Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras (PEEDH)

2012-2017

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

110
1902-2012

Secretaría de Salud

REPÚBLICA DE HONDURAS
SECRETARÍA DE SALUD

Plan estratégico para la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras (PEEDH)

2012-2017

Abril, 2012

Autoridades Secretaría de Salud

Dr. Arturo Bendaña Pinel
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Lic. Mirian Yolanda Paz
Subsecretaría de Salud en Riesgos Poblacionales

Dra. Edna Yolany Batres
Subsecretaría de Salud en Redes y Servicios

Dr. Javier Rodrigo Pastor
Subsecretario de Salud en Política Sectorial

Dra. María del Socorro Interiano
Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Dr. Mario René Nájera
Director General de Promoción de la Salud

Dra. Roxana Patricia Araujo
Directora General de Vigilancia de la Salud

Lic. Enrique Sabillón
Director General de Regulación Sanitaria

Dra. Sandra Pinel
Directora General de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Abg. Raúl Matamoros Bertot
Secretario General

Coordinación	*Cargo*
Lic. Mirian Yolanda Paz	Subsecretaria de Riesgos Poblacionales

Equipo de elaboración

Dora Nelly Franco	Asistente, Subsecretaría de Riesgos Poblacionales
Rosa Elena Mejía	Jefa, Laboratorio Nacional de Parasitología
Lesny Ruth Fuentes	Jefe, Programa Nacional de Lepra
Celia Ulloa	Enfermera, Programa de Atención Integral a la Niñez
Reina Teresa Velásquez	Jefe, Programa de Zoonosis
Adonis Andonie	Jefe, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor

Equipo de revisión técnica y validación

Carmen Sevilla H	Asistente, Subsecretaría de Redes y Servicios
Nadia Marelys Osorto	Técnico de Dirección de Promoción de la Salud
Concepción Zúniga	Jefa, Programa Chagas / Leishmaniasis
José Ramón Rosales	Asistente Técnico, Programa Nacional Chagas
Marco Antonio Urquía	Jefe, Programa Nacional de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual
Sandra Villalvir	Técnica, Programa Nacional de Atención de Infecciones de Transmisión Sexual
Ivo Flores	Jefe, Departamento Atención Integral a la Familia
Oscar González	Jefe, Programa Atención Integral al Adolescente
Maribel Navarro	Enfermera, Programa Nacional del Adolescente
Ida Berenice Molina	Jefa, Programa Ampliado de Inmunizaciones
Lourdes Mendoza	Técnica, Programa Ampliado de Inmunizaciones
Rubenia García	Enfermera, Programa Ampliado de Inmunizaciones
Etelvina García	Técnica Normativa, Programa Ampliado de Inmunizaciones
María de Jesús Ortiz	Técnica, Programa Zoonosis
Iris Rosalía Cruz	Jefe, Programa Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
María Luisa Matute	Jefa, Laboratorio Nacional de Vigilancia
Mirla Ivonne Rosa	Asistente, Laboratorio Nacional de Vigilancia
Nery Almendárez	Asistente, Laboratorio Nacional Referencia Tuberculosis
Dra. Janett Aguilar	Unidad de Programación Ejecución de la Gestión
Tamara Mancero Bucheli	OPS/OMS - Honduras
Mónica Heinemann	Consultora, Organización Panamericana de la Salud, Honduras
Santiago Nicholls	OPS/OMS - Programa Regional de Enfermedades Desatendidas
Maria Roxana Salvaterra	Edición Técnica

Abreviaturas y siglas

AIEPI	Atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia
AMHON	Asociación de Municipios de Honduras
CESAMO	Centros de salud con médico y odontólogo
CESAR	Centros de salud rural
CLIPER	Clínicas periféricas de emergencia
EID	Enfermedades infecciosas desatendidas
FHIS	Fondo Hondureño de Inversión Social
IDH	Índice de desarrollo humano
IEC	Información, educación y comunicación
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ILEP	Federación Internacional de Asociación contra la Lepra
IPCA	Iniciativa de Países Centroamericanos
ITS	Infecciones de transmisión sexual
JICA	Cooperación Internacional de Japón
MTED	Mesa Técnica de Enfermedades Desatendidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PENCHAGAS	Plan Estratégico de Chagas
PENCHALE	Plan Estratégico de Chagas y Leishmaniasis
PES	Programa Escuela Saludable
RMDC	Región Metropolitana del Distrito Central
RMSPS	Región Metropolitana de San Pedro Sula
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad Animal
SS	Secretaría de Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Programación Ejecución de la Gestión

Indice

1 Introducción 8
2 Antecedentes 9
2.1 Abordaje integrado, interprogramático e intersectorial de las enfermedades desatendidas 10
2.2 Beneficios del abordaje integrado, interprogramático e intersectorial 14
3 Contexto general y factores determinantes de la salud 15
3.1 Factores socioeconómicos determinantes de las enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras 20
4 Epidemiología de las enfermedades desatendidas y estrategias de acción en Honduras 21
4.1 Enfermedad de Chagas 22
4.2 Leishmaniasis 23
4.3 Lepra 24
4.4 Rabia transmitida por perros 25
4.5 Leptospirosis 26
4.6 Sífilis congénita 27
4.7 Tétanos neonatal 27
4.8 Geohelmintiasis 28
4.9 Teniasis y cisticercosis 29
4.10 Situación de las enfermedades desatendidas por región sanitaria y enfermedad 31
5 Programas de enfermedades desatendidas en Honduras 32
6 Plan Estratégico para la Prevención, Atención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas 34
6.1 Justificación 34
6.2 Fin 35
6.3 Propósito 35
6.4 Resultados esperados e indicadores 36
6.5 Implementación del Plan 36
6.6 Estrategias 37
6.7 Escenarios para la implementación 40
7 Presupuesto del Plan Estratégico Enfermedades Desatendidas 50
7.1 Escenario 1: A Través de ejes transversales a todas las enfermedades infecciosas desatendidas 50
7.2 Escenario 2. En presencia y superposición de enfermedades infecciosas desatendidas en una área geográfica determinada 51
7.3 Escenario 3: Por silencio epidemiológico de enfermedades infecciosas desatendidas en una área geográfica determinada. 52
8 Referencias 57

Resumen

Las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) afectan principalmente a las personas pobres que viven en zonas rurales y periurbanas, entre ellas, migrantes, mujeres e indígenas. Estas enfermedades conllevan un peso adicional relacionado con su estigma y para hacerles frente se requiere liderazgo, esfuerzo político y económico concertado. Es fundamental que las acciones que se emprendan para prevenir, controlar, atender y eliminar estas enfermedades sean de carácter interprogramático e intersectorial.

Con este razonamiento, bajo la dirección de la Secretaría de Salud de Honduras, se elaboró el Plan Estratégico para la Prevención, Atención, Control y Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas en Honduras, 2012 – 2017, que tiene por objeto definir el abordaje de nueve enfermedades: enfermedad de Chagas, leishmaniasis, lepra, rabia humana transmitida por perros, leptospirosis, sífilis congénita, tétanos neonatal y no neonatal, geohelmintiasis y teniasis/cisticercosis.

En el presente documento se incluyen los antecedentes y justificación pertinentes, la caracterización del país, los factores sociales determinantes de la salud que inciden en las EID, el análisis del comportamiento epidemiológico de cada una de las enfermedades por región sanitaria y finalmente, el plan propiamente para abordar de manera integral las enfermedades infecciosas desatendidas. Se espera que este abordaje integral permita influenciar simultáneamente varios factores determinantes externos, para lo cual será necesario fomentar la colaboración y, consecuentemente, la sinergia que se logra del trabajo con otros sectores y organismos al dirigir los esfuerzos a múltiples propósitos compatibles.

En este documento se describen las acciones que se están llevando a cabo actualmente en el país en relación con cada enfermedad objeto del Plan. El Plan complementa esas actividades y favorece su puesta en marcha en tres escenarios: a) a través de ejes transversales comunes a todas las enfermedades infecciosas desatendidas; b) en presencia y superposición de EID en una zona geográfica determinada, y c) en casos de silencio epidemiológico de EID en una zona geográfica determinada.

El Plan toma en cuenta acuerdos y compromisos suscritos por Honduras en los que se insta a los países de la Región de las Américas a tomar acciones para controlar, prevenir y eliminar las enfermedades desatendidas; la dirección que otorga la Visión de País, Plan de Nación, el Plan Nacional de Salud (2010-2014); los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza (ERP).

Se ha propuesto como el fin de este Plan contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población de Honduras afectada por las enfermedades desatendidas. Su propósito es fortalecer la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas mediante la implementación de un plan integral con abordaje intersectorial e interprogramático. Asimismo, se han definido cinco resultados esperados con sus respectivos indicadores.

Para poner en marcha el Plan se ha organizado una Mesa Técnica de Enfermedades Desatendidas (MTED) en la Secretaría de Salud liderada por la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y los jefes nacionales de los diferentes programas, incluidos los de los programas nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Etnias y Género, que serán los encargados de aplicar planes integrales en cada una de las regiones geográficas. Las alianzas con socios estratégicos, aliados y especialistas para realizar acciones intersectoriales y proveer cooperación técnica asegurarán el éxito de este PEEDH.

Las principales estrategias para la implementación del Plan son: a) gestión intersectorial e interprogramática con participación de gobiernos municipales y la comunidad; b) fortalecimiento de la capacidad del sector salud; c) investigación operativa y nuevas tecnologías; d) fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio; e) promoción de la salud.

El Plan tiene un presupuesto flexible y adecuado para cada escenario de implementación para cinco años.

1 Introducción

La salud humana es el resultado de una interrelación compleja entre elementos socioeconómicos, culturales, ambientales, ecológicos y biológicos. Dado que los factores determinantes de la salud son tanto intrínsecos (composición genética, respuesta inmunológica) como extrínsecos (pobreza, ecología y comportamiento vectorial, actividades humanas, desastres naturales), muchas de las condiciones que influyen en la persistencia de las enfermedades transmisibles y sus características epidemiológicas dependen de la combinación de ambos tipos de factores, que al coincidir, agravan la situación de la salud del individuo.

Muchos factores determinantes de enfermedad, particularmente los ambientales, dependen de sectores externos al de la salud, como los de economía, agricultura, ambiente, vivienda, educación, agua y saneamiento, entre otros, cuyas acciones repercuten directa o indirectamente en la salud pública.

Las enfermedades infecciosas desatendidas (EID) afectan principalmente a las personas pobres que viven en zonas rurales y periurbanas, entre ellas, migrantes, mujeres e indígenas[1]. Debido a la marginación socioeconómica y cultural de estos grupos, el desempleo, analfabetismo y las dificultades de acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos entre esta población suelen ser más graves. Estas enfermedades conllevan el peso adicional de su estigma, y para hacerles frente es necesario contar con liderazgo, esfuerzo político y económico concertado.

En diversas resoluciones los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha contraído el compromiso político de abordar los problemas de salud pública que pueden eliminarse o reducirse. En varios países de América Latina y el Caribe se han puesto en marcha diferentes estrategias costo-eficaces, integrales e interprogramáticas para prevenir, controlar y eliminar algunas enfermedades transmisibles en consecuencia, reducir la carga que ellas producen. El carácter integral e interprogramático se entiende como la incorporación de acciones o elementos a intervenciones de salud pública en curso de modo de reducir la carga de enfermedades aprovechando la sinergia que se produce cuando se orienta el trabajo a múltiples propósitos compatibles.

Con este razonamiento, a través de la Secretaría de Salud de Honduras, se elaboró el Plan Estratégico para la Prevención, Atención, Control y Eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras, 2012 – 2017, que contiene las acciones interprogramáticas e intersectoriales para abordar la prevención y el control de nueve enfermedades desatendidas en el país. El Plan está conformado por secciones que contemplan los antecedentes y resoluciones, la caracterización del país, los factores sociales determinantes de la salud que inciden en las EID, el análisis del comportamiento epidemiológico de cada una de las enfermedades por región sanitaria y, finalmente, el plan para abordar de manera integral las enfermedades infecciosas desatendidas.

El presente Plan no invalida las actividades de los programas nacionales, sino, por el contrario, las complementa y favorece su puesta en marcha en tres escenarios:

1. A través de ejes transversales comunes a todas las enfermedades infecciosas desatendidas.
2. En presencia y superposición de EID en una zona geográfica determinada.
3. En casos de silencio epidemiológico de EID en una zona geográfica determinada.

Asimismo, el Plan considera los acuerdos y compromisos suscritos por Honduras en los que se insta a los países de la Región de las Américas a tomar acciones para controlar, prevenir y eliminar las enfermedades desatendidas; la dirección que otorga la Visión de País, Plan de Nación, el Plan Nacional de Salud (2010-2014); los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza (ERP).

2 *Antecedentes*

La Resolución CD49.R19[2] del Consejo Directivo de la OPS consigna el compromiso de los Estados Miembros de la Organización con la eliminación o reducción de las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas, con el objeto de que para 2015 hayan dejado de ser problemas de salud pública según los Objetivos de Desarrollo del Milenio.[3]

En la Resolución CD49.R19 se analiza la situación epidemiológica en 47 países de América Latina y el Caribe en relación con 12 enfermedades que se pueden controlar o eliminar, entre ellas: geohelmintiasis, oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma, filariasis linfática y otras; asimismo, se proponen las metas hacia las cuales trabajar y se resumen las principales estrategias para alcanzarlas.

Con el respaldo de la Resolución CD49.R19, y para reforzar el compromiso de la Región de las Américas de eliminar o reducir las enfermedades desatendidas y otras enfermedades infecciosas, en 2010 se publicó un análisis cualitativo[4] de las brechas y necesidades de cooperación técnica para avanzar hacia la eliminación de cinco enfermedades prioritarias, es decir, oncocercosis, esquistosomiasis, tracoma, filariasis linfática y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo o geohelmintiasis en 33 países de América Latina y el Caribe. En ese documento se define la población escolar y preescolar en riesgo y las actividades de control realizadas por los países (estrategias de desparasitación, cobertura de administración masiva de medicamentos); se identifican actividades intersectoriales e interprogramáticas y se determinan las necesidades de cooperación técnica, con el propósito de ofrecer una vía para diseñar y llevar a cabo actividades de promoción y movilización de recursos y elegir las actividades nacionales según las características y necesidades del control y la eliminación de las enfermedades desatendidas. Como resultado del análisis, los países fueron clasificados en cuatro grupos. Honduras se encuentra en el grupo 2, junto con Belice, Colombia, El Salvador, Panamá y Venezuela. Este grupo concentra 26,8% de la población preescolar y 26,1% de la población escolar en riesgo de contraer geohelmintiasis en América Latina.

Por otra parte, las enfermedades desatendidas y otras enfermedades transmisibles relacionadas con la pobreza se clasifican en los tres grupos que figuran a continuación, según las estrategias utilizadas para lograr su eliminación o control:

Grupo 1: Enfermedades con mayor potencial de ser eliminadas, donde la eliminación se entiende como una incidencia igual a cero en una zona geográfica, debido a acciones deliberadas o planificadas, con la continuación de medidas de vigilancia y control. Las enfermedades en este grupo son: filariasis linfática, oncocercosis, tracoma, enfermedad de Chagas, malaria en la isla La Española y Mesoamérica, rabia humana transmitida por perros, tétanos neonatal, peste, lepra (hanseniasis) y sífilis congénita.

Grupo 2: Enfermedades que se prestan para reducir drásticamente la carga de enfermedad y lograr su control a niveles determinados. Aquí se clasifican la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas a través del suelo.

Grupo 3: Enfermedades para las cuales no existen aun intervenciones de eficacia demostrada y se necesita desarrollar estrategias y herramientas capaces de promover su control avanzado o eliminación. Estas incluyen la leishmaniasis, cisticercosis, hidatidosis y otras.

2.1 Abordaje integrado, interprogramático e intersectorial de las enfermedades desatendidas

Las EID se encuentran donde confluyen varios factores determinantes que requieren un abordaje coordinado, integral, interprogramático e intersectorial, si se ha de alcanzar un desarrollo sustentable y mitigar tanto los riesgos tradicionales como los más recientes; también se requiere integrar actividades costo-eficaces. Este abordaje integral de la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas permite influenciar simultáneamente varios factores determinantes externos para traducirlos en efectos positivos, como puede ser el mejoramiento de la vivienda, acceso a agua potable, higiene y saneamiento, seguridad alimentaria, incorporación de la población en actividades productivas y acceso a los servicios de salud. Para ello, es necesario fomentar la colaboración y, consecuentemente, la sinergia que se logra del trabajo con otros sectores y organismos en las intervenciones de salud pública. Un ejemplo es aunar la entrega de tratamientos antihelmínticos y los programas nutricionales en las escuelas. También es necesario articular los programas y la interacción con diferentes socios para impulsar actividades de desarrollo sustentable.[5]

Los riesgos tradicionales están relacionados con la pobreza y la falta de desarrollo, tales como falta de agua segura, saneamiento y disposición inadecuada de residuos, contaminación del aire interior, enfermedades producidas por vectores. Los riesgos más recientes son causados por el desarrollo no sostenible, que carece salvaguardias ambientales, tales como la contaminación atmosférica, la exposición a químicos agroindustriales y desechos peligrosos y los riesgos ocupacionales.

2.1.1 Pobreza y enfermedades desatendidas

En América Latina y el Caribe, aproximadamente 25% de la población (alrededor de 142 millones de personas) vive en condiciones de extrema pobreza y alrededor de 210 millones de personas (> 38%) viven en situación de pobreza.[6] A esto se le suma la gran desigualdad socioeconómica y cultural que existe entre los países y dentro de los mismos.

Las mujeres en edad fecunda, las adolescentes y los niños son muy susceptibles a los efectos del medio ambiente sobre su salud y calidad de vida. Asimismo, los habitantes de zonas rurales pobres y barriadas pobres, los grupos indígenas y otras minorías étnicas, los trabajadores migratorios estacionales (obreros de granja y plantación, mineros), pescadores pobres, individuos que viven en la pobreza y las personas afectadas por el VIH son particularmente vulnerables a ser víctimas de su pobreza, la inequidad y la exclusión. A menudo, en los países en desarrollo estas personas tienen una gran carga de enfermedades transmisibles denominadas desatendidas o postergadas.

Algunas enfermedades infecciosas tienen características que perpetúan su condición de desatendidas o postergadas, a saber: afectan a poblaciones marginales; son poco conocidas; no son de notificación epidemiológica obligatoria; no se perciben como problema de salud pública; no causan emergencias epidemiológicas, y generan poco interés del sector privado para llevar a cabo investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas y medios diagnósticos para atenderlas. En América Latina y el Caribe hay más de 30 enfermedades desatendidas de origen parasitario, viral y fúngico que constituyen problemas de salud pública significativos.

En particular, las enfermedades parasitarias de localización intestinal representan un problema de salud pública grave, especialmente en las zonas pobres y con carencias sanitarias. Además de ser frecuentes y afectar a todos los grupos de edad, en especial a los niños y a las mujeres en edad fértil, pueden ocasionar daños a la salud, que van desde leves hasta graves y aun mortales; de hecho, las infecciones graves sumada a la infección concomitante por helmintos pueden causar disentería y desnutrición proteica.[7] El impacto de la esquistosomiasis y las geohelmintiasis (Ascaris lumbricoides, Strongyloides stercoralis, los anquilostomas Necator americanus, Ancylostoma spp., Trichuris trichiura y Schistosoma mansoni) es muy grande. Mundialmente, alrededor de 2 mil millones de personas son afectadas y unos 300 millones sufren enfermedad grave.[8] Alrededor de 400 millones de escolares infectados en el mundo sufren secuelas físicas e intelectuales como consecuencia de la anemia y otras deficiencias nutricionales producidas por parásitos, que se traducen en dificultades de atención y aprendizaje y ausentismo y repetición escolares.[9] En 2005, se estimó que alrededor de 38% (215 millones de personas) de la población de América Latina y el Caribe estaría infectada con lombrices intestinales.[10]

Basado en el ingreso como medida de pobreza, la línea de pobreza corresponde a un ingreso de dos dólares diarios y la extrema pobreza o indigencia es igual a un dólar al día.

La leishmaniasis es endémica en 88 países del mundo. Se estima que cada año se producen 2 millones de casos nuevos y el número de personas afectadas sobrepasa los 12 millones. Puede producir daños en órganos internos, lesiones cutáneas y mutilación de la nariz y la boca. En América Latina y el Caribe no se dispone de datos fidedignos sobre la prevalencia e incidencia de la leishmaniasis, debido principalmente a que la transmisión de la enfermedad se produce en zonas rurales remotas, numerosos casos no se diagnostican y existe un gran número de personas asintomáticas. Sin embargo, hay pruebas indirectas que sugieren que en América Latina y el Caribe la leishmaniasis es un problema de salud pública por sus efectos debilitantes e incapacitantes.

La enfermedad de Chagas, que resulta de la infección por *Trypanosoma cruzi*, es uno de los mayores problemas sanitarios en América Central y del Sur entre la población rural desatendida y postergada. Los factores de riesgo de esta enfermedad incluyen la vivienda insalubre construida con barro, adobe y paja, que ofrece condiciones propicias para los vectores y la transfusión de sangre de un portador del parásito.

La lepra sigue afectando a un gran número de personas. En 1997 había unos 1,5 millones de casos en el mundo. El control de la enfermedad mejoró recientemente con la introducción del tratamiento multimedicamentoso. En 2000, la OMS adoptó como meta la eliminación de esta enfermedad (<1 caso/ 10.000 habitantes) mediante un enfoque flexible y concentrado. Esto incluye poner el tratamiento multimedicamentoso al alcance de todas las comunidades y áreas, proporcionar diagnóstico y tratamiento apropiados y de buena calidad, con evaluación basada en la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de programas.

En la década de 1980, los Estados Miembros de la OMS tomaron la decisión de eliminar en la Región de las Américas la rabia humana transmitida por perros para 2005. En el tiempo transcurrido desde entonces hay pruebas de que ha habido una reducción de 91% de los casos de rabia humana y 93% de los de rabia canina. Se han fortalecido las políticas de salud pública veterinaria sectoriales e intersectoriales y, especialmente, los programas nacionales de control de la rabia, que en la mayoría de los países han sido descentralizados. Sin embargo, todavía se registran casos de rabia humana en América Latina, lo que es inadmisible. Por otra parte, en los países que han logrado controlar la rabia no debe perderse el apoyo político para mantener los avances logrados y la vigilancia epidemiológica se torna cada vez más imprescindible para monitorear y mantener las áreas ya libres de rabia canina.

OMS. Comité Ejecutivo (EB118/4) 118ª Reunión, 11 de mayo de 2006.

La sífilis congénita se puede prevenir con una dosis única de penicilina, por lo tanto, un caso de sífilis congénita representa una falla de los programas de salud pública. Aun así se estima que cada año más de 100.000 niños nacen con sífilis congénita en América Latina y el Caribe, donde esta enfermedad es un problema de salud pública grave y adolece de subnotificación. Los datos oficiales muestran un número relativamente bajo de casos notificados de sífilis congénita. (En 2002, el número de niños nacidos con sífilis congénita fue de 10.600, según datos de 15 países que notificaron casos a la Organización Panamericana de la Salud.)

La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial. Se presenta con más frecuencia en los países de clima subtropical o tropical húmedo, a menudo es de carácter estacional y afecta más a personas en ciertas ocupaciones; a veces se presenta en forma de brotes. Una gran variedad de animales salvajes y domésticos pueden ser fuentes de infección de una de las muchas serovariedades del agente infeccioso, la bacteria del genero Leptospira. La infección se transmite a los seres humanos por contacto directo con la orina de animales infectados o un ambiente contaminado por orina, principalmente aguas superficiales, suelo y plantas. El curso de la enfermedad en los seres humanos varía de leve a letal. La leptospirosis probablemente se pase por alto y sufra de subnotificación en muchos países, debido a que su diagnóstico clínico es difícil y los laboratorios de diagnóstico, escasos. La vigilancia proporciona la base para las estrategias de intervención en la salud pública humana y veterinaria.

Las enfermedades desatendidas generan graves cargas sociales y financieras al individuo, la familia, la comunidad y al país como un todo. Además, pueden presentarse infecciones concomitantes con otras enfermedades infecciosas, como la malaria, la tuberculosis, el dengue y el VIH/SIDA, entre otras.

La suma de la carga socioeconómica de las diversas enfermedades repercute en la población afectada y constituye un obstáculo para el desarrollo de los países. La carga de las enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), es significativa. Por ejemplo, se estima un total de 52,693 AVAD debido a equinococosis quística, que además causa pérdidas económicas de más de US$ 120 millones al año.[11] En Brasil se estima una pérdida de US$ 2 mil millones por concepto de salarios y actividad industrial debido solamente a la enfermedad de Chagas.

Más de 14% del total de AVAD en América Latina se deben a factores de riesgo ambientales y ocupacionales. De éstos, 5,5% son consecuencia del abastecimiento de agua y saneamiento deficientes.[12] Esta situación afecta particularmente a los niños, ya que en América Latina y el Caribe, cerca de 77.600 niños menores de 5 años de edad mueren cada año debido a enfermedades diarréicas, como producto de la falta de agua y saneamiento.

Por otra parte, enfermedades como el dengue y la leptospirosis están íntimamente asociadas al deterioro ambiental y la calidad de la vivienda.

Para países en la Región de las Américas con más de 10.000 nacimientos anuales 1995-2000. OPS. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AEIPI), julio de 2000.

2.2 Beneficios del abordaje integrado, interprogramático e intersectorial

La integración de acciones de salud pública tiene por objeto reducir la carga de más de una enfermedad con base en la sinergia que se produce al dirigir los esfuerzos a múltiples propósitos compatibles. Un ejemplo es la administración masiva de fármacos antiparasitarios durante la semana de vacunación de las Américas. A su vez, el trabajo interprogramático presenta la oportunidad de combinar las actividades de dos o más programas de salud específicos (por ejemplo, AIEPI, PAI, escuelas saludables, municipios y comunidades saludables) ubicados generalmente en la misma entidad de salud.

El carácter intersectorial se refiere a las iniciativas que abarcan múltiples organizaciones de varios sectores (gubernamental, privado, sociedad civil, entre otros), por ejemplo, la integración de la administración masiva de antiparasitarios con el abastecimiento de agua potable, saneamiento, drenaje, educación comunitaria y prácticas higiénicas. En estas acciones colaboran el Ministerio de Salud y el de Educación, entre otros. Muchos temas complejos, como la protección de los ecosistemas y el desarrollo económico local, requieren una variedad de recursos y habilidades, en los cuales la integración y el trabajo interprogramático e intersectorial ofrecen opciones viables, que perduran en el tiempo, reducen la duplicación de actividades y capitalizan los esfuerzos.

En varios países de América Latina y el Caribe se ha mostrado que el abordaje integral e interprogramático agrega valor a las intervenciones de prevención, control y eliminación de algunas enfermedades transmisibles.[13] La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado un programa de Manejo Vectorial Integrado (MIV) para mejorar el control de la malaria, el dengue y la enfermedad de Chagas, entre otras enfermedades, que hace hincapié en la ecología vectorial y los factores ambientales. También se han realizado intervenciones de manejo integral para la eliminación o control de la filariasis linfática, malaria, leishmaniasis, esquistosomiasis y hanseniasis.[14]

Varias experiencias han mostrado que las intervenciones integradas son costo-eficaces cuando se trata de reducir la carga de las enfermedades desatendidas, ya que mejoran la condición biológica de las personas y el ambiente en que viven. Un ejemplo exitoso ha sido el tratamiento vermífugo con albendazol o mebendazol y praziquantel para el control de las geohelmintiasis y esquistosomiasis en las escuelas, que ha probado su eficacia y rendimiento económico, a un costo anual de menos de US$ 0,25 por niño. Se ha mostrado que programas a mediano y largo plazo con dosis única de manera periódica, unidos a programas suplementarios de vitamina A aplicados en las escuelas o en conjunto con programas educacionales, reducen la morbilidad y mejoran el crecimiento de los niños y el rendimiento escolar. No obstante, para garantizar el éxito del control de estas enfermedades a largo plazo, es necesario incluir también medidas de prevención destinadas a interrumpir la transmisión, como el suministro de agua salubre en cantidad suficiente, el mejoramiento del saneamiento ambiental y la promoción de buenos hábitos sanitarios e higiénicos.[15]

Por otra parte, la higiene es prácticamente imposible sin una fuente de agua inocua, disposición de excretas y residuos adecuada. Las intervenciones para mejorar el acceso al agua limpia (agua entubada, pozos cubiertos) y saneamiento adecuado (lavado de manos adecuado e inodoros/ letrinas bien mantenidas) han mostrado ser altamente costo-eficaces para lograr el máximo de beneficios para la salud cuando se acompañan de una buena promoción de la higiene. La combinación de medidas para mejorar el abastecimiento de agua, las instalaciones sanitarias y las prácticas de higiene reducen en 29% la incidencia de ascariasis, 26% diarreas y 65% la mortalidad por diarrea.[16] La desparasitación es una de las estrategias para mejorar la educación incluida en la iniciativa Educación para Todos impulsada por varias organizaciones, como la UNESCO, el UNICEF, la OMS, Educación Internacional y el Banco Mundial.[17] La combinación de nuevos métodos de diagnóstico y mapeo, medicamentos seguros, variedad de medicamentos eficaces, bajo costo de las intervenciones y asociaciones fuertes con el sector privado y otros organismos abren una sólida oportunidad de avanzar rápidamente en la prevención y control de las enfermedades desatendidas.[15]

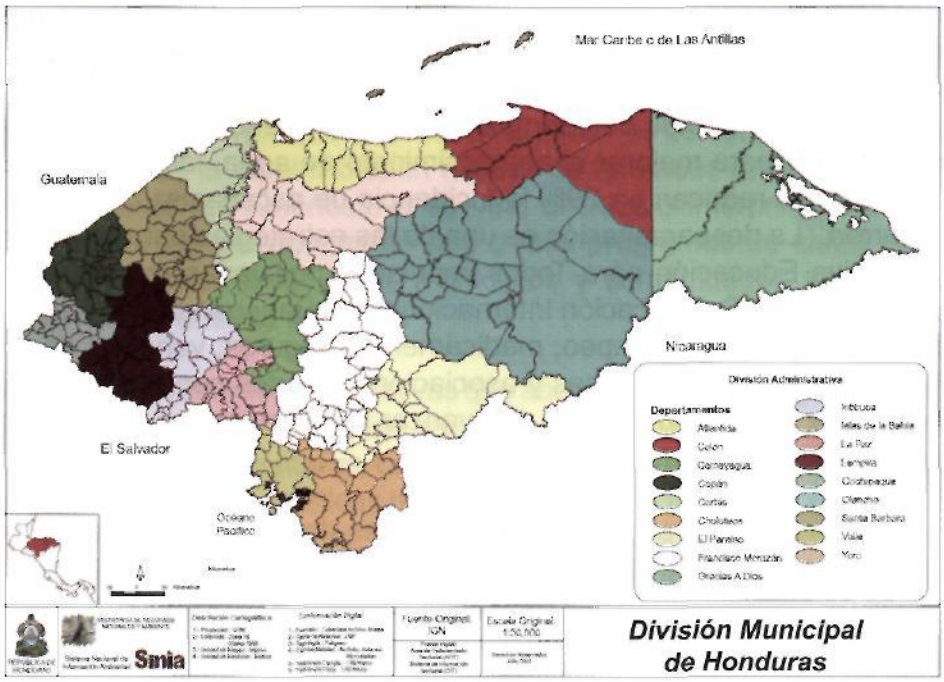
El abordaje integral para el control de las enfermedades desatendidas que promueve la OPS contribuye a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ya que ayudan a superar la situación de extrema pobreza y hambre vinculadas a estas enfermedades. Al trabajar también en otros aspectos de la salud tiende a disminuir el ausentismo escolar y a aumentar así las oportunidades de completar la educación primaria.

3 Contexto general y factores determinantes de la salud

Honduras está en el corazón de Centroamérica. Limita al norte con el Mar de las Antillas, al sur con la República de El Salvador y con el Océano Pacífico, al este con la República de Nicaragua y al oeste con la República de Guatemala. Tiene una extensión territorial de 112.492 km², cuenta con 19 cuencas hidrográficas y una extensa superficie cubierta de bosques. Su división político-administrativa está conformada por 18 departamentos, 298 municipios, 3.731 aldeas y 27.969 caseríos con de 1.000 habitantes cada uno (Figura 1).

Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Informe del Secretario General Doc. A/57/270 (31 de julio del 2002).

Figura 1. División política de Honduras, por municipio y departamento



Más de 65% del territorio hondureño es montañoso, con un promedio de 1,000 metros sobre el nivel del mar. La Cordillera Centroamericana divide al territorio en tres regiones: Oriental, Central y Occidental. La posición geográfica es tropical y se ubica entre los 15° y 16° de latitud norte. Las estaciones son seca y lluviosa. En la zona costera del Atlántico, el clima es tropical húmedo por lo general, con una temperatura media de 27 °C a 30 °C. El promedio anual de lluvias es 2.643 mm y el promedio de humedad, 75%. La zona sur tiene un clima de sabana tropical, generalmente seco por seis meses del año o más. La temperatura anual oscila entre 29,1°C y 35 °C. El clima de la zona occidental es meso térmico seco.

Demografía

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE),[18] en 2011 Honduras tenía 8.215.313 habitantes, con una densidad de 55 habitantes por km^2 y un crecimiento demográfico anual de 2,8%. Del total de la población, 49,3% son hombres, 51,3% viven en zonas urbanas y 7,2% pertenece a algún grupo étnico. El departamento más poblado de Honduras es Cortés, con 1.529.826 habitantes, seguido por Francisco Morazán con 1.406.769, mientras que los menos poblados son Islas de la Bahía, con 50.372 habitantes y Gracias a Dios, con 90.853. En general la población es multiétnica, pluricultural y multilingüe.

Características socioeconómicas

Del total de la población de pobres, 51,7% vive en extrema pobreza. Esta relación es más acentuada en las zonas rurales, donde 2 de cada 3 personas viven en esas condiciones.

Lenca (4,6%); Garífuna (0,8%), Miskito (0,8%), Chortí (0,6%), 0,2% negro inglés y Tolupán; < 1%, Pech y Tawahkas),

Entre los grupos más afectados por la pobreza se encuentran algunas etnias ubicadas en zonas altamente postergadas, con poco acceso a servicios sociales, sin infraestructura vial y una economía de subsistencia.[19]

De acuerdo con los datos del INE, en 2009 un 77,4% de la población nacional estaba en edad de trabajar (10 años y más), sin embargo, solo 44,1% informa tener algún empleo. Del total de la población económicamente activa ocupada, 34,9% trabaja en los sectores de agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca; 21,1% en el comercio, restaurantes y hoteles; 15,8% en la industria manufacturera; 15,4% en servicios comunales, sociales y personales, y 12,8% en construcción, transporte, establecimientos financieros, electricidad, explotación de minas y canteras.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Honduras (0,714) en 2008/2009 ubica al país en la posición 117 de 179 países del mundo. Este índice lo clasifica como país con un nivel de desarrollo humano medio. Al comparar el IDH por departamentos, se observa que Francisco Morazán tiene el más alto (0,770) y Lempira, el más bajo (0,619).[20]

Acceso a los servicios públicos

La XXXIX encuesta permanente de hogares de propósitos múltiples a nivel nacional realizada por el INE en el 2010[21] señala que 13,1% de las viviendas no cuentan con servicio de agua, déficit que se acentúa en las zonas rurales (22,6%) en comparación con el área urbana (5%.) La cobertura del servicio público de agua en la zona rural es 5,1% y del servicio privado colectivo, 68,9%.

Según la misma encuesta, 15,6% de las viviendas no cuentan con un sistema de saneamiento básico adecuado, carencia que también es más acentuada en las zonas rurales (20,5%). En cuanto a la disposición de excretas, en el área rural se destaca el uso de letrinas con cierre hidráulico (33,9%) y letrinas con pozo negro o simple (13,7%). Se estima que en las zonas urbanas 64,8% de las viviendas tienen inodoro conectado al sistema de alcantarillado sanitario.

Migración, desastres y conflictos

Honduras es muy vulnerable a los fenómenos físico-naturales, entre los cuales los más comunes son las inundaciones, los huracanes, la sequía, los deslizamientos de tierra, los sismos y la proliferación de insectos. Según los registros históricos, el Huracán Mitch de 1998 fue el evento más devastador que haya conocido Honduras. Los deslizamientos de tierra son muy comunes en el país, debido a las características geomorfológicas. Se estima que aproximadamente 90% de las zonas montañosas tienen pendientes que limitan, y hasta impiden, la actividad agrícola. Debido a que la mayor parte de la población rural subsiste de la agricultura, los cambios climáticos y desastres naturales son un obstáculo para la satisfacción de las necesidades básicas y llevan a emigrar.

Educación

Según estadísticas de la Secretaría de Educación, en 2007 el número de niños matriculados en la escuela era de 222.996. La oferta de educación universitaria está a cargo de 15 instituciones (5 estatales y 10 privadas).

Según la XLI Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de mayo 2011, el analfabetismo en Honduras es un problema muy importante, ya que 14,9% de la población mayor de 15 años de edad no sabe leer ni escribir. Los datos indican que la tasa de analfabetismo continúa siendo más alta entre la población rural (22%) que en la urbana (7,3%).

Salud

En Honduras, la cobertura de salud se mide por los servicios que brindan la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el subsector privado. La Secretaría de Salud dispone de 28 hospitales agrupados en los niveles nacional, regional y de área; 61 clínicas maternoinfantiles (CMI); 394 centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO); 1.048 centros de salud rurales (CESAR); 4 clínicas periféricas de emergencia (CLIPER) y 14 consejerías de familia especializadas en violencia familiar. La cobertura total es de 60% de la población. El IHSS dispone de 2 hospitales, uno en San Pedro Sula y otro en Tegucigalpa; 7 clínicas periféricas; 1 centro odontológico; 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 centro para el adulto mayor. El sector privado cuenta con 259 clínicas y 23 hospitales con fines de lucro y 35 clínicas y 8 hospitales sin fines de lucro.

La actividad de la Secretaría de Salud se respalda en el Plan Nacional de Salud 2005 – 2021, la Política Nacional de Salud 2006-2010 y el Plan Nacional de Salud 2010-2014, los que a su vez están guiados por el Plan y Visión de País legalizado, en el que se definen los lineamientos y prioridades estratégicas, tanto institucionales como sectoriales. Este último incorpora también la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son parte de los compromisos nacionales e internacionales contraídos por el país.

En concordancia con la división territorial administrativa, a partir de 2004 el país se encuentra dividido en 18 regiones sanitarias departamentales y 2 metropolitanas.

Visión de la Secretaría de Salud

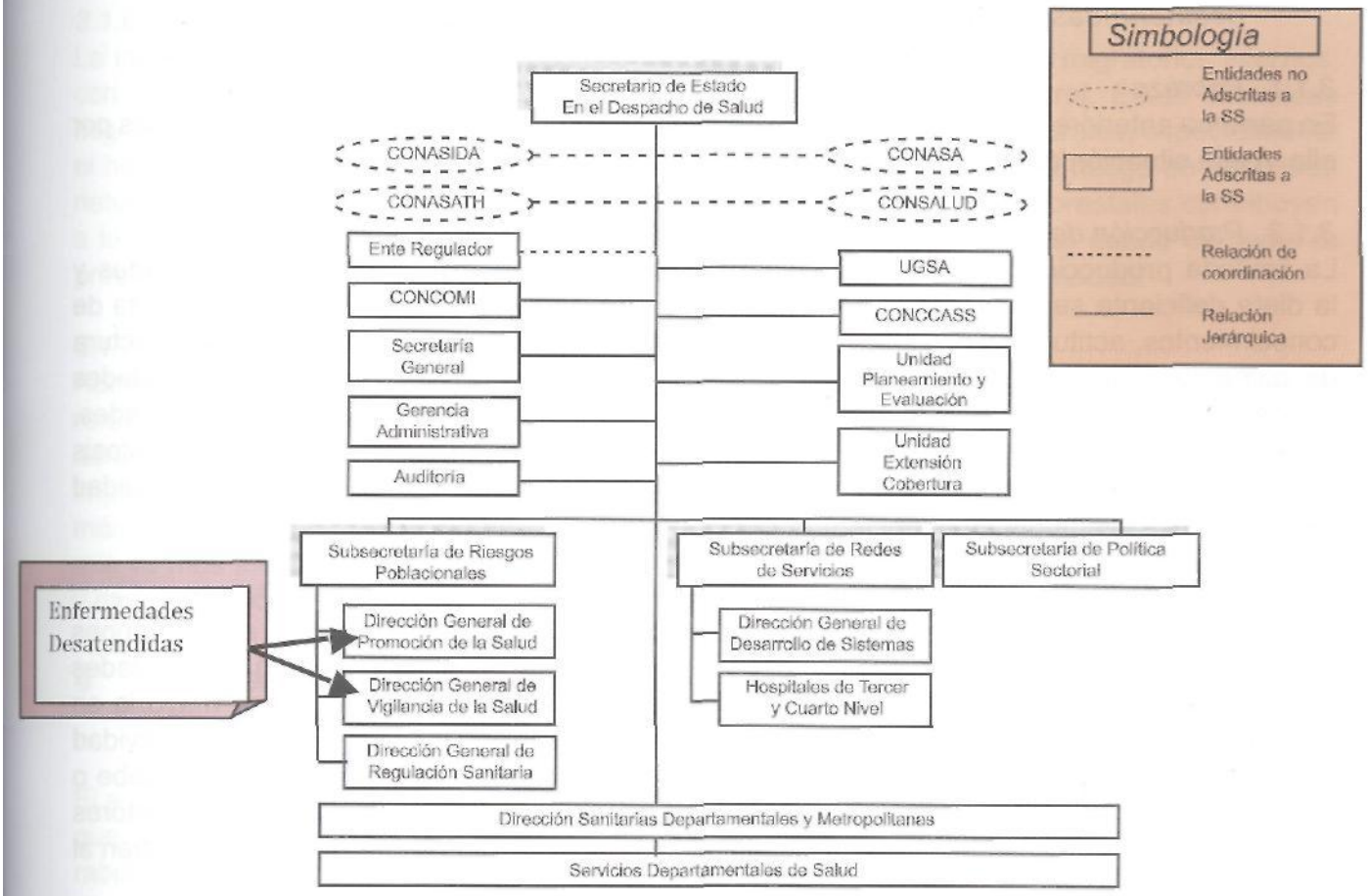
Somos una institución estatal, rectora del sector salud que desarrolla y garantiza acciones y servicios humanizados, eficaces y eficientes con calidad, equidad solidaridad en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, con la participación de instituciones y organizaciones públicas y privadas, la comunidad, la familia, y de esta forma contribuir a mejorar la calidad de vida de la población hondureña y al desarrollo del país.

Misión

Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población. Se garantizará el acceso a un sistema integral, continuo y universal de salud, especialmente a los grupos más vulnerables. La ciudadanía, la familia y la comunidad fomentarán, a través del poder ciudadano, prácticas que los convertirán en los constructores de mejores condiciones de salud y desarrollo.

Organización de la Secretaría de Salud:
La Secretaría de Salud está conformada por tres subsecretarías: 1) Subsecretaría de Riesgos Poblacionales, 2) Subsecretaría de Redes de Servicios y 3) Subsecretaría de Política Sectorial. En la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales se encuentran dos direcciones que concentran a los programas a cargo de las enfermedades desatendidas: la Dirección General de Promoción de la Salud y la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

Figura 2. Organigrama de la Secretaría de Salud de Honduras



Publicada: La Gaceta núm.30,740 de fecha 5 de julio de 2005

CONASIDA	Consejo Nacional de SIDA	**UGSA**	Unidad de Gestión Ambiental
CONASATH	Consejo Nacional de Salud de los Trabajadores	**CONCCASS**	Consejo Nacional de Calidad de los Servicios de Salud
CONASA	Consejo Nacional de Agua y Saneamiento	**CONCOMI**	Consejo Consultivo Ministerial
CONSALUD	Consejo Nacional de Salud	**CONCOSE**	Consejo Consultivo de la Secretaría de Estado

Función rectora de la Secretaría de Salud
La Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, conduce las principales estrategias para hacer frente a los problemas prioritarios de salud. Para cumplir su función, la administración central se organiza en programas de salud con responsabilidad normativa y apoyo técnico; tiene correspondencia en los niveles regionales. Sin embargo, el monitoreo y la evaluación son escasos y casi no se realiza evaluación del impacto de las estrategias, en parte por la escasez de recursos humanos y financieros.

3.1 Factores socioeconómicos determinantes de las enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras

3.1.1 Pobreza
En párrafos anteriores se analizó someramente la pobreza y las poblaciones más afectadas por ella. A esa situación descrita, se suman los problemas que figuran a continuación.

3.1.2 Producción de alimentos y nutrición
La limitada producción de alimentos sumada al ingreso bajo hace que las enfermedades y la dieta deficiente sean endémicas en algunas zonas rurales y urbanas del país. La falta de conocimientos, actitudes y prácticas adecuadas de producción agropecuaria y de manufactura de alimentos para lograr una buena alimentación de la población rural y las comunidades indígenas son algunas de las principales causas de malnutrición en dichas comunidades, agravadas por la alta incidencia de enfermedades comunes como la diarrea, las parasitosis y las infecciones respiratorias agudas, que se reflejan posteriormente en tasas de mortalidad elevadas, especialmente infantil.

3.1.3 Infraestructura
Los servicios en las zonas rurales se caracterizan por limitaciones debidas a condiciones geográficas, sociales y económicas. Se estima que 30% de la población vive en comunidades rurales muy dispersas (de menos de 700 habitantes cada una), ubicadas en su mayoría en zonas de alta y media montaña, donde la agricultura de subsistencia es la principal actividad económica. Gran parte de la vivienda rural es insalubre (bahareques), construida de adobe o tallos de caña de azúcar con barro y piso de tierra, es decir, condiciones ideales para los vectores de la enfermedad de Chagas, como *Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*, que contribuyen al carácter endémico de esta infección en esas áreas.

3.1.4 Información
La información sobre la incidencia y prevalencia de las enfermedades infecciosas desatendidas es escasa, desarticulada, fraccionada, y no siempre se puede desglosar por edad, sexo y grupo étnico para apoyar la toma de decisiones oportuna. Los datos sobre la morbilidad y la mortalidad reciben poco análisis en el nivel jerárquico correspondiente para intervenir a tiempo. Por otro lado, los datos del sector salud sobre las condiciones de vida (abastecimiento de agua, servicios sanitarios e higiene en el área rural) señalan la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica. La debilidad de la información repercute también en los mecanismos de monitoreo y evaluación, que necesitan de sistemas de vigilancia robustos y fiables para mostrar el impacto de las intervenciones.

3.1.5 Participación de la sociedad civil, gobernabilidad y organizaciones no gubernamentales
A pesar de que el marco legal del país propone la descentralización como parte de la reforma del sector salud, que busca fortalecer los gobiernos municipales con respecto a la gestión social y sanitaria, esta descentralización aun es precaria. La transformación municipal sustentada sobre una mayor descentralización y el fortalecimiento de los municipios enfrenta una serie de obstáculos que requieren ser conocidos de manera previa para poder formular las recomendaciones más apropiadas. A esto se agrega la falta de coordinación con las organizaciones no gubernamentales y la comunidad en relación con el desarrollo local.

3.1.6 Degradación ambiental
La insatisfacción de necesidades básicas ha dado origen a movimientos migratorios internos, con predominio de la migración urbana-urbana, seguida de la rural-rural. Estas dinámicas migratorias han generado agotamiento y degradación de los recursos naturales, especialmente el hídrico, con los problemas ambientales consiguientes e incremento del riesgo de desastres naturales. Además, el consumo de leña y la degradación por incendios forestales contribuyen a la deforestación, con repercusiones graves en los ecosistemas locales, donde aumenta la presencia de plagas de insectos dañinos al ambiente y vectores de enfermedad.

3.1.7 Vulnerabilidad ante los desastres naturales
Además de los fenómenos naturales mencionados en párrafos anteriores, muchos asentamientos rurales de los últimos 30 años se han ubicado en zonas agrícolas inundables de la región norte del país, sin medidas de protección adecuadas, lo que ha incidido en su productividad e impedido una mejoría de la calidad de vida. La sequía es el otro fenómeno climatológico que más afecta a Honduras y, aunque no existe mayor información, se sabe que la zona sur es la que ve más afectada la satisfacción de las necesidades básicas de alimentación, agua segura y otros servicios básicos.

4 Epidemiología de las enfermedades desatendidas y estrategias de acción en Honduras

El análisis del comportamiento epidemiológico define la lista de las enfermedades desatendidas que se abordan en el presente plan estratégico: enfermedad de Chagas, leishmaniasis, lepra, rabia humana transmitida por perros, leptospirosis, sífilis congénita, tétanos neonatal y no neonatal, geohelmintiasis y teniasis/cisticercosis.

4.1 Enfermedad de Chagas

Definición: La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una parasitosis, cuyo agente infeccioso es *Trypanosoma cruzi*, transmitido por vectores hematófagos (chinches, vinchucas) o por la transfusión de sangre infectada.

En el país se conocen cuatro especies de chinches picudas, de las cuales dos tienen importancia epidemiológica en la transmisión de la infección por *T. cruzi: Rhodnius prolixus y Triatoma dimidiata*. La importancia de la especie *R. prolixus* radica en su eficiencia para transmitir el parásito. No obstante, dado que se trata de una especie introducida que no tiene vida silvestre, tiene altas posibilidades de ser eliminada. El vector *T. dimidiata* se encuentra en 16 de los 18 departamentos del país, tanto a nivel domiciliario como silvestre. La transmisión por este vector es menos eficiente. El control vectorial se realiza mediante la búsqueda de insectos en las comunidades y la aplicación de intervenciones que se realizan según el índice de infestación de las viviendas.[22] En 2009 se registró un total de 98 casos de enfermedad de Chagas en 13 departamentos; el número de casos más alto se registró en los departamentos de Intibucá y Francisco Morazán.

Hasta 2010, la presencia del vector *R. prolixus* se había detectado en 23% de los municipios (69 de 298) y en 66,6% de los departamentos (12 de 18). Los departamentos con mayor antecedentes y presencia del *R. prolixus* son: Intibucá, Yoro, Francisco Morazán y La Paz. Las mayor presencia de este vector se observa en zonas donde habitan poblaciones indígenas, cuya vivienda es precaria.

En 2010, se detectaron 4 focos residuales, 3 en el departamento de Intibucá y 1 en el departamento de El Paraíso. El total fue de 10 viviendas afectadas. Estas localidades y las colindantes ya fueron intervenidas.[23]

Estrategias	Objetivo
☐ Vigilancia epidemiológica integrada en el sistema de vigilancia existente analizado para los diferentes sistemas ecoepidemiológicos. ☐ Control del vector dirigido a *T. dimidiata*. ☐ Mantener el tamizaje de 100% de la sangre en los bancos de sangre. ☐ Aumentar el diagnóstico precoz de casos agudos para asegurar el tratamiento inmediato al 100% de los casos diagnosticados. ☐ Campaña información, educación, comunicación (IEC). ☐ Participación comunitaria. ☐ Monitorear y evaluar las acciones implementadas para asegurar la calidad de las intervenciones.	Eliminar la trasmisión por *R. prolixus*.

4.2 *Leishmaniasis*

Definición: La leishmaniasis es causada por un protozoario del género *Leishmania*, que se multiplica en algunos vertebrados que actúan como reservorios de la enfermedad. El parásito se transmite a los seres humanos por la picadura de flebótomos que se han alimentado previamente de un huésped infectado.

En Honduras, la leishmaniasis registra las cuatro formas clínicas (cutánea ulcerada, visceral, cutánea no ulcerada y mucocutánea), de las cuales la forma cutánea ulcerada es la de mayor incidencia. La forma mucocutánea es secundaria a la forma cutánea no tratada o mal atendida, y su incidencia es mucho menor, pero requiere atención especializada y muchas veces, cirugía reconstructiva. La leishmaniasis visceral afecta a la población menor de 5 años de edad, que, de no tratarse oportuna y adecuadamente, tiene una letalidad de más de 90%.

Entre 2003 y 2009 se notificaron aproximadamente 1.800 casos nuevos de leishmaniasis por año.[19] Las zonas endémicas más importantes en relación con las leishmaniasis cutánea ulcerada y mucocutánea se encuentran en los departamentos de Olancho, Colón, Yoro, Santa Bárbara, Cortés y El Paraíso. Las formas clínicas de leishmaniasis visceral y cutánea no ulcerada coinciden en las mismas zonas endémicas, ubicadas principalmente en el sur del país. Las más importantes se encuentran en los departamentos de Choluteca, Valle y Francisco Morazán. El agente infeccioso de ambas formas es *Leishmania chagasi*.

En 2009 se analizó un total de 2.349 muestras de sangre procedentes de 17 departamentos y 97 municipios; de ellas, 64% (1,505) fueron positivas para *L. chagasi*. De los casos positivos, 37,9% fueron de leishmaniasis cutánea, 61% no ulcerada, 0,33% leishmaniasis mucocutánea y 0,2% leishmaniasis visceral. Del total de casos diagnosticados 80,2% recibieron tratamiento.[24,25,26]

Estrategia	Objetivo
☐ Control del vector. ☐ Diagnóstico y tratamiento precoz. ☐ Administración de medicamentos a todos los casos diagnosticados y vigilancia de reacciones adversas a los medicamentos. ☐ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional. ☐ Fortalecimiento de la red de laboratorio ☐ Componente información, educación y comunicación. ☐ Monitoreo y evaluación de intervenciones.	Desarrollar estrategias y herramientas capaces de promover el control avanzado o la eliminación.

4.3 Lepra

Definición: La lepra es una enfermedad bacteriana crónica, curable, cuyo agente infeccioso es *Mycobacterium leprae*; puede afectar la piel, los nervios periféricos y, en la forma lepromatosa, las vías respiratorias superiores.[27] La enfermedad tiene una historia de estigma causado por la deformidad, discapacidad, aversión y temor. Se puede curar.

En la década de 1970 había alrededor de 400 pacientes con lepra. Hasta 1982 no había en el mundo tratamiento eficaz contra la enfermedad. Esto cambió con la introducción de la poliquimioterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud a base de dapsona, rifampicina y clofacimina, que permitió reducir los períodos de tratamiento, interrumpir la transmisión y lograr la curación de los pacientes. A partir de la administración de la poliquimioterapia, se vio en Honduras una disminución notable de la incidencia de la lepra, pasando de 0,6 casos por 10.000 habitantes en 1982 a 0,1 por 10.000 en 1995. Así, se puede afirmar que en 1996 Honduras se acercaba al objetivo principal del Plan de Eliminación de la Lepra, y las actividades del programa se encaminaban a la rehabilitación física y social de los pacientes con discapacidad y al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, con el objetivo de confirmar o descartar nuevos focos por medio de la búsqueda activa de casos a través de una vigilancia permanente. Se esperaba lograr mantener la incidencia de 1 caso por 10.000 habitantes para realizar la declaratoria nacional e internacional de eliminación de la enfermedad. Durante este período también se elaboraron y validaron las normas de atención al paciente con lepra.

No obstante, en enero de 1997, la Secretaría de Salud emitió una resolución mediante la cual desaparecía el Programa Nacional de Control de la Lepra. A partir de entonces, se desconoce la existencia de casos, incluso para continuar el tratamiento y hacer vigilancia de los pacientes que ya lo habían finalizado. Así, disminuyeron las actividades de prevención y control y solo se captó a los pacientes por demanda espontánea, con el resultado de que los casos de lepra notificados en el país se concentran solamente en la Región de Choluteca.

Estrategia	Objetivo
☐ Capacitación al personal de salud del programa y el laboratorio. ☐ Equipamiento de laboratorio, informática y oficinas. ☐ Búsqueda activa de casos para determinar la incidencia y prevalencia. ☐ Seguimiento de casos. ☐ Tratamiento con poliquimioterapia a 100% de los pacientes. ☐ Ejecución de planes binacionales de prevención y control (Honduras y Nicaragua). ☐ Detección temprana de discapacidades. ☐ Participación comunitaria a través de voluntarios de salud (brigadas). ☐ Campaña de información, educación y comunicación. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar como problema de salud pública (prevalencia de <1 caso por 10,000 habitantes) al primer nivel subnacional (departamento)

4.4 *Rabia humana transmitida por perros*

Definición: La rabia es una encefalomielitis vírica aguda casi siempre mortal. Generalmente es una enfermedad de los animales, que concentran altas cantidades de virus en la saliva que se transmiten a los humanos a través de la mordedura o lamedura de piel lacerada por el animal infectado.

En 2001 se notificaron en Honduras 16 casos de rabia canina y en 2002, 5 casos, es decir, una reducción de 69%. En 2003 se notificaron 8 casos, todos en dos municipios fronterizos con El Salvador. Además, se informó sobre dos casos de rabia en gatos (uno en la Región del Valle y otro en La Paz).[28] Durante el período de 2004 a 2007 no se notificaron casos de rabia canina, pero en 2008 se notificaron 18 casos de rabia canina y 1 de rabia bovina. Los 25 casos de rabia canina notificados en 2009 se registraron en Comayagua (12), Intibucá (10) y la Paz (3).

En cuanto a la rabia humana transmitida por perros, se observó una tendencia descendente. El último caso de rabia transmitida por esa especie antes de 2009 se notificó en 2000. En 2009 se registró un caso de rabia humana en el departamento de Comayagua.

Estrategia	Objetivo
☐ 90% de coberturas de vacunación de rabia canina a nivel nacional. ☐ Atención al 100% de los lesionados. ☐ Actualización, capacitación en normas nacionales. ☐ Toma y envío de muestras para vigilancia de la rabia según normativa. ☐ Ejecución de planes binacionales de prevención y control (Honduras, Guatemala, Nicaragua y El Salvador). ☐ Fortalecimiento del sistema de red de frío en la red de servicios. ☐ Investigación de brotes. ☐ Incrementar la toma y envío de muestras para laboratorio, tipificar las muestras positivas para conocer los virus circulantes. ☐ Campaña IEC. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar la rabia humana transmitida por perros (cero casos notificados al Sistema de Vigilancia epidemiológica de la rabia [SIRVERA], coordinado por la OPS).

4.5 *Leptospirosis*

Definición: La leptospirosis es una zoonosis causada por bacterias del género *Leptospira*, que da lugar a una diversidad de síntomas clínicos, tanto en el ser humano como en los animales. Afecta sobre todo a animales salvajes y domésticos que sirven de reservorio de la infección.

En Honduras se detecta leptospirosis desde 1964, año en que se notificó la enfermedad en cerdos traídos de los Estados Unidos de América. En 1975 se realizó la primera investigación para determinar la prevalencia serológica de la enfermedad en el valle de Comayagua, que fue de 38%.

Según las estadísticas del Programa Nacional de Control de Zoonosis (PNCZ) de la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Investigaciones Médico Veterinarias (IHIMV) lleva a cabo la vigilancia de laboratorio en animales desde 1983. Circulan en el país más de 15 serovares. La última medición de la seroprevalencia se realizó en 1998 y fue de 29%. Sin embargo, esta enfermedad es de notificación obligatoria inmediata solamente a partir de 1999.

Según el PNCZ, se notificaron 172 casos en 2008, 14 en 2009 y 82 en 2010. Posiblemente el aumento se deba al mejoramiento de la vigilancia y la notificación. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. Del total de casos, 60,5% se registraron en la región de Choluteca, pero se han confirmado casos en seis regiones sanitarias en total (El Paraíso, Francisco Morazán, Valle, Yoro, Tegucigalpa y Choluteca).

Estrategia	Objetivo
☐ Coordinación intersectorial. ☐ Actualización y socialización de normas de atención integral. ☐ Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio. ☐ Elaboración de manual de control de roedores. ☐ Control de roedores. ☐ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través del mejoramiento de la notificación. ☐ Atención a las personas. ☐ Campaña de IEC. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

4.6 *Sífilis congénita*

Los análisis de laboratorio de sangre del cordón umbilical de recién nacidos en hospitales estatales detectaron 15 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos en 2000 y 13,2 por 1.000 nacidos vivos en 2002.[29] Según las cifras del Programa Nacional de Atención Integral a las ITS/VIH y Sida, la prevalencia de sífilis congénita en 2010 fue de 1,5 x 1000 nacidos vivos y en 2011, 1 por 1.000 nacidos vivos en el Hospital Escuela (Hospital Nacional de referencia). A nivel nacional, en 2010 se registró un total de 55 casos y en 2011, 61 casos.

Estrategia	Objetivo
☐ Continuar la implementación del Plan de Acción Nacional del Programa para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo y la Eliminación de la Sífilis Congénita de 2010. ☐ Aplicar pruebas rápidas a todas las embarazadas de las zonas con mayor prevalencia de sífilis (Región Metropolitana del Distrito Central [RMDC] y Región Metropolitana de San Pedro Sula [RMSPS], Ceiba, El Paraíso, Choluteca y Gracias a Dios) en las unidades de salud que no cuentan con laboratorio clínico y que demandan servicios de salud. ☐ Administrar tratamiento a 100% de las mujeres embarazadas con resultados positivos y a sus parejas. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar la sífilis congénita como problema de salud pública (<0,5 casos por 1.000 nacidos vivos).

4.7 *Tétanos neonatal*

Esta es una enfermedad en vías de control y eliminación. Su tendencia ha sido descendente gracias al programa regular de vacunación de las mujeres en edad fertil, que consistía en un esquema de cinco dosis de vacuna Td (toxoide tetánico y diftérico) durante el período de 1990 a 2008. A partir de 2002, se inició la aplicación de 1 dosis de refuerzo de Td (cada 10 años) a la población masculina y femenina de 11 años de edad y a la vez se aplicó el esquema de vacunación de tres dosis a las mujeres embarazadas que no podían documentar su estado de vacunación.

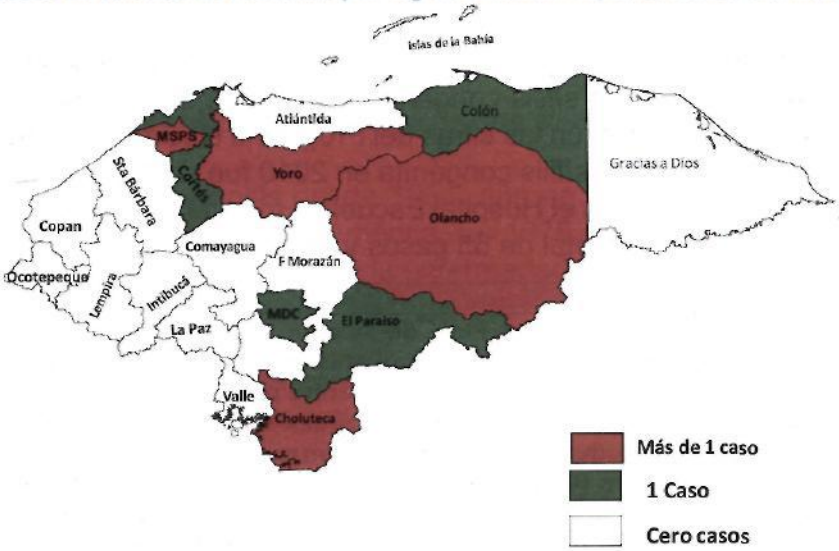
Entre 2004 y 2008, se registraron cuatro casos de tétanos neonatal, después de tres años sin notificación. En 2008 reapareció 1 nuevo caso de tétanos neonatal en la Región Sanitaria Departamental de Valle y en 2009, se notificó otro caso, en la Región Sanitaria Metropolitana de San Pedro Sula. La tasa nacional de incidencia de tétanos neonatal es de 0,005 por 1.000 nacidos vivos.

En relación al tétanos no neonatal, entre 2005 y 2009 se notificaron 62 casos, con una tasa de incidencia anual inferior a 1 por 100.000 habitantes, y un total de 44 defunciones.

Durante 2010 se notificaron 15 casos sospechosos de tétanos no neonatal, todos los cuales todos fueron confirmados. Las regiones sanitarias departamentales más afectadas fueron la Metropolitana de San Pedro Sula, Olancho y Choluteca, con 3 casos cada una; Cortés, El Paraíso, Colón y RMDC con 1 caso cada una, y Yoro, con 2 casos. La tasa de incidencia para el país como un todo fue <1 x 100.000 habitantes. Se documentaron 11 defunciones, es decir, una tasa de letalidad de 73,3%.

Fuente: Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaría de Salud, Honduras. 2009

Figura 7. Número de casos de tétanos no neonatal, por región sanitaria departamental, Honduras 2010



Fuente: PAISS

En 2010, el grupo de población más afectado fue el de hombres mayores de 50 años de edad (73%), que en su mayoría son agricultores. El tétanos no neonatal tiene relación directa con las estrategias de vacunación, que se han orientado a la prevención del tétanos neonatal y, a largo plazo, al tétanos no neonatal, a través de la vacunación de las cohortes de menores de 1 año de edad (pentavalente), niños de 1 a 4 años de edad (DPT), adolescentes (refuerzo de Td a los 10 años de su última inmunización) y grupos en riesgo, por demanda. Se requiere acelerar la protección de grupos en riesgo para mejorar la prevención de la enfermedad.

Estrategia	Objetivo
☐ Mantener las coberturas de vacunación con Td en adolescentes y embarazadas no vacunadas. ☐ Mantener la vigilancia de casos de tétanos neonatal en zonas de alto riesgo. ☐ Fortalecer la atención integral a la mujer con hincapié en la atención prenatal para asegurar 100% de vacunación con Td en embarazadas y atención de parto seguro. ☐ Campaña información, educación y comunicación. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (< 1 caso por 1.000 recién nacidos vivos por año en un municipio o distrito).

4.8 Geohelmintiasis

Definición: Las geohelmintiasis constituyen un grupo de afecciones parasitarias vinculadas a condiciones ambientales. Las especies de mayor distribución en el mundo son cuatro: *Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura, Necator americanus y Ancylostoma duodenale*.[30] En Honduras, se observan las cuatro especies con la siguiente prevalencia en niños en edad escolar: 45% para *Ascaris lumbricoides*; 38% para *Trichuris trichuria*, y 80% para *uncinarias (Necator americanus y Ancylostoma duodenale)*.

Según encuestas realizadas por la Secretaría de Salud en 2001 y 2005,[31] en 17 municipios del país se encontró una prevalencia total de uncinariasis de 16% y 5,2%, respectivamente,

para cada año. La prevalencia más alta se halló en el municipio de El Negrito, departamento de Yoro (63%). Por su parte, la prevalencia de infección por *Ascaris lumbricoides* fue de 36% y 35%, en 2001 y 2005, respectivamente; la tasa más alta de infección se dio en el municipio de Potrerillos, departamento de Cortés (69%). La tricuriasis presentó una prevalencia de 52% y 38,3%, para los mismos años, respectivamente; el municipio de Tela presentó la prevalencia más alta (83%). Otro de los hallazgos de la investigación fue que, para 2005, 6,2% de los niños que asisten a la escuela lo hacen descalzos y 40,4% de la población estudiada consume agua sin ningún tipo de tratamiento.

En un estudio descriptivo transversal realizado en Honduras en 2011 con una muestra aleatoria representativa de la población escolar de tercer grado a nivel nacional, basada en el registro de 2010, se examinaron 2.554 escolares de 48 escuelas de 42 municipios en los 18 departamentos y las 6 regiones ecológicas del país. Los resultados del estudio informan 1.111 (43,5%) infecciones leves por geohelmintos: *Trichuris trichiura* 34,0%; *Ascaris lumbricoides* 22,3%; *uncinarias* 0,9%; *Hymenolepis nana* 0,9%; *Strongyloides stercoralis* 0,4%; *Enterobius vermicularis* 0,1%. Solo 43 (1,7%) de estas infecciones fueron graves.

Estrategias	Objetivo
☐ El Programa Nacional de Escuelas Saludables, que depende de la oficina de la Primera Dama de la Nación, dos veces al año administra antiparasitarios a nivel nacional a 100% de los niños en edad escolar. ☐ Administración de antiparasitarios a niños en edad preescolar, escolar y adolescentes. ☐ Fortalecimiento de la vigilancia de laboratorio. ☐ Asegurar la calidad de la entrega del medicamento a través de un programa de monitoreo coordinado entre las Secretarías de Salud y de Educación. ☐ Campaña IEC con énfasis en saneamiento básico. ☐ Participación comunitaria (voluntarios, maestros, líderes, promotores). ☐ Monitoreo y evaluación.	Reducir la prevalencia en niños en edad escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20% según el recuento de huevos.

4.9 Teniasis y cisticercosis

Definición: La cisticercosis es una enfermedad infecciosa producida por la forma larvaria del parásito de la especie *Tenia solium*. La infección por la forma adulta de esa misma especie produce la enfermedad conocida como teniasis.

En Honduras se han detectado las especies *Taenia solium y T. saginata*. Los datos del Servicio de Parasitología del Hospital Escuela para los años 1985-1989 muestran alrededor de 40 a 50 casos identificados en heces por año (2,6 por 1.000 pacientes). Para los años 2003-2006, la detección de muestras positivas disminuyó a 3 casos en 19.000 muestras de heces, sin que hubiera una razón epidemiológica aparente. Según la Encuesta Basal de Prevalencia de Geohelmintos realizada por el Programa Nacional de Zoonosis, Secretaría de Salud y el Departamento de Microbiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en 2001, la mayor prevalencia observada en encuestas parasitológicas es de 7,5% en la Municipalidad de Dulce Nombre de Copán.

Según informes del Laboratorio Nacional de Salud Pública de 2009, en ese año se registró un total de 10 muestras positivas para *Tenia sp.*, que correspondieron a los departamentos de Olancho, Cortés, Copán y Valle.

Estrategias	Objetivo
☐ Coordinación intersectorial. ☐ Establecimiento de un sistema de vigilancia de la teniasis y cisticercosis. ☐ Elaboración y socialización de normas de atención integral ☐ Fortalecimiento del diagnóstico. ☐ Atención y tratamiento a las personas infectadas. ☐ Campañas de IEC con énfasis en saneamiento básico, mecanismos de transmisión y complicaciones. ☐ Monitoreo y evaluación.	Eliminar las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.

Instituto Vidal, OPS, Manual de manejo de enfermedades parasitarias prioritarias en Honduras, segunda edición, 2009.

4.10 Situación de las enfermedades desatendidas por región sanitaria y enfermedad

En el cuadro 1, a continuación, se ilustra la presencia de enfermedades desatendidas en las 20 regiones sanitarias del país; se observa superposición de varias enfermedades en algunas regiones, con un máximo de siete enfermedades en una misma región, como es el caso de Cortés, Choluteca y Olancho.

Cuadro 1. Enfermedades infecciosas desatendidas presentes, por región sanitaria, Honduras, 2010

Región sanitaria	Enfermedad									
	Chagas	Leishmaniasis	Lepra*	Leptospirosis	Rabia canina	Sífilis congénita	Tétanos neonatal	Tétanos no neonatal	Geo-helmintos	Teniasis
Atlántida		X		X		X		X		
Colón		X		X				X		
Comayagua	X	X		X	X					
Copán	X					X			X	X
Cortés		X		X	X	X	X	X	X	X
Choluteca	X	X	X	X				X	X	X
El Paraíso	X	X		X		X		X		
Francisco Morazán	X	X		X					X	
Gracias a Dios				X		x				
Intibucá	X	X		X	X					
Islas de la Bahía				X						
La Paz	X	X			X					
Lempira	X	X								
Ocotepeque	X									
Olancho	X	X		X		x		X	X	X
Santa Bárbara	X	X		X		x			X	
Valle	X	X		X	X		X		X	
Yoro	X	X		X	X			X	X	
Metro Tegucigalpa	X			X		X		X	X	
Metro SPS		X		X		X	X	X	X	
Número de Regiones	14	15	1	16	6	9	3	9	10	4

*Solo se informan casos en Choluteca. No hay sistema de vigilancia para lepra.

5 Programas de enfermedades desatendidas en Honduras

En el cuadro 2 se resumen las características de los programas nacionales de enfermedades desatendidas y otros programas de salud con los cuales podrían integrarse actividades, y se plantean algunas recomendaciones.

Cuadro 2. Resumen por programa y prioridades

Programa y descripción	Recomendaciones
Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis ☐ Depende de la Secretaría de Salud. Cuenta con apoyo político y cooperación externa para realizar actividades de prevención y control; se dirige principalmente a la enfermedad de Chagas. ☐ Es un programa fuerte. Cuenta con una estrategia nacional para ambas enfermedades, con información actualizada; realiza acciones de prevención y control, mayoritariamente para la enfermedad de Chagas. ☐ Cuenta con una mesa técnica funcional y el manual de funcionamiento como parte del Plan Estratégico de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis (PENCHALE).	☐ Realizar acciones integrales para ambas enfermedades, sobre todo en lo concerniente a control vectorial, visitas a las regiones sanitarias y búsqueda de casos, entre otras. ☐ Retomar la mesa técnica para ambas enfermedades ya que las dos están integradas en el PENCHALE. ☐ Integrar al jefe de programa en la mesa técnica para enfermedades desatendidas.
Programa Ampliado de Inmunizaciones Programa fuerte desde el punto de vista estructural y de organización; tiene metas establecidas y cobertura < 90% de la población. Realiza actividades interprogramáticas como administración de vitamina A, fluoración, acciones educativas, entre otras. Cuenta con plan de eliminación del tétanos neonatal y con coberturas de 85% en adolescentes ¿a qué se refieren esta cobertura y la de 90% citada arriba?, aplica las estrategias internacionales para los esquemas de vacunación del el país.	☐ Evaluar la posibilidad de realizar actividades interprogramáticas (por ejemplo, desparasitación en preescolares) con el programa de atención a la mujer, Cobertura del control prenatal y fortalecimiento del parto *seguro, para fortalecer las* acciones de prevención del tétanos neonatal y garantizar el control y eliminación del tétanos neonatal. ☐ Integrar al programa a la mesa técnica para enfermedades desatendidas.
Programa Nacional de ITS/VIH/Sida ☐ Cuenta con un plan de acción nacional para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la eliminación de la sífilis congénita; sin embargo se hace más hincapié en la prevención de la transmisión vertical del VIH. Existe una ficha para identificación de casos de embarazadas con sífilis captadas durante la atención prenatal, cuyo rellenado no se cumple debido a que no ha dado capacitación a todo el personal de las regiones sanitarias. ☐ Se está llevando a cabo un proyecto de prevención de la sífilis congénita, financiado por el UNFPA, a través del cual se realizan pruebas rápidas a todas las embarazadas captadas en atención prenatal; este proyecto solamente se ejecuta en ocho regiones del país.	☐ Integrar las acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH y sida con las de prevención y control de la sífilis congénita aprovechando el contacto de las embarazadas con el sistema de salud para la realización de las pruebas de diagnóstico. ☐ Realizar estudios de cohortes de embarazadas captadas con sífilis para conocer el término del embarazo y el estado de infección del recién nacido.

Programa de Lepra ☐ Este programa no es parte de la estructura de la Secretaría de Salud; no tiene recursos asignados para trabajo de campo, ni controles epidemiológicos, diagnóstico o tratamiento. Solamente se notifican casos en el departamento de Choluteca porque en esa región funciona un programa y por gestión de su responsable para proporcionar tratamiento a los pacientes detectados en los últimos años. No cuenta con normas actualizadas, ni con plan estratégico para la prevención y control. Se cuenta con el apoyo de una organización española (Fontilles Lucha contra la Lepra) que apoya con actividades de capacitación y material educativo.	☐ Integrar el programa de lepra al organigrama de la Secretaría de Salud, y utilizar estrategias para ampliar la cobertura a todo el país. ☐ Actualizar y validar normas del programa. ☐ Elaborar un plan estratégico para la prevención, control y eliminación de la lepra. ☐ Fortalecer la capacidad de la Secretaría de Salud de detectar, diagnosticar y dar tratamiento a los casos de lepra.
Programa de Zoonosis ☐ La rabia y leptospirosis están integradas al sistema de vigilancia epidemiológica. La norma de leptospirosis está siendo revisada por un grupo de especialistas, y la de rabia data de 2001. ☐ Para el control de la rabia se realizan actividades de vacunación canina y atención a personas agredidas; el abastecimiento de vacunas es adecuado, pero no así el del resto de los insumos. No se cuenta con red de frío, pero se recibe apoyo del PAI para el mantenimiento de productos biológicos. ☐ No hay actividades de control de la cisticercosis y se desconoce el comportamiento epidemiológico de la infección desde 2000, año en que se realizaron varios estudios.	☐ Coordinar acciones binacionales entre Nicaragua y Honduras para aplicar el plan estratégico de control de la leptospirosis. ☐ Actualizar las normas de control de leptospirosis. ☐ Elaborar un plan estratégico para el control de la rabia canina en coordinación con el Servicio Nacional de Sanidad Animal (SENASA) y otras organizaciones afines al tema. ☐ Integrar acciones para la prevención y control de la cisticercosis.
Geohelmintiasis No hay un programa de geohelmintiasis en la Secretaría de Salud. Las campañas de desparasitación en la población escolar las lleva a cabo el Programa de Escuelas Saludables, en coordinación entre la Secretaría de Educación con apoyo del Programa Mundial de Alimentos. La Secretaría de Salud, mediante la estrategia AIEPI – AINC y el Programa de Adolescentes, tiene actividades de desparasitación. Existen iniciativas de organizaciones no gubernamentales y otros programas que de manera desarticulada tienen actividades de desparasitación.	☐ Monitoreo de las actividades de desparasitación y evaluación del impacto de las campañas de desparasitación ☐ Coordinar con otras instituciones el mejoramiento de la calidad de agua y manejo de excretas ☐ Incorporación de la desparasitación en menores de años durante la campaña de vacunación

Además de las consideraciones anteriores, es necesario capacitar al personal de los niveles nacional, regional y local, lo cual podría llevarse a cabo mediante la formación de facilitadores con el objetivo de abaratar costos y ampliar la cobertura (metodología de cascada). Por otro lado, se requiere fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, con el fin de garantizar el flujo de información (notificación de casos) conforme a lo establecido en el sistema. Asimismo, es necesario poner en marcha la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) para activar el sistema de alerta de enfermedades con potencial de generar brotes, como es el caso de la leptospirosis, la rabia y la lepra, lo cual puede complementarse con la elaboración de planes de prevención y control entre los países afectados.

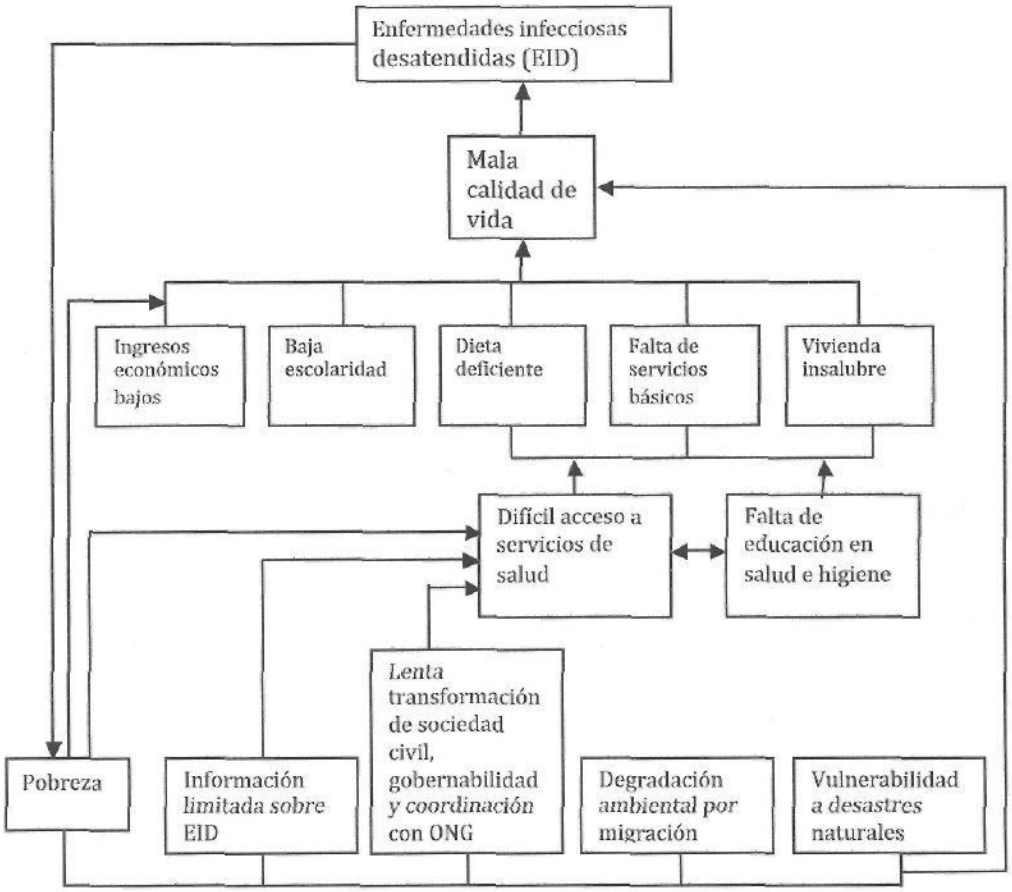
6 Plan Estratégico para la Prevención, Atención, Control y Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas

6.1 Justificación

El análisis epidemiológico y la función rectora de la Secretaría de Salud, así como los acuerdos y compromisos suscritos por el país en relación con las enfermedades infecciosas desatendidas, determinan la necesidad de abordar urgentemente la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y eliminación de esas enfermedades.

El abordaje de este tema tan complejo requiere del compromiso y participación de muchos sectores, tanto gubernamentales como no gubernamentales, incluido el privado, y de la sociedad civil y los gobiernos locales. En la figura 8 se ilustra la relación entre factores sociales, políticos y económicos determinantes de las enfermedades desatendidas.

Figura 8. Relación entre factores determinantes y enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras



La Secretaría de Salud define el presente Plan como el instrumento que armoniza la toma de decisiones con respecto a las enfermedades infecciosas desatendidas en Honduras.

6.2 *Fin*

Contribuir al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de la población de Honduras afectada por las enfermedades desatendidas.

6.3 *Propósito*

Fortalecer la prevención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas mediante la implementación de un plan integral con abordaje intersectorial e interprogramático.

6.4 *Resultados esperados e indicadores*

1. Se habrán priorizado los municipios de intervención del Plan Estratégico de Enfermedades Desatendidas de acuerdo con el perfil epidemiológico para poner en marcha planes integrales.

2. Capacidad de respuesta en todos los ejes transversales del Plan Estratégico (normas, protocolos, diagnóstico, sistemas de información y vigilancia, acceso a servicios de salud, tratamiento e IEC) fortalecida.

3. Se habrán definido las prioridades de investigación operativa y de nuevas tecnologías relacionadas con las enfermedades desatendidas en Honduras.

4. Plan integrado de monitoreo y evaluación elaborado.

Con el fin de monitorear y evaluar la implementación del PEEDH se han definido algunos indicadores trazadores que se incorporan a los indicadores establecidos en las estrategias de cada programa nacional.

Indicadores
de planes integrales municipales en implementación anual /municipios programados cada año
de planes integrales municipales en implementación anual que incluye socios estratégicos
Reducción de la incidencia de las EID intervenidas
de EID con prioridades de investigación definidas con una metodología validada
de subsistemas de información para la vigilancia de las EID que cuentan con datos desagregados por edad, sexo y grupos étnicos
de municipios que han incorporado la desparasitación en menores de 5 años en la campaña nacional de vacunación
de EID que cuentan con material educativo actualizado

6.5 *Implementación del Plan*

Para poner en marcha este plan con acciones integrales de prevención, atención, control y eliminación de las enfermedades desatendidas se ha organizado una Mesa Técnica de Enfermedades Desatendidas (MTED) en la Secretaría de Salud liderada por la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales y los jefes nacionales de los diferentes programas, incluidos los de los programas nacionales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Etnias y Género, que serán los encargados de poner en marcha planes integrales en cada una de las regiones geográficas. Las alianzas con socios estratégicos, aliados y especialistas para realizar acciones intersectoriales y proveer cooperación técnica asegurarán el éxito de este PEEDH.

6.6 Estrategias

Las principales estrategias para llevar a cabo este PEEDH son:

1. Gestión intersectorial e interprogramática con participación de gobiernos municipales y la comunidad
2. Fortalecimiento de la capacidad del sector salud
3. Investigación operativa y nuevas tecnologías
4. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio
5. Promoción de la salud

Se tomarán en cuenta elementos especiales en el abordaje de estas enfermedades en las comunidades donde habitan grupos étnicos específicos. Las actividades se realizarán a través de la organización que exista en la comunidad, con la participación de los líderes reconocidos, adecuadas a la idiosincrasia y con carácter intercultural.

6.6.1 Gestión intersectorial e interprogramática con participación de los gobiernos municipales y la comunidad

Para la gestión intersectorial e interprogramática se conformará una mesa técnica con todos los interesados clave de los diferentes programas de enfermedades desatendidas; se espera así facilitar la conducción y la marcha del Plan, bajo la autoridad de la Subsecretaría de Riesgos Poblacionales.

En la gestión es necesario contar con la participación y compromiso de las autoridades nacionales y jefes de programas, ya que la comunicación con las agencias de cooperación, donantes y otras entidades desde ese nivel político facilita la consecución de financiamiento para los insumos que requieren el control y la prevención de las enfermedades desatendidas (medicamentos, insecticidas, reactivos de laboratorio, asesoría técnica) y para otras actividades que sea necesario realizar.

La sensibilización y participación activa de la comunidad organizada es importante para poner en marcha los planes de prevención, atención, eliminación y control de las enfermedades desatendidas, sobre todo porque éstas se presentan en poblaciones marginales y, en muchas ocasiones, excluidas. La participación de líderes comunitarios y técnicos de las organizaciones no gubernamentales, maestros y líderes religiosos, entre otros, facilita la integración a la población en las diferentes actividades del plan.

Se espera que cada uno de los programas a cargo de las enfermedades desatendidas utilice y fortalezca el sistema de vigilancia epidemiológica y de laboratorio en el ámbito municipal, con el fin de que el análisis de la información sirva para tomar decisiones y diseñar y aplicar intervenciones integradas oportunas

6.6.2 Fortalecimiento de la capacidad del sector salud

La capacidad gerencial de planificación, programación, elaboración de presupuestos, ejecución, monitoreo, evaluación del impacto y movilización de recursos de las autoridades debe fortalecerse para facilitar la marcha del presente Plan.

El análisis de situación se utilizará para fortalecer la capacidad de los equipos nacionales, regionales y locales y se identificarán problemas específicos y comunes a cada una de las enfermedades. También se usará para determinar las necesidades locales de insumos para atenderlas y el apoyo requerido del nivel nacional para elaborar planes para cada una. Se identificarán otros interesados con los que sea posible establecer alianzas para llevar a cabo actividades conjuntas y para aplicar las estrategias de eliminación de las enfermedades en cuestión de forma integrada y costo-eficaz.

6.6.3 Investigación operativa y nuevas tecnologías

Durante la ejecución del plan se identificarán proyectos de investigación potenciales y se promoverá su realización con el fin de obtener información fidedigna y científica tanto cuantitativa como cualitativa de las enfermedades desatendidas y sus intervenciones para orientar la planificación y la consolidación de actividades y acciones para lograr de los objetivos establecidos en el presente Plan.

6.6.4 Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio

Para cumplir los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional (2005) con respecto a la notificación, verificación y control de eventos de salud pública, es necesario contar con subsistemas de información fiables, oportunos y dinámicos, que permitan tomar decisiones efectivas. Estos subsistemas de información y vigilancia deben estar acompañados de la confirmación de laboratorio que defina los tratamientos. Las EID necesitarán un fortalecimiento de estos dos componentes importantes de la vigilancia en salud pública.

6.6.5 Promoción de la salud

La promoción de la salud es una estrategia transversal del presente Plan. Se plantea llevar a cabo una campaña de educación, información y comunicación con los siguientes elementos:

1. El material de educación, información y comunicación puede incluir los aspectos comunes de la transmisión, prevención y control de las enfermedades.

2. El material para escuelas y comunidades debe ser sencillo y comprensible; debe ser específico en el caso de grupos étnicos.

3. Campaña radial o transmisión de viñetas, o ambas, con mensajes educativos

4. Campaña de educación por personal de salud y profesores dirigidos a diferentes audiencias.

5. Monitoreo y evaluación de los puntos anteriores para mejorar continuamente las estrategias de IEC.

6.7 Escenarios para la implementación

El presente Plan considera tres escenarios para su implementación:

1. A través de ejes transversales comunes a todas las enfermedades infecciosas desatendidas.
2. En presencia y superposición de EID en una zona geográfica determinada.
3. En casos de silencio epidemiológico de EID en una zona geográfica determinada.

En el cuadro que figura a continuación se detallan las estrategias, actividades específicas, objetivos de las actividades, instituciones responsables, resultados esperados e indicadores para cada escenario.

6.7.1 *Escenario 1*

A través de ejes transversales comunes a todas las enfermedades infecciosas desatendidas.

Estrategia	Objetivo de la actividad	Instituciones involucradas	Resultado esperado
Fortalecimiento de las capacidades del sector Gestión intersectorial e interprogramática con participación de gobiernos locales	Crear, organizar y coordinar mesas técnicas de desatendidas subnacionales para definir el problema de manera interprogramática e intersectorial con el fin de determinar las estrategias a seguir y elaborar un plan de acción.	Secretaría de Salud a través del Comité Técnico, con el apoyo técnico de la OPS. Alcaldías, otras Secretarías de Estado, ONG y Agencias de Cooperación	Llevar a cabo un diagnóstico local participativo.
	Determinar la prioridad de las actividades propuestas, regiones sanitarias donde se llevarán a cabo y presupuesto.		Planes de acción para la prevención, atención, control y eliminación de las EID en Honduras elaborados a nivel subnacional con socios estratégicos
Fortalecimiento de las capacidades institucionales	Fortalecer la gerencia de los programas y los equipos de salud subnacionales.	Secretaría de Salud Agencias de cooperación técnica OPS	Planes de acción subnacionales elaborados.

Estrategia	Objetivo de la actividad	Instituciones involucradas	Resultado esperado
	Actualizar normas y protocolos de atención, control, prevención de los programas de lepra, leishmaniasis, rabia y leptospirosis.	Secretaría de Salud OPS Agencias de cooperación técnica	Normas de los programas actualizadas y utilizadas.
Investigación operativas y nuevas tecnologías	Brindar evidencia a los gerentes nacionales y subnacionales sobre las prioridades de investigación de cada EID.	Secretarías de Estado, organismos, agencias de cooperación técnica y otras entidades que conforman la MTED. Universidades TDR/OPS	Prioridades definidas y estudios realizados
Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio	Mejorar los subsistemas de vigilancia epidemiológica y de diagnóstico de las EID.	Secretaría de Salud Agencias técnicas cooperantes OPS	Los Programas de EID y equipos subnacionales cuentan con datos desagregados por sexo, edad y grupos étnicos y con información disponible sobre los determinantes de la salud involucrados en las EID
	Fortalecimiento de la red de laboratorio	Secretaría de Salud SENASA Agencias técnicas cooperantes OPS	Vigilancia en salud pública de EID funcionando a nivel nacional y subnacional

Estrategia	Objetivo de la actividad	Instituciones involucradas	Resultado esperado
	Mejorar la gestión de insumos y medicamentos críticos para las EID.	Secretaría de Salud, Despacho Primera Dama, Agencias cooperantes ONGs Municipalidades	Equipos municipales de salud y a nivel nacional cuentan con insumos y medicamentos para tratamientos y diagnóstico oportuno
Promoción de la salud	Mejorar la capacidad técnica de los recursos humanos asignados a la prevención, atención, control y eliminación de enfermedades desatendidas a través de capacitaciones.	Secretaría de Salud OPS Agencias de cooperación técnica	Equipos de salud municipal, departamental y nacional actualizados en diagnóstico, tratamiento, vigilancia, estrategias de control y prevención de las EID.
	Elaborar planes de IEC para acompañar la implementación de los planes subnacionales y por cada EID.	Secretarías de Estado, organismos, agencias de cooperación y otras entidades que conforman la MTED, universidades, medios de comunicación radiales y escritos.	Campañas de IEC realizadas a nivel nacional y subnacional.

6.7.2 Escenarios 2 y 3

En presencia de enfermedades infecciosas desatendidas

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
Enfermedad de Chagas Interrumpir la transmisión vectorial domiciliaria de *T. cruzi* (menos de 1%) e interrumpir la transmisión por transfusión. Eliminar la trasmisión de *T. cruzi* por *R. prolixus*.	Control del vector. Mantener el 100% de tamizaje de la sangre en los bancos de sangre. Tratamiento a 100% de los casos diagnosticados. Campaña IEC. Vigilancia epidemiológica. Participación comunitaria.	Definidas las áreas de intervención. Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. Normas actualizadas y aplicadas. Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico. Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. Pacientes captados con tratamiento garantizado Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual. - Número de personal que ha recibo capacitación. - Número de pacientes diagnosticados por región. - Porcentaje de pacientes diagnosticados y en tratamiento. - Número de muestras enviadas al laboratorio. - Porcentaje de resultados recibidos del total de muestras enviadas. - Número de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados. -Número de otro personal que participa en la campaña IEC. - Número de personas diagnosticadas en fase aguda. - Número de personas diagnosticadas en fase aguda que reciben tratamiento	Programa Nacional de Leishmaniasis + Programa Malaria	JICA, OPS, integrantes de la Mesa Técnica de Chagas.	Proyecto PENCHALE Donación de medicamento

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
Lepra Fortalecer el programa y extender la cobertura a otras regiones geográficas. Meta: Eliminar como problema de salud pública (prevalencia de < de 1 caso por 10,000 habitantes) al primer nivel sub nacional. (estado/departamento) Luchar contra la discriminación y el estigma de la lepra	- Capacitación al personal de salud del programa (epidemiólogos, rehabilitadores) y laboratorio - Equipamiento a laboratorio, informática y oficinas - Búsqueda activa de casos para determinar la incidencia y prevalencia - Seguimiento de casos - Tratamiento con PQT al 100% de los pacientes - Ejecución de planes binacionales de prevención y control (Honduras y Nicaragua) - Detección temprana y tratamiento de las discapacidades - Detección y actuación ante la discriminación y el estigma - Participación comunitaria a través de voluntarios de salud (brigadas) - Campaña IEC.	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y *tratamiento.* - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado.	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticadas por región - Incidencia/ prevalencia - *Número de casos con* discapacidad G-2 - Número de niños con lepra (<= 15 años) - Número de casos multibacilares - (Número casos paucibacilares) - Número de casos mujeres - Porcentaje de pacientes diagnosticados con tratamiento - Número de pacientes con tratamiento completado - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.	Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis + Lepra, para la realización de visitas a los niveles locales e identificación de lesiones *compatibles* con Lepra + Programa TB, Programa de discapacitados de la Secretaría	Fontilles-Lucha contra la lepra-. Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra *(ILEP), OPS* y Ministerio de Salud de Nicaragua, Ministerio del Trabajo	Proyecto Novartis /OPS (donación)
Rabia humana transmitida por perros Interrumpir la transmisión de la rabia transmitida por perros. Meta: Eliminar la rabia humana transmitida por perros (cero casos notificados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Rabia, (SIRVERA), coordinado por la OPS.	- Vacunación de rabia canina a nivel nacional. - Mantener la cobertura alta de vacunación canina a nivel nacional - Tratamiento a los pacientes lesionados	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico,	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticados por región	Programa Rabia + Vigilancia epidemiológica	SENASA, Asociación de municipios de Honduras, Ministerio de Educación,	OPS / a solicitud

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
	- Atención inmediata a los lesionados por mordeduras de posibles animales infectados - Actualización, capacitación en normas nacionales - Toma y envío de muestras para vigilancia de la rabia según normativa. - Ejecución de planes binacionales de prevención y control (Honduras ,Guatemala, Nicaragua y El Salvador) - Fortalecimiento del sistema de red de frío a nivel de la red de servicios - Investigación de brotes - Incrementar la toma y envío de muestras para laboratorio, tipificar las muestras positivas para conocer los virus circulantes. - Campaña IEC	control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado. - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones. - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado.	- % de pacientes diagnosticados con tratamiento - % pacientes fallecidos - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.		Ministerio de Salud y Ministerio de Agricultura y Ganadera de El Salvador, Coordinación de acciones fronterizas	
Sífilis congénita Interrumpir la transmisión de la sífilis de la madre al niño. Meta: Eliminar la Sífilis Congénita como problema de salud pública (menos de 0.5 casos por 1.000 nacidos vivos).	- Entrenamiento y equipamiento - 50% de las regiones sanitarias *mejoran la notificación a través* de la implementación de la ficha vigilancia de sífilis. - Fortalecimiento a la red de laboratorio - Aumento de la cobertura de atención prenatal y detección oportuna de sífilis congénita - Estudio de contactos (diagnóstico y tratamiento de la/s pareja/s sexual/es de la embarazada - Tratamiento oportuno y adecuado al 100% de	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticas por región - % de pacientes diagnosticados con tratamiento. - % de los contactos de las pacientes diagnosticados y tratados. - Número de muestras enviadas. - % de resultados recibidos	Programa nacional de prevención de VIH/ITS + programa de mujer + programa de atención a la niñez + programa adolescente, Laboratorio Nacional	UNFPA, OPS, Ministerio de Educación, Instituto Nacional de Juventud, Iglesias.	

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
	embarazadas con sífilis y a los recién nacidos. - Campaña IEC	prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	del total de muestras enviadas. - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.			
Tétanos Neonatal Eliminar el tétanos como problema de salud pública. Meta: Eliminar la enfermedad como problema de salud pública (menos de 1 caso por 1.000 recién nacidos por año en un municipio o distrito).	- Mantener las coberturas de vacunación con Td en adolescentes y embarazadas no vacunadas. - Mantener la vigilancia de casos de en zonas identificadas de alto riesgo. - Fortalecer la atención integral a *la mujer con énfasis en la* atención prenatal para asegurar 100% de vacunación con Td en embarazadas y atención de parto seguro - Campaña IEC	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado. - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones. - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibido capacitación Número de pacientes vacunadas con Td - Número de casos de tétanos neonatal fallecidos - Número de pacientes diagnosticadas por región - Porcentaje de pacientes diagnosticados con tratamiento. - Número de muestras enviadas. - Porcentaje de resultados recibidos del total de muestras enviadas. - Número de investigaciones realizadas. - Cantidad de material para campaña IEC elaborados. - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.	PAI + Atención a la mujer + Programa sífilis + Programa adolescente	Ministerio de Educación Instituto de la Mujer UNFPA OPS	GAVI OPS
Geohelmintiasis Disminuir la intensidad de las infecciones por geohelmintos en niños en edad escolar y zonas de mayor prevalencia. Meta: Reducir la prevalencia en niños en edad	- Administración masiva de antiparasitarios a los escolares con la estrategia PES 2veces al año. - Administración de antiparasitarios en niños en	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación	Programa Seguridad alimentaria y nutricional+PAI +Programa Ninez+Program a Atención a la	PMA, Ministerio de Educación, PES, Save the Children,	Donación a Programa de Escuelas Saludables

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
escolar en las zonas de alto riesgo (prevalencia de >50%) a una prevalencia de <20% según el recuento de huevos.	edad preescolar durante las campañas de vacunación y adolescentes - Fortalecimiento a la vigilancia de laboratorio. - Ampliar la cobertura de administración de antiparasitarios a escuelas sin estrategia PES 2 veces al año. - Campana IEC con énfasis en saneamiento básico. - Participación comunitaria (voluntarios, maestros, lideres, promotores)	- Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	- Cantidad de pacientes diagnosticas por región - % de pacientes diagnosticados con tratamiento - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.	mujer, programa de atención al adolescente, programa de promoción a la salud, Laboratorio Nacional	UNICEF, Mama Project Inc., Plan Internacional. Catholic Relief Service (CRS), Operación Bendición Honduras, JICA, CARE, OPS.	
Leishmaniasis Fortalecer el control de la leishmaniasis	- Control del vector - Administración de medicamentos al 90% de los casos - Vigilancia de reacciones adversas medicamentosas - Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional - Fortalecimiento de la red de laboratorio - Componente IEC	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticas por región - % de pacientes diagnosticados con tratamiento - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas	Programa de Chagas+Programa Malaria	JICA, OPS, integrantes de la Mesa Técnica de Chagas y leismaniasis	ACDI Proyecto PENCHALE

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
		tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	- Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.			
Teniasis/cisticercosis Disminuir las infecciones por teniasis y prevenir las complicaciones Meta: Eliminar las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.	- Coordinación intersectorial - Establecimiento de sistema de vigilancia de la Teniasis/Cisticercosis - Elaboración y socialización de normas de atención integral - Fortalecimiento del diagnóstico - Atención a las personas - Campañas de IEC con énfasis en saneamiento básico, mecanismos de transmisión y complicaciones.	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticas por región - % de pacientes diagnosticados con tratamiento - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.	Programa Seguridad alimentaria y nutricional	SENASA Zoonosis Alcaldías municipales (PROMDEC A)	
Leptospirosis Disminuir las infecciones por leptospira y prevenir las mortalidad Meta: Eliminar las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza.	- Coordinación intersectorial - Actualización y socialización de normas de atención integral - Fortalecimiento del diagnóstico de laboratorio - Elaboración de manual de control de roedores - Control de roedores	- Definidas las áreas de intervención. - Plan estratégico elaborado e implementado integrado al Plan Integral de EID. - Normas actualizadas y aplicadas - Personal de salud actualizado en normas, diagnóstico, control, prevención y	- Listado de estrategias y propuestas para abordar la enfermedad e implementar el plan. - Plan operativo anual - Número de personal que ha recibo capacitación - Cantidad de pacientes diagnosticas por región - % de pacientes	Programa zoonosis + vigilancia epidemiológica	Asociación de municipios de Honduras, Ministerio de Educación, y Ministerio de	

Enfermedad y objetivo del Plan	Estrategias	Resultado esperado	Indicador	Interacción con otros programas	Socios o aliados	Otros cooperantes
	- Fortalecer la vigilancia epidemiológica a través de la mejora en la notificación - Atención a las personas - Campaña de IEC	tratamiento. - Unidades de laboratorio abastecidas para realizar el diagnóstico - Mejorada la coordinación intersectorial para desarrollar en conjunto acciones de prevención y control. - Pacientes captados con tratamiento garantizado - Contar con información actualizada sobre la enfermedad a través de resultados de investigaciones - Realizada campaña de prevención con enfoque integrado	diagnosticados con tratamiento - Número de muestras enviadas - % de resultados recibidos del total de muestras enviadas - Cantidad de investigaciones realizadas - Cantidad de material para campaña IEC elaborados - Número de otro personal que participan en la campaña IEC.		Agricultura y Ganadera (SENASA, Vigilancia de la salud animal	

7 Presupuesto del Plan Estratégico Enfermedades Desatendidas

7.1 Escenario 1: A Través de ejes transversales a todas las enfermedades infecciosas desatendidas

Componentes	Rabia	leptospirosis	Teniosis *Cisiticercosis*	Sifilis *Congenita*	Tetano *Neonatal*	Chagas y *Leishmaniasis*	Lepra	Geohelmintias *is*	Total
Componente 1.- Coordinación inter e intersectorial	L. 307.600,75	L. 1.291.923,16	L. 593.669,45	L. 170.047,62	L. 553.681,36	L. 15.015.000,00	L. 24.092.099,69	L. 81.961.840,60	**L. 123.985.862,83**
Componente 2. Vigilancia para mejorar la calidad y flujo de información	L. 18.589.926,96	L. 7.492.741,04	L. 8.670.865,06	L. 23.569.886,54	L. 666.518,16	L. 12.617.523,31	L. 4.250.061,88	L. 12.993.055,81	**L. 88.850.578,76**
Componente 3. Movilización Social y participación comunitaria	L. 14.686.975,66	L. 18.456.045,18	L. 1.845.804,52	L. 22.172.076,16	L. 6.477.340,35	L. 10.540.000,00	L. 1.548.965,44	L. 5.063.526,85	**L. 80.790.534,16**
Componente 4. Servicios de Salud	L. 66.134.161,90		L. 3.076.007,53		L. 3.563.599,14	L. 4.880.000,00	L. 702.560,12	L. 495.852,41	**L. 78.852.181,10**
Componente 5.- Supervisión, sistematización, monitoreo y evaluación del diagnóstico, tratamiento y registro adecuados de los casos	L. 7.202.663,88	L. 9.340.296,86	L. 6.398.095,66		L. 296.230,29		L. 332.122,80	L. 590.593,45	**L. 24.160.002,94**
Total Lempiras	**L. 106.921.329,15**	**L. 36.581.006,24**	**L. 20.584.242,22**	**L. 45.912.010,52**	**L. 11.557.369,30**	**L. 43.052.523,31**	**L. 30.925.809,93**	**L. 101.104.869,12**	**L. 396.639.159,79**
Total Dólares	**$ 5.568.819,23**	**$ 1.905.260,74**	**$ 1.072.095,95**	**$ 2.391.250,55**	**$ 601.946,32**	**$ 2.242.318,92**	**$ 1.610.719,27**	**$ 5.265.878,60**	**$ 20.658.289,57**

7.2 *Escenario 2. En presencia y superposición de enfermedades infecciosas desatendidas en una área geográfica determinada*

Enfermedad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total	Fondos nacionales	Brecha
Chagas y leishmaniasis	L. 12.747.523,31	L. 6.900.000,00	L. 5.410.000,00	L. 6.290.000,00	L. 5.380.000,00	L. 6.325.000,00	L. 43.052.523,31	L. 11.120.000,00	L. 31.932.523,31
Lepra	L. 8.249.888,96	L. 4.976.243,30	L. 4.341.708,95	L. 4.408.778,09	L. 4.452.510,48	L. 4.496.680,24	L. 30.925.810,02		L. 30.925.810,02
Rabia	L. 28.643.557,6	L. 15.379.361,98	L. 15.318.879,49	L. 16.159.752,43	L. 15.631.742,70	L. 15.788.035,04	L. 106.921.329,24	L. 24.399.332,98	L. 82.521.996,26
Sífilis congénita	L. 7.244.681,84	L. 6.997.812,00	L. 7.347.702,60	L. 7.715.087,73	L. 8.100.842,12	L. 8.505.884,23	L. 45.912.010,52		L. 45.912.010,52
Tétanos neonatal	L. 1.878.631,50	L. 1.897.417,82	L. 1.916.392,00	L. 1.935.555,92	L. 1.954.911,48	L. 1.974.460,59	L. 11.557.369,31	L. 11.557.369,31	L. -
Geohelmintiasis	L. 17.929.940,0	L. 18.109.239,40	L. 16.020.262,46	L. 16.180.465,08	L. 16.342.269,74	L. 16.522.692,43	L. 101.104.869,11		L. 101.104.869,11
Teniasis/ cisticercosis	L. 5.066.500,00	L. 3.117.365,00	L. 2.995.523,65	L. 3.025.478,89	L. 3.293.083,68	L. 3.086.291,01	L. 20.584.242,23		L. 20.584.242,23
Leptospirosis	L. 8.444.300,00	L. 5.360.484,10	L. 5.414.088,94	L. 6.261.079,83	L. 5.522.912,13	L. 5.578.141,25	L. 36.581.006,25		L. 36.581.006,25
Total Lempiras	L. 90.205.023,21	L. 62.737.923,60	L. 58.764.558,09	L. 61.976.197,97	L. 60.678.272,33	L. 62.277.184,79	L. 396.639.159,99	L. 47.076.702,29	L. 349.562.457,70
Total Dolares US$	$ 4.698.178,29	$ 3.267.600,19	$ 3.060.654,07	$ 3.227.926,98	$ 3.160.326,68	$ 3.243.603,37	$ 20.658.289,58	$ 2.451.911,58	$ 18.206.378,01

7.3 *Escenario 3: Por silencio epidemiológico de enfermedades infecciosas desatendidas en una área geográfica determinada.*

Superposición de EID	Regiones sanitarias	Enfermedades	Costo por enfermedad	Costo total Lempiras	Costo total US$
Regiones Sanitarias con **6 y 7** enfermedades	Cortes	Chagas y leishmaniasis	L. 7.325.891,84	**L. 50.206.411,16**	**$ 2.614.917,25**
		Leptospirosis	L. 7.069.685,90		
		Rabia	L. 19.986.958,96		
		Sífilis congénita	L. 2.715.704,50		
		Tétanos neonatal	L. 1.175.032,29		
		Geohelmintiasis	L. 11.933.137,67		
Regiones sanitarias con **6 y 7** enfermedades	Choluteca	Chagas y leishmaniasis	L. 2.082.934,90	**L. 21.167.745,74**	**$ 1.102.486,76**
		Leptospirosis	L. 2.011.163,64		
		Rabia	L. 5.685.242,25		
		Sífilis congénita	L. 1.975.341,87		
		Tétanos neonatal	623,959,70		
		Geohelmintiasis	L. 6.250.498,85		
		Teniasis	L. 1.151.400,59		
		Lepra	L. 2.011.163,64		

Regiones sanitarias con **6 y 7** enfermedades	Olancho	Chagas y leishmaniasis	L. 2.339.443,08	**L. 15.488.339,24**	**$ 806.684,34**
		Leptospirosis	L. 2.258.276,05		
		Sífilis congénita	L. 1.908.539,19		
		Tétanos neonatal	L. 708.858,92		
		Geohelmintiasis	L. 6.980.598,96		
		Teniasis	L. 1.292.623,04		
Regiones Sanitarias con **6 y 7** enfermedades	Valle	Chagas y Leishmaniasis	L. 766.524,48	**L. 5.572.059,71**	**$ 290.211,44**
		Leptospirosis	L. 740.381,47		
		Rabia canina	L. 3.527.837,71		
		Tétanos neonatal	L. 231.899,28		
		Geohelmintiasis	L. 305.416,77		
Regiones Sanitarias con **6 y 7** enfermedades	Yoro	Chagas y leishmaniasis	L. 2.505.269,26	**L. 20.398.566,90**	**$ 1.062.425,36**
		Leptospirosis	L. 2.418.969,63		
		Rabia canina	L. 7.203.966,09		
		Tétanos no neonatal	L. 751.396,35		
		Geohelmintiasis	L. 7.518.965,57		

Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	El Paraíso	Chagas y leishmaniasis	L. 1.963.224,92	**L. 7.089.113,38**	**$ 369.224,66**
		Leptospirosis	L. 1.895.075,69		
		Sífilis congénita	L. 2.639.255,36		
		Tétanos	L. 591.557,41		
Regiones Sanitarias con 4 y 5 enfermedades	Santa Bárbara	Chagas y leishmaniasis	L. 1.825.877,96	**L. 11.556.514,83**	**$ 601.901,81**
		Leptospirosis	L. 1.762.952,46		
		Sífilis congénita	L. 2.489.328,91		
		Geohelmintiasis	L. 5.478.355,50		
Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	Atlántida	Leishmaniasis	L. 1.839.395,58	**L. 10.782.248,43**	**$ 561.575,44**
		Leptospirosis	L. 1.776.304,01		
		Rabia canina	L. 5.021.179,08		
		Sífilis congénita	L. 1.599.973,14		
		Tétanos no neonatal	L. 545.396,62		

Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	Comayagua	Chagas y leishmaniasis, ,	L. 2.062.655,66	**L. 9.680.177,57**	**$ 504.175,92**
		Leptospirosis	L. 1.990.379,97		
		Rabia canina	L. 5.627.141,94		
Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	Copán	Chagas	L. 2.197.926,08	**L. 10.266.971,44**	**$ 534.738,10**
		Sífilis congénita	L. 1.743.629,54		
		Geohelmintiasis	L. 5.338.952,50		
		Teniasis	L. 986.463,32		
Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	Fco. Morazán	Chagas y leishmaniasis	L. 6.389.023,18	**L. 25.347.238,56**	**$ 1.320.168,68**
		Leptospirosis	L. 3.528.017,38		
		Geohelmintiasis	L. 15.430.198,00		
Regiones Sanitarias con **4 y 5** enfermedades	Intibucá	Chagas y leishmaniasis	L. 1.097.090,14	**L. 5.326.686,51**	**$ 277.431,59**
		Leptospirosis	L. 1.237.226,28		
		Rabia canina	L. 2.992.370,09		
Regiones Sanitarias con **3 o menos** enfermedades	Colón	Leishmaniasis	L. 1.415.824,24	**L. 3.193.716,80**	**$ 166.339,42**
		Leptospirosis	L. 1.374.080,14		
		Tétanos neonatal	L. 403.812,42		

Regiones Sanitarias con **3 o menos** enfermedades	Gracias a Dios	Leptospirosis	L. 403.633,51	**L. 2.826.163,33**	**$ 147.196,01**
		Sífilis congénita	L. 2.422.529,82		
Regiones Sanitarias con **3 o menos** enfermedades	Islas de la Bahía	Leptospirosis	L. 220.841,99	**L. 220.841,99**	**$ 11.502,19**
Regiones Sanitarias con 3 o menos enfermedades	La Paz	Chagas y leishmaniasis	L. 911.261,98	**L. 1.791.072,79**	**$ 93.285,04**
		Rabia canina	L. 879.810,81		
Regiones Sanitarias con 3 o menos enfermedades	Lempira	Chagas y leishmaniasis	L. 1.476.659,62	**L. 1.476.659,62**	**$ 76.909,36**
Regiones Sanitarias con 3 o menos enfermedades	Ocotepeque	Chagas y leishmaniasis	L. 610.595,96	**L. 610.595,96**	**$ 31.801,87**
Total				**L. 203.001.123,96**	**$ 10.572.975,21**

8 Referencias

1. World Health Organization. Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008-2015. (WHO/CDS/NTD/2007.3) Ginebra: OMS, 2007.1. http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_CDS_NTD_2007.3_eng.pdf.

2. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza. CD49.R19. http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Esp.).pdf.

3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano, Honduras 2008/2009. PNUD, Honduras. 2009.

4. Organización Panamericana de la Salud. Control y eliminación de cinco enfermedades desatendidas en América Latina y el Caribe, 2010-2015. Análisis de avances, prioridades y líneas de acción para la filariasis linfática, la esquistosomiasis, oncocercosis, tracoma y helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo. OPS/ OMS. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Prioritization_NTD_PAHO_Dec_17_2010_Sp_cor.pdf.

5. Ehrenberg JP and Ault S. Neglected diseases of neglected populations: Thinking to reshape the determinants of health in Latin America and the Caribbean. BMC Public Health 2005. 5:119. http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/119.

6. Perry GE, et al. Latin America and the Caribbean. Poverty Reduction and Growth: Virtuous and Vicious Circles. World Bank, Latin America and Caribbean Studies, Washington, DC, 2006.

7. Gyorkos, TW. Larocque R. Casapia M. Gotuzzo E Lack of risk of adverse birth outcomes after deworming in pregnant women. Pediatr Infect Dis J. 2006 Sep:25 (9): 791-4.

8. Montresor A, Crompton DWT, Gyorkos TW, and Savioli L. Helminth control in school-age children. A guide for managers of control programmes. World Health Organization, Geneva, Switzerland, (2002). http://www.who.int/wormcontrol/documents/es/itoviii.pdf.

9. World Health Organization. Weekly epidemiological record. No. 16, 81, 145-164. http://www.who.int/wer.

10. Pan American Health Organization. Addressing poverty and exclusion in Latin America and the Caribbean: prevention, control and elimination of the diseases of poverty. PAHO/WHO Regional Strategic Plan Framework 2006-2015.

11. Budke CM, et al. 2005. Global economic impact of cystic echinococcosis. Emerg Infect Dis 12 (2): 296-303.

12. Lvovsky K. Health and Environment. World Bank, Environmental Strategy Papers Series No. 1, Oct.2001. Washington

13. World Health Organization. Global plan to combat neglected tropical diseases 2008-2015. WHO, Geneva, 2007. (WHO/CDS/NTD/2007.3). http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_CDS_NTD_2007.3_eng.pdf.

14. World Health Organization. WHO Position Statement on Integrated Vector Management. WHO, Geneva, 2008. (WHO/HTM/NTD/VEM/2008.2.) http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HTM_NTD_VEM_2008.2_eng.pdf.

15. Organización Mundial de la Salud/UNICEF. Prevención y control de la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo. WHO/CDS/CPE/PVC/2004.9. OMS, Ginebra, Suiza, 2004. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_PVC_2004.9.pdf.

16. Esrey S. Potash J, Roberts L and Shiff C. 1991. Effects of improved water supply and sanitation on ascariasis hookworm infection, schistosomiasis, and trachoma. WHO Bulletin 69 (5):609-621..

17. Awasthi S, Bundy DAP and Savioli L. 2003. Helminthic infections. BMJ Vol. 327:431-433.

18. INE. Proyección de población 2001-2015. www.ine.gob.hn.

19. Secretaria de Salud, Honduras. Plan Nacional de Salud 2021. Honduras, Diciembre 2005.

20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Sobre Desarrollo Humano, Honduras 2008/2009. PNUD, Honduras. 2009.

21. Instituto Nacional de Estadística. XXXVIII Encuesta permanente de hogares para propósitos múltiples. EPHPM. INE. Honduras. Mayo, 2009.

22. Secretaría de Salud de Honduras. Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis. Estrategia nacional prevención y control de la enfermedad de Chagas y leishmaniasis (PENCHALE), 2008-20015. Honduras, 2007.

23. Secretaría de Salud. Honduras. Programa nacional de Chagas. Informe de la Comisión Internacional de Evaluación para obtener la certificación de la interrupción de la enfermedad de Chagas por el vector Rhodnious prolixus en Honduras. Honduras. Noviembre, 2010.

24. Secretaría de Salud de Honduras. Plan Nacional de Salud 2021. Honduras. Diciembre de 2005.

25. Secretaría de Salud de Honduras. Estrategia nacional de control y prevención de Chagas y leishmaniasis. Programa Nacional de Chagas y Leishmaniasis. Honduras, 2009.

26. Secretaría de Salud de Honduras. Programa Nacional de Chagas. Plan Estratégico para la prevención y control de la enfermedad de Chagas (PENCHAGAS) 2003-2007. Honduras, 2003.

27. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, ed. Decimoctava edición, Washington DC, OPS. 2005. (Pub. Cient. y Tecn. No. 613).

28. Panaftosa /Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina: análisis de la situación, 2004.

29. Secretaría de Salud de Honduras. Departamento de ITS/VIH/Sida. Boletín epidemiológico. 2009.

30. de Silva NR, Chan MS, Bundy DA. Morbidity and mortality due to ascariasis: re-estimation and sensitivity analysis of global numbers at risk. Trop Med Int Health 1997;2(6):519–528).

31. Secretaría de Salud. Evaluación de la situación epidemiológica de las geo-helmintosis en Honduras después de varias intervenciones de desparasitación dirigidas a escolares entre el 2001 y el 2003. Informe técnico realizado por Zúniga CV, Ehrenberg JP.

Esta impresión fue realizada por el proyecto OPS/CIDA, "Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades transmisibles para mujeres, niños y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en América Latina y el Caribe" con el financiamiento del Gobierno de Canadá por medio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI)

Canadian International Development Agency | Agence canadienne de développment international