



**Secretaría de Salud
Subsecretaría de Regulación
Dirección General de Normalización**



PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017



**GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS**



SECRETARÍA DE SALUD



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL DE LAS AMÉRICAS

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Regulación
Dirección General de Normalización

**PLAN ESTRATÉGICO
NACIONAL DE LA MALARIA
HONDURAS 2014 - 2017**

Título: Manual de

Diagramación:

Impresión: **Impresos Creativos**

Edición:

Tiraje:

AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
DRA. EDNA YOLANI BATRES

SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN
DR. FRANCIS CONTRERAS

SUBSECRETARÍA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
DRA. SANDRA PINEL

UNIDAD DE VIGILANCIA DE LA SALUD
DR. BREDY LARA

DIRECTOR GENERAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD
DR. BILLY GONZALEZ

DIRECTOR GENERAL DE NORMALIZACIÓN
DRA. SILVIA NAZAR

PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA MALARIA
DR. ENGELS ILICH BANEGAS MEDINA

ABREVIATURAS

- ACS: Agente Comunitario de Salud
- 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
- ASA: Auxiliar de Salud Ambiental
- CESAMO: Centro de Salud con Médico
- CESAR: Centro de Salud Rural
- CHF-H: Fundación para la Vivienda Cooperativa – Honduras (Siglas en inglés)
- COPECO: Comité Permanente de Contingencia
- COHAN: Cooperativa de Hospitales de Antioquia
- CDC: Centros para el Control de Enfermedades (Siglas en Inglés)
- COMISCAD: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
- CLIPER: Clínica Periférica de Emergencia
- DDT: Diclorodifenil dicloro etano
- DO: Desarrollo Organizacional
- EMMIE: Iniciativa de Eliminación de Malaria de Mesoamérica y la Isla Española
- ETM: Equipo Técnico de Malaria
- EAM: Equipo de Apoyo de Malaria
- GC: Comunidades Globales (Siglas en inglés)
- GOAL DE HONDURAS: Organización Humanitaria Internacional (Siglas en inglés)
- IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social
- INE: Instituto Nacional de Estadísticas
- MASTA: Organización Pueblo Organizado de la Mosquitia (Siglas en Misquito)
- MCP-H: Mecanismo Coordinador de País – Honduras
- MIMAT: Asociación de Mujeres Indígena Miskitas (Siglas en Misquito)
- MNS: Modelo Nacional de Salud
- MSH: Gerencia de la Ciencia para la Salud (Siglas en inglés)
- MIV: Manejo integrado de vectores
- ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
- 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
- RBM: Hacer retroceder la malaria (Siglas en Inglés)
- SESAL: Secretaría de Salud
- SIEP: Secretaría del Interior y Población
- SIS: Sistema Nacional de Salud
- SISLOC: Subsistema de información por Localidades
- TSA: Técnico en Salud Ambiental
- UDA: Unidades de Análisis
- UNAH: Universidad Nacional Autónoma de Honduras
- UNA: Universidad Nacional de Agricultura
- UAP-El Zamorano: Universidad Agrícola Panamericana de El Zamorano

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN

Coordinación

Dr. Engels Ilich Banegas Medina
Dra. Delmy Suyapa Aguilar
Lic. Miguel Bobadilla Cardona
Lic. Oscar Orlando Urrutia
Dra. María Luisa Matute
Dra. Jessie María Matamoros
Dr. Romeo Montoya

Dra. Rosa Elena Mejía

Dra. Cinthya Valladares
Ing. José Rubén Gómez
Dr. Cornelio Escoto Umanzor

Cargo

Jefe del Programa Nacional de Malaria / SESAL
Oficial de Monitoreo y Evaluación / Malaria
Coordinador de IEC / Malaria
Jefe de la Unidad Entomológica Central
Jefe del Depto. de Laboratorio Nacional de Vigilancia
Laboratorio Nacional de Malaria
Asesor de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud
CHA/HA OPS/OMS Honduras
Consultor de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y Malaria
OPS/OMS Honduras
Secretaria Técnica / MCP-H
Coordinador Técnico Malaria CHF- Honduras
Consultor para la elaboración del PEN-Malaria 2014-2017

EQUIPO DE CONSULTA

Coordinación

Sr. Luigi Loddó
Sra. Cendela López Kilton
Sr. Norvin Goff
Ing. Luis Carlos Ramos
Dra. Daisy Guardiola
Dr. Douglas Avelar
Dra. Ofelia Martínez
Dr. Donald Muñoz

Dr. Luis Everett
Sr. Jaime Rosales
Dra. Delia Tercero
Dr. Wilmer Monroy
Dr. José María Paguada
Dr. Luis Rivera
Dra. Gladys A. Ordoñez
Dra. Rosa Pamela Coello
Licda. Karla Escobar
Licda. Elizabeth Sánchez
Lic. José Ochoa

Licda. Yulia Rivera

Licda. Mirella Ortega

Lic. Ariel López

Abg. Gladys Suyapa Santos
Dra. Maritza Canales
Dra. María Mercedes Rueda
Dr. Gustavo Fontecha
Dr. Romeo Montoya
Dra. Rosa Elena Mejía
Ing. José Rubén Gómez

Cargo

Coordinador Departamental GOAL-H / Gracias a Dios
Coordinadora MIMAT/ Gracias a Dios
Coordinador MASTA / Gracias a Dios
Representante Sociedad Civil MCP-H
Epidemióloga Región Sanitaria de Atlántida
Epidemiólogo Región Sanitaria de Choluteca
Epidemióloga Región Sanitaria de Olancho
Coordinador Unidad de Planeamiento Región Sanitaria Gracias a Dios
Jefe Región Sanitaria de Gracias a Dios
Técnico de Salud Ambiental (TSA) Región Sanitaria de Colón
Epidemióloga Región Sanitaria de Cortes
Epidemiólogo Región Sanitaria de Ocotepeque
Jefe Región Sanitaria de Valle
Médico Entomólogo
Representante Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
Representante Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)
Colegio Enfermeras Profesionales de Honduras
Colegio Enfermeras Profesionales de Honduras
Jefe del Departamento de Diseño Curricular, Secretaría de Educación
Asistente Técnico Departamento de Diseño Curricular, Secretaría de Educación
Asistente Técnico Departamento de Educación Ambiental y Salud, Secretaría de Educación
Técnico Departamento de Educación Ambiental y Salud, Secretaría de Educación
Jefe de la Unidad de Desarrollo Social AMHON
Escuela de Microbiología, UNAH
Escuela de Microbiología, UNAH
Escuela de Microbiología, UNAH
Asesor de Enfermedades Transmisibles, OPS/OMS- Honduras
Consultor EID y Malaria OPS/OMS Honduras
Coordinador Técnico Malaria CHF- H

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

Dra. Rosa Duarte
Dr. Gustavo Urbina
Dra. Sandra Paola Paz

Dirección General de Normalización / SESAL
Dirección General de Vigilancia de la Salud / SESAL
Laboratorio Nacional de Malaria

ASISTENCIA TÉCNICA

DR. ROMERO MONTOYA

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS; Honduras

DR. PRABHJOT SINGH

Programa Regional de Malaria WDC, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS; Washington DC.

DRA. ROSA ELENA MEJIA

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS; Honduras

CONTENIDO

AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD.....	i
ABREVIATURAS.....	ii
EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN.....	iii
EQUIPO DE CONSULTA.....	iii
PRESENTACIÓN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
1. MARCO DE REFERENCIA.....	5
1.1. Políticas y Planes Nacionales.....	5
1.2. Política de Control y Eliminación de Malaria.....	5
2. SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS.....	7
3. DEBILIDADES Y OPORTUNIDADES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE MALARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	10
4. RIESGOS POLÍTICOS, TÉCNICOS Y OPERATIVOS.....	12
5. OBJETIVOS, METAS Y MARCO DE DESEMPEÑO.....	13
5.1. Misión.....	13
5.2. Visión.....	13
5.3. Objetivo de la Estrategia Nacional de Malaria.....	13
6. CONTEXTO MUNDIAL Y REGIONAL.....	14
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MALARIA.....	15
7.1 Malaria en las Américas.....	15
7.2 Malaria en Honduras.....	15
8. ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL COMBATE DE LA TRANSMISIÓN DE LA MALARIA.....	21
9. ESTRATEGIA DE MALARIA, HONDURAS 2014-2017.....	25
9.1 Actividades por Área de Intervención.....	28
9.1.1 Estrato I.....	28
9.1.2 Estrato II.....	30
9.1.3 Estrato III.....	32
9.2 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.....	34
9.3 Desarrollo de la capacidad de conducción nacional del PEN-Malaria 2014-2017.....	34
9.3 Descentralización de la gestión programática y Financiera.....	34
9.4 Monitoreo y Evaluación.....	35
9.5 Trabajo en Red.....	35
Bibliografía.....	37
Anexo.....	56

PRESENTACIÓN

El Plan Estratégico Nacional de Malaria 2014-2017 (PEN-Malaria) está enmarcado en la Visión de País 2031 y específicamente en el Plan de Gobierno 2014-2017, cuyo objetivo es lograr la solidaridad, primera política coherente e integral de protección social traducida en el apoyo a las familias más pobres, principio esencial de promoción de igualdad de oportunidades, equidad y de movilidad social.

Constituye la respuesta de carácter estratégico centrado en el mandato subregional avalado por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana de acelerar procesos 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.

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 y control trasciende 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 privado y la participación activa de ciudadanos en riesgo, gobiernos locales, grupos comunitarios organizados e instituciones de desarrollo local.

Con la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Malaria se espera contribuir al objetivo nacional de sentar las bases de un sistema de salud capaz de atender la demanda de la población, la calidad en la respuesta y sobre todo asegurar la sostenibilidad.

El nivel de compromiso y liderazgo del PEN-Malaria se sujeta a los retos que plantea el actual proceso de transformación organizacional de la Secretaría de Salud y desafíos que plantea la descentralización programática y la necesidad de modular el financiamiento, además de sistematizar el monitoreo y evaluar el desempeño por metas trazadas.

En nombre del Gobierno de la República de Honduras, de autoridades, funcionarios y técnicos de la Secretaría de Salud, me complace en presentar y entregar a la comunidad nacional e internacional, el PEN-Malaria 2014-2017, confiando en lograr mejorar las condiciones de salud de la población expuesta al riesgo por malaria hasta alcanzar eliminar esta enfermedad altamente incapacitante, será producto del esfuerzo de todos los hondureños y hondureñas, el apoyo de la sociedad civil, gobiernos locales y organizaciones de cooperación técnica y financiera del sistema de ayuda internacional de países amigos.

**DRA. EDNA YOLANI BATRES
SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**

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, se observa que existen municipios, especialmente en el oriente del país, que fundamentalmente, por su difícil acceso geográfico, cultural y logístico, persiste una alta incidencia de malaria, con la mayor concentración de casos por *falciparum*, debido a un débil sistema de salud que no responde en su totalidad al problema. Por otra parte, se han identificado otros municipios donde la transmisión de malaria esta interrumpida, pero persisten condiciones de riesgo geográfico, climático, cultural, entre otros, sumado a la inmigración de otros países, que pueden dar lugar a la reintroducción de la enfermedad.

En Honduras, durante la última década, se ha logrado disminuir significativamente la transmisión de la malaria y cumplir en el 2011, con las metas del Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM-6 fijadas para el 2015, con una reducción del 78 % en la incidencia de malaria en comparación con el año base 2000. Sin embargo, Honduras tiene el segundo lugar de mayor incidencia de malaria entre los siete países centroamericanos.

Es importante señalar que este plan es una guía metodológico de trabajo integral con actividades orientadas a la reducción de casos, orientando la estrategia actual de control a la eliminación de la malaria, herramienta útil para los gerentes de las regiones sanitarias y unidades de salud, tomadores de decisiones del sector salud, incentivando a la participación de las instituciones privadas, organismos cooperantes o de asistencia técnica y gobiernos municipales que estén inmersos en el problema o expuestos a ello, a ser parte del equipo en la búsqueda de soluciones viables con sinergismo y sobre todo con participación activa y continua de la comunidad para garantizar la sostenibilidad de las acciones emprendidas y siguiendo la estrategia mundial y regional de lucha contra la malaria.

Por esta razón, la implementación del presente Plan Estratégico Nacional de Malaria (PEN Malaria 2014 - 2017), cuyo propósito básico es que al año 2017 lograr niveles nacionales de reducción de la malaria de un 45% de los casos autóctonos y cero casos de *falciparum*, la resolución de Eliminación de la malaria en Mesoamérica e Isla de La Española (EMMIE) firmado por Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCAD) siendo la estrategia mundial y regional de lucha contra la malaria, es una necesidad de inpostergable ejecución.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Políticas y Planes Nacionales

1.1.1. Aceptar la salud como un objetivo social fundamental del Estado de Honduras, es decir, de manera social y económicamente productivo, buscar la forma de responder para que los ciudadanos puedan tener vida social y económicamente productiva. Bajo esta premisa, es responsabilidad del Gobierno de Honduras garantizar el acceso a servicios de salud equitativos y de calidad; formulando y desarrollando políticas públicas basadas en necesidades y prioridades del sector salud.

1.1.2. La Constitución de la República en su Artículo 145 consigna textualmente: *"Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas"*.

Establece también en el Artículo 149 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."*

1.1.3. Ejecutar el Modelo Nacional de Salud aprobado mediante acuerdo ministerial el 20 de mayo 2013, es prioridad del actual gobierno. Este modelo define los principios para la transformación del Sistema Nacional de Salud (SIS) y brinda los lineamientos necesarios para que la Secretaría de Salud y demás instituciones públicas y no públicas del sector salud, sociedad, comunidad hondureña, el gobierno nacional y local articulen esfuerzos para alcanzar conjuntamente la Visión de País. El proceso hacia alcanzar el nuevo modelo de salud, prioriza la estrategia de fortalecimiento del componente de atención en el primer nivel de salud, basado en Atención Primaria Renovada.

1.2. Política de Control y Eliminación de Malaria

1.2.1. Según el documento CD48/15 del 07 de agosto del 2008, el 48 Consejo Directivo de la OPS/OMS del año 2008, insta a los países a fortalecer las acciones de manejo integrado de riesgos, a fin de brindar una respuesta completa sistemática y estratégica a la situación de las enfermedades de transmisión vectorial con interés en Malaria, Dengue, Chagas, Leishmaniasis y Filariasis. La mayor parte de estos problemas de salud de alta importancia epidemiológica son un obstáculo considerable al desarrollo de muchos países, ya que afectan el estado de salud y aumentan las dificultades sociales y económicas de poblaciones viviendo en pobreza y socialmente marginadas.

1.2.2 El documento CD49.R10 del 49 Consejo Directivo de la OPS/OMS del año 2009, determinó la búsqueda de la Eliminación de las Enfermedades Desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, recomendando que es necesario emprender iniciativas decididas para que en el 2015 se haya eliminado o reducido drásticamente la carga tanto de estas enfermedades desatendidas como otras relacionadas con la pobreza, siendo malaria una de las enfermedades identificadas.

1.2.3 El documento CD51/11 del 27 de junio del 2011 emitido por el 51 Consejo Directivo de la OPS/OMS del año 2011, en el cual se analizó la situación de malaria en las Américas y los avances en relación a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas para el año 2015 y alcance de metas de la Alianza Mundial "Hacer Retroceder la Malaria". Con base al resultado

favorable que muestra la situación de malaria, reconoció que los recientes mandatos han proporcionado mayor orientación del trabajo concerniente a la malaria en la Región de las Américas, entre los cuales se identifica la eliminación de malaria, dentro del grupo de enfermedades factible de lograr a mediano plazo este objetivo.

1.2.4. 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 - 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.

1.2. El compromiso político se manifiesta en la Iniciativa de Eliminación de Malaria de Mesoamérica y la Isla Española (EMMIE 2020), nota conceptual disponible a fines del año 2013 que plantea el contexto político, social y de cooperación necesaria para alcanzar la meta subregional "cero casos autóctonos de malaria en el año 2020" y el objetivo particular para Honduras, Nicaragua y Guatemala, "cero casos autóctonos de malaria por *falciparum* en el año 2017". El esfuerzo regional propuesto hará frente a los retos actuales de asegurar la puesta en marcha de eficaces planes estratégicos nacionales de Malaria que respondan al cumplimiento de compromisos políticos en y entre los países, y que a la vez represente una respuesta objetiva, concreta y factible de ejecutar y evaluar de manera sostenida.

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.

2. SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS

2.1. El Plan Nacional de Salud 2021 en el Capítulo sobre el Sistema de Salud, refiere: *"El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro. La Constitución de la República le otorga el rol rector del sector a la Secretaría de Salud, con un enfoque al derecho a la salud, con estructuras y funciones orientadas al logro de la equidad y la solidaridad social y operando a través de un cuerpo central de principios y elementos.*

2.2. La Secretaría de Salud (SESAL) tiene estructurado el Sistema de Salud de Honduras 2012 a la red de atención pública en salud con 1,576 establecimientos de salud, distribuidos en 28 hospitales, 66 clínicas materno infantil, 3 clínicas periféricas de emergencia (CLIPER), 429 centros de salud con médico (CESAMO) y 1,044 centros de salud rural. El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) tiene 3 hospital, 3 clínicas periféricas y un CESAR que funciona como unidad de notificación de enfermedades de acuerdo al perfil epidemiológico, incluyendo malaria.

Respecto al recurso humano permanente en hospitales es el siguiente: 487 médicos generales, 1,168 médicos especialistas, 3,391 auxiliares de enfermería y 53 odontólogos. El recurso humano permanente no hospitalario está distribuido así: 754 médicos generales (0.9 por 10,000 hab), 95 médicos especialistas (0.1 por 10,000 hab), 479 enfermeras profesionales (0.6 por 10,000 hab), 2,399 auxiliares de enfermería (2.9 por 10,000 hab), 178 odontólogos (0.2 por 10,000 habitantes). El Plan Nacional de Salud 2010 - 2014, estima que la SESAL presta servicios a aproximadamente el 60 % de la población hondureña y el IHSS al 15 %; el resto de la población la cubre el sector privado.

2.3. La publicación de los Indicadores Básicos de la SESAL, muestra los siguientes datos generales, que también están publicados por ENDESA 2012 y el Banco Mundial. Población total del país para el año 2011 fue de 8,215,313 habitantes. La esperanza de vida al nacer en Honduras es 74.1 años (70.6 años en hombres y 77.8 años en mujeres). El 60 % de la población está viviendo por debajo de la línea de pobreza, cuya distribución es 65.4 % rural y 54.3 % urbano. El índice de desarrollo humano es de 0.705. La tasa de natalidad en el país es de 26.9 por 1,000 habitantes y la tasa bruta de mortalidad es de 4.5 por 1,000 habitantes, teniendo una tasa total de mortalidad infantil de 23.5 por 1,000 nacidos vivos (Tasa de mortalidad infantil estimada en hombres es de 27.4 por 1,000 nacidos vivos - Tasa de mortalidad infantil estimada en mujeres es de 19.5 por 1000 nacidos vivos).

En cuanto al recursos humanos la distribución del personal de salud es la siguiente: Médicos en el sistema de salud es de 2,794 (2,323 SESAL y 471 en IHSS), un médico por 1,000 habitantes; en relación a las enfermeras profesionales se cuenta con 1,486 (1,242 en la SESAL y 244 en el IHSS); enfermeras auxiliares es de 6,667 (5,975 en la SESAL y 692 en el IHSS).

2.4. El Subsistema de Salud comunitaria es parte importante de la SESAL. Desde 1950, Honduras cuenta con una red nacional de instituciones y personas coordinados fundamentalmente por la SESAL, que participan activamente bajo diferentes formas, en la promoción de la detección y referencia de problemas que afectan la salud individual y colectiva, escenario que favorece y facilita el planteamiento de estrategias de vigilancia, prevención y control de base local (*Modelo Nacional de Salud*).

2.5. En el Capítulo I del "Marco Conceptual Político y Estratégico de la Reforma del Sector Salud. 2009", se indica: *"la década de los noventa marcó, a nivel mundial, el comienzo de una nueva etapa en el relacionamiento entre las sociedades y los Estados, en la que comenzaron a predominar los incentivos de mercado y las tendencias a la globalización de las diversas esferas de la vida política, económica y social. Desde entonces, muchos países, Honduras entre ellos, han estado trabajando en un proceso bajo el marco general de actividades específicas del sector salud afectadas por reformas más amplias del sector público, las cuales han apuntado a una combinación de cambios en los mecanismos administrativos, financieros y de la prestación de servicios".*

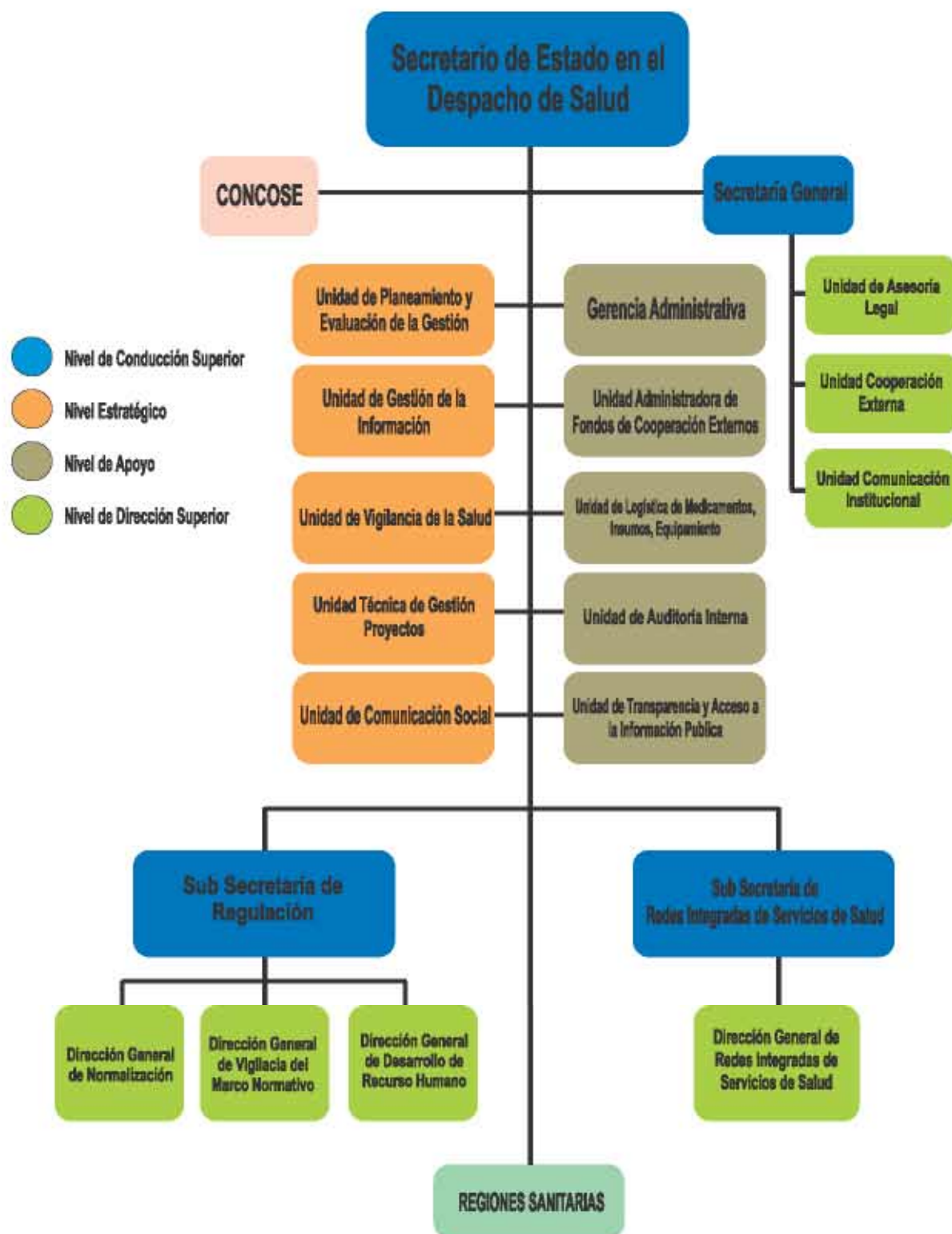
2.6. Para articular las estrategias de salud con los gobiernos municipales, el subsector público de la SESAL se rige bajo la estructura de acuerdo a marcos interinstitucionales a suscripción, el 9 de agosto de 2011, del Convenio de Cooperación Interinstitucional 005-2011 entre las Secretarías de Estado en los Despachos del Interior y de Salud, con la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), de vigencia indefinida, tiene como primer objetivo, *"establecer las bases y criterios que regirán las relaciones y actividades entre ambas Secretarías de Estado conjuntamente con AMHON orientadas a coadyuvar en el logro del Objetivo 4 del Plan de Nación: Honduras como un Estado moderno, transparente, responsable, eficiente y competitivo"*. El segundo objeto del Convenio es que la Secretaría del Interior y Población (SIEP), la Secretaría de Salud (SESAL) y la AMHON, *"se comprometen a prestarse cooperación recíproca en los ámbitos de sus respectivas competencias, con el propósito de optimizar la prestación de los servicios a su cargo y de esta manera lograr el bienestar general de la población hondureña"*.

2.7. La Rectoría del Sistema de Salud la ejerce la Secretaría de Salud, autoridad sanitaria nacional que cumple con esta función en su estructura nacional y sub nacional, transformada a partir de 1994, año en que se profundizaron los procesos de reforma del Estado, incluyendo el sector salud. Avances importantes se materializan a mediados de la década 2000-2010, tales como la puesta en funcionamiento de un modelo integral de regulación y fiscalización de los servicios y bienes de salud, el desarrollo de un subsistema de información que integra el dato epidemiológico, la producción de servicios y la información relativa a la administración apropiada para certificar la disponibilidad de insumos críticos con interés en medicamentos básicos y esenciales.

2.8. La descentralización está considerada en el Modelo Nacional de Salud y en el Desarrollo Organizacional (DO) de la SESAL, basada en la gestión por resultados, es el eje fundamental en que el sistema de salud plantea los objetivos de proteger y mejorar el estado de salud de poblaciones vulnerables priorizadas que no acceden a servicios de salud equitativos, además de garantizar la calidad y el financiamiento necesario.

2.9. Con las transformaciones del sector público, sus organizaciones adoptan y/o adaptan en la actualidad su estructura para facilitar el alcance de objetivos. En este sentido, la Secretaría de Salud, plantea entre 2014-2017 consolidar la reorganización de estructura funcional nacional y sub nacional en procura de lograr mayor eficiencia en la gestión programática y financiera de programas y proyectos de salud.

2.10. La SESAL se encuentra en proceso de Desarrollo Organizacional (DO), cuya estructura es la siguiente:



3. DEBILIDADES Y OPORTUNIDADES DE LA ESTRATÉGIA NACIONAL DE MALARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El análisis del desempeño de funciones esenciales de salud, competencia de la Autoridad Sanitaria Nacional efectuada entre 2007 y 2011 y, las evaluaciones de la Estrategia Nacional de Malaria 2012 y 2013 apoyadas por el Fondo Mundial, son la base del planteamiento de situaciones y desafíos para la Estrategia Nacional de Malaria y su relación con la política, objetivos y metas de eliminación 2020.

3.1. La evaluación de la situación de malaria a nivel nacional y sub nacional, no muestra consistencia ni se lleva a cabo de forma sostenida, debido principalmente a que la Estrategia Nacional de Malaria vigente no cuenta con manuales y guías técnicas actualizadas, ni métodos apropiados para el seguimiento de las tendencias y monitoreo para la retroalimentación de decisiones tomadas.

Esta situación se resuelve con la actualización del Plan Estratégico Nacional de Malaria, el diseño de guías y uso de tecnología apropiada en la red de servicios de la SESAL, que contribuirá al desarrollo de la vigilancia epidemiológica y entomológica, lograr el diagnóstico oportuno y el tratamiento temprano y completo de todos los casos.

3.2. La SESAL tiene asignado un presupuesto insuficiente para responder a las necesidades en salud de la población. Ante esta situación, el PEN Malaria es un instrumento para administrar con mayor eficiencia los recursos, incluyendo los fondos externos que en todo caso son siempre necesarios porque el plan está orientado hacia la eliminación de la malaria.

3.3 La Unidad de Vigilancia de la Salud no ha integrado a la malaria en el sistema institucional. El PEN Malaria responde a esta deficiencia.

3.4. El difícil acceso geográfico que presentan algunas zonas del país, especialmente en las áreas clasificadas como estrato III con alta transmisión por *P.falciparum*, es un fuerte obstáculo para el desarrollo de todas las actividades del PEN Malaria. Estas zonas están también sujetas a conflictos sociales, según se describe en el capítulo de riesgos políticos. Las medidas de intervención para minimizar este factor es la ejecución de planes de base comunitaria, con apoyo de las autoridades locales.

3.5. Los Colaboradores Voluntarios son personas de la comunidad capacitadas, que realizan la vigilancia de la malaria a través de la toma de Gota gruesa y entrega de tratamiento en respuesta, el PEN Malaria actualizado, considera establecer la red de Colaboradores Voluntarios con participación en detección, diagnóstico y tratamiento de malaria.

3.7. La deficiente articulación programática interinstitucional del sistema de salud, impide aumentar cobertura y calidad del diagnóstico de malaria. El plan actualizado de malaria responde a esta debilidad con el desarrollo de capacidades de la SESAL y con la integración de la red nacional de diagnóstico al cumplimiento de Procedimientos Operativos Estándar (POE - SESAL) del Sistema de Control de Calidad, bajo la responsabilidad de las Regiones Departamentales de Salud, así como certificar el recurso humano y fiscalizar el cumplimiento del marco normativo de regulación de los servicios de salud que ofertan el diagnóstico y tratamiento de malaria.

3.8. La migración interna y externa es un importante factor en la transmisión de malaria en Honduras. En respuesta a este problema, el PEN Malaria plantea caracterizar los movimientos de la población en riesgo en los principales focos activos de transmisión, con enfoque sectorial y base comunitaria.

3.9. El insuficiente personal asignado para implementar la Estrategia Nacional de Malaria a inicios de la década noventa, afectó especialmente a los municipios con mayor transmisión de malaria. En respuesta a esta situación, el manejo integrado de vectores ejecutado por la comunidad desde el año 2006, se convirtió en una exitosa experiencia y, consecuentemente, una fortaleza del sistema de salud, que a su

vez es considerada en el nuevo PEN Malaria, fortaleciendo las alianzas estratégicas locales entre la SESAL, los gobiernos municipales y las organizaciones de desarrollo comunitario.

3.10. En Honduras, la malaria no está considerada entre las enfermedades desatendidas y se ha logrado una reducción significativa de la transmisión de esta enfermedad; sin embargo, dado que con los recursos disponibles ya se alcanzó la mayor eficiencia, se pretende con la ejecución del PEN Malaria, dar seguimiento y sostenibilidad a la eliminación de esta enfermedad, constituyéndose así este plan, en una fortaleza del sistema de salud.

4. RIESGOS POLÍTICOS, TÉCNICOS Y OPERATIVOS

4.1. El Estado prioriza la reorganización de las instituciones de gobierno como una medida política necesaria para volver eficiente la gestión pública. Este proceso, se ejecuta en la actual administración bajo el mandato de acelerar los procesos de cambio, la no consolidación del nuevo modelo organizacional de la Secretaría podría limitar el logro de metas; sin embargo, para minimizar esta limitación, se hará una transición técnica política que será evaluada de manera sostenida por el grupo nacional de expertos nacionales y de la OPS-Honduras integrados en la Mesa Técnica de Malaria.

4.2. El suministro oportuno de medicamentos es un objetivo de la política y Plan Nacional de Salud 2010-2014, en el marco del nuevo modelo de salud, el peligro de escasez o falta de medicamentos antimaláricos, tendrá respuesta en la estrategia nacional de malaria a través del seguimiento y apoyo al protocolo del año 2013 de investigación, que caracteriza la gestión del suministro de medicamentos, definido en aquel año y, que es asistido técnicamente por la Estrategia Regional de Acceso a Medicamentos de OPS y por la Iniciativa AMI/RAVREDA de lucha contra la Malaria, en alianza con programas de cooperación al país, para mejorar el acceso y disponibilidad a medicamentos esenciales, entre ellos, MSH/USAID Y COHAN. Los objetivos de la iniciativa es el fortalecimiento de la vigilancia de la resistencia y la formulación, con base en evidencias, de políticas de medicamentos que promuevan el uso adecuado de los antimaláricos.

4.3. El esquema de tratamiento para malaria por *P. vivax* es de 14 días, lo que es un factor que puede afectar la adherencia al tratamiento. El país analizará la posibilidad de cambiar a un esquema con menor tiempo de tratamiento (7 días a doble dosis) con miras a la eliminación.

4.4. Con justificada razón, cada año, las enfermedades prevenibles por vacunación, así como dengue y epidemias diversas, son objeto de especial atención por la SESAL y, para minimizar las interferencias con las actividades de malaria, el PEN Malaria fortalece las estrategias de apoyo comunitario.

4.5. Los planes operativos de vigilancia, prevención y control de malaria, limitan cobertura de atención de riesgos y daños a población residente en áreas geográficas sujeta a conflictos sociales. En los principales focos activos de Malaria se identifican las siguientes situaciones: a) la disputa por tierras en los municipios de Trujillo y Tocoa del Departamento de Colón; b) la inseguridad social por movimientos de grupos del crimen organizado (pandillas, más conocidas como maras) en áreas suburbanas de los municipios de la Ceiba y Jutiapa en Atlántida y, c) la incertidumbre social producto del movimiento de grupos asociados con el contrabando de drogas ilícitas en la población residente en municipios de los Departamentos de Gracias a Dios, Colón, Olancho y Atlántida son factores que determinará el alcance del plan o estrategia binacional Honduras-Nicaragua dirigido a controlar el principal foco de infección de Malaria por *P. falciparum* de Mesoamérica. Con el objeto de responder a esta situación, el PEN-Malaria plantea la ejecución de planes de base comunitaria, con apoyo de las autoridades locales, procurando evitar cualquier riesgo a la población y al personal institucional.

4.6. En armonía con el enfoque regional, Honduras se ubica en una zona altamente vulnerable al impacto de desastres naturales, la potencial introducción de nuevas enfermedades como la Chikunguya y otras, el efecto de huracanes y tormentas, limita principalmente el acceso a servicios de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de casos de malaria, en respuesta a esta problemática, el plan operativo de la Estrategia Nacional de Malaria tiene considerado la coordinación con el Comité Permanente de Contingencias (COPECO) en el nivel municipal.

4.9. El PLAN Malaria tiene la garantía del nivel político para evitar al máximo las interferencias mencionadas.

5. OBJETIVOS, METAS Y MARCO DE DESEMPEÑO.

5.1. Misión

Eliminar la transmisión autóctona de Malaria del territorio nacional, considerando la estrategia y objetivos de la EMMIE 2020-2025, bajo un proceso continuo conducido por la Secretaría de Salud y manejado por la Red de Servicios Departamental y Municipal del Sistema de Salud, con acciones sustentadas en planes operativos diferenciados por escenarios epidemiológicos, que además de fortalecer la capacidad institucional y comunitaria de vigilar y evaluar riesgos, promoverá un abordaje integral con amplia participación ciudadana, organizaciones de la sociedad civil, gobiernos municipales y países vecinos.

5.2. Visión

Honduras logrará eliminar la transmisión autóctona de malaria al año 2025.

5.3 FIN

Mejorar el estado de salud y disminuir el riesgo de enfermar en la población hondureña expuesta a los daños causados por la malaria.

5.4 Metas

1. Reducir los casos de malaria autóctonos en 45% para el año 2017 en relación a casos del año 2014 registrados en el Sistema Nacional de Salud.
2. Registro de cero casos de malaria autóctonos por *Plasmodium falciparum* en el año 2017.

5.5 Objetivos

- *"Fortalecer la estrategia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes".*
- *"Promover el Manejo Integrado de Vectores (MIV)".*
- *"Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria".*

6. CONTEXTO MUNDIAL Y REGIONAL

A inicios de los años 50 del siglo XX, los países en el mundo afectados por la malaria implementaron con resultados efímeros la Estrategia de Erradicación de la Malaria, que se basó principalmente en la eliminación del mosquito transmisor mediante el uso de insecticidas de efecto residual (DDT). En vista del surgimiento de la resistencia del vector a insecticidas, cambios en la dinámica de la transmisión y la reducción de la ayuda internacional a los programas nacionales entre 1980 y 1990, la OMS convoca a la Conferencia Ministerial 1992. Ámsterdam, Países Bajos con el fin de promover el control de la malaria a través de una estrategia global que prioriza el diagnóstico oportuno y tratamiento temprano de casos, selección de medidas preventivas eficaces, control de epidemias y la evaluación de la situación de malaria mediante investigaciones básicas y aplicadas.

La OMS en 1998, lanzó la iniciativa de "Hacer Retroceder la Malaria, (RBM)" por sus siglas en inglés".

En 2001 se crea AMI/RAVREDA, Iniciativa contra la Malaria en la Amazonía (Amazon Malaria Initiative o AMI) y la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos (RAVREDA), organizadas por varios países de la subregión amazónica en colaboración con la OPS y el apoyo de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Oficina de Enfermedades Infecciosas en América Latina y el Caribe (USAID/LAC) como mecanismo para focalizar sus recursos financieros y técnicos para apoyar la Alianza Hacer Retroceder la Malaria (Roll Back Malaria Partnership / RBM) en América Latina.

De acuerdo con los logros ya cumplidos, AMI/RAVREDA ha hecho alianzas con instituciones internacionales y organizaciones locales en los países para lograr sus metas, las cuales se expandieron para incluir los diversos componentes del Plan Estratégico Regional para Malaria en las Américas 2006–2010, alineado con las estrategias y metas nacionales y mundiales.

El objetivo principal de esta iniciativa era reducir en forma significativa (50%) la carga de la malaria en el mundo a 2010, mediante intervenciones adaptadas a las necesidades locales, el fortalecimiento del sector salud y el apoyo de una asociación mundial con el involucramiento de la sociedad civil.

El Plan Estratégico Regional para las Américas 2011-2015 del Programa Regional de Malaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobado por el 51.º Consejo Directivo, Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria resalta las metas 2015 de reducir adicionalmente 75% de la morbilidad y 25% de las defunciones por malaria. El plan recomienda la ejecución de actividades para eliminar la malaria en las zonas en las que se considere factible (en particular, en Mesoamérica y el Cono Sur), y plantea lineamientos para prevenir la reintroducción de la endemia en los países declarados libres de la enfermedad.

En el tercer informe de país "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2010", se certifica que Honduras, junto con 189 países firmó la Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y se comprometió a lograr para el año 2015 los siguientes objetivos:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el Desarrollo.

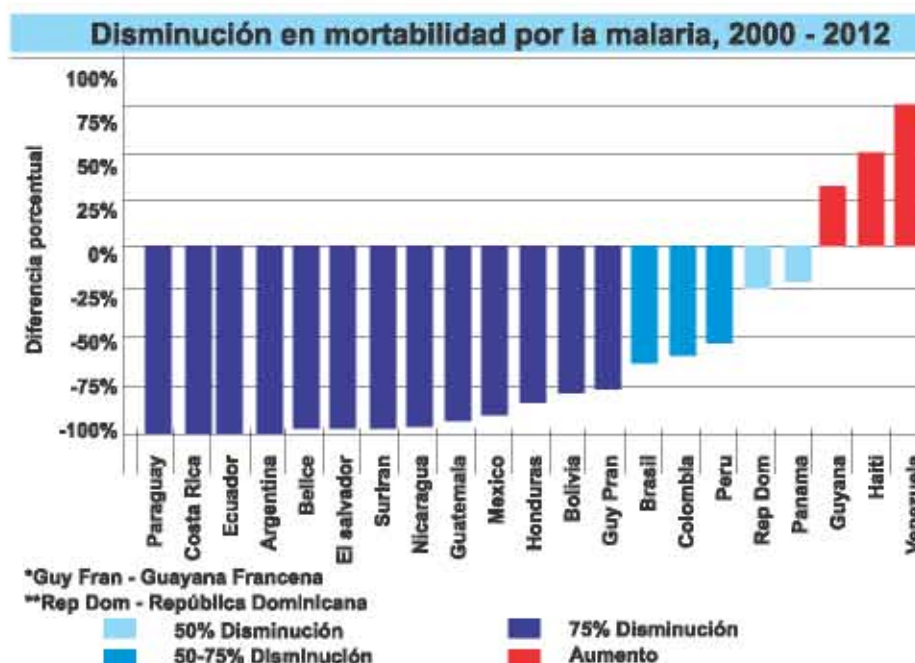
Honduras es uno de los países de Mesoamérica que participa en la ejecución del Plan Global contra la Malaria, con vista a la eliminación de la malaria y, con este enfoque, contribuir a la meta u objetivo 6 de los ODM. En coherencia con estos compromisos, la SESAL ha elaborado el presente Plan Estratégico Nacional de Malaria y también forma parte de la red de vigilancia antimalárica (RAVREDA).

7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA MALARIA

7.1 Malaria en las Américas.

La malaria es una de las principales enfermedades en la Región de las Américas, endémica en 21 países. Entre 2000 y 2012, 13 de los 21 países con transmisión continua alcanzaron el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) – 6 establecido para el año 2015 y comparado con el año base 2000, logrando reducciones mayores al 75 % en la morbilidad por malaria (Argentina, Belice, Estado Plurinacional de Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa (Francia), Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Surinam). En el mismo periodo la morbilidad por malaria disminuyó un 60 % ligeramente mayor en *P. falciparum* e infecciones mixtas (62 %) que en las infecciones por *P. vivax* (60 %). La mortalidad muestra una tendencia a la reducción en el 2012, se registraron 108 fallecimientos, que representa una reducción del 72% de las muertes en comparación al año 2000. (Ver gráfico1).

Gráfico 1



Fuente: Situación de Malaria en la Región de las Américas

7.2 Malaria en Honduras

En Honduras, durante la última década, se ha logrado disminuir significativamente la transmisión de la malaria y cumplir en el 2011, con las metas del ODM-6 fijadas para el 2015, con una reducción del 78 % en la incidencia de malaria en comparación con el año base 2000. Sin embargo, Honduras tiene el segundo lugar de mayor incidencia de malaria entre los siete países centroamericanos.

En 2011, el país tenía más de la mitad (52.97 %) del total de casos de malaria y la mayor proporción de casos de *P. falciparum* (90 %) en esta subregión. Las especies de parásitos de malaria presentes (*P. falciparum* y *P. vivax*), son sensibles a la cloroquina y Primaquina, los cuales son utilizados como tratamiento de primera línea. Un estudio realizado en el municipio de Puerto Lempira, departamento de Gracias a Dios,

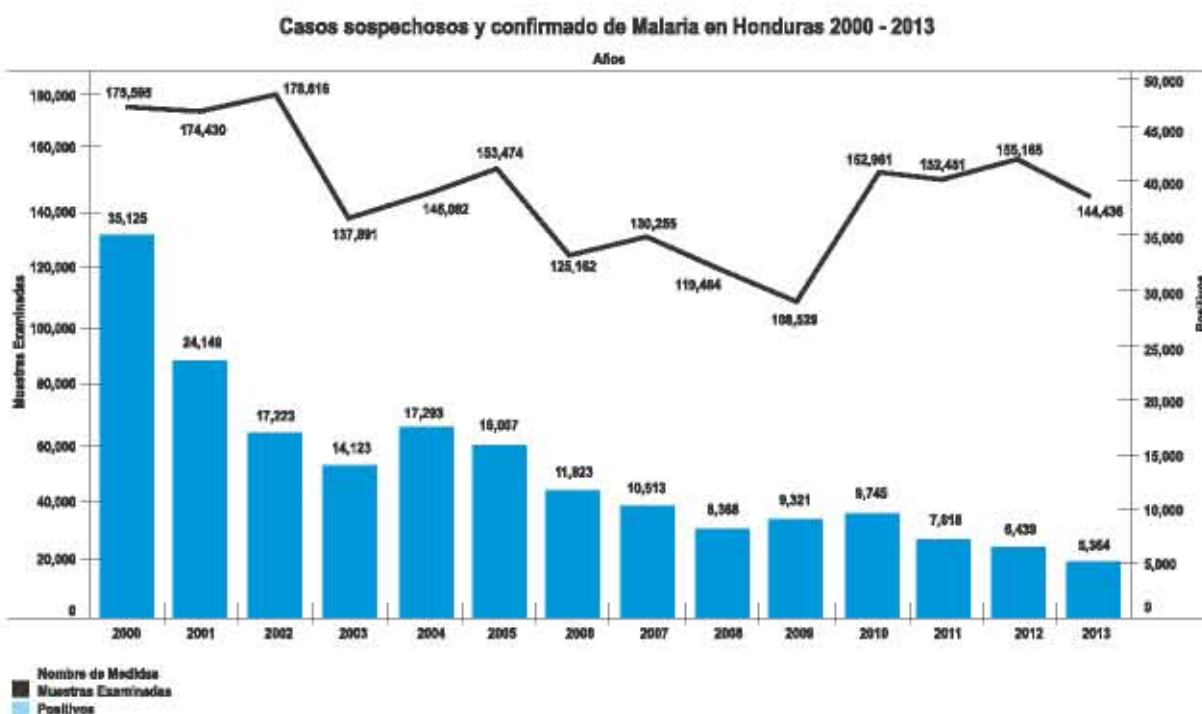
PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017

Honduras, confirmó que la cloroquina sigue siendo eficaz para el tratamiento de la malaria no complicada por *P. falciparum*.

Para el año 2013, se reportan un total de 5,364 casos de malaria logrando una reducción de 16% en comparación al año 2012 (6,439 Casos malaria) y un 62.01 % en comparación al año 2003 (Gráfico 2), manteniendo una vigilancia constante en todos estos años, que incluye el acceso al diagnóstico y tratamiento de manera oportuna, así como la incorporación de nuevas unidades de diagnóstico en las zonas de mayor incidencia de malaria.

El país presenta dos de las 4 especies de *Plasmodium* siendo *Plasmodium vivax* y *P. falciparum* las especies presente. Al igual que en el resto de los países de América *P. vivax* tiene una mayor prevalencia que *P. falciparum* en el país, aunque se debe de mencionar que Honduras representa el principal foco de esta especie en la región centroamericana.

Gráfico 2:



Índices malarométricos

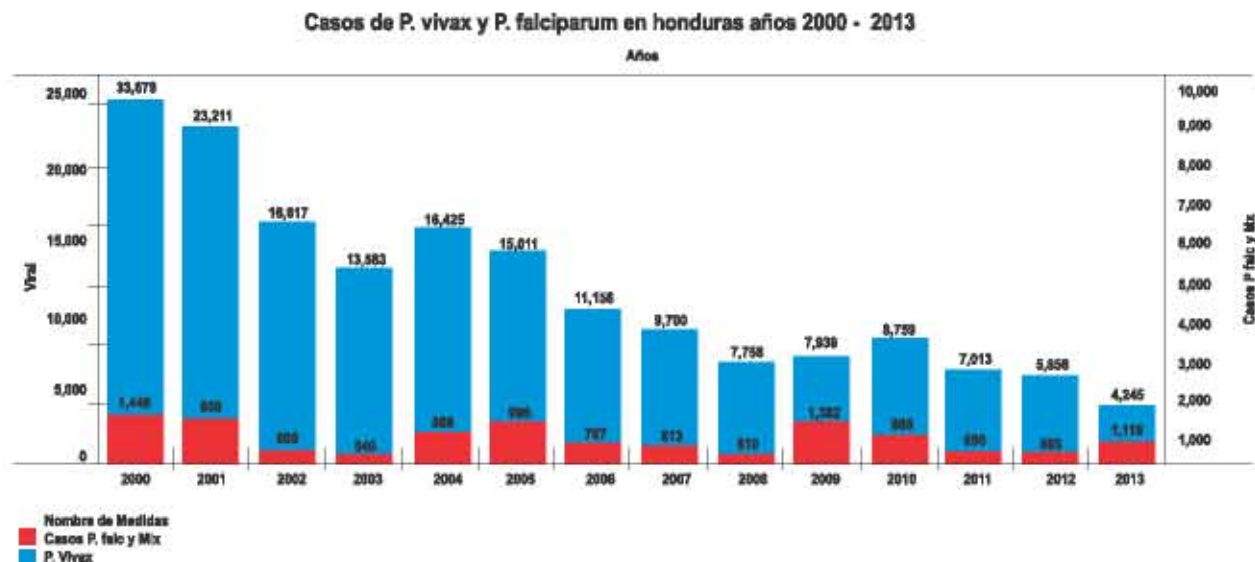
Con respecto al Índice Parasitario Anual (IPA), el riesgo de malaria para el año 2009 fue de 1.22% y 0.63 % en 2013, equivalente a una reducción del 86 % en el período.

En 2011, el país tenía 257 municipios con ILP por debajo del 5 %, aumentado a 272 en 2013 (el ILP es un indicador establecido para la clasificación de países en etapa de pre eliminación). En 2013, el municipio con el mayor número de casos de malaria a nivel nacional fue Puerto Lempira, departamento de Gracias a Dios. Este municipio ha figurado desde el año 2003, entre los municipios con más casos en el país. En este mismo año, como resultado de la búsqueda activa, mediante la utilización de pruebas de diagnóstico rápido (PDR) en cuatro localidades del municipio, se identificaron más de 200 casos de malaria en un período de tres semanas, de los cuales 119 fueron por *P. falciparum* e infecciones mixtas. En 2012, este municipio reportó 350 casos de *P. falciparum*, lo cual demuestra la alta endemicidad de la enfermedad en la zona, esperándose un aumento en el número de casos en la medida en que la Secretaría de Salud incrementa las acciones de vigilancia por medio de búsquedas activas.

CASOS DE *P. FALCIPARUM*

Sobre la situación de los casos de *P. falciparum* en el año 2013 se reportaron 1,119 casos, presentando una disminución del 23.2%, en comparación al año 2000 (1,446 casos), es importante mencionar que esta es la segunda ocasión en la última década en que los casos de *P. falciparum* sobrepasan los mil casos por año como ocurrió en el año 2009 (1,382 casos), lo que representa para el año 2013 el tener los porcentajes de positividad por *falciparum* más altos en los últimos años, superado únicamente por el año 2000 con un 23% (1119/1446) seguido del año 2009 (19 %)

Gráfico 3:

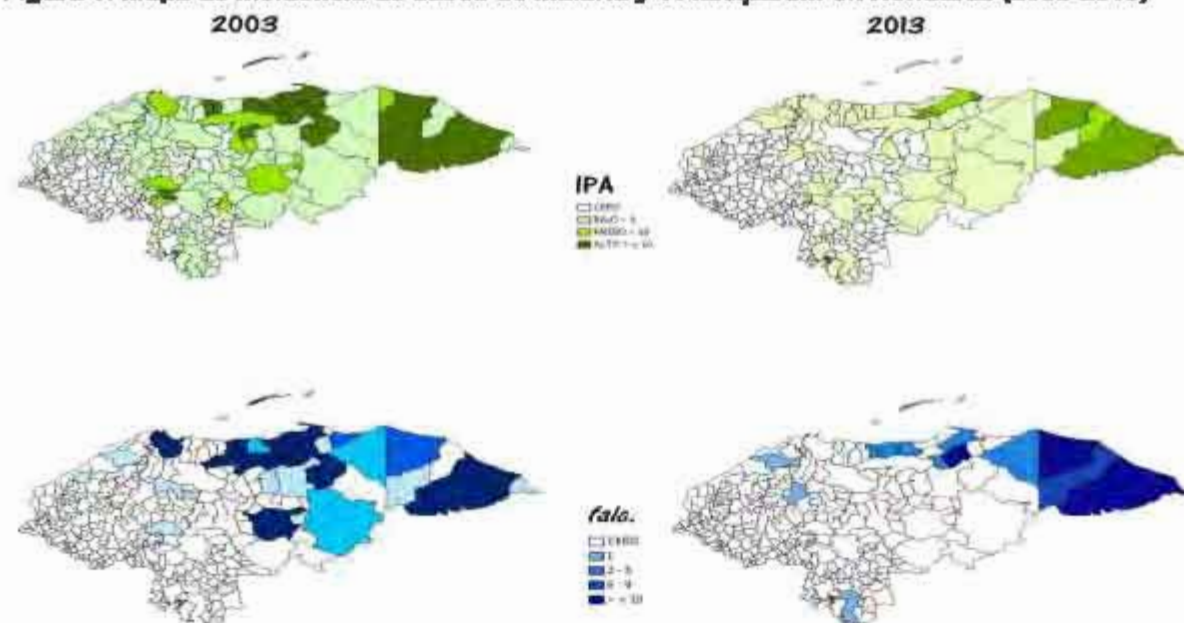


En cuanto al aumento que se presentó en el 2013, en gran medida se debió a los casos detectados en las búsquedas activas realizadas entre las actividades integrales en Gracias a Dios y Colón, en donde se instalaron mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración (MTILDs). (Ver gráfico 3)

Casos de *Plasmodium falciparum* 2003-2013

En el año 2013 se muestra que hay menor número de municipios que presentan más de 10 casos de malaria, comparado con el 2003 que muestra mayor número de municipios que reportaron más de 10 casos de malaria confirmados por diagnóstico de laboratorio. A pesar que las intervenciones de la OPS comenzaron en el año 2000, es hasta el año 2013 que se comienza a sistematizar la información de manera periódica (Ver figura1)

Figura 1: Mapa de incidencia de casos de malaria y *P. falciparum* en Honduras (2003-2013)



Situación de la Malaria por Departamento

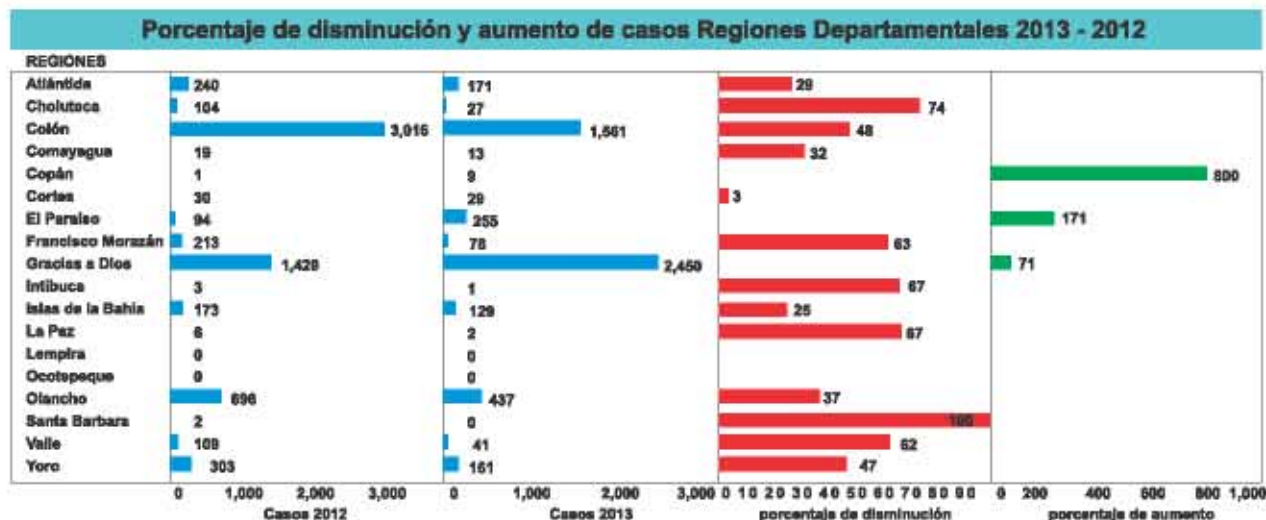
Para este año se ha reportado 4,245 casos de *P. vivax* (79%) y 1,119 casos de *P. falciparum* con el 21 % del total de casos, siendo los departamentos de Gracias a Dios (48%), Colón (29%), Olancho (8%) y El Paraíso (5%) concentrado en el 2013 el 88% de los casos a nivel nacional y el 98% de los casos de *P. falciparum*. Cabe mencionar que en el periodo 2011 – 2013 los departamentos de Colón, Gracias a Dios y Olancho representaron el 70% de los casos del país, siendo los principales focos activos de malaria.

En 2013, 15 de los 18 departamentos presentaron una reducción de los casos en comparación al 2012, siendo evidente la reducción en Choluteca (74.04%), Valle (62%), Colón (48%), Yoro (47%), Olancho (37%) y Atlántida (29%).

A pesar de estos resultados, algunas regiones departamentales presentaron aumentos de casos como ser Gracias a Dios (71%) debido a la realización de intervenciones con Búsquedas activa con la Instalación de Mosqueteros (MTILD), El Paraíso (171.0%) brotes de malaria y Copán (800%) este último debido a casos de malaria importado procedentes de las zona endémica del país.

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017

Grafico 4:



Primeros 20 municipios con mayor número casos de malaria en Honduras 2013

En 2013, de los 298 municipios del país, solamente cuatro municipios (Puerto Lempira, Trujillo, Sonaguera y Ramón Villeda Morales), reportaron más del 50 % de los casos confirmados de malaria a nivel nacional. (Ver gráfico 4)

Las poblaciones más afectadas son los pueblos indígenas y afrodescendientes (miskitus, garífunas, tawahkas, nahuas y pech) residentes en los siete departamentos de la región norte y oriental del país, en su mayoría hombres. Las tasas de incidencia en 2012 fueron de 85 casos por cada 100,000 habitantes para los hombres y 73 casos por 100,000 habitantes para las mujeres). En el mismo período, los niños entre 5 - 14 años fueron los más afectados, presentando tasas de incidencia de 106 casos por 100,000 habitantes, seguido por el grupo de 15 – 49 años con tasas de 82 casos por 100,000 habitantes.

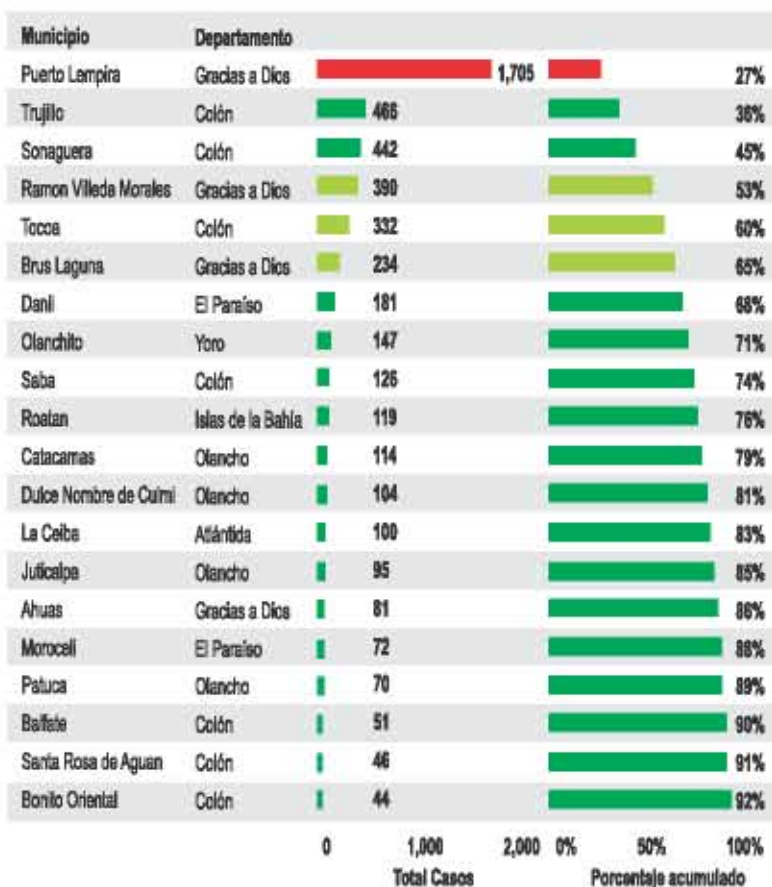
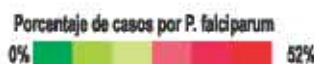


Grafico 5



Casos de malaria de Honduras por Región Departamental de Salud (RDS) 2009 – 2013

Situación de Malaria en Gracias a Dios:

La Región Departamental de Gracias a Dios, presenta un ascenso el número de casos de malaria durante el año 2013 (2,450 casos) en comparación al año 2003 (1,200 casos), incrementándose el número de casos en un 51%. Esta situación indica que es necesario realizar acciones de caracterización de focos para reorientar las intervenciones. En relación a los casos de *P. falciparum*, la RDS de Gracias a Dios es el principal foco a nivel nacional, reportando 1,033 casos, mostrándose un descenso de 21% en comparación al año 2009 que registró 1,304 casos por *P. falciparum*; esta situación no se refleja al analizar el registro de *P. falciparum* de los últimos 3 años, con un incremento de 118% en el 2010 y de 122% en el 2011. Al observar el comportamiento de la malaria en los municipios de la RDS de Gracias a Dios, el municipio de Puerto Lempira presenta el mayor número de casos de la Región, (49%), comparado con el 2012 que registró 870 casos y 2013 con 1,705 casos, seguido del municipio de Ramón Villeda Morales, con un aumento del 30% en relación al mismo período.

Situación de Malaria en la RDS de Colón:

Después de Gracias a Dios, Colón, en los últimos 10 años, es la región de mayor importancia en la incidencia de la enfermedad en el país, Colón ha reducido los casos de malaria desde el año 2003 (5,144 casos) en comparación al año 2013 (1,561 casos), logrando una disminución del 69.7%. A pesar de esta reducción de casos en comparación al año 2009, Colón registró un aumento en los años 2011 (2,050 casos) con un 20% y el 2012 (3,016 casos) con un 47%, superando a Gracias a Dios en esos años. Dicho aumento de casos está posiblemente relacionado con la alta migración de personas que estuvieron en el conflicto de tierra en la zona del Bajo Aguán.

En este momento, la malaria se concentra en los municipios de Trujillo y Tocoa. Para el año 2011 Trujillo registró 949 casos y Tocoa 444, lo que muestra que se redujo en un 51% y 25% respectivamente en comparación al año 2013; aun así, estos dos municipios representan el 51% de los casos en el departamento de Colón. Otro de los municipios que presentó una incidencia importante de casos fue Sonaguera, que en los últimos años ha presentado brotes de malaria y aumentó los casos en un 56% (442 casos 2013) en relación a los registrados en el 2009. (284 casos).

A pesar de la disminución de casos en el 2013, la detección e intervención de brotes estuvo presente en diferentes municipios del país desde zonas de alta incidencia como en la RDS de Colón en especial los municipios de Sonaguera y Tocoa (brote de *P. falciparum*), en la RDS de Olancho, el municipio de Dulce Nombre de Culmí, en la RDS de El Paraíso en el municipio de Danlí y en Francisco Morazán en el municipio de Talanga (zona de baja incidencia)

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017

Gráfico 6:

Primero 20 Municipios con más casos en Honduras años 2003 - 2013

Departamentos	Municipio	1k 2k 3k Total 2013	0k 1k 2k Total 2012	0 1,500 Total 2011	1k 2k Total 2010	1k 2k 3k Total 2009	1k 2k Total 2008	1k 2k 3k Total 2007	0k 1k 2k Total 2006	1k 2k 3k Total 2005	0k 1k 2k Total 2004	1k 2k 3k Total 2003
Gracias a Dios	Puerto Lempira	1,705	870	929	1,437	1,685	1,087	1,458	1,264	1,537	1,340	747
	Villeda Morales	390	274	329	437	242	159	143	333	142	47	23
	Brus Laguna	234	167	496	362	297	170	256	370	299	491	289
	Ahuas	81	69	131	383	811	314	256	91	36	56	25
Colón	Trujillo	466	1,376	947	492	235	291	504	594	1,023	1,156	876
	Sonaguera	442	560	284	213	181	150	288	479	686	638	1,027
	Tocoa	332	513	444	489	178	152	373	415	646	1,185	1,607
	Sabá	126	244	208	274	178	120	139	224	275	404	522
	Balfate	51	94	94	86	49	28	93	360	674	954	618
	Santa Rosa de Aguan	46	45	15	21	24	23	9	18	21	66	36
	Bonito Oriental	44	98	38	14	10	13	18	56	119	194	290
Yoro	Olancho	147	279	178	123	230	275	215	387	507	287	480
El Paraíso	Danlí	181	54	81	76	68	29	79	294	328	507	373
	Moroceli	72	31	34	38	57	167	108	73	137	57	83
Atlántida	La Ceiba	100	115	189	234	245	278	269	183	806	636	585
Islas de la Bahía	Roatán	119	149	538	506	330	250	307	628	741	566	252
Olancho	Catacamas	114	228	622	1,110	1,314	1,393	600	763	1,052	789	196
	Dulce Nombre de Culmí	104	47	66	55	30	32	67	112	163	262	93
	Juticalpa	95	290	727	1,189	724	307	212	469	995	1,136	803
	Patuca	70	29	44	76	13	16	46	189	377	322	101

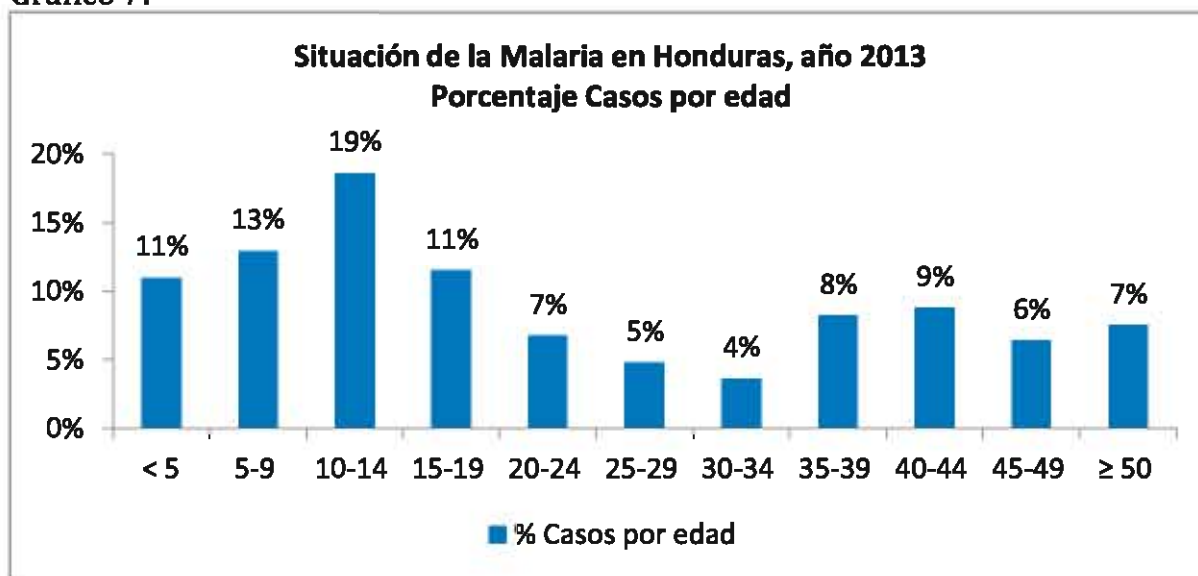
Fuente: Sistema de Información de Malaria

EDADY SEXO

Para el 2013, el 55% de los casos de malaria reportados en el país se concentraron en las Mujeres teniendo un 45% casos en Hombres. A pesar de esto no existen una diferencia significativa entre el sexo de los personas y los casos de malaria.

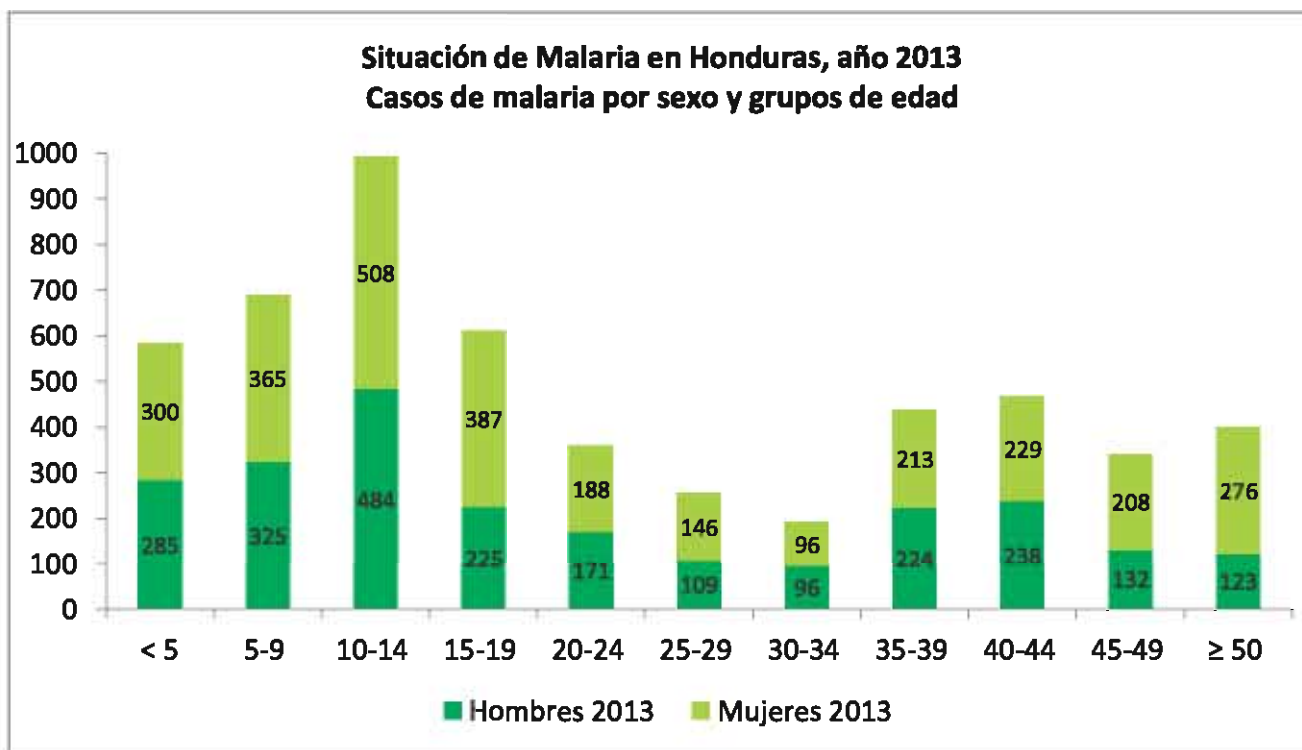
En cuanto a la edad, se evidencia que el 54% de los casos se concentraron en edades menores de 19 años, siendo el grupo de población más afectada con la malaria, es importante resaltar que los jóvenes entre los 10 a 14 años son los más afectados con el 19% de los caso, seguidos de los niños y niñas de 5 a 9 años con el 13% y los niños y niñas menores de 5 años con 11%.

Grafico 7:



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria

Grafico 8:



Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria

8. ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN EL COMBATE DE LA TRANSMISIÓN DE LA MALARIA

Para evaluar la situación de la malaria en el país, se debe de tener en cuenta los diferentes escenarios epidemiológicos, considerando que en los últimos años el país ha reducido la incidencia de casos de malaria y se perfila al igual que el resto de los países a la búsqueda de la eliminación de los casos autóctonos de esta enfermedad. Para alcanzar esta meta es necesario tener en cuenta tres diferentes escenarios epidemiológicos, los que están enmarcados a la estratificación planteada para la eliminación de la malaria. (Ver figura 2).

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

Estrato II: Municipios con muy baja transmisión de malaria (uno o menos casos por 1,000 habitantes por año, en todos los últimos tres años).

Estrato III: Municipios con incidencia de malaria y *P. falciparum* (municipios con alta transmisión de malaria).

Estrato I: Zona sin casos de malaria

En los últimos años con el impacto de las acciones realizadas en contra de la malaria en el país, se han identificado municipios que no han estado presentado casos de malaria como ser el 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 vista de la reintroducción de casos procedentes del área de mayor incidencia.

Estrato II: Zona de Baja incidencia de 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.

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

Estrato III: Zona de incidencia de malaria y *P. falciparum*

En Honduras la malaria se ha estado concentrando en los últimos años, en cinco departamentos como ser Gracias a Dios, Colón, Islas de la Bahía y Atlántida, quienes representan más del 80% de los casos de malaria a nivel nacional y solo el departamento de Gracias a Dios se concentran el 80% de los casos de malaria de *P. falciparum*. Tomando en cuenta la situación de la malaria como marco de análisis en estas zonas geográficas, existen otros elementos o factores de riesgos que influyen para que en estos departamentos se de una transmisión de la enfermedad como ser:

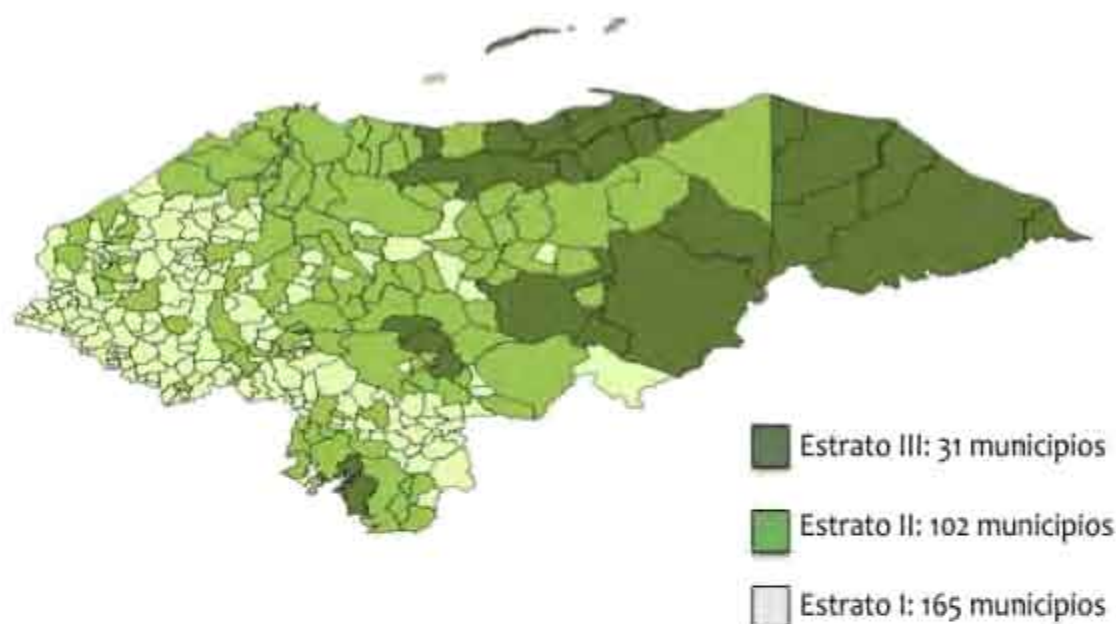
1. **Difficil acceso geográfico para la obtención de un diagnóstico oportuno:** en especial en el departamento de Gracias a Dios debido al tipo de geografía (selva tropical, pantano, llano) y vías de comunicación precarias.
2. **Violencia e Inseguridad:** en los últimos años debido a que la comunicación que existen entre los 5 departamentos (vía terrestre, aérea y marítima) y la débil estructura de las fuerzas del orden, existe niveles de violencia e inseguridad relacionados directamente al narcotráfico y a conflictos campesinos por la tenencia de la tierra que en los años 2011 y 2012 incidieron en el aumento de casos de malaria



en el departamento de Colón reportando el mayor número de casos del país.

3. **Migración:** los movimientos migratorios de la población entre los departamentos de mayor incidencia de malaria ha permitido el sostenimiento de la transmisión siendo Gracias a Dios el principal foco de casos de malaria por *P. falciparum*, y esto impacta en los departamentos colindantes como ser Colón, Atlántida, Olancho y vía marítima con Isla de la Bahía dentro del territorio nacional, aunque existe una alta migración entre Honduras y Nicaragua en la zona fronteriza en el departamento de Gracias a Dios debido a que la mayoría de la población es de la etnia miskita la cual vive en ambos países.
4. **Grupos étnicos vulnerables:** En esta zona malarica predominan varios grupos étnicos los cuales se ven afectados constante por esta enfermedad, como ser etnia Miskita (Gracias a Dios en Honduras y el municipio de Waspan en Nicaragua), Etnia Garífuna la cual tiene mayor predominio en los Departamentos de Atlántida y Colón, Tawakas, municipio de Wampulpi, Gracias a Dios, Pech en el departamento de Olancho.
5. **Producción:** Estos departamentos en especial Colón, Olancho y Atlántida son altamente agricultores (banano, palma africana, caña de azúcar, granos básicos) y ganaderos, lo que permite la permanencia de criaderos del vector de forma temporal y permanente.

Figura 2



9. ESTRATEGIA DE MALARIA, HONDURAS 2014-2017

Con la implementación de este Plan Estratégico Nacional de Malaria, se mejorará la cobertura y calidad de las intervenciones de vigilancia, prevención y control en los focos activos, y una mayor reducción de la transmisión de la malaria en focos residuales a fin de alcanzar la fase de reducción en el año 2017, con miras a la meta de eliminación planteada en la EMMIE-2020.

La probabilidad de alcanzar la reducción de malaria en el año 2017 se propone en vista de los bajos niveles de transmisión en muchas áreas del territorio nacional y la focalización en zonas plenamente identificadas.

El principal reto del PEN-Malaria es alcanzar niveles apropiados de control de la transmisión en focos activos y residuales, aumentando la oferta de acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno a población rural dispersa y sosteniendo las intervenciones en tiempo y lugar a fin de lograr y alcanzar tasas de incidencia por debajo de 1 por 1000 habitantes en el año 2017.

Constituye, asimismo, desafíos importantes, mantener actualizada la situación de malaria a nivel nacional, analizar tendencias de la enfermedad tomando en cuenta los factores que determinan la transmisión, los escenarios descritos a nivel municipal y por ende en los principales focos.

Utilizando guías técnicas, estadísticas específicas y fundamentados en los indicadores de proceso, resultados e impacto del Plan M&E de la Respuesta Nacional de Malaria, los Equipos Multidisciplinarios de Salud a nivel nacional y sub nacional capacitados, examinarán de forma permanente y sostenida la cobertura y calidad de los diferentes servicios de vigilancia, prevención y control de riesgos y ajustarán acciones basadas en resultados y objetivos operativos.

Es muy importante mencionar también, que se hará un proceso de actualización del Sistema de Información de Malaria que se adecuará al Desarrollo Organizacional actual de la Secretaría de Salud, el cual será responsabilidad de la Unidad de Vigilancia de la Secretaría de Salud y la unidad de gestión de la Información (UGI)

Asimismo, con la asistencia técnica de la OPS/OMS y expertos constituidos como Equipo Técnico de Malaria (ETM) y Equipo de Apoyo de Malaria (EAM), se desarrollará la tecnología necesaria e instrumentos apropiados para la notificación, análisis y manejo oportuno de la información por parte de proveedores de servicios de detección, diagnóstico y tratamiento de malaria del subsector público, privado y comunitario. En este contexto se integra el proceso de mejora continua de la calidad de datos epidemiológicos, entomológicos y de producción de servicios de manejo integrado del vector.

La Investigación será parte fundamental del PEN-Malaria, incluye una agenda de investigaciones operativas aplicada al desarrollo local de la vigilancia de riesgos epidemiológicos y entomológicos, promueve el desarrollo de investigaciones antropológicas (CAP), estudios de susceptibilidad entre otros.

En los cuatro años de vigencia del PEN- Malaria, en consideración a las metas intermedias y del año 2017, el mayor esfuerzo programático y financiero se llevará a cabo en las áreas habitadas por población en mayor riesgo de contraer la enfermedad de acuerdo a su estrato epidemiológico.

Bajo este marco la respuesta nacional la cual esta alineada a las metas de la EMMIE identifica las siguientes áreas estratégicas:

1. Vigilancia epidemiológica de la malaria, diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes.
2. Promover el manejo integrado de vectores (MIV)
3. Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria.
4. Mejorar la promoción y comunicación en malaria promoviendo alianzas estratégicas y colaboradores.

5. Fortalecer el sistema de salud, los procesos de planificación estratégica, las investigaciones operativas con mira al mejoramiento de la respuesta institucional.

Bajo este contexto, es fundamental la identificación de elementos que van a requerir todos los esfuerzos para lograr el cumplimiento de la metas planteadas y la reducción de los casos que nos llevará a tener un país libre de malaria, para ellos será clave tener en cuenta los siguientes proceso que deben de estar bajo el marco de la estrategia nacional.

9.1 AREAS DE INTERVENCIÓN

9.1.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Desde el 2011, en el departamento de Gracias a Dios, se está realizando la notificación nominal de los pacientes. Para mejorar la vigilancia se mejorará este sistema nominal en otros departamentos y municipios endémicos. Se instalará capacidad en todos los municipios del estrato III con capacitaciones y recapitaciones de las personas responsables para la vigilancia. Asimismo, para un cambio del concepto desde control y reducción a eliminación de la malaria es importante capacitar todo el personal de salud, reorientándose de acuerdo con las recomendaciones la OPS/OMS. Se capacitará personal del nivel central, departamental y local, sobre todo en los municipios de estrato I y II.

En el estrato III, se realizará investigación a todos los casos de *P.falciparum*. En los estratos I y II, se hará investigación de todos los casos de *P.falciparum* y *P.Vivax*.

9.1.2 GESTIÓN DE CASOS

El país plantea el aumento de la búsqueda activa (BA) de los casos en los próximos años. La búsqueda activa en forma reactiva en respuesta a los brotes de malaria, es una política del país desde hace varias décadas. Desde el año 2011, junto con la instalación de los Mosquiteros Tratados con Insecticidas de Larga Duración (MTILD) y Rociado Intradomiciliar Residual (RIR) se ha involucrado a la comunidad en la búsqueda activa masiva de los casos en forma proactiva (BAP) durante las campañas en las localidades y municipios intervenidos. Dependiendo de la transmisión de la malaria, estas BAP se llevan a cabo dirigidas a toda la población incluyendo los sintomáticos y asintomáticos o solo a los febriles.

Se seguirá usando este modelo integral para la intervención de MTILD y RIR en el estrato III, con BAP de toda la población en municipios de alta transmisión y BA de febriles, en otros municipios como en el municipio de Lejamaní, Comayagua. Para mejorar la sensibilidad de esta BA de febriles también se incluirán todos los convivientes sintomáticos y asintomáticos de las personas positivas. Por otro lado, en el estrato II por la muy baja transmisión de la malaria se focalizará en BAP en forma de cerco epidemiológico alrededor de los pacientes positivos diagnosticados por el sistema de salud en forma pasiva.

9.1.3 VIGILANCIA MOLECULAR

El país cuenta con la capacidad de realizar pruebas moleculares de diagnóstico para *Plasmodium*, desarrollado con el apoyo de la OPS/OMS y CDC dentro del proyecto Iniciativa Amazónica Contra la Malaria/Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimalaricos (AMI/RAVREDA). Desde el año 2011, el Laboratorio Nacional de Malaria (LNM) sigue usando PCR para identificación de género y especie de las muestras que están recolectadas en papel filtro para vigilancia rutinaria de *Plasmodium*. Apoyado por el laboratorio de microbiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), se usan estas muestras para vigilar la aparición de los marcadores moleculares de la resistencia a cloroquina en *P. falciparum*. El país seguirá vigilando la resistencia usando estas pruebas moleculares y también buscará aportes de otros socios para realizar BAP y estudios de prevalencia de malaria usando PCR.

9.1.4 TRATAMIENTO

Al contrario de *P.falciparum*, los pacientes infectados de *P.vivax*, tienen la probabilidad de recaídas debido al no cumplimiento del tratamiento con primaquina. En el país se usa el esquema de tratamiento hasta 14 días con primaquina para *P.vivax*. Se plantea mejorar esta adherencia con varias acciones como mejorar la toma de gota gruesa, control al final del tratamiento, visitas domiciliarias por parte de la comunidad, cambio de comportamiento con mensajes personales por medio de telefonía celular y comunicación masiva junto con otras estrategias desarrolladas en el camino. Se tiene previsto implementar esta estrategia en todo el país con mayor enfoque en estratos I y II, donde se espera que la mayoría de los casos sean por recaídas.

9.1.5 INSTALACIÓN DE MOSQUITEROS TRATADOS CON INSECTICIDAS DE LARGA DURACIÓN (MTILD)

La estrategia de instalación de MTILDs se priorizó en 13 municipios del estrato III. Se plantea tener y mantener una cobertura de 100 % de la población en el departamento de Gracias a Dios y en un municipio de Islas de la Bahía. En los demás municipios se ha establecido la cobertura, según las zonas endémicas de malaria en el municipio.

Para fines de programación se estima un mosquitero para cada 1.8 personas de la población meta. Según los resultados del proyecto Wampusirpi, se tiene estimado una reposición de 23 % de los mosquiteros totales instalados en el primer año para los próximos años, lo cual está incluido en nuestra programación.

9.1.6 ROCIADO INTRADOMICILIAR RESIDUAL (RIR)

Para RIR se tiene programado priorizar 25 municipios del estrato III y para respuesta a los casos detectados en los municipios de estrato I y II. Se tiene programado dos ciclos al año para los estratos III, debido a que el efecto de insecticida dura hasta 3 a 4 meses aunque la temporada alta de transmisión es de 6 a 8 meses en esta zona.

La población total programada de los 25 municipios de la intervención hace un total de 865,372 de personas protegidas por el RIR. En la zona de la resistencia a piretroides se programa usar la estrategia de la OPS/OMS de contención de resistencia y uso de insecticidas como carbonatos. En el proyecto, también tienen manejo de criaderos positivos en zonas del estrato III para complementar las acciones de RIR y MTILD.

9.1.7 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se tiene programado aumentar los números de puestos con capacidad de diagnóstico microscópico en municipios de estrato III para disminuir el tiempo entre el inicio de síntomas y resultado de diagnóstico. Se complementará esas acciones con instalación de puestos de Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) en localidades postergadas de Gracias a Dios, Colón y Olancho. La meta es dar resultados del diagnóstico a todos los pacientes dentro de las primeras 72 horas del inicio de fiebre.

Parte de la calidad del dato de la propuesta en relación a la situación epidemiológica, investigación de focos y caracterización de casos, dependerá de la calidad del diagnóstico de malaria. Para ello se requerirá que en la zona del estrato III, los microscopistas estén certificados en diagnóstico microscópico de malaria, a fin de garantizar la calidad de la información epidemiológica. Este proceso será conducido por el Laboratorio Nacional de Malaria, seleccionado como el laboratorio de referencia de control de calidad para la subregión de Mesoamérica y el Caribe. Además, se mantendrá y aumentará la gestión de calidad del diagnóstico, por medio del control directo e indirecto del diagnóstico microscópico.

Garantizar el tratamiento en el menor tiempo posible corta la transmisión de la malaria, bajando los números de días en que un paciente puede transmitir los parásitos a un mosquito por *P.vivax* y casi evitando la transmisión en caso de *P.falciparum*.

9.1.8 PARTICIPACIÓN SOCIAL

Actualmente, de acuerdo con el PEN-Malaria, se plantea la necesidad de **conformación de alianzas estratégicas** con actores claves de la comunidad para fomentar el empoderamiento local en la toma de decisiones para el tema de malaria. Este tipo de acciones se están enfocando principalmente en los municipios del estrato III y son promocionadas por la Secretaría de Salud.

La participación de la comunidad es fundamental para el fortalecimiento de los procesos de vigilancia de la enfermedad, para ello se buscará la notificación e intervención oportuna de los casos y focos para la reducción de la malaria. Del mismo modo, la organización de la población es esencial para el monitoreo y verificación del cumplimiento de las acciones, de tal manera que aseguran su sostenibilidad a nivel comunitario. En este sentido, se mantendrá un seguimiento constante de la red de Col.Vol., responsables de la vigilancia a nivel local. También se promoverá la conformación de alianzas estratégicas para incentivar la participación de la comunidad en las intervenciones y evaluación de los resultados. Un mecanismo novedoso que se está planteando en este proceso es el **desarrollo de auditorías sociales**.

9.2 Actividades por Área de Intervención

EL PEN-Malaria 2014-2017 basa su planificación y accionar técnico-operativo en el perfil epidemiológico nacional. El análisis de datos del periodo 2011-2013 permite clasificar el riesgo en consonancia con directrices de la OPS/OMS, estratificando en tres niveles los escenarios epidemiológicos municipales:

9.2.1 Estrato I

165 Municipios libres de malaria (ningún caso autóctono en los últimos 3 años previos con buena vigilancia)

El objetivo operativo de este escenario es, en primer lugar, certificar la situación de malaria mediante una muestra estadística, para evidenciar que no hay transmisión de malaria y, en segundo lugar, evitar la reintroducción de la transmisión de malaria, para lo cual se plantea el desarrollo de las siguientes áreas e intervenciones estratégicas:

Fortalecer la vigilancia de malaria

- La vigilancia se ejecuta incluyendo al sub sistema privado de salud.
- Establecer un sistema de detección de malaria basado en la búsqueda inteligente de casos mediante la instalación de unidades de notificación o captación en poblaciones en riesgo en áreas endémicas, desde zonas de alta transmisión en el país hasta otros países endémicos.
- Integrar a la red de servicios de salud, la detección de casos basada en la estrategia extendida de vigilancia del síndrome febril en unidades de salud de acuerdo al modelo de salud vigente, que será ejecutado por la Unidad de Vigilancia de la Salud y Malaria.
- Capacitar al equipo municipal de salud en la vigilancia de riesgos, utilizando modelos epidemiológicos basados en la detección y respuesta inmediata a casos y brotes.
- Fortalecer y organizar la red comunitaria para la vigilancia de malaria de acuerdo a la estrategia de eliminación.
- Instalar en la sede departamental de salud el SISLOC y de M&E, capacitar en su manejo y notificación de información.
- Sostener la vigilancia de Anopheles spp presentes en áreas en riesgo, sobre todo en focos potenciales y áreas de mayor receptividad.
- Investigación, clasificación por especie parasitaria y notificación del 100% de casos confirmados.

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

- Asegurar que todo caso de malaria registrado en el sub sistema privado de salud, sea notificado a la Secretaría de Salud.
- La periodicidad del comportamiento y susceptibilidad del vector se medirá dos veces al año en temporada de transmisión alta.

Diagnóstico y tratamiento de casos

- Capacitar y certificar la red pública y privada de diagnóstico en procedimientos operativos estándar de diagnóstico de malaria.
- Implementación de nuevas unidades de diagnóstico y contratación de microscopistas.
- Asistencia técnica y supervisión de las unidades de diagnóstico.
- Participación de la Red de laboratorios público al sistema de control de calidad interno y externo.
- Integración de los laboratorios privados a los procesos de control de calidad para garantizar el diagnóstico de dicho sector.
- Vigilancia rutinaria a la resistencia a los antimaláricos
- Fortalecer y vigilar adherencia al tratamiento
- Implementar los proceso de gestión y suministro de medicamento antimaláricos.
- Realizar el diagnóstico, sobre las condiciones de los almacenes regionales
- Investigaciones operativas.

Manejo Integrado de Vectores

- Aplicación de rociado intradomiciliar de acuerdo al protocolo de detección y respuesta a brotes epidémicos.
- Aplicación de medidas de control vectorial en zonas de alta receptividad en temporadas de alta transmisión histórica y/o migración.

Promoción de la malaria

- Efectuar promoción y comunicación para evitar la reintroducción de la malaria.
- Promover la promoción en malaria, la que será desarrollada por personal institucional en las unidades de salud y mensajes visuales en vallas y medios masivos.
- Exponer mensajes en medios visuales ubicados en salas de espera de las unidades de salud, vehículos distribuidores y transporte de personas, en zonas estratégicas de municipios con alta migración y en las fronteras con los países que comparte limites Honduras.
- Promover el cambio de comportamiento de la población, hacia la eliminación de la malaria. Reduciendo los factores de riesgos, en sus entornos que originan la proliferación del mosquito transmisor de la enfermedad y al abandono del tratamiento, el cual puede causar reinfección.
- **Implementar un sistema de incentivo:** Para resaltar la participación y los logros alcanzados en el proceso de eliminación de la malaria, se establecen incentivos, tomando en cuenta el estrato epidemiológico. En el estrato I, se certificará al municipio libre de malaria y reconocerá al jefe de familia con un diploma, por practicar estilos de vida saludables y mantener en su vivienda durante el año, entornos saludables a su vivienda; además, proporcionarle una camiseta o gorra con un mensaje resaltando su orgullo de ser partícipe e invitar a sus vecinos a evitar la reintroducción de la malaria en su localidad.

Participación social e inter-sectorial

La participación social en el estrato I, se realizará a través de los comités de salud municipal, los que son coordinados por el Jefe Municipal de Salud, con participación de instituciones que apoyan permanentemente a la SESAL. En el caso que se confirme malaria en el municipio, se debe abordar al Comité de Emergencia Municipal (CODEM), si las condiciones lo ameritan, se activará para apoyar al comité municipal de salud en las acciones de control y eliminación de la malaria.

El apoyo consistirá en:

- Acompañar la ejecución de acciones de atención oportuna, gestión, eliminación y seguimiento hasta lograr disminuir la continuidad del riesgo.
- Emitir normativas de convivencia con el entorno, de acuerdo al nivel de riesgo existente.
- Seguimiento al cumplimiento de la normativa.

Abogacía y coordinación interinstitucional

La abogacía y coordinación interinstitucional se desarrollará de forma transversal, tomando en cuenta los estratos epidemiológicos, en los tres niveles nacional, departamental y municipal para el logro de los resultados esperados, en cada uno de los objetivos planteados.

Para ello es necesario realizar las gestiones con los actores sociales, en el proceso de promoción y participación, para la organización de mesas de trabajo que ayuden a liderar y concretar la participación de actores claves en actividades, que generen cambios de comportamiento en la población, sobre la eliminación de la malaria

9.2.2 Estrato II

102 Municipios con muy baja transmisión de malaria (uno o menos casos por 1,000 habitantes por año, en todos los últimos tres años).

Fortalecer la vigilancia de la malaria

- La vigilancia se ejecuta incluyendo al sub sistema privado de salud.
- La búsqueda de casos se lleva a cabo por demanda en la red de servicios de salud pública y privada, y en puestos de colaboración voluntaria comunitaria, la que se reorganizará con el propósito de detectar oportunamente los casos especialmente en los focos residuales.
- Establecer un sistema de detección de malaria basado en la búsqueda inteligente de casos mediante la instalación de unidades de notificación o captación en poblaciones en riesgo en áreas endémicas, desde zonas de alta transmisión en el país y de otros países endémicos.
- Caracterización e investigación operativa de los focos de malaria.
- Listado de casos de malaria, actualizado y clasificado mediante el SISLOC.
- Asegurar para malaria, el funcionamiento de las Unidades de Análisis(UDA).
- Acciones de vigilancia entomológica de la distribución del vector se mantendrán, además de medir periódicamente el comportamiento y susceptibilidad de *Anopheles* spp a la presión por el uso de insecticida.
- La periodicidad del comportamiento y susceptibilidad del vector se medirá cuatro veces al año en temporada de transmisión alta.

Diagnóstico y tratamiento de casos

- Confirmar 100% de los casos con diagnóstico microscópico según norma y tiempo oportuno.
- Capacitar y certificar la red pública y privada de diagnóstico en procedimientos operativos estándar de diagnóstico de malaria.
- Implementación de nuevas unidades de diagnóstico y contratación de microscopistas.
- Asistencia técnica y supervisión de las unidades de diagnóstico.
- Participación de la Red de laboratorios público al sistema de control de calidad interno y externo.
- Integración de los laboratorios privados a los procesos de control de calidad para garantizar el diagnóstico de dicho sector.
- Vigilancia rutinaria a la resistencia a los antimaláricos
- Fortalecer y vigilar adherencia al tratamiento
- Implementar los proceso de gestión y suministro de medicamento antimaláricos.
- Realizar el diagnóstico, sobre las condiciones de los almacenes regionales.
- Investigaciones operativas.

Manejo integrado de vectores

- El seguimiento y evaluación epidemiológica y entomológica de los focos residuales y los focos activos, propios de este estrato, serán la base para la selección de intervenciones oportunas de rociado intradomiciliario como una de las medidas de elección, para interrumpir de forma efectiva la transmisión hombre-vector.
- Aplicación de rociado intradomiciliario de acuerdo al protocolo de detección y respuesta a los casos detectados y brotes epidémicos.
- Aplicación de medidas de control vectorial en zonas de alta receptividad en temporadas de alta transmisión histórica y/o migración.

Promoción de la malaria

- Mantener la promoción para seguir evitando la malaria en la población.
- Continuar realizando la promoción en malaria, la que será desarrollada por personal institucional en las unidades de salud, reuniones comunitarias en localidades con antecedentes maláricos y en radios de acción de focos de malaria.
- Enfocando la comunicación a continuar evitando la reintroducción de la malaria en su comunidad.
- Exponiendo mensajes en medios visuales ubicados en salas de espera de las unidades de salud, vehículos distribuidores y transporte de personas, en zonas estratégicas en los municipios alta migración y en las fronteras con los países que comparte límites Honduras.
- Difusión de mensajes por medios de comunicación masiva (radio y televisión).
- Enfatizando en el mensaje de acudir inmediatamente una unidad de salud o al Colaborador Voluntario más cercano. Para hacerle la prueba de malaria y tomar el tratamiento completo de forma supervisada.
- También debe promover el cambio de comportamiento de la población, hacia la eliminación de la malaria. Reduciendo los factores de riesgos para la transmisión de la malaria.
- El personal de salud del nivel municipal- local visitará las escuelas del sistema educativo nacional mínimo una vez al año a desarrollar el tema de malaria con los niños y niñas de los diferentes grados. Deben acompañarse del material e instrumentos adecuados para el logro de la comprensión.
- **Implementar un sistema de incentivo:** Para resaltar la participación y los logros alcanzados en el proceso de eliminación de la malaria, se establecen incentivos, tomando en cuenta el estrato epidemiológico. En el estrato II, igual que en el estrato I, se certificará al municipio libre de malaria y reconocerá al jefe de familia con un diploma por practicar estilos de vida saludables y mantener, entornos saludables a su vivienda durante el año, además proporcionarle una camiseta o gorra con un mensaje resaltando su orgullo de ser partícipe e invitar a sus vecinos a evitar la reintroducción de la malaria en su localidad.

Abogacía y coordinación interinstitucional

La abogacía y coordinación interinstitucional se desarrollará de forma transversal, tomando en cuenta los estratos epidemiológicos, en los tres niveles nacional, departamental y municipal para el logro de los resultados esperados, en cada uno de los objetivos planteados. Para ello es necesario realizar las gestiones con los actores sociales, en el proceso de promoción y participación, para la organización de mesas de trabajo que ayuden a liderar y concretar la participación de actores claves en actividades, que generen cambios de comportamiento en la población, sobre la eliminación de la malaria.

Participación social e inter-sectorial

La ley de municipalidades indica que en cada una de las cabeceras municipales se organiza un comité de emergencia municipal, el cual es liderado por la corporación municipal y con la participación de la mayoría de las instituciones y organizaciones con presencia en el municipio.

La participación social se realizará a través de estos comités, los que se activarán para apoyar las acciones de control y eliminación de la malaria, al momento de que el equipo municipal de salud informe sobre la presencia de un caso en el término municipal.

El apoyo consistirá en:

- Acompañar la ejecución de acciones de atención oportuna, gestión, control, eliminación y seguimiento hasta lograr disminuir la continuidad del riesgo.
- Emitir normativas de convivencia con el entorno, de acuerdo al nivel de riesgo existente.
- Seguimiento al cumplimiento de la normativa.
- Confirmación de CODEM para ampliar su funcionalidad abordando las emergencias en salud e incluir la participación inmediata junto al Equipo Municipal de Salud.

9.2.3 Estrato III

Existen 31 Municipios que no cumplen con criterios de estrato 1 y 2, quienes se incluyen en estrato III. Este estrato incluye a los municipios con mayor carga de malaria y por tal razón debe dársele mayor atención para lograr la meta establecida para el año 2017: “cero casos de malaria por *P. falciparum*”. El mejoramiento de las intervenciones vectoriales, el aumento de cobertura y calidad del diagnóstico facilitará el alcance del objetivo nacional de reducir 45% de casos de malaria con base en los registrados en el año 2014.

Con base en la guía OPS/OMS para reorientar los programas de control a eliminación de malaria, el mayor esfuerzo operativo se ejecutará en los municipios que califiquen en este estrato, de manera que, como resultado de ese esfuerzo, todos ellos se ubiquen en al menos estrato II, condición indispensable para lograr la meta de eliminación de malaria al año 2020.

Fortalecer la vigilancia de malaria

- Establecer la vigilancia de malaria en el sub sistema público y en el privado.
- Adecuar recursos institucionales y comunitarios en localidades de mayor interés epidemiológico, con base en los resultados de la investigación y clasificación de los focos.
- Mejorar la vigilancia a través de búsquedas activas reactivas y pro activas.
- Con alta participación comunitaria, se integrarán búsquedas activas durante las actividades del manejo integrado del vector.
- Acciones de vigilancia entomológica serán dirigidas desde unidades permanentes centinelas que además de brindar datos de distribución del vector, profundizarán en estudios operativos de comportamiento y grado de susceptibilidad de *Anopheles* spp al uso de insecticidas.
- Mediante las Unidades de Análisis se hará vigilancia y seguimiento de los casos confirmados, incluyendo la investigación de casos.
- Afinar las acciones de prevención y eliminación de la malaria con base al análisis de la información epidemiológica y casos confirmados.

Diagnóstico y tratamiento

- Confirmar 100% de los casos con diagnóstico microscópico, según norma y tiempo oportuno.
- Capacitar y certificar la red pública y privada de diagnóstico en procedimientos operativos estándar de diagnóstico de malaria.
- Implementación de nuevas unidades de diagnóstico y contratación de microscopistas.
- Creación de unidades de diagnóstico utilizando pruebas de diagnóstico rápido.
- Asistencia técnica y supervisión de las unidades de diagnóstico.
- Participación de la Red de laboratorios públicos al sistema de control de calidad interno y externo.
- Integración de los laboratorios privados a los procesos de control de calidad para garantizar el diagnóstico de dicho sector.
- Vigilancia rutinaria a la resistencia a los antimaláricos
- Fortalecer y vigilar adherencia al tratamiento
- Implementar los proceso de gestión y suministro de medicamento antimaláricos.
- Realizar el diagnóstico, sobre las condiciones de los almacenes regionales

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017

- Investigaciones operativas.

Manejo integrado del vector

- Distribuir e instalar MTILD, con una cobertura al 100% de acuerdo a la población afectada, con base en el riesgo epidemiológico, según el plan de instalación de MTILD que detalla nuevos escenarios y reposición de acuerdo a la experiencia del país.
- Rociamiento intradomiciliar de viviendas en el 100% del área endémica de acuerdo a la residualidad. Esta medida se exceptúa con condiciones de vivienda precaria o de material inadecuado para el rociado con insecticidas de efecto residual.
- Tratamiento de criaderos bajo vigilancia relacionados con la transmisión local de casos de malaria. El mapa epidemiológico municipal priorizará la selección del método de tratamiento (biológico o físico)

Promoción de la malaria

Continuar realizando la promoción en malaria, la que será desarrollada por personal institucional en las unidades de salud, reuniones comunitarias en localidades con antecedentes maláricos y en radios de acción de focos de malaria.

- Enfocando la comunicación a continuar evitando la reintroducción de la malaria en su comunidad.
- Exponiendo mensajes en medios visuales ubicados en salas de espera de las unidades de salud, vehículos distribuidores y transporte de personas, en zonas estratégicas en los municipios de alta migración y en las fronteras con los países que comparte límites Honduras.
- Difusión de mensajes por medios de comunicación masiva (radio y televisión).
- Enfatizando en el mensaje de acudir inmediatamente una unidad de salud o al Colaborador Voluntario más cercano, para hacerle la prueba de malaria y tomar el tratamiento completo de forma supervisada.
- Promover el cambio de comportamiento de la población, hacia la eliminación de la malaria, reduciendo los factores de riesgos para la transmisión de la malaria.
- El personal de salud del nivel municipal - local visitará las escuelas del sistema educativo nacional mínimo una vez al año a desarrollar el tema de malaria con los niños y niñas de los diferentes grados. Deben acompañarse del material e instrumentos adecuados para el logro de la comprensión.
- **Implementar un sistema de incentivo:** Para resaltar la participación y los logros alcanzados en el proceso de eliminación de la malaria, se establecen incentivos, tomando en cuenta el estrato epidemiológico, en el estrato III, se estimulará al jefe de familia con un diploma por practicar estilos de vida saludables y mantener durante el año, entornos a su vivienda saludables; además, proporcionar al colaborador voluntario una camiseta o gorra con un mensaje resaltando su orgullo de ser colaborador voluntario e invitar a sus vecinos, acudan inmediatamente a realizarse la prueba de malaria cuando presenten fiebre. También premiar a un municipio entre los 5 mejores por reducir la malaria en el año.
- Desarrollo del uso de tecnologías innovadores para mejorar la adherencia de los pacientes al tratamiento.

Promover la participación social e inter-sectorial

La participación social es básica para el empoderamiento en el control y eliminación de la malaria en los municipios, la que se desarrollará a través de:

- La organización de una alianza municipal liderada por la corporación municipal y con la integración de todas las instituciones, organizaciones privadas de desarrollo y de base comunitaria, para la debida atención por parte de las autoridades civiles al problema de malaria que enfrenta el municipio.
- La participación de la alianza se enmarcará en la planificación de acciones, acompañar la ejecución de acciones de atención oportuna, gestión, control, eliminación y seguimiento

hasta lograr disminuir la continuidad del riesgo, emitir normativas de convivencia con el entorno y seguimiento al cumplimiento de la normativa.

- La participación de líderes comunitarios previamente entrenados, en la promoción de la malaria.
- Confirmación y seguimiento de los grupos organizados a niveles municipales, incluyendo los CODEM y otros espacios inter-sectoriales.

Abogacía y coordinación interinstitucional

La abogacía y coordinación interinstitucional se desarrollará de forma transversal, tomando en cuenta los estratos epidemiológicos, en los tres niveles, nacional, departamental y municipal, para el logro de los resultados esperados, en cada uno de los objetivos planteados. Para ello es necesario realizar las gestiones con los actores sociales, en el proceso de promoción y participación, para la organización de mesas de trabajo que ayuden a liderar y concretar la participación de actores claves en actividades, que generen cambios de comportamiento en la población, sobre la eliminación de la malaria.

9.3 Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud

Para el cumplimiento de acciones y facilitar el logro de metas trazadas, se plantea el desarrollo de funciones básicas apoyadas por instituciones del sistema de salud y en general del sector social en áreas estratégicas y operativas siguientes:

9.4 Desarrollo de la capacidad de conducción nacional del PEN-Malaria 2014-2017

Se conformará el Equipo Técnico de Malaria (ETM) integrado por epidemiólogo, entomólogo, parasitólogo o microbiólogo. Este equipo será responsable de dirigir a nivel nacional el proceso de transición de control a pre-eliminación y responderá a las metas de resultado e impacto del PEN-Malaria

Se organizará el Equipo de Apoyo al PEN-Malaria (EAM), conformado por expertos en malaria, administración y finanzas de la SESAL, IHSS, UNAH, AMHON, Secretaría de Finanzas, Secretaría de Agricultura y Ambiente, entre otras.

9.5 Descentralización de la gestión programática y Financiera

Basado en los objetivos del Modelo Nacional de Salud, las acciones y resultados del PEN-Malaria serán responsabilidad de la estructura sub nacional de la SESAL. Al nivel departamental se asignan principalmente funciones de cumplimiento del marco normativo de vigilancia epidemiológica y entomológica, regulación de la prestación de servicios de diagnóstico y tratamiento, formación y capacitación de recursos humanos, apoyo a la investigación, monitoreo de actividades y evaluación de resultados.

Al nivel municipal de salud se asigna la ejecución operativa de funciones y actividades de vigilancia, prevención y control planificadas en el concepto de gestión por resultados (contratos públicos-gestor privado, y/o públicos-públicos)

El nivel comunitario organizado ejecutará acciones de vigilancia y control basado en planes y presupuesto asignado a las tareas de detección, notificación de casos y manejo integrado del vector.

Gobiernos municipales y organizaciones de la sociedad civil (patronatos, asociaciones y otras), ejecutarán directamente acciones de manejo integrado del vector; y socios lo cuales incluyendo organizaciones no gubernamentales (ONGs), cumplirán funciones de control social de la gestión (auditoría social).

Las relaciones de la SESAL con los centros de educación superior (UNAH, UNA, UAP-EI Zamorano etc.), garantizarán la formación de personal nacional ente más de interés para el desarrollo de los recursos humanos institucionales del sistema de salud necesarios para la ejecución de este PEN Malaria.

9.6 Monitoreo y Evaluación

La medición periódica del marco estratégico y de desempeño del PEN-Malaria se sujeta al Plan de Monitoreo y Evaluación de la Respuesta Nacional 2014-2017. (Anexo).

9.7 Trabajo en Red

Para maximizar los escasos recursos disponibles, las actividades de eliminación de malaria se ejecutarán de manera coordinada e integrada a las que ejecuten el resto de los países centroamericanos, particularmente en zonas fronterizas, de manera que haya intercambio de información y de experiencias exitosas. Especialmente el trabajo inter-fronterizo con Nicaragua será una estrategia fundamental para tener acciones sincronizadas en ambos partes de la frontera y poder dar seguimiento a los pacientes inmigrantes en los dos países.

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE MALARIA 2014 -2017

Fin:

Mejorar el estado de salud y disminuir el riesgo de enfermar en la población hondureña expuesta al riesgo y daño por malaria.

METAS	INDICADORES VERIFICABLES	FUENTES DE VERIFICACIÓN
Reducir los casos de malaria autóctonos en 45% para el año 2017 en relación a casos del año 2014, registrados en el Sistema Nacional de Salud	1. Índice Parasitario Anual (IPA) 2. Índice de láminas positivas (cambiar el descriptor para ILP en estrato 3 en búsqueda de la pre eliminación)	Reporte anual de situación de Malaria. Secretaría de Salud-Honduras.
Registro de cero casos de malaria autóctonos por Plasmodium falciparum en el año 2017	3. Número de casos de malaria y porcentaje de reducción 4. Número de casos confirmados para malaria causados por <i>P. falciparum</i>	

OBJETIVOS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE MALARIA

1. "Fortalecer la estrategia epidemiológica de la malaria diferenciada por estratos, manteniendo un control sobre la aparición de brotes".
2. "Promover el Manejo Integrado de Vectores (MIV)".
3. "Fortalecer la cobertura y calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento de malaria".

SUPUESTOS DE IMPORTANCIA DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE MALARIA 2014 - 2017		AÑO DE EJECUCIÓN DEL PEN MALARIA			
ÁREA ESTRATÉGICA	METAS PRINCIPALES DE EL PEN MALARIA	2014	2015	2016	2017
Vigilancia Epidemiológico	Número de casos de Malaria	8000	7200	6000	4400
	Número de casos de <i>P. falciparum</i>	1511	907	544	0
	Casos Diagnosticados dentro de 72 horas	60% (4800)	60% (4320)	70%(4200)	80% (4320)
	Investigación	21%	100%	100%	100%
MIV	Rociado	264500	264500	264500	264500
	Mosquiteros	25118	55000	81000	38000
Diagnóstico y Tratamiento	RR.HH. Certificado en diagnóstico microscópico de Malaria	Pendiente de definir	80%	70%	80%
	Puestos de diagnósticos con Pruebas de Diagnóstico Rápido (PDR) (nuevo)	30	150	120	0

Observaciones:

El país reporta menos de 8,000 casos de malaria para el 2014 (se estima un 35% aumento) año de línea meta para la EMMIE. A partir de ello el país debe de reducir el número de casos en un 10% en el 2015 , 15% en el 2016 y 20% en el 2017 teniendo un porcentaje de reducción acumulado del 45%.

La misma situación se presenta para *p. falciparum*, el cual se estima un aumento de casos en el 2014 debido a las búsquedas activas proactivas. Para el año 2017 el país debe lograr reportar cero casos de *P. falciparum*.

Se tiene planificado instalar 300 nuevas unidades de diagnóstico con PDR en los tres primeros años de la estrategia nacional, dejando el último año de sostenimiento de las unidades.

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

PRESUPUESTO DEL PEN- MALARIA 2014 - 2017

ÁREAS ESTRATEGICAS	COSTO POR AÑO				TOTAL
	2014	2015	2016	2017	
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	L 29,707,200	L 35,019,818	L 30,814,281	L 22,198,684	L 117,739,983
MANEJO INTEGRADO DE VECTORES	L 61,081,528	L 59,265,995	L 54,062,569	L 54,233,702	L 228,643,795
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	L 22,461,597	L 19,071,368	L 19,294,828	L 16,849,700	L 77,677,493
PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL	L 22,585,679	L 16,128,993	L 13,817,884	L 12,550,704	L 65,083,460
FORTALECIMIENTO SISTEMA DE SALUD	L 55,439,333	L 27,902,750	L 27,948,076	L 29,103,076	L 140,393,236
TOTAL (Lps)	L 191,275,538	L 157,388,924	L 145,937,639	L 134,935,866	L 629,537,967
TOTAL (\$)	\$ 9,058,494.11	\$ 7,453,679.91	\$ 6,911,365.95	\$ 6,390,340.14	\$29,813,880.11
TOTAL FINAL (\$)			(\$)	29,813,880.11	

GASTOS EN MALARIA	2014	2015	2016	2017
ACTIVIDADES REQUERIDAS DEL PEN - M	\$ 9,058,494.11	\$ 7,453,679.91	\$ 6,911,365.95	\$ 6,390,340.14
SALARIO RECURSOS HUMANOS QUE LABORA EN MALARIA EN LA SESAL	\$ 750,280.76	\$ 750,280.76	\$ 750,280.76	\$ 750,280.76
GASTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA EJECUCION DEL PEN - M (7%)	\$ 634,094.59	\$ 521,757.59	\$ 483,795.62	\$ 447,323.81
TOTAL	\$ 10,442,869.46	\$ 8,725,718.26	\$ 8,145,442.32	\$ 7,587,944.71
			TOTAL	\$ 34,901,974.75

Vigilancia Epidemiológica

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	Estrato	Costo por año		
				2014	2015	2016
Modelo de captación temprana y notificación de casos diferenciado por situación epidemiológica de malaria funcionando a nivel local	Promoción de la detección, notificación y seguimiento de casos de malaria en las Unidades de Salud (Red de Servicios del Sistema de Salud) y Subsistema de Salud Comunitaria (Red de Colaboradores Voluntarios)	Reorientación de la red institucional y comunitaria de vigilancia de malaria adaptada a la situación epidemiológica por estrato epidemiológico	1,2,3	L 159,000.00	L 159,000.00	L 159,000.00
		Capacitación continua de puestos de notificación comunitaria e institucional de malaria	1,2,3	L 6830,037.50	L 6830,037.50	L 6830,037.50
		Supervisión de puestos de notificación comunitaria e institucional de malaria	1,2,3	L 680,812.50	L 680,812.50	L 680,812.50
		Definición, validación e impresión manual de vigilancia	Nivel Central	L 309,250.00	L -	L -
Reorientado el personal Institucional y voluntario con enfoque a eliminación de la malaria	Elaboración de Manual para la vigilancia epidemiológica Capacitación del personal institucional, voluntario y sistema privado de salud	Talleres de capacitación a nivel nacional con enfoque a la eliminación de la malaria	Nivel Central	L 40,000.00	L 40,000.00	L -
			1,2,3	L 938,812.50	L 938,812.50	L 469,406.25
			1,2,3	L 8847,300.00	L 8847,300.00	L 4423,650.00
		Coordinación entre el sistema de salud pública y el sistema privado para el fortalecimiento de la vigilancia de la malaria	1,2,3	L 646,000.00	L 646,000.00	L 418,000.00

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	Estrato	Costo por año			
				2014	2015	2016	2017
Fortalecer la vigilancia interfronteriza en los tres estratos	Reuniones interfronteriza para el fortalecimiento de la vigilancia de malaria	Desarrollo de programa activo de vigilancia de malaria en áreas fronterizas de interés epidemiológico.	Nivel Central	L 245,750.00	L 245,750.00	L 245,750.00	L 245,750.00
			Nivel Central	L 272,831.25	L 272,831.25	L 272,831.25	L 272,831.25
100% casos investigados y clasificados	Investigación y clasificación de casos de malaria (Pv, Pf) en estrato 1 y 2 y estrato 3 (Pf)	Investigación, caracterización de casos	1,2	L -	L -	L -	L -
		Investigación, caracterización y respuesta a los casos de <i>P. falciparum</i> o <i>P. vivax</i> (municipios sin <i>P. falciparum</i>)	3	L 231,087.50	L 6087,500.00	L 4870,000.00	L 1826,250.00
Incremento de la cobertura de detección de casos de malaria	Exploración activa de casos de malaria por estrato epidemiológico	Busqueda inteligente de casos de malaria en poblaciones claves incluyendo migrante, trabajadores agrícolas, personal contratado para grandes obras de infraestructura social y económica	1,2,3	L 5326,976.56	L 5326,976.56	L 4007,601.56	L 4007,601.56
		Busqueda proactiva de casos de malaria en población de estrato 2	2	L 2474,395.56	L 2474,395.56	L 2183,290.20	L 1940,702.40
		Establecer la busqueda pasiva en el 100% de los pacientes febriles captados en el sistema de salud publico y privado en estrato 3	3	L -	L -	L -	L -
Implementada la vigilancia entomológica para la toma de decisiones en el MIV	Implementación de la vigilancia entomológica a través de las unidades entomológica existentes		1,2	L 14,681.25	L 14,681.25	L 14,681.25	L 14,681.25
			1,2	L 8,506.25	L 8,506.25	L 8,506.25	L 8,506.25
		Supervisión de la caracterización y tratamiento de criaderos	1,2	L 8,506.25	L 8,506.25	L 8,506.25	L 8,506.25
			1,2,3	L 48,238.31	L 48,238.31	L 48,238.31	L 48,238.31
			1,2,3	L 67,396.72	L 67,396.72	L 67,396.72	L 67,396.72
			2,3	L 31,418.70	L 31,418.70	L 31,418.70	L 31,418.70
		Definición, validación e impresión de manual operativo de vigilancia entomológica	Nivel Central	L -	L 209,250.00	L -	L -
	Implementación de lineamientos operativos para la vigilancia entomológicas y control vectorial		Nivel Central	L -		L 168,203.13	L -

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	Estrato	Costo por año			
				2014	2015	2016	2017
Funcionando el Subsistema de Información nominal de malaria	Instalación de Subsistema de Información (SISLOC) a nivel municipal y departamental de salud	Garantizando el flujo de información mediante el subsistema SISLOC	Nivel Central	L 180,000.00	L 180,000.00	L 180,000.00	L 180,000.00
		Capacitación a equipos Municipales de Salud y personal M&E del nivel departamental sobre manejo de Software, funcionamiento y flujo de notificación de datos del SISLOC	1,2,3	L 318,575.00	L 318,575.00	L 318,575.00	L 318,575.00
			1,2,3	L 1010,565.63	L 1007,565.63	L -	L -
		Capacitación a unidades entomológicas en el manejo de Software, funcionamiento y flujo de notificación de datos del SISLOC	1,2,3	L 144,818.75	L 118,943.75	L -	L -
Poblaciones en riesgo de malaria identificados	Caracterización de principales focos de transmisión de Malaria por <i>P. falciparum</i> .	Capacitación del personal de la Unidad de Vigilancia de la Secretaría de Salud a nivel central para el manejo del SISLOC	Nivel Central	L 32,400.00	L 32,400.00	L 32,400.00	L 32,400.00
		Funcionamiento de las unidades situaciones para el analisis de malaria y sus determinantes	1,2,3	L 200,000.00	L	L -	L -
		Caracterización de los focos	3	L 210,000.00	L 210,000.00	L -	L -
		Identificación y clasificación de los focos a nivel municipal y departamental	1,2,3	L 429,840.00	L 214,920.00	L 214,920.00	L 214,920.00
				L. 29707,200.23	L. 35019,817.73	L. 30814,281.12	L. 22198,683.94
				\$ 1406,884.02	\$ 1658,480.83	\$ 1459,313.55	\$ 1051,293.07

Manejo integrado de vectores

Resultados Esperados	Actividad	Tareas	Estrato	Costo por año		
				2014	2015	2016
Identificado, Caracterizado y Tratado el 100% de los criaderos permanentes	Identificación ,caracterización y tratamiento de criaderos permanentes de Anofelinos.	Identificar, caracterizar y tratar los criaderos permanentes utilizando el formato EN1	2,3	L. 844,480	L. 844,480	L. 844,480
		Compra de bacillus spahericus para Tx de criaderos	2,3	L. 9000,000	L. 9000,000	L. 9000,000
		Capacitación en caracterización y tratamiento de criaderos para el personal técnico de zonas de Estrato I NC.	1	L. 0	L. 58,197	L. 0
		Exploración de campo para la identificación, caracterización y tratamiento de criaderos para el personal técnico de zonas de Estrato 1	1	L. 209,228	L. 209,228	L. 209,228
		Selección y capacitación de brigadas de personal comunitario	3	L. 1196,800	L. 1196,800	L. 1196,800
Rociadas el 100% de las viviendas en las comunidades endémicas programadas	Rociamiento Intradomiciliar con Insecticida residual en las comunidades endémicas	Selección y capacitación de brigadas de personal comunitario	1,2	L. 601,800	L. 601,800	L. 601,800
		Rociamiento de las viviendas	1,2,3	L. 4959,375	L. 4959,375	L. 4959,375
		Supervisión del rociado (nivel local)	1,2,3	L. 572,454	L. 572,454	L. 572,454
		Supervisión del rociado (nivel departamental)	1,2,3	L. 170,217	L. 170,217	L. 170,217
		Supervisión del rociado (nivel central)	1,2,3	L. 232,569	L. 232,569	L. 232,569
Rociadas el 100% de las viviendas en las comunidades endémicas programadas	Rociamiento Intradomiciliar con Insecticida residual en las comunidades endémicas	Compra de Insecticida Deltametrina y Bendiocarb	3	L. 30299,063	L. 30299,063	L. 30299,063
		Compra de equipo de rociado y protección (Bombas Hudson X Pert , mascarillas, guantes de hule, botas hule, lentes, cascos, oboeros)	3	L. 1012,500	L. 337,500	L. 0
		Repuestos de bombas hudson	1,2,3	L. 750,000	L. 0	L. 0
		Adquisición de MTILD	3	L. 6050,000	L. 8910,000	L. 3960,000
		Actualización del mapa epidemiológico de las localidades a intervenir	3	L. 22,990	L. 22,990	L. 22,990
3- Localidades con riesgo de malaria intervenidas con MTILD	Implementación de MTILD en localidades con riesgo de malaria	Asistencia técnica y supervisión por personal institucional	3	L. 652,833	L. 652,833	L. 652,833

Resultados Esperados	Actividad	Tareas	Estrato	Costo por año			
				2014	2015	2016	2017
Actualizado el reconocimiento geográfico de los municipios	Identificación de áreas endémicas para la elaboración de croquis de censo de población	Identificación de localidades y focos	2,3	L. 0	L. 0	L. 0	L. 0
		Capacitación de personal institucional	2,3	L. 2834,831	L. 0	L. 0	L. 0
		Elaboración de croquis de las localidades seleccionadas	2,3	L. 467,612	L. 467,612	L. 467,612	L. 467,612
		Tasas de picadura en las unidades sentinelas de Comayagua, Tocoa, Catacamas, Choluteca, Puerto Lempira	2,3	L. 45,686	L. 45,686	L. 45,686	L. 45,686
Aplicada la información producida por las unidades entomológicas para la toma de decisiones en el MIV	Obtención de información entomológica para determinar la biología, ecología de los anofelinos y sus especies existentes	Capturas en corral en 18 Unidades entomológicas, Danli, Comayagua, Puerto Lempira, Tocoa, Choluteca, El Negrillo, Ceiba, Roatán, Bonito Oriental, El Progreso, Catacamas, Valle, Choluteca, Puerto Cortes, Patuca, Sta Barbara, Copan, San Esteban.	2,3	L. 66,224	L. 66,224	L. 66,224	L. 66,224
	Levantamiento de información sobre la eficacia de los insecticidas utilizados en el MIV	Ensayos de Susceptibilidad en 8 sitios de referencia Olancho, Comayagua, Yoro, Choluteca, Gracias a Dios, Islas de la Bahía, El Paraíso y Colón.	2,3	L. 193,357	L. 193,357	L. 121,138	L. 114,138
		Ensayos de residualidad en 2 sitios de referencia Olancho y Comayagua.	2,3	L. 177,920	L. 0	L. 0	L. 0
		Medición de residualidad en MILD en 2 sitios de referencia Comayagua y Puerto Lempira	2,3	L. 81,490	L. 0	L. 0	L. 0
Ampliada la cobertura de vigilancia entomológica en las áreas de influencia de las unidades de entomología	Supervisión de las actividades de control larvario realizadas por personal local	Asignación presupuestaria para el desplazamiento del personal institucional para la vigilancia entomológica	2,3	L. 425,612	L. 425,612	L. 425,612	L. 425,612
	Apertura de 4 Unidades Entomológicas en los departamentos de Copan, Santa Barbara, Yoro y Puerto Cortes	Capacitación del personal institucional que integrará las unidades	1,2	L. 214,490	L. 0	L. 214,490	L. 0
TOTAL				L. 61081,528	L. 59265,995	L. 54062,569	L. 54233,702

\$ 2892,720 \$ 2806,740 \$ 2560,314 \$ 2568,419

Diagnóstico y Tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	Modificado		
				2014	2015	2016
Fortalecidas la capacidades de la red de laboratorios en el país (Públicos y Privados)	Capacitación en procedimientos operativos estandar de diagnóstico a la Red Nacional de Malaria (Públicos y privados)	Realización de talleres de implementación del Manual de Procedimientos Operativos Estandar (POE) para el Diagnóstico Microscopico de la Malaria a nivel departamental	1,2,3	L. 222,840	L. 222,840	L. 222,840
		Realización de talleres de implementación del Manual de Procedimientos Operativos Estandar (POE) para el Diagnóstico Microscopico de la Malaria a los niveles locales Públicos	1, 2, 3	L. 1571,902	L. 1571,902	L. 1571,902
		Realización de talleres de implementación del Manual de Procedimientos Operativos Estandar (POE) para el Diagnóstico Microscopico de la Malaria a los niveles locales Privados	1,2,3	L. 0	L. 545,968	L. 545,968
		Montaje de banco de laminas positivas a nivel nacional	Nivel Central	L. 630,000	L. 630,000	L. 630,000
		Tutorías a personal de la Red de Laboratorio de Malaria seleccionado a traves de las actividades de capacitación, supervisión y control de calidad.	1,2,3	L. 743,250	L. 773,250	L. 773,250
		Tutorías a personal nuevo realizada por el nivel departamental	1,2,3	L. 0	L. 208,550	L. 208,550
		Capacitación de nuevos recursos en microscopia de malaria	3	L. 0	L. 862,290	L. 862,290
		Compra de equipo e insumos para nuevas unidades de diagnóstico		L. 4828,012	L. 1360,000	L. 1360,000
		Compra de equipo de diagnóstico, insumos y materiales para las existente y nuevas unidades de diagnóstico		L. 4655,500	L. 4655,500	L. 4655,500
		Capacitación para personal técnico a nivel departamental GAD, COLON en gestión y uso de PDR	3	L. 193,991	L. 0	L. 0
Garantizado el diagnóstico de malaria en tiempo oportuno y en zonas de difícil acceso	Creación de unidades de diagnóstico utilizando pruebas de diagnóstico rápido	Capacitación del personal municipal por nivel departamental	3	L. 251,485	L. 251,485	L. 0
		Instalación de unidades de diagnóstico con PDR en lugares de difícil acceso al diagnóstico y zonas interfronterizas	3	L. 51,047	L. 215,859	L. 204,188
		Compra de PDR y su envío		L. 1080,000	L. 963,000	L. 1525,500
		Seguimiento de las unidades de diagnóstico rápido creadas realizadas por el nivel Central		L. 114,861	L. 114,861	L. 114,861
		Seguimiento de las unidades de diagnóstico rápido por nivel departamental	3	L. 113,150	L. 113,150	L. 113,150

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	Modificado			
				2014	2015	2016	2017
Implementado los procesos de gestión y suministro de medicamentos	Implementar los procesos de gestión y suministro de medicamento antimalaricos	Compra de medicamento	Nivel Central	L 1050,000	L 945,000	L 803,250	L 642,600
		Mobilización del medicamento al nivel regional	Nivel Central	L 223,650	L 223,650	L 223,650	L 223,650
		Elaborar los manuales para la gestión y suministro de medicamento	1,2,3	L 30,000	L 0	L 0	L 0
		Socializar e implementar del plan de gestión de medicamentos en los niveles departamentales	1,2,3	L 19,094	L 0	L 0	L 0
		Realizar pruebas de calidad al medicamento almacenado en las regiones departamentales	1,2,3	L 18,000	L 18,000	L 18,000	L 18,000
		Monitoreo de la gestión y suministro de los medicamentos incluyendo al sector privado	1,2,3	L 68,000	L 68,000	L 68,000	L 68,000
Mejorada las instalaciones físicas de los almacenes de medicamentos a nivel regional	Realizar el diagnóstico, sobre las condiciones de los almacenes regionales	Presentar el diagnóstico sobre las condiciones de los almacenes regionales	1,2,3	L 9,500	L 0	L 0	L 0
		Capacitar el personal del nivel departamental en procedimientos de buenas practicas de almacenamiento	1,2,3	L 140,469	L 140,469	L 140,469	L 140,469
		Monitorear los almacenes regionales bajo la norma de buenas practicas de almacenamiento	1,2,3	L 331,000	L 331,000	L 331,000	L 331,000
				L. 22461,597	L. 19071,368	L. 19294,828	L. 16849,700
				\$ 1069,600	\$ 908,160	\$ 918,801	\$ 802,367

Promoción, participación social y comunicación

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Elaborado los lineamientos para promover la malaria	Elaboración de lineamientos para	Edición de lineamientos	Nivel Central	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Impresión de ejemplares		L. 0.00	L. 213,500.00	L. 0.00	L. 0.00
Conformada mesa de trabajo	Realizar abogacía y coordinación institucional	Realizar abogacía para la conformación de una mesa de trabajo en promoción y participación social para la enfermedades vectoriales	Nivel Central	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
Implementada la estrategia de comunicación y educación para el cambio de comportamiento en escolares y adolescentes	Coordinar la integración del tema de enfermedades vectoriales a la currícula nacional	Conformación de mesa de trabajo	Nivel Central	L. 38,500.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Reuniones con autoridades de Secretarías de Salud y Educación, para definir la implementación del proceso educativo en malaria dentro del marco de la currícula nacional.		L. 22,000.00	L. 22,000.00	L. 0.00	L. 0.00
		Reunión coordinada por educación- salud nivel central, con directores departamentales estratos II y III de educación para la implementación de la integración a la currícula nacional el tema de enfermedades vectoriales y los lineamientos para desarrollarlo		L. 112,400.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Desarrollar el tema de enfermedades vectoriales con los niños y niñas		L. 188,569.44	L. 188,569.44	L. 188,569.44	L. 188,569.44
	Visitas por parte de personal de salud, a las escuelas para desarrollar el tema de enfermedades vectoriales	Capacitación a directores municipales de educación y salud, estratos III en los lineamientos del proceso educativo y el uso y manejo del modulo escolar para el desarrollo del tema de las enfermedades vectoriales en las escuelas.	3	L. 345,525.00	L. 345,525.00	L. 0.00	L. 0.00
		Implementar proceso educativo	3	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	
		Supervisar: la ejecución del proceso educativo, en los centros educativos, por autoridades de educación en el nivel municipal.	3	L. 17,570.00	L. 17,570.00	L. 17,570.00	L. 17,570.00
		Actualización e impresión: de 150000modulos escolares, (90,000 básica) y (60,000 media)	3	L. 7500,000.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Promovidos cambios de comportamientos en la población a través de la promoción, con la participación de personal institucional y comunitario.	Effectuar promoción y comunicación para evitar la reintroducción de la malaria, la que será desarrollada por personal institucional	Promoción de la malaria en la población en consulta externa, focalizando el mensaje en evitar la re-introducción de la malaria en el municipio.	1	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
	Mantener la promoción para seguir evitando la malaria en la población, la que será desarrollada por personal institucional	Promoción de la malaria en la población en consulta externa, reuniones comunitarias en localidades con antecedentes malaricos y en radios de acción de focos de malaria focalizando el mensaje en evitar la re-introducción de la malaria en el municipio.	2	L. 125,712.96	L. 104,292.96	L. 104,292.96	L. 125,712.96
	Mejoramiento de la promoción y comunicación en la eliminación de la malaria, con la participación de líderes comunitarios en la ejecución de acciones de la eliminación de la malaria	Identificación y selección del personal comunitario: en coordinación con alianzas municipal y de acuerdo a criterios de idoneidad, que realizará las visitas domiciliarias en sus localidades	3	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
	Implementación de ferias de la salud en espacios de participación masiva ambientes saludables	Definición, validación e impresión de guía de bolsillo del colaborador voluntario.	Nivel Central	L. 674,250.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Capacitación del personal comunitario: que realizará la visita domiciliaria en las acciones de control y eliminación		L. 52,906.50	L. 52,906.50	L. 52,906.50	L. 52,906.50
		Implementar la visita domiciliaria	3	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Supervisión de la visita domiciliaria		L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Seguimiento a las visitas domiciliarias		L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Realizar promoción de la malaria en instalación de MTILD		L. 4,598	L. 4,598	L. 4,598	L. 4,598
	Implementada ferias de salud que contribuyan a la sostenibilidad de ambientes saludables	Capacitación al personal comunitario para la instalación de los mosquiteros	3	L. 198,110	L. 316,976	L. 129,672	L. 129,672
		Instalación de MTILD por parte del personal comunitario	3	L. 1140,563	L. 1824,900	L. 746,550	L. 746,550
		Desarrollar ferias de la malaria coordinadas con diferentes actores del nivel municipal.	3	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Compra de materiales e insumos: para la realización de la ferias de salud en malaria.		L. 1077,300.00	L. 1077,300.00	L. 1077,300.00	L. 1077,300.00
		Apoyo de la alianza municipal para la realización de las ferias de salud.		L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Implementada la promoción de malaria utilizando medios de comunicación masivas	Transmitir información a través de medios de comunicación masiva para el cambio de comportamiento	Editar spot publicitarios- estrato 1 y 2: para radio, en español, ingles, misquito y garífuna.	Nivel central (Estratos 1, 2, 3)	L. 20,000.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Editar spot publicitarios- estrato 3: para radio, en español, ingles, misquito y garífuna.		L. 20,000.00	L. 0.00	L. 20,000.00	L. 0.00
		Editar spot publicitarios: para televisión, en español, ingles, misquito y garífuna.		L. 30,000.00	L. 0.00	L. 0.00	L. 0.00
		Contratación de estaciones radiales: ubicadas en 3 departamentos (Santa Bárbara, Ocotepeque y Choluteca) para emitir 1 vez diaria el spot radial por 6 meses en el año		L. 72,000.00	L. 72,000.00	L. 72,000.00	L. 72,000.00
		Contratación de estaciones radiales: ubicadas en 5 departamentos (Colón, Olancho, GaD, Islas de la Bahía, Yoro) para emitir 3 veces diarias el spot radial por 6 meses en el año		L. 540,000.00	L. 540,000.00	L. 540,000.00	L. 540,000.00
Motivado los pacientes para mejorar adherencia al tratamiento antimalarico	Enviar mensajes a pacientes para motivar la adherencia al tratamiento	Contratación de televisoras locales por departamento (12 departamento) para transmitir el spot televisivo 3 veces diarias por 4 meses en el año		L. 8640,000.00	L. 8640,000.00	L. 8640,000.00	L. 8640,000.00
		Compra de crédito para telefonía celular	3	L. 37,200.00	L. 37,200.00	L. 37,200.00	L. 18,600.00
		Diseño e impresión de vallas publicitarias (fronteras y departamentos)	1, 2, 3	L. 100,000	L. 100,000	L. 0	L. 0
		Diseño e impresión de banners		L. 1000,000	L. 1000,000	L. 1000,000	L. 0
		Diseño e impresión de estikers		L. 180,000	L. 180,000	L. 180,000	L. 0
Actualizado, impreso y distribuido el material educativo para la promoción de la malaria	Actualizado e impreso el material educativo para la promoción de la malaria - mediante publicidad realizada por empresa privada, organizaciones, etc	Diseño impresión: de afiches , tomando en cuenta el estrato epidemiológico.		L. 100,000	L. 100,000	L. 100,000	L. 0
		Diseño impresión: de trífolios (2015 = 40,000) + (2016 = 20,000) +(2017= 25,000)		L. 120,000	L. 70,000	L. 70,000	L. 100,000
		Malaria: anualmente, tomando en cuenta el estrato epidemiológico.					
		MTILD: anualmente, en localidades de con programación de instalación de MTILD					
		Traslado del material educativo vía terrestre a 18 regiones de salud	1, 2, 3	L. 95,175	L. 95,175	L. 95,175	L. 95,175
Distribución del material educativo en los niveles de atención de la salud	Distribución del material educativo en los niveles de atención de la salud	Traslado del material educativo vía acuática a 2 regiones de salud		L. 25,000	L. 25,000	L. 25,000	L. 25,000

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Involucradas las fuerzas vivas del municipio a través del comité de salud y Emergencia Municipal (CODEM), en presencia de casos	Propiciar estilos de vida saludables, a través de la participación social	Conformación de mesa de trabajo a través del comité de salud municipal para el abordaje del tema de malaria en las reuniones rutinarias	1	L.0	L.0	L.0	L.0
		Abordar el tema del comportamiento de malaria en el marco del comité de salud		L.0	L.0	L.0	L.0
	Participación social para sostener estilos de vida saludables	Conformación de mesa de trabajo a través del Comité de Emergencia Municipal (CODEM) para el abordaje del tema de malaria en las reuniones rutinarias y al momento de la presencia de casos de malaria	2	L.0	L.0	L.0	L.0
		Abordar el tema del comportamiento de malaria en el marco del comité de emergencia municipal, cuando se presenten casos		L.0	L.0	L.0	L.0
Empoderados los diferentes actores de la población en general que participaron de forma individual y colectiva a través de alianzas estratégicas municipales y locales.	Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas para participar en acciones de pre-eliminación y eliminación de la malaria en la población, promoviendo cambios de comportamiento para el logro de estilos de vida saludables, individuales y colectivos	Socialización de la estratégica promoción y participación comunitaria a la Corporación municipal para la organización de alianzas estratégicas (comité interinstitucional)	3	L.0	L.0	L.0	L.0
		Fortalecimiento de los comité interinstitucional existentes a nivel municipio (en municipios que cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria)		L.0	L.0	L.0	L.0
		Creación del comité interinstitucional con la identificación de los diferentes actores de la población (en municipios que no cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria)		L.0	L.0	L.0	L.0
		Desarrollo de una asamblea inicial con todos los actores para organizar el comité interinstitucional liderado por la corporación municipal (municipios que no cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria).		L. 108,500	L. 108,500	L.0	L.0
		Desarrollo de reuniones periódicas del comité interinstitucional con el fin de conocer la situación de malaria para la toma de decisiones		L.0	L. 138,880	L. 2,950	L. 2,950
		Implementación de reuniones entre el equipo de salud municipal y la corporación municipal para la toma de decisiones orientada al cumplimiento de la legislación y ordenanzas municipales para el mejoramiento de salud de la población.		L.0	L.0	L.0	L.0

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDAD	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Empoderados los diferentes actores de la población en general que participaron de forma individual y colectiva a través de alianzas estratégicas municipales y locales.	Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas para participar en acciones de pre-eliminación y eliminación de la malaria en la población, promoviendo cambios de comportamiento para el logro de estilos de vida saludables, individuales y colectivos	Socialización de la estratégica promoción y participación comunitaria a la Corporación municipal para la organización de alianzas estratégicas (comité interinstitucional)	3	L.0	L.0	L.0	L.0
		Fortalecimiento de los comité interinstitucional existentes a nivel municipio (en municipios que cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria)		L.0	L.0	L.0	L.0
		Creación del comité interinstitucional con la identificación de los diferentes actores de la población (en municipios que no cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria)		L.0	L.0	L.0	L.0
		Desarrollo de una asamblea inicial con todos los actores para organizar el comité interinstitucional liderado por la corporación municipal (municipios que no cuenta con una estructura que aborde el tema de malaria).		L. 108,500	L. 108,500	L.0	L.0
		Desarrollo de reuniones periódicas del comité interinstitucional con el fin de conocer la situación de malaria para la toma de decisiones.		L.0	L. 138,880	L. 2,950	L. 2,950
Establecido un mecanismo de incentivos en reconocimiento al esfuerzo que la comunidad, municipio y los equipos de salud han hecho en búsqueda de la eliminación de la malaria	Incentivar las familias, colvor y municipio que con su participación han logrado la reducción o eliminación de la malaria en su municipio	Implementación de reuniones entre el equipo de salud municipal y la corporación municipal para la toma de decisiones orientada al cumplimiento de la legislación y ordenanzas municipales para el mejoramiento de salud de la población.	1, 2	L.0	L.0	L.0	L.0
		Certificar al municipio libre de malaria		L.0	L. 120,150	L. 120,150	L. 120,150
		Reconocer al jefe de familia con un diploma por practicar estilos de vida y mantener durante el año entornos a su vivienda saludables		L.0	L. 560,700	L. 560,700	L. 560,700
		Proporcionar una camiseta o gorra con un mensaje resaltando su orgullo de ser participe e invitar a sus vecinos a evitar la reintroducción de la malaria en su localidad		L.0	L. 10,000	L. 10,000	L. 10,000
		Premiar al municipio por reducir la malaria en el año (competir en base a criterios)		L.0	L. 23,250	L. 23,250	L. 23,250
				L.0	L. 140,000	L.0	L.0
				L. 22585,879	L. 16128,993	L. 13817,884	L. 12550,704
				\$ 1075,518	\$ 768,047	\$ 657,994	\$ 597,653

Fortalecimiento del sistema de salud

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Actualizada la Norma de malaria vigente	Implementación de la norma de malaria vigente	Capacitación a los equipos departamentales en la norma de malaria	1,2,3	L. 339,663	L. 0	L. 0	L. 0
		Implementación de la norma de malaria en el sistema privado por parte de los niveles regionales	1,2,3	L. 273,600	L. 0	L. 0	L. 0
		Monitoreo y evaluación de la implementación de la norma de malaria por el nivel departamental	1,2,3	L. 57,500	L. 0	L. 0	L. 0
Adquiridos los block para el registro de diagnóstico laboratorio y casos sospechosos de malaria	Subsistemas de información	Adquisición de formularios M-1, ML-1, ML-2, Ficha de investigación (M-7), Formularios de Mosquiteros/rociado, Formularios entomología.	nivel central	L. 870,450	L. 870,450	L. 870,450	L. 870,450
Actualizada la Norma de Malaria tomando en cuenta los conceptos de eliminación	Actualización de la norma de malaria para el año 2015	Actualización de la norma de malaria	nivel central	L. 0	L. 29,400	L. 0	L. 0
		Validación de la norma	nivel central	L. 0	L. 63,845	L. 0	L. 0
		Impresión de la norma	nivel central	L. 0	L. 750,000	L. 0	L. 0
		Lanzamiento de la norma	1,2,3	L. 0	L. 59,500	L. 0	L. 0
		Implementación de la norma con los niveles departamentales	1,2,3	L. 0	L. 180,788	L. 0	L. 0
		Implementación de la norma en el sistema de salud (público y privado) en los niveles municipales y locales por parte del nivel departamentales	1,2,3	L. 0	L. 329,088	L. 329,088	L. 329,088
Implementada la estrategia de Monitoreo y Evaluación de Malaria	Implementación de una estrategia de Monitoreo y Evaluación.	Socialización y capacitación en la estrategia de M&E a los equipos Departamentales	1,2,3	L. 347,500	L. 347,500	L. 347,500	L. 347,500
		Visitas de monitoreo y evaluación de nivel central a departamental	1, 2	L. 254,928	L. 254,928	L. 254,928	L. 254,928
		Visitas de monitoreo y evaluación de nivel departamental al nivel municipal.	1, 2	L. 913,963	L. 913,963	L. 913,963	L. 913,963
			3	L. 563,561	L. 563,561	L. 563,561	L. 563,561

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Incorporada la sociedad civil en la evaluación del desempeño de la estrategia nacional	Compartir con la sociedad civil los planes operativos de la vigilancia y eliminación de la malaria	Verificación de las acciones, resultados y metas trazadas a nivel municipal los planes operativos por parte de la sociedad civil	1.2,3	L 0	L 0	L 0	L 0
Evaluada la Estrategia Nacional de Malaria	Evaluación de la Estrategia Nacional de Malaria	Reunión anual de los responsables de malaria a nivel departamental incluyendo los responsables de M&E departamental	1.2,3	L 723,809	L 723,809	L 723,809	L 723,809
Conformada la mesa técnica de enfermedades vectoriales	Implementación de las mesas técnicas de enfermedades vectoriales	Reuniones semestrales para evaluación del desempeño de la estrategia nacional con la participación del nivel central y socios	nivel central	L 67,600	L 67,600	L 67,600	L 67,600
Implementada una agenda de investigación en el tema de malaria	Implementación de la agenda de investigación operativas de malaria	Reunión de la mesa técnica de vectoriales incluyendo socios estratégicos	nivel central	L 24,250	L 24,250	L 24,250	L 24,250
		Identificación de grupo de expertos en tema de investigaciones operativas nacionales e internacionales vinculados a la mesa técnica de vectoriales	nivel central	L 0	L 0	L 0	L 0
		Elaboración de la agenda de investigación en el marco de la estrategia nacional	nivel central	L 0	L 0	L 0	L 0
	Investigaciones operativas de malaria	Investigar en temas sobre vigilancia epidemiológica, (control de focos, eliminación de falciparum, asintomáticos, caracterización de zonas malaricas, etc)	nivel central	L 315,000	L 315,000	L 315,000	L 315,000
		Desarrollar investigaciones sobre el control integrado del vector		L 168,000	L 0	L 168,000	L 168,000
		Investigar sobre diagnóstico y tratamiento (PDR, vigilancia rutinaria y adherencia al tratamiento, etc.)		L 210,000	L 210,000	L 210,000	L 0
		Realizar un estudio de la estrategia sobre implementación de conocimientos de actitudes y prácticas de estilos de vida saludable para la prevención de la enfermedad de la malaria.		L 840,000	L 0	L 0	L 840,000
		Efectuar estudio sobre la incidencia de malaria en las diferentes culturas del país		L 525,000	L 525,000	L 0	L 525,000
		Publicación de las Investigaciones	nivel central	L 15,500	L 15,500	L 15,500	L 15,500

RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES	TAREAS	ESTRATO	2014	2015	2016	2017
Fortalecidas la estrategia nacional de malaria en su componente de Recurso Humano	Fortalecimiento del sistema de salud con Recurso Humano de Interés al desarrollo de la estrategia nacional	Incorporación de Recurso Humano en área de Interés a la estrategia nacional (Epidemiología, Entomología, Diagnóstico, Promoción, Monitoreo y Evaluación)	Nivel central	L. 3915,000	L. 3915,000	L. 3915,000	L. 3915,000
		Contratación de los microscopistas	1,2,3	1576,502	1576,502	1576,502	1576,502
		Contratación de nuevos microscopistas para la apertura de nuevas unidades	1,2,3	1951,859	3903,718	5855,577	5855,577
		Sustitución del personal técnico saliente por Recurso Humano capacitado en área de Interés a la estrategia nacional (Epidemiología, Entomología, Diagnóstico, Promoción, Monitoreo y Evaluación)	Nivel central	L. 3720,000	L. 3720,000	L. 3720,000	L. 3720,000
Fortalecida el sistema de salud con los equipos, insumos, materiales y vehículos para el desarrollo de las actividades de eliminación de la malaria	Fortalecimiento del sistema de salud con equipos, insumos, materiales, vehículos y vehículos para la implementación de las acciones de eliminación de la malaria	Realización de un diagnóstico de necesidades en los niveles de atención (Central, Departamental, municipal)	nivel central, 1.2.2	L. 60,000	L. 60,000	L. 60,000	L. 60,000
		Implementación de un Plan de Compras y Adquisición de equipos, insumos, materiales y vehículos	nivel central	L. 32,000	L. 32,000	L. 32,000	L. 32,000
		Compra de insumos para toma de muestras en puestos de COLVOL	Nivel central	L. 1505,750	L. 1505,750	L. 1505,750	L. 1505,750
		Compra de vehículos 4 ruedas	Nivel central	L. 4200,000	L. 0	L. 0	L. 0
		Compra de vehículos 2 ruedas	3	L. 20500,000	L. 0	L. 0	L. 0
		Compra de lancha y motor fuera de borda	3	L. 1200,000	L. 0	L. 0	L. 0
		Adquisición de equipo de computo y sostenimiento de la comunicación: computadoras de escritorio, Impresoras, Internet	3	L. 908,300	L. 772,000	L. 306,000	L. 306,000
		Compra computadora escritorio + antivirus	2	L. 2232,600	L. 81,600	L. 81,600	L. 81,600
		Compra computadora portátil	Nivel central	L. 100,000	L. 0	L. 0	L. 0
		Compra de licencias antivirus	Nivel central	L. 44,000	L. 161,000	L. 161,000	L. 161,000
		Evaluación anual de los equipos y vehículos adquiridos para el fortalecimiento del sistema de salud	Nivel central	L. 210,000	L. 210,000	L. 210,000	L. 210,000
		Adquisición de equipo y mobiliario para las 4 unidades nuevas de entomología	Nivel central	L. 1052,000	L. 0	L. 0	L. 0
		Mantenimiento anual de los equipos y vehículos adquiridos para el fortalecimiento del sistema de salud	Nivel central	L. 5721,000	L. 5721,000	L. 5721,000	L. 5721,000
				L. 55439,333	L. 27902,750	L. 27948,076	L. 29103,076
				\$ 2639,968	\$ 1328,702	\$ 1330,861	\$ 1385,861

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución de la República de Honduras
2. Código de Salud de Honduras
3. Indicadores Básicos de Salud. SESAL. 2012
4. Plan Nacional de Salud 2010 - 2014
5. Plan de Nación 2010 - 2022. Honduras
6. Plan Nacional de Salud 2021. Honduras
7. Plan Estratégico Nacional Para la Prevención y Control de la Malaria 2012 – 2014. Secretaría de Salud.
8. Programa Nacional de Prevención y Control de Malaria, Secretaría de Salud (2013) Situación de la Malaria 2013. Tegucigalpa, MDC.
9. Norma de Malaria en Honduras. Secretaría de Salud, Sub Secretaría de Riesgos Poblacionales. 2010.
10. Modelo Nacional de Salud. Secretaría de Salud. 2013
11. Reforma del Sector Salud. Honduras
12. Convenio Marco de Cooperación entre la Secretaría de Salud y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON)
13. Conferencia Ministerial sobre Paludismo. 1992. Amsterdam, Países Bajos
14. RAVREDA/AMI. Alianza OPS-USAID de lucha contra la malaria en la Amazonia
15. CD48/15 del 7 de agosto del 2008 el 48 Consejo Directivo de la OPS/OMS del año 2008,
16. CD49.R10 del 49 Consejo Directivo de la OPS/OMS del año 2009,
17. 51. ° Consejo Directivo CD51/11(esp.)27 de junio del 2011 original en inglés. Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria
18. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2010
19. Situación de Malaria en la Región de las Américas 2000-2012
20. Publicación de Estudio: Efficacy of Chloroquine for Treatment of Uncomplicated Plasmodium falciparum. Malaria in Honduras. Am.J. Trop.Med.Hyg; 88(5), 2013, pp.850-854 doi: 10.4269/ajtmh.12-0671. Copyright©2013 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene
21. Informe mundial 2012 sobre el paludismo Organización Mundial de la Salud. Web: www.who.int/malaria. Email: info@who.int
22. Guía para la reorientación de los programas de control de la malaria con miras a la eliminación. HSD/CD/M/002-11 ISBN: 978-92-75-33041-8. OPS Organización Panamericana de la Salud.
23. Manual de organización y funciones de las direcciones del nivel central y sus instancias de la Secretaría de Salud. Noviembre 2013
24. Manual de Lineamientos e instrumentos para la operatividad de los equipos de Atención Primaria de Salud (EAPS) Mayo 2013.
25. Eliminación de la malaria en Mesoamérica y La Isla La Española 2013 (EMMIE). Nota Conceptual para los solicitantes de la fase temprana a nivel regional: Mecanismo de coordinación Regional
26. Mejía, R, et al (2013). Efficacy of Chloroquine for the Treatment of Uncomplicated Plasmodium falciparum Malaria in Honduras. Am. J. Trop. Med. Hyg., 88(5), 2013, pp. 850–854. Available on: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752747/>
27. OPS/OMS (2014). Reporte de Malaria de país. Reporte del Programa Nacional de Prevención y Control de la Malaria de la Secretaría de Salud de Honduras para la Organización Panamericana de la Salud I.

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

28. Estrategia y Plan de Acción sobre la Malaria. Washington DC.2011. Organización Panamericana de la Salud.
29. CD48/13 El Control Integrado de Vectores: Una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial. 48º Consejo Directivo OPS/OMS 2008
<http://www1.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd48-13-s.pdf>
30. CD49/13 Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. 49º Consejo Directivo OPS/OMS 2009
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-09-s.pdf>
31. Reduciendo el mapa de la malaria. Una guía para tomadores de decisión de políticas en la eliminación de la malaria. Richard G.A. Feachem y El Grupo de Eliminación de la Malaria (Malaria Elimination Group)
32. SESAL (2014). Plan Estratégico Nacional de Malaria de Honduras 2014-2017. Dirección General de Normalización, Subsecretaría de Regulación, Secretaría de Salud (SESAL). Versión 30 de mayo de 2014. 83 p

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

ANEXO

Municipios de Honduras según riesgo de malaria 2013

Estrato 3: Alto riesgo		Estrato 2: Mediano riesgo		Estrato 1: Bajo riesgo	
Departamento	Municipio	Departamento	Municipio	Departamento	Municipio
Atlántida	El Porvenir	Atlántida	La Ceiba	Comayagua	El Rosario
Atlántida	Jutiapa	Atlántida	Esparta	Comayagua	Humuya
Colón	Trujillo	Atlántida	La Masica	Comayagua	Lamani
Colón	Balfate	Atlántida	San Francisco	Comayagua	La Trinidad
Colón	Limón	Atlántida	Tela	Comayagua	Ojos de Agua
Colón	Sabá	Atlántida	Arizona	Comayagua	San Jose de Comayagua
Colón	Santa Fe	Colón	Iriona	Comayagua	San Jose del Potrero
Colón	Santa Rosa de Aguan	Comayagua	Comayagua	Comayagua	San Luis
Colón	Sonaguera	Comayagua	Ajuterique	Comayagua	Las Lajas
Colón	Tocoa	Comayagua	Esquilas	Comayagua	Taulabe
Colón	Bonito Oriental	Comayagua	La Libertad	Copán	Cabanias
Comayagua	Lejamani	Comayagua	Meambar	Copán	Concepción
Choluteca	Marcovia	Comayagua	Minas de Oro	Copán	Copán Ruinas
El Paraíso	Moroceli	Comayagua	San Jeronimo	Copán	Corquin
Francisco Morazán	San Juan de Flores	Comayagua	San Sebastian	Copán	Dolores
Francisco Morazán	Talanga	Comayagua	Siguetepeque	Copán	La Jigua
Gracias a Dios	Puerto Lempira	Comayagua	Villa de San Antonio	Copán	La Unión
Gracias a Dios	Brus Laguna	Copán	Santa Rosa de Copán	Copán	San Agustín
Gracias a Dios	Ahuas	Copán	Cucuyagua	Copán	San Antonio
Gracias a Dios	Juan Francisco Bulnes	Copán	Dulce Nombre	Copán	San Jeronimo
Gracias a Dios	Villeda Morales	Copán	El Paraíso	Copán	San José
Gracias a Dios	Wampusirpi	Copán	Floride	Copán	San Juan de Opoa
Islas de la Bahía	Roatán	Copán	Nueva Arcadia	Copán	San Pedro de Copan
Islas de la Bahía	Jose Santos Guardiola	Copán	San Nicolas	Copán	Trinidad de Copan
Olancho	Juticalpa	Copán	Santa Rita	Cortes	Pimienta
Olancho	Catacamas	Copán	Veracruz	Cortes	Potrerrillos
Olancho	Dulce Nombre de Culmí	Cortes	San Pedro Sula	Cortes	San Antonio de Cortes
Olancho	Santa María del Real	Cortes	Choloma	Cortes	San Francisco de Yojoa
Olancho	Patuca	Cortes	Omoa	Choluteca	Apacilagua
Valle	San Lorenzo	Cortes	Puerto Cortes	Choluteca	Concepción de María
Yoro	Olancho	Cortes	San Manuel	Choluteca	Duyure
		Cortes	Santa Cruz de Yojoa	Choluteca	Morolica
		Cortes	Villanueva	Choluteca	Orocuina
		Cortes	La Lima	Choluteca	San Antonio de Flores
		Choluteca	Choluteca	Choluteca	San Isidro
		Choluteca	El Corpus	Choluteca	San José
		Choluteca	El Triunfo	Choluteca	San Marco de Colón
		Choluteca	Namasigue	El Paraíso	Alauca
		Choluteca	Pespire	El Paraíso	Güinope
		Choluteca	Santa Ana de Yusguare	El Paraíso	Jacaleapa
		El Paraíso	Yuscaran	El Paraíso	Liure
		El Paraíso	Danlí	El Paraíso	Oropoli
		El Paraíso	El Paraíso	El Paraíso	San Antonio de Flores
		El Paraíso	Potrerrillos	El Paraíso	San Lucas
		El Paraíso	Teupasenti	El Paraíso	San Matias
		Francisco Morazán	Distrito Central	El Paraíso	Soledad
		Francisco Morazán	Alubaren	El Paraíso	Texiguat
		Francisco Morazán	Cedros	El Paraíso	Vado Ancho
		Francisco Morazán	Curaren	El Paraíso	Yauyupe
		Francisco Morazán	El Porvenir	El Paraíso	Trojes
		Francisco Morazán	Guaimaca	Francisco Morazán	La Libertad
		Francisco Morazán	Orica	Francisco Morazán	La Venta
		Francisco Morazán	Sabanagrande	Francisco Morazán	Lepaterique
		Francisco Morazán	San Antonio de Oriente	Francisco Morazán	Maraita
		Francisco Morazán	San Ignacio	Francisco Morazán	Marafe
		Francisco Morazán	Tatumbia	Francisco Morazán	Nueva Armenia
		Francisco Morazán	Valle de Angeles	Francisco Morazán	Ojojona
		Francisco Morazán	Villa de San Francisco	Francisco Morazán	Reitoca
		Francisco Morazán	Vallecillo	Francisco Morazán	San Buenaventura
		Intibuca	La Esperanza	Francisco Morazán	San Miguelito
		Intibuca	Camasca	Francisco Morazán	Santa Ana
		Intibuca	Intibuca	Francisco Morazán	Santa Lucía
		Intibuca	San Juan	Intibuca	Colomoncagua
		Islas de la Bahía	Guanaja	Intibuca	Concepción
		La Paz	La Paz	Intibuca	Dolores
		La Paz	Marcala	Intibuca	Jesús de Otero
		La Paz	San José	Intibuca	Magdalena
		La Paz	San Pedro de Tutule	Intibuca	Masaguara

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017

Estrato 3: Alto riesgo		Estrato 2: Mediano riesgo		Estrato 1: Bajo riesgo	
Departamento	Municipio	Departamento	Municipio	Departamento	Municipio
	Lempira		Gracias	Intibuca	San Antonio de Otoro
	Olancho		Campamento	Intibuca	San Isidro
	Olancho		El Rosario	Intibuca	San Marcos de la Sierra
	Olancho		Esquipulas del Norte	Intibuca	San Miguelito
	Olancho		Gualaco	Intibuca	Santa Lucía
	Olancho		Guata	Intibuca	Yamaranguilla
	Olancho		Jano	Intibuca	San Francisco de Opalaca
	Olancho		La Unión	Islas de la Bahía	Utila
	Olancho		Manto	La Paz	Aguanqueterique
	Olancho		Salama	La Paz	Cabanas
	Olancho		San Esteban	La Paz	Cane
	Olancho		San Francisco de Becerra	La Paz	Chinacía
	Olancho		San Francisco de la Paz	La Paz	Gualjiquiro
	Olancho		Silca	La Paz	Lauterique
	Olancho		Yocón	La Paz	Mercedes de Oriente
	Santa Bárbara		Santa Bárbara	La Paz	Opatoro
	Santa Bárbara		Quimistan	La Paz	San Antonio del Norte
	Santa Bárbara		San Pedro Zacapa	La Paz	San Juan
	Valle		Nacaome	La Paz	Santa Ana
	Valle		Alianza	La Paz	Santa Elena
	Valle		Amapala	La Paz	Santa María
	Valle		Aramecina	La Paz	Santiago de Purullia
	Valle		Goascoran	La Paz	Yarula
	Valle		Langue	Lempira	Belen
	Valle		San Francisco de Coray	Lempira	Candelaria
	Yoro		Yoro	Lempira	Cololaca
	Yoro		Arenal	Lempira	Erandique
	Yoro		El Negrito	Lempira	Gualcinca
	Yoro		El Progreso	Lempira	Guarita
	Yoro		Jocón	Lempira	La Campa
	Yoro		Morazan	Lempira	La Iguala
	Yoro		Santa Rita	Lempira	Las Flores
	Yoro		Sulaco	Lempira	La Unión
	Yoro		Victoria	Lempira	La Virtud
				Lempira	Lepaera
				Lempira	Mapulaca
				Lempira	Piraera
				Lempira	San Andres
				Lempira	San Francisco
				Lempira	San Juan Guarita
				Lempira	San Manuel de Colohete
				Lempira	San Rafael
				Lempira	San Sebastian
				Lempira	Santa Cruz
				Lempira	Talgua
				Lempira	Tambla
				Lempira	Tomala
				Lempira	Valladolid
				Lempira	Virginia
				Lempira	San Marcos de Caiquin
				Ocotepeque	Ocotepeque
				Ocotepeque	Belen Gualcho
				Ocotepeque	Concepción
				Ocotepeque	Dolores Merendon
				Ocotepeque	Fraternidad
				Ocotepeque	La Encarnación
				Ocotepeque	La Labor
				Ocotepeque	Lucerna
				Ocotepeque	Mercedes
				Ocotepeque	San Fernando
				Ocotepeque	San Francisco del Valle
				Ocotepeque	San Jorge
				Ocotepeque	San Marcos
				Ocotepeque	Santa Fe
				Ocotepeque	Sensenti
				Ocotepeque	Sinuapa
				Olancho	Concordia
				Olancho	Guarizama
				Olancho	Guayape
				Olancho	Mangulile

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
DE LA MALARIA HONDURAS 2014 - 2017**

Estrato 3: Alto riesgo		Estrato 2: Mediano riesgo		Estrato 1: Bajo riesgo	
Departamento	Municipio	Departamento	Municipio	Departamento	Municipio
				Santa Bárbara	La Arada
				Santa Bárbara	Atima
				Santa Bárbara	Azacualpa
				Santa Bárbara	Ceguaca
				Santa Bárbara	Concepción del Norte
				Santa Bárbara	Concepción del Sur
				Santa Bárbara	Chinda
				Santa Bárbara	El Nispero
				Santa Bárbara	Gualala
				Santa Bárbara	Ilama
				Santa Bárbara	Macuelizo
				Santa Bárbara	Naranjito
				Santa Bárbara	Nuevo Celilac
				Santa Bárbara	Petoa
				Santa Bárbara	Protección
				Santa Bárbara	San Francisco de Ojuera
				Santa Bárbara	San José de Colinas
				Santa Bárbara	San Luis
				Santa Bárbara	San Marcos
				Santa Bárbara	San Nicolas
				Santa Bárbara	San Vicente Centenario
				Santa Bárbara	Santa Rita
				Santa Bárbara	Trinidad
				Santa Bárbara	Las Vegas
				Santa Bárbara	Nueva Frontera
				Valle	Caridad
				Yoro	Yorito