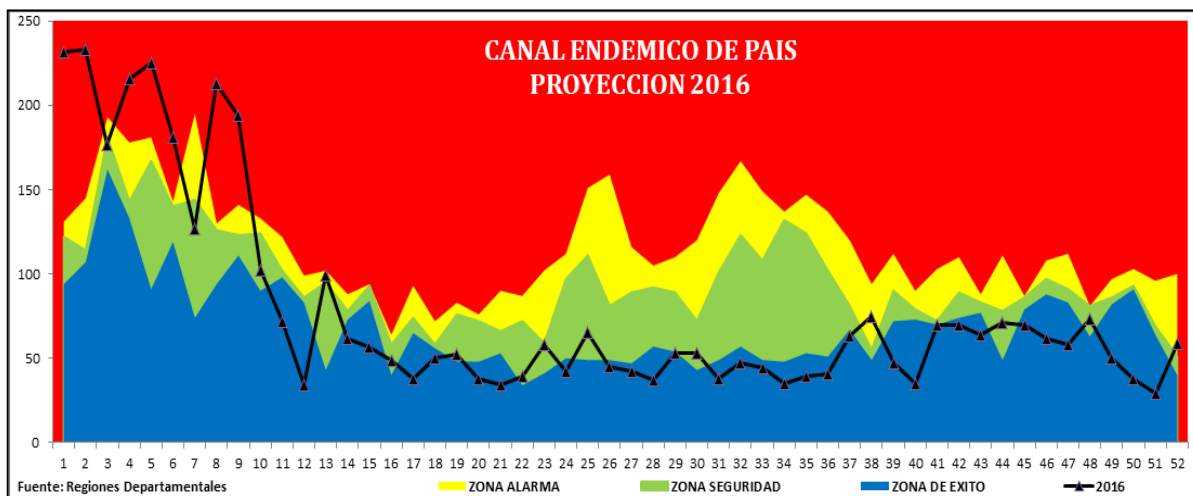


Grafico 7

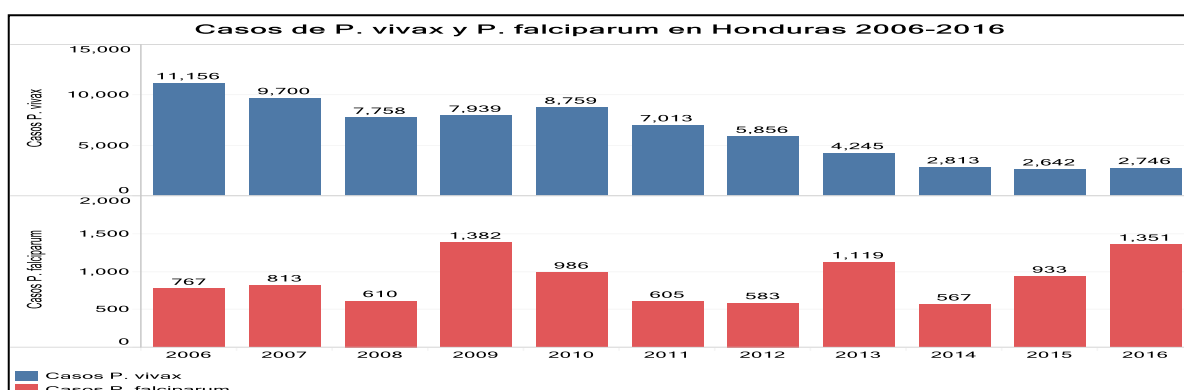
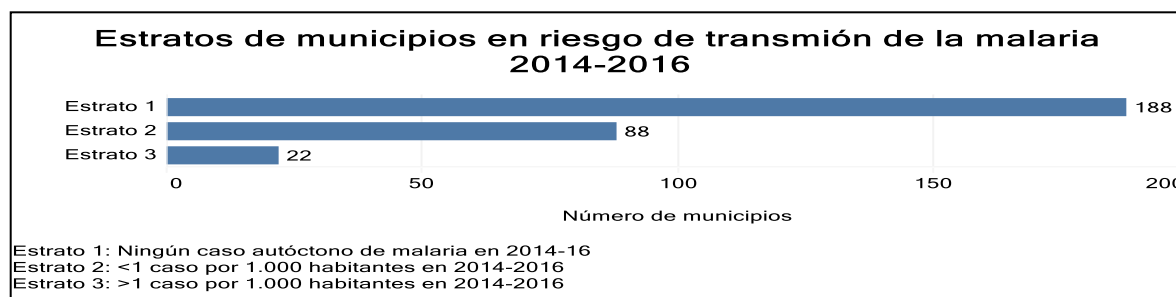
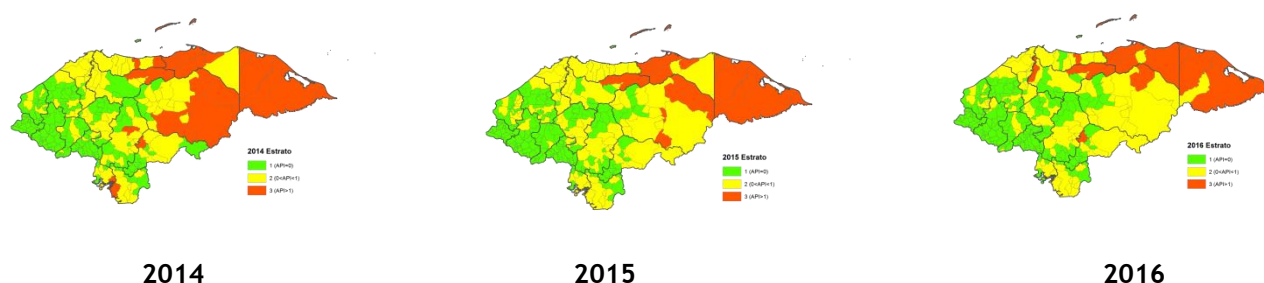


Grafico 8



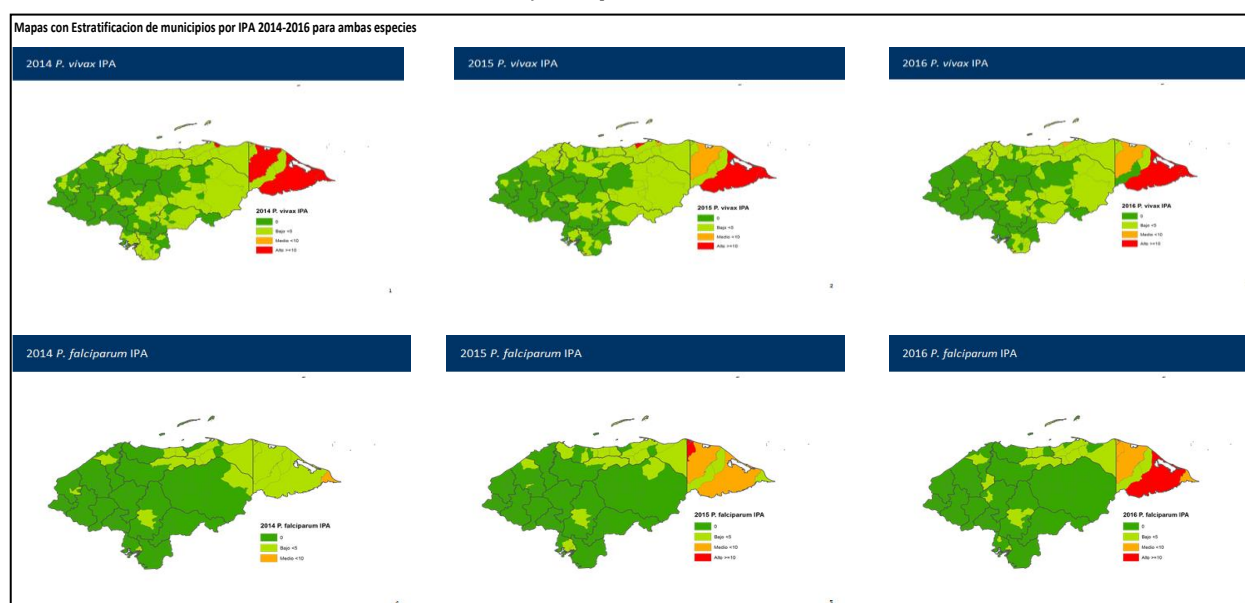
Mapa 1

Mapas de estratificación 2014-2016



Mapa 2

Índice Parasitario Anual *vivax*-IVA, *falciparum* IPA-IFA 2014-2016



La mayoría de los casos en 2016 fueron detectados por vigilancia pasiva, y una proporción significativo (22%) de los casos fueron detectados por vigilancia activa.

La vigilancia activa se realizó a partir de encuestas hemáticas, búsquedas activas febriles, búsquedas activas cerco epidemiológico, búsquedas activas complementando las intervenciones como ser instalación de mosquiteros y rociado residual intradomiciliar (RRI).

Un importante registro de las acciones de la vigilancia activa en Honduras ocurre en Gracias a Dios. En el año 2014, se investigaron únicamente 2 casos y se incrementó en un 52% hasta al año 2016 (1311 casos investigados).

En el 2016, un 58% (2390 de 4097 total) de todos los casos en el país fueron reportados en el departamento de Gracias a Dios, mientras que un 18% (727 de un total de 4097) fueron reportados en el departamento de Colón (Grafico 11).

Los departamentos de Atlántida, Francisco Morazán e Islas de la Bahía siguen teniendo transmisión leve. Estos departamentos enfrentan factores de importación hacia y desde otras partes del país. El departamento costero de Atlántida ha tenido una reducción de casos en un 24% desde 2014. El departamento Islas de la Bahía, área turística, se ha tenido un aumento de 100 a 160 casos desde 2014. Aunque el departamento de Francisco Morazán ha tenido una reducción del 43% desde 2014, tiene alta vulnerabilidad debido la importación de casos procedentes de áreas endémicas llegando al capital. Colón y Olancho han tenido reducciones significativas. Colón ha reducido los casos a 44% entre 2014 y 2016 mientras Olancho ha reducido significativamente a un 84% en el mismo periodo.

Específicamente, el municipio de Puerto Lempira en Gracias a Dios sigue reportando el mayor número de casos en el país (45% de los casos en 2016) (Grafico 12). Hubo un aumento de casos en Puerto Lempira entre 2015 y 2016 debido a un brote de *P. falciparum* en la zona costera de Kaukira, algunas localidades de mismo sector (Daphat, Alabar, y Tailibila) también tuvieron brotes causados por *P. vivax* (Grafico 13 y 14). Estos brotes estuvieron relacionados a la migración de trabajadores temporales por la reciente actividad económica de (extracción de medusa y pepino del mar).

El municipio en mención tuvo 918 casos de *P. falciparum* de los cuales 54% de casos tuvieron gametocitos al tiempo de detección, mostrando la debilidad en acceso a servicios de salud y comportamiento cultural propio de su etnia. Otros municipios de este departamento también reportaron un aumento relacionado a algunos factores comunes como Villeda Morales y Brus Laguna, estos municipios se tuvieron brotes en 2016 causado por *P. falciparum*.

Aparte de Gracias a Dios, los municipios de San Manuel en Cortes y El Progreso en Yoro también han tenido brotes de *P. vivax* en 2016. Estos se deben a las condiciones propicias para la transmisión que existen en esa zona combinadas con vigilancia débil y respuesta inadecuada e inoportuna. El Progreso y Sonaguera (departamento de Colón) reportaron 7% cada uno de todos los casos totales para 2016, la minería artesanal se ha asociado a los brotes en Iriona (Colón) y la comunidad de Suhi (localidad fronteriza con Nicaragua, localizada en Puerto Lempira en Gracias a Dios).

Es importante mencionar que se han logrado reducciones significativas de casos en algunos municipios en los últimos años, como ser los municipios de Tocoa y Trujillo en el departamento de Colón ya que disminuyeron sus casos entre 2015 y 2016 en un 59% y 68%, respectivamente. Varios de los avances en estos municipios es el resultado de la ampliación de intervenciones en las localidades (fortaleza de vigilancia activa, acciones de manejo integral de vectores).

Grafico 9

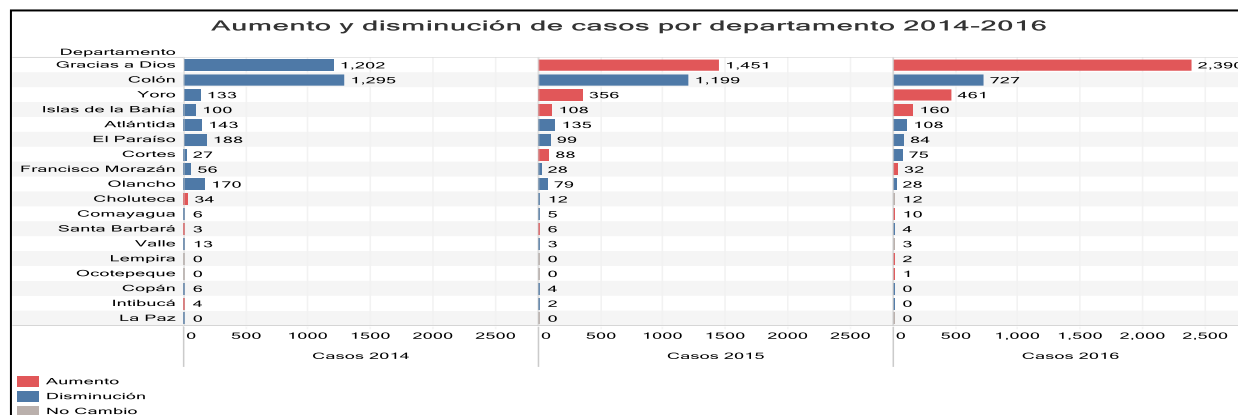


Grafico 10 Primeros 20 municipios con el mayor número de casos de malaria 2014-2016

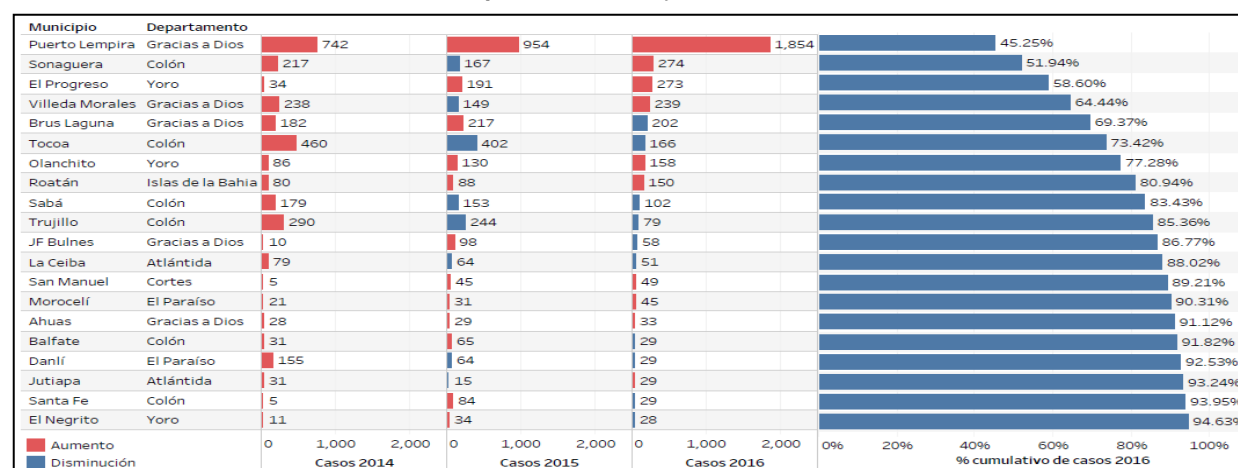


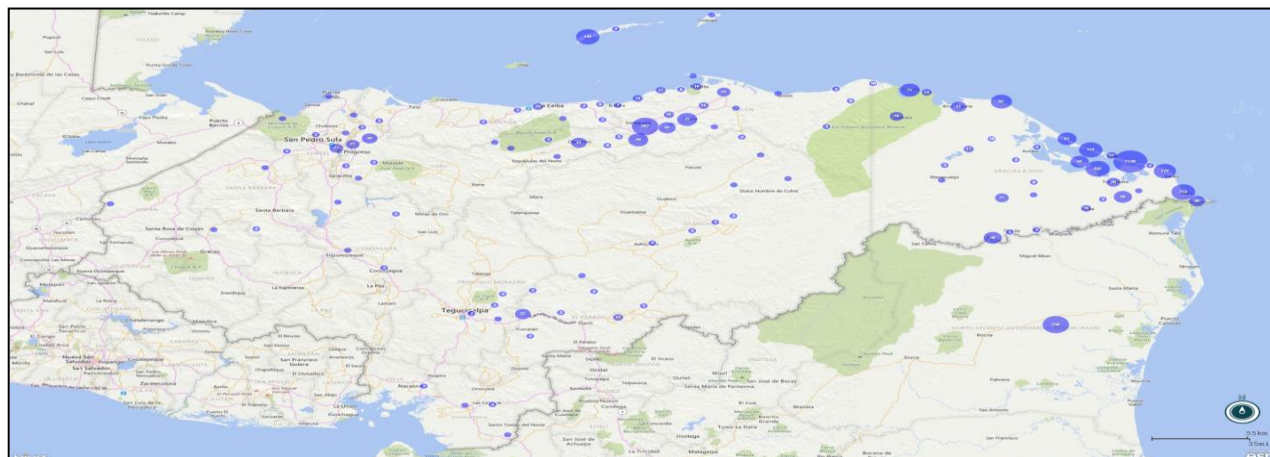
Grafico 11

Datos en áreas estratégicas para 2016

Localidades	Número de comunidades	Población	Rango de casos por comunidad	Casos totales	Casos P. vivax	Casos P. falciparum	% casos PF presentando gametocitos en la muestra
Balfate	25	5957	1-3	31	31	0	-
Barra Patuca	-	6002	2-11	91	51	40	35%
Brus Laguna (cabecera)	-	3007	2-7	31	27	4	50%
Cuenca Rio Patuca	9	7121	1-5	31	21	10	70%
El Paraíso	22	8929	1-3	57	57	0	-
Frontera Nicaragua	7	895	1-5	71	53	18	11%
Ibans-Cocobila	16	5853	1-9	119	56	63	30%
Raya	16	7578	3-12	189	123	66	26%
Sector Kauquira	31	9063	2-33	1466	687	779	43%
Tailibila	20	6110	1-5	103	62	41	59%
Valle de Bajo Aguan	174	94073	1-3	492	377	115	25%
Valle de Sula	55	53550	1-2	123	123	0	-

Grafico 12

Casos por localidad de infección para 2016



*Un 85% de los casos se presentan en el mapa.

Malaria por sexo y edad y grupos étnicos

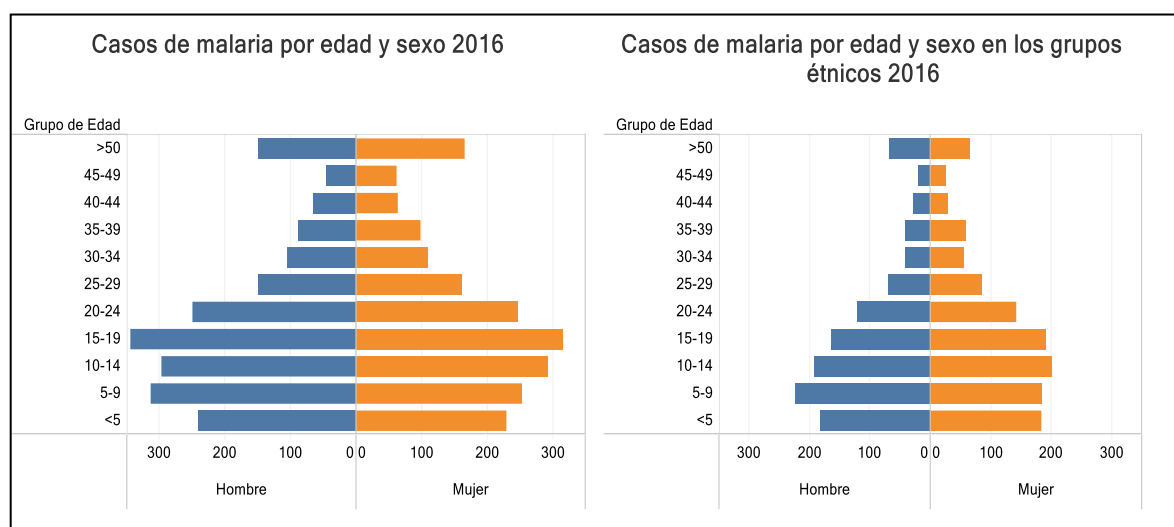
De los casos reportados en 2016, 50% fueron hombres y 49% mujeres (Grafico 13). En los niños y adolescentes que fueron más afectados por la malaria; 50% de casos se presentaron en adolescentes menores de 18 años. Las tendencias en edad y sexo no han cambiado en los últimos años.

Desde 2014 la vigilancia de la malaria en mujeres embarazadas ha mejorado. Según la *Informe de la situación de la malaria en las Américas 2014*¹³, la incidencia de malaria en el embarazo en 2014 fue 34 casos por 100.000 embarazadas. El número de casos reportados en mujeres embarazadas en Honduras durante 2016 fue 107 casos (78 mujeres embarazadas por 100.000) mostrando que tenían mayor riesgo de tener malaria (1.7 veces más) que las mujeres no embarazadas en edad fértil (45 casos por 100.00 mujeres entre 15-45 años). De los casos de mujeres embarazadas en 2016 alrededor de 50% fueron infectadas por *P. falciparum* y el 76% fueron mujeres de la etnia Miskita. La malaria durante el embarazo puede causar problemas fetales tales como bajo peso, anemia e infecciones placentarias que aumentan el riesgo de la muerte neonatal.

Los grupos étnicos son los más afectados por la malaria en el país, en particular los Miskitos que en su mayoría predominan en el departamento de Gracias a Dios. Según reportes por edad, los niños menores de 5 años tienen la probabilidad de 2 veces más de tener la malaria que los niños del resto de la población. En 2016, de todos los casos reportados por malaria en la población Miskita, un 47% fueron causados por *P. falciparum* e infecciones mixtas.

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación de la malaria en las Américas 2014. <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33881>>

Grafico 13



Detección

La malaria se diagnostica principalmente por microscopía en el país, aunque las PDR se utilizan en zonas de difícil acceso como la Moskitia. Aproximadamente 6% de todos los casos en 2016 fueron diagnosticados por prueba de diagnóstico rápido (PDR) y se confirmaron con una prueba microscópica. El país al año 2016, cuenta con 200 puestos de salud de la red nacional público que realizan diagnóstico primario de la malaria usando microscopía en todo el país. De estos 49% (98) participaron en proceso de control de calidad indirecto mostrando alta concordancia (mayor de 98%) aparte de los 22 puestos de diagnóstico privados. Desde 2013 hubo 4 puestos de notificación usando PDR y se aumentaron hasta 131 a finales de 2016 (incluyendo los colaboradores voluntarios (Colvol) en los departamentos de Gracias a Dios, Olancho y Colón.

El país sigue manteniendo vigilancia a la resistencia antimaláricos (cloroquina) usando pruebas moleculares desde el año 2012. Desde entonces no se han detectado cepas de *P. falciparum* resistentes a la cloroquina en 132 muestras de las cepas circulantes.

El tiempo entre el inicio de síntomas y la fecha de toma fue menos a 72 horas en un 55% de los casos con información disponible. Analizando los resultados diagnósticos, los estadios sexuales de *P. falciparum* fueron detectados en 36% de los casos causados por *P. falciparum* e infecciones mixtas. Los estadios asexuales aparecen después de 7 a 15 días de inicio de síntomas en caso de *P. falciparum*¹⁴. Esto sugiere que un poco más de la mitad de todos los casos acuden a un puesto de salud en un periodo oportuno, entre el inicio de síntomas y el diagnóstico, sin embargo, fue menos a 72 horas en un 36% de los casos con datos disponibles, esto sugiere que la mayoría de los casos no reciben un diagnóstico en un periodo oportuno.

¹⁴ Bousema T, Drakeley C. Epidemiology and infectivity of Plasmodium falciparum and Plasmodium vivax gametocytes in relation to malaria control and elimination. Clinical microbiology reviews. 2011 Apr 1;24(2):377-410.

Según la Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación¹⁵ de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 80% de los casos deben ser diagnosticados y tratados dentro de las primeras 72 horas del inicio de los síntomas.

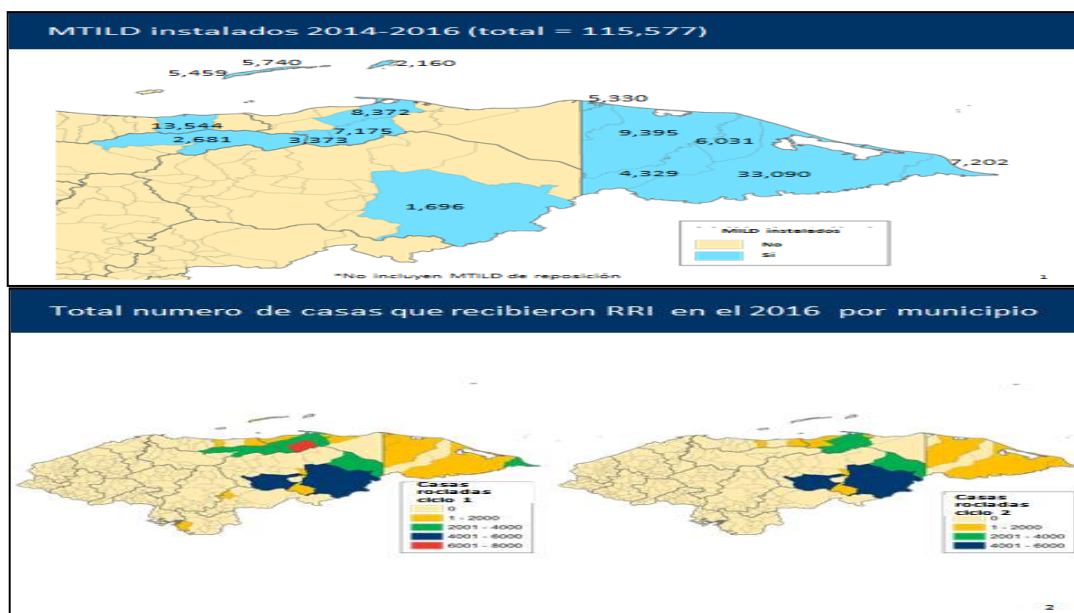
Durante 2015-2016, 105 casos o aproximadamente un 2% de los casos de *P. vivax* e infecciones mixtas fueron posibles reinfecciones (más de 28 días entre dos episodios). La mitad de estas reinfecciones fueron reportadas de Gracias a Dios, la mayoría provenientes del municipio de Puerto Lempira (alrededor 30%).

Intervenciones

La mayor cantidad de mosquiteros tratados con insecticida de larga duración (MTILD) se distribuyó en el 2016 un total de 82.000 mosquiteros. Se estima que 192.000 personas están protegidas por mosquiteros en comparación con los instalados en años anteriores (2014-2016) (Mapa 3). Los departamentos intervenidos con MTILD fueron Atlántida, Colón, Gracias a Dios, Islas de la Bahía, Olancho y Yoro, siendo el departamento de Gracias a Dios en donde se realizó la mayor intervención.

Mapa 3

Intervenciones de MTILD y RRI con estratificación de municipios 2014-2016



En 2016 se realizó dos ciclos de RRI protegiendo un estimado de 320.000 personas en los departamentos de Atlántida, Cortes, El Paraíso, Olancho, y Yoro. Esta ha sido la intervención más grande del RRI en casi dos décadas.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación. <<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Guia-reorient-progr-control-malaria-eliminacion.pdf>>

3. Formulación del Plan estratégico para la eliminación de la malaria en Honduras (PEN -Malaria 2018-2023)

En esta sección se describen el marco jurídico y legal sobre el cual se fundamenta el PEN - Malaria 2018-2023 alineados a las diferentes normativas en el país, las políticas de salud pública, los alineamientos con los compromisos internacionales y los diferentes escenarios epidemiológicos.

La Constitución de la República reconoce el deber del Estado de crear un “medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas” garantizando el acceso a servicios de salud equitativos, con calidad y calidez y para ello el gobierno ha formulado y desarrollado políticas públicas basadas en necesidades de la población y prioridades del sector salud¹⁶. En el Artículo 149, La Constitución de la República establece que “el Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley de Salud 2021, centran el accionar en la participación ciudadana organizada, como un derecho básico, la descentralización como estrategia trazadora del Proceso de Reforma del Sector Salud, el acceso universal y la extensión de la protección social como objetivos centrales”.

Establecidos estos deberes bajo las responsabilidades del gobierno, el Código de Salud, Decreto Legislativo 65-91, establece al ente rector del sistema nacional de salud por medio del Artículo 3: “Corresponde a la Secretaria de Estado en el Despacho de Salud Pública, que, para efectos de la presente Ley, se llamara “La Secretaria”, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de salud. En los niveles departamental y municipal actuara por medio de jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa”.

A partir de este marco legal, el presente Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria, a ejecutarse durante el periodo 2018-2023, se ampara en las siguientes leyes, códigos y decretos específicos del sistema nacional de salud:

Ley General de Administración Pública, Reglamento de Organización, funcionamiento y competencias del Poder Ejecutivo, Según Decreto Legislativo 146-86 del PCM-008-97:“ Lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución y rehabilitación de la salud de la población; las regulaciones sanitarias relacionadas con la producción, conservación, manejo y distribución de los alimentos, destinados al consumo

¹⁶ Constitución de la Republica de Honduras, Artículo 149

humano; el control sanitario de los sistemas de tratamiento conducción y suministro de agua para consumo humano lo mismo que de las aguas pluviales negras y servidas y la disposición de excretas; así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios y crematorios en coordinación con las autoridades municipales; el control y ventas de productos farmacéuticos, cosméticos y sustancias similares y de uso humano y la producción, tráfico, tenencia, uso y comercialización de drogas psicotrópicas”.

Ley Marco de Protección Social. Decreto **Legislativo 56-2015**, Artículo No16: Sistema Nacional de Salud. - El Sistema Nacional de Salud, comprende las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud, que deberá contar al menos con los componentes siguientes en el área de recursos humanos: Personal sanitario profesional adecuado en cantidad, calidad y pertinencia; y Existencia de un programa nacional de formación, capacitación y actualización del personal.

Ley Marco de Protección Social. Decreto **Legislativo 56-2015**, Artículo 17.- Corresponde al Poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, por delegación de la Presidencia de la República, rectorar el Sistema Nacional de Salud, de conformidad a las competencias, funciones y atribuciones que le sean definidas a través de la Ley del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la presente Ley.

Decreto Ministerial No. 406 Secretarías de Estado en el Despacho de Salud República de Honduras. En el marco del proceso de implementación gradual, progresiva y ordenada de los postulados de reforma del sector salud, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (SESAL), requiere para el cumplimiento de su visión, misión y objetivos estratégicos, el concurso y esfuerzo conjunto de todos, para la transformación sustantiva de toda su estructura orgánica y funcional, tanto de su nivel central como del nivel correspondiente a las regiones sanitarias que la conforman.

La reciente reforma de la estructura y competencias de la SESAL contenida en el reglamento de organización, funcionamiento y competencias del Poder Ejecutivo, obliga a la emisión de un instrumento que, a lo interior de ella, regule estas atribuciones, con el fin de garantizar el ejercicio adecuado de las competencias sustantivas de rectoría, de provisión de servicios de salud y las demás competencias y funciones que legalmente le son atribuidas.

3.1 Alineamiento con compromisos internacionales

Objetivos de Desarrollo de desarrollo sostenible (ODS)

Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

En Honduras durante la última década se ha logrado disminuir significativamente la transmisión de la Malaria y cumplir a partir del 2011, con la meta ODM 6 estipulada para el 2015. Considerando que en los últimos años El País ha reducido la incidencia de casos de Malaria y se

perfila al igual que los países a la búsqueda de eliminación de los casos autóctonos de esta enfermedad¹⁷.

Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y en la isla de La Española (EMMIE)

La Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y en la isla de La Española nace en el año 2013 con la intención de unificar esfuerzos y catalizar recursos para eliminar la malaria en México, Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Haití y la República Dominicana. Su objetivo a largo plazo es lograr la eliminación de casos autóctonos de malaria en Mesoamérica y la Isla La Española para el año 2020.

3.2 Estrategias y plan de acción

Respondiendo a la necesidad de seguir contando con una estrategia que está alineada a la Iniciativa EMMIE y que permita la reducción de la carga de la enfermedad a un nivel tal que permita el seguimiento del tratamiento supervisado de las personas que padecen la enfermedad se proponen cinco líneas estratégicas, que sirven como base programática del PEN - Malaria 2018-2023:

1. Vigilancia epidemiológica de la malaria, diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes
2. Manejo integrado de vectores (MIV)
3. Cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria
4. Promoción y comunicación en malaria promoviendo alianzas estratégicas y colaboradores
5. Sistema de salud.

La consecución de ellos dependerá en gran medida de la coordinación de esfuerzos por parte de los distintos actores involucrados y la canalización de fondos nacionales e internacionales para cumplir con las visiones nacionales de eliminación de malaria para el año 2020.

Los objetivos y actividades propuestos en este PEN-Malaria, buscan reorientar los esfuerzos hacia dos aspectos fundamentales:

- 1.- la caracterización de los focos de transmisión
- 2.- la capacidad del sistema de salud de hacer un seguimiento individual para cada caso.

Será necesario como parte de este proceso estratégico de seis años, fortalecer una vigilancia epidemiológica fiable que permita comprender la dinámica de transmisión a nivel de los focos, guiando así intervenciones de alto impacto que permitirán consolidar los logros y avanzar hacia la eliminación.

¹⁷ Preparar al País para Alcanzar el ODS sobre la Salud OPS Honduras 2015. Consultora Principal: Msc. Marta Manley Asistente Técnica: Lic. Lérica Carías Contrato de Servicio: HO/CNT/1500397.001.

3.2.1 Política de Control y Eliminación de la malaria

1. CD55.R7 Plan de acción para la eliminación de la malaria 2016-2020

EL 55º CONSEJO DIRECTIVO, Consciente de que los esfuerzos para la eliminación de la malaria requerirán un fortalecimiento de la coordinación entre todos los asociados e interesados directos, la revisión y actualización de las políticas y los marcos estratégicos sobre la malaria para acelerar los esfuerzos hacia la eliminación de la enfermedad, una vigilancia sostenida y fortalecida a todos los niveles del sistema de salud, el compromiso sostenido de los interesados directos, métodos adaptados a los contextos específicos y la preparación para la etapa final de los esfuerzos para la eliminación de la malaria y la fase subsiguiente;

Considerando que en la resolución WHA68.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se aprobaron la estrategia técnica y las metas mundiales de la malaria para el período 2016-2030, se presenta una visión audaz de un mundo sin malaria y se establece la meta para el 2030 de reducir al menos en 90% las tasas de mortalidad y la y la incidencia de la malaria a nivel mundial, eliminar la enfermedad por lo menos en otros 35 país.

Reconociendo que el presente plan de acción es la plataforma para la ejecución de es impedir su restablecimiento en aquellos países considerados libres de malaria en el 2015.

- 2. En el marco del Plan de Salud 2010-2014,** y bajo el mandato del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCAD), Honduras manifestó su apoyo y suscribió en el marco de la reunión de San José, Costa Rica en junio 2013, la declaratoria de Eliminación de Malaria en La Subregión de Mesoamérica y La Isla Española. Al ejecutar esta decisión política, se resuelve entre otros preceptos, acelerar la reorientación de las estrategias nacionales para la reducción y eliminación de malaria, supeditadas a políticas nacionales y justificadas en directrices técnicas de la OPS/OMS.

Los planes, actividades en cada país y acciones conjuntas entre los mismos, priorizan la vigilancia y notificación de casos en los focos principales y entre países fronterizos a nivel local, así como el diagnóstico rápido, tratamiento oportuno, estrategias de información, comunicación y educación a la población en riesgo y la armonización de medidas para el manejo integrado de riesgos, de acuerdo con los diferentes escenarios epidemiológicos.

3.3 Escenarios Epidemiológicos

Para hacer un análisis de la situación epidemiológica de la malaria en el país se deben de tener en cuenta los diferentes escenarios epidemiológicos, considerando que Honduras se encamina hacia la eliminación de los caos autóctonos de malaria, para alcanzar esta meta es necesario estratificar los escenarios epidemiológicos, los que están en concordancia al cumplimiento del Estrategia Técnica Mundial y Plan de Eliminación de Malaria en las Américas, con vista a la eliminación y bajo este enfoque al objetivo 3 de los ODS.

Estrato I. Municipios libres de malaria (Ningún caso autóctono en los últimos 3 años previos con buena vigilancia).

Estrato II. Municipios con baja transmisión de malaria (menos por 1,000 habitantes, en todos los últimos tres años).

Estrato III. Municipios con incidencia de malaria y *P. falciparum* mayor a 1 caso por 1000 habitantes (municipios con alta transmisión de la malaria)

Estrato I: Zona sin casos de malaria

En los últimos años con el impacto de las acciones en contra de la malaria en el país, se han identificado municipios que no han estado presentado casos de malarios como ser del departamento de Ocotepeque (5 años de no tener casos) y la mayoría de los municipios de Lempira, Intibucá, Copán, Santa Bárbara. En estos departamentos la vigilancia es uno de los elementos que se debe de rescatar en la visita de la reintroducción de casos procedente del área de mayor incidencia.

Estrato II Zona de baja incidencia de la malaria

En la última década el comportamiento de la malaria ha ido cambiando hacia la eliminación lo que permite identificar departamentos y municipios con baja incidencia de la enfermedad en donde varias de estas zonas fueron de alta incidencia en su momento.

El esfuerzo realizado en los años anteriores ha permitido mantener una baja incidencia en estos departamentos: Comayagua, Choluteca, Valle, Yoro y Cortes, aun así, la existencia de factores de riesgo y la migración a las zonas endémicas, puede permitir la introducción de casos de la malaria procedentes de los departamentos de mayor incidencia y cambiar el panorama de estas zonas.

Cuya notificación se da desde los niveles locales al nivel municipal, y desde éste al nivel Departamental, para finalmente ser registrados y consolidados a nivel nacional.

Estrato III. Zonas de alta incidencia de malaria y casos de P.falciparum

En Honduras la malaria se ha concentrado en los últimos años en cinco departamentos: Gracias a Dios, Colón, Islas de la Bahía y Atlántida, los cuales registran más de 80% de los casos de malaria a nivel nacional y solo en el departamento de Gracias a Dios se concentra el 80% de los casos de malaria de *P. falciparum*.

Tomando en cuenta la situación de la malaria como marco de análisis en zonas geográficas, existen otros elementos o factores de riesgo que influyen para que estos departamentos se de una transmisión de la enfermedad de la enfermedad como ser:

1. **Difícil acceso geográfico para la obtención de un diagnóstico oportuno:** en especial en el departamento de Gracias a Dios debido al tipo de geografía (selva tropical, pantano, llano) y vías de comunicación precarias.
2. **Violencia e inseguridad:** en los últimos años debido a que la comunicación que existen entre los cinco departamentos (vía terrestre, área y marítima) y la insuficiente presencia de las instituciones de seguridad del estado, dan como consecuencia altos niveles de inseguridad y violencia; relacionados directamente con el narcotráfico.
3. **Migración:** los movimientos migratorios de la población entre los departamentos de mayor incidencia de malaria ha permitido el sostenimiento de la transmisión, siendo el departamento de Gracias a Dios el principal foco de casos por malaria por *P.falciparum*, y esto impacta en los departamentos colindantes de : Colón, Atlántida y Olancho y por vía marítima con Islas de la Bahía; dentro del territorio nacional , aunque existe una alta migración entre Honduras y Nicaragua en la zona fronteriza del departamento de Gracias a Dios, debido a que la población en su mayoría de la etnia misquita vive en ambos países.
4. **Grupos étnicos vulnerables:** En esta zona malárica predomina varios grupos étnicos, los cuales se ven afectados constantemente por esta enfermedad. Como lo es los Miquitos en el departamento de Gracias a Dios en Honduras y el municipio de Waspan en Nicaragua.
La etnia garífuna la cual predomina en los departamentos de Atlántida y colon, Tawahkas en el municipio de Wampusirpi, Gracias a Dios y los Pech en el departamento de Colon y Olancho.
5. **Actividades económicas:** Los departamentos de Colon, Olancho y Atlántida son mayormente agrícola (banano, palma africana, caña de azúcar y granos básicos) y ganaderos, lo que permite la permanencia de criaderos del vector de forma temporal y permanente. La región de Gracias a Dios la principal actividad económica es la agricultura de subsistencia y migratoria con mayor actividad en las riveras de los ríos y la pesca temporal.

4. Objetivo del Plan Estratégico Nacional para la eliminación de la malaria 2018-2023

4.1 Misión

Garantizar procesos de vigilancia epidemiológica para la eliminación de la malaria al año 2020, a través de acciones integrales, y focalización de escenarios epidemiológicos diferenciados por estratos, acompañados de compromisos en el fortalecimiento de las capacidades institucional en el nivel local de atención y comunitaria para vigilar y evaluar riesgos en el control de brotes, mediante un abordaje integral y alianzas estratégicas con sociedad civil organizada, gobiernos municipales y países vecinos, estos procesos deben proporcionar datos fiables que alimenten el sistema de información y facilite la toma de mejores decisiones.

4.2 Visión

Honduras logra la eliminación de la malaria autóctona *P. falciparum* en el año 2019 y es un país con cero casos de malaria en el año 2020.

4.3 Meta

Cero casos de malaria autóctonos para el año 2020.

4.4 Objetivos, estrategia y líneas de acción

1. Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes y con un sistema de información robusto de malaria.
2. Promover el manejo integral de vectores (MIV).
3. Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria.
4. Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario

Con la implementación de este Plan Estratégico Nacional para la eliminación de Malaria 2018-2023, se mejorará la cobertura y calidad de las intervenciones de vigilancia, prevención y control en los focos activos, así como una mayor reducción de la transmisión de la malaria en focos residuales a fin de alcanzar la meta de eliminación planteada en la EMMIE-2020. Bajo este contexto, será clave tener en cuenta los procesos que están definidas en las líneas estratégicas y acciones que se deberán de realizar bajo el maco de la estrategia nacional para eliminación de la malaria.

Bajo el contexto de alcanzar la meta de eliminación planteada en la EMMIE-2020, el PEN-Malaria plantea metas ambiciosas las cuales se describen a continuación:

- El país pretende alcanzar la meta de eliminación en tres años mediante los modelos estadísticos que proyecta la eliminación al año 2051.
- El país procura implementar un cambio de la tendencia con la aplicación de medidas aceleradoras para lograr la eliminación al 2020, para lo que se plantea las siguientes acciones:

4.4.1 Áreas focalizadas del estrato III

El abordaje integral con Diagnóstico y tratamiento masivo de las personas en las zonas aisladas, basado en la vigilancia pasiva fortalecida mediante accesibilidad al diagnóstico y tratamiento temprano, enfocando a la eliminación de *P. falciparum*.

Abordaje para *P. vivax*

Se considerarán recaídas en el caso *P. vivax*, como una de las razones de importancia para que la transmisión continúe, sin embargo, no existe una vigilancia por recaídas o un sistema de información adecuado para identificarlas. Evaluando la base de información estadística del país para los años 2015 y 2016, se lograron identificar 254 episodios de reinfección por *P. vivax* e infecciones mixtas de los 5419 casos reportados o sea un 5% de los casos fueron por reinfección.

Este mismo comportamiento se presenta para las recaídas obtenidas por estudios de deficiencias por primaquina con tratamiento supervisado, mostrando que los sistemas actuales tienen deficiencia en la captura de la información sobre recaídas.

Una vez identificada una recurrencia, el caso se puede identificar como recaída a través de una investigación de caso.

La probabilidad de tener recaídas disminuye con la intensidad de la transmisión, pero la factibilidad de realizar investigaciones en la zona de alta transmisión es menor, debido al gran número de casos.

Actualmente la detección de un caso de recaída se basa solamente en preguntas de la historia del paciente y depende de la habilidad del investigador, lo que complica a la posibilidad de identificar las recaídas.

Para solventar estas debilidades se realizarán las siguientes acciones:

1. Desarrollar el sistema de vigilancia e información para uso a nivel local en identificación de reinfecciones usando las herramientas de notificación de casos.
2. Investigación de todas las posibles reinfecciones, sobre todo en áreas de estrato III.
3. Mejorar la calidad de investigación de casos, enfocándose en preguntas específicas para recaídas.

En mejora de la adherencia se propone realizará las siguientes acciones:

1. Cambiar el esquema actual de tratamiento de casos *P. vivax* de 14 días con primaquina (0.25 mg/kg/día) a 7 días con doble dosis de primaquina (0.5 mg/kg/día).
2. Desarrollar herramientas para garantizar el tratamiento supervisado.
3. Los colaboradores voluntarios serán incluidos en tratamiento supervisado de los pacientes confirmados, en su domicilio.

4. Se dará seguimiento a los casos de *P. vivax* tomando muestras mensualmente durante 6 meses después de la finalización del tratamiento.

Otras alternativas que se desarrollaran para abordaje de *P. vivax*, contemplaran las siguientes acciones:

1. En los establecimientos de salud de estrato III, donde se reporta más de 5 casos por semana, se realizará una prueba piloto y se dará un tratamiento en forma supervisado hasta por 4 días, entregando medicamentos al paciente hasta completar 7 días.
2. En el caso de los pacientes que tengan que viajar fuera de su domicilio, se hará una prueba piloto de trasladar la información a la unidad de salud donde el paciente viaje para continuidad y seguimiento a su tratamiento.
3. Se diseñará y hará una prueba piloto de la utilización de un carnet de control de tratamiento para los pacientes, donde ellos auto-registren las dosis tomadas diariamente.
4. Revisar la literatura sobre la eficacia de otras posibilidades intervenciones como: la de reiniciar una nueva fase de tratamiento en los casos confirmados.

4.4.2 Matriz de indicadores

A continuación, se presentan cada uno de los objetivos estratégicas, las líneas de acción correspondiente, las actividades y las tareas a realizar:

Descripción	Acciones	Tareas
Objetivo estratégico 1. Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes.		
Línea de acción 1. Vigilancia epidemiológica de la malaria, diferenciada por estratos.	1.1 Fortalecer las capacidades del personal institucional y voluntario (sector público y no público) para la eliminación de la malaria.	1.1.1 Elaboración de manual para la vigilancia epidemiológica integral. 1.1.1.1 Elaboración del Manual para la Vigilancia Epidemiologica de las enfermedades Vectoriales 1.1.1.2 Validación, Impresión y lanzamiento del Manual de la Vigilancia Epidemiologica de las enfermedades Vectoriales 1.1.1.3 Socialización del Manual de Vigilancia Epidemiologica de las enfermedades Vectoriales a nivel central. 1.1.1.4 Socialización del Manual de Vigilancia Epidemiologica de las enfermedades vectoriales a nivel departamental. 1.1.2 Capacitación del personal institucional y del sistema no público de salud en la revisión y análisis de la información para la toma de decisiones oportunas. 1.1.2.1 Capacitación a equipo regional en análisis de información epidemiológica para elaboración de informes y toma de decisiones basados por estratos. 1.1.2.2 Capacitación al nivel municipal para hacer análisis de información epidemiológica para la elaboración de informes y toma de decisiones para elaboración de informes y toma de decisiones. 1.1.2.3 Capacitación a equipo de vigilancia de Hospitales Públicos y Privados en análisis de información, investigación y clasificación de casos de malaria para la toma de decisiones. 1.1.2.4 Monitoreo y evaluación del funcionamiento de las unidades de análisis regionales y la respuesta a brotes de malaria a nivel central.

	1.2 Ampliar la red de vigilancia epidemiológica a todos los niveles incluyendo el nivel comunitario y en grupos de interés para la captación, notificación y seguimiento de casos.	1.2.1 Red de Colaboradores voluntarios funcionando mantenimiento una vigilancia a nivel de la comunidad. 1.2.1.1 Elaboración, y validación e impresión del cuadernillo para Colvol. 1.2.1.2 Capacitación de los Colvol activos en malaria, análisis de la información, tratamiento uso de PDR basados en estratos y focos de malaria. 1.2.1.3 Capacitación de nuevos Colvol en malaria, análisis de la información, tratamiento uso de PDR. 1.2.1.4 Compra de insumos y materiales para el funcionamiento del Puestos de Colaboración Voluntario. 1.2.1.5 Abogacía par la integración del colaborador voluntario al sistema de salud del País. 1.2.2 Integrar al sector no-publico en la en la red de notificación. 1.2.2.1 Mapeo del sector no público por municipio y región departamental (Sistema privado, Salud Militar, Seguro Social, ONG, etc.) 1.2.2.2 Capacitación en formularios de notificación de casos sospechoso y sistema de información para la notificación. 1.2.2.3 Recepción de reporte del sistema no público (casos sospechosos y caso de malaria) y retroalimentación. 1.2.2.4 Evaluación de la notificación oportuna entre el sistema público y no público.
	1.3 Garantizar la investigación de casos y focos	1.3.1 Investigación de casos en municipios de Estrato I y II. 1.3.1.1 Investigación y caracterización de casos de malaria en municipios de estrato I y II. 1.3.1.2 Respuesta de los casos de malaria detectados en los estratos I y II. 1.3.1.3 Búsqueda inteligente de casos de malaria en poblaciones claves incluyendo migrante, trabajadores agrícolas, personal contratado para grandes obras de infraestructura social y económica. 1.3.1.4 Búsqueda proactiva de casos de malaria en población de estrato II.
	1.4 Fortalecer la vigilancia interfronteriza	1.4.1 Fortalecimiento de la vigilancia interfronteriza. 1.4.1.1 Fortalecimiento de la vigilancia interfronteriza en las zonas endémicas 1.4.1.2 Intercambio de información entre equipos locales, entre países interfronterizos para el análisis y toma de decisiones 1.4.1.3 Monitoreo del nivel municipal sobre las acciones realizadas, el análisis de la información realizada en las zonas interfronteriza 1.2.1.4 Implementación de brigadas de atención a las poblaciones móviles que no acuden a los establecimientos de salud, manteniendo la vigilancia de la malaria.
	1.5 Fortalecer el sistema de información integrado en todos los niveles	1.5.1 Fortalecer el sistema de información integrado en todos los niveles 1.5.1.1 Seguimiento con gota controles a los 4 días de los pacientes de malaria identificados con <i>P falciparum</i> 1.5.1.2 Seguimiento con gota controles a los 28 días de los pacientes positivos de Malaria identificados con <i>P vivax</i> en los estratos I, II, III 1.5.1.3 Evaluar la respuesta terapéutica cada mes durante 6 meses e identificar Contactos entre convivientes y vecinos de los casos positivos. 1.5.2 Seguimiento del cumplimiento de la norma de malaria de Honduras
	1.6 Seguimiento del cumplimiento de la norma de malaria en Honduras	1.6.1 Socializar los esquemas de tratamiento a los profesionales de la salud, del sector público y no público. 1.6.1.1 Socializar los esquemas de tratamiento a los profesionales de la salud, incluyendo al sector público y no público

	1.7 Respuesta a brotes de malaria	1.7.1 Respuesta oportuna a brotes de malaria 1.7.1.1 Respuesta a brotes de malaria de los estratos I y II 1.7.1.2 Seguimiento y evaluación de la intervención de brotes en estratos I y II. 1.7.1.3 Respuesta a brotes de malaria de los estratos de estrato III 1.7.1.4 Seguimiento y evaluación de la intervención de brotes en el estrato III
--	--------------------------------------	---

Descripción	Acciones	Tareas
Objetivo estratégico 2. Promover el manejo integral de vectores (MIV).		
Línea de acción 2. Manejo integrado de vectores (MIV).	2.1 Desarrollar una estrategia de manejo de vectores.	2.1.1 Elaboración del Plan Nacional de manejo del vector 2.1.1.1 Elaboración del Plan Nacional de manejo del vector 2.1.1.2 Visitas para diagnóstico de la red de vigilancia entomológica del país 2.1.1.3 Desarrollo de taller nacional para la validación del PEN MIV, con representación del nivel local, regional y nacional en el tema de MIV. 2.1.1.4 Impresión y lanzamiento del PEN MIV 2.1.1.5 Socialización del PEN para el manejo Integrado de Vectores 2.1.2 Capacitación del Recurso Humano a nivel universitario para las Unidades Entomológicas. 2.1.3 Capacitación del recurso humano en vigilancia entomológica. 2.1.3.1 Reuniones de Técnicos entomológicos de las unidades entomológicas en la actualización de la vigilancia para vectores transmisores de malaria y otras ETV 2.1.3.2 Monitoreo, supervisión y evolución del funcionamiento de las unidades entomológicas regionales 2.1.4 Formación de Recurso humano de UEC en entomología médica 2.1.4.1 Dotación de Beca completa para la formación en Entomología Medica en una institución internacional 2.1.4.2 Capacitación de recurso humano en vigilancia Entomológica (pasantías, diplomados, especialidades) 2.1.5 Fortalecimiento de Unidades Entomológicas 2.1.5.1 Ampliación de la cobertura a nivel nacional con la red de unidades entomológicas (apertura de unidades entomológicas en Lempira y Yoro) 2.1.5.2 Acondicionamiento de espacios físicos para el funcionamiento de las unidades entomológicas (construcción o adecuación de unidades entomológicas) 2.1.5.3 Actualización del manual del TSA en el componente de Manejo Integrado de Vectores 2.1.5.4 Equipamiento para unidades de entomología 2.1.5.5 Capacitación el personal institucional que integrara las unidades, definir perfil, roles y funciones de UE a nivel central, regional y local. 2.1.6 Fortalecimiento del Insectario Nacional 2.1.6.1 Capacitación y evaluación continua del Recurso humano responsable del insectario

		2.1.6.2 Adquisición de insumos para el mantenimiento de colonias en el insectario 2.1.6.3 Ampliación y mejora de la infraestructura 2.1.6.4 Adquisición de equipo para el insectario 2.1.6.5 Implementación de un sistema de control en el Insectario 2.1.7 Implementación de la vigilancia entomológica a través de las unidades entomológicas existentes 2.1.7.1 Supervisión de la caracterización y tratamiento de Criaderos 2.1.7.2 Definición, validación e impresión del manual operativo de vigilancia entomológica 2.1.7.3 Implementación de lineamientos operativos para la vigilancia entomológica y control vectorial 2.1.7.4 Promover la utilización de la información generada por las unidades entomológicas y control vectorial 2.1.7.5 Revisar formularios, actualizar y estandarizar los formularios de registro de la información entomológica. 2.1.8 Supervisión de las actividades de vigilancia y control vectorial realizadas por el personal local 2.1.8.1 Asignación presupuestaria para el desplazamiento del personal institucional para la vigilancia entomológica 2.1.8.2 Adquisición de 2 vehículos de cuatro ruedas (Colon y Progreso) 2.1.8.3 Adquisición de una lancha para el departamento de Gracias a Dios 2.1.8.4 Adquisición de vehículos de dos ruedas para los departamentos de (Gracias a Dios (2), Islas de la Bahía (1), Olancho (2), Choluteca (2), Yoro (1), Comayagua (1) y Atlántida (1))
	2.2 Definir e implementar las estrategias de control de vectores apropiados por estratos, zonas focalizadas y por población en riesgo	2.2.1 Rociamiento Intradomiciliario con insecticida de acción residual en comunidades endémicas 2.2.1.1 Selección y capacitación de brigadas de personal Comunitario 2.2.1.2 Rociado de viviendas 2.2.1.3 Supervisión del rociado (nivel Local) 2.2.1.4 Supervisión del rociado por el nivel departamental 2.2.1.5 Supervisión del rociado por el nivel central 2.2.1.6 Compra de insecticida Deltametrina y Bendio carb 2.2.1.7 Compra de equipo de rociado y protección 2.2.1.8 Compra de repuestos de bombas Hudson 2.2.2 Implementación del MTILD en las localidades con riesgo de malaria 2.2.2.1 Adquisidor de MTILD 2.2.2.2 Instalación y promoción de MTILD 2.2.2.3 Seguimiento del uso del MTILD 2.2.2.4 Asistencia técnica y supervisión por personal institucional 2.2.3 Identificación, caracterización y tratamiento de criaderos permanentes a anofelinos 2.2.3.1 Identificar, caracterizar y tratar los criaderos

		permanentes utilizando el formato EN1 2.2.3.2 Compra de bacillus spahericus para tratamiento de criaderos 2.2.3.3 Capacitación en caracterización y tratamiento de criaderos para el personal técnico de las zonas de estrato I 2.2.3.4 Exploración de campo para la identificación, caracterización y tratamiento de criaderos para el personal técnico de las zonas de estrato I. 2.2.4 Identificación de áreas endémicas para la elaboración de croquis del censo de la población 2.2.4.1 Identificación de localidades y focos 2.2.4.2 Elaboración de croquis de áreas seleccionadas 2.2.4.3 Capacitación del personal institucional en GPS 2.2.4.4 Compra de GPS 2.2.4.5 Validación del croquis
	2.3 Investigaciones operativas en MIV	2.3.1 Obtención de información entomológico para determinar la biología, ecología de los anofelinos y sus especies existentes. 2.3.1.1 Realización de tasas de picadura en las unidades centinelas de: Comayagua, Tocoa, Sonaguera, Catacamas, Choluteca, Puerto Lempira, Ibans, Wampusirpi, Suhi, Yahurabila, Irlaya y Roatán 2.3.1.2 Realización de capturas en corral en 18 unidades entomológicas: Danli, Comayagua, Puerto Lempira, Tocoa, Choluteca, El Negrito, Ceiba, Roatán, Bonito Oriental, El Progreso, Catacamas, Valle, Puerto Cortes, Patuca, Sta. Bárbara, Copan y San Esteban 2.3.2 Generación de información sobre la eficiencia de los insecticidas utilizados en el MIV 2.3.2.1 Actualización del Plan de Monitoria de Resistencia 2.3.2.2 Realización de ensayos de susceptibilidad en 15 sitios de referencia (Catacamas, San Esteban, Patuca, Comayagua, El Progreso, Olanchito, Marcovia, Yahurabila, Wampusirpi, Mocomoron, Roatán, Danli, Tocoa, Sonaguera y Trujillo) 2.3.3 Medición de la residualidad de insecticidas utilizados en el MIV 2.3.3.1 Ensayos de residualidad de insecticidas utilizados en el RIR en 4 sitios de referencia (Olanchito, Comayagua, Gracias a Dios y Colón.
	2.4 El Control oportuno de brotes	2.4.1 Control oportuno de brotes 2.4.1.1 Control de criaderos 2.4.1.2 Desarrollo de una estrategia de MIV para la intervención de Brotes.

Descripción	Acciones	Tareas
Objetivo Estratégico 3. Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria		
Línea de acción 3. Cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria.	3.1 Garantizar un diagnóstico oportuno y con calidad en el 100% de casos reportados de malaria en todo nivel, incluso en zonas de difícil acceso	3.1.1 Lograr el diagnóstico microscópico de malaria en tiempo oportuno y de calidad en el 100% de casos y aseguramiento del diagnóstico de 3.1.1.1 Compra realizada por el nivel departamental de equipos de diagnóstico, insumos y materiales para las unidades de diagnóstico existentes 3.1.1.2 Acondicionar instalaciones físicas de las unidades de diagnóstico existentes 3.1.1.3 Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo del laboratorio (Contratar especialista en el equipo de laboratorio para reparación) 3.1.1.4 Asistencia técnica y supervisión de las unidades de diagnóstico microscópico 3.1.1.5 Mantenimiento preventivo y correctivo del equipo de laboratorio (Técnicos de nivel central) 3.1.1.6 Montaje de banco de láminas positivas por el laboratorio nacional y laboratorios departamentales 3.1.1.7 Traslado de muestras del Colvol al laboratorio más cercano para garantizar el diagnóstico oportuno 3.1.1.8 Traslado de muestras de control de calidad del nivel local a nivel regional 3.1.1.9 Traslado de muestras de control de calidad del nivel regional a nivel central 3.1.2 Instalaciones de nuevas unidades de diagnóstico microscópico en áreas endémicas en donde no sean existentes 3.1.2.1 Capacitación de nuevos recursos en microscopía de malaria en unidades de diagnóstico microscópico nueva 3.1.2.2 Compra de equipo e insumo para las nuevas unidades de diagnósticos microscópico 3.1.3 Creación de unidades de diagnóstico utilizando pruebas de diagnóstico rápidas, especialmente en zonas endémicas y de difícil acceso 3.1.3.1 Capacitación del personal técnico a nivel departamental de: (Gracias a Dios, Colón, Olancho, Atlántida, Islas de la Bahía, Cortes y El Paraíso) en gestión y uso de PDR 3.1.3.2 Capacitación para los Colvol por el nivel municipal en: Dios, Colón, Olancho, Atlántida, Islas de la Bahía, Cortes y El Paraíso en gestión y uso de PDR 3.1.3.3 Instalación de unidades de diagnóstico con PDR en lugares de difícil acceso al diagnóstico y zonas interfronterizas 3.1.3.4 Compra de PDR y su envío 3.1.3.5 Supervisión trimestral, seguimiento y retroalimentación de las unidades de diagnóstico rápido creadas, realizadas por el nivel central 3.1.3.6 Supervisión trimestral, seguimiento y retroalimentación de las unidades de diagnóstico rápido creadas, realizadas por el nivel departamental 3.1.3.7 Supervisión mensual, seguimiento y retroalimentación de las unidades

		de diagnóstico rápido por el nivel municipal al local 3.1.4 Participación de la red de laboratorios públicos al sistema de control de calidad 3.1.4.1 Reuniones mensuales con los laboratorios públicos y no públicos para dar seguimiento a la implementación de los procedimientos operativos estandar 3.1.4.2 Participación de la red de laboratorios públicos al sistema de control de calidad 3.1.4.3 Integración de los laboratorios privados a procesos de control de calidad del diagnóstico de malaria 3.1.4.4 Preparación y envío de la evaluación de desempeño desde nivel central al nivel departamental. 3.1.4.5 Envío de la evaluación de desempeño desde el nivel central al nivel Departamental 3.1.4.6 Envío de la evaluación de desempeño desde el nivel departamental al nivel local 3.1.4.7 Participar en programas de evaluación externa del desempeño realizadas por laboratorio de referencia dentro de un programa de evaluación 3.1.4.8 Preparación y envío de la evaluación externa de desempeño dirigida a laboratorios de Mesoamérica y el Caribe 3.1.4.9 Certificación de recursos en el diagnóstico microscópico en el nivel Departamental 3.1.5 Incrementar la participación del sector privado especialmente en áreas endémicas 3.1.5.1 Elaborar censo de laboratorios privados 3.1.5.2 Socializar normas de diagnóstico y tratamiento en casos de malaria al personal del sector privado 3.1.5.3 Taller de capacitación de recursos y dar seguimiento
	3.2 Ampliar las capacidades de la red de laboratorios en el país (Públicos y no Públicos) para asegurar la calidad del diagnóstico microscópico.	3.2.1 Revisar y actualizar el manual de procedimientos operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria 3.2.1.1 Contratación del consultor para la actualización del manual de procedimientos operativos estandar 3.2.1.2 Revisar y actualizar el manual de procedimientos operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria 3.2.1.3 Taller de validación de la actualización del manual de procedimientos operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria 3.2.1.4 Impresión de manuales manual de procedimientos operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria 3.2.1.5 Realización de talleres de implementación del manual operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria(POE) para el diagnóstico microscópico de la malaria 3.2.2 Capacitación del personal de la red laboratorial (pública y no pública) en procedimientos operativos estandar de diagnóstico a la red Nacional de malaria 3.2.2.1 Realización de talleres para la implementación del manual de procedimientos operativos estándar (POE) para el diagnóstico microscópico de la malaria a los niveles locales públicos 3.2.2.2 Realización de talleres para la implementación del manual operativos estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria (POE) para el diagnóstico microscópico de la malaria a los niveles locales privados 3.2.2.3 Tutorías a personal de la red de laboratorios de malaria

		seleccionados a través de las actividades de capacitación, supervisión y control de calidad 2.2.2.4 Tutorías al personal nuevo realizada a nivel departamental 3.2.3 Realizar la vigilancia rutinaria a los antimaláricos. 3.2.3.1 Realizar pruebas rutinarias a los antimaláricos. 3.2.3.2 Compra de insumos y reactivos para vigilancia rutinaria. 3.2.3.3 Realizar el envío de ADN para secuenciación. 3.2.3.4 Investigación de cepas resistentes a la cloroquina 3.2.3.5 Socialización de resultados.
	3.3 Asegurar el abastecimiento y distribución de medicamentos antimaláricos necesarios para el tratamiento oportuno, al 100% de casos de malaria confirmada	3.3.1 Estimación de necesidades de medicamentos antimaláricos 3.3.1.1 Definir los roles en cada nivel 3.3.1.2 Reuniones con los actores para definir los roles y canales de comunicación de acuerdo al manual operativo de funciones, REDES(DAPS), ULMIE, gerencia administrativa y UGI 3.3.1.3 Talleres capacitante con los enlaces regionales para realizar el ejercicio anual de estimación de necesidades de medicamentos antimaláricos 3.3.2 Asegurar el abastecimiento y distribución de medicamentos antimaláricos necesarios para garantizar en tratamiento oportuno para el 100% de casos de malaria confirmados. 3.3.2.1 Compra de medicamentos para abastecimiento a nivel nacional 3.3.2.2 Movilización del medicamento del nivel central al regional 3.3.2.3 Movilización de los medicamentos del nivel regional al local
		3.3.3 Adaptar los manuales para la gestión de suministro de medicamentos e insumos antimaláricos 3.3.3.1 Contratación de consultor para la revisión y actualización de los manuales existentes 3.3.3.2 Validación de manual de recursos de la ULMIR, REDES y DCN 3.3.3.3 Impresión de manuales 3.3.3.4 Talleres de formulación para capacitadores de capacitadores (nivel central a nivel regional), para la implementación de los manuales de gestión de suministro de medicamentos e insumos antimaláricos 3.3.3.5 Talleres de capacitación de nivel regional a nivel local para la implantación de los manuales de gestión de suministros de medicamentos e insumos antimaláricos
	3.4 Monitoreo y evaluación de calidad y condiciones de almacenamiento	3.4.1 Realizar compra de materiales e insumos para evaluar las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos. 3.4.1.1 Realizar compra de materiales e insumos para evaluar las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos. (hidrómetros, termómetros, estantes, metro) 3.4.1.2 Realizar pruebas de calidad al medicamento almacenado en el nivel central al momento de recepcionar la compra 3.4.1.3 Realizar pruebas de calidad al medicamento almacenado en las regiones departamentales y/o nivel local tomar muestras aleatoriamente en diferentes estratos 3.4.1.4 Monitoreo de la gestión y suministro de los medicamentos antimaláricos en el sector público desde el nivel central, departamental y establecimientos de salud diferentes estratos. 3.4.2 Fortalecer las capacidades técnicas en las buenas prácticas de almacenamiento en los diferentes niveles 3.5.2.1 Capacitación en Buenas Prácticas de Almacenamiento de medicamentos a los niveles regiones, así como en la elaboración de reportes Mensuales de: Consumo, Existencia y

		Necesidades y Fechas de vencimiento. 3.5.2.2 Replica de la Capacitación en Buenas Prácticas de Almacenamiento de medicamentos del nivel Regional al nivel municipal, así como en la elaboración de reportes Mensuales de: Consumo, Existencia y Necesidades y Fechas de vencimiento. 3.5.2.3 Visitas de Supervisión (Técnico ULMIE, REDES y acompañamiento de la región) del cumplimiento en la Implementación de la Buenas Prácticas de almacenamiento.
--	--	---

Descripción	Acciones	Tareas
Objetivo estratégico 1. Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes.		
Objetivo estratégico 4. Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario		
Línea de acción 4. Fortalecer el rol del Sistema de Salud.	4.1 FloreCIMIENTO de los sistemas de salud resilientes y sostenibles	4.1.1 Diagnóstico organizacional y de las capacidades instaladas para el proceso de eliminación de malaria (RRHH, equipo de laboratorio, infraestructura, insumos, equipo de cómputo, etc.) 4.1.1.1 Contratación de un consultor nacional para realizar el diagnóstico organizacional de y logístico de malaria 4.1.1.2 Visitas de campo del consultor a las 10 regiones con mayor reporte de casos 4.1.2 Socialización de PEN-Malaria, del Modelo de Salud y la implementación de las Redes 4.1.2.1 Realizar dos talleres a nivel nacional (Tegucigalpa y San Pedro Sula), para socializar el PEN-Malaria 4.1.3 Elaborar plan de sostenibilidad integrado para abordar las tres subvenciones financiadas por Fondo Mundial 4.1.3.1 Reunión de autoridades y técnicos de la SESAL para analizar y planificar la absorción de la sostenibilidad de la ejecución programática-financiera de malaria 4.1.4 Reproducción del plan de sostenibilidad 4.1.4.1 Impresión del plan de sostenibilidad 4.1.5 Seguimiento a la implementación del Plan de sostenibilidad 4.1.5.1 Seguimiento de NC a la implementación del plan de sostenibilidad 4.1.6 Verificar la información obtenida en el nivel operativo para el reporte periódico del dato programático 4.1.6.1 Visitas de monitoreo y evaluación de nivel departamental al nivel municipal. 4.1.7 Verificar la información obtenida en el nivel operativo para el reporte periódico del dato financiero 4.1.7.1 Visitas de monitoreo financiero de nivel departamental al nivel municipal. 4.1.8 Incorporación de Recurso Humano en área de interés a la estrategia nacional (Epidemiología, Entomología, Diagnóstico, Promoción, Monitoreo y Evaluación) 4.1.8.1 Contratación de RRHH en las áreas de Epidemiología, Entomología, Diagnóstico, Promoción, educación, administración, Monitoreo y Evaluación) 4.1.9 Contratación de servicios de internet para el reporte del dato oportunamente 4.1.9.1 Adquisición de Tóner de tinta para impresora de la unidad de LNM

		4.1.10 Asegurar la logística de movilización del personal técnico institucional para la ejecución de intervenciones que contribuyen a la eliminación de la malaria 4.1.10.1 Adquisición de vehículos de 4 ruedas (1 colón, 1 Atlántida, 1 Islas de la Bahía y 1 Cortes) 4.1.11 Asegurar la logística de movilización del personal técnico institucional para la ejecución de intervenciones que contribuyen a la eliminación de la malaria 4.1.11.1 Adquisición de vehículos de 2 ruedas 4.1.12 Asegurar la logística de movilización del personal técnico institucional para la ejecución de intervenciones que contribuyen a la eliminación de la malaria 4.1.12.1 Mantenimiento y reparación anual de los vehículos adquiridos para la movilización del personal institucional 4.1.13 Asegurar la logística de movilización 4.1.13.1 Adquisición de seguro para 4 vehículos 4.1.14 Asegurar la logística de movilización 4.1.14.1 Adquisición de seguro para 169 vehículos de 2 ruedas 4.1.15 Actualizar la estrategia de abordaje a la malaria para el próximo periodo (después de 2023) 4.1.15.1 Contratación de consultor para actualización de PEN-M para el próximo Periodo 4.1.16 Vigilancia de la aplicación de los instrumentos de cumplimiento de la norma de malaria en establecimientos públicos y no públicos 4.1.16.1 Visitas a Establecimientos públicos y no públicos para verificación del cumplimiento de la norma 4.1.17 Visitas a Establecimientos públicos y no públicos para verificación del cumplimiento de la norma 4.1.17.1 Sistematizar experiencia del proyecto piloto.
Línea de acción 5. Fortalecimiento del Sistema de Salud	5.1 Realizada la caracterización sociocultural de la población por departamento para la definición de estrategias a implementar de acuerdo a las diferentes culturas a intervenir.	5.1.1 Realizar caracterización sociocultural de la población por departamento para definir estrategias e implementarlas de acuerdo a las diferentes culturas abordadas 5.1.1.1 Contratación de un consultor para realizar la caracterización sociocultural de la población por departamento para definir estrategias e implementarlas de acuerdo a las diferentes culturas abordadas 5.1.1.2 Contratación de medios para la publicación de los términos de referencia en el requerimiento del consultor 5.1.1.3 Visitas del consultor a los departamentos con población Misquita, tawuacas, pech, garífuna, negros de habla inglesa 5.1.1.4 Visitas del consultor a los departamentos con población Misquita, tawuacas, pech, garífuna, negros de habla inglesa 5.1.1.5 Presentación y Socialización de informe de caracterización cultural (los resultados de la consultoría) a Nivel central (Equipo integrador de Malaria) y Nivel departamental (Islas de la Bahía, Atlántida, Colón, Olancho, Gracias a Dios, Yoro y El Paraíso).

	5.2 Lograda la participación en la toma de decisiones e involucramiento de los actores sociales en los diferentes niveles del país (Nacional, Departamental y Municipal) en la prevención, tratamiento y eliminación de la malaria	5.2.1 Elaboración de lineamientos técnicos para la promoción de la salud en el abordaje de la malaria, incluyendo el tema socio cultural, genero, el funcionamiento de las mesas intersectoriales y la participación de los facilitadores en malaria 5.2.1.1 talleres de consulta (en 2 momentos San Pedro Sula -Tegucigalpa) con comunicadores sociales y TSA de las 20 regiones del país, para obtener la información necesaria para la elaboración de los lineamientos de abordaje de la malaria, el funcionamiento de las mesas intersectoriales y la participación de los facilitadores 5.2.1.2 Validación de lineamientos con participantes de las 10 regiones de salud con mayor reporte de malaria (1 taller) 5.2.1.3 Impresión de lineamientos para el abordaje de la malaria (600 ejemplares). 5.2.1.4 Distribución de lineamientos a las 20 regiones de salud del país 5.2.2 Promover y fomentar la participación para la toma de decisiones e involucramiento de los actores sociales en los diferentes niveles del país (Nacional, Departamental, Municipal y local) en la prevención, tratamiento y eliminación de la malaria. 5.2.2.1 Organizar la Comisión Nacional para el abordaje de la malaria (mesa intersectorial en el nivel nacional) para el análisis del comportamiento de la malaria que conlleve a la toma de decisiones 5.2.2.2 Reunión técnica trimestral de la Comisión Nacional del sector para el análisis de la problemática de la malaria a nivel de país y la toma de decisiones a nivel del sector; con el fin de que los niveles Departamental y Municipal operacionalicen sus decisiones. 5.2.2.3 Realizar veeduría social a las intervenciones ejecutadas o acompañar al equipo nacional de malaria en la planificación de acciones en el tema de malaria 5.2.2.4 Reunión técnica mensual de la Comisión Departamental del sector para el análisis de la problemática de la malaria a nivel del departamento y la toma de decisiones a nivel del sector. 5.2.2.5 Reunión técnica trimestral de la Comisión Departamental del sector para el análisis de la problemática de la malaria a nivel del departamento y la toma de decisiones a nivel del sector. 5.2.2.6 Acompañamiento de la MI departamental a los MI municipales trimestralmente en reuniones y visitas de campo 5.2.2.7 Fortalecimiento (conocimiento, integración más actores, logística) de las mesas intersectoriales municipales para el abordaje y capacidad de respuesta en acciones de pre-eliminación y eliminación de la malaria 5.2.2.8 Realizar una jornada de trabajo para la identificación de necesidades y debilidades de la mesa intersectorial en el tema de la malaria, a través del desarrollo de un FODA 5.2.3 Incentivar la participación comunitaria identificando y reconociendo el voluntariado en su localidad 5.2.3.1 Identificar al personal comunitario facilitador, según zonas geográficas de su influencia e identificarlos con credencial y vestimenta (chaleco, camiseta, gorra, etc.) 5.2.3.2 Proveer un kit de materiales de trabajo a las mesas intersectoriales municipales, facilitadores y Colvol (mochila, tablero, cuaderno, lápiz grafito y tinta, sombrilla) 5.2.3.3 Capacitación del personal voluntario comunitario para la actualización, formación y el adiestramiento en el abordaje de la población objeto de intervención dentro del área de influencia. 5.2.3.4 Visita domiciliaria del personal voluntario comunitario en su área asignada para promover la organización, participación y de capacitación para la prevención, detección, tratamiento, vigilancia y sostenibilidad de las acciones que conlleven a la eliminación de la malaria.
--	--	---

		5.2.3.5 Realizar una reunión trimestral para el análisis y evaluación de las experiencias, actualización y reforzamiento temático con el personal comunitario 5.2.3.6 Realizar una reunión semestral para el análisis y evaluación de las experiencias, actualización y reforzamiento temático con el personal comunitario.
	5.3 Logrados cambios de conducta en la población a través de la promoción, con la participación de personal institucional y comunitario, para la prevención y eliminación de la malaria.	5.3.1 Coordinar con la secretaría de Educación la integración del tema de enfermedades vectoriales a la curricula nacional educativa 5.3.1.1 Establecer convenio interinstitucional (Salud-Educación) con el apoyo de la Comisión Nacional para el abordaje de la malaria 5.3.1.2 Suscripción y socialización de convenio 5.3.2 Implementar un proceso educativo con los niños de 5to y 6to grado, para promover una actitud de autocuidado en relación a evitar enfermarse de malaria. 5.3.2.1 Contratación de un consultor para diseñar y elaborar una serie, tipo historietas compuesta de 10 episodios (tipo caricatura) con su guía del facilitador. 5.3.2.2 Elaborar y definir los Términos de Referencia para la contratación del consultor que elabore la historieta educativa 5.3.2.3 Contratación de medios para la publicación de los TdR para contratar el consultor 5.3.2.4 Elaboración de las historietas (10 episodios, tipo caricatura) con su guía del facilitador, alusivos a la malaria y apegado al contexto socio cultural, con el apoyo de secretaría de educación, iglesias y otros actores. Este documento se elaborará con información de la caracterización socio cultural. 5.3.2.5 Validación en campo de la historieta con las diferentes audiencias para los cual está dirigida la historieta. 5.3.2.6 Socialización de diseño y contenido de instrumentos (serie, tipo caricatura) presentándolos al equipo integrador de malaria, la mesa intersectorial nacional, autoridades de la SESAL y Educación a nivel nacional y departamental. 5.3.3 Impresión de material educativo 5.3.3.1 Pago de medios (impresos y electrónicos) para publicar licitación de impresión de material educativo 5.3.3.2 Pago de impresión del material educativo, serie de historietas a ser usada por maestros, personal de salud institucional y ONGs, e personal voluntario comunitario. 5.3.4 Distribución del material educativo en los niveles de atención de la salud 5.3.4.1 Traslado vía terrestre del material educativo a regiones de salud 5.3.4.2 Traslado vía aérea del material educativo regiones de salud 5.3.5 Implementar el proceso educativo con los niños de 5to y 6to grado 5.3.5.1 Visitas a los directores municipales de educación por el jefe municipal de salud y la mesa intersectorial para coordinar y lograr implementar el proceso educativo 5.3.5.2 Visitas a los directores municipales de educación por el jefe municipal de salud y la mesa intersectorial para coordinar y lograr implementar el proceso educativo 5.3.5.3 Reunión con directores de centros educativos donde se implementará el proceso educativo 5.3.5.4 Capacitación a los maestros de 5to y 6to grado, sobre la metodología y el uso del material educativo

		5.3.5.5 Supervisar: la ejecución del proceso educativo, en las escuelas, por la unidad de comunicación municipal de salud y la mesa intersectorial 5.3.5.6 Supervisar: la ejecución del proceso educativo, en las escuelas, por la unidad de comunicación municipal de salud y la mesa intersectorial 5.3.5.7 Recolección de datos para consolidar el reporte al nivel superior de logros trimestrales 5.3.5.8 Reportar la información de los logros trimestrales al nivel superior y mesa intersectorial municipal 5.3.6 Implementar un proceso educativo a la población a través de las visitas de los facilitadores en sus áreas de influencia con material informativo, ilustrativo para la prevención y eliminación de la malaria. 5.3.6.1 Diseño y edición de lámina educativa e informativa (se pegará en la pared), afiche, trifolios con mensajes alusivos a la prevención y eliminación de la malaria 5.3.6.2 Impresión de materiales educativos (lamina educativa e informativa, 5.3.7 Promoción de la malaria a través de la radio y la televisión Afiches y trifolios) 5.3.7.1 Contratación de medios para la publicación de los términos de referencia en el requerimiento del consultor 5.3.7.2 Contratación de un consultor para la edición y producción de videos, mensajes televisivos y radiales en los idiomas o lenguas español, inglés, misquito y garífuna, tawahkas, Pech dirigido a población viviendo en riesgo de enfermarse de malaria 5.3.7.3 Presentación de los avances del diseño de los productos 5.3.7.4 Validación en campo de los materiales (videos y mensajes) con las diferentes audiencias para los cuales estarán dirigidos 5.3.8 Realizar promoción y comunicación en consulta externa para evitar la reintroducción de la malaria 5.3.8.1 Promoción de la salud a través personal institucional en consulta externa para la prevención y evitar la reintroducción de la malaria 5.3.8.2 Adquisición de televisor para la difusión de mensajes en consulta externa que conlleve prevenir y evitar la reintroducción de la malaria 5.3.8.3 Adquisición de memorias para el almacenamiento de videos y Mensajes 5.3.8.4 Contratar medios radiales para la difusión de los spots publicitarios de malaria.
	5.4 Implementadas ferias de salud que contribuyan a la sostenibilidad de ambientes saludables	5.4.1 Implementación de ferias de la salud en espacios de participación masiva 5.4.1.1 Desarrollar ferias de la malaria coordinadas con diferentes actores del nivel municipal 5.4.1.2 Reconocer la participación comunitaria de las mesas intersectoriales municipales, facilitadores y Colvol con un diploma o certificado 5.4.1.3 Premiar a los municipios que alcancen la mayor reducción de la malaria durante el año (con carpas, equipos de sonido proyectores multimedia, computadora portátil).

3.1 Áreas focalizadas

La eliminación de la malaria requiere de una estratificación cada vez más focalizada, el país a identificado basado en el entendimiento de su epidemiología local las siguientes áreas de intervención focalizadas, que requieren aún más esfuerzos dirigidos a la prevención, la vigilancia, la detección temprana de la malaria y la contención de brotes de esta enfermedad, ejecutando estos esfuerzos el país mejora las acciones generando una transición de nivel de estratos por municipios a estratificación por focos lo que es considerado un proceso dinámico.

Los departamentos con áreas focalizadas son Gracias a Dios, Colón, Yoro, Cortes y el Paraíso, estas áreas focalizadas solo abarcan Áreas maláricas (municipios de estrato III y algunos del estrato II).

Mapa 4

Departamento de Gracias a Dios.



1.- Sector Kauquira

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- La cosecha de medusa,
- Una alta movilidad de personas entre las comunidades por ser el tercer centro de comercio del departamento
- Un tercio del mosquito hembra pica dentro de la casa

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Cadena de suministros inadecuada
- Falta de supervisión
- Recurso humano con capacidades técnicas deficientes.

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Mejorar condiciones y mantener al microscopista en los Establecimientos de Salud
2. Aumentar los puestos de diagnóstico, utilizando pruebas de detección rápidas (PDR) (incluyendo los Colvol.)
3. Mantener una alta cobertura con mosquiteros con insecticida de larga duración en toda la zona
4. Supervisar mensualmente los Inventarios de medicamentos
5. Realizar Visitas de seguimiento mensual por el equipo de municipio de PLP (no departamental)
6. Efectuar capacitación local en análisis y vigilancia

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Visitas semanales o dos veces al mes a la población en playas durante la temporada de cosecha de medusa.
2. 100% cobertura con Mosquiteros (MTILD) para esta población

2.- Frontera con Nicaragua

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Movimientos entre la Frontera de Honduras y Nicaragua
- Refugiados
- Actividad minera

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Limitada red de diagnóstico,
- Falta de supervisión por carencia de insumos, logística y recurso humano único

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

Primera Etapa

1. Mejorar la red Colvol. y los puestos de microscopia con PDR.
2. Incrementar número de Colvol. en tikirraya (un Colvol. en comunidades con más de 100 habitantes).
3. Capacitar al microscopista y los Colvol. en PDR
4. Facilitar la movilización proporcionando una lancha con motor fuera de borda
5. Fortalecer puesto de microscopia en tikirraya y Auka, abasteciéndolos de un panel solar o una planta eléctrica
6. Incrementar el personal de la US (1 Microscopista, y 1 TSA) ambos capacitados en PDR
7. Fortalecer investigación de cada caso y el tiempo respuesta adecuado (no más de tres días)
8. Capacitar al personal local del ES en eliminación (entrenamiento en campo)
9. Mantener un inventario de medicamentos (mínimo para 3 meses) y mosquiteros(MTILD) como respuesta local a la aparición de brotes
10. Mantener la cobertura de MTILD

Segunda etapa

1. Intervención a gran escala con alto impacto en detección y tratamiento en forma masiva y manejo integral de vectores (MIV)
2. Investigación de casos enfocando en *P falciparum* y tratamiento supervisado
3. Implementar mediante prueba piloto, el uso de formularios y documentos de información de malaria en lengua miskita

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Establecer alianza con actores claves de la localidad (educación, Iglesia, ONGs, otros)
2. Dar seguimiento a la toma de tratamiento supervisado
3. Supervisar y el uso de MTILD y la cadena de suministro

3.- Tikiraya, llano de lakatabila, Auka y Lisagnipura

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Área postergada,
- condiciones propias para criaderos y casas desprotegidas

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Limitada Red de diagnóstico
- Inadecuada cadena de suministros
- Falta supervisión de forma regular
- Limitado recurso humano capacitado

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

Primera Etapa

1. Mejorar la red Colvol. y los puestos de microscopia con PDR.
2. Incrementar número de Colvol en tikirraya (un Colvol en comunidades con más de 100 habitantes)
3. Capacitar al microscopista y los Colvol. en PDR
4. Facilitar la movilización proporcionando una lancha con motor fuera de borda
5. Fortalecer puesto de microscopia en tikirraya y Auka, abasteciéndolos de un panel solar o una planta eléctrica
6. Incrementar el personal de la US (1 Microscopista, y 1 TSA) ambos capacitados en PDR
7. Fortalecer investigación de cada caso y el tiempo respuesta adecuado (no más de tres días)
8. Capacitar al personal local del ES en eliminación (entrenamiento en campo)
9. Mantener un inventario de medicamentos (mínimo para 3 meses) y mosquiteros(MTILD) como respuesta local a la aparición de brotes
10. Mantener la cobertura de MTILD

Segunda etapa

1. Intervención a gran escala BAC - MIV
2. Investigación de casos enfocando en *P falciparum* y tratamiento supervisado
3. Implementar mediante prueba piloto, el uso de formularios y documentos de información de malaria en lengua miskita

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Establecer alianza con actores claves de la localidad (educación, Iglesia, ONGs, otros)
2. Dar seguimiento a la toma de tratamiento supervisado
3. Supervisar el uso de MTILD y la cadena de suministro

4.- Raya

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Varios criaderos permanentes
- Casas desprotegidas de rociado Intradomiciliario
- Alta movilización de Kaukira hacia Nicaragua

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Tres establecimientos de salud, dos de ellos atendidos por un solo Microscopistas, próximo a retirarse
- Altos costo de movilización desde la cabecera de Puerto Lempira a Raya.
- Acondicionar los ES de generador o planta solar.

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Conservar una buena cobertura con MTILD
2. Mantener una buena cobertura con la búsqueda activa de casos
3. Procurar un inventario de MTILD para emergencia en el caso de aparición de nuevos brotes
4. Conservar el uso de MTILD con participación local
5. 100% Colvol abastecido con PDR para búsqueda pasiva de casos
6. Dar Seguimiento cada 15 días a por parte de los dos TSA de la red a Colvol
7. Mantener en la aparición de casos el control de la gota gruesa (GG) antes de los 28 días y supervisión de control mensual GG
8. Realizar Tratamiento supervisado
9. Vigilancia entomológica y Manejo Integrado de vectores basado en evidencia generada.

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Capacitación de RRHH en análisis local, investigación de casos y respuesta
2. Logística para movilización
3. Establecer alianzas con ONG locales para instalación de MTILD,
4. Supervisar la promoción del uso de MTILD
5. Monitorear el Intercambio de información interfronterizas Nicaragua -Honduras (Waspan-Region Costa Caribe del Atlántico Norte(RCCAN))
6. Supervisar el uso de la Vigilancia preventiva como consecuencia de movimientos de la población por diferentes actividades (Iglesia, deportes, otros).

5.- Barra Patica

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Condiciones geográfica área rural
- Presencia de varios criaderos permanentes

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Un Centro de salud para atender 3,500 personas
- Alta rotación del personal de campo (TSA) y con capacidad técnica limitada
- Limitada supervisión

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Mantener la cobertura de acciones de control vectorial con MTILD
2. Búsqueda pasiva fortalecida, con el uso de PDR en tiempos de vacaciones del microscopista.
3. Investigación del 100% de casos y respuesta con búsqueda activa de casos.
4. Encuesta Hemática programada en al inicio de la época de alta transmisión (octubre -febrero)
5. Red de colaborador voluntario con rol activo en respuesta de cada caso (búsqueda de febriles en alrededor de los casos)
6. Tratamiento supervisado con seguimiento de casos hasta negativización
7. Capacitación in-situ del técnico local en detección, análisis local, investigación y respuesta
8. Supervisión de nivel de la red al nivel local mensualmente

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Supervisión de las intervenciones de MTILD y Búsqueda activa de focos con autoridades locales y mayor participación de actores locales de la comunidad y ONG(MIMAT)

6.- Ibans-Cocobila y otras localidades cercanas

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Criaderos permanentes
- personas viviendo en casas desprotegidas asociadas a la actividad de la cosecha de Medusa

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Localidades pertenecientes a diferentes municipios, lo que dificulta la vigilancia epidemiológica y los reportes con la información

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Supervisión en la detección de la búsqueda pasiva

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Monitorear el uso de MTILD por el TSA, el Colvol y las Alianzas comunitarias. (ONG (MIMAT))

7.- Cuenca del río patuca (Ahuas y Wampusirpi)

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Poco caso de malaria de forma dispersa a través de año
- Transmisión relacionada con la importación de casos
- Criaderos en área sub-urbana y rural al lado de calles por estancamiento de agua
- Alta movilidad de personas por ser zona de tránsito desde y hacia Wampusirpi (cabecera) / Puerto Lempira (cabecera) y Brus Laguna (cabecera)

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Fortalecer la capacidad técnica del recurso humano que atiente los tres ES (4 TSA)
- Mejorar las capacidades técnicas de los 39 Colvol en 9 localidades (poblacion 9,500 habitantes)

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

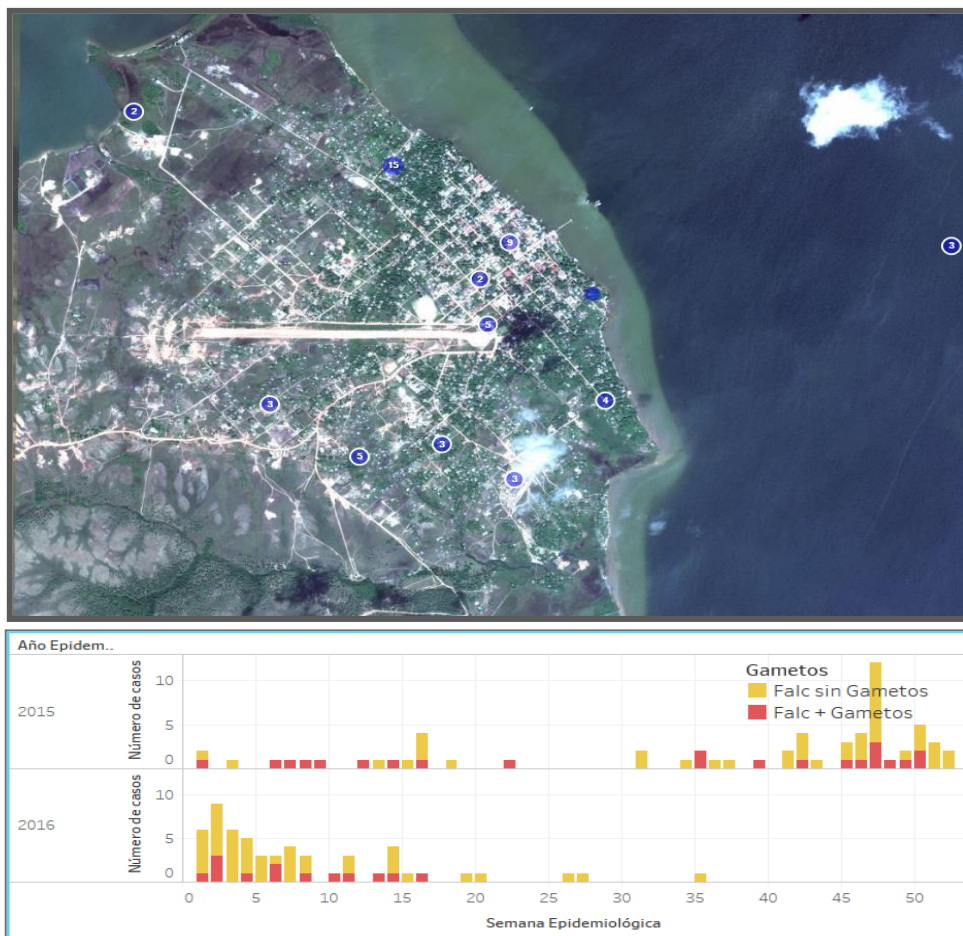
1. Supervisión de la búsqueda activa proactivas programadas al inicio de etapa
2. Monitoreo de la investigación de 100% de casos (búsqueda activa) y respuesta
3. Seguimiento del tratamiento supervisado de los casos hasta su negativización
4. Seguimiento de controles GG por reinfecciones de *P. vivax* hasta por 6 meses
5. Monitoreo de la Comunicación servicios de salud en áreas estratégicos de alta movilización para mejorar la búsqueda activa
6. Seguimiento a la red de colaboradores voluntarios en respuesta de cada caso (búsqueda de febriles en alrededor de los casos)
7. Supervisión de la cobertura de acciones de control vectorial (MTILD)

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Monitoreo de suministros PDR por parte de los Colvol. con en áreas estratégicas (cercas a lugares de alta movilización).
2. Seguimiento del mejoramiento de las capacidades técnicas del recurso humano en análisis local, investigación de caso y respuesta
3. Monitoreo de la capacitación del recurso humano del Hospital Iglesia Moraba en el manejo clínico, diagnóstico y uso medicamento por parte de la SESAL

Mapa 5

8.- Cabecera Puerto Lempira



Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Casos dispersos
- Casos relacionados al brote de Kaukira en tiempo de baja transmisión
- La mayoría de los casos que se presentan son posiblemente importados debido a movimiento de personas hacia/desde otras comunidades endémicas
- Calidad de la notificación es baja debido a que se reporta como caso de Puerto Lempira y se omite la localidad
- Débil investigación de casos
- Respuesta a los casos de forma inadecuada en tiempo y calidad
- Distribución del RRHH incoherente a la epidemiología que presenta el municipio
- Población indiferente a la situación de malaria
- Alta rotación de médicos con débil manejo de casos
- Deficiente forma de obtener los datos que van en las fichas por el notificante (Médicos Usupum)
- Débil red de internet de alta velocidad
- Problemas para el diagnóstico por la falta de suministro de energía eléctrica durante el día

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Restructuración y reorganización del equipo técnico local
- Investigación 100% casos y respuesta foco familiar
- Capacitación permanente del RRHH del nivel local y Hospital en vigilancia y tratamiento y respuesta a malaria
- Suministro eléctrico permanente para diagnóstico (generador, Paneles solares)
- Intercambio información con municipios por casos introducidos de otros.
- Análisis semanal de situación de malaria en el municipio
- Supervisar y capacitar al nivel técnico local
- Control de calidad al llenado de M1 y M7

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Monitoreo de la restructuración y reorganización del equipo técnico local
2. Seguimiento a la Investigación del 100% casos y respuesta al foco familiar
3. Monitoreo de la capacitación permanente del RRHH del nivel local y Hospital en vigilancia, tratamiento y respuesta a malaria
4. Seguimiento de la mejora para diagnóstico de la adquisición de generador o paneles solares
5. Seguimiento del Intercambio información de casos introducidos entre municipios
6. Monitoreo del análisis semanal de la situación de malaria en el municipio
7. Seguimiento de la supervisión y capacitación del personal técnico a nivel local
8. Monitoreo del Control de calidad al llenado de M1 y M7

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Monitoreo del uso masivo de los medios de comunicación (Radio emisoras locales), para la divulgación de la situación de la malaria a nivel local
2. Seguimiento del funcionamiento de mesa sectorial para abordaje de la malaria

Planificación de Actividades

1. Capacitación del equipo local en análisis de contexto (demográfico, epidemiológico y ecológico)
2. Inicio de la Investigación de casos en menos de 24 horas
3. Inicio de la respuesta de caso autóctono menor de 3 días
4. Tratamiento supervisado con GG control antes 28 días
5. Promoción de los Colvol y Diagnostico
6. Reorganización del RRHH para la atención (1 TSA exclusivo para San José)
7. Logística e insumos que respondan a las necesidades y a lo planificado
8. Capacitación al personal médico permanente o en rotación del hospital en el manejo de casos no complicados y complicados

Debido a la movilidad migratoria que se presenta en esta zona se deberá de mantener una vigilancia activa, aunque se ha considerado ya en la identificación.

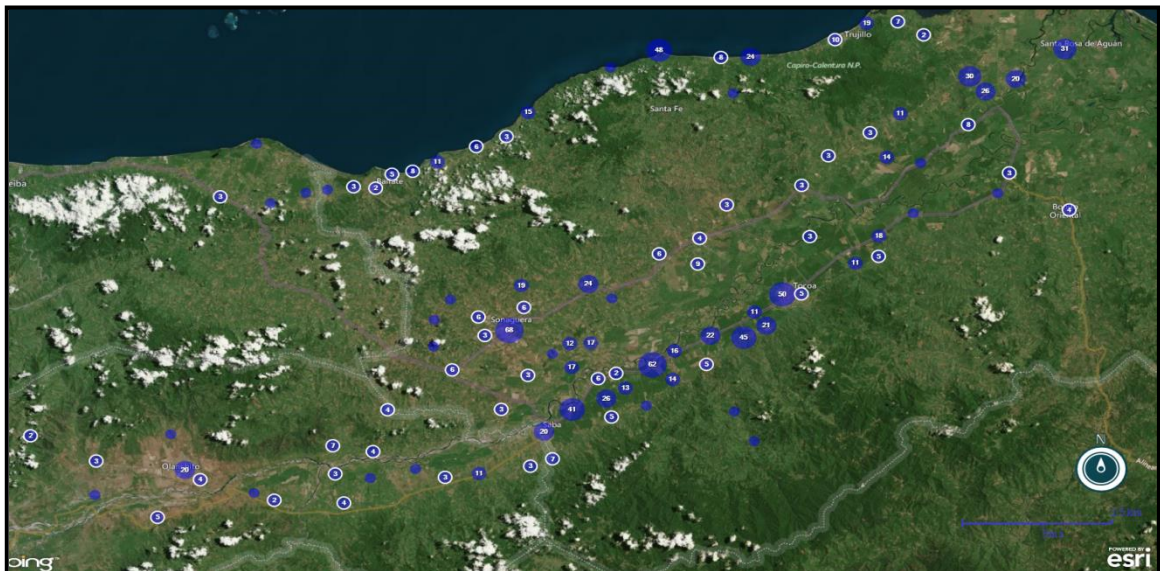
Mapa 6

Movilización acuática y terrestre entre municipios del departamento de Gracias a Dios



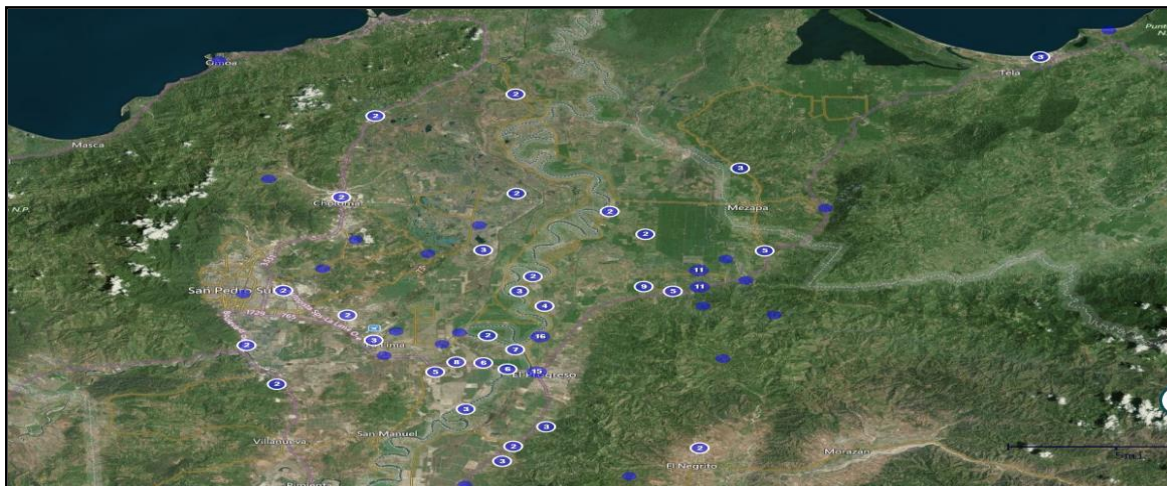
Mapa 7

9.- Valle de bajo Aguan (Colón y Olanchito(Yoro))



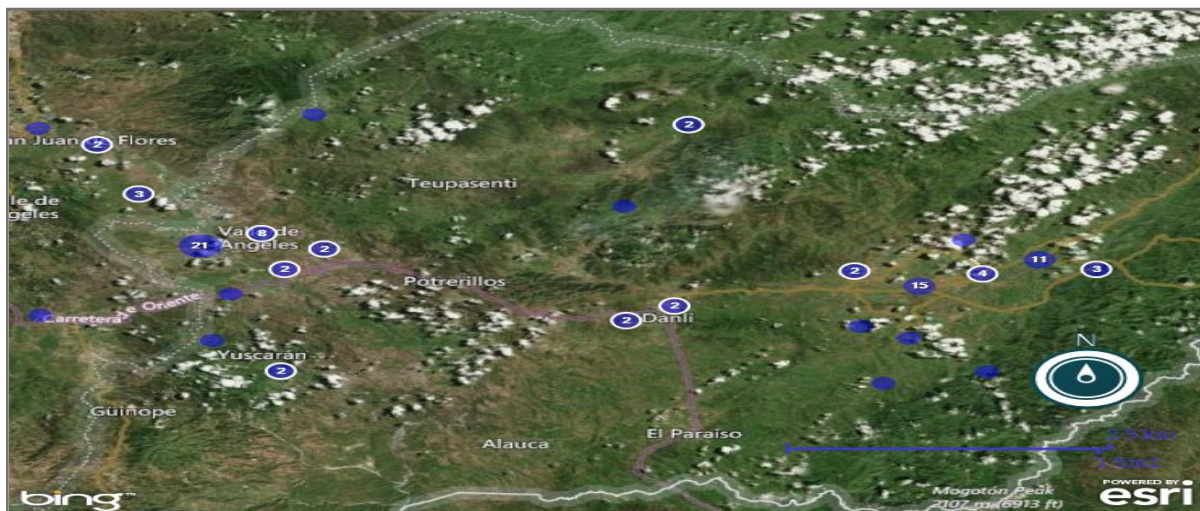
Mapa 8

10.- Valle de Sula (Cortes y Progreso(Yoro))



Mapa 9

11.- El Paraíso



Colón y Olanchito(Yoro), Cortes y Progreso(Yoro) y El Paraíso

Factores de riesgo (ecológicos, demográficos, económicos, otros)

- Casos dispersos
- La Mayoría se presentan por *P. vivax*
- Movimiento de personas entre y fuera de las zonas
- Transmisión relacionada a actividades económicas, Colon: palma africana y banana,
- El Paraíso: Café, Tabaco y Azúcar, Cortes y El Progreso: Azúcar, palma africana y banana

Factores de riesgo de la Red de Salud

- Débil red de Colvol en Cortes y El Progreso
- Capacidad local de técnicos limitada
- Insumos limitados para dar respuesta e investigar
- Recurso humano insuficientes.

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

Intervenciones claves de Investigación y respuesta

1. Alineamiento de las acciones y análisis de la información
2. Vigilancia Pasiva orientada para mejorar acceso al diagnóstico temprano
3. Traslado de láminas a la unidad de diagnóstico más cercano, sin importar los límites de las regiones o los municipios
4. Intercambio a nivel local de la información en forma semanal (base nominal)
5. Capacitación continua in-situ a los ES de las localidades en investigación y respuesta oportuna de caso

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Seguimiento a la capacitación en el conocimiento de la transmisión y estudio de focos
2. Supervisión de la búsqueda activa de casos sospechosos, tratamiento supervisado y seguimiento
3. Monitoreo de casos con implementación de MIV focalizado, si es necesario
4. Supervisión de la capacitación de los Colvol. para mejorar
5. Supervisar el aumento de Colvol. y su rol activo en la investigación y respuesta de caso
6. Supervisión del aumento de los sitios centinelas de vigilancia de febriles en los ES cercanos
7. Seguimiento del uso de la historia de viaje y ocupación como información clave en el seguimiento a febriles

12.- Resto del país

Factores de riesgo de la Red de Salud

Respuesta al caso

- Búsqueda activa de casos sospechosos
- Seguimiento de casos y Tratamiento supervisado
- MIV focalizado y si necesario
- Investigación de foco en casos autóctonos.

Estrategias de respuesta a la Red de Salud

1. Alineamiento de las acciones y análisis de la información
2. Vigilancia Pasiva orientada para mejorar acceso al diagnóstico temprano
3. Traslado de láminas a la unidad de diagnóstico más cercano, sin importar los límites de las regiones o los municipios
4. Intercambio a nivel local de la información en forma semanal (base nominal)
5. Capacitación continua in-situ a los ES de las localidades en investigación y respuesta oportuna de caso.

Estrategias comunitarias a nivel local

1. Seguimiento a la capacitación en el conocimiento de la transmisión y estudio de focos
2. Supervisión de la búsqueda activa de casos sospechosos, tratamiento supervisado y seguimiento
3. Monitoreo de casos con implementación de MIV focalizado, si es necesario
4. Supervisión de la capacitación de los Colvol. para mejorar
5. Supervisar el aumento de Colvol y su rol activo en la investigación y respuesta de caso
6. Supervisión del aumento de los sitios centinelas de vigilancia de febriles en los ES cercanos
7. Seguimiento del uso de la historia de viaje y ocupación como información clave en el seguimiento a febriles.

Actividades transversales para todos los estratos

1.- Diagnostico

- Control de calidad directo e indirecto
- Capacitación con Inclusión del sistema privada

2.- Tratamiento

- Mantenimiento de la cadena de suministro
- Monitoreo molecular de la resistencia a la cloroquina
- Norma actualizada e implementada
- Seguimiento al cuaderno de Colvol

3.-Vigilancia

- Inclusión de privados
- Envío de la información y boletines semanales
- Intercambio de la información dentro de las redes y redes colindantes
- Vigilancia Preventiva
- Vigilancia de la resistencia y residualidad de los insecticidas
- Vigilancia de comportamiento del vector
- Sistema de información robusta y según la necesidad local con alta calidad del dato.

4.- Supervisión

- Conformación de equipos de monitoreo a nivel de municipios/redes de comunicación
- Campañas de comunicación masiva para difusión de mensajes en medios locales

5.- Farmacovigilancia

En el año 2015 la prevalencia de la deficiencia de glucosa 6 fosfato en una población seleccionada de los departamentos de Atlántida, Colon, Gracias a Dios, Islas de la Bahía y Olancho fue del 11%,¹⁸ bajo estos resultados el país se plantea iniciar una vigilancia

¹⁸ Malaria Journal 2015. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency among malaria patients of Honduras: a descriptive study of archival blood samples Miguel Á Zúñiga, Rosa E Mejía, Ana L Sánchez, Wilfredo H Sosa-Ochoa and Gustavo A Fontecha.

rutinaria de DG6fosfato con el fin de aplicar un esquema de tratamiento diferenciado el cual está contemplado en la actualización de la norma de malaria.

Al mismo tiempo con el objetivo de identificar efectos adversos en la población, el país iniciara en 2017 un pilotaje para la farmacovigilancia incluyendo los antimaláricos de primera línea.

Se iniciará con la elaboración de un plan de acción para el pilotaje de implementación de la ficha de Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM), se prevé aprobar la norma de farmacovigilancia, desarrollo de herramientas, capacitación e implementación de manera progresiva.

6.-Convenios de gestión descentralizados deberán incluir:

- Paquete de intervenciones de control y eliminación de malaria
- En el RRHH del gestor definir el perfil del microscopista
- Capacitar al recurso humano del gestor en diagnóstico y tratamiento, vigilancia epidemiológica y entomológica
- Capacitación del recurso humano local para dar respuesta y control
- Abogacía para incluir al Colaborador voluntario como parte de la red con funciones de Detección y respuesta.

4.3.2 Matriz de indicadores

indicadores de impacto	Línea Base	Años					
Indicador	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
No. Casos de Malaria	4097	1563	261	0	0	0	0
IPA	0.47	0.19	0.08	0	0	0	0
Porcentaje de Reducción de <i>Plasmodium falciparum</i>	717 47%	234 67%	0 100%	0	0	0	0
Número de focos activos de malaria	167	90	37	0	0	0	0
indicadores de Resultado	Línea Base	Años					
	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Porcentaje de pacientes con resultado diagnóstico dentro de 72 horas del inicio de la fiebre	60%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Porcentaje de pacientes tratados dentro de las 72 horas del inicio de la fiebre	60%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
Porcentaje de casos de malaria que fueron notificados oportunamente (tiempo a definir en la norma y según estrato)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Proporción de hogares con al menos un MTID para cada dos personas y/o fumigados con insecticidas de acción residual en los últimos 12 meses	Sin datos	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
Tasa de examen de sangre anual: por 100 habitantes de población por año (fase de eliminación)	20.4%	18.26%	18.26%	18.26%	18.26%	18.26%	18.26%
Porcentaje de los MTID existentes utilizados durante la noche anterior	95%	95%	95%	95%			

- Notificación se define reporte de caso confirmado a la unidad de salud local por el notificante, que puede ser un microscopista o alguien usando PDR.
- Calculo: número de casos reportados en el boletín semanal con retraso de menos de 1 semana/ total de casos reportados en un año.

indicadores de resultados	Línea Base	Años					
Proceso	2016	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Porcentaje de técnicos de laboratorio y microscopistas de la red de laboratorios públicos y privados capacitados de acuerdo a competencia y estándares internacionales del diagnóstico de malaria.	77 (39%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de casos de malaria que fueron investigados y clasificados.	48% (2015)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Porcentaje de focos de malaria que fueron investigados y clasificados	5% (2016)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número (Porcentaje) de viviendas protegidas mediante rociado intradomiciliar. RRI**	71453	71788	71788	68238	36209	18105	9052
Numero de mosquiteros impregnado con insecticida de larga duración instalados por municipio.	81511	59489	42713	21013	9482		
Número de Puestos de notificación institucional y comunitario detectando y notificando casos de malaria (Utilizando microscopia y/o PDR)	331 (2016)	400	400	400			
Número de mesas intersectoriales participando y acompañando al equipo de salud de la red local en acciones para la reducción de la incidencia de malaria.		22	22	22	22	22	22
Número y porcentaje de unidades de salud notificando casos de malaria		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Número de equipos locales capacitados in-situ en detección, vigilancia y respuesta	3	15	51	61			
Proporción de casos sospechosos de malaria sometidos a una prueba parasitológica en establecimientos de salud del sector público	98%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Proporción de casos sospechosos de malaria sometidos a una prueba parasitológica en la comunidad	2.0%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
Proporción de casos de malaria confirmados que han recibido tratamiento antipalúdico de primera línea de acuerdo con la política nacional en establecimientos de salud del sector público	59%	59%	59%	0	0	0	0
Proporción de casos confirmados de malaria que han recibido tratamiento antipalúdico de primera línea en la comunidad	39.5%	39.5%	39.5%	0	0	0	0
Proporción de casos de malaria confirmados que han recibido tratamiento antipalúdico de primera línea en establecimientos de salud del sector privado	1.5%	1.5%	1.5%	0	0	0	0

***En el año 2021 el país hará una evaluación intermedia del cumplimiento de las metas** Se incluye viviendas que recibirán un ciclo de rociado por abordaje de brotes (11,500 para el año 2018 -2019 y 8,000 para el 20202.**

5. Presupuesto

Presupuesto anual por objetivo	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 1: Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiologica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aplicación de brotes	L81623,857	L68720,841	L65102,037	L60910,619	L54710,791	L42593,596	L373661,741
Objetivo 2: Promover el manejo integral de vectores (MIV)	L60785,902	L60709,813	L33806,034	L32463,362	L24915,416	L24853,597	L237534,124
Objetivo 3: Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria.	L19420,300	L17532,082	L15538,747	L20710,399	L12208,592	L6685,363	L92095,483
Objetivo 4: Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario	L37568,761	L15878,544	L15946,449	L15778,253	L15788,229	L16713,932	L117674,168
Objetivo 5: Promocion y Participación	L61704,991	L35352,820	L35404,146	L48919,839	L35359,424	L35359,424	L252100,644

5.1 Presupuesto por objetivo estratégico

Presupuesto anual por estrategia	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 1: Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aplicación de brotes	L81623,857	L68720,841	L65102,037	L60910,619	L54710,791	L42593,596	L373661,741
Estrategia 1.1. Fortalecer las capacidades del personal institucional y voluntario (sector público y no público) para la eliminación de la malaria	L13411,439	L8186,200	L9220,436	L8202,586	L9242,981	L8211,398	L56475,040
Estrategia 1.2. Ampliar la red de vigilancia epidemiológica a todos los niveles incluyendo el nivel comunitario y en grupos de interés para la captación, notificación y seguimiento de casos	L18799,196	L14265,666	L13937,210	L17110,880	L14277,582	L14277,582	L92668,117
Estrategia 1.3. Garantizar la investigación de casos y focos	L8403,663	L7967,100	L7530,538	L5312,566	L5225,254	L5137,941	L39577,061
Estrategia 1.4. Fortalecer la vigilancia interfronteriza	L484,244	L486,239	L488,334	L490,533	L492,842	L492,842	L2935,034
Estrategia 1.5 Fortalecer la adherencia al tratamiento antimalárico	L1812,279	L923,861	L326,486	L141,975	L84,066	L31,753	L3320,421
Estrategia 1.6 Seguimiento de cumplimiento de la norma de malaria de Honduras	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L64758,750
Estrategia 1.7 Respuesta a brotes de malaria	L2041,879	L2049,859	L2058,238	L2067,036	L2076,274	L2076,274	L12369,558
Estrategia 1.8 Areas Focalizadas	L25878,033	L24048,791	L20747,671	L16791,918	L12518,667	L1572,681	L101557,760
Objetivo 2: Promover el manejo integral de vectores (MIV)	L60785,902	L60709,813	L33806,034	L32463,362	L24915,416	L24853,597	L237534,124
Estrategia 2.1. Desarrollar una estrategia integrada de manejo del vector	L21303,227	L11645,423	L11044,409	L15687,422	L10373,203	L10373,203	L80426,886
Estrategia 2.2. Definir e implementar las estrategias de control de vector apropiadas por estrato, zonas focalizadas y por población de riesgo	L38143,927	L47844,816	L21449,583	L15538,469	L13295,116	L13233,298	L149505,210
Estrategia 2.3 Investigaciones Operativas en MIV	L1338,748	L1219,573	L1312,042	L1237,471	L1247,097	L1247,097	L7602,028

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por estrategia	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L114934,632	L94549,385	L89027,415	L92963,087	L75234,712	L57594,288	L524303,518
Objetivo 3: Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria.	L19420,300	L17532,082	L15538,747	L20710,399	L12208,592	L6685,363	L92095,483
Estrategia 3.1 Garantizar un diagnóstico oportuno y con calidad en el 100% de casos reportados de malaria en todo nivel, incluso en zonas de difícil acceso	L13900,265	L12451,855	L11852,217	L15299,406	L9940,456	L4050,028	L67494,226
Estrategia 3.2. Ampliar las capacidades de la red de laboratorios en el país (Públicos y no Públicos) para asegurar la calidad del diagnóstico microscópico	L2292,454	L2628,560	L1540,898	L1609,701	L95,138	L95,138	L8261,889
Estrategia 3.3 Asegurar el abastecimiento y distribución de medicamentos antimaláricos necesarios para garantizar el tratamiento oportuno para el 100% de casos de malaria confirmados	L1969,792	L2378,063	L2071,201	L2563,954	L2071,370	L1301,036	L12355,416
Estrategia 3.4 Monitoreo y evaluación de calidad y condiciones de almacenamiento	L1257,790	L73,604	L74,431	L1237,338	L101,628	L1239,161	L3983,952
Objetivo 4: Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario	L37568,761	L15878,544	L15946,449	L15778,253	L15788,229	L16713,932	L117674,168
Estrategia 4.1 Evaluar el avance en el proceso de eliminación de los casos de malaria en el país	L4134,075	L1471,738	L1474,218	L1476,823	L1479,558	L1479,558	L11515,969
Estrategia 4.2 Fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes y sostenibles	L31061,056	L13111,458	L12796,534	L12844,545	L13045,836	L13971,539	L96830,968
Estrategia 4.4 Farmacovigilancia	L189,950	L227,678	L189,950	L189,950	L189,950	L189,950	L1177,428
Estrategia 4.3 Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS)	L2183,679	L1067,672	L1485,747	L1266,935	L1072,885	L1072,885	L8149,803

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por estrategia	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L90033,513	L57186,990	L56073,416	L67602,177	L51205,350	L46856,249	L368957,694
Objetivo 5: Promocion y Participación	L61704,991	L35352,820	L35404,146	L48919,839	L35359,424	L35359,424	L252100,644
Estrategia 5.1 Realizada la caracterización sociocultural de la población por departamento para la definición de estrategias a implementar de acuerdo a las diferentes culturas a intervenir	L1854,103	L-	L-	L-	L-	L-	L1854,103
Estrategia 5.2 Lograda la participación en la toma de decisiones e involucramiento de los actores sociales en los diferentes niveles del país (Nacional, Departamental y Municipal) en la prevención, tratamiento y eliminación de la malaria	L46828,440	L28798,975	L28801,070	L42365,994	L28805,579	L28805,579	L204405,637
Estrategia 5.3 Lograr cambios de conducta en la población a través de la promoción, con la participación de personal institucional y comunitario, para la prevención y eliminación de la malaria.	L8759,248	L6381,345	L6430,576	L6381,345	L6381,345	L6381,345	L40715,204
Estrategia 5.4 Implementar ferias de salud que contribuyan a la sostenibilidad de ambientes saludables	L4263,200	L172,500	L172,500	L172,500	L172,500	L172,500	L5125,700

Fortalecer la estrategia de la Vigilancia Epidemiológica de la Malaria diferenciada por Estratos, manteniendo un Control sobre la aplicación de Brotes

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 1: Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aplicación de brotes	L81623,857	L68720,841	L65102,037	L60910,619	L54710,791	L42593,596	L373661,741
Estrategia 1.1. Fortalecer las capacidades del personal institucional y voluntario (sector público y no público) para la eliminación de la malaria	L13411,439	L8186,200	L9220,436	L8202,586	L9242,981	L8211,398	L56475,040
1.1.1 Elaboración de manual para la vigilancia epidemiológica integral	L4211,451	L-	L-	L-	L-	L-	L4211,451
1.1.2 Capacitación del personal institucional y del sistema no público de salud en la revisión y análisis de la información para la toma de decisiones oportunas	L9199,988	L8186,200	L9220,436	L8202,586	L9242,981	L8211,398	L52263,589
Estrategia 1.2. Ampliar la red de vigilancia epidemiológica a todos los niveles incluyendo el nivel comunitario y en grupos de interés para la captación, notificación y seguimiento de casos	L18799,196	L14265,666	L13937,210	L17110,880	L14277,582	L14277,582	L92668,117
1.2.1 Red de Colaboradores voluntarios funcionando mantenimiento una vigilancia a nivel de la comunidad	L11222,551	L6742,551	L6412,551	L9584,601	L6749,601	L6749,601	L47461,458
1.2.2 Integrar al sector no-publico en la en la red de notificación	L7576,645	L7523,115	L7524,659	L7526,279	L7527,981	L7527,981	L45206,659
Estrategia 1.3. Garantizar la investigación de casos y focos	L8403,663	L7967,100	L7530,538	L5312,566	L5225,254	L5137,941	L39577,061
1.3.1 Investigación de casos en municipios de Estrato I y II	L8403,663	L7967,100	L7530,538	L5312,566	L5225,254	L5137,941	L39577,061
Estrategia 1.4. Fortalecer la vigilancia interfronteriza	L484,244	L486,239	L488,334	L490,533	L492,842	L492,842	L2935,034
1.4.1 Fortalecimiento de la vigilancia interfronteriza	L484,244	L486,239	L488,334	L490,533	L492,842	L492,842	L2935,034

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 1: Fortalecer la estrategia de vigilancia epidemiologica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aplicación de brotes	L81623,857	L68720,841	L65102,037	L60910,619	L54710,791	L42593,596	L373661,741
Estrategia 1.5 Fortalecer la adherencia al tratamiento antimalárico	L1812,279	L923,861	L326,486	L141,975	L84,066	L31,753	L3320,421
1.5.1 Supervisar la adherencia al tratamiento con la participación comunitaria, coordinada por personal institucional	L1812,279	L923,861	L326,486	L141,975	L84,066	L31,753	L3320,421
Estrategia 1.6 Seguimiento de cumplimiento de la norma de malaria de Honduras	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L64758,750
1.6.1 Socializar los esquemas de tratamiento a los profesionales de la salud, incluyendo al sector público y no público y vigilar el cumplimiento de la norma en los municipios de estrato III	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L10793,125	L64758,750
Estrategia 1.7 Respuesta a brotes de malaria	L2041,879	L2049,859	L2058,238	L2067,036	L2076,274	L2076,274	L12369,558
1.7.1 Respuesta oportuna a brotes de malaria	L2041,879	L2049,859	L2058,238	L2067,036	L2076,274	L2076,274	L12369,558
Estrategia 1.8 Areas Focalizadas	L25878,033	L24048,791	L20747,671	L16791,918	L12518,667	L1572,681	L101557,760
Estrategia 1.8.1 Areas focalizadas sector Kaukira	L479,217	L169,976	L353,162	L296,031	L324,596	L15,355	L1638,336
Estrategia 1.8.2 Areas focalizadas frontera con Nicaragua	L1521,758	L1493,449	L1493,449	L1493,449	L1493,449	L-	L7495,553
Estrategia 1.8.3 Areas focalizadas Tikiraya, llano de lakatabila, Auka y Lisagnipura	L1451,951	L1043,752	L1052,362	L1061,403	L1070,896	L39,153	L5719,518
Estrategia 1.8.4 Areas focalizadas de Raya	L1899,142	L1884,368	L1915,953	L1914,519	L1934,488	L4,860	L9553,331
Estrategia 1.8.5 Areas focalizadas de Barra Patuca	L4025,949	L3826,125	L3826,310	L3796,027	L3796,027	L-	L19270,438
Estrategia 1.8.6 Areas focalizadas de Cabecera Puerto Lempira	L114,513	L114,513	L114,513	L114,513	L114,513	L114,513	L687,075
Estrategia 1.8.7 Areas focalizadas de Colón y Olanchito (Yoro), Cortes y El Progreso (Yoro) y El Paraíso	L4962,250	L4962,250	L3653,688	L764,663	L328,923	L228,800	L14900,575
Estrategia 1.8.8 Areas focalizadas del resto del país	L11423,253	L10554,359	L8338,234	L7351,313	L3455,775	L1170,000	L42292,934

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 2: Promover el manejo integral de vectores (MIV)	L60785,902	L60709,813	L33806,034	L32463,362	L24915,416	L24853,597	L237534,124
Estrategia 2.1. Desarrollar una estrategia integrada de manejo del vector	L21303,227	L11645,423	L11044,409	L15687,422	L10373,203	L10373,203	L80426,886
2.1.1 Elaboración de Plan Estratégico Nacional de Manejo Integrado de Vectores	L1328,511	L58,772	L59,599	L-	L-	L-	L1446,881
2.1.2 Contratación de RRHH a nivel universitario para las UE	L7000,000	L7000,000	L7000,000	L7000,000	L7000,000	L7000,000	L42000,000
2.1.3 Capacitación de RRHH en vigilancia entomológico	L958,563	L789,225	L789,225	L789,225	L789,225	L789,225	L4904,688
2.1.4 Formación de RRHH de UEC en entomología médica	L1499,250	L1499,250	L806,750	L806,750	L-	L-	L4612,000
2.1.5 Fortalecimiento de Unidades Entomológicas	L2666,950	L-	L-	L4607,420	L-	L-	L7274,370
2.1.6 Fortalecimiento del Insectario Nacional	L1159,810	L47,209	L47,628	L48,068	L48,530	L48,530	L1399,774
2.1.7 Implementación de vigilancia entomológica a través de las unidades entomológicas existentes	L612,850	L348,886	L350,099	L351,372	L352,709	L352,709	L2368,627
2.1.8 Supervisión de las actividades de vigilancia y control vectorial realizadas por personal local	L6077,294	L1902,081	L1991,108	L2084,586	L2182,738	L2182,738	L16420,546

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 2: Promover el manejo integral de vectores (MIV)	L60785,902	L60709,813	L33806,034	L32463,362	L24915,416	L24853,597	L237534,124
Estrategia 2.2. Definir e implementar las estrategias de control de vector apropiadas por estrato, zonas focalizadas y por población de riesgo	L38143,927	L47844,816	L21449,583	L15538,469	L13295,116	L13233,298	L149505,210
2.2.1 Rociamiento Intradomiciliario con Insecticida de acción residual en comunidades endémicas	L15790,389	L30322,730	L6564,159	L2107,278	L1863,944	L1802,125	L58450,626
2.2.2 Implementación de MTILD en localidades con riesgo de malaria	L8025,441	L6090,913	L3454,251	L1925,099	L-	L-	L19495,705
2.2.3 Identificación, caracterización y tratamiento de criaderos permanentes de anofelinos	L11506,092	L11431,173	L11431,173	L11506,092	L11431,173	L11431,173	L68736,874
2.2.4 Identificación de áreas endémicas para elaboración de croquis de censo de población	L2626,293	L-	L-	L-	L-	L-	L2626,293
2.2.5 Desarrollo e implementación del SIIS para MIV (caracterización de zonas de alta densidad poblacional de mosquitos, comportamiento, mapeo de zonas con alto riesgo según dato epidemiológico)	L195,713	L-	L-	L-	L-	L-	L195,713
Estrategia 2.3 Investigaciones Operativas en MIV	L1338,748	L1219,573	L1312,042	L1237,471	L1247,097	L1247,097	L7602,028
2.3.1 Obtención de información entomológica para determinar la biología, ecología de los anofelinos y sus especies existentes	L750,999	L751,150	L751,309	L751,476	L751,651	L751,651	L4508,235
2.3.2 Generación de Información sobre la eficacia de los insecticidas utilizados en el MIV	L505,059	L468,423	L476,995	L485,996	L495,446	L495,446	L2927,365
2.3.3 Medición de la residualidad de insecticidas utilizados en el MIV	L82,690	L-	L83,738	L-	L-	L-	L166,427

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 3: Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria.	L19420,300	L17532,082	L15538,747	L20710,399	L12208,592	L6685,363	L92095,483
Estrategia 3.1 Garantizar un diagnóstico oportuno y con calidad en el 100% de casos reportados de malaria en todo nivel, incluso en zonas de difícil acceso	L13900,265	L12451,855	L11852,217	L15299,406	L9940,456	L4050,028	L67494,226
3.1.1 Lograr el diagnostico microscópico de malaria en tiempo oportuno y de calidad en el 100% de casos y aseguramiento del diagnóstico de pacientes del sector privado al sector publico	L5695,282	L4207,561	L4269,464	L7569,910	L2506,758	L2506,758	L26755,734
3.1.2 Instalación de nuevas unidades de diagnóstico microscópico en áreas endémicas donde no sean existentes	L781,375	L698,247	L294,963	L309,711	L56,687	L56,687	L2197,670
3.1.3 Creación de 400 nuevas unidades de diagnóstico utilizando pruebas de diagnóstico rápido, especialmente en zonas endémicas y difícil acceso	L3932,931	L3747,491	L3675,963	L3742,802	L3631,614	L200,857	L18931,659
3.1.4 Participación de la Red de laboratorios públicos al sistema de control de calidad	L2834,676	L3142,556	L2955,827	L3020,983	L3089,396	L629,725	L15673,163
3.1.5 Incrementar participación del sector privado, especialmente en áreas endémicas.	L656,000	L656,000	L656,000	L656,000	L656,000	L656,000	L3936,000

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 3: Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento que contribuya a la estrategia de eliminación de la malaria.	L19420,300	L17532,082	L15538,747	L20710,399	L12208,592	L6685,363	L92095,483
Estrategia 3.2. Ampliar las capacidades de la red de laboratorios en el país (Públicos y no Públicos) para asegurar la calidad del diagnóstico microscópico	L2292,454	L2628,560	L1540,898	L1609,701	L95,138	L95,138	L8261,889
3.2.1 Revisar y actualizar el Manual de Procedimientos Operativos Estandar para el diagnóstico microscópico de la malaria.	L887,699	L200,000	L-	L-	L-	L-	L1087,699
3.2.2 Capacitación del personal de la red laboratorial (publica y no publica) en procedimientos operativos estandar de diagnóstico a la red Nacional de malaria	L91,744	L1049,334	L93,358	L94,226	L95,138	L95,138	L1518,938
3.2.3 Realizar la vigilancia rutinaria a los antimaláricos.	L1313,012	L1379,226	L1447,540	L1515,475	L-	L-	L5655,252
Estrategia 3.3 Asegurar el abastecimiento y distribución de medicamentos antimaláricos necesarios para garantizar el tratamiento oportuno para el 100% de casos de malaria confirmados	L1969,792	L2378,063	L2071,201	L2563,954	L2071,370	L1301,036	L12355,416
3.3.1 Estimación de Necesidades de Medicamentos Antimaláricos.	L1294,248	L1295,823	L1996,201	L1299,213	L2071,370	L1301,036	L9257,890
3.3.2 Adaptar los manuales para la gestión de suministro de medicamentos e insumos antimaláricos	L675,545	L1082,240	L75,000	L1264,741	L-	L-	L3097,526
Estrategia 3.4 Monitoreo y evaluación de calidad y condiciones de almacenamiento	L1257,790	L73,604	L74,431	L1237,338	L101,628	L1239,161	L3983,952
3.4.1 Realizar compra de materiales e insumos para evaluar las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos.	L98,234	L73,604	L74,431	L75,299	L101,628	L76,211	L499,408
3.4.2 Fortalecer las capacidades técnicas en las buenas prácticas de almacenamiento en los diferentes niveles	L1159,556	L-	L-	L1162,038	L-	L1162,950	L3484,544

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 4: Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario	L37568,761	L15878,544	L15946,449	L15778,253	L15788,229	L16713,932	L117674,168
Estrategia 4.1 Evaluar el avance en el proceso de eliminación de los casos de malaria en el país	L4134,075	L1471,738	L1474,218	L1476,823	L1479,558	L1479,558	L11515,969
4.1.1 Reunión técnica para evaluar a medio término (mitad de año) el avance en el proceso de eliminación de la malaria	L4134,075	L1471,738	L1474,218	L1476,823	L1479,558	L1479,558	L11515,969
Estrategia 4.2 Fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes y sostenibles	L31061,056	L13111,458	L12796,534	L12844,545	L13045,836	L13971,539	L96830,968
4.2.1 Aprovechamiento en la inversión del Recurso Humano	L1177,125	L-	L-	L-	L-	L-	L1177,125
4.2.2 Fortalecer y Alinear los programas a las Estrategias Nacionales y Planes Estratégicos de Malaria	L1789,788	L1133,613	L1135,046	L1136,551	L1138,131	L1138,131	L7471,258
4.2.3 Elaborar plan para la sostenibilidad de las intervenciones posterior a la salida de la cooperación externa	L1310,875	L-	L-	L-	L-	L-	L1310,875
4.2.4 Implementar una estrategia de Monitoreo y Evaluación.	L1298,419	L1305,454	L1312,841	L1320,597	L1328,740	L1328,740	L7894,791
4.2.5 Implementar de una estrategia de Monitoreo financiero	L1002,300	L1006,185	L1010,264	L1014,547	L1019,045	L1019,045	L6071,386
4.2.6 Implementar un estudio para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y resultados de intervenciones de alto impacto	L-	L900,000	L-	L900,000	L-	L900,000	L2700,000
4.2.7 Evaluar la Estrategia Nacional de Malaria	L844,819	L-	L853,321	L-	L862,695	L862,695	L3423,530
4.2.8 Fortalecer la respuesta nacional en malaria con la incorporación de RRHH en áreas de interés	L6965,000	L6965,000	L6965,000	L6965,000	L6965,000	L6965,000	L41790,000

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 4: Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario	L37568,761	L15878,544	L15946,449	L15778,253	L15788,229	L16713,932	L117674,168
Estrategia 4.2 Fortalecimiento de los sistemas de salud resilientes y sostenibles	L31061,056	L13111,458	L12796,534	L12844,545	L13045,836	L13971,539	L96830,968
4.2.9 Reproducir formularios de captación de datos que alimentan el Sistemas de información	L462,000	L396,000	L336,000	L318,000	L294,000	L282,000	L2088,000
4.2.10 Contratar servicios de internet para el reporte del dato oportunamente para mejorar la respuesta de eliminación de la malaria con la logística adecuada	L489,800	L374,300	L374,300	L374,300	L374,300	L374,300	L2361,300
4.2.11 Mejorar la respuesta de eliminación de la malaria con la logística adecuada de movilización del personal técnico institucional para la ejecución de intervenciones que contribuyen a la eliminación de la malaria	L15499,000	L804,250	L809,763	L815,551	L821,628	L821,628	L19571,819
4.2.12 Actualizar la estrategia de abordaje a la malaria para el próximo periodo (después de 2023)	L-	L-	L-	L-	L-	L280,000	L280,000
4.2.13 Cumplimiento de la Norma de Malaria (VMN)	L221,931	L226,656	L-	L-	L242,297	L-	L690,884
Estrategia 4.3 Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS)	L2183,679	L1067,672	L1485,747	L1266,935	L1072,885	L1072,885	L8149,803
4.3.1 Capacitar los equipos involucrados en la gestión del dato en los diferentes niveles	L193,390	L-	L-	L195,873	L-	L-	L389,263
4.3.2 Garantizar la calidad del dato ingresado al SIIS (Aumentar su confiabilidad y precisión a través del uso estandarizado y simplificado de metodologías que permitan una adecuada auditoría técnica de gestión de la información)	L256,697	L258,272	L259,926	L261,662	L263,485	L263,485	L1563,527
4.3.3 Aumentar la generación de evidencia a través del tratamiento analítico de la información, beneficiando a los usuarios nacionales e internacionales según estándares técnicos de la UGI en un período de 3 años.	L413,193	L-	L416,421	L-	L-	L-	L829,614

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 4: Fortalecer el rol del Sistema de Salud incluyendo el rol comunitario	L37568,761	L15878,544	L15946,449	L15778,253	L15788,229	L16713,932	L117674,168
Estrategia 4.3 Fortalecimiento del Sistema Integrado de Información de Salud (SIIS)	L2183,679	L1067,672	L1485,747	L1266,935	L1072,885	L1072,885	L8149,803
4.3.4 Garantizar el reporte del dato de manera oportuna a los niveles superiores	L600,400	L89,400	L89,400	L89,400	L89,400	L89,400	L1047,400
4.3.5 Garantizar la sostenibilidad, adecuado y buen funcionamiento del SIIS, apegándose a los cambios suscitados en el proceso de la eliminación de Malaria	L720,000	L720,000	L720,000	L720,000	L720,000	L720,000	L4320,000
Estrategia 4.4 Farmacovigilancia	L189,950	L227,678	L189,950	L189,950	L189,950	L189,950	L1177,428
4.4.1 Farmacovigilancia de medicamentos antimaláricos en sitios seleccionados (Vigilancia del Marco Normativo)	L189,950	L227,678	L189,950	L189,950	L189,950	L189,950	L1177,428
4.4.2 Estudio de evaluación de la resistencia a los antimaláricos	L-	L-	L-	L-	L-	L-	L-

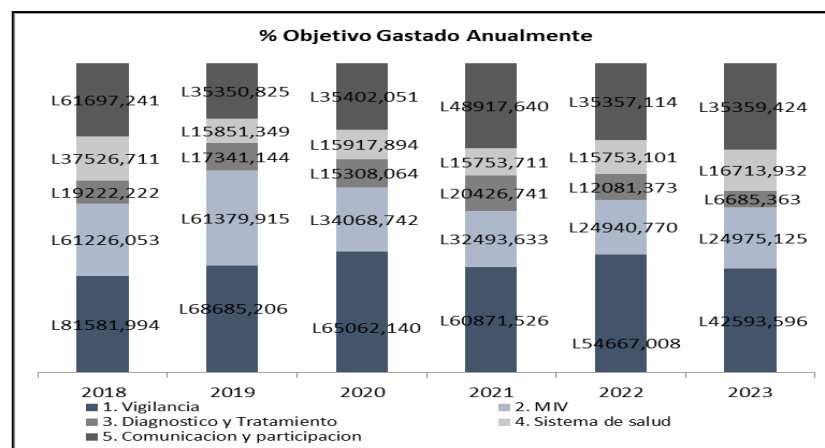
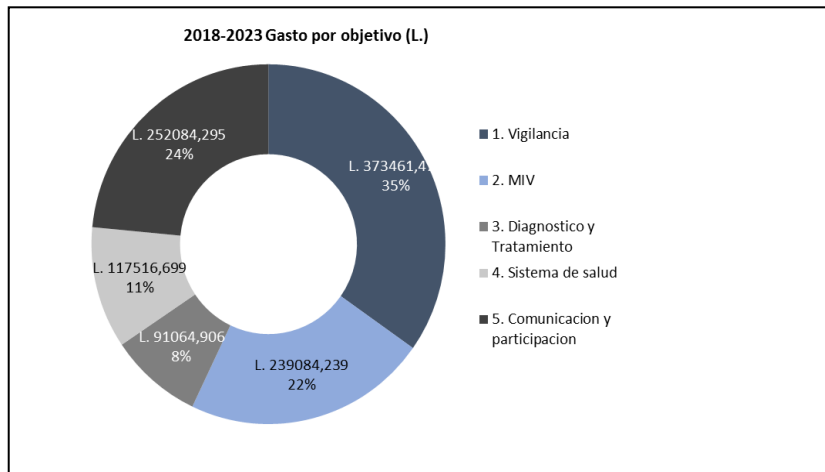
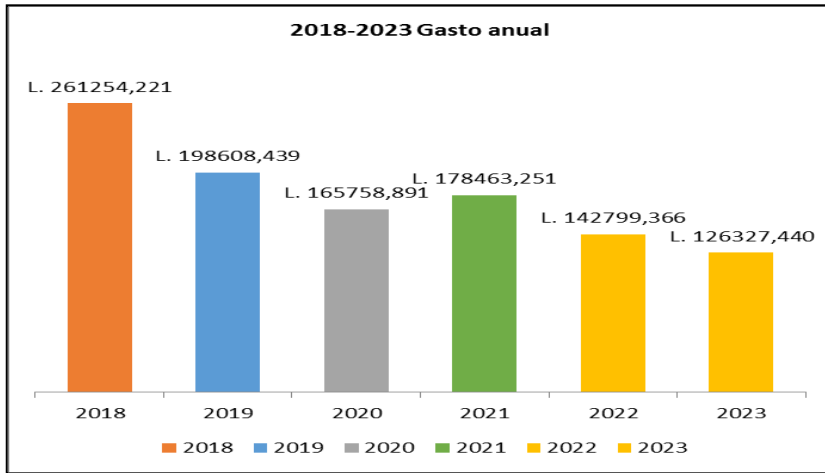
Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 5: Promocion y Participación	L61704,991	L35352,820	L35404,146	L48919,839	L35359,424	L35359,424	L252100,644
Estrategia 5.1 Realizada la caracterización sociocultural de la población por departamento para la definición de estrategias a implementar de acuerdo a las diferentes culturas a intervenir	L1854,103	L-	L-	L-	L-	L-	L1854,103
5.1.1 Realizar caracterización sociocultural de la población por departamento para definir estrategias e implementarlas de acuerdo a las diferentes culturas abordadas	L1854,103	L-	L-	L-	L-	L-	L1854,103
5.2.1 Elaboración de lineamientos técnicos para la promoción de la salud en el abordaje de la malaria, incluyendo el tema socio cultural, genero, el funcionamiento de las mesas intersectoriales y la participación de los facilitadores en malaria	L516,635	L-	L-	L-	L-	L-	L516,635
5.2.2 Promover y fomentar la participación para la toma de decisiones e involucramiento de los actores sociales en los diferentes niveles del país (Nacional, Departamental, Municipal y local) en la prevención, tratamiento y eliminación de la malaria.	L4977,600	L4611,295	L4613,390	L4615,589	L4617,899	L4617,899	L28053,671
5.2.3 Incentivar la participación comunitaria identificando y reconociendo el voluntariado en su localidad	L41334,205	L24187,680	L24187,680	L37750,405	L24187,680	L24187,680	L175835,330

Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de la Malaria en Honduras 2018-2023

Presupuesto anual por actividad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Meta: Eliminar la Malaria en Honduras en 2020	L261103,812	L198194,100	L165797,413	L178782,472	L142982,451	L126205,912	L1073066,159
Objetivo 5: Promoción y Participación	L61704,991	L35352,820	L35404,146	L48919,839	L35359,424	L35359,424	L252100,644
Estrategia 5.3 Lograr cambios de conducta en la población a través de la promoción, con la participación de personal institucional y comunitario, para la prevención y eliminación de la malaria.	L8759,248	L6381,345	L6430,576	L6381,345	L6381,345	L6381,345	L40715,204
5.3.1 Coordinar con la secretaría de Educación la integración del tema de enfermedades vectoriales a la curricula nacional educativa	L11,700	L-	L-	L-	L-	L-	L11,700
5.3.2 Implementar un proceso educativo con los niños de 5to y 6to grado, para promover una actitud de autocuidado en relación a evitar enfermarse de malaria.	L384,572	L-	L-	L-	L-	L-	L384,572
5.3.3 Impresión de material educativo	L256,000	L-	L6,000	L-	L-	L-	L262,000
5.3.4 Distribución del material educativo en los niveles de atención de la salud	L43,231	L-	L43,231	L-	L-	L-	L86,463
5.3.5 Implementar el proceso educativo con los niños de 5to y 6to grado	L6688,145	L5311,145	L5311,145	L5311,145	L5311,145	L5311,145	L33243,870
5.3.6 Implementar un proceso educativo a la población a través de las visitas de los facilitadores en sus áreas de influencia con material informativo, ilustrativo para la prevención y eliminación de la malaria	L26,500	L25,000	L25,000	L25,000	L25,000	L25,000	L151,500
5.3.7 Promoción de la malaria a través de la radio y la televisión	L189,500	L-	L-	L-	L-	L-	L189,500
5.3.8 Realizar promoción y comunicación en consulta externa para evitar la reintroducción de la malaria	L1159,600	L1045,200	L1045,200	L1045,200	L1045,200	L1045,200	L6385,600
5.3.4 Distribución del material educativo en los niveles de atención de la salud	L43,231	L-	L43,231	L-	L-	L-	L86,463
5.4.1 Implementación de ferias de la salud en espacios de participación masiva	L4263,200	L172,500	L172,500	L172,500	L172,500	L172,500	L5125,700

5.2 Gráficos



6. Sostenibilidad

En esta sección se propone las bases sobre las cuales el país deberá de desarrollar un sistema de salud sostenible, teniendo como referencia los documentos 35ª Reunión de la Junta Directiva Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial y “Los Sistemas de Salud Resilientes”. CE158/14 de junio del 2016, del cual el país es signatario.

El Fondo Mundial define la **sostenibilidad** como la capacidad de un programa de salud o de un país de mantener y ampliar la cobertura de servicios a un nivel, en línea con su contexto epidemiológico, que proporcione un control constante de un problema de salud pública y apoye los esfuerzos para la eliminación de las tres enfermedades, incluso tras retirar el financiamiento externo del Fondo Mundial y de otros importantes donantes externos. El enfoque del Fondo Mundial para apoyar a los países en el mantenimiento de los programas y en llevar a cabo una transición satisfactoria se basa en la premisa central de que la planificación para la sostenibilidad es una parte integral del diseño de programas y debe ser tenida en cuenta por todos los países, independientemente de su posición en el proceso continuo de desarrollo. Así como estrategias nacionales de salud y los planes estratégicos nacionales (PEN) específicos de una enfermedad proporcionan la dirección estratégica general que un país debe seguir durante un período de tiempo.

El Fondo Mundial reconoce que los PEN son documentos estratégicos importantes, que guían a las autoridades sanitarias de un país en un proceso de planificación nacional para gestionar y ejecutar actividades apropiadas de control de enfermedades, y como tal puede utilizarse. Así mismo insta a que los programas financiados sean ejecutados a través de la secretaria de salud. En procura de alcanzar la sostenibilidad se sugiere que la transición y la ejecución debe de hacerse mediante los mecanismos existentes en el sistema nacional incluyendo actores nacionales, sociedad civil que contribuyen a crear un sistema para la salud resistente y sostenible, incluidos los sistemas comunitarios. La transición hacia la sostenibilidad es el mecanismo por el cual un país avanza hacia el financiamiento y la ejecución de sus propios programas de salud sin apoyo del FM, al tiempo que se mantienen y amplían los beneficios, según proceda.

Por lo anterior el país se prepara a formular su estrategia de sostenibilidad, ha oficializado su acuerdo con “Los Sistemas de Salud Resilientes” y los establece como principios para su sistema de salud sostenible:

- a) Un sistema de información robusto basado en evidencia
- b) Servicios receptivos, con capacidad para ampliar rápidamente los servicios de salud individuales y poblaciones
- c) Servicios previsibles, dado que responden como se previó y anticipó en los procesos de planificación estratégica y reducción de riesgos
- d) Servicios adaptativos, con capacidad para reorganizarse rápidamente;
- e) Servicios sólidos, con capacidad para mantener las medidas por un período prolongado tras una perturbación o riesgo determinado
- f) Servicios integrados, lo que significa que garantizan el acceso universal a servicios amplios de salud, con un primer nivel de atención plenamente articulado dentro de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
- g) Servicios centrados en la persona y las comunidades, con capacidad de llegar a toda la población y de responder en comunidades o poblaciones específicas;
- h) Servicios participativos, contando con la participación activa de la población en la gobernanza, la formulación de políticas, la comunicación de riesgos y los procesos de toma de decisiones, lo que genera capital social y confianza en el sistema

- i) Servicios de carácter nacional, regional y mundial, lo que significa que es están integrados en los niveles local y nacional, e interconectados con los sistemas de salud a escala regional y mundial

6. Resiliencia

En esta sección se hace una síntesis del documento técnico político “Los Sistemas de Salud Resilientes”. CE158/14 de junio del 2016, así como la posición de país que fue presentada ante **55. ° CONSEJO DIRECTIVO DE LA OPS, 68.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS Para las Américas, Washington, D.C. del 26 al 30 de septiembre del 2016.**

La resiliencia de un sistema de salud se refiere a su capacidad de absorber las perturbaciones y de responder y recuperarse mediante la prestación oportuna de los servicios necesarios. Es la capacidad de los actores de salud, las instituciones y las poblaciones de prepararse para afrontar situaciones de crisis y responder eficazmente a ellas, mantener las funciones básicas cuando sobreviene una crisis, y reorganizarse en función de las enseñanzas extraídas si las condiciones así lo exigen ¹⁹.

La resiliencia es un atributo de los sistemas de salud que funcionan bien y que están orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Sin embargo, la resiliencia no puede incorporarse a los sistemas de salud sin los esfuerzos colectivos de todos los responsables de las políticas pertinentes, dentro y fuera del sector de la salud y durante un período prolongado; por otro lado, la equidad en la salud no puede lograrse si no se abordan las determinantes sociales de la salud en todos los sectores. Los sistemas de salud resilientes se caracterizan por:²⁰

- a) estar fundamentados en la información y evidencia, con capacidad de recopilar y asimilar esa información y esos datos, incluidos los procedentes de la red de vigilancia de la salud, para conformar la planificación estratégica, la preparación, la toma de decisiones y la respuesta;
- b) ser receptivos, con capacidad para ampliar rápidamente los servicios de salud individuales y poblaciones;
- c) ser previsibles, dado que responden como se previó y anticipó en los procesos de planificación estratégica y reducción de riesgos;
- d) ser adaptativos, con capacidad para reorganizarse rápidamente, transformar sus funciones y operaciones en situaciones de crisis para abordar riesgos o situaciones concretos y recuperarse en un período corto;
- e) ser sólidos, con capacidad para mantener las medidas por un período prolongado tras una perturbación o riesgo determinado, incluso mediante la movilización de la capacidad de reserva (técnica, financiera, tecnológica y de recursos humanos);

¹⁹ Kruk ME, Myers M, Varpilah S, et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. Lancet [Internet]. 15 de mayo del 2015 [consultado el 18 de marzo del 2016];385(9980):1910-1912. Se puede encontrar en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2960755-3/fulltext>

²⁰ 158.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016. CE158/14 LOS SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES

- f) estar integrados, lo que significa que garantizan el acceso universal a servicios amplios de salud, con un primer nivel de atención plenamente articulado dentro de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS);
- g) estar centrados en las personas y las comunidades, con capacidad de llegar a toda la población y de responder en comunidades o poblaciones específicas;
- h) ser participativos y contar con la participación activa de la población en la gobernanza, la formulación de políticas, la comunicación de riesgos y los procesos de toma de decisiones, lo que genera capital social y confianza en el sistema; y
- i) ser de carácter nacional, regional y mundial, lo que significa que están integrados en los niveles local y nacional, e interconectados con los sistemas de salud a escala regional y mundial.

La resiliencia de los sistemas de salud puede mejorarse gradualmente mediante la integración de las actividades de las principales esferas normativas, a saber, el fortalecimiento de los sistemas de salud, los determinantes sociales de la salud, la reducción de riesgos, el RSI, la vigilancia de la salud pública y el control de brotes de enfermedades, ejecutadas en el marco del desarrollo sostenible.

La resiliencia de los sistemas de salud puede lograrse mediante lo siguiente:

- a) Un compromiso de toda la sociedad para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- b) El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- c) La aplicación de los sistemas de salud resilientes mediante el fortalecimiento de las capacidades básicas nacionales como parte de las funciones esenciales de salud pública.
- d) Sistemas de información de salud que respalden la detección y el aislamiento de los riesgos para la salud pública y la prestación de respuestas apropiadas.
- e) Estrategias de reducción de desastres y otros riesgos.

Honduras expreso estar de acuerdo con la Resolución CD55/9 (2016), 55. ° Consejo Directivo de la OPS, 68.A Sesión Del Comité Regional de la OMS, para las Américas, Washington, D.C. del 26 al 30 de septiembre del 2016. Por ser un instrumento que apoya al Gobierno en la formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales para aumentar la resiliencia del sistema de salud. También porque es de vital importancia fortalecer la implementación de las funciones esenciales de la salud pública, en el marco de la necesidad de los países de ampliar sus actividades más allá de la respuesta frente a los riesgos, los desastres y los brotes de enfermedades, brotes como: el de Zika, y fenómenos naturales que afectan cíclicamente a Honduras, promoviendo una conducta que se encamine al impulso del desarrollo sostenible y la resiliencia como meta clave de la seguridad humana, mediante el abordaje de riesgos como la inestabilidad social, la carga cada vez mayor de las enfermedades no transmisibles y la recesión económica.

El país considera fundamental la construcción de Sistemas de Salud, cuya piedra angular es la atención primaria en salud integrada a las redes de servicios de salud; para que desarrollen políticas sociales destinadas a mitigar la pobreza, apoyar el desarrollo sostenido y la inversión en los sistemas de salud, lo cual generará una disminución de la vulnerabilidad de los sistemas frente a los riesgos constantes que afectan la salud en los niveles local, nacional y mundial. En este sentido, el país aprobó en 2015 la Ley Marco de Protección Social, que a la vez establece la elaboración de una ley de Seguridad

Social y la Ley de Sistema Nacional de Salud, que actualmente se encuentran en proceso de debate. Honduras reconoce que los cambios económicos desfavorables de la Región afectan la capacidad de respuesta, y resiliencia de los sistemas de salud, y es una necesidad imperiosa desarrollar mecanismos que nos preparen para afrontar las crisis y responder eficazmente a ellas.

Por tanto, instamos a los países a formular estrategias de desarrollo que nos permita alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a trabajar por la aplicación de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, a que se aplique el Reglamento Sanitario Internacional como parte de las funciones esenciales de salud pública, a que se mantengan y aumenten las inversiones en salud y que se fomente la investigación de los sistemas de salud resilientes. Honduras agradece y solicita la continuidad del apoyo de OPS a través de cooperación técnica encaminada a establecer un sistema de salud resilientes en el país.

Bibliografía

1. Secretaría De Salud Honduras, C.A., 2010. Plan Nacional de Salud 2010- 2014
2. Secretaría de Salud Honduras. Memoria Institucional 2016. Resultados y Logros,

3. World Health Organization. World malaria report. Geneva: World Health Organization; 2012. Disponible en: [http:// www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/), accessed 15 October 2013)
4. Instituto Nacional de Estadística, Cuadro Resumen: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, junio 2016.
5. World Health Organization. World malaria report. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponible en [http:// www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/), accessed 30 November 2014
6. MEASURE DHS, President's Malaria Initiative, Roll Back Malaria Partnership, United Nations, World Health Organization. Household survey indicators for malaria control. 2013. Disponible en http://www.rollbackmalaria.org/files/files/resources/tool_HouseholdSurveyIndicatorsForMalariaControl.pdf, accessed 1 November 2015)
7. Presidencia de Honduras, *Historia*, enero 2016.
8. Instituto Nacional de Estadística, *Cuadro Resumen: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*, junio 2016.
9. Instituto Nacional de Estadística, *Base de Datos del Censo: Pueblo Indígena*, 2016. Banco Mundial, Honduras
10. Prensa Latina, *ministro aboga por reducir tasa de homicidios en Honduras*, febrero 2017.
11. CIA factbook, Honduras, enero 2017.
12. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación de la malaria en las Américas 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33881>
13. Bousema T, Drakeley C. Epidemiology and infectivity of Plasmodium falciparum and Plasmodium vivax gametocytes in relation to malaria control and elimination. Clinical microbiology reviews. 2011 Apr 1;24(2):377-410.
14. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación. Disponible en <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Guia-reorient-progr-control-malaria-eliminacion.pdf>
15. Constitución de la Republica de Honduras, Artículo 149
pdpa.georgetown.edu/Parties/Honduras/Leyes/constitucion.pdf · Archivo PDF
16. Preparar al País para Alcanzar el ODS sobre la Salud OPS Honduras 2015. Consultora Principal: Msc. Marta Manley Asistente Técnica: Lic. Lérida Carías Contrato de Servicio: HO/CNT/1500397.001
17. Kruk ME, Myers M, Varpilah S, et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. Lancet [Internet]. 15 de mayo del 2015 [consultado el 18 de marzo del 2016];385(9980):1910-1912. Se puede encontrar en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2815%2960755-3/fulltext>.
18. 158.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016. CE158/14 LOS SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES
19. COMISCA. Plan Estratégico para La Eliminación de la Malaria en Centroamérica y la Isla La española. EMI 2015-202, mayo 2015.
20. Secretaria de Salud. Modelo Nacional de Salud. Tegucigalpa, mayo 2013.
21. Mario Henry Rodríguez, D en Parasit Méd, Ángel Francisco Betanzos-Reyes, D en SP, Epidem. Grupo de Trabajo de Malaria del Sistema Mesoamericano de Salud Pública.
Plan de mejoramiento del control de la malaria hacia su eliminación en Mesoamérica. Salud Publica Mex 2011;53 suppl 3: S333-S348.

22. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. Washington, DC: OPS, 2015.
23. 35ª Reunión de la Junta Directiva.
24. Política de Sostenibilidad, Transición y Cofinanciamiento del Fondo Mundial. GF/B35/04 - Revisión 1. Decisión de la Junta Directiva. 26 y 27 de abril de 2016, Abidján (Côte d'Ivoire).
25. USAID, SIAPS. Evaluación rápida del desempeño de las estrategias para el control de la malaria en Honduras. Consultor: Walter Flores, PhD. Agosto del 2013.
26. OMS, OPS158.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO. LOS SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES. Washington, D.C., EUA, del 20 al 24 de junio del 2016.
27. OMS. Estrategia Técnica Mundial Contra la Malaria. 2016-2030
28. OMS. Informa Mundial 2015. Sobre el Paludismo. Resumen. Disponible en <http://www.who.int/malaria/publications/world-malariareport-2015/report/en/>
29. Secretaria de Salud, Memoria Institucional 2016. Resultado y Logros. Tegucigalpa M.D.C 2016.

Anexos

Cuadro de tablas, gráficas y mapas

<i>Tablas</i>	
Tabla 1	Departamentos y municipios descentralizados.
Tabla 2	Hospitales con modalidad de gestión descentralizada.
<i>Gráficos</i>	
Grafico 1	Desarrollo Organizacional SESAL
Grafico 2	Mecanismos de control de la gestión por resultados para los proveedores de servicios de salud
Grafico 3	Cadena de Suministro de Medicamentos
Grafico 4	Cambio porcentual en el número de casos de malaria por país de la Region de las Americas 2010-2015
Grafico 5	Casos sospechosos y confirmados de malaria en Honduras 2006-2016
Grafico 6	Canal endémico del país proyecciones 2016
Grafico 7	Casos de <i>P. vivax</i> y <i>P. falciparum</i> en Honduras 2006-2016
Grafico 8	Estratos de municipios en riesgo de la malaria 2014-2016
Grafico 9	Aumento y disminución de casos por departamento 2014-2016
Grafico 10	Primeros 20 municipios con mayor número de casos de malaria 2014-2016
Grafico 11	Datos en áreas estrategicas para el 2016
Grafico 12	Casos por localidad de infección 2016
Grafico 13	Casos de malaria por edad, sexo y grupos étnicos 2016
<i>Mapas</i>	
Mapa 1	Estratificación 2014-2016
Mapa 2	Índice Parasitario Anual <i>vivax</i> -IVA, <i>falciparum</i> IPA-IFA 2014-2016
Mapa 3	Intervenciones de MTILD y RRI con estratificación de municipios 2014-2016
Mapa 4	Departamento de Gracias a Dios
Mapa 5	Cabecera Puerto Lempira
Mapa 6	Movilización acuática y terrestre entre municipios del departamento de Gracias a Dios
Mapa 7	Valle del bajo Aguan (Colón y Olanchito(Yoro))
Mapa 8	Valle de Sula (Cortes y Progreso (Yoro))
Mapa 9	El Paraíso