



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



**SECRETARÍA
DE SALUD**

Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en Honduras 2026-2035

Julio 2026



Autoridades de la Secretaría de Salud

Dr. Ángel Eduardo Midence Ochoa

Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. José Miguel Castillo Hurtado

Subsecretaría de Proyectos e Inversiones

Dra. Elvia María Ardón Castro

Directora General de Normalización

Dr. Oscar Antonio Gómez Medina

Dirección General de Riesgos Poblacionales

Dra. Luz María Aguilar Chacón

Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Darlin Carolina Fuentes Fonseca

Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

Licda. Angela María Ayala

Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos

Dr. Homer Mauricio Mejía Santos

Jefe de la Unidad de Vigilancia de la Salud



Equipo técnico responsable de la elaboración de la EGI-Arbovirus Honduras 2026 -2035

1	Dr. José Orlinder Nicolas	PAETV Dirección General de Riesgos Poblacionales (DGRP)
2	Dr. Engels Ilich Banegas	
3	Dra. Fany Mejía	
4	Dra. Jolynette Garcia	
5	Dra. Mirla Rosa	
6	TSA Yeni Henriquez	
7	Dra. Sigris Andrea Romero	Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS)
8	Dr. Pedro Fernando Medina	
9	Lic. Oscar Urrutia	
10	Lic. Ana Rivera	
11	Dr. Joel Maldonado	Laboratorio Nacional de Vigilancia
12	Dra. Rosario Figueroa	
13	Dra. Ely Tinoco	Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud
14	Dr. José Arguijo	
15	Dr. Raul Oconnor	
16	Dra. Dora Mendez	
17	Dra. Tania Carolina Ramos Lobo	
18	Dra. Wendy Xiomara García Barrientos	
19	Dra. Fanny Rivas Gómez	Unidad de Comunicación Institucional (UCI)
20	Lic. Yesenia Herculiano	
21	Dra. Fernanda Anduray	Unidad de Comunicación Social (UCS)
22	Lic. Alejandra Barrientos	
23	Lic. Miguel Guerrero	
24	Dr. José Antonio Samra	Hospital Escuela
25	Dr. Concepción Zúniga Valeriano	
26	Dr. Denis Escobar	Instituto de Investigación Genética - UNAH



27	Dra. Jennifer Hisela Garcia	Región Metropolitana del Distrito Central
28	TSA Hector Enrique Videa	
29	Lic Marilia Barahona	Región Sanitaria de Francisco Morazán
30	Msc. Mercedes Martínez	Post grado de Salud Pública FCM-UNAH

Asistencia técnica de Organización Panamericana de la Salud (OPS)

1	José Luis San Martin Martínez	OPS/OMS Washington
2	Thais Helena Dos Santos	
3	Haroldo Sergio da Silva Bezerra	
4	Gamaliel Gutierrez	
5	Anabelle Alfaro Obando	
6	Guillermo Gonzalvez	
7	José Cruz Rodriguez Martinez	
8	Leticia Franco	
9	Rosa Elena Mejía	OPS/Honduras
10	Karina Arteaga	

Observadores

1	Marcela Banegas	CHAI
2	Richard Luis Ferreira	Medicos Sin Frontera



Tabla de contenido

<i>Autoridades de la Secretaría de Salud.....</i>	<i>2</i>
<i>Equipo técnico responsable de la elaboración de la EGI-Arbovirus Honduras 2026-2035</i>	<i>3</i>
<i>Abreviaturas.....</i>	<i>7</i>
<i>Introducción.....</i>	<i>10</i>
<i>Contexto epidemiológico.....</i>	<i>11</i>
<i>Metas, propósito y modelo de trabajo de la EGI – Arbovirus.</i>	<i>17</i>
Meta	17
Propósito	17
Modelo de trabajo.....	17
Lineas Estrategicas (LEA)	18
<i>Componentes de la EGI – Arbovirus.....</i>	<i>20</i>
<i>Gestión.....</i>	<i>20</i>
<i>Epidemiología</i>	<i>24</i>
<i>Atención al paciente.....</i>	<i>36</i>
<i>Laboratorio.....</i>	<i>52</i>
<i>Manejo Integrado de vectores.....</i>	<i>67</i>
<i>Comunicación estratégica y participación comunitaria</i>	<i>85</i>
Pilares fundamentales del nuevo enfoque	85
Innovaciones tecnológicas y metodológicas.....	87
<i>Ejes transversales y factores facilitadores.....</i>	<i>100</i>
<i>Factores facilitadores</i>	<i>100</i>
<i>Directrices para la implementación de la EGI-Arbovirosis.....</i>	<i>102</i>
<i>Monitoreo y evaluación</i>	<i>104</i>



<i>Cronograma de implementación de la EGI – Arbovirus en Honduras</i>	<i>108</i>
<i>Referencia.....</i>	<i>110</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>112</i>



Abreviaturas

AMHON: Asociación de Municipios de Honduras

BPL: Buenas Prácticas de Laboratorio.

CHIKV: Virus Chikunguña.

CMH: Colegio Médico de Honduras

CPEH: Colegio de Profesionales de Enfermería de Honduras

CEPC: Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria

D.C.: Distrito Central.

DCSA: Dengue Con Signos de Alarma.

DENV: Virus del Dengue.

DG: Dengue Grave.

DGRISS: Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud.

DGVMN: Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo

DSSA: Dengue Sin Signos de Alarma.

Dx: Diagnóstico

EGI: Estrategia de Gestión Integrada.

ELISA: Ensayo por Inmunoadsorción Ligado a Enzimas.

ES: Establecimientos de Salud

ESAVI: Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunizaciones

ET: Equipo Técnico

FAV: Virus Fiebre Amarilla.

IgM: Inmunoglobulina M.

LEA: Líneas Estratégicas de Acción

LVN: Laboratorio Nacional de Vigilancia/ Área Virología.

LVA: Laboratorio de Vigilancia para Arbovirosis



MAYV: Virus Mayaro.

MIV: El Manejo Integrado de Vectores

MNS: Modelo Nacional de Salud

NS1: proteína no estructural 1

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONGs: Organismos no Gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OROV: Virus Oropouche.

OSC: Organismos de Sociedad Civil

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PCR: Reacción En Cadena De La Polimerasa.

PDR: Pruebas Diagnósticas Rápidas.

POE: Procedimientos Operativos Estandarizados.

RELDA: Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus de las Américas.

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

RNLVAH: Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de Arbovirosis de Honduras

RRHH: Recursos Humanos

RS: Regiones Sanitarias

ET: Equipo Técnico

RSD: Regiones Sanitarias Departamentales

RSI: Reglamento Sanitario Internacional.

RELEVA: Red de Laboratorios de Entomovirología las Américas

RVRI: Red de Vigilancia de Resistencia a Insecticidas

RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa.



SALMI: Sistema informático para la administración logística de medicamentos e insumos

SE: Semana Epidemiológica

SENASA: Servicio Nacional de Sanidad e Inocuidad Agroalimentaria.

SESAL: Secretaría de Salud.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

SINARR: Sistema Nacional de Referencia y Respuesta

SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

S.P.S.: San Pedro Sula.

TIE: Técnica del Insecto Estéril

Tx: Tratamiento

UGI: Unidad de Gestión de la Información.

UVS: Unidad de Vigilancia de la Salud.

UNAH: Universidad Nacional Autónoma de Honduras

ViGenDA: Red de Vigilancia Genómica de Arbovirus de las Américas

ViGenDA: Vigilancia Genómica del Virus del Dengue y otros Arbovirus en las Américas

ZIKV: Virus Zika.



Introducción

Las enfermedades arbovirales, principalmente el dengue, Chikunguña, Zika, Oropouche y la fiebre amarilla representan un desafío continuo y prioritario para la salud pública en Honduras. El impacto de estas patologías trasciende la carga operativa de los servicios de salud, afectando de manera directa el bienestar socioeconómico de la población y el desarrollo integral del país.

Frente a este escenario, la Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las enfermedades arbovirales en Honduras 2026-2035 (EGI-Arbovirus), se constituye como un documento estratégico y operativo fundamental para orientar la respuesta nacional ante la ocurrencia de estos eventos durante el próximo decenio. La elaboración e implementación de la estrategia nacional está alineada al Plan Estratégico de la OPS (2025-2030) instrumento que guía el trabajo en conjunto entre la SESAL y la OPS fortaleciendo el sistema de salud nacional avanzando hacia la salud universal, respondiendo a las prioridades regionales de salud y articulando directamente con la implementación y el monitoreo del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para la evaluación de las capacidades nacionales ante emergencias de salud pública.

La finalidad primordial de la EGI-Arbovirus es reducir significativamente la morbilidad, la mortalidad y la carga social y económica generada por estas enfermedades. Para alcanzar este propósito, la estrategia establece un marco metodológico integral que facilita: La planificación operativa basada en evidencia científica y datos epidemiológicos, la coordinación institucional, intersectorial y participación comunitaria efectiva para una gestión conjunta de los determinantes de la salud y la articulación de la cooperación internacional.

En alineación con los lineamientos de la OPS/OMS, la EGI-Arbovirus articula sus acciones en torno a ejes estratégicos clave, fortaleciendo la coordinación y la respuesta nacional con los componentes de gestión, epidemiología, laboratorio, manejo integrado de vectores, atención al paciente, comunicación estratégica y participación comunitaria. Con ello, el país reafirma su compromiso de consolidar un sistema de salud más resiliente, articulado y preparado para responder de forma sostenible a la realidad epidemiológica nacional y a futuras epidemias.



Contexto epidemiológico

Durante el año 2024 en Honduras se reportaron un total de 177,209 casos sospechosos de dengue, de estos 2,250 fueron casos de dengue grave y en comparación para el año 2025, se observó una reducción significativa, registrando un total de 17,368 casos, lo que representa un descenso del 90.11% con respecto al año epidémico 2024. La tasa de incidencia disminuyó de 1,791 (2024) a 173 (2025) por cada 100,000 habitantes y debajo del promedio histórico de los últimos cinco años (561 por 100 mil habitantes).

A pesar de la importante reducción observada en 2025 respecto al año epidémico 2024, el dengue continúa representando un problema prioritario de salud pública en Honduras, debido a su comportamiento endémico, su potencial epidémico y la persistencia de transmisión en diferentes territorios del país. La experiencia de 2024 evidencia la capacidad de la enfermedad para generar incrementos rápidos y de gran magnitud, por lo que la disminución registrada durante 2025 no debe interpretarse como una reducción permanente del riesgo, sino como un período que permite fortalecer las capacidades de preparación y respuesta ante futuros escenarios epidémicos.

En este contexto, para el período **2026–2035** resulta prioritario fortalecer la vigilancia epidemiológica y entomológica, la detección temprana de cambios en la transmisión, la estratificación territorial del riesgo y la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Asimismo, se requiere mantener acciones sostenidas de prevención y control vectorial, con énfasis en los territorios de mayor riesgo y en los períodos de incremento estacional. La utilización oportuna de la información epidemiológica mediante el SNVS para orientar las intervenciones permitirá focalizar los recursos y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia.

El dengue en Honduras presenta un comportamiento estacional, con períodos del año en los que se incrementa la transmisión y aumenta la probabilidad de alcanzar condiciones de alerta o brote, iniciando en la semana epidemiológica 20 y postergándose en un promedio de 10 semanas mas. Este comportamiento se encuentra relacionado, entre otros factores, con las condiciones climáticas favorables para la proliferación del vector, particularmente durante la temporada lluviosa. La identificación anticipada de este período es fundamental para intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica, control vectorial, comunicación de riesgo y preparación de los servicios de salud antes de que se produzca el mayor incremento de casos.



Tabla 1. Casos y tasa de incidencia de Dengue periodo 2024 – 2025 y promedio de los últimos cinco años, Honduras

Periodo	Casos Sospechosos	Tasa de Incidencia (por 10 ⁵ hab.)	Disminución (%)
Año 2024	177,209	1,791	90.11%
Año 2025	17,368	173	-----
Promedio 5 años	56,293	561	69.14%

Población año 2025: 10,039,862 habitantes.

Las regiones sanitarias para el 2025 con mayor incidencia de casos corresponden a la Metropolitana del Distrito Central con 3,922 casos (22.58%), Metropolitana de San Pedro Sula con 1,519 casos (8.75%), Yoro con 1,152 casos (6.63%), Santa Bárbara con 1,058 casos (6.09%), Colón con 1,005 casos (5.79%), Cortés con 997 casos (5.63%), Olancho con 938 casos (5.40%), Atlántida 896 casos (5.16%), Choluteca con 896 casos (5.16%), Comayagua con 730 casos (4.20%), Islas de la Bahía con 690 casos (3.97%) y El Paraíso con 680 casos (3.92%). Estas 12 regiones sanitarias acumulan el 83% del total de los casos sospechosos reportados.

Los casos de dengue grave (DG) para el año 2025 fueron 230, lo que representa una disminución del 89.77% con respecto a los 2,250 del 2024. A pesar de la diferencia en la incidencia entre 2024 y 2025 en caso de dengue grave, se observó una proporción similar entre ambos años (~1.3%).

Aunque la proporción nacional de DG para 2025 fue 1.32%, cinco de las 20 regiones sanitarias superaron este promedio (ver tabla 2).



Tabla 2. Regiones sanitarias que superan la proporción de gravedad nacional por Dengue, Honduras 2025.

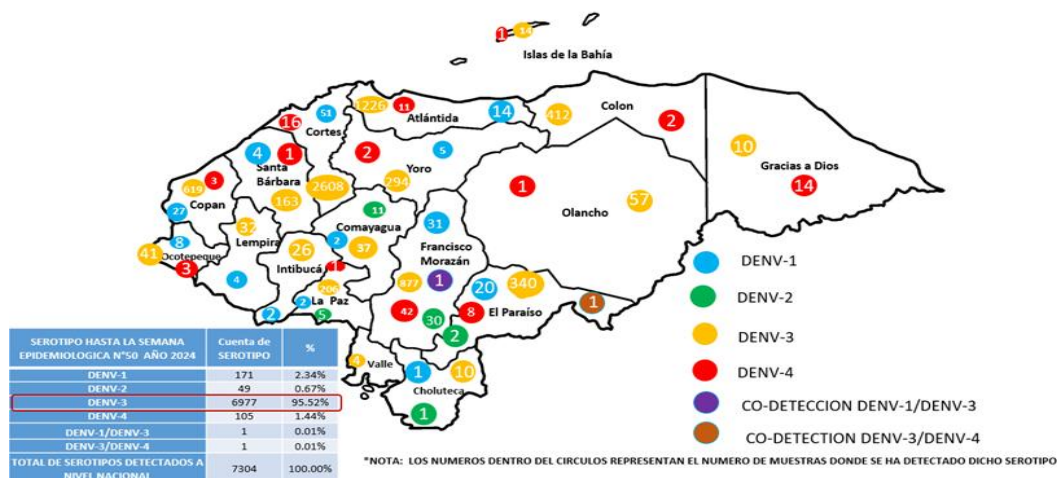
Región Sanitaria	Casos sospechosos	Dengue Grave	Proporción DG (%)	Diferencia a proporción nacional (1.32%)
Choluteca	885	37	4.18%	3.1 veces superior
La Paz	408	13	3.19%	2.4 veces superior
El Paraíso	675	20	2.94%	2.2 veces superior
Metro SPS	1,512	43	2.84%	2.1 veces superior
Copán	353	9	2.55%	1.9 veces superior

En referencia a los rangos de edad con mayor incidencia para 2025, el grupo de edad de 5 a 9 años reportó 2,775 casos sospechosos (16%), seguido de los 20 a 29 años con 2,366 (14%), 10 a 14 años con 2,069 (12%), 1 a 4 años con 1,862 (11%), 30 a 39 años con 1,696(10%) y de 15 a 19 años con 1,520 casos (9%). Estos grupos concentran el 71.3% del total de los sospechosos reportados por los establecimientos públicos en el SNVS.

Durante el año 2024 el Laboratorio Nacional de Virología procesó un total de 21,094 muestras de las cuales 10,008 resultaron positivas lo que representa un porcentaje de positividad del 47%. Para el año 2025 se procesaron 3,772 muestras, de las cuales 476 fueron positivas (13% de positividad) con predominio del serotipo DENV-3 para ambos años.



Figura 1. Distribución de serotipos de Dengue en Honduras, año 2024



Los fallecimientos certificados por comité de mortalidad para el año 2024 fueron 186 casos y en comparación con los 9 fallecimientos certificados para el año 2025, se observa una disminución del 95%. Los rangos de edad mayormente afectados fueron el de 10 a 14 y 20 a 29 años.

A pesar de la reducción de la mortalidad en 2025, cuatro regiones sanitarias superan la tasa de letalidad regional (0.05) (1): Choluteca 0.45% (9 veces superior al indicador regional), Ocotepeque 0.25% (5 veces superior), Valle 0.22% y Cortés 0.20%.

La Región Metropolitana del Distrito Central concentró la mayor morbilidad con 3,926 casos (22.8% del total nacional) y una tasa de incidencia de 288.9 por 100 mil habitantes, a pesar de ello no se ocurrieron defunciones por esta causa (0.00% letalidad).

Año 2026

Hasta la semana epidemiológica (SE) 28 se han reportado 5,801 casos sospechosos por dengue y según su clasificación clínica estos corresponden a DSSA: 4,312, DCSA: 1,387 y DG: 102 casos. Las regiones sanitarias con mayor número de casos son: Metropolitana del Distrito Central (DC), Olancho, Choluteca, Metropolitana de San Pedro Sula (SPS), Yoro, Colón, Cortés, Santa Bárbara, Atlántida, Islas de la Bahía y Comayagua, estas 11 regiones sanitarias acumulan 4,663 casos reflejando el 80% del total reportado.



Los grupos de edad de 5 a 9, 10 a 14, 20 a 29 y de 1 a 4 años acumulan 3,328 casos, aportando el 57% del total acumulado. El género femenino representa el 51% y el masculino el 49% reflejando una razón (1/1).

Para la misma SE. 28 durante el año 2025 se habían certificado 4 fallecimientos por dengue, procedentes de las regiones sanitarias de Cortés (2), Choluteca y Ocotepeque (1 respectivamente), por sexo 3 corresponde a mujeres y 1 a hombre. Durante el año 2026 para esta misma semana epidemiológica 28 se han certificado 3 fallecimientos, todos femeninos, procedentes de las regiones sanitarias de Choluteca (2) y Olancho con 1 fallecimiento.

El Laboratorio Nacional de Virología ha procesado 2,094 muestras por sospecha de dengue de las cuales 307 resultaron positivas (15% de positividad nacional). Las Regiones Sanitarias con mayor positividad son Valle (40%), Choluteca (36%), Intibucá (33%) y Olancho (30%), según su porcentaje de muestras procesadas.

Chikunguña

Durante 2025 se analizaron 867 muestras sospechosas de chikungunya, de estas todas fueron negativas por RT-PCR, por lo que no existe evidencia de circulación activa del virus chikungunya durante el período evaluado. Para el 2026, hasta la SE 28 se han procesado 518 muestras, todas negativas.

Zika

Durante el año 2025 se procesaron 882 muestras para vigilancia de Zika mediante RT-PCR e IgM, las cuales resultaron negativas. Estas muestras correspondieron, en su mayoría, a aproximadamente el 10% de las muestras con resultado negativo para dengue, seleccionadas para ampliar la vigilancia laboratorial hacia otros arbovirus. Durante el año 2026, hasta la SE 28, se han procesado 555 muestras, igualmente con resultados negativos. Adicionalmente, mediante la vigilancia epidemiológica se han notificado 9 casos sospechosos de Zika durante 2026.

Oropouche y Fiebre Amarilla: Aunque Honduras no registra actualmente transmisión activa de estas enfermedades, las alertas epidemiológicas emitidas por la OPS/OMS ante la circulación y expansión de Oropouche y fiebre amarilla en



países de la Región de las Américas evidencian un riesgo potencial de introducción a nuestro territorio. Por ello, es necesario mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica y laboratorial, el diagnóstico diferencial de síndromes febriles y la detección oportuna de casos sospechosos, especialmente ante antecedentes de viaje o exposición en zonas con transmisión activa.



Metas, propósito y modelo de trabajo de la EGI – Arbovirus.

Meta

Contar con capacidades nacionales, regionales y locales fortalecidas para prevenir, detectar, responder y controlar oportunamente las enfermedades arbovirales, mediante una respuesta integrada, coordinada y basada en evidencia científica, que reduzca la morbilidad, mortalidad e impacto social y económico, bajo el liderazgo y rectoría de la Secretaría de Salud.

Propósito

Actualizar la EGI-Arbovirus como documento estratégico nacional para orientar la toma de decisiones, la asignación de recursos y la implementación coordinada de acciones frente al dengue y otras arbovirosis, que fortalezca la respuesta nacional mediante:

Uso integrado de herramientas y tecnologías innovadoras para la vigilancia, el diagnóstico, manejo integrado de vectores, la atención al paciente y la comunicación estratégica y participación comunitaria (CEPC).

Fortalecimiento de la coordinación institucional, intersectorial y participación comunitaria para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones.

Incremento de la resiliencia del sistema de salud frente a escenarios epidemiológicos cambiantes y emergencias por arbovirosis.

Modelo de trabajo

La EGI-Arbovirus se estructura bajo un enfoque de Marco Lógico, organizado en seis componentes principales, de los cuales se desprenden los indicadores, resultados esperados, actividades, tareas y periodicidad correspondiente, permitiendo ordenar de manera coherente los elementos necesarios para su implementación, monitoreo y seguimiento. Asimismo, cada una de las tareas definidas dentro de las actividades de los componentes se encuentra vinculada con las Líneas Estratégicas, promoviendo una respuesta integral a las arbovirosis, coordinada y basada en evidencia.



Lineas Estrategicas (LEA)

LEA1. Consolidar la gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales: mediante un enfoque basado en los determinantes sociales, ambientales y climáticos de la salud, que permita identificar y abordar de manera integral los factores que condicionan la transmisión de las arbovirosis. Este enfoque orientará la formulación, priorización y articulación de intervenciones intersectoriales en los diferentes niveles de gestión, promoviendo acciones sostenibles y oportunas de prevención y control, con participación de los sectores y actores involucrados.

LEA2. Evaluar y fortalecer la capacidad de la vigilancia integrada: integra la vigilancia epidemiológica, entomológica y de laboratorio para mejorar la detección temprana de brotes y la toma de decisiones. Impulsa el uso de indicadores estandarizados en los componentes de la EGI-Arbovirus, sistemas de información interoperables, tableros de monitoreo y procesos continuos de evaluación que fortalezcan el análisis integrado, la preparación y respuesta ante emergencias sanitarias.

LEA 3. Fortalecer los servicios y sistemas de salud para el diagnóstico y manejo clínico: busca garantizar la detección temprana, el diagnóstico diferencial y la atención integral y de calidad de los pacientes en todos los niveles de atención. Incluye la actualización de documentos normativos, el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal sanitario y la optimización de los sistemas de referencia y respuesta, incorporando la preparación y respuesta oportuna ante eventos de alta demanda asistencial. Requiere la articulación permanente entre los componentes de la EGI-Arbovirus y la reorganización de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), asegurando la continuidad de la atención desde el primer nivel hasta los servicios especializados, fortaleciendo la capacidad de respuesta y resiliencia de los servicios, reduciendo la morbilidad y mortalidad y garantizando el acceso equitativo a la atención.

LEA4. Fortalecer las capacidades del manejo integrado de vectores: moderniza las acciones de vigilancia y control vectorial mediante estrategias basadas en evidencia basada en información proveniente de la vigilancia integrada para la focalización de las intervenciones (estratificación) y evaluación sistemática de las acciones de control, fortaleciendo la infraestructura, la capacidad técnica y el uso de nuevas tecnologías e innovación. Promueve la eliminación de criaderos, el control físico, biológico y químico, el monitoreo de la resistencia a



insecticidas y la gestión ambiental con participación de gobiernos locales, líderes comunitarios, sociedad civil, instituciones académicas y otros sectores. Estas acciones contribuyen a reducir la densidad vectorial y el riesgo de transmisión de arbovirosis.

Cuadro 1. Estructura de la EGI-Arbovirus, 2026-2035

Componentes	Ejes transversales	Factores facilitadores
Gestión Epidemiología Atención al paciente Laboratorio Manejo integrado de vectores Comunicación estratégica y participación comunitaria	Comunicación estratégica y participación comunitaria Preparación y respuesta a epidemias por arbovirosis	Gestión Movilización de recursos Alianzas Desarrollo de capacidades Monitoreo Evaluación

Figura 2. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, EGI-Arbovirus, 2026-2035





Componentes de la EGI – Arbovirus

Gestión

El componente de Gestión es la instancia rectora de la Estrategia de Gestión EGI-Arbovirus, responsable de dirigir, coordinar, monitorear y evaluar la implementación integral de la estrategia a nivel nacional, regional y local.

Este componente requiere procesos de negociación y concertación con todos los actores involucrados en la prevención, vigilancia y control de las arbovirosis, tanto dentro como fuera del sector salud, incluyendo municipalidades, instituciones educativas, organizaciones comunitarias y otros sectores estratégicos. El liderazgo de los coordinadores de la EGI-Arbovirus es clave para establecer negociaciones y alianzas intra e intersectoriales, hacer seguimiento a las responsabilidades compartidas, y garantizar la disponibilidad de recursos humanos, financieros y tecnológicos que fortalezcan la respuesta nacional en las distintas fases del ciclo epidemiológico, tanto en los periodos interepidémicos como en los epidémicos, promoviendo una respuesta integrada, sostenible para la prevención y control de las arbovirosis. La estrategia reconoce la necesidad de fortalecer la coordinación entre actores y de posicionar la EGI-Arbovirus como una estrategia nacional.

La EGI-Arbovirosis 2026-2035 promoverá un modelo de gobernanza intersectorial liderado por los gobiernos locales, que facilite la articulación de los sectores de salud, agua y saneamiento, educación, ambiente, gestión del riesgo, desarrollo social y participación comunitaria, entre otros. Este enfoque permitirá ampliar la cobertura de las intervenciones, optimizar el uso de recursos y generar impactos duraderos en la salud de la población. Asimismo, fortalecerá la integración de la prevención y control de las arbovirosis en los planes, presupuestos y mecanismos de coordinación municipal, contribuyendo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular los ODS 3, 6, 11, 13 y 17, mediante acciones coordinadas que favorezcan comunidades más saludables, resilientes y sostenibles.

Competencia, atribuciones, funciones intrínsecas de la Gestión

- Gobernanza y liderazgo institucional.
- Coordinación intersectorial y participación de actores clave.
- Planificación, monitoreo y evaluación de la EGI-Arbovirus.



- Gestión y movilización de recursos en situaciones extraordinarias o de emergencia
- Gestión del conocimiento e innovación.
- Abogacía y posicionamiento político de las arbovirosis.
- Seguimiento a la implementación territorial de la estrategia.
- Rendición de cuentas y sostenibilidad.

Coordinación del componente

La estrategia nacional de la EGI-Arbovirus en Honduras será liderada por el equipo gestor nacional, conformado por autoridades con capacidad decisoria y dirigido por un Coordinador Estratégico nacional designado por la Secretaría de Salud, con responsabilidad de articular acciones interinstitucionales, así como aquellas que requieren alianzas intersectoriales, garantizando la coherencia con las políticas sanitarias nacionales.

Asimismo, la Secretaría de Salud designará un coordinador del equipo Técnico nacional de la EGI quien contará con la autoridad necesaria para convocar y tomar decisiones en el marco del equipo, articular y dar seguimiento a los acuerdos y acciones derivadas de la EGI-Arbovirus, facilitando la integración de los diferentes componentes técnicos y asegurando la implementación de la estrategia en los distintos niveles del sistema de salud.

Mecanismo de apoyo a la coordinación

Para fortalecer la gobernanza de la estrategia, se establecerá un Comité Nacional de Gestión de la EGI-Arbovirus, integrado por representantes de:

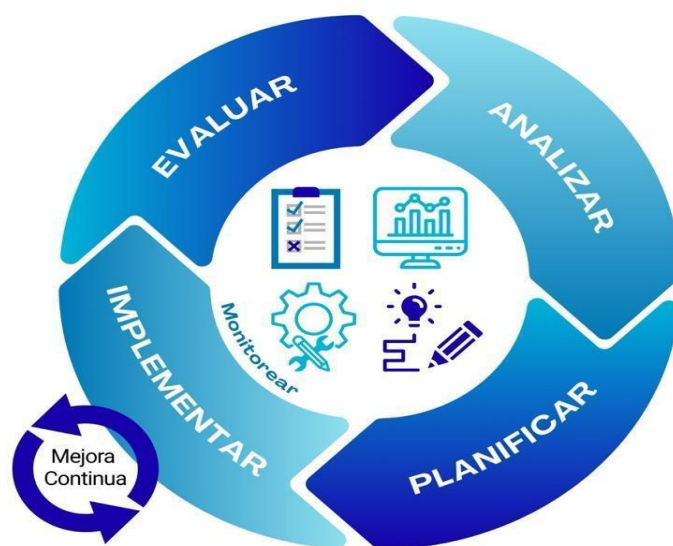
- Dirección General Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Programa de Atención de Enfermedades Transmitidas por Vectores (PAETV)
- Unidad de Vigilancia de la Salud.
- Laboratorio Nacional de Vigilancia.
- Unidad de Comunicación Social
- Unidad de Comunicación Institucional
- Regiones Sanitarias (RS)
- Asociación de Municipios de Honduras (AMHON).



- Academia y centros de investigación.
- Socios estratégicos y organismos de cooperación en calidad de apoyo técnico.

En la EGI-Arbovirus, el ciclo de gestión se concibe como un proceso continuo e iterativo, en el que la planificación, la implementación, el monitoreo y la mejora continua se desarrollan de manera articulada durante la ejecución de las acciones de cada componente. Este enfoque permite incorporar lecciones aprendidas, ajustar oportunamente las intervenciones y fortalecer la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud (Figura 3).

Figura 3. Ciclo de gestión de la EGI-Arbovirus Honduras, 2026-2035



La Secretaría de Salud ha conformado un Equipo Técnico de Arbovirosis en Honduras (ETAH), integrado por las diferentes unidades y direcciones: UVS, Unidad Entomológica, Laboratorio Nacional Virología, Dirección General de Redes Integradas de Servicios de Salud (Primer y segundo nivel de atención), Comunicación Social e Institucional, entre otros. Esta estructura organizativa permite vincular coordinadores por componente con las responsabilidades de las unidades, departamentos y direcciones nacionales que ya ejecutan funciones esenciales de la EGI-Arbovirus dentro de la Secretaría de Salud y brindar el soporte técnico-científico.



Cada Región Sanitaria, deberá replicar la figura de coordinador y de equipo técnico, siguiendo el modelo establecido a nivel nacional.

La vinculación estrecha de la gestión con el resto de los componentes es esencial, apoyándose continuamente con la comunicación estratégica y la participación comunitaria, a fin de proporcionar información dirigida a distintas audiencias, cumpliendo la función de reportar a los tomadores de decisiones, informar a la población, monitorear el progreso y el cumplimiento de los indicadores de la EGI-Arbovirus.

La implementación de la EGI-Arbovirus en Honduras contribuye a la toma de decisiones en los diferentes niveles de la acción política estratégica y operativa, tal como se detalla en el Cuadro 2. Para garantizar la efectividad del componente de gestión, el país ha caracterizado el tipo de decisiones que corresponde a cada nivel y los actores clave que participan en ellos, asegurando una articulación coherente y funcional entre las instancias políticas, estratégicas y operativas (cuadros 3, 4 y 5).

Cuadro 2. Decisiones y actores clave por nivel de acción política durante la implementación de la EGI-Arbovirus

Nivel	Decisiones	Actores Claves
Político	Define los roles, responsabilidades y funciones de los sectores involucrados, y promueve el cabildeo orientado a la prevención y el control de las enfermedades arbovirales, con base en la información generada por el sector salud en el ejercicio de su función rectora.	1. Presidencia del país. 2. Secretaría de Salud. 3. Gobiernos locales (AMHON). 4. Sectores organizados (Academia, IHSS, sector privado, agrícola, ambiental, ONGs, OSC etc.). 5. Congreso Nacional. 6. Otras Secretarías de Estado: Finanzas, Educación, Gobernación, Justicia y descentralización, Medio Ambiente, Desarrollo Social, Agua y Saneamiento. 7. Organismos multilaterales.
	Mantiene y propicia la voluntad política y el soporte financiero en el más alto nivel de decisión.	
	Lidera políticas públicas y marcos legislativos.	



	Garantiza la inclusión de la EGI-Arbovirus en las agendas nacionales de desarrollo y salud pública. Impulsa y apoya la coordinación con otros países y pone énfasis en las áreas interfronterizas.	
Estratégico	Define las directrices técnicas de la respuesta. Adapta las orientaciones a situaciones socioeconómicas y epidemiológicas nacionales y regiones sanitarias Garantiza la coherencia entre las políticas públicas y los planes técnicos.	Dirección y Unidades de la Secretaría de Salud: Coordinadores nacionales de la EGI-Arbovirus, Dirección General de Redes Integradas de Salud, Dirección General de Vigilancia del Marco Normativo, Dirección General de Riesgos Poblacionales (Manejo integrado de vectores), Unidad de Vigilancia de la Salud, Unidad de Comunicación Social e Institucional, Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión, Gerencia Administrativa.
Operativo	Pone en ejecución y hace cumplir las orientaciones metodológicas y directrices nacionales. Planifica, ejecuta, da seguimiento, evalúa y ajusta las intervenciones. Adapta y pone en marcha los procesos en el nivel local. Implementa las acciones en consonancia con las decisiones técnicas, estratégicas y políticas. Monitorea los procesos locales para garantizar la calidad.	Expertos nacionales: en epidemiología, atención clínica, entomología y control vectorial, salud ambiental, promoción de la salud y comunicaciones. Agencias internacionales y regionales de cooperación. Regiones sanitarias. Equipos interdisciplinarios locales. Organizaciones de base comunitaria.



Cuadro 3. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente de gestión

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. EGI-Arbovirus nacional adoptada, ajustada en ejecución con monitoreo periódico.	G1. Proporción de regiones sanitarias con EGI-Arbovirus nacional adaptada y en ejecución. Evaluada por la UPEG	1. EGI-Arbovirus nacional y regionales con resolución ministerial. 2. EGI-Arbovirus elaborados por las regiones sanitarias. 3. Informe anual de monitoreo y evaluación de la EGI-Arbovirus nacional y regional.	Supuestos: 1. El país cuenta con un sistema de salud organizado y funcional, respaldado por una política de salud integral. 2. El país mantiene el compromiso político y la asignación de recursos financieros para la implementación de la EGI-Arbovirus. 3. Existen mecanismos de articulación e integración interinstitucional e intersectorial, con enfoque multidisciplinario y con la participación de los actores sociales involucrados. Riesgos: 1. Fluctuaciones en el plano político y económico del país que puedan afectar la continuidad de la implementación de la EGI-Arbovirus. 2. Inestabilidad de las áreas gerenciales y técnicas vinculadas a la implementación. 3. Escasa voluntad política que limite la participación intrasectorial e intersectorial. 4. Persistencia de cultura de trabajo desintegrada o hiperconcentrada en algunas áreas. 5. Falta de asignación de presupuesto para la implementación de la EGI-Arbovirus.



Cuadro 4. Resultado y actividades: componente de gestión

Resultados	Actividades (R: A)
R1. EGI-Arbovirus nacional adoptada, ajustada en ejecución con monitoreo periódico.	R1A1. Ajustar y oficializar la EGI-Arbovirus nacional y de las regiones sanitarias con las características, necesidades y capacidades del país y actualizarla en consonancia con el documento regional (2026-2035).
	R1A2. Socializar e implementar la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local.
	R1A3. Monitorear y evaluar la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local.
	R1A4. Implementar el proceso de mejora continua de la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local.
	R1A5. Acompañar la adopción de los lineamientos de preparación y respuesta a las epidemias por dengue y de otras enfermedades arbovirales.



Cuadro 5. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente de gestión

Actividad	Tarea	Línea estratégica relacionada	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1A1. Ajustar y oficializar la EGI-Arbovirus nacional y de las regiones sanitarias con las características, necesidades y capacidades del país y actualizarla en consonancia con el documento regional (2026-2035).	1. Conformar el equipo gestor nacional y regional de la EGI-Arbovirus, integrado por un responsable de cada uno de los componentes.	LEA	X			• Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud.	La SESAL debe emitir un acuerdo ministerial de conformación del equipo gestor nacional y regional de la EGI-Arbovirus 2026 - 2035.
	2. Designar el coordinador Estratégico y Coordinador Técnico del equipo gestor nacional y regional de la EGI-Arbovirus.	LEA1	X			• Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud.	La designación del coordinador emitida directamente por la autoridad de Salud les confiere autoridad y respaldo a las responsabilidades del cargo.
	3. Adaptar y someter al proceso de aprobación la EGI-Arbovirus nacional tomando como referencia el documento regional EGI Arbovirus 2026-2035.	LEA1	X			• Subsecretario de Redes Integradas de Servicios de Salud. • Equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirus.	Elaboración y aprobación de un acuerdo ministerial para la EGI-Arbovirus 2026 - 2035.



R1A2. Socializar e Implementar la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local	1. Socialización de la EGI-Arbovirus 2026 - 2035 con las contrapartes interinstitucionales.	LEA1	X	X	X	• Equipo Técnico de Arbovirus de Honduras (ETAH).	
	2. Implementación de la EGI Arbovirosis nacional y en las regiones sanitarias en función de un plan de priorización.	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional y regional	La priorización establecerá la hoja de ruta del proceso de implementación.
	3. Brindar los lineamientos para la elaboración de los planes operativos de las regiones sanitarias que respondan a cada componente.	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional y regional	Los planes operativos deben ser elaborados de acuerdo con las líneas estratégicas de la EGI-Arbovirus.
	4. Hacer abogacía con cooperantes externos y socios estratégicos para el apoyo técnico y financiero para la implementación de la EGI-Arbovirus.	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional y regional	El equipo técnico de la EGI-Arbovirus acompaña a las regiones sanitarias en la identificación de brechas para el apoyo técnico y financiero que facilite la implementación de los planes de trabajo.
	5. Promover mecanismos para la gestión eficiente y rendición de cuentas de los recursos.	LEA1		X	X	• ETAH nacional y regional	La gestión de los recursos debe seguir la lógica de planificación presupuestaria. Sin embargo, es clave conocer y adoptar mecanismos para obtener fondos adicionales que



							faciliten la respuesta en caso de brotes o epidemias.
R1A3. Monitorear y evaluar la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local.	1. Elaborar el plan de Monitoria y Evaluación con criterios claros conforme a los indicadores de cada componente de la EGI-Arbovirus.	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional	Se recomienda integrar y analizar la información en tableros de mando y planes de mejora continua. Es recomendable el trabajo conjunto con las unidades de planificación de la SESAL.
	2. Implementar un sistema de monitoreo y evaluación basado en la metodología estandarizada para la evaluación de las EGI-Arbovirus nacional y regional incluyendo la divulgación de resultados.	LEA1		X	X	• ETAH nacional y regional	Se incluyen en esta estrategia los indicadores definidos por cada componente. Es recomendable el trabajo conjunto con las unidades de planificación de la SESAL.
	3. Implementar las medidas correctivas pertinentes a partir del análisis de los resultados del monitoreo y evaluación.	LEA1		X	X	• ETAH nacional y regional	Plan de Mejora continua.
R1A4. Implementar el proceso de mejora	1. Fomentar la investigación operativa por componente.	LEA1		X	X	• ETAH nacional y regional	Coordinar con institutos y la academia para establecer alianzas y movilizar capacidades y recursos que



continua de la EGI-Arbovirus a nivel nacional, regional y local.							amplíen el alcance de las investigaciones.
	2. Promover un programa de educación continua de las prioridades de capacitación de los componentes de la EGI-Arbovirus.	LEA1		X	X	• ETAH nacional y regional • Dirección General de Desarrollo del Recurso Humano en Salud	Coordinar con Colegios Profesionales, academia y socios estratégicos las capacitaciones priorizadas en sus plataformas virtuales. Integrar como parte del programa de educación continua los cursos publicados por la OPS en el campus virtual de salud pública.
	3. Impulsar la incorporación de nuevas tecnologías para la lucha contra las arbovirosis.	LEA1		X	X	• ETAH nacional	Valorar la incorporación de nuevas tecnologías que contribuyan al resultado de la estrategia. Estudios financieros (costo-beneficio), factibilidad, sostenibilidad, recomendaciones técnicas, evaluaciones, etc.
	4. Promover el fortalecimiento del proceso de interoperabilidad de los subsistemas de información de los componentes de la EGI-Arbovirus.	LEA1		X	X	• ETAH nacional	El proceso debe procurar la actualización de variables, interoperabilidad y transferencia de datos, análisis integrado de información, etc.



	5. Promover la implementación de redes de expertos nacionales y su vinculación con las redes internacionales existentes.	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional	La implementación de redes implica la conformación, consolidación y monitoreo de resultados de las redes y la abogacía del talento humano. Es clave el trabajo coordinado entre las redes.
R1.A5. Acompañar la adopción de los Lineamientos de preparación y respuesta a las epidemias por dengue y de otras enfermedades arbovirales.	1. Adaptar y activar los planes de contingencia de acuerdo con la situación epidemiológica de las arbovirosis	LEA1	X	X	X	• ETAH nacional	Se recomienda consultar los lineamientos de preparación y respuesta a las epidemias por dengue y de otras enfermedades arbovirales de la OPS para el proceso de construcción e integración de los planes de contingencia por componente y el Plan rector Multiamenazas 2026-2030.
	2. Acompañar en la elaboración del plan operativo específico para cada componente.	LEA1	x	x	x	• ETAH nacional y regional	Conforme al plan de implementación de la EGI Arbovirus 2026-2035.
	3. Impulsar la actualización de guías, directrices y documentos normativos de cada componente.	LEA1		x	x	• ETAH nacional • Dirección General de Normalización (DGN)	Realizarlo de acuerdo con las directrices de la DGN, basado en evidencia.



Epidemiología

El componente de epidemiología tiene como finalidad fortalecer un sistema nacional de vigilancia integrado de las enfermedades arbovirales mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) permitiendo la detección temprana de casos, brotes y epidemias, mediante la recopilación, análisis, interpretación y difusión oportuna de información epidemiológica, clínica, laboratorio, entomología y comunicación estratégica y participación comunitaria para orientar la toma de decisiones basada en evidencia. La vigilancia debe desarrollarse bajo un enfoque colaborativo con un análisis integral, sistemático e intersectorial, incorporando la vigilancia basada en indicadores y eventos que den respuesta frente a las emergencias por arbovirosis. Asimismo, promoverá el uso del SNVS para facilitar el monitoreo, la evaluación continua del riesgo y la implementación oportuna de medidas de prevención y control en todos los niveles del sistema de salud. Así como proporcionar recomendaciones claves a los tomadores de decisiones para priorizar los recursos de la respuesta.

Este enfoque de vigilancia integrada de las arbovirosis comprende:

- La recolección continua de los datos provenientes del SNVS de la EGI-Arbivirus mediante los módulos de cada componente con el fin de consolidar una base única y estandarizada.
- El análisis epidemiológico de la información registrada en el SNVS está orientado a identificar y caracterizar el comportamiento epidemiológico de las arbovirosis, así como la tendencia de la enfermedad, detección de brotes, reconocer poblaciones y áreas de mayor riesgo generando evidencia para la toma de decisiones.
- La generación e implementación de acciones de prevención, preparación, respuesta y control basada en los resultados del análisis de la vigilancia integrada con el propósito de reducir la transmisión y la morbilidad por arbovirosis.
- La vigilancia colaborativa como una estrategia fundamental para promover la intersectorialidad y la coordinación entre los equipos técnicos, sustentada en los hallazgos de la vigilancia integrada y la evaluación continua del riesgo, orientando la respuesta de acuerdo con el contexto epidemiológico, con el



propósito de reducir la transmisión, la carga de enfermedad, la morbilidad y el impacto social y económico de las arbovirosis.

Es de importancia destacar que la vigilancia colaborativa es un concepto propuesto por la OMS como parte fundamental del fortalecimiento global para la prevención, respuesta y resiliencia ante las emergencias sanitarias. Esta modalidad de vigilancia promueve la colaboración multisectorial e interinstitucional y fomenta el flujo de información entre los países y las organizaciones para identificar rápidamente las amenazas. Esta colaboración facilita la respuesta coordinada y la toma de decisiones basadas en la evidencia. (2)

Los ejes del sistema de vigilancia integrada de las enfermedades arbovirales se detallan a continuación (cuadros 6, 7, 8 y 9).

Cuadro 6. Sistema de vigilancia integrada: líneas de acción, objetivos y acciones operativas para la prevención y respuesta a enfermedades arbovirales

Línea de acción	Objetivos	Acciones operativas
Detección temprana y caracterización	• Notificación epidemiológica de todo caso sospechoso. • Identificar de manera oportuna la aparición de casos, brotes y epidemias mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). • Caracterizar oportunamente los brotes de enfermedades arbovirales y pronosticar su tendencia. • Detectar oportunamente la circulación de los arbovirus endémicos, así como la aparición de nuevas arbovirosis. • Identificar los grupos poblacionales con mayor riesgo de infección por arbovirosis. Estratificar las áreas de mayor	• Notificación oportuna por medio SNVS para la elaboración de boletines epidemiológicos de las arbovirosis semanalmente. • Emisión de alertas epidemiológicas difundidas a los tomadores de decisiones en todos los niveles administrativos y comunicar a la población con mensajes pertinentes. • Planificación de acciones de prevención, control y respuesta focalizada por nivel operativo de acuerdo con el contexto epidemiológico. Estrategia de comunicación y participación comunitaria focalizada por grupo poblacional priorizado.



	riesgo para enfocar las acciones de control.	
Monitoreo y seguimiento	• Monitorear y dar seguimiento al cumplimiento adecuado en tiempo y forma de las actividades y tareas descritas en la EGI-Arbovirus. • Monitorear la tendencia y propagación de las enfermedades arbovirales en tiempo, lugar y persona mediante el SNVS. • Monitorear grupos poblacionales y áreas de riesgo. • Monitorear rumores, alertas detectadas en la comunidad, percepciones de riesgo y escucha social. • Monitoreo de resultados, mejoras continuas, evaluación del desempeño e interoperabilidad de la información en el SNVS.	• Tablero de monitoreo con mapas, gráficos e informes automatizados en el SNVS. Reportes de datos con recomendaciones para el ajuste de mensajes e intervenciones de acuerdo con la situación epidemiológica. • Reportes de escucha social con recomendaciones para el ajuste de mensajes e intervenciones.
Integración y análisis de información	• Integrar al análisis epidemiológico la información procedente del SNVS (epidemiología, laboratorio, entomología, atención al paciente y comunicación), a efecto de dar cumplimiento a las actividades y tareas descritas en la EGI- Arbovirus. • Generar recomendaciones que permita la toma oportuna de decisiones para las acciones de prevención y control de las enfermedades arbovirales.	• Informes periódicos y extraordinarios de la situación de las enfermedades arbovirales con recomendaciones por componente de acuerdo con el contexto epidemiológico. • Actualmente el SNVS solo cuenta con el componente de epidemiología, laboratorio, reclasificación clínica en el segundo nivel de atención y notificación de fallecimientos.



Evaluación y calidad	• Evaluar la calidad del sistema de vigilancia integral del SNVS que permita desarrollar efectivamente las estrategias de acciones establecidas en la EGI- Arbovirus nacional. • Evaluar el impacto de las acciones de prevención y control de las enfermedades arbovirales descritas en la EGI- Arbovirus. • Evaluar y Fortalecer progresivamente la interoperabilidad y el intercambio de información entre los componentes de la EGI-Arbovirus y los sectores estratégicos relacionados con el enfoque de Una Sola Salud	• Plan de mejora con funcionarios responsables y plazos definidos. • Reporte de desempeño, caracterizando la oportunidad, cobertura y calidad de las acciones implementadas. • Informe de estimación de carga básica (costos directos, impacto local, social, etc.). Evaluación en el marco de monitoreo y evaluación del Reglamento Sanitario Internacional.
----------------------	---	--

Cuadro 7. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente de epidemiología

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. Sistema integrado de vigilancia epidemiológica de las enfermedades arbovirales que optimice el análisis de la información para mejorar la toma de decisiones con enfoque a mejorar el impacto en las acciones de	E1. Proporción de las regiones sanitarias prioritarias con vigilancia epidemiológica integrada implementada en el SNVS.	• Reportes periódicos integrados del nivel nacional en los niveles de atención. Reportes periódicos del nivel local (informes oficiales del sistema). • Plan de respuesta a brotes y epidemias. • Boletines epidemiológicos.	Supuestos: 1.Existencia de un documento normativo “Procedimiento para la Vigilancia. 2. Epidemiológica de las Arbovirosis” en armonía con el protocolo regional. 3. Obligatoriedad de notificar las enfermedades



prevención y control, y evaluar el desempeño.	E2. Proporción de las regiones sanitarias que han replicado la capacitación en la vigilancia epidemiológica en el SNVS y normativa de Vigilancia de Arbovirosis en los diferentes niveles de atención (municipal y local).	• Espacios de colaboración virtual. • Listados y certificados de capacitación en vigilancia epidemiológica en SNVS. • Informes de programas de educación continua. • Planes de acción nacional y regionales que documenten las acciones basadas en el análisis epidemiológico.	arbovirales mediante el SNVS.
	E3. Proporción de las regiones sanitarias que toman decisiones basadas en la vigilancia epidemiológica integral que se ha implementado en el SNVS.	• Informe anual de autoevaluación de los estados parte en el Reglamento Sanitario Internacional (State Party Annual Report). • Informe de evaluaciones externas o internas al sistema de vigilancia epidemiológica integrada de las enfermedades arbovirales en los países.	4. Obligatoriedad de compartir los datos relacionados con la respuesta a las epidemias de arbovirus y del desempeño logrado. Riesgos: 1. Falta de compromiso político para implementar el nuevo enfoque de vigilancia. 2. Falta de desarrollo de plataforma integrada de arbovirosis. 3. Financiamiento insuficiente para la implementación del SNVS principalmente en el nivel local.



Cuadro 8. Resultado y actividades: componente de epidemiología

Resultados	Actividades (R: A)
R1. Sistema integrado de vigilancia epidemiológica de las enfermedades arbovirales que optimice el análisis de la información para mejorar toma de decisiones con enfoque a mejorar el impacto en las acciones de prevención y control, y evaluar el desempeño.	R1A1. Hacer el diagnóstico situacional del uso nacional, regional o local del SNVS y de las fuentes de datos e información relacionadas con las enfermedades arbovirales.
	R1A2. Desarrollar e implementar el uso del sistema integrado de vigilancia de las arbovirosis.
	R1A3. Inteligencia epidemiológica: hacer el análisis integrado de la información de la vigilancia epidemiológica para definir las estrategias de prevención y control epidémico del dengue y de otras enfermedades arbovirales.
	R1A4. Impulsar la investigación epidemiológica de las causas que facilitan la transmisión de estas enfermedades y sus patrones de propagación e intervenciones de control
	R1A5. Evaluar integralmente el sistema de vigilancia epidemiológica y la respuesta frente a los brotes y las epidemias por enfermedades arbovirales.
	R1A6. Divulgar las recomendaciones a los diferentes públicos objetivo.



Cuadro 9. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente de epidemiología

Actividad	Tarea	Línea estratégica relacionada	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1A1. Hacer el diagnóstico situacional del uso nacional, regional o local del SNVS y de las fuentes de datos e información relacionadas con las enfermedades arbovirales.	1. Identificar y analizar la estructura del uso del SNVS y las fuentes de datos disponibles relacionados con la vigilancia epidemiológica y la respuesta a las arbovirosis.	LEA2	X			• Coordinador de epidemiología nacional y regional de la EGI-Arbovirus.	Documentos disponibles para orientar la identificación de las fuentes de datos. 1. Metodologías establecidas por la UVS (uso del tablero para monitorear establecimientos notificantes).
	2. Mapear los recursos logísticos, financieros y tecnológicos necesarios para integrar las fuentes de datos identificadas y que formarán parte del sistema de vigilancia integrada.	LEA2	X			• Coordinador de epidemiología nacional y regional de la EGI-Arbovirus.	El mapeo debe caracterizar las necesidades de personal, cobertura, infraestructura informática y recursos financieros por nivel administrativo del sistema de salud.
R1A2. Desarrollar e implementar el uso del sistema integrado de vigilancia de las arbovirosis.	1. Actualizar el documento normativo “Procedimiento para la Vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis” con la actualización del módulo de arbovirosis en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS).	LEA2	X			• ETAH Nacional	Para el desarrollo del procedimiento, se recomienda seguir las orientaciones emitidas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.



	2.Construcción e implementación de la plataforma de la vigilancia integrada con la información específica de los componentes de: vigilancia, laboratorio, atención al paciente, entomología, comunicación y ambiente en el SNVS.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional	Se considera implementar nuevos módulos dentro de los cuales se considera iniciar con entomología.
	3. Compartir en tiempo real a través de tablero integrado la información generada de cada uno de los componentes de la EGI- Arbovirus	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional	
	4. Generar evidencias basadas en el análisis de datos de la plataforma integrada del SNVS.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional	Socializar con los niveles involucrados a los componentes de la EGI- Arbovirus.
R1A3. Inteligencia epidemiológica: hacer el análisis integrado de la información de la vigilancia integral para definir las estrategias de prevención y control epidémico del dengue y	1.Incorporar modelo de estratificación integrada que responda la situación epidemiológica para priorizar recursos y acciones.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional • Socios estratégicos	



de otras enfermedades arbovirales.	2. Estratificar el riesgo de transmisión por Región Sanitaria, municipal y local para focalizar las intervenciones.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional • Socios estratégicos	El ejercicio de actualización de la estratificación de riesgo debe incorporar la información periódica que genera el sistema de vigilancia epidemiológica integrada de las arbovirosis.
	3. Establecer los criterios para el cambio de fase de la respuesta de acuerdo con los planes de manejo de epidemias de las enfermedades arbovirales en las Regiones sanitarias.	LEA1. LEA2 LEA4	X			• ETAH nacional y regional	Basarse en los Lineamientos de preparación y respuesta a epidemias por dengue y otras enfermedades arbovirales, cuya publicación contempla las orientaciones de las actividades por componente de cada fase.
	4.Activación integrada del plan nacional de respuesta a epidemias a nivel nacional y regional con base en los umbrales establecidos en este documento	LEA1. LEA2	X	X	X	•ETAH nacional y regional •COE-SS	



	5. Divulgar oportunamente la información epidemiológica, los análisis y las recomendaciones técnicas a las instancias correspondientes (nivel político, técnico y a la población) para orientar y mejorar la prevención y el control de las enfermedades arbovirales.	LEA2	X	X	X	• Coordinador de epidemiología EGI-Arbovirus • Comunicación institucional • Comunicación social • DGRIS • Regiones sanitarias	La comunicación de la información y de las recomendaciones debe ser un ejercicio articulado entre los coordinadores de los componentes descritos, definiendo un vocero oficial de la información.
R1A4. Impulsar la investigación epidemiológica de las causas que facilitan la transmisión de estas enfermedades y sus patrones de propagación e intervenciones de control.	1. Estandarizar protocolos, productos, tiempos, roles y retroalimentación de investigaciones y respuesta a brotes y epidemias.	LEA2	X			• ETAH nacional y regional	
	2. Monitorear para llevar a cabo investigaciones operativas a brotes y epidemias, para orientar y evaluar la eficacia de las acciones y estrategias de control.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional • La Academia	Cada uno de los componentes involucrados tiene un rol crucial en el aporte oportuno de información para el monitoreo de cambios en el comportamiento de las arbovirosis.



	3. Coordinar y promover con instituciones científicas, estudios e investigaciones epidemiológicas para determinar las causas clínicas y mejorar las estrategias de control.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional • La Academia • Socios estratégicos	Promover alianzas estratégicas con la academia y otros socios para impulsar las investigaciones epidemiológicas.
R1A5. Evaluar integralmente el sistema de vigilancia epidemiológica y la respuesta frente a los brotes y las epidemias por enfermedades arbovirales.	1. Elaborar e implementar el plan nacional y regional de monitoreo y evaluación de la vigilancia epidemiológica y la respuesta integrada.	LEA2	X	X		• ETAH nacional y regional	El plan nacional y regional de monitoreo y evaluación debe definir plazos y responsables para la entrega de informes periódicos. Es importante tomar las orientaciones de este documento sobre indicadores por monitorear. Se debe tomar como referencia los Lineamientos de preparación y respuesta a epidemias por dengue y otras enfermedades arbovirales
	2. Elaborar y desarrollar una guía de evaluación de la respuesta frente a los brotes y epidemias por enfermedades arbovirales, incluyendo medidas de evaluación del marco de monitoreo de las capacidades básicas del RSI.	LEA2	X	X		• ETAH nacional y regional • Coordinador RSI	Se debe tomar como referencia los Lineamientos de preparación y respuesta a epidemias por dengue y otras enfermedades arbovirales y el RSI.



	3. Realizar la evaluación integral del sistema de vigilancia epidemiológica por enfermedades arbovirales mediante los indicadores de oportunidad, completitud, consistencia y retroalimentación a Establecimientos de Salud y Regiones Sanitarias.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional • DGRIS • Regiones sanitarias	Definir un equipo responsable que dirigirá la evaluación, estableciendo plazos del proceso y productos que generará. Se sugiere implementar la metodología para elaborar <i>after action reviews</i> .
	4. Incorporar los resultados de la evaluación en el ciclo de mejora continua de los planes de vigilancia epidemiológica y de la respuesta a epidemia por enfermedades arbovirales.	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional • DGRIS • Regiones sanitarias	
R1A6. Articular las recomendaciones a los diferentes públicos objetivo.	1. Identificar los diferentes grupos vulnerables para articular las recomendaciones epidemiológicas frente a las arbovirosis.	LEA2 LEA1	X	X	X	• Componente de epidemiología y CEPC EGI-Arbovirosis	Es fundamental tener en consideración las características de los distintos grupos vulnerables a los que llega la información derivada del sistema de vigilancia epidemiológica (sexo, grupos etarios, entre otros).



	2. Presentar los resultados y las recomendaciones a los integrantes de la EGI-Arbovirus junto a otros actores y a otros países en el marco de la vigilancia colaborativa para orientar las acciones.	LEA2 LEA1	X	X	X	• ETAH nacional • RSI	La divulgación de información debe contemplar productos de comunicación adaptados al lenguaje y necesidades de otros sectores que están relacionados con la respuesta integral a los brotes y epidemias por enfermedades arbovirales. El intercambio de información con países vecinos y de la región fortalecen la cooperación, la movilización de recursos y el aprendizaje entre países. Es importante que esta divulgación de información considere los mecanismos definidos por el Reglamento Sanitario Internacional.
--	--	--------------	---	---	---	---	---



Atención al paciente

El componente de atención al paciente de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas 2026-2035, constituye un eje fundamental para enfrentar la compleja situación epidemiológica marcada por la circulación simultánea de dengue, Chikunguña, Zika y otros arbovirus. Esta actualización refuerza la cooperación técnica, la capacitación continua y la articulación de redes de expertos clínicos, con el propósito de mejorar la capacidad de detección temprana, el diagnóstico diferencial y el manejo clínico oportuno en el sistema de salud.

En el ámbito regional, América Latina continúa enfrentando epidemias cíclicas de arbovirosis que generan una presión significativa sobre la sostenibilidad hospitalaria y la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Frente a este escenario, la OPS ha promovido la investigación operativa y el fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como pilares para garantizar una atención integral. La actualización de la estrategia regional enfatiza la necesidad de consolidar la atención clínica en los primeros niveles de contacto con la población, asegurando que los establecimientos estén preparados para responder de manera ágil y coordinada ante brotes epidémicos.

En el contexto nacional, Honduras adopta la actualización de la EGI-Arbovirus como un instrumento clave para reforzar la capacidad de respuesta de la red de servicios de salud en el primer y segundo nivel de atención. El componente de atención al paciente se convierte en un eje prioritario de esta estrategia, orientado a la capacitación continua del personal asistencial, la organización de los servicios frente a diferentes contextos epidemiológicos y el fortalecimiento del sistema de referencia y respuesta (SINARR). Esta articulación se complementa con la vigilancia epidemiológica, laboratorio, manejo integrado de vectores y la CEPC, asegurando un abordaje integral y comunitario que permita reducir la morbilidad, mejorar la calidad de la atención y garantizar la sostenibilidad de las acciones en el marco de los compromisos nacionales e internacionales.

El país dispone actualmente de la versión actualizada del “*Protocolo de Atención para el Manejo Clínico del Dengue, junio 2026*”, instrumento técnico-normativo elaborado por expertos nacionales e internacionales con base en la mejor evidencia científica disponible. El documento incorpora el diagnóstico diferencial de dengue y otras arbovirosis, las directrices clínicas conforme a los criterios fisiopatológicos y terapéuticos propios de cada grupo poblacional, organizando su contenido en tres apartados diferenciados: manejo clínico del paciente adulto, del paciente pediátrico y de la paciente embarazada, con el fin de estandarizar los criterios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento en los distintos niveles de atención.

De igual manera se ha conformado la Red Nacional de Expertos Clínicos de Dengue, integrada por médicos generales y especialistas, distribuidos en los diferentes niveles de



atención, con el objetivo de constituir un mecanismo técnico permanente para el intercambio de criterios clínicos, la discusión de casos y la retroalimentación sobre la aplicación del protocolo. Esta red fortalece la capacitación continua del personal asistencial y contribuye a la homologación de criterios clínicos, favoreciendo la calidad, oportunidad y seguridad de la atención brindada al paciente.

A continuación, se presentan los Cuadros 10, 11 y 12, correspondientes al componente de atención al paciente. Estos cuadros resumen los resultados esperados, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos; además, detallan las actividades, tareas, plazos, responsables y comentarios técnicos. Su organización permite visualizar la secuencia operativa del componente y dar seguimiento a las acciones priorizadas para fortalecer la atención integral de pacientes con dengue y otras arbovirosis.

Cuadro 10. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente de atención al paciente

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. Fortalecimiento de la atención integral del paciente con dengue y otras arbovirosis en toda la red de servicios de salud público y no público, bajo el MNS, enfoque APS y Una Sola Salud.	A1. Proporción de médicos y enfermeras capacitados en el manejo integral de enfermedades arbovirales (diagnóstico clínico y diferencial).	- Guías de atención clínica integral de dengue y otras enfermedades arbovirales, actualizadas y oficializadas. - Estadísticas de cursos virtuales sobre dengue. Registro de capacitaciones presenciales y virtuales, por nivel administrativo, categoría profesional o cobertura geográfica. - Listados oficiales de ES que han recibido e implementado la aplicación de guías y flujogramas de atención al paciente y las reportan. - Registros de planes de contingencia aprobados y validados, con evidencia de su implementación	- Supuestos: - Programa de capacitación continua que cuenta con guías y protocolos de evaluación. - Estabilidad laboral del personal. - Compromiso a nivel gerencial de los ES públicos y privados. - Disponibilidad adecuada de los RRHH, materiales y financieros. - Existencia y disponibilidad de guías actualizadas de atención al paciente con sospecha de enfermedad arboviral y planes de
	A2. Proporción de ES que aplican los documentos normativos y flujogramas de atención para las enfermedades arbovirales.		
	A3. Proporción de ES públicos que cuentan con planes operativos de contingencia frente a		



	enfermedades arbovirales.	durante los brotes o epidemias. - Listado oficial del país con miembros de la red nacional de expertos clínicos en arbovirosis. Informes de supervisión o auditorías clínicas realizadas en los ES (evidencia del uso de documentos normativos actualizados). - Actas de las reuniones técnicas o de los comités nacionales de arbovirosis, en las que se documente la aplicación de los documentos normativos, los planes de contingencia y los de capacitación. - Boletines epidemiológicos producto de los datos de UVS.	contingencia para las situaciones de brotes o epidemias de enfermedades por arbovirus. 7. Financiamiento y estructura disponible para la atención integral de los pacientes con complicaciones y secuelas por enfermedades por arbovirus. Riesgos: - Falta de interés o compromiso del personal de salud para participar en capacitaciones. - Frecuente rotación del personal de salud. - Débil articulación intersectorial.
	A4. Proporción de Red Nacional de Expertos Clínicos en enfermedades arbovirales funcionando.		
	A5. Incidencia de las arbovirosis desagregada por clasificación clínica.		
	A6. Tasa de letalidad para cada arbovirosis.		

Cuadro 11. Resultado y actividades: componente de atención al paciente

Resultados	Actividades (R: A)
R1. Fortalecimiento de la atención integral del paciente con dengue y otras arbovirosis en toda la red de servicios de salud público y no público, bajo el MNS, enfoque APS y Una Salud.	R1A1. Implementar normativas para el manejo clínico de las enfermedades arbovirales en la red de servicios públicos y no públicos.
	R1A2. Preparar técnicamente a los servicios de salud público y no público para la adecuada atención de casos de enfermedades arbovirales.
	R1A3. Reorganizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud público y no público en los diferentes niveles de atención ante situaciones de brotes o epidemias.
	R1A4. Desarrollar líneas de investigación que permitan mejorar las políticas, intervenciones y estrategias para la atención clínica de los pacientes con dengue u otra enfermedad arboviral.

Cuadro 12. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente de atención al paciente

Actividad	Tarea	Línea estratégica relacionada	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1.A1. Implementar normativas para el manejo clínico de las enfermedades arbovirales en la red de servicios públicos y no públicos.	1. Elaborar, Actualizar, documentos normativos para manejo y control de las arbovirosis.	LA3	X	X		- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - DGN. - DGVMN.	Tomar como referencia los documentos técnicos del país
	2. Socializar documentos normativos para manejo y control de las arbovirosis.	LA3	x	x	x	Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención.	la socialización de los documentos normativos incluye al sistema público y no público.
	3. Capacitar personal asistencial de los servicios públicos y no públicos en los documentos normativos de manejo Clínico de dengue y otras arbovirosis.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Unidad de Vigilancia de la Salud.	1. Utilizar la Página Oficial de la SESAL (Normativas vigentes) 2. Usar Campus Virtual OPS (capacitación virtual) y otros socios.



						• Red Nacional de Expertos Clínicos de Dengue	
	4. Realizar el análisis clínico de casos graves y fallecidos para detectar debilidades y fortalezas del proceso de atención las arbovirosis	LA3				• Jefe regional/Unidad de vigilancia de la salud. • Director ejecutivo del hospital/Comité de mortalidad del hospital.	El análisis se debe hacer en las propias unidades de salud durante las primeras 24 horas de ocurrido el fallecimiento e involucrar al personal que participó en la atención del paciente. Se considera integrar la participación de los miembros de las redes nacionales de expertos clínicos en enfermedades arbovirales. Utilizar el documento técnico de la OPS de Orientaciones técnicas para el análisis de fallecimientos por dengue (3).



5. Facilitar cursos virtuales/presenciales de dengue y otras arbovirosis.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Coordinador de la red nacional de expertos clínicos en arbovirosis.	1. Utilizar la Página Oficial de la SESAL (Normativas vigentes) 2. Usar Campus Virtual OPS (capacitación virtual) y otros socios
6. Fortalecer la red nacional y regional de expertos clínicos de arbovirosis.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas.	Debe contar con el apoyo técnico de la Red Regional de Expertos Clínicos en Arbovirosis.
8. Monitorear la implementación del Protocolo Clínico de dengue y otros documentos normativos para manejo y control de las arbovirosis.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. - Director ejecutivo del hospital. - DGVMN nacional y regional	La red clínica participará en el monitoreo de la implementación del protocolo. Utilizar los formatos oficiales de los departamentos de primer y segundo nivel de atención.



R1A2. Preparar técnicamente a los servicios de salud público y no público para la adecuada atención de casos de enfermedades arbovirales.	1. Coordinar con el componente de gestión la capacitación de los directores de los establecimientos de salud, públicos y no públicos, para la organización y respuesta de los servicios de salud.	LA3	X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • ETAH Nacional • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	La OPS puede apoyar esta tarea con los expertos del GT-Arbovirus internacional. Utilizar los formatos oficiales de los departamentos de primer y segundo nivel de atención.
	2. Realizar visitas de monitoreo y supervisión capacitante asegurando el uso de los documentos de organización de los servicios garantizando el seguimiento continuo del paciente en todos los niveles de atención.	LA3	X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	1. El monitoreo continuo del paciente implica que se lleva a cabo desde su ingreso al servicio hasta su egreso o traslado: – Llevar a cabo el triaje o la clasificación adecuada del riesgo. – Implementar el monitoreo adecuado de las áreas de observación, hospitalización y de la unidad de cuidados intensivos. – Disponer de Sistema Nacional de Referencia y Respuesta (SINARR).



	3. Coordinar con el equipo regional de manejo integrado de vectores para mantener establecimientos libres de vectores.	LA3 LEA4	X	X	X	• Regiones Sanitarias • Directores de la Red de Hospitales	Las unidades de salud pueden convertirse en focos de diseminación de la enfermedad al albergar criaderos de mosquitos. Se recomienda el lineamiento de bienes nacionales para el descarte de equipos en desuso, evitando que se conviertan en criaderos dentro de los servicios de salud.
	4. Elaborar / Actualizar anualmente el plan de contingencia en los ES del primer y segundo nivel de atención.	LA3	X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	Se sugiere tomar como referencia los Lineamientos de preparación y respuesta a epidemias por dengue y otras enfermedades arbovirales de la OPS.
	5. Coordinar con el componente de CEPC la capacitación del personal de salud en técnicas de comunicación, para la entrega efectiva de mensajes clave a	LA3 LEA1	X	X	X	• Coordinador CEPC nacional • DGRIS	adaptar mensajes de acuerdo con la situación epidemiológica de las arbovirosis.



	los pacientes durante la consulta u otros entornos.						
	6. Coordinar con el laboratorio clínico que se implemente los mecanismos para el reporte rápido y oportuno de los resultados de los exámenes de los pacientes graves con enfermedades arbovirales para su manejo clínico.	LA3	X	X	X	• Director del servicio de salud (primer y segundo nivel) • Coordinadores de los componentes de atención al paciente y de laboratorio de la EGI-Arbivirus regional	En general, el manejo de las enfermedades arbovirales es clínico. Sin embargo, en el paciente crítico las pruebas confirmatorias son útiles para el manejo del caso.
	7. Garantizar disponibilidad de recursos humanos, insumos médicos y equipos necesarios para la atención adecuada de casos de enfermedades arbovirales.	LA3	X	X	X	• Despacho de salud. • Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Gerencia Administrativa • ULMI Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	La necesidad requerida incluye insumos, materiales, reactivos, medicamentos, equipo, recurso humano entre otros.



	8. Garantizar la calidad de la atención al paciente con enfermedad arboviral.	LA3		X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Unidad de Calidad. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas./Unidad de Calidad. • Director ejecutivo del hospital/ Comité de calidad.	Los errores y las fallas detectadas pueden retroalimentar al sistema con recomendaciones específicas, como un proceso de mejora continua de la calidad de la atención médica.
	9. Monitorear mecanismos de notificación oportuna y de calidad a vigilancia epidemiológica desde las unidades de salud, incluyendo casos sospechosos, graves, fallecidos, eventos inusitados y presentaciones clínicas inusuales.	LA3 LEA2		X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital. • UVS nacional y regional	El reporte oportuno (Ficha epidemiológica de las arbovirosis) de estos eventos es necesario para generar información epidemiológica y poder tomar las medidas correctivas que mejoren la atención médica de los casos sospechosos de arbovirosis.



R1.A3. Reorganizar la capacidad de respuesta de los servicios de salud público y no público en los diferentes niveles de atención ante mi	1. Desarrollar e implementar estrategias de inducción rápida al personal asistencial de salud, sobre el Dx clínico, Tx y seguimiento de casos.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. - Director ejecutivo del hospital.	El GT-Arbovirus internacional de la OPS puede apoyar con expertos en temas específicos para las inducciones virtuales o presenciales. Esta es una de las acciones que las redes nacionales deben contemplar en su plan de acción.
	2. Llevar a cabo las supervisiones capacitantes (in situ) del proceso de atención clínica de los casos de enfermedades arbovirales.	LA3	X	X	X	- Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. - Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. - Director ejecutivo del hospital.	El GT-Arbovirus internacional de la OPS puede acompañar las visitas. La Red Nacional de Expertos Clínicos en Arbovirosis es un actor fundamental en la ejecución de las supervisiones capacitantes.
	3. Ejecutar el plan de contingencia para los servicios de salud de los distintos niveles de atención.	LA3	X	X	X	- Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. - Director ejecutivo del hospital.	Los directores de los servicios de salud deben estar en constante coordinación y comunicación con los coordinadores de los equipos técnicos locales de la EGI-Arbovirus para implementar el plan de contingencia, en la fase que corresponda.



	4. Coordinar con la unidad de comunicación social la ejecución de la estrategia de comunicación de riesgo al personal sanitario, pacientes y población general.	LA3 LEA1	X	X	X	• Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas • Componente CEPC nacional y regional • Director ejecutivo del hospital.	La OPS puede apoyar con expertos internacionales. Durante las consultas médicas, la comunicación entre médico y paciente juega un papel decisivo por la importancia para lograr la efectividad del mensaje.
	5. Priorizar la notificación de información clave para la toma de decisiones.	LA3 LEA2	X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	Información clave que se puede sumar al tablero de mando y a los espacios de colaboración virtual para el monitoreo de la epidemia: tasa de ocupación de camas, casos graves, pacientes fallecidos y número de atenciones diarias. Esta información debe suministrarse con la mayor frecuencia posible, diariamente idealmente, para la toma de decisiones en tiempo real.
	6. Asegurar la continuidad de servicios de salud esenciales durante el brote o epidemia.	LA3	X	X	X	• Dirección general de Redes Integradas en Servicios de Salud/Primer y segundo nivel de atención. • Región Sanitaria/Jefe de Redes Integradas. • Director ejecutivo del hospital.	



R1A4. Desarrollar líneas de investigación que permitan mejorar las políticas, intervenciones y estrategias para la atención clínica de los pacientes con dengue u otra enfermedad arboviral.	1. Coordinar con la academia el desarrollo de investigaciones clínica, y promocionar en los periodos Interepidémicos las capacitaciones de buenas practicas en la investigacion biomedica al personal de salud	LA3	X	X	X	• ETAH nacional y regional Coordinador o referente local de la red nacional de expertos clínicos en arbovirosis. • Socios estratégicos	Es necesario coordinar con epidemiología las investigaciones operativas para la caracterización clínica y epidemiológica que permitan orientar a la comunidad médica en el mejor diagnóstico y manejo de los casos, así como ajustar las intervenciones clínicas en los servicios de salud para evitar la progresión de la gravedad y las muertes.
	2. Identificar y analizar los eventos inusitados y caracterizar clínicamente las enfermedades arbovirales emergentes o reemergentes.	LA3	X	X	X	• Coordinadores de atención al paciente y de epidemiología ETAH nacional y regional • La academia	La Región de las Américas enfrenta emergencias de nuevas arbovirosis debido a la presencia de múltiples arbovirus en sus nichos ecológicos, especialmente en la cuenca amazónica, así como por el alto riesgo de urbanización de la transmisión.
	3. Asociar la caracterización clínica y de eventos inusitados con la investigación genómica.	LA3	X	X	X	• Coordinadores de atención al paciente, epidemiología y de laboratorio nacional • La academia • socios estratégicos	Apoyarse en los expertos de RELDA.



	4. Analizar los fallecimientos por enfermedades arbovirales y sus causas asociadas.	LA3				Directores de hospitales, equipo multidisciplinario de las unidades de salud, miembros de las redes nacionales de expertos clínicos en enfermedades arbovirales.	El GT-Arbovirus internacional de la OPS y la red nacional de clínicos asignan expertos en temas específicos para la revisión de las historias clínicas de los pacientes fallecidos. El análisis de los fallecimientos debe realizarse en compañía de los equipos que atendieron al paciente, con el objetivo de analizar las causas relacionadas con la enfermedad y aquellas relacionadas con el sistema de salud, mismas que pueden ser incorporadas como lecciones en un plan de mejora continua del servicio.
	5. Participar en el análisis de factibilidad y seguridad del uso de las vacunas para arbovirosis.	LA3				- Coordinadores de los componentes de atención al paciente y de epidemiología ETAH nacional - Responsable del PAI - Responsables de los centros nacionales de farmacovigilancia o su equivalente.	Se debe articular la información epidemiológica de arbovirosis con el PAI y la red de atención.



	6. Colaborar en la investigación del curso clínico de los casos crónicos adquiridos o congénitos de las enfermedades arbovirales.	LA3		X	X	X	• Director de hospitales, equipo multidisciplinario de las unidades de salud, miembros de las redes nacionales de expertos clínicos en enfermedades arbovirales. • Coordinador o referente local de la red nacional de expertos clínicos en arbovirosis. • La Academia	Algunas enfermedades arbovirales como Zika y chikunguña tienen secuelas incapacitantes que deben ser seguidas y estudiadas para poder mejorar la atención médica y rehabilitación necesaria.
--	---	-----	--	---	---	---	--	--



Laboratorio

El Componente de Laboratorio constituye un pilar fundamental de la EGI-Arbovirus en apoyo a la vigilancia epidemiológica y entomoviológica, brindando el soporte analítico indispensable para la caracterización virológica y genómica, el diagnóstico diferencial y la respuesta oportuna ante brotes (4).

La Secretaría de Salud mediante el Laboratorio Nacional de Vigilancia/ Laboratorio de Virología coordina la Red Nacional de Laboratorios para la Vigilancia de Arbovirosis en Honduras (RNLVAH), la cual se encuentra distribuida de manera estratégica y regionalizada con el objetivo de garantizar la optimización de los flujos de muestras, la oportunidad en la entrega de resultados para la toma de decisiones oportunas y gerenciales para una cobertura nacional equitativa y eficiente.

La RNLVAH conformada por 20 laboratorios a nivel nacional, de los cuales 16 tienen capacidad instalada y recurso humano calificado para diagnóstico de serología y 5 de ellos con capacidad para realizar pruebas biomoleculares.

Áreas estratégicas que requieren fortalecimiento

Evaluación y Diagnóstico de Capacidades: Monitorear de forma continua la capacidad operativa, analítica y de respuesta de los establecimientos de la RNLVAH, asegurando la suficiencia de talento humano calificado, el mantenimiento preventivo/correctivo del equipamiento tecnológico y la dotación oportuna de reactivos e insumos esenciales, bajo estrictos estándares de bioseguridad y biocustodia.

Capacitación Continua y Control de Calidad: Desarrollar programas permanentes de formación y actualización técnica para el personal de laboratorio en las regiones sanitarias, enfocados tanto en los procedimientos de ensayo como en la implementación rigurosa de los sistemas de gestión de la calidad (evaluación del desempeño, paneles de competencia y control de calidad externo).

Estandarización de Algoritmos Diagnósticos: Adecuar y sistematizar los algoritmos de diagnóstico virológico y serológico recomendados por la OPS, alineados con la situación epidemiológica local, la cinética del virus y la disponibilidad tecnológica, garantizando que todo uso de pruebas de tamizaje cuente con su debido flujo de confirmación estandarizado para evitar registros inexactos o equívocos.

Gestión Logística y Sostenibilidad de Insumos: Planificar y gestionar la cadena de suministro para la adquisición anticipada y oportuna de reactivos, cebadores (primers), sondas, kits de extracción y consumibles críticos para el diagnóstico de arbovirosis,

pág. 52



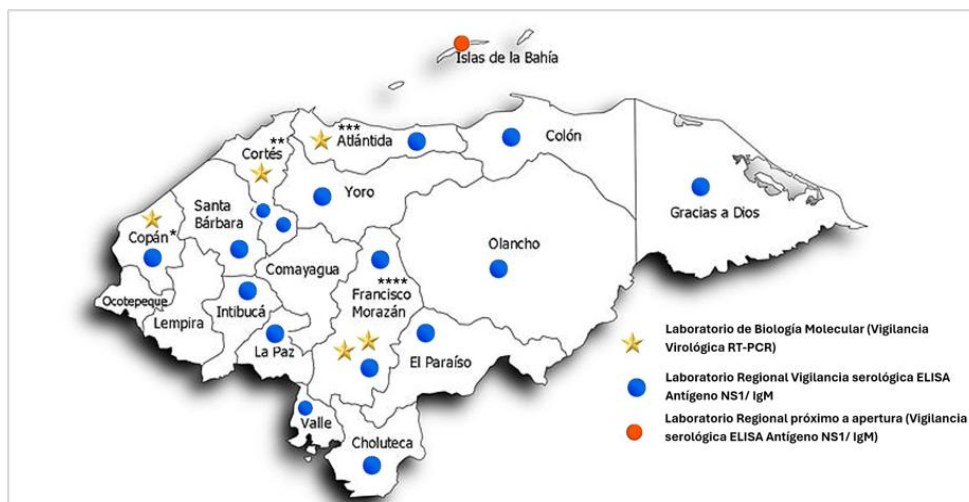
mitigando los riesgos de desabastecimiento en fases de alta transmisión, contando con el presupuesto nacional dentro de la SESAL destinado para la RNLVAH.

Actualización de directrices para la Vigilancia Genómica: Elaborar, actualizar y socializar de forma obligatoria los lineamientos técnicos operativos con la red de laboratorios de biología molecular, fortaleciendo las capacidades de tipificación y la vigilancia virológica/genómica para la identificación oportuna de variantes de interés.

Distribución de Laboratorios para la Vigilancia de Arbovirosis en el País

Con el propósito de garantizar un acceso oportuno, descentralizar la respuesta laboratorial y fortalecer la vigilancia integrada, la SESAL ha dotado de capacidad analítica para la detección de antígenos y anticuerpos (serología) a 16 laboratorios regionales a nivel nacional; mientras que, de forma complementaria, cinco de estos laboratorios cuentan con detección molecular para fortalecer la vigilancia virológica: el Laboratorio Nacional de Virología y los nodos de biología molecular ubicados estratégicamente en Copán, Atlántida, Cortés y el Hospital Escuela, los cuales se encargan del procesamiento de muestras en fase aguda para la detección viral, el diagnóstico diferencial e identificación de los cuatro serotipos del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), así como de la vigilancia de los virus Chikunguña (CHIKV) y Zika (ZIKV), y en nivel central además identificación de Oropouche (OROV), Fiebre Amarilla (FAV) y Mayaro (MAYV).

Figura 4. Red de Laboratorios con capacidad diagnóstica de las Arbovirosis en Honduras



* El Laboratorio de Vigilancia de Arbovirosis (LVA) de Copán da cobertura para detección serológica y molecular a los LVA de Ocotepeque y Lempira, y solamente molecular al LVA de Intibucá.

** El LVA de Cortés da cobertura para detección molecular a los LVA de Santa Bárbara, Yoro y la Metropolitana de San Pedro Sula.

*** El LVA de Atlántida da cobertura para detección molecular a los LVA de Colón, Gracias a Dios e Islas de la Bahía y a este último de serología también.

**** El LNV da cobertura para detección molecular a los LVA de La Paz, Valle, Choluteca, El Paraíso, Olancho, Gracias a Dios y Comayagua a este último de serología también.



A continuación, se presentan los Cuadros 13, 14 y 15, los cuales detallan la planificación estratégica y operativa correspondiente al componente de laboratorio para la vigilancia integral de las arbovirosis en Honduras. Específicamente, el Cuadro 13 expone el resultado esperado junto con sus indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos; el Cuadro 14 desglosa las actividades asociadas para alcanzar dicho resultado; y el Cuadro 15 detalla las tareas específicas, la línea estratégica relacionada, los plazos de ejecución, los responsables institucionales y los comentarios clave para su debida implementación.



Cuadro 13. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente de laboratorio

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. Información diagnóstica y epidemiológica generada por la RNLVAH, que sea oportuna, confiable y de alta calidad para la toma de decisiones estratégicas en la vigilancia, prevención, mitigación y control de las arbovirosis en Honduras.	L1. Participación activa del Laboratorio Nacional de Virología (LNV) en la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus de las Américas (RELDA).	• Certificados o constancias de participación anuales emitidos por la RELDA / OPS. • Informes de evaluación del desempeño en paneles de control de calidad interlaboratorial internacional. • Actas de asistencia, ponencias en reuniones y registros en webinar organizados por RELDA.	Supuesto: 1. La OPS/OMS mantiene activa la red de colaboración regional y asigna paneles de evaluación. Riesgo: 1. Limitaciones presupuestarias institucionales o barreras en los procesos aduaneros para la recepción oportuna de paneles de control internacional. 2. No obtener los permisos institucionales para la asistencia a las reuniones anuales, y en la participación en los paneles de proficiencia.



	L2. Proporción de laboratorios de la RNLVAH con sistemas implementados de Control de Calidad Directo e Indirecto validados por el LNV.	• Informes trimestrales y anuales de evaluación del Control de Calidad emitidos por el LNV. • Registros y bitácoras del control de calidad interno/externo en que participan los laboratorios regionales con el envío de muestras del control indirecto y el procesamiento del control directo. 3 certificados de aprobación de control de calidad otorgados por el LNV a las unidades de la RNLVAH.	Supuesto: 1. Los laboratorios regionales cumplen con la frecuencia de envío de alícuotas para evaluación indirecta. Riesgo: 1. Desabastecimiento de insumos para evaluación o ruptura de la cadena de frío durante el transporte de muestras desde las regiones.
	L3. Proporción de laboratorios de la red con flujogramas y algoritmos diagnósticos oficializados por el LNV y armonizados con las directrices de la OPS/OMS.	• Documento técnico de algoritmos y flujogramas firmado y publicado oficialmente por la SESAL/LNV. • Manuales de Procedimientos Operativos Estandarizados (POE) en cada laboratorio. 3 informes de supervisión y listas de cotejo de capacitaciones aplicadas en la RNLVAH.	Supuesto: 1. Existe un proceso ágil de homologación y adopción de normativas por parte del personal del laboratorio. Riesgo: 1. Alta rotación de personal en laboratorios regionales que dificulta el apego continuo a los algoritmos oficializados.
	L4. Proporción de laboratorios de la red con capacidad instalada para el diagnóstico serológico (ELISA NS1/IgM), molecular (RT-PCR) y	• Inventario técnico actualizado de equipos y reactivos de la RNLVAH. • Reportes y bitácoras de secuenciación genómica emitidos por el LNV. • Registros de mantenimiento preventivo/correctivo de equipos	Supuesto: 1. Asignación presupuestaria continua e indispensable para la adquisición de kits PCR y reactivos de secuenciación y otros. 2. La dotación y adquisición de equipos para la Red se realiza bajo criterios de estandarización previa, garantizando



	capacidad centralizada en el LNV para caracterización genómica.	térmicos, automatizados y de secuenciación.	compatibilidad con los stocks de insumos, disponibilidad de repuestos y competencias técnicas del personal en la Red de Laboratorios. Riesgo: 1. Averías en equipos de alta tecnología sin contratos de mantenimiento vigentes o desabastecimiento de reactivos en el mercado nacional/global. 2. Adquisición o recepción de equipos no estandarizados que comprometan la sostenibilidad operativa debido a la incompatibilidad de insumos, falta de repuestos o limitaciones en las competencias del personal para su manejo.
	L5. Proporción de laboratorios con capacidad analítica instalada para el diagnóstico diferencial de arbovirus según su nivel de resolución (DENV, CHIKV y ZIKV a nivel regional; MAYV, OROV y FAV de forma exclusiva en el LNV).	• Consolidados del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) con resultados de diagnóstico diferencial. • Informes de vigilancia virológica para arbovirus emergentes y reemergentes (Mayaro, Oropouche, Fiebre Amarilla). • Formularios institucionales de envío/recepción de muestras referidas al LNV.	Supuesto: 1. La red de transporte de muestras entre las regiones sanitarias y el LNV opera con regularidad y eficiencia. Riesgo: 1. Sobrecarga analítica del LNV por baja capacidad de tamizaje primario regional durante brotes simultáneos de arbovirosis.



Cuadro 14. Resultado y actividades: componente de laboratorio

Resultados	Actividades (R: A)
R1. Información diagnóstica y epidemiológica generada por la RNLVAH, que sea oportuna, confiable y de alta calidad para la toma de decisiones estratégicas en la vigilancia, prevención, mitigación y control de las arbovirosis en Honduras.	R1A1. Fortalecer la capacidad de respuesta del LNV y de los laboratorios regionales que conforman la RNLVAH.
	R1A2. Garantizar el flujo de información desde el LNV y la RNLVAH hacia los actores del sistema de salud, la EGI-Arbovirus y los centros de enlace del RSI.
	R1A3. Planificar la estandarización y transferencia metodológica desde el LNV hacia los laboratorios regionales y moleculares para el manejo estandarizado de reactivos, controles internos e insumos críticos para la red.
	R1A4. Implementar herramientas innovadoras para complementar la vigilancia integrada de las arbovirosis.
	R1A5. Establecer líneas prioritarias de investigación operativa para fortalecer el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica integrada.



Cuadro 15. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente de laboratorio

Actividad	Tarea	Línea estratégica relacionada	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1A1. Fortalecer la capacidad de respuesta del LNV y de los laboratorios regionales que conforman la RNLVAH.	1. Realizar un levantamiento de información y diagnóstico situacional de las capacidades instaladas y funcionales (infraestructura, equipos analíticos, talento humano) en la red de laboratorios del sector público (SESAL)	LEA2	X	X		• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Directores de las Regiones Sanitarias y Jefes de Laboratorios Regionales de la RNLVAH.	Apoyarse en la Secretaría Técnica de la RELDA. Se debe actualizar sistemáticamente la matriz de capacidades de la RNLDAH a nivel nacional. Realizar una encuesta a la red para evaluar las capacidades de diagnóstico.
	2. Ampliación progresiva de la red de detección molecular de acuerdo con la disponibilidad de recursos.	LEA2			X	• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Directores de las Regiones Sanitarias y Jefes de Laboratorios Regionales de la RNLVAH.	Evaluar la ampliación de acuerdo con recurso humano, ubicación estratégica como fronteras internacionales, y financiamiento disponible.



3. Elaborar, validar y socializar el documento normativo de Laboratorio para el diagnóstico de las Arbovirosis en Honduras, incluyendo la actualización de los flujogramas diagnósticos y los indicadores de desempeño.	LEA2		X		• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Comité de Control de Calidad del LNV. • DGN	Alinear estrictamente con los documentos normativos de la OPS/OMS y garantizar su cumplimiento obligatorio en los tres niveles de atención. Definir indicadores de desempeño (oportunidad, rechazo, trazabilidad, transporte, conservación) y garantizar la retroalimentación.
4. Implementar capacitación continua para la red de laboratorios en áreas diagnósticas, bioseguridad, transporte seguro y genómica.	LEA2		X	X	• Coordinación de Laboratorio vigilancia genómica. • Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Coordinadores Regionales de la RNLVAH. • ETAH nacional.	Respaldarse en la experiencia del Programa de Evaluación Externa de la Calidad (PEEC) y la asistencia técnica de los centros colaboradores de la OPS (ej. WHOCC/CDC).



	5. Actualizar y socializar protocolos y flujogramas diagnósticos de arbovirosis adaptados al contexto nacional y a las alertas de la OPS/OMS.	LEA2	x	x	x	• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Coordinadores de los Laboratorios Regionales y de Biología Molecular	Apoyarse en la Secretaría Técnica de la RELDA y los lineamientos de la OPS. Asegurar la divulgación y cumplimiento estricto de la prohibición del uso de pruebas rápidas en la red oficial.
	6. Elaborar, validar y socializar el Plan de Contingencia Institucional del LNV y la RNLVAH para garantizar la continuidad del diagnóstico ante epidemias y picos inusuales de arbovirosis.	LEA2	x	x		• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • ETAH Nacional • Coordinadores de los Laboratorios Regionales.	Incorporar plantillas del Plan de contingencia para mitigar el desabastecimiento de insumos, salvaguardar la cadena de frío, asegurar las rutas de envío mediante el sistema de triple Embalaje y redistribuir la carga analítica entre los laboratorios de la red ante epidemias y picos inusuales de arbovirosis.
R1A2. Garantizar el flujo de información desde el LNV y la RNLVAH hacia los actores del sistema de salud, la EGI-Arbovirus	1. Actualizar las directrices nacionales de vigilancia laboratorial de acuerdo con la situación epidemiológica.	LEA2	x	x	x	• Coordinación del componente de laboratorio (EGI-Arbovirus Honduras). • Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS).	El trabajo conjunto interprogramático con las áreas de epidemiología, atención al paciente y manejo integrado de vectores es fundamental para la actualización de las directrices dadas por el laboratorio en relación con el diagnóstico de las arbovirosis.



y los centros de enlace del RSI.	2. Desarrollar interoperabilidad con el SNVS y asegurar la carga periódica de datos de laboratorio en todos los niveles.	LEA2		x	x	• Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • UGI	Consolidar espacios de colaboración virtual provistos por la OPS y cooperantes/socios estratégicos para automatizar el procesamiento de datos del SNVS, facilitar la elaboración de informes y agilizar la respuesta epidemiológica.
	3. Continuar con la elaboración de informes y boletines periódicos de la red y compartirlos para actualizar la plataforma de la RELDA.	LEA2	X	X	X	• Coordinación del Área de Virología del LNV. • ETAH nacional	Es necesario estandarizar los formatos oficiales de la SESAL y definir la periodicidad (semanal/mensual) de los mecanismos de envío de esta información internacional.
	4. Garantizar la participación activa del país en las reuniones técnicas anuales nacionales y regionales convocadas por la red internacional (RELDA).	LEA2	X	X	X	• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. (como Laboratorio Nacional de Referencia).	El intercambio de experiencias entre pares fortalece las competencias de la RNLVAH, el trabajo en red y la cooperación técnica en la Región de las Américas.
	5. Vincular al LNV a la inteligencia epidémica y enfoques intersectoriales bajo la estrategia "Una Sola Salud" (humana, animal y ambiental).	LEA2	X	X	X	• ETAH nacional y regional. Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Enlaces intersectoriales (ej. SESAL, SENASA).	Este enfoque favorece la vigilancia prospectiva y el diagnóstico diferencial de patógenos zoonóticos y arbovirus emergentes en el territorio hondureño.



R1A3. Planificar la estandarización y transferencia metodológica desde el LNV hacia los laboratorios regionales y moleculares para el manejo estandarizado de reactivos, controles internos e insumos críticos para la red.	1. Crear un repositorio institucional de los kits comerciales de diagnósticos que cuentan con registro sanitario y aprobación técnica para su uso en el país.	LEA2		X	X	• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Coordinación del componente de laboratorio (EGI-Arbovirus) • Casas comerciales/proveedores	Consultar a las casas comerciales sobre los kits de ELISA, reactivos de PCR, anticuerpos y controles disponibles.
	2. Fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), incluido el Evaluación de Desempeño de la RNLVAH aplicando Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) en insumos, educación continua y trazabilidad de reactivos.	LEA2		X	X	• Comité de Control de Calidad del LNV. • Coordinadores de Laboratorios Regionales. • ETAH Nacional y regional	Apoyarse en la Secretaría Técnica de la RELDA y los centros colaboradores de la OPS para la actualización en gestión de la calidad. Se apoyará las evaluaciones de desempeño directas e indirectas
	3. Ejecutar un cronograma anual de visitas de supervisión técnica (verificación in situ) a los Laboratorios Regionales y Moleculares.	LEA2		X	X	• Comité de Control de Calidad del LNV. • Coordinadores de las Regiones Sanitarias. • ETAH Nacional y regional.	Emplear listas de cotejo e instrumentos de auditoría estandarizados por el LNV.



R1A4. Implementar herramientas innovadoras para complementar la vigilancia integrada de las arbovirosis.	1. Ampliar los protocolos de secuenciación para otros arbovirus emergentes y reemergentes.	LEA2		X	X	• Coordinación del Área de vigilancia genómica (LNV). • Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Coordinación del Área de Virología del LNV. • ETAH Nacional	Apoyarse en la cooperación técnica de la Red de Vigilancia Genómica de Arbovirus (ViGenDA).
	2. Desarrollar e implementar un sistema integrado de datos virológicos y genómicos para la toma de decisiones en el SNVS	LEA2		X	X	• Coordinación del Laboratorio de Virología del LNV. • Unidad de Vigilancia de la Salud (UVS). • Coordinación del Área de vigilancia genómica (LNV). • UGI.	Los espacios de colaboración virtual deben facilitar el análisis conjunto entre el LNV, epidemiología
R1A5. Establecer líneas prioritarias de investigación operativa para fortalecer el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica integrada.	1. Incorporar protocolos para la detección de otros arbovirus emergentes y reemergentes.	LEA2			X	• Coordinación del Área de Virología del LNV. • Epidemiólogos Clínicos de la SESAL. • Comité de Control de Calidad (LNV).	Apoyarse en los centros colaboradores de la OPS.
	2. Incorporar la detección molecular de arbovirus en mosquitos (vigilancia entomoviroológica) a	LEA2 LEA4		X	X	• Responsable del Laboratorio de Entomología (SESAL). • Coordinación del Área de Virología del LNV	Requiere coordinación estricta entre el LNV y las brigadas de recolección entomológica de las Regiones Sanitarias. Apoyarse en expertos de la Red de Entomo-



	nivel central y la descentralización progresiva a nivel regional.					•Programa de Manejo Integrado de Vectores.	Virología de las Américas (RELEVA). El nivel central será responsable de establecer los tiempos para descentralizar la vigilancia entomoviológica basadas en las capacidades del país.
	3. Participar o realizar estudios que vinculen los marcadores virológicos (serología, biología molecular y genómica) con la gravedad clínica de los pacientes o la dinámica de transmisión epidemiológica (Trabajar en conjunto con epidemiología y atención al paciente en el estudio de fallecidos).	LEA2 LA3		X	X	•Coordinación del Área de Virología del LNV. •Coordinación del componente de atención al paciente (EGI-Arbovirus). •Investigadores de la Academia (Facultades de Microbiología y Medicina). •Coordinación del Área de vigilancia genómica (LNV).	Integrar los datos del SNVS con los hallazgos clínicos de los hospitales de la red para identificar cambios en la severidad o presentación de las arbovirosis. Apoyarse en la cooperación técnica de ViGenDA, RELDA y centros colaboradores de la OPS.



Manejo Integrado de vectores

El Manejo Integrado de Vectores (MIV), como componente de la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control de las arbovirosis, tiene como propósito fortalecer la vigilancia entomológica y las acciones de prevención y control del vector transmisor de Dengue, Chikunguña, Zika y otras arbovirosis, incrementando la capacidad del país para prevenir, detectar y responder oportunamente a la transmisión endémica y a los brotes de estas enfermedades.

En Honduras, el MIV responde a un contexto epidemiológico y entomológico que ha cambiado sustantivamente en la última década. La presencia endémica de *Aedes aegypti*, con infestación establecida en entornos urbanos y periurbanos junto con la ocurrencia periódica de epidemias de dengue, coexiste actualmente con tres condiciones que no estaban documentadas cuando se diseñaron los lineamientos vigentes de vigilancia entomológica y control vectorial: la diversificación del complejo de vectores potencialmente implicados en la transmisión de arbovirosis, la consolidación de resistencia a piretroides mediada por mecanismos de sitio de acción en las poblaciones de *Ae. aegypti* del país, cambios en las condiciones climáticas y la expansión de la urbanización no planificada que amplían la distribución geográfica y estacional del vector. A esto se suman limitaciones persistentes de recursos humanos, financieros y logísticos que afectan la calidad, cobertura y sostenibilidad de las intervenciones, particularmente durante brotes y epidemias, cuando la demanda operativa se concentra en el control adulticida reactivo ante la emergencia. El Manejo Integrado de Vectores (MIV) constituye, en este escenario, la orientación técnica que permite pasar de una respuesta reactiva y dependiente de una sola estrategia (control de adulto) a una intervención planificada, basada en evidencia entomológica local y sostenida por la coordinación intersectorial. (6) (7)

El complejo de vectores relevantes para la transmisión de arbovirosis en Honduras ya no puede asumirse restringido a *Ae. Aegypti*. El *Aedes albopictus*, especie invasora de creciente importancia en las Américas, se encuentra establecida en el territorio nacional, y la primera caracterización genética de sus poblaciones hondureñas, documentó una diversidad genética baja a moderada, patrón consistente con una introducción reciente seguida de expansión rápida (8). La población de Puerto Cortés presentó la mayor diversidad haplotípica y la mayor concentración de haplotipos privados, lo que señala a este puerto marítimo como el punto de entrada más probable de la especie al país; las redes de haplotipos y los



análisis filogenéticos indicaron además múltiples vías de introducción, con afinidades a linajes asiáticos, norteamericanos y centroamericanos, y baja diferenciación poblacional entre sitios, es decir, flujo génico sustancial y capacidad de dispersión efectiva a escala nacional (9). Este hallazgo tiene consecuencias operativas directas para el MIV: *Ae. albopictus* explota criaderos peridomiciliarios y semi-naturales (huecos de árboles, contenedores en zonas periurbanas y rurales, entre otros) que quedan de cierta forma fuera del alcance de las estrategias de control más focalizadas en el intradomicilio y en los depósitos de agua de consumo, y su presencia obliga a redefinir tanto las unidades de muestreo entomológico como los umbrales de intervención. La vigilancia entomológica nacional debe, por tanto, incorporar la identificación diferencial de ambas especies de *Aedes* de forma rutinaria, y apoyarse cuando sea técnica y operativamente viable en la confirmación molecular en los sitios de expansión reciente y en los corredores logísticos y fronterizos.

Más allá del género *Aedes*, existen dos brechas de vigilancia que el componente de MIV debe reconocer, aun cuando el país no disponga todavía de información entomológica nacional que las cuantifique. La primera corresponde a *Culex quinquefasciatus*, especie ampliamente distribuida en el país y vector primario de flavivirus del complejo de la encefalitis japonesa; existe evidencia experimental de que *Cx. quinquefasciatus* de origen hondureño es competente para transmitir el virus del Nilo Occidental, y que la coinfección con *Culex* flavivirus Izabal potenció dicha competencia [9]. Dado que la circulación enzoótica del virus del Nilo Occidental está documentada en países vecinos de Centroamérica, la ausencia de casos notificados en Honduras puede reflejar con mayor probabilidad la deficiencia de vigilancia dirigida que la ausencia real de circulación viral. Por lo tanto, avanzar en la vigilancia del *Culex* es estratégico para la prevención de esta enfermedad.

La segunda brecha corresponde a los *Culicoides* (Diptera: Ceratopogonidae), vectores del virus Oropouche. Honduras no ha notificado transmisión autóctona de Oropouche; sin embargo, en 2025 la Región de las Américas registró 12,786 casos confirmados en 11 países, incluyendo un brote con transmisión local y un fallecimiento en Panamá (501 casos, concentrados en Darién y Panamá Este) (10). La proximidad geográfica y epidemiológica de este foco, sumada a la ausencia total de inventarios de especies, mapas de distribución y datos de abundancia de *Culicoides* en Honduras, presenta un escenario de vulnerabilidad frente a una emergencia arboviral para la cual el país no tiene actualmente capacidad diagnóstica entomológica. El componente de MIV debe, en consecuencia, incorporar como línea



de acción prioritaria el establecimiento de una vigilancia entomológica de base amplia, no limitada únicamente a *Aedes*, que genere las líneas de base de *Culex* y *Culicoides* necesarias para una respuesta oportuna ante la introducción de arbovirus emergentes.

La evidencia disponible indica que la resistencia de *Aedes aegypti* a insecticidas en Honduras ya es un factor que debe orientar las decisiones operativas del manejo integrado de vectores. Estudios realizados en el Distrito Central mostraron resistencia a permetrina y malatión en todas las poblaciones evaluadas, resistencia parcial a deltametrina y susceptibilidad a bendiocarb. Además, se identificaron mutaciones asociadas a resistencia a piretroides, con alta frecuencia de los alelos 1534C y 1016I, lo que confirma que la presión de selección sobre estas poblaciones es elevada (11).

Un estudio nacional más reciente, en proceso de publicación por el IIM-UNAH/SESAL, amplió esta evaluación a 20 localidades de seis departamentos (Atlántida, Choluteca, Copán, Cortés, Ocotepeque y Olancho) mediante bioensayos en botella CDC y análisis molecular de mutaciones kdr en aproximadamente 495 hembras colectadas entre febrero de 2024 y marzo de 2025. Los resultados muestran resistencia generalizada a permetrina en todas las poblaciones evaluadas y respuestas variables frente a deltametrina. A nivel molecular, la mutación 1534C se encuentra fijada o casi fijada en la mayoría de las poblaciones, mientras que las mutaciones V1016I y V410L presentan diferencias importantes entre territorios. Las mayores frecuencias de alelos asociados a resistencia se observaron en el occidente del país, principalmente en Copán y Ocotepeque, mientras que Olancho mostró frecuencias más bajas.

Estos hallazgos tienen implicaciones directas para la gestión del control vectorial. En primer lugar, el uso rutinario e indiscriminado de piretroides, especialmente en rociado espacial, puede tener una eficacia reducida y debe reservarse para situaciones de brote o emergencia con justificación entomológica. En segundo lugar, la susceptibilidad observada a bendiocarb ofrece una alternativa para aplicar esquemas de rotación de insecticidas dentro de un plan formal de manejo de la resistencia. En tercer lugar, las diferencias entre departamentos muestran que las decisiones sobre selección de insumos no deben aplicarse de manera uniforme en todo el país, sino ajustarse a la evidencia disponible en cada territorio.

Por tanto, la EGI-Arbovirus, a través de su componente de MIV, debe institucionalizar el monitoreo periódico de la resistencia a insecticidas, utilizando protocolos estandarizados y resultados comparables entre regiones (6) (12). También es necesario incorporar de forma rutinaria bioensayos con sinergistas, como butóxido de piperonilo, DEF y DEM, para identificar la contribución de



mecanismos metabólicos a la resistencia observada. Esto permitirá interpretar mejor los resultados, evitar decisiones basadas solo en marcadores genéticos y seleccionar con mayor precisión los insecticidas y estrategias de control más adecuados para cada contexto (13) (14).

El control vectorial se implementará bajo un enfoque integral, territorial e intersectorial, orientado a reducir de manera sostenible los factores que favorecen la proliferación de los vectores transmisores de arbovirosis. Para ello, se fortalecerá la coordinación entre los gobiernos municipales, los servicios de salud y las instituciones responsables de agua y saneamiento, ambiente, educación, gestión del riesgo y organización comunitaria. Esta articulación permitirá promover intervenciones dirigidas a la eliminación de criaderos, la gestión adecuada de residuos, el ordenamiento de los espacios urbanos, la movilización social y la reducción de determinantes ambientales asociados a la transmisión.

Este enfoque contribuirá no solo a disminuir el riesgo de dengue y otras arbovirosis, sino también al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con salud y bienestar, agua limpia y saneamiento, ciudades sostenibles, acción climática y alianzas estratégicas. Asimismo, fortalecerá la resiliencia de las comunidades frente a los efectos del cambio climático y otros factores ambientales que incrementan el riesgo de transmisión.

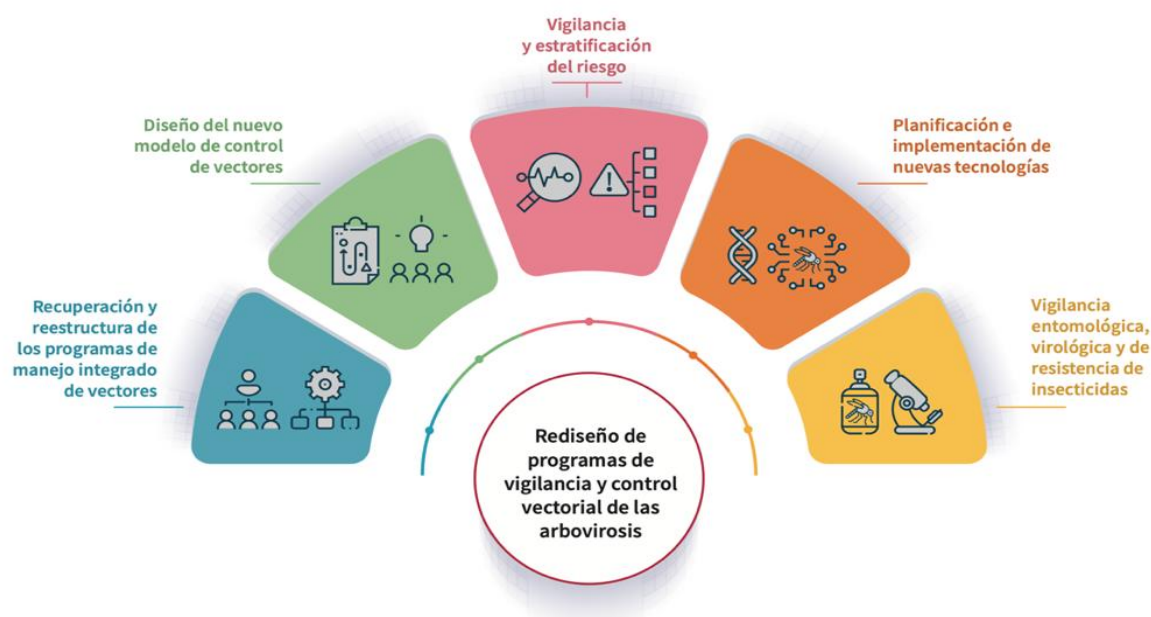
El Manejo Integrado de Vectores propone una transición desde un modelo centrado principalmente en respuestas reactivas y en el uso intensivo de insecticidas hacia un modelo preventivo, continuo y basado en evidencia. Para ello, integra la vigilancia entomológica, epidemiológica, virológica y ambiental, de manera que la estratificación del riesgo permita priorizar municipios y localidades con mayor transmisión, orientar intervenciones diferenciadas y optimizar el uso de los recursos disponibles.

Este componente también contempla el fortalecimiento de las capacidades técnicas del personal, el aseguramiento de la calidad de la vigilancia entomológica, el monitoreo sistemático de la resistencia a insecticidas y la incorporación gradual de tecnologías innovadoras para la vigilancia y el control de *Aedes aegypti*. Entre estas se incluyen métodos de supresión y/o reemplazo poblacional, trampas letales, emanadores y otras herramientas complementarias, cuya implementación deberá sustentarse en estudios de factibilidad, costo-efectividad, aceptabilidad social y capacidad operativa del país.



Con este enfoque, Honduras busca consolidar un modelo permanente de Manejo Integrado de Vectores, territorializado, basado en evidencia y orientado a resultados. El rediseño del programa de vigilancia y control vectorial articula la estratificación del riesgo, la vigilancia entomológica y virológica, el monitoreo de la resistencia a insecticidas, la planificación e incorporación de nuevas tecnologías, y la reorganización de los programas de control vectorial (Figura 5). Con ello, se busca fortalecer la toma de decisiones, mejorar la eficiencia de las intervenciones y adaptar las acciones al riesgo, las capacidades locales y el contexto operativo de cada territorio. En los cuadros 16 al 18 se presentan los resultados, actividades, tareas, plazos y responsables necesarios para su implementación.

Figura 5. Elementos del rediseño de los programas de vigilancia y control vectorial de las arbovirosis





Cuadro 16. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente del manejo integrado de vectores

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. Vigilancia Entomológica y Manejo Integrado de Vectores implementados para la prevención y respuesta efectiva en las diferentes situaciones epidemiológicas de las arbovirosis en Honduras	MIV1. Proporción de Regiones Sanitarias con diagnóstico situacional del estado estructural y funcional de la vigilancia entomológica y Manejo integrado de vectores (MIV)	• Informes nacionales de diagnóstico situacional del estado estructural y funcional de los programas y sistemas de información de vigilancia entomológica y de prevención y control de vectores. • Planes de rediseño de los programas nacionales de vigilancia y control de vectores. • Informes de vigilancia entomológica sobre la distribución, dispersión y resistencia a insecticidas de vectores de arbovirosis. • Boletines epidemiológicos. • Registros de capacitación del personal en normativa nacional de manejo integrado de vectores (listados de asistencia, certificados). • Informes de disponibilidad y mantenimiento de los equipos para el control químico y biológico. • Actas o reportes de inspecciones sobre	Supuestos: 1. Cada región sanitaria debe llevar a cabo el diagnóstico y evaluación del estado en municipios endémicos con una metodología estandarizada bajo la coordinación del nivel nacional. 2. La estrategia de vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores de Honduras contemplará metas a corto, mediano y largo plazo para su implementación. 3. Capacidad técnica y operativa adecuadas. 4. Propuesta de rediseño de los programas de vigilancia entomológica y control de vectores priorizada y con compromiso político. Sistema operativo de vigilancia entomológica, entomoviológica y de resistencia a insecticidas financiado y funcional. 5. Para cada indicador se debe elaborar una hoja descriptiva de indicadores que incluya descripción, metas y esté incluido en el plan de monitoreo y evaluación nacional.
	MIV2. Proporción de Regiones Sanitarias con planes de trabajo alineados con EGI-arbovirus 2026-2035 que implementan el 100% de la estrategia de vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores de Honduras		
	MIV3. Proporción de Regiones Sanitarias con		



	planes operativos para la gestión de recursos con el fin de fortalecer la vigilancia y el manejo integrado de vectores.	manejo ambiental en comunidades y localidades. • Planes de trabajo por región alineados con EGI-arbovirus 2026-2035.	Riesgos: 1. Financiamiento para el rediseño, planificación y sostenibilidad del manejo integrado de vectores. 2. Recurso humano insuficiente y no capacitado. 3. Falta de interés e involucramiento por parte de actores gubernamentales y no gubernamentales
	MIV4. Proporción de Regiones Sanitarias que incorporan acciones de comunicación de riesgo y participación comunitaria en sus planes de trabajo.		

Cuadro 17. Resultado y actividades: componente del manejo integrado de vectores

Resultados	Actividades (R: A)
R1. Vigilancia Entomológica y Manejo Integrado de Vectores implementados para la prevención y respuesta efectiva en las diferentes situaciones epidemiológicas de las arbovirosis en Honduras	R1A1. Desarrollar la reestructuración y modernización de la vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores.
	R1A2. Implementar la nueva estrategia de Manejo Integrado de Vectores que incorpore la planificación basada en diferentes situaciones de riesgo y ciclos epidémicos.
	R1A3. Fortalecer y modernizar el sistema de vigilancia de los vectores de las arbovirosis, incluyendo la vigilancia entomoviológica y el monitoreo de la resistencia a los insecticidas.
	R1A4. Consolidar la estratificación del riesgo como la estrategia operativa de vigilancia y manejo integrado de vectores, facilitando y promoviendo el uso de estrategias preventivas, nuevas tecnologías e innovaciones.



Cuadro 18. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente del manejo integrado de vectores

Actividad	Tarea	Línea estratégica relacionada	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1A1. Desarrollar la reestructuración y modernización de la vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores	1. Realizar un diagnóstico sobre la estructura, los recursos y el funcionamiento de la vigilancia entomológica y control de vectores a nivel nacional, regional y local	LEA4	X	X	X	- Coordinador del componente del MIV nacional y regional - Regiones sanitarias - Equipos municipales	El ejercicio diagnóstico debe articular al sector salud con otros actores gubernamentales y no gubernamentales. Se deben considerar las determinantes sociales y ambientales relacionados con la vigilancia, prevención y control de vectores. El diagnóstico genera una línea basal y será evaluado tanto a medio y largo plazo, alineados con el componente de monitoreo y evaluación. El programa regional de arbovirosis de la OPS/OMS compartirá una propuesta para ser revisada y ajustada por el país.



2. Elaborar un plan progresivo de modernización de la vigilancia entomológica y el control vectorial priorizando a nivel nacional con base en diferentes situaciones de riesgo y las fases de respuesta a situación de brotes epidémicos.	LEA4	X			• Coordinador del componente del MIV nacional y regional • Regiones sanitarias • Equipos Municipales • Gerencia Administrativa – SESAL • UPEG - SESAL	El plan debe asegurar el fortalecimiento de la vigilancia entomológica y control vectorial (RRHH, logística, insumos, equipamiento, otros).
3. Elaboración de planes progresivos de modernización de la vigilancia entomológica y el control vectorial gradualmente desde el nivel nacional, regional hasta el nivel local con base en diferentes situaciones de riesgo y ciclos epidémicos.	LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV nacional y regional • Regiones sanitarias • Equipos Municipales • Gerencia Administrativa - SESAL • UPEG - SESAL	En los niveles regionales se debe hacer la gestión con la participación de los gobiernos locales para movilizar recursos adicionales que favorezcan la implementación del plan.
4. Estimar las brechas operativas a partir de la elaboración de planes progresivos en los diferentes niveles operativos de la Secretaría de Salud.	LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV del nacional y regional.	Se debe garantizar la escalabilidad y sostenibilidad de los fondos.



R1A2. Implementar la nueva estrategia de Manejo Integrado de Vectores que incorpore la planificación basada en diferentes situaciones de riesgo y ciclos epidémicos.	1. Implementación de los Planes Operativos para el nuevo modelo de vigilancia entomológica y control de vectores en nivel nacional y regional	LEA2 y LEA4	x			• Coordinador del componente del MIV Nacional y regional • UVS Nacional y Regional • DGRISS • LNV	Se cuenta con el apoyo de la OPS, socios estratégicos y centros colaboradores de la OPS para realizar los planes operativos.
	2. Acordar en las mesas intersectoriales la implementación de los planes operativos del nuevo modelo de vigilancia y control de vectores con el fin de asignar corresponsabilidades en la ejecución de las acciones a realizar.	LEA1 y LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV nacional y regional • Regiones sanitarias • Equipos Municipales • Gerencia Administrativa – SESAL • UPEG - SESAL	En los niveles regionales y locales, se debe promover una gestión articulada con los gobiernos locales para movilizar recursos adicionales que faciliten la implementación del plan, priorizando acciones de saneamiento ambiental, reducción de criaderos, movilización de la sociedad y adopción del nuevo modelo de vigilancia y control vectorial, en apoyo a la prevención y control sostenible de las arbovirosis.



	3. Desarrollar talleres de capacitación con el apoyo de expertos y cooperantes para la implementación de los planes del nuevo modelo de vigilancia entomológicas y control de vectores de SESAL, regiones sanitarias, municipalidades y socios clave (alcaldía, patronatos, ONG's, OSC, otros)	LEA2 LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV EGI-Arbovirosis Nacional y regional • Unidad de Vigilancia de la Salud Nacional y Regional • DGRIS • LNV • Cooperantes.	Se deben incorporar las lecciones aprendidas y las nuevas tecnologías en la reestructuración de la vigilancia y el control de vectores que respondan a las necesidades del país
	4. Crear e impulsar red nacional de expertos en entomología y manejo integrado de vectores para fortalecer las capacidades técnicas y acelerar la implementación del nuevo modelo.	LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis Nacional y regional • UVS • DGRIS • Academia • Cooperantes.	La conformación de las redes debe contar con el apoyo de RELEVA y de la Red de Vigilancia de Resistencia a Insecticidas (RVRI). La OPS pone a disposición de los países los centros colaboradores de la OPS para acompañar técnicamente a la red nacional de entomología.



	5. Diseñar e implementar un programa de educación continua para el entrenamiento del personal responsable de la implementación planes del nuevo modelo de vigilancia entomológicas y control de vectores (Nivel Central, Regiones Sanitarias y Nivel Local).	LEA4		X	X		• Coordinador del componente del MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis Nacional y regional • UVS • DGRIS • Academia • Cooperantes.	Este plan debe contemplar los diferentes perfiles de recursos humanos del programa. Utilizar métodos virtuales, presenciales y mixtos para las capacitaciones.
	5. Desarrollar investigaciones operativas para obtener información que fortalezca las acciones de vigilancia entomológica, manejo integrado de vectores e incorporación de nuevas tecnologías e innovación.	LEA4		X	X	X	• Coordinador del componente del MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis Nacional y regional • UVS • DGRIS • Academia	Se debe de articular con la Academia, sector privado, cooperantes y a los colegios de profesionales que faciliten expertos para la investigación operativa. Las investigaciones operativas deben priorizar responder a preguntas sobre el riesgo de transmisión, así como la incorporación de innovaciones para un control vectorial preventivo.



R1A3. Fortalecer y modernizar el sistema de vigilancia de los vectores de las arbovirosis, incluyendo la vigilancia entomoviológica y el monitoreo de la resistencia a los insecticidas.	1. Desarrollar e implementar un sistema de vigilancia entomológica integrada con los protocolos e instrumentos estandarizados, herramientas moleculares y genómicas, flujos de información e indicadores entomológicos.	LEA4 LEA2				• Coordinador del componente del MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis Nacional y regional • UVS • DGRISS • Unidad Entomológica Central • Responsable RSI en el país • Academia	El sistema de vigilancia debe incorporar los criterios definidos en el Reglamento Sanitario Internacional. En el marco del fortalecimiento de la vigilancia, se debe dar especial énfasis al monitoreo de especies invasoras en puntos de entrada y en áreas de riesgo. El país considera prioridad la incorporación de vigilancia molecular y genómica para fortalecimiento de la vigilancia entomológica, entomoviológica y control de calidad de nuevas herramientas de control vectorial (reemplazo y supresión poblacional, entre otros).
	2. Elaborar el plan nacional de monitoreo y manejo de la resistencia a los insecticidas adaptados al nuevo modelo propuesto y alineado con las guías nacionales y de la OPS/OMS.	LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis Nacional y regional • UVS • DGRISS • Unidad Entomológica Central	La elaboración del plan debe contar con el apoyo de RELEVA y de la Red de Vigilancia de Resistencia a Insecticidas (RVRI).



					• Responsable RSI en el país • Cooperantes • Academia • OPS/OMS • Red de expertos en entomología		
	3. Elaborar el plan nacional para la vigilancia de virus en vectores adaptados al nuevo modelo propuesto considerando las directrices de la OPS/OMS.	LEA4 LEA2		X	X	• Coordinador del componente del MIV nacional y regional • Laboratorio • UVS • DGRIS • Unidad Entomológica Central • Responsable RSI en el país • Red de expertos en entomología	La elaboración del plan debe contar con el apoyo de RELEVA y de la Red de Vigilancia de Resistencia a Insecticidas (RVRI). La vigilancia entomoviológica debe considerar tanto la incriminación vectorial como la detección de la circulación de virus en las especies de mosquitos presentes.
	4. Desarrollar un sistema de información integrado e interoperable con los datos de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, que optimicen la gestión de datos y mejoren el análisis, generando tableros automatizados para la toma oportuna de	LEA4 LEA2	X	X	X	• Coordinadores de los componentes de MIV, • UVS • laboratorio y de gestión del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis. • UGI	La información de la vigilancia entomológica debe ser analizada de manera integral con la información obtenida de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio. Esta tarea estará integrada al fortalecimiento del Sistema



	decisiones en todos los niveles.						vigilancia integrada digital coordinado con la UVS.
	5. Modernización de los procesos de vigilancia y manejo integrado de vectores (p. ej; recolección, identificación, priorización, análisis integrado, otros)	LEA2 LEA4		X	X		Se debe realizar un diagnóstico para estimar el estado actual de la infraestructura disponible en los niveles operativos con el fin de estimar la factibilidad, costos, sostenibilidad.
	6. Implementar los planes operativos de vigilancia entomoviológica y monitoreo de la resistencia a insecticidas en municipios y regiones priorizadas.	LEA2 LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente del MIV nacional y regional • UVS DGRIS • Unidad Entomológica Central • Responsable RSI en el país • Cooperantes • Academia • OPS/OMS • Red de expertos en entomología	Se debe asegurar la articulación en redes de trabajo desde el nivel local hasta el nivel nacional para que, junto con la generación de datos, se pueda consolidar la información para la elaboración de los reportes correspondientes. La academia juega un rol importante en el acompañamiento y asesoramiento técnico de la implementación de esta tarea.



R1A4. Consolidar la estratificación del riesgo como la estrategia operativa de control, facilitando y promoviendo el uso de nuevas tecnologías para el MIV	1. Consolidar la estratificación del riesgo como herramienta clave en la planificación estratégica del trabajo operativo del control de vectores.	LEA2 LEA4	x	x	x	• ETAH nacional y regional • Cooperantes	Trabajar en conjunto los componentes de la EGI, facilitando la información necesaria para caracterizar las áreas de mayor transmisión por vectores, definiendo periodicidad, datos claves para futuras intervenciones innovadoras
	2. Caracterizar las áreas y circunstancias de transmisión a nivel nacional, regional y local, incluyendo las zonas de frontera y los puntos de entrada, para guiar las acciones de prevención, vigilancia y control de vectores	LEA4	x	x	x	• ETAH nacional y regional - Cooperantes	La caracterización de las áreas y de las situaciones debe realizarse a corto plazo y actualizarse periódicamente. Se podrán hacer intervenciones selectivas con la optimización de los recursos y mayor impacto en la reducción de la transmisión.
	3. Implementar un plan de entrenamiento de las nuevas herramientas dirigido al personal de salud en todos los niveles del sistema de salud.	LEA4		x		• ETAH nacional y regional • Cooperantes	Utilizar modalidades presenciales, virtuales e híbridas para ampliar el alcance del entrenamiento. Incorporar en el contenido los mecanismos de supervisión, monitoreo y rendición de cuentas. Facilitar la integración de las nuevas herramientas con las tradicionales.



	4. Implementar en las acciones de control vectorial los planes de comunicación estratégica de la EGI-2026 - 2035	LEA4 LEA1	X	X	X	• Coordinadores de los componentes del MIV • Coordinadores de Comunicación Estratégica • Nacional y regional	
	5. Diseñar, las estrategias integrales de prevención y control de vectores basadas en la estratificación del riesgo.	LEA4	X	X	X	Coordinador del componente de MIV del equipo gestor nacional de la EGI-Arbovirosis y del nivel administrativo del sistema de salud.	Es importante tenerlo en cuenta en el diseño, la regulación, la disponibilidad de producción, y en la compatibilidad y aceptabilidad de las tecnologías innovadoras.
	6. Implementar y evaluar las estrategias integrales de prevención y control de vectores basadas en la estratificación del riesgo regional y local	LEA4		X	X	• ETAH nacional y regional - Cooperantes	Es fundamental el monitoreo de la implementación de las intervenciones, así como la evaluación del impacto (entomológico o epidemiológico) de cualquiera de las intervenciones.
	7. Elaborar una propuesta para la transferencia y fortalecimiento de capacidades locales para la evaluación e implementación de nuevas tecnologías considerando la estratificación de riesgo.	LEA4	X	X	X	• ETAH nacional y regional • Cooperantes	El país, a través de la Secretaría de Salud debe liderar y coordinar los equipos de trabajo que incluyan a los socios estratégicos con el fin de elaborar la propuesta técnica y el mapeo de recursos necesario y disponibles.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



**SECRETARÍA
DE SALUD**

Barrio El Centro, Avenida Cervantes, contiguo al
Correo Nacional, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras



| www.salud.gob.hn



Comunicación estratégica y participación comunitaria

Las acciones de Comunicación estratégica y participación comunitaria (CEPC) deberán sustentarse en la evidencia epidemiológica, entomológicas y clínicas disponibles, el análisis del contexto local y el conocimiento de las percepciones, prácticas y comportamientos de la población, con el propósito de desarrollar mensajes claros, oportunos, culturalmente pertinentes y técnicamente consistentes. Asimismo, deberán promover la participación comunitaria en la planificación, ejecución y seguimiento de las intervenciones, fortaleciendo la apropiación social de las acciones y su sostenibilidad.

En este contexto, la comunicación trasciende la difusión de información y se orienta al fortalecimiento de la percepción del riesgo, la prevención, la promoción de cambios de comportamiento, la educación para la salud y la movilización social, favoreciendo la corresponsabilidad entre la población, las instituciones públicas, los gobiernos locales, los centros educativos, las organizaciones comunitarias y demás actores sociales involucrados en la prevención y control de las arbovirosis.

Considerando la importancia de fortalecer la percepción del riesgo frente a las arbovirosis en el país, este componente impulsa la implementación de una estrategia integral y transversal articulada con los demás componentes de la EGI, incorporando la vigilancia comunitaria, que contribuya al fortalecimiento de la prevención, la detección oportuna, la eliminación de criaderos y la reducción de la morbimortalidad asociadas a estas enfermedades.

Pilares fundamentales del nuevo enfoque

La estrategia incorpora una arquitectura comunicacional sólida, basada en siete pilares que definen la comunicación estratégica y participación comunitaria.



Cuadro 19. Pilares del nuevo enfoque de la comunicación estratégica y participación comunitaria

Pilares	Enfoque
1. La comunicación de riesgo y la participación de la comunidad	– Intercambio en tiempo real de información, consejos y opiniones entre expertos, autoridades y población ante una amenaza sanitaria, mediante el sistema nacional de vigilancia (SNVS). – Busca empoderar a las personas en riesgo para tomar decisiones informadas, mitigar los efectos de la amenaza y adoptar comportamientos de protección y prevención. – Una comunicación clara, transparente y culturalmente apropiada fortalece la confianza pública y la efectividad de las medidas sanitarias.
2. Comunicación institucional, coordinación intersectorial y programática	– La comunicación integral garantiza la coherencia de las intervenciones de los distintos actores, evitando contradicciones y fortaleciendo la respuesta conjunta. – Favorece el flujo de información entre las instituciones de salud, las mesas intersectoriales y los líderes comunitarios. – Facilita la articulación intersectorial en torno a mensajes y estrategias compartidas. – Promueve la coordinación interna entre las áreas técnicas para desarrollar iniciativas comunicacionales integradas y sostenibles.
3. Comunicación basada en la evidencia	– Utiliza datos epidemiológicos, diagnóstico de los determinantes sociales de la salud, estudios de comportamiento y análisis de percepciones para ajustar las estrategias en tiempo real. – Documenta buenas prácticas, experiencias locales y aprendizajes para retroalimentar la toma de decisiones.
4. Comunicación para el cambio social y de comportamiento	– Enfoque estratégico y participativo, basado en la investigación del comportamiento humano, que diseña y adapta intervenciones, mensajes y canales al contexto local para promover conductas saludables, con participación activa de las comunidades.
5. Educación, comunicación y promoción en salud en períodos interepidémicos	– Mejora la comprensión de los conceptos clave y reduce las barreras culturales, lingüísticas o educativas que dificultan la adopción de las medidas preventivas. – Fortalece la resiliencia comunitaria y prepara el terreno para respuestas más efectivas en los momentos de crisis.



6. Gestión de rumores, desinformación y escucha social	– Monitorea narrativas comunitarias, identifica brechas de información (medios de comunicación, redes sociales, etc.) y responde con datos verificados y voceros confiables, acorde al público objetivo. – Implementa mecanismos de escucha social que recogen percepciones, inquietudes y opiniones, para ajustar las estrategias comunicacionales de forma dinámica y empática.
7. Participación y empoderamiento comunitario	– Estrategias inclusivas que involucren a las comunidades en la toma de decisiones y la implementación de acciones, fortaleciendo su sentido de pertenencia y la efectividad de las intervenciones de salud pública. - Formación de líderes comunitarios.

Innovaciones tecnológicas y metodológicas

En Honduras, las innovaciones tecnológicas y metodológicas transforman las comunicaciones en salud pública (cuadros 20, 21, 22 y 23). La globalización y la consolidación de las redes sociales exigen que las Unidades de Comunicación Institucional y Social en conjunto con el equipo de Arbovirosis mantengan una presencia activa y estratégica en las regiones sanitarias, mientras que la gestión de la infodemia impulsa una escucha social híbrida (en línea y presencial).

La inclusión de las ciencias sociales fortalece la comprensión de las motivaciones y los contextos culturales de las comunidades hondureñas, y el diseño centrado en el usuario. Finalmente, la comunicación se vuelve más inclusiva y accesible, cuando se incorporan las lenguas de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural del país.

Cuadro 20. Nuevas herramientas y formatos comunicacionales

Herramientas	Síntesis
Redes sociales y creadores de contenido	– El papel de los creadores de contenido, que generan confianza y cercanía mediante narrativas sostenidas e interactivas.
Canales de mensajería privada.	– Los canales privados (WhatsApp, Telegram, Messenger) fortalecen la credibilidad al circular en redes de confianza, aunque son difíciles de medir.
Plataformas digitales interactivas	– Las apps móviles, chatbots y mapas participativos permiten reportar criaderos, recibir alertas y coordinar acciones comunitarias en tiempo real.



Inteligencia artificial	– Optimiza la creación de contenidos, traducciones, monitoreo de redes y respuestas inmediatas a la ciudadanía.
Tecnologías inmersivas	– La realidad aumentada y virtual enriquece los entrenamientos, las simulaciones de brotes y las actividades educativas.
Comunicación transmedia	– Combina formatos (videos, podcasts, infografías, redes sociales, medios tradicionales) para reforzar los mensajes clave de forma integrada.
Gamificación (sic)	– Incorpora dinámicas lúdicas para motivar la participación y el aprendizaje, especialmente en jóvenes.
Cambio de tono	– El lenguaje emocional y cercano —con historias reales, humor y memes— genera empatía, rompe barreras y moviliza más que los datos por sí solos.



Cuadro 21. Resultado, indicadores, fuentes de verificación, supuestos y riesgos: componente de la comunicación estratégica y la participación comunitaria

Resultado	Indicadores	Fuente de Verificación	Supuestos y riesgos
R1. Sistemas de CEPC fortalecidos para prevenir, controlar y responder a las arbovirosis a nivel regional y nacional.	CEPC1. Proporción de regiones prioritarias con un plan de CEPC adaptado e implementado a su contexto.	Planes nacionales de comunicación estratégica, de riesgo y participación comunitaria aprobados y divulgados.	- Supuestos: - Compromiso político de los gobiernos nacionales, regionales y locales para priorizar la comunicación estratégica, de riesgo y participación comunitaria. - Recursos financieros asignados, oportunos y aprobados para financiar e implementar los planes. - Coordinación técnica entre la Secretaría de Salud y los socios de cooperación. - Las autoridades regionales cuentan con autonomía y recursos para adaptar el plan nacional. - Apoyo técnico y metodológico desde el nivel central. - Las comunidades y los actores locales participan activamente en el proceso de adaptación.
	CEPC2. Proporción de planes de comunicación estratégica, de riesgo y participación comunitaria con presupuesto asignado y ejecutado.	- Informes oficiales y de seguimiento de nivel central y las regiones sanitarias; reportes de evaluación del plan (internos o externos). - Registros presupuestales o del financiamiento asignado. - Planes regionales adaptados del plan nacional de CEPC a nivel regional.	
	CEPC3. Proporción de actores comunitarios activos en las regiones sanitarias.	- Resoluciones, ordenanzas o acuerdos oficiales de adopción o adaptación. - Mapeo de actores comunitarios activos. - Listados de participantes y certificaciones en capacitaciones con actores comunitarios y socios	



		claves (con firmas o registros electrónicos).	Riesgos: 1. Limitaciones presupuestales o retrasos en la asignación de fondos. 2. Cambios en las prioridades gubernamentales. 3. Rotación frecuente de personal clave, incluyendo los líderes comunitarios. 4. Emergencias sanitarias concurrentes que desplacen recursos y atención. 5. Desinformación, rumores o desconfianza hacia las instituciones que limiten la participación comunitaria. 6. Dificultades logísticas para reunir a los participantes. 7. Emergencias o crisis sociales que interrumpan las actividades comunitarias. 8. Coordinación débil entre la Secretaría de Salud y municipalidades.
	CEPC4. Proporción de actores comunitarios y socios clave capacitados en CEPC, que intervienen en la prevención y el control de las arbovirosis.	• Informes de actividades de grupos comunitarios (actas, fotos, reportes de campo). • Bases de datos o plataformas de seguimiento de participantes y sus acciones.	
	CEPC5. Proporción de municipios y localidades prioritarias con campañas de comunicación y movilización social implementadas en el último año.		
	CEPC6. Proporción de brotes o epidemias de arbovirosis en los que se activó una estrategia de comunicación de riesgo.		



Cuadro 22. Resultado y actividades: componente de la comunicación de riesgo y participación comunitaria

Actividades (R: A)	
R1. Sistemas de CEPC fortalecidos para prevenir, controlar y responder a las arbovirosis a nivel regional y nacional.	R1A1. Gestionar, planificar e implementar los recursos para el componente de CEPC.
	R1A2. Revisar y actualizar las actividades de comunicación, promoción y educación según los objetivos de CEPC.
	R1A3. Fortalecer las capacidades de preparación y respuesta, y actualizar los planes de comunicación de riesgos para mejorar la gestión de epidemias arbovirales.
	R1A4. Gestionar la comunicación institucional y la coordinación intersectorial y programática como parte de las actividades de CEPC.
	R1A5. Promover la participación comunitaria como eje clave del empoderamiento comunitario en la prevención y el control de las arbovirosis.



Cuadro 23. Actividades, tareas, plazos de ejecución y responsables: componente de la comunicación estratégica y participación comunitaria

Actividad	Tarea	Líneas estratégicas relacionadas	Plazo de Ejecución			Responsable	Comentarios
			C	M	L		
R1A1. Gestionar, planificar e implementar los recursos para el componente de CEPC.	1. Identificar fuentes de financiamiento y movilizar recursos internos y externos.	LEA1		X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional y regional • ETAH Nacional	La implementación efectiva del plan requiere financiamiento y gestión adecuados de cada jefe regional y el coordinador de comunicación, mediante priorización estratégica y una gestión eficiente según el presupuesto asignado. Esta adaptación debe ser transparente y alineada con los objetivos más críticos, para garantizar el uso óptimo de los recursos.
	2. Construir alianzas y redes con socios estratégicos y liderar la coordinación intersectorial de las actividades de CEPC, incluyendo el trabajo en redes regionales y nacionales de expertos en el tema.	LEA1	X	X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional y regional • ETAH Nacional	La construcción de alianzas debe contemplar acciones inmediatas con visión de sostenibilidad a mediano y largo plazo, consolidándose como mecanismos permanentes de colaboración y no como intervenciones puntuales. Así como existe una red consolidada de profesionales clínicos y de laboratorio, se propone fortalecer la red de comunicadores nacionales. Así



							mismo incorporar los Lineamientos de Mesas Intersectoriales e incorporación el plan de acción de Alcaldesas y Alcaldes para el Manejo de Arbovirosis (15) (16).
	3. Capacitar al personal de salud a nivel nacional, regional y local para fortalecer las competencias en CEPC.	LEA1	X	X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional y regional • RISS	Tiene como objetivo brindar herramientas para interactuar eficazmente con las comunidades, promover la toma de decisiones informadas y contribuir a una respuesta más efectiva frente a las arbovirosis.
	4. Elaborar, Aprobar, socializar e implementar de los planes CEPC para la prevención y control de las arbovirosis para el nivel nacional, regional y local.	LEA1		X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional	Estandarizar los planes de CEPC según la etapa del ciclo de intervención ya sea trabajo rutinario o emergencias como brotes epidémicos.
	5. Fortalecer y sostener el equipo técnico multidisciplinario especializado dedicado a la CEPC en niveles nacionales y regionales	LEA1	X	X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional	Es clave que los equipos multidisciplinarios incorporen profesionales con experiencia en los distintos pilares de la CEPC tanto institucional como interinstitucional.
	6. Supervisar, monitorear, evaluar los planes de CEPC para socializar los	LEA1	X	X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional y regional	Aplicar herramienta de monitoreo y evaluación de la EGI



	hallazgos y las lecciones aprendidas.						
R1A2. Revisar y actualizar las actividades de comunicación, promoción y educación según los objetivos de CEPC.	1.Coordinar con los establecimientos de salud y municipios el plan de trabajo de CEPC.	LEA1	X	X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional, regional y local	Esta tarea favorece la institucionalización de la comunicación en salud a nivel territorial y garantiza coherencia con los planes nacionales.
	2. Actualizar el plan de comunicación para arbovirus con base en evidencia usando datos de escucha social, epidemiológicos, entomológicos y de cambio de comportamiento.	LEA1 LEA2 LEA4		X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional, regional y local	Se recomienda revisar el plan cada 12 meses y ajustarlo según la fase del ciclo epidemiológico, contemplando otras fuentes de datos, internas o externas al sistema de salud (escucha social, Sistema de Vigilancia, y otros). Debe identificarse narrativas y percepciones comunitarias que influyen en los comportamientos de prevención y búsqueda de atención, para diseñar mensajes específicos segmentados por grupos etarios y culturales.



	3. Adaptar las intervenciones de comunicación a poblaciones y grupos específicos en situaciones de vulnerabilidad.	LEA1	X	X		• Coordinadores del componente de CEPC nacional y regional	Se debe garantizar la identidad cultural con base en las condiciones históricas concretas y en las costumbres de los grupos y poblaciones más vulnerables. Producir materiales en formatos accesibles a grupos poblacionales específicos. Incorporar líderes comunitarios como voceros. Identificar canales culturales pertinentes (radio comunitaria, teatro popular, etc.). Es importante aliarse con otros actores locales para la implementación de las intervenciones y la difusión de la información.
	4. Diseñar la caja de herramientas de CEPC para los diferentes niveles operativos (personal médico, maestros, promotores de salud, control de vectores, etc.).	LEA1		X	X	• Coordinadores del componente de CEPC nacional	Se sugiere que la caja de herramientas sea flexible y modulable, adaptable a contextos urbanos, rurales y de emergencia, e incluya guías, infografías, mensajes clave, protocolos simplificados y recursos digitales (apps, chatbots). Debe preverse un plan de capacitación que acompañe su entrega y garantice su aplicación práctica.



	5. Monitorear y evaluar las acciones de comunicación, promoción y educación implementadas, incluyendo un taller nacional para mejorar los indicadores y la rendición de cuentas.	LEA1	X	X	X	Coordinador del componente de CEPC nacional y regional	El monitoreo debe incluir retroalimentación a todos los sectores de salud, para reformular las estrategias y sistematizar las lecciones aprendidas para compartirlas entre municipios.
R1A3. Fortalecer las capacidades de preparación y respuesta, y actualizar los planes de comunicación de riesgos para mejorar la gestión de epidemias arbovirales.	1. Establecer los mecanismos de escucha social activa y el manejo de la infodemia.	LEA1	X	X	X	Coordinador del componente de CEPC nacional y regional	Es necesario fortalecer las capacidades nacionales en escucha social y manejo de la infodemia, dado que se trata de un área relativamente nueva.
	2. Armonizar las capacidades nacionales en CEPC con las del Reglamento Sanitario Internacional (RSI)	LEA1		X	X	- Coordinador del componente de CEPC nacional - Responsable RSI	El plan de CEPC para arbovirus debe alinearse con la estrategia nacional multiamenazas de comunicación de riesgos.
	3. Desarrollar e implementar el plan de comunicación de riesgo y participación comunitaria según las necesidades de los componentes de la EGI-Arbovirus.	LEA1	X	X	X	Coordinador del componente de CEPC nacional y regional	Se recomienda adaptar los planes según el contexto tomando en cuenta la situación de las arbovirosis en el país, la introducción de la vacuna y el uso de tecnologías innovadoras para el control de vectores (por ejemplo, mosquitos irradiados o infección con Wolbachia spp., entre otros).



	4. Elaborar e implementar un programa de capacitación y educación continua al personal de salud en CEPC	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional • RISS	El personal de salud ESFAM tiene la responsabilidad de interactuar con las comunidades afectadas por las arbovirosis.
R1A4. Gestionar la comunicación institucional, municipal y la coordinación intersectorial y programática como parte de las actividades de CEPC.	1. Implementar las actividades transversales en todos los componentes de la EGI-Arbovirus.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional • ETAH nacional y regional y otros actores relacionados	Es clave fortalecer la transversalidad de CEPC en todos los componentes EGI.
	2. Coordinar con los equipos de comunicación de otros programas y sectores para alinear mensajes, información y resultados esperados sobre las arbovirosis.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional	Se debe armonizar con otros actores el plan, el tipo de mensaje, los canales, los recursos disponibles y el apoyo financiero, para garantizar el alcance e impacto esperado. Crear mensajes focalizados e identificar un paquete de canales de comunicación dentro y fuera del sector salud (por ejemplo, interpersonal, visual, página web institucional, mensajes de texto, prensa, entre otros).



	3. Preparar y actualizar los materiales con base en evidencias para las acciones de sensibilización para cada socio estratégico.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente de CEPC nacional	El trabajo de sensibilización y la negociación con socios estratégicos requieren habilidades de comunicación y la preparación de material muy puntuales para cada actor.
	4. Implementar y coordinar la comunicación pública con las diferentes entidades gubernamentales, tomadores de decisiones y equipo técnico mediante los canales institucionales.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional	Identificar los resultados esperados de la comunicación pública según gobernanza.
R1A5. Promover la participación comunitaria como eje clave del empoderamiento comunitario en la prevención y el control de las arbovirosis.	1. Trabajar con los gobiernos locales para fortalecer e integrar la participación comunitaria en los planes de desarrollo municipal para prevención y control de las arbovirosis.	LEA1 LEA4	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional	Potenciar la organización de campañas de prevención y control de arbovirosis (planes de saneamiento, manejo de residuos sólidos y control vectorial), con impacto significativo en la movilización comunitaria y en la aceptación de las medidas de control vectorial, articulándose con los comités locales de salud e incorporando el plan de acción de Alcaldesas y Alcaldes y los Lineamientos de Mesas Intersectoriales.



	2. Mapear y activar a los actores clave y a los líderes comunitarios a nivel local a través de un plan de acción para establecer alianzas y garantizar la representatividad en los procesos de decisiones.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional	En colaboración con RISS y los socios estratégicos de la CEPC, se elaborará un mapeo de actores y plan de acción con líderes de las comunidades que incluya logística, recursos humanos y financieros.
	4. Capacitar a los líderes comunitarios en CEPC.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional • RISS (ESFAM)	Organizar diálogos participativos y talleres presenciales con enfoque cultural, adaptados al contexto comunitario, para fortalecer la participación de líderes locales en la movilización social contra los arbovirus, involucrando a las comunidades.
	5. Integrar las ciencias sociales (antropología, sociología, psicología social, etc.) en la investigación, el diseño, el monitoreo y la evaluación de las intervenciones comunitarias.	LEA1	X	X	X	• Coordinador del componente CEPC nacional y regional	La integración de las ciencias sociales exige institucionalización, recursos, adaptación cultural y redes académicas aplicadas que garanticen su sostenibilidad y relevancia, para lo cual es clave involucrar a la academia y vincular la investigación social a la problemática.



Ejes transversales y factores facilitadores

Para fortalecer la implementación de la EGI-Arbovirosis en Honduras, se establecen dos ejes transversales que respaldan todos los componentes y favorecen una respuesta coordinada, sostenible y oportuna frente al dengue, chikunguña, Zika y otras arbovirosis.

Comunicación estratégica y participación comunitaria:

Constituye un elemento esencial para promover la prevención y el control de las arbovirosis mediante la educación, la comunicación del riesgo y la participación activa de la población. En Honduras, este eje busca fortalecer la coordinación entre la SESAL, los gobiernos locales, el sistema educativo, organizaciones comunitarias y otros sectores, fomentando prácticas preventivas, la eliminación de criaderos, la gestión de rumores y la respuesta organizada de las comunidades antes, durante y después de los brotes.

Preparación y respuesta ante epidemias:

Busca fortalecer la capacidad nacional y regional para anticipar, detectar y responder oportunamente a brotes de arbovirosis, mediante planes de preparación y respuesta integrados al Sistema Nacional de Gestión del Riesgo y a los mecanismos de vigilancia epidemiológica. Este eje promueve la coordinación interinstitucional, el fortalecimiento del laboratorio, la vigilancia, atención al paciente, MIV y la CEPC, en concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional.

Factores facilitadores

La implementación sostenible de la EGI-Arbovirosis en Honduras requiere fortalecer los siguientes factores estratégicos:

Incidencia política (cabildeo): Promover el compromiso de las autoridades nacionales, gobiernos locales y otros actores para posicionar las arbovirosis como prioridad de salud pública, asegurando respaldo político, técnico y financiero.



Movilización de recursos: Gestionar y coordinar recursos humanos, financieros, técnicos y logísticos provenientes del Estado, la cooperación internacional y otros sectores, garantizando la continuidad de las intervenciones.

Alianzas intersectoriales: Fortalecer la coordinación entre la SESAL, gobiernos locales, instituciones de educación, ambiente, agua y saneamiento, sector privado, líderes comunitarios, sociedad civil para ampliar la cobertura e impacto de las acciones de prevención y control.

Desarrollo de capacidades: Impulsar la capacitación continua del personal de salud y actores comunitarios, fortaleciendo las competencias necesarias para una respuesta integral basada en evidencia científica.

Monitoreo y evaluación: Implementar un sistema de seguimiento que priorice indicadores de proceso, calidad y desempeño, permitiendo evaluar la implementación de la estrategia, orientar la toma de decisiones oportunas y mejorar continuamente las intervenciones desarrolladas en los diferentes niveles del sistema de salud.



Directrices para la implementación de la EGI-Arbovirosis

Implementación, seguimiento y sostenibilidad de la EGI-Arbovirosis en Honduras

La implementación de la **EGI-Arbovirosis en Honduras** se fundamenta en la experiencia acumulada con la Estrategia de Gestión Integrada para el Dengue (EGI-Dengue, EGI-Arbovirosis), lineamientos de la OPS basados en el Consejo Directivo aprobado en la Resolución CD55.R6 para el período **2026–2035** y la Estrategia de cooperación de País 2025-2030, Su propósito es fortalecer las capacidades nacionales y locales para prevenir, detectar, responder y controlar de manera oportuna las enfermedades arbovirales, considerando la circulación de dengue, chikunguña, Zika y otras arbovirosis de importancia para el país, en un contexto de cambio climático y creciente presión sobre los servicios de salud.

Orientaciones generales

La implementación en Honduras deberá fortalecer la coordinación entre el nivel nacional, regional y municipal, mediante acciones orientadas a:

Actualizar la EGI-Arbovirosis nacional conforme a los lineamientos regionales, adaptándola a la situación epidemiológica y operativa del país.

Fortalecer la gobernanza interinstitucional y la participación comunitaria para una respuesta integral.

Incorporar innovaciones en vigilancia epidemiológica, laboratorio, MIV y CEPC.

Reforzar la preparación y respuesta ante brotes y epidemias, priorizando las regiones sanitarias y municipios con mayor riesgo de transmisión.

Implementación nacional y regional

La SESAL, en coordinación con las Regiones Sanitarias y los gobiernos locales, impulsará las siguientes acciones:

Actualizar y socializar la EGI-Arbovirosis 2026-2035 con los diferentes actores del sector salud, academia, cooperación internacional y comunidades.



Fortalecer las capacidades técnicas mediante procesos permanentes de capacitación.

Consolidar equipos técnicos nacionales, regionales y municipales responsables de la implementación y seguimiento de la estrategia.

Monitorear de forma sistemática los indicadores de los componentes de la EGI-Arbovirosis para apoyar la toma de decisiones basada en evidencia.

Promover la mejora continua de la gestión, vigilancia, atención al paciente, el diagnóstico de laboratorio, el Manejo Integrado de Vectores y la CEPC.

Seguimiento y sostenibilidad

Para garantizar la sostenibilidad de la estrategia, Honduras deberá asegurar la asignación presupuestaria a través de fondos nacionales y establecer un sistema de monitoreo y evaluación que incluya informes periódicos y sistemáticos sobre los avances de implementación y evaluaciones nacionales durante el período 2026–2035. Estos procesos permitirán identificar brechas, fortalecer las capacidades institucionales y orientar la cooperación técnica para mejorar la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en el país.



Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación de la EGI-Arbovirosis 2026–2035 constituyen un componente estratégico para medir el avance de la implementación de las acciones de prevención, vigilancia, control y respuesta frente al dengue, Chikunguña, Zika y otras arbovirosis de importancia en salud pública. La incorporación de indicadores por componente permitirá a la SESAL evaluar de manera sistemática el desempeño de la estrategia, identificar brechas, fortalecer la toma de decisiones y orientar el uso eficiente de los recursos disponibles.

El monitoreo se desarrollará como un proceso continuo que facilite el seguimiento del cumplimiento de las actividades programadas en los diferentes niveles del sistema de salud, permitiendo detectar oportunamente retrasos o desviaciones y adoptar medidas correctivas que mejoren la respuesta institucional. Asimismo, favorecerá la transparencia, el aprendizaje continuo y la mejora de la gestión nacional y regional.

La evaluación deberá realizarse de forma periódica y sistemática, utilizando indicadores estandarizados y medios de verificación que permitan valorar la pertinencia, eficacia, eficiencia e impacto de las intervenciones implementadas. Para ello, Honduras promoverá la aplicación de la metodología de evaluación de la EGI-Arbovirosis desarrollada por la OPS, adaptándola a las capacidades nacionales y articulándola con los sistemas de cada uno de los componentes de la EGI-arbovirus del país, así como con el RSI.

La implementación de esta metodología permitirá realizar autoevaluaciones nacionales y regionales y, cuando sea pertinente, evaluaciones asistidas o externas que contribuyan a fortalecer las capacidades institucionales, documentar buenas prácticas e identificar oportunidades de mejora en cada uno de los componentes de la estrategia.

En este marco, los indicadores de monitoreo y evaluación servirán para:

- Medir los avances y las brechas en la implementación de cada componente, eje transversal y factor facilitador de la EGI-Arbovirosis.
- Fortalecer la planificación, el seguimiento y la mejora continua de las intervenciones de prevención y control de las arbovirosis.
- Respalda la toma de decisiones basada en evidencia para optimizar la asignación de recursos y las acciones de respuesta.
- Fortalecer la rendición de cuentas ante las autoridades nacionales, los gobiernos locales, los socios de cooperación y la población hondureña, contribuyendo a consolidar un sistema de salud más resiliente y sostenible frente a las enfermedades arbovirales.
- Conducir acciones correctivas y mejoras continúa acercando al país a las metas planteadas.

Tabla de indicadores para monitoreo y evaluación por componentes. EGI-Arbovirus Honduras 2026 - 2035

Componente	Resultado	Indicadores
Gestión	R1. EGI-Arbovirus nacional adoptada, ajustada en ejecución con monitoreo periódico.	G1. Proporción de regiones sanitarias con EGI-Arbovirus nacional adaptada y en ejecución.
Epidemiología	R1. Sistema integrado de vigilancia epidemiológica de las enfermedades arbovirales que optimice el análisis de la información para mejorar la toma de decisiones con enfoque a mejorar el impacto en las acciones de prevención y control, y evaluar el desempeño.	E1. Proporción de las regiones sanitarias prioritarias con vigilancia epidemiológica integrada implementada en el SNVS.
		E2. Proporción de las regiones sanitarias que han replicado la capacitación en la vigilancia epidemiológica en el SNVS y normativa de Vigilancia de Arbovirosis en los diferentes niveles de atención (municipal y local).
		E3. Proporción de las regiones sanitarias que toman decisiones basadas en la vigilancia epidemiológica integral que se ha implementado en el SNVS.
Atención al paciente	R1. Fortalecimiento de la atención integral del paciente con dengue y otras arbovirosis en toda la red de servicios de salud público y no público, bajo el MNS, enfoque APS y Una Sola Salud.	A1. Proporción de médicos y enfermeras capacitados en el manejo integral de enfermedades arbovirales (diagnóstico clínico y diferencial).
		A2. Proporción de ES que aplican guías y flujogramas de atención para las enfermedades arbovirales.
		A3. Proporción de ES públicos que cuentan con planes operativos de contingencia frente a enfermedades arbovirales.
		A4. Red Nacional de Expertos Clínicos en enfermedades arbovirales funcionando.
		A5. Incidencia de las arbovirosis desagregada por clasificación clínica y otras.
		A6. Tasa de letalidad para cada arbovirosis.
Laboratorio	R1. Información diagnóstica y epidemiológica generada por la RNLDAH, que sea oportuna, confiable y de alta calidad para la toma de decisiones estratégicas en la	L1. Participación del Laboratorio Nacional de Virología (LNV) en la Red de Laboratorios de Diagnóstico de Arbovirus de las Américas (RELDA).
		L2. Proporción de laboratorios de la RNLVAH con sistemas implementados de Control de Calidad Directo e Indirecto validados por el LNV.



	vigilancia, prevención, mitigación y control de las arbovirosis en Honduras.	L3. Proporción de laboratorios de la red con flujogramas y algoritmos diagnósticos oficializados por el LNV y armonizados con las directrices de la OPS/OMS.
		L4. Proporción de laboratorios de la red con capacidad instalada para el diagnóstico serológico (ELISA NS1/IgM), molecular (RT-PCR) y capacidad centralizada en el LNV para caracterización genómica.
		L5. Proporción de laboratorios con capacidad analítica instalada para el diagnóstico diferencial de arbovirus según su nivel de resolución (DENV, CHIKV y ZIKV a nivel regional; MAYV, OROV y FAV de forma exclusiva en el LNV).
Manejo integrado de vectores	R1. Vigilancia Entomológica y Manejo Integrado de Vectores implementados para la prevención y respuesta efectiva en las diferentes situaciones epidemiológicas de las arbovirosis en Honduras	MIV1. Proporción de Regiones Sanitarias con diagnóstico situacional del estado estructural y funcional de la vigilancia entomológica y Manejo integrado de vectores (MIV)
		MIV2. Proporción de Regiones Sanitarias con planes de trabajo alineados con EGI-arbovirus 2026-2035 que implementan el 100% de la estrategia de vigilancia entomológica y manejo integrado de vectores de Honduras
		MIV3. Proporción de Regiones Sanitarias con planes operativos para la gestión de recursos con el fin de fortalecer la vigilancia y el manejo integrado de vectores.
		MIV4. Proporción de Regiones Sanitarias que incorporan acciones de comunicación de riesgo y participación comunitaria en sus planes de trabajo.
Comunicación Estratégica y Participación comunitaria.	R1. Sistemas de CEPC fortalecidos para prevenir, controlar y responder a las arbovirosis a nivel regional y nacional.	CEPC1. Proporción de regiones prioritarias con un plan de CEPC adaptado e implementado a su contexto.
		CEPC2. Proporción de planes de comunicación estratégica, de riesgo y participación comunitaria con presupuesto asignado y ejecutado.
		CEPC3. Proporción de actores comunitarios activos en las regiones sanitarias.
		CEPC4. Proporción de actores comunitarios y socios clave capacitados en CEPC, que intervienen en la prevención y el control de las arbovirosis.
		CEPC5. Proporción de municipios y localidades prioritarias con campañas de comunicación y movilización social implementadas en el último año.



		CEPC6. Proporción de brotes o epidemias de arbovirosis en los que se activó una estrategia de comunicación de riesgo.
--	--	---



Cronograma de implementación de la EGI – Arbovirus en Honduras

Cronograma de Implementación EGI-Arbovirus Honduras										
Tarea	S2 2026	S1 2027	S2 2027	S1 2028	S2 2028	S1 2029	S2 2029	2030	2031	2032
Taller de actualización de la estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control de las Enfermedades Arbovirales en Honduras.										
Revisión, validación final del documento por parte del ETAH.										
Aprobación final del documento y elaboración del acuerdo Ministerial por la Secretaría General de la SESAL.										
Oficialización del Equipo Técnico de la EGI-Arbovirosis de Honduras										
Lanzamiento de la EGI-Arbovirosis de Honduras 2026-2035										
Socialización de la EGI-Arbovirosis de Honduras 2026-2035 con las Regiones Sanitarias y Municipios (Regiones priorizadas)										
Revisión y actualización del formato para los planes de acción regionales.										



Establecer jornadas de trabajo con mesas intersectoriales Departamentales y Municipales y socios estratégicos.										
Operativización de la EGI-Arbovirosis Honduras por cada Región Sanitaria y Municipios con su Plan de Acción.										
Periodo de adaptación/adequación de la EGI-Arbovirosis Honduras 2026-2035 en Regiones priorizadas.										
Gestión de presupuesto de Fondos Nacionales a la Secretaría de Finanzas para la implementación de la EGI-Arbovirosis Honduras 2026-2035										
Visitas de monitoreo a las Regiones Sanitarias para revisión de avances del plan de trabajo y mejora continua.										
Evaluación semestral de los avances de implementación de la EGI Arbovirosis Honduras 2026-2035 por componente										
Evaluación a medio término (Evaluación Externa)										



Referencia

1. Resumen de la situación en la Región de las Américas [Internet]. Paho.org. [citado el 6 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/02/2026-18feb-phe-actualizacion-dengue-es-final1.pdf>
2. OPS. Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas 2026-2035. OPS, editor. Washington, D.C., 2026: © Organización Panamericana de la Salud, 2026; 2025.
3. Orientaciones técnicas para el análisis de fallecimientos por dengue. OPS, editor. Washington, D.C., 2026: © Organización Panamericana de la Salud, 2026; 2026.
4. Pan American Health Organization. Metodología Para Evaluar Las Estrategias Nacionales de Prevención Y Control de Enfermedades Arbovirales En Las Américas [Internet]. Pan American Health Organization; 2021. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37774/9789275324417>
5. Paho.org. [citado el 6 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/aba9a687-5c97-4241-8001-9749b67717c6/content>
6. World Health Organization. **Global vector control response 2017–2030**. Geneva: WHO; 2017. ISBN 9789241512978. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512978>
7. World Health Organization. **Framework for a national vector control needs assessment**. Geneva: WHO; 2017. WHO/HTM/GVCR/2017.02.
8. Escobar D, Madrid M, Reyes-Perdomo C, Dueñas G, Urrutia O, Cortes A, Barahona L, Fajardo JC, Palma A, Moore R, Vásquez GM, Fontecha G. **First genetic evidence of *Aedes albopictus* (Skuse, 1894) (Diptera: Culicidae) establishment and recent invasion in Honduras**. *Infect Genet Evol*. 2026;143:105978. doi:10.1016/j.meegid.2026.105978 — PMID 42401384
9. Kent RJ, Crabtree MB, Miller BR. **Transmission of West Nile virus by *Culex quinquefasciatus* Say infected with *Culex* Flavivirus Izabal**. *PLoS Negl Trop Dis*. 2010;4(5): e671. Doi: 10.1371/journal.pntd.0000671 — PMID 20454569
10. Organización Panamericana de la Salud / OMS. **Actualización Epidemiológica: Oropouche en la Región de las Américas**. Washington, D.C.: OPS/OMS; 13 de agosto de 2025. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-oropouche-region-americas-13-august-2025>
11. Reyes-Perdomo C, Escobar D, Galo L, Urrutia O, Vizcaino RL, Lenhart A, Fontecha G. **Insecticide resistance status and high frequency of kdr mutations in**

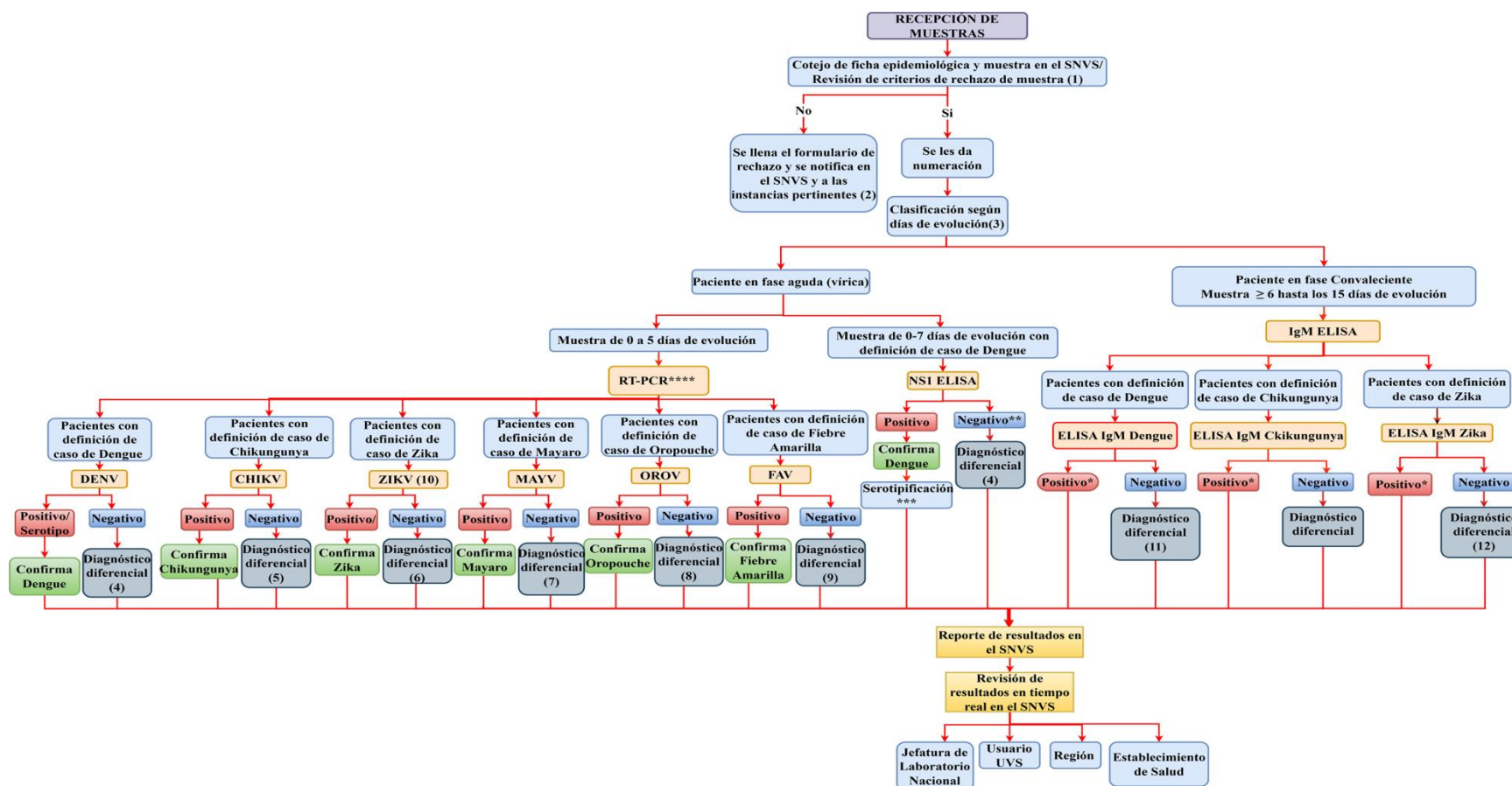


- Aedes aegypti* in Tegucigalpa, Honduras.** *Parasit Vectors.* 2025;18(1):321. doi:10.1186/s13071-025-06953-2 — PMID 40751217
12. Escobar D, Reyes-Perdomo C, Dueñas G, Palma A, Urrutia O, Mejía RE, Moore R, Vásquez GM, Fontecha G. **Co-occurrence and spatial structuring of V410L, V1016I, and F1534C kdr mutations in *Aedes aegypti* populations across Honduras.** Manuscrito en preparación / sometido, 2026.
 13. Al-Amin HM, Gyawali N, Graham M, Alam MS, Lenhart A, Hugo LE, Rašić G, Beebe NW, Devine GJ. **Insecticide resistance compromises the control of *Aedes aegypti* in Bangladesh.** *Pest Manag Sci.* 2023;79(8):2846–2861. doi:[10.1002/ps.7462](https://doi.org/10.1002/ps.7462) — PMID 36942761
 14. World Health Organization. **Standard operating procedure for testing insecticide susceptibility of adult mosquitoes in WHO bottle bioassays.** Geneva: WHO; 2022. ISBN 9789240043770. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352312/9789240043770-eng.pdf>
 15. Dra. Mariela Alvarado, Abog. Laura Mejía Lic. Sara Borjas Dr. Marco Pinel Lic. Nancy Padilla Dra. Lourdes Mendoza, Lic. Miguel Guerrero Dra. Diana Núñez Lic. María Elena Matute Lic. Mercedes Martínez. Lineamientos para la gestión de situaciones de salud priorizadas, en el marco de las mesas intersectoriales. 2020.
 16. Asociación de Municipios de Honduras. MARCO DE ACCIÓN PARA ALCALDES Y ALCALDESAS para la gestión intersectorial de los determinantes sociales y ambientales de la salud para la prevención y control de las arbovirosis. AMHON, editor. 2026.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre entomología y control de vectores 2018-2023. Washington, DC: OPS; 2018. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49612/CD56-11-s.pdf>.
 18. Organización Panamericana de la Salud. Documento operativo de aplicación del manejo integrado de vectores adaptado al contexto de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51760>.
 19. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51563>.
 20. Procedimientos para evaluar la susceptibilidad a los insecticidas de los principales mosquitos vectores de las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2023 Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275324530>.
 21. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de las estrategias innovadoras para el control de *Aedes aegypti*: desafíos para su introducción y evaluación del impacto. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51376>.



Anexos

Anexo 1. Flujograma de procesamiento de muestras para la vigilancia de arbovirosis





EXPLICACIÓN DEL FLUJOGRAMA

- (1) Muestras insuficientes (menor de 1 ml, esta condición queda exenta en los casos de recién nacido o por condiciones del paciente y se debe aclarar en la ficha epidemiológica), muestras con incumplimiento a la cadena en frío, muestras sin ficha epidemiológica o fichas epidemiológicas sin muestra, muestras que tengan un mes de haber sido tomadas, muestras con ficha epidemiológica con datos incompletos, sueros hemolizados, lipémicos (quedan exentos por motivos de la condición médica del paciente y se debe aclarar en la ficha epidemiológica), turbios o no rotulados, incongruencias entre la muestra y ficha epidemiológica, tubos quebrados, con la muestra derramada o vacíos.
- (2) Se almacenan a -70 hasta cumplir el mes se descartan
- (3) Según la fecha de inicio de síntomas y la fecha de toma de muestra se determinan los días de evolución de la enfermedad y se clasifican.
- (4) Virus de Chikunguña, virus de Zika
- (5) Virus del Dengue, virus de Zika
- (6) Virus del Dengue, virus de Chikunguña
- (7) Virus del Dengue, Virus de Chikunguña
- (8) Virus del Dengue, Virus de Chikunguña, virus de Zika
- (9) Virus del Dengue, virus de Zika, Leptospirosis y Malaria
- (10) ZIKV puede ser detectado por RT-PCR también en orina desde el día 1 y hasta el día 15 (en promedio) tras el inicio de los síntomas respetando la cadena en frío (Aplica solo para el Hospital Escuela).
- (11) Sarampión-Rubéola y Zika
- (12) Dengue

* El resultado se puede confirmar mediante seroconversión

** Si la muestra fue tomada entre los días 6-7 se recomienda realizar ELISA IgM, una vez se tenga resultado NEGATIVO por la técnica de ELISA NS1

*** Toda muestra positiva con 0-5 días de evolución se deberá determinar el serotipo mediante la técnica de RT-PCR



****Se puede utilizar formato singleplex (Chikunguña, Zika), multiplex (Dengue 4 serotipos), tríplex (Dengue, Chikunguña, Zika), dúplex (oropouche, mayaro)

NOTA: Este flujograma es dinámico y se debe actualizar según la situación epidemiológica actual y la disponibilidad de reactivo.

Toda muestra Negativa para arbovirosis que presente fiebre y erupción o Rash deberá ser remitida a virología para el diagnóstico diferencial de enfermedades eruptivas.

Uso de Pruebas Diagnósticas Rápidas (PDR) para Dengue (NS1, IgM/IgG)

Las PDR (NS1 e IgM/IgG) representan una estrategia de apoyo cuando existen limitaciones de acceso a pruebas de laboratorio de referencia (ELISA / RT-PCR) especialmente en lugares de difícil acceso o en situaciones epidémicas que sobrepasan la capacidad de respuesta.

Para garantizar el correcto funcionamiento del sistema de salud, su uso debe contemplar las siguientes directrices:

Apoyo asistencial: En lugares de difícil acceso en situaciones epidémicas (*Point-of-Care*).

Remisión de muestras: Todo establecimiento que aplique PDR debe asegurar la recolección, conservación y envío de muestras de suero a la red de laboratorios para la confirmación del diagnóstico.

Vigilancia epidemiológica y genómica: La remisión periódica de muestras es indispensable para verificar la concordancia diagnóstica, monitorear la circulación de serotipos de dengue y detectar oportunamente la introducción de nuevos genotipos o arbovirus.