



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

G20:2018

GUIA DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION MIGRANTE

Tegucigalpa, M.D.C.

Marzo 2020

Honduras, C.A.



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

G20:2018

GUIA DE ATENCION EN SALUD PARA LA POBLACION MIGRANTE



AUTORIDADES

Licda. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Sub Secretario de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Fuentes

Directora de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

APROBACION

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización mediante **RESOLUCION No. 13 DGN-2020** del 1 de Junio del 2020, me permito aprobar el documento **“G20:2018 Guía de Atención en Salud para la Población Migrante”**

Índice

I.	Introducción.....	7
II.	Contexto.....	8
III.	Marcos Legales y Políticos.....	10
	1. Convenios internacionales.....	10
	2. Instrumentos regionales.....	11
	3. Leyes nacionales.....	12
IV.	Objeto.....	15
V.	Campo de Aplicación.....	15
VI.	Términos y Definiciones.....	15
VII.	Acrónimos.....	21
VIII.	Documentos Relacionados.....	23
IX.	Contenido.....	23
	1. Migración en Honduras.....	23
	1.1 Aspectos Generales.....	23
	1.1.1 La coordinación dentro de los centros de recepción a población migrante.....	24
	1.2 Aspectos de la población migrante retornada.....	24
	1.2.1 Centros de Atención al Migrante Retornado CAMR.....	24
	1.2.2 Servicios brindados en los CAMR.....	25
	1.3 Aspectos de la población migrante en tránsito.....	25
	1.3.1 Centros de Atención al Migrante Irregular CAMI.....	26
	1.3.2 Servicios brindados en los CAMI.....	26
	2. Conceptos en Salud de la Población Migrante.....	27
	2.1 Vigilancia en salud publica.....	27
	2.2 Tamizaje.....	28
	2.2.1 Recomendaciones OMS.....	28
	2.2.1 Tamizaje en los Centros de recepción al Migrante.....	29
	2.3 Promoción de la Salud.....	30
	2.3.1 Actividades de promoción de la salud.....	30
	2.4 Prevención.....	30
	2.4.1 Líneas de intervención dentro de la prevención.....	31
	2.5 Retorno asistido de migrantes hondureños con problemas de salud.....	31
	2.5.1 Diferentes acciones por tomar.....	31
	2.6 Continuidad de la atención medica.....	32
	3. Atención Clínica para la Población Migrante.....	32
	3.1 Estándares mínimos de calidad requeridos en los centros.....	33
	3.2 Situaciones de emergencia.....	34
	3.3 Consulta Médica.....	35
	3.4 Pruebas generales y opcionales.....	35
	3.4.1 Pruebas disponibles.....	36
	3.5 Salud Mental.....	36
	3.5.1 Atención en Salud Mental para niños.....	37
	3.5.2 Posibles acciones en Salud Mental.....	37
	3.5.3 Diferentes responsabilidades del personal médico en el centro.....	38
	3.5.4 Sistema de referencia pacientes con necesidad en Salud Mental.....	38

3.6	Grupos Vulnerables.....	39
3.6.1	Niños y adolescentes.....	39
3.6.2	Mujeres embarazadas.....	39
3.6.3	Víctimas de violencia sexual.....	40
3.6.3.1	Atención física para la víctima.....	41
3.6.3.2	Atención en Salud Mental para la víctima.....	42
3.6.4	Población migrante con discapacidad.....	43
3.6.4.1	Atención al migrante con discapacidad.....	43
3.6.5	Migrantes con necesidad de protección.....	45
3.7	Programas en Salud.....	45
3.7.1	Planificación familiar.....	45
3.7.2	Vacunación.....	45
3.8	Referencia Respuesta.....	46
3.8.1	Diferentes escenarios de remisión de casos.....	47
4.	Morbilidades Principales de la Población Migrante.....	48
4.1	Morbilidades específicas.....	49
4.1.1	Tuberculosis.....	49
4.1.2	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.....	52
4.1.3	Patologías específicas para migrantes en tránsito.....	53
X.	Anexos	54
1.	Ficha de Tamizaje.....	54
2.	Cuadro de tamizaje para aplicar en sala de recepción del centro.....	55
3.	Historia Medica.....	56
4.	Flujograma remisión de casos.....	58
5.	Herramienta para hacer un triaje de necesidades en Salud Mental.....	59
6.	Cuadro de manejo de Infecciones Respiratorias.....	60
7.	Cuadro de manejo de Lesiones dermatológicas.....	61
8.	Cuadro de manejo de Lesiones Físicas (Traumáticas y/o Violencia)	62
9.	Cuadro de infecciones de Población Migrante Retorno y Transito.....	63
10.	Causas Infecciosas de la Fiebre según la localización de los síntomas.....	64
XI.	Equipo Conductor.....	76
XII.	Agradecimiento.....	76
XII.	Bibliografía.....	77

I. Introducción

El número de personas que migraron a nivel mundial, a través de las fronteras internacionales continúa aumentando cada vez más con el paso de los años (173 millones en 2000, 191 millones en 2005, 220 millones en 2010, 248 millones en 2015) hasta llegar a 258 millones de migrantes en 2017. En el 2016, el número total de refugiados y solicitantes de asilo en el mundo fue de 25.9 millones¹.

En el 2019, un número sin precedentes de 70.8 millones de personas alrededor del mundo han sido forzados a salir de sus hogares. Entre ellos se estima que aproximadamente 25.9 millones son refugiados, de los cuales, más de la mitad son menores de edad².

La migración sigue evolucionando y se vuelve más compleja, por el aumento de los flujos migratorios mixtos que comprenden diferentes categorías de migrantes. Además, el contexto socioeconómico, medioambiental y político en el que se desarrolla la migración moderna sigue cambiando, determinando nuevos desafíos y áreas de oportunidad, incluso en el sector de la salud.

Los peligros del modo y la duración del viaje, estatus legal del migrante, acceso limitado a los servicios de salud, condiciones de vida y trabajo, así como las barreras socioculturales como la exclusión social, la discriminación, pérdida de familiares y redes de soporte, hacen que la migración sea un determinante en salud que consecuentemente resulta en necesidades específicas para esta población.

Lo anterior justifica la importancia de un enfoque específico para abordar las necesidades en salud de los migrantes de manera individual, pero teniendo en cuenta las necesidades en salud pública de las poblaciones huéspedes en los países de tránsito o destino.

A fin de abordar estas necesidades la respuesta no puede limitarse solo al nivel nacional, sino que debe ser a nivel regional y global.

La presente guía proporciona orientación básica y un apoyo práctico para los profesionales de la salud que atienden la población migrante; con el objetivo de brindar una respuesta de calidad y calidez a las necesidades humanitarias en salud de forma específica para los migrantes retornados y los migrantes en tránsito.

Esta guía facilitará los siguientes aspectos:

- 1 La recolección de datos de los principales problemas en salud e información sociodemográfica
- 2 El desarrollo de un registro médico sistematizado para favorecer el análisis en salud
- 3 La coordinación entre los diferentes actores involucrados en la asistencia a los migrantes

- 4 Cumplimiento de los sistemas de referencia para mejorar el acceso a los servicios en salud y las medidas de protección
- 5 Mejorar el sistema de vigilancia epidemiológica y reforzar el sistema de notificación obligatorio

II. Contexto

La Región de las Américas ha presenciado muchos movimientos migratorios relacionados a desafíos económicos, sociales y políticos, incluyendo conflictos, guerras y desastres naturales, con nuevos países como destino y con cambios en los perfiles migratorios (con más mujeres y niños y menos hombres jóvenes) siendo millones de personas que se mueven dentro de la región hacia el Norte

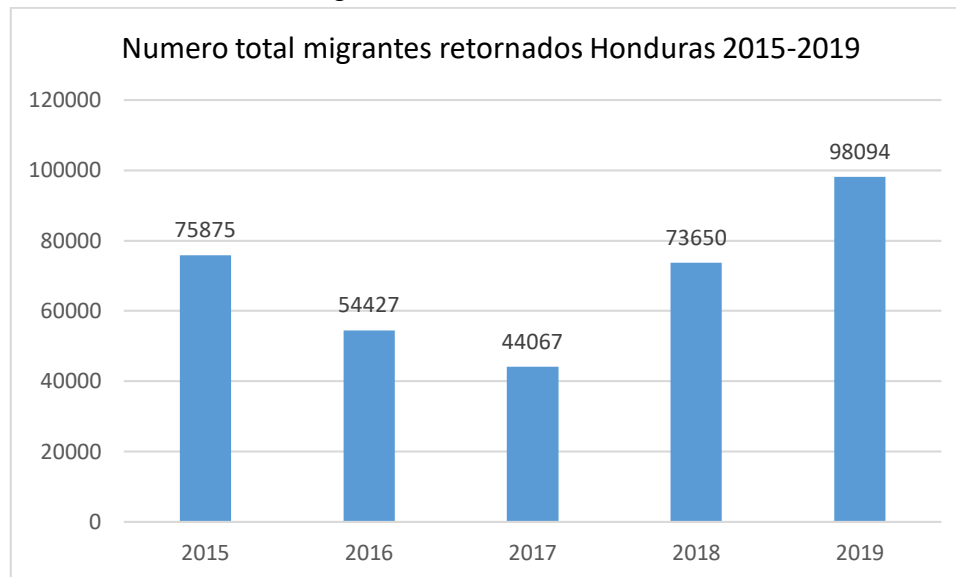
En América Central, se estima que cerca del 10% de la población se encuentra fuera de su país, el número de solicitudes de asilo recibidos en Los Estados Unidos por individuos de países del “triángulo del norte” (El Salvador, Honduras y Guatemala) se ha incrementado hasta en un 800% pasando de 3,523 a 31,066 en el periodo de 2012 a 2017, lo que representa el 50% de todas las solicitudes recibido por los Estados Unidos³.

Según ACNUR, en el 2018, Honduras ocupó el cuarto lugar de los países de América con mayor número de nuevas solicitudes individuales de asilo en los Estados Unidos, con un número total de 24,400 aplicaciones. En adición a esto, entre 2017 a 2018⁴, el número de refugiados y solicitudes de asilo en México ha se incrementado de manera substancial en un 208% (de 19,385 a 40,396).

El número de migrantes que emprenden la “ruta migratoria” y consecuentemente el número de migrantes retornados* desde México y los Estados Unidos ha incrementado significativamente. Datos nacionales muestran que el número de migrantes que han sido regresados está aumentando significativamente en los últimos años, después de un descenso gradual del 2015 al 2017 (vea gráfico 1).

* El termino `migrantes retornados` incluye tanto las personas que han regresado de forma espontánea como las personas que han sido expulsadas por el país de acogida.

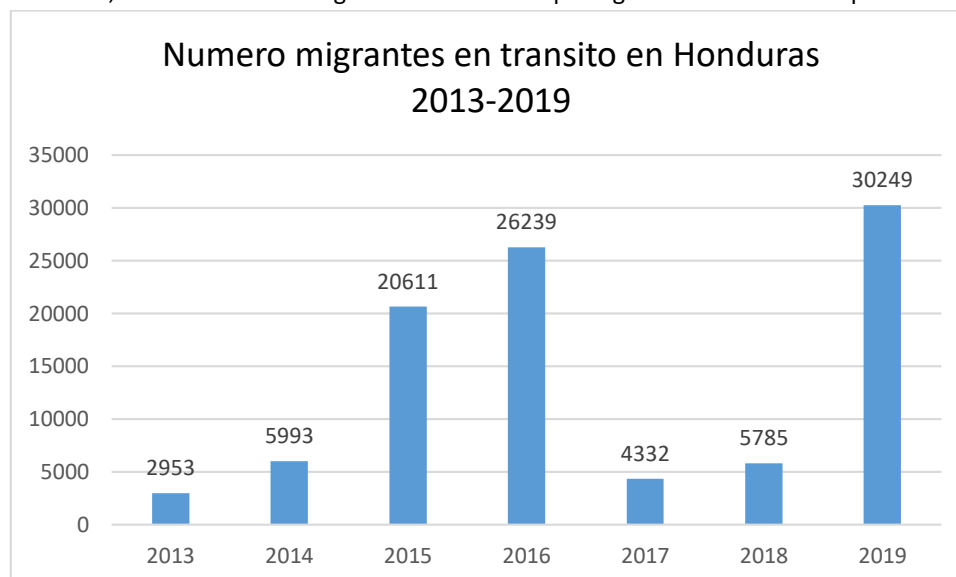
Gráfico 1; Número total de migrantes retornados en Honduras 2015-2019



Fuente: Instituto Nacional de Migración Observatorio Consular y Migratorio de Honduras CONMIGHO

Es importante señalar que Honduras no es solamente un país de salida y subsecuente recepción de migrantes retornados, sino, también es un país de tránsito para personas migrantes originarios de la región y de otros continentes, pasando por Honduras desde Sudamérica y el Caribe hacia Norteamérica. El número de migrantes en tránsito en Honduras ha fluctuado a través de los años, mostrando un aumento explosivo durante el año pasado (vea gráfico 2).

Gráfico 2; Número total de migrantes en tránsito que ingresaron al Honduras por año 2013-2019



Fuente: Instituto Nacional de Migración

III. Marco Legal y Político

Marco jurídico a partir del cual, el Estado hondureño, debe garantizar y asegurar el cumplimiento de los derechos de las personas migrantes y refugiadas al desarrollar estrategias para mejorar sus condiciones de salud y protección.

1) Convenios internacionales

- a) Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares: Honduras ratificó esta Convención el 9 de agosto de 2005, en donde se establece el derecho a la salud en su artículo 28, que textualmente dice: “los trabajadores migratorios y sus familiares tendrán derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo”.

El Comité de Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares ha interpretado este artículo considerando en su Observación General número 2 que: i) los Estados deben velar porque todas las personas, independientemente de su situación migratoria, tengan acceso efectivo, como mínimo, a un nivel básico de atención de la salud sin discriminación alguna, lo que abarca la atención primaria de la salud, así como servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; ii) todos los niños, niñas y adolescentes migrantes tienen derecho a recibir la misma atención a la salud que nacionales, garantizando la inmunización de los niños migrantes contra las principales enfermedades infecciosas y velar porque las mujeres migrantes tengan acceso a una atención de salud prenatal y posnatal adecuada, a servicios seguros de salud reproductiva y a atención obstétrica de urgencia; iii) la necesidad de informar a las personas para la atención a la salud y sus derechos y que médicos y profesionales reciban formación sobre la atención a la salud de trabajadores migratorios y familiares respetuosa de las diferencias culturales; y iv) que no deben utilizar la atención de la salud como instrumento de control migratorio, por lo que no se puede exigir a proveedores de las instituciones de salud pública que entreguen a las autoridades o compartan con ella información sobre la situación migratoria de un paciente⁵.

- b) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Honduras es parte del Pacto desde el 19 de diciembre de 1996 en donde se establece en su artículo 12.1 que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En este sentido, en su Observación General 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales estableció la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual a todas las personas, incluyendo a las personas migrantes y solicitantes de asilo⁶.

- c) Convención sobre los Derechos del Niño: El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de la salud. En este sentido, este derecho debe garantizarse a las personas, independientemente de su situación migratoria. Honduras ratificó dicho tratado el 31 de mayo de 1990. Al respecto, en su Observación Conjunta, los Comités del Niño y de Trabajadores Migratorios y sus Familiares especificaron que:

“todos los niños migrantes deben tener el mismo acceso que los nacionales a la atención de la salud, sea cual fuere su situación migratoria. Esto comprende todos los servicios de salud, ya sean preventivos o terapéuticos, y la atención mental, física o psicosocial que se presta en centros sociales o en instituciones de asistencia sanitaria. Los Estados tienen la obligación de velar por que la salud de los niños no se vea afectada como consecuencia de la discriminación⁷.”

Asimismo, los Comités establecieron la necesidad de eliminarse las barreras administrativas y financieras que impiden el acceso a los servicios, que se intercambie información sobre pacientes y que se realicen operaciones de control migratorio en los centros de atención de salud o en sus inmediaciones.

- d) Convención sobre el estatuto de refugiados: En 1951 se adopta en Ginebra, Suiza, la Convención sobre el Estatuto de Refugiados para proteger los derechos de las personas que requieren de protección internacional que necesiten asilo en cualquiera de los Estados parte de la convención (Naciones Unidas, 1954). En dicho instrumento se reconoce que las personas refugiadas deben tener acceso a servicios de salud equivalentes a los de la población de acogida.
- e) Protocolo sobre el estatuto de refugiados: En 1967, Honduras se adhiere al Protocolo sobre el Estatuto de Refugiados, estableciendo su responsabilidad en la cooperación con la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Igualmente, se compromete a velar por los derechos y la condición de esta población además de informar sobre cualquier normativa que se emita sobre la materia y la ejecución del protocolo como tal (Naciones Unidas, 1967).

2) Instrumentos regionales

- a) Declaración de Cartagena sobre refugiados: Adoptada en 1984 por el Coloquio de Protección Internacional de Refugiados en América Central, México y Panamá aborda los problemas jurídicos y humanitarios que se presentan en la región y que plantean la necesidad de coordinar y armonizar los sistemas internacionales, nacionales y regionales sobre esta materia para reducir los problemas que sufren los refugiados centroamericanos, incluyendo el acceso a la salud (Naciones Unidas, 1984).
- b) Declaración de Brasilia: En 2010, cuatro países centroamericanos (sin incluir Honduras) junto a catorce países de América Latina y el Caribe deciden adoptar la Declaración de Brasilia sobre la Protección de Personas Refugiadas y Apátridas en el Continente Americano con la finalidad de fortalecer la protección internacional humanitaria que esta población necesita establecer, así como la ruta de acción a seguir para los próximos años en los países de la región latinoamericana (Naciones Unidas, 2010).
- c) Declaración de Acción de San José: Los Estados de Belice, Canadá, Costa Rica, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México y Panamá, con la participación de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay firmaron un llamado a la acción sobre necesidades de protección en el Triángulo Norte de Centroamérica, en donde se incluyó la necesidad de que las estrategias promuevan el acceso efectivo a derechos, incluyendo el derecho a la salud, así como colaborar con las organizaciones nacionales y de protección de los derechos humanos de las personas con VIH y las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad ante el VIH (ACNUR y OEA 2016).

3) Leyes nacionales

- a) Ley de migración y extranjería: En el 2003, el Estado hondureño emitió esta ley con el ánimo de regular la política migratoria del Estado (que aún no se diseña), la entrada o salida de personas nacionales y extranjeras, la permanencia de éstas últimas en territorio hondureño y la emisión de los documentos migratorios. La ley no hace mención al derecho a la salud para personas migrantes (Congreso Nacional de la República de Honduras, 2003).
- b) Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares: Dada la crisis humanitaria con que se denominó al éxodo masivo de migrantes centroamericanos hacia México y Estados Unidos, en febrero de 2014, Honduras emitió la Ley de Protección de los Hondureños Migrantes y sus Familiares. Esta, con la finalidad de garantizar la protección de los derechos humanos de los migrantes y sus familiares, incluyendo el derecho a la salud y a la seguridad social, garantizar derechos constitucionales a los hondureños que viven en el exterior,

establecer mecanismos contra la trata de personas y levantar un censo periódico de hondureños migrantes entre otras (Congreso Nacional de la República, 2014).

- c) **Ley contra la trata de personas:** Esta ley fue emitida en julio del 2012 para definir el marco jurídico e institucional necesario para la prevención y combate contra el delito de trata de personas y la atención de sus víctimas. La ley también plantea como objetivo la creación de políticas públicas para la prevención de este delito y la sanción del tipo penal de trata de personas (Congreso Nacional de la República, 2012).

No existe una referencia expresa en el marco jurídico hondureño al acceso a los servicios de salud por parte de la población migrante debido a que Honduras ha sido tradicionalmente un país de origen de personas migrantes, más que de tránsito o destino. No obstante, el derecho a la salud se encuentra también reconocido para personas migrantes si se lee en conjunto con el derecho a la no discriminación, ambos reconocidos en la Constitución Política de la República de Honduras:

a) CAPÍTULO VII DE LA SALUD

Artículo 145: Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

Artículo 60: Todos los hombres nacen libres e iguales en derechos. En Honduras no hay clases privilegiadas. Todos los hondureños son iguales ante la Ley. Se declara punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase y cualquier otra lesiva a la dignidad humana. La Ley establecerá los delitos y sanciones para el infractor de este precepto.

b) Código de Salud de Honduras (Decreto 90-97)

Señala que el derecho a la salud es un derecho humano inalienable, que, al ser reconocido como tal, también debe garantizarse para personas migrantes. La ley establece lo siguiente:

Artículo 1: La Salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

c) Ley de Migración y Extranjería de Honduras

El CONSIDERANDO primero de esta ley establece la igualdad en derechos hacia las personas extranjeras de la siguiente manera:

`Que los extranjeros gozan de los mismos derechos que los hondureños y hondureñas, con las limitaciones que, por razones calificadas de orden público, seguridad, necesidad o interés nacional establece la Ley`.

Adicionalmente, los Estados parte de los convenios antes mencionados han adoptado diversas resoluciones relativas a la protección del acceso a la salud de las personas migrantes. En este sentido, se han comprometido a garantizar el acceso integral (médico, psicosocial y de rehabilitación) y de calidad a personas migrantes; prevención de enfermedades y atención sanitaria; establecimiento de sistemas de información sanitaria para evaluar y analizar las tendencias de la salud de las personas migrantes; la sensibilización y capacitación de proveedores de salud; la cooperación bilateral y multilateral entre países; el desarrollo de protocolos de salud pública; entre otras⁸.

Es importante destacar el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular y el Pacto Mundial sobre los Refugiados, por medio de los cuales, 150 países miembros de la ONU establecieron 23 objetivos para una migración segura, ordenada y regular.

En este marco, se incluyó las necesidades de salud de las personas migrantes en las políticas nacionales y locales de atención médica, con el fortalecimiento de las capacidades para la prestación de servicios, facilitando el acceso sin discriminación, la reducción de barreras de comunicación y capacitaciones a proveedores de servicios de salud con enfoque culturalmente sensible, con el fin de promover la salud física y mental de las personas migrantes. Por su parte, el Pacto Mundial sobre los Refugiados establece que los Estados y las partes pertinentes aportarán recursos y conocimientos especializados para ampliar los sistemas nacionales de salud y mejorar su calidad y de este modo, facilitar el acceso de las personas refugiadas y miembros de las comunidades de acogida⁹.

El anterior marco jurídico (de origen nacional e internacional) es claro al respecto de los derechos de la población migrante ya sea de salida, de retorno y/o de tránsito, que bajo la ley hondureña son garantes de derecho para recibir los servicios necesarios para su bienestar, tanto en términos de salud como de protección.

IV. Objeto

Proporcionar orientaciones básicas al personal sanitario público y privado en los principales centros de recepción del migrante y en los establecimientos de la Secretaría de Salud a nivel nacional para la atención integral en salud de la población migrante (retornado y/o en tránsito) de acuerdo con las necesidades identificadas.

V. Campo de Aplicación

La presente guía será aplicada a todos los prestadores de servicios de salud pública y privada a nivel nacional que participen en la orientación, evaluación, tratamiento, seguimiento y referencia de la población migrante retornados y/o en tránsito.

VI. Términos y Definiciones

Anticoncepción: Es el proceso mediante el cual se utiliza un conjunto de métodos, sustancias o medios para evitar la fecundación o el embarazo no deseado¹⁰.

Biometría: Estudio de características biológicas mensurables. Los identificadores biométricos son piezas de información que codifican una representación de las características biológicas únicas de una persona (huellas digitales, identificación de las retinas o de las voces). Algunos gobiernos han introducido el uso de los identificadores biométricos como medida de seguridad, en la expedición de pasaportes o permisos de residencia¹¹.

Calidad: Es el cumplimiento de un conjunto de estándares o normas establecidas por el ente rector bajo dos perspectivas: 1) calidad Técnica, en el desarrollo de los procesos, procedimientos, intervenciones de atención a la salud y sus productos, de forma que aseguren la entrega de la mayor cantidad de beneficios a la población beneficiaria con el menor riesgo posible y, 2) calidad percibida por el usuario(a) sobre los servicios recibidos incluye: un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su identidad y derechos y, sin la ocurrencia de eventos adversos¹².

Calidez: Dimensión de la calidad percibida que se centra en el trato interpersonal que la persona usuaria recibe por parte de quien o quienes la atienden, personalización de la atención, trato amable, buena disposición para escucharla y atender problemas o inquietudes⁽¹²⁾.

Confidencialidad: Es un acuerdo implícito o explícito del médico de no dar a conocer información relativa a su paciente. Es un deber de los proveedores de la salud de “proteger la información del paciente y no divulgarla sin autorización”¹³.

Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de una persona, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (Normas y procedimientos de atención para planificación familiar, climaterio/menopausia, infertilidad. Honduras. 2010) ⁽¹³⁾.

Control sanitario: En el contexto de la migración, es la función de reducir y encauzar adecuadamente el impacto que tiene en la salud pública la movilidad de la población en los países receptores, así como de facilitar la integración de los migrantes a través de la orientación y el manejo del costo efectivo de las condiciones de salud y la documentación médica. El control sanitario antes de la partida sirve para promover la salud de los migrantes asistidos, dándoles la oportunidad de iniciar tratamientos curativos o preventivos de condiciones que, si se dejasen de tratar, podrían tener un impacto negativo en el estado de salud del migrante y/o de la salud pública de las comunidades receptoras¹⁴.

Cuarentena: Aislamiento temporal de una persona o de un animal que sufre o puede sufrir una enfermedad infecciosa o contagiosa¹⁵.

Deportación: Acto del Estado en el ejercicio de su soberanía mediante el cual envía a un extranjero fuera de su territorio, a otro lugar, después de rechazar su admisión o de habersele terminado el permiso de permanecer en dicho Estado ⁽¹⁴⁾.

Derecho a salir: Toda persona tiene el derecho a salir de cualquier país, incluso del propio (artículo 13 (2), de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). Ese derecho se consagra en otros instrumentos internacionales como, por ejemplo, en el Artículo 12 (2) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1966, en el cual se señala que “toda persona tendrá derecho a salir libremente de cualquier país, incluso del propio.”

Este es un aspecto de la libertad de circulación que se aplica a todas las personas sin distinción. Sin embargo, en derecho internacional este derecho no tiene como corolario el derecho de ingresar en el territorio de un país¹⁶.

Derecho de asilo: En términos genéricos se usa en dos sentidos: el derecho de conceder el asilo (un Estado puede dar asilo en su territorio a cualquier persona a su plena discreción), y el derecho de toda persona a buscar asilo y a disfrutar de él en cualquier país (Art. 14 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948) ⁽¹⁶⁾.

Derechos Humanos: son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles ⁽¹⁶⁾.

Desplazados externos: Personas que han tenido que abandonar su país debido a persecución, violencia generalizada, violación masiva de derechos humanos, conflictos armados u otras situaciones de esta naturaleza. Estos individuos huyen, a menudo, en masa. A veces también se les denomina “refugiados de facto” ⁽¹⁴⁾.

Desplazados internos: Personas o grupos de personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o dejar sus hogares o su residencia habitual, particularmente como resultado o para evitar los efectos de un conflicto armado, situación de violencia generalizada, violación de los derechos humanos o desastres naturales o humanos y que no han atravesado una frontera de un Estado internacionalmente reconocido (Principios Rectores de los desplazamientos internos, Doc. ONU, E/CN.4/1998/53/Add.2.) ⁽¹⁴⁾.

Discriminación: Hecho de no tratar a todas las personas por igual cuando no hay distinción razonable entre los favorecidos y los no favorecidos. La discriminación está prohibida en relación con “raza, sexo, idioma o religión” en el Art. 1 (3) de la Carta de las Naciones Unidas, 1945; y, se reafirma en el Art. 2 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948: “1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. 2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente o de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía” ⁽¹⁶⁾.

Emergencia médica: Es la situación de salud que se presenta repentinamente lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de muerte y requiere la inmediata atención y tratamiento¹⁷.

Establecimiento de salud: Entendido, como todo local (ámbito físico) destinado a la provisión de servicios y asistencia a la salud, en régimen de internación y/o no internación cualquiera sea su complejidad y titularidad pública o privada (Modelo de Salud SeSal, mayo 2013)¹⁸.

Explotación: Acto de aprovecharse de algo o de alguien. En particular, el acto de aprovecharse injustamente de otro para su propio beneficio (por ejemplo, explotación sexual, servicios o trabajo forzoso, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, servidumbre, venta de órganos) ⁽¹⁴⁾.

Extranjero: Persona que no es nacional de un Estado determinado. El término abarcaría el apátrida, el asilado, el refugiado y el trabajador migrante ⁽¹⁴⁾.

Feminización de la migración: Creciente participación de la mujer en los movimientos migratorios. Las mujeres se desplazan hoy con mayor independencia y ya no en relación con su posición familiar o bajo la autoridad del hombre (el 48 por ciento de los migrantes son mujeres) ⁽¹⁴⁾.

Menores no acompañados (MENA): Personas que no tienen la mayoría de edad y que no viajan acompañadas por un padre, un tutor o cualquier otro adulto quien por ley o costumbre es responsable de ellos. Los menores no acompañados plantean situaciones especiales a los funcionarios de inmigración, puesto que las normas sobre detenciones y otras prácticas utilizadas para los extranjeros adultos pueden no ser apropiadas para menores ⁽¹⁴⁾.

Menor separado: Menor de 18 años que se encuentra fuera de su país de origen y que está separado de sus progenitores o anteriores tutores ⁽¹⁴⁾.

Migración: Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos ⁽¹⁴⁾.

Migración asistida: Movimiento de migrantes realizado con la asistencia de uno o varios gobiernos o de una organización internacional, distinta a la migración espontánea y sin ayuda ⁽¹⁴⁾.

Migración Económica: debida principalmente a causas económicas o para conseguir mejoras materiales. ⁽¹⁴⁾

Migración de retorno: Movimiento de personas que regresan a su país de origen o a su residencia habitual, generalmente después de haber pasado por lo menos un año en otro país. Este regreso puede ser voluntario o no. Incluye la repatriación voluntaria. ⁽¹⁴⁾

Migración forzosa: Término genérico que se utiliza para describir un movimiento de personas en el que se observa la coacción, incluyendo la amenaza a la vida y su subsistencia, bien sea por causas naturales o humanas (Por ejemplo, movimientos de refugiados y de desplazados internos, así como

personas desplazadas por desastres naturales o ambientales, desastres nucleares o químicos, hambruna o proyectos de desarrollo). (14)

Migración irregular: Personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados de envío, de tránsito o receptor. No hay una definición universalmente aceptada y suficientemente clara de migración irregular. Desde el punto de vista de los países de destino significa que es ilegal el ingreso, la estadía o el trabajo, es decir, que el migrante no tiene la autorización necesaria ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para ingresar, residir o trabajar en un determinado país. Desde el punto de vista de los países de envío la irregularidad se observa en los casos en que la persona atraviesa una frontera internacional sin documentos de viaje o pasaporte válido o no cumple con los requisitos administrativos exigidos para salir del país. Hay sin embargo una tendencia a restringir cada vez más el uso del término de migración ilegal a los casos de tráfico de migrantes y trata de personas. (14)

Migración por motivos familiares: En el ámbito de la Unión Europea, hace referencia explícitamente a la reagrupación familiar y la formación de la familia. En un contexto global, concepto general que abarca reagrupación familiar, formación de la familia y migración de una familia completa al mismo tiempo. (14)

Migrante: A nivel internacional no hay una definición universalmente aceptada del término “migrante.” Este término abarca usualmente todos los casos en los que la decisión de migrar es tomada libremente por la persona concernida por “razones de conveniencia personal” y sin intervención de factores externos que le obliguen a ello. Así, este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales y sus perspectivas y las de sus familias. (14)

Migrante Irregular o en tránsito: Persona que habiendo ingresado ilegalmente o tras vencimiento de su visado, deja de tener status legal en el país receptor o de tránsito. El término se aplica a los migrantes que infringen las normas de admisión del país o cualquier otra persona no autorizada a permanecer en el país receptor (también llamado clandestino/ilegal/migrante indocumentado o migrante en situación irregular). (14)

País de destino: País al que se dirigen flujos migratorios (legal o ilegal). (14)

País de origen: País del cual procede un migrante o flujos migratorios (legal o ilegal). (14)

País de tránsito: País a través del cual pasa la persona o el grupo migratorio hacia su destino. (14)

Persecución: En el marco del refugio, una amenaza a la vida o a la libertad por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas. ⁽¹⁴⁾

Prestadores de servicios de salud público y no público: Personas naturales y jurídicas, públicas, privadas y mixtas, nacionales o extranjeras, debidamente licenciadas y de preferencia acreditadas (o en vías de serlo) que tienen como objetivo la provisión de servicios de promoción, recuperación y rehabilitación de salud y prevención y control del riesgo y la enfermedad que requiere la población a su cargo, respetando los principios y el enfoque del Modelo Nacional de Salud. ⁽¹⁸⁾

Principios humanitarios: Normas éticas aplicables a todos los actores humanitarios basadas en el derecho internacional humanitario y de los derechos humanos que buscan proteger la integridad de la acción humanitaria. La primera referencia explícita a los principios humanitarios se encuentra en los “Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja”, adoptados en 1965. ⁽¹⁴⁾

Profilaxis: tratamiento o acción dada para prevenir la ocurrencia de infecciones y enfermedades ⁽¹³⁾.

Protección: Todas las actividades que tienen por finalidad obtener el respeto de los derechos individuales de una persona de acuerdo con la letra y el espíritu del orden jurídico (particularmente derecho internacional de los derechos humanos, derecho internacional humanitario, derecho internacional de la migración o derecho internacional de los refugiados).⁽¹⁴⁾

Referencia: es el envío de pacientes de un proveedor de menor capacidad resolutive a otro de mayor, igual o menor complejidad, para la atención o complementación diagnóstica o terapéutica debido a que los recursos disponibles no permiten dar respuesta a las necesidades del paciente, en especial cuando estas requieren la intervención de personal especializado y de tecnología avanzada. ⁽¹⁸⁾

Refugiado: Persona que con “fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su origen y no pueda acogerse a la protección de tal país” (Art. 1.A.2, de la Convención sobre el Estatuto de Refugiado de 1951, modificada por el Protocolo de 1967)¹⁹.

Retorno: Acto o proceso de regresar. El retorno puede ser dentro de los límites territoriales de un país (por ejemplo, los desplazados internos o los combatientes desmovilizados) o desde el país receptor (tránsito o destino) al país de origen (por ejemplo, los refugiados, los solicitantes de asilo y nacionales calificados). Hay subcategorías de retorno que describen la forma en que se organiza: voluntario, forzoso, asistido y espontáneo y otras que describen las personas objeto del retorno como. ⁽¹⁴⁾

Reunificación familiar: Proceso por el cual los miembros de un grupo familiar, separados forzosamente o por migración voluntaria, se reagrupan en un país distinto al del origen. La admisión es discrecional del Estado receptor. ⁽¹⁴⁾

Unidad Municipal de Atención al Retornado (UMAR): Es la Unidad Municipal de Atención a los niños, niñas, adolescentes y unidades familiares, que brinda una atención integral a nivel local donde se articula la oferta institucional del Gobierno Central y Local. Comprometida a dar el seguimiento y monitoreo oportuno a los solicitantes logrando así la reinserción efectiva y sostenible en sus comunidades.

Violencia sexual: Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente del género, edad y la relación de éste con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo²⁰

Vulnerabilidad: Situación debidamente calificada, en que se encuentran las personas expuestas a los principales riesgos socioeconómicos asociados al curso de la vida, tales como muerte, invalidez, vejez, desempleo, enfermedades, accidentes, entre otros y que generan, orfandad, viudez, incapacidad, ancianidad, factores de discapacidad física o mental y otros similares generadores de pobreza²¹.

VII. Acrónimos

ACNUR: Agencia de la ONU para los Refugiados.

APS: Atención Primaria de Salud

ATA: Registro diario de atenciones

CANFM: Centro de Atención a Niñez, Familia en Migración

CAMI: Centro de Atención al Migrante Irregular

CAMR: Centro de Atención al Migrante Retornado

CDC: Centro para el control y prevención de enfermedades.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CIAR: Coordinadora de Instituciones y Asociaciones de Rehabilitación en Honduras

CICR: Comité Internacional de Cruz Roja

CIS: Centro Integral de Salud

CONADEH: Comisión Nacional de Derechos Humanos

CONAMIREDES: Comisión Nacional de Apoyo a Migrantes Retornados con Discapacidad.

CPN: Control Prenatal

CRH: Cruz Roja Hondureña

DINAF: Dirección Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

FVN: Fundación Vida Nueva

HC 10: Hoja de referencia –respuesta

INM: Instituto Nacional de Migración

IM: Intramuscular

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

LGTB: Lesbian Gay Transgender Bisexual Intersexual; comunidad de homosexual (lesbicogay) transgénero, bisexual e intersexual.

LISMEF: Listado de Mujeres en Edad Fértil

MENA: Menor No Acompañado

MSF: Médicos sin Fronteras

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OFAMIR: Oficina de Atención al Migrante Retornado

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PEMAR: Población En Mas Alto Riesgo

PPE: Profilaxis Post Exposición

RCF: Restablecer Contacto Familiar

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SAI: Servicio de Atención Integral, SeSal

SeSal: Secretaria de Salud Honduras

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

TD: Toxoide Diftérico

TT: Toxoide Tetánico

UAPS: Unidad de Atención Primaria de Salud

UMAR: Unidad Municipal de Atención al Retornado.

UVS: Unidad de Vigilancia de la Salud, SeSal.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VO: Vía Oral

VIII. Documentos Relacionados

- Modelo Nacional de Salud
- Estrategia metodológica de los servicios de planificación familiar para redes de servicios de salud
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA)
- Guía de Mejora Continua de la Calidad
- Manual de perfiles y puestos de la oficina sanitaria internacional (OSI)
- Lineamientos de vigilancia epidemiológica 2020

IX. Contenido

1. Migración en Honduras

1.1 Aspectos Generales

Honduras, al igual que otros países de Centroamérica, tiene distintas necesidades de atención para la población migrante que coexisten en su territorio. Siendo Honduras de forma simultánea un país:

- De retorno de migrantes hondureños provenientes de los países de la ruta migratoria (Guatemala, México y Estados Unidos)
- De tránsito de población migrante extranjera que ingresa al país de forma temporal y sin autorización para su tránsito en Honduras como parte de su recorrido migratorio hacia Estados Unidos/Canadá.

La atención a estos diferentes tipos de población migrante identificados es distinta, razón por la cual el estado de Honduras ha creado centros de atención específicos para estas poblaciones. Diferenciando principalmente dos tipos de Centros:

- Centro de Atención al Migrante Retornado (CAMR) que atienden principalmente a población hondureña retornada desde Guatemala, Belice, México y Estados Unidos.
- Centro de Atención al Migrante Irregular (CAMI) que brindan asistencia a población migrante extranjera (en tránsito) que llega y permanece en el país de forma temporal como parte de su ruta migratoria

1.1.1. La coordinación dentro de los centros de recepción a población migrante.

Debido a que existen diferentes actores (estatales y no estatales) presentes en los centros proporcionando distintos servicios, la coordinación entre ellos es crucial bajo la rectoría de los entes de migración. Los CAMR están bajo la responsabilidad de la Cancillería, y los CAMI bajo la responsabilidad del INM.

La Secretaría de Salud es el ente estatal responsable de la provisión de servicios de salud a la población migrante tanto dentro como fuera de los centros, por lo que es vital que exista una clara coordinación entre la SeSal y las autoridades encargadas de los centros de migrantes.

1.2 Aspectos de la población migrante retornada

Los connacionales retornan al territorio hondureño por vía terrestre, aérea y/o marítima a través de la zona norte del país, específicamente el departamento de Cortes, bajo resguardo y acompañamiento institucional de las autoridades nacionales e internacionales de Migración.

La forma de retorno al país, así como el lugar de recepción depende de la normativa establecida por la Dirección de Protección al Migrante Hondureño²², en la cual se toma en consideración algunos factores:

- a) Lugar de procedencia:
 - Guatemala y la zona sur de México retornan vía terrestre
 - Zona norte de México y Estados Unidos regresan vía aérea
 - Belice, vía marítima
- b) Sexo y edad de la población migrante
- c) Presencia de grupos familiares y de niñas, niños y adolescentes no acompañados
- d) Necesidades de retorno específicos como ser los casos con problemas de salud física y mental
- e) Migrantes retornados con necesidades de protección/desplazamiento interno

1.2.1 Considerando estos factores, la población migrante tras su llegada al país, es atendida en los Centros de Atención al Migrante Retornado (CAMR) que existen en la zona:

- **Centro de Atención del Migrante Retornado OMOA (CAMR- OMOA).** Ubicado en el Municipio de Omoa, Cortes. Recibe principalmente adultos repatriados por vía terrestre desde Guatemala y la zona sur de México y por vía marítima desde Belice.
- **Centro de Atención del Migrante Retornado SAN PEDRO SULA (CAMR-SPS).** Ubicado en el aeropuerto Ramón Villeda Morales en el municipio de Lima, Cortes. Recibe principalmente adultos y grupos familiares repatriados por vía aérea desde la zona norte de México y de Estados Unidos.
- **Centro de Atención a Niñez Familia en Migración BELEN (CANFM-BELEN).** Ubicado en San Pedro Sula, este centro recibe familias completas, niños, niñas y adolescentes acompañados o no; repatriados desde Guatemala, México y de Estados Unidos. En el caso de las familias, niños y adolescentes, independientemente por cual centro ingresen al país, todos son trasladados hacia el CANFM-BELEN, lugar en el cual se realiza el registro migratorio, la atención en salud física y mental y la evaluación de parte de DINAF.

1.2.2 Los CAMR brindan los siguientes servicios durante la permanencia de personas migrantes en el centro (dos a cuatro horas):

- Alimentación
- Proceso Migratorio con sistema biométrico
- Información sobre la oferta social del Gobierno
- Captura de datos para la ficha de registro
- Transporte hasta sus lugares de origen (principales ciudades) en el país
- Atención medica
- Atención psicológica
- Llamada telefónica nacional o internacional
- Vestuario
- Alojamiento (principalmente en CAMR-OMOA y CANFM-BELEN)
- Atención en Protección para personas desplazadas por la violencia, en coordinación con organismos internacionales como el Comité Internacional de Cruz Roja, ACNUR y el Consejo Noruego para Refugiados.

1.3 Aspectos de la población migrante en transito

La población migrante extracontinental procedentes de Asia (Bangladesh, Pakistán, Afganistán, etc.), África (Angola, República Democrática de Congo, etc.) llega al Continente Americano vía marítima entrando por Brasil, pasando por América del sur, Panamá y Centro América como parte de la ruta migratoria hacia México/Estados Unidos/Canadá.

De igual manera; también hay migrantes en tránsito de otras partes de América Latina como por ejemplo de Cuba, Haití y Nicaragua que emprenden la ruta migratoria.

1.3.1 La mayoría de los migrantes en tránsito ingresan al territorio hondureño por vía terrestre; principalmente por la zona sur del país (Choluteca y Valle) y son atendidos en los Centros de Atención al Migrante Irregular (CAMI) que existen en el país. El Gobierno de la Republica, a través del Instituto Nacional de Migración (INM)²³, se encarga de su recepción y realiza intervenciones en beneficio de la población extranjera en condición de migrante en tránsito.

En los CAMI, el INM, atiende, de forma voluntaria y/o bajo resguardo de la policía fronteriza, a la población migrante en tránsito para la realización de trámites migratorios, solicitud y entrega de permiso de permanencia en Honduras durante 5 días y poder continuar la ruta migratoria (Ley de Migración y Extranjería, art. 39)

Desde el año 2015, están funcionando tres CAMI en el país:

- **Centro de Atención al Migrante Irregular TEGUCIGALPA**
Ubicado en el Aeropuerto Toncontin, Tegucigalpa Francisco Morazán.
- **Centro de Atención al Migrante Irregular SAN PEDRO SULA**
Ubicado en la ciudad de San Pedro Sula, Cortes
- **Centro de Atención al Migrante Irregular CHOLUTECA**
Ubicado en las instalaciones de la oficina de migración en Choluteca, Choluteca, la mayoría de migrantes que ingresan el país son atendidos en este centro.

1.3.2 Los CAMI brindan los siguientes servicios durante la permanencia de personas migrantes en el centro (desde unas horas hasta cinco días dependiendo de su estatus migratorio):

- Recepción y acogida inicial de los migrantes en tránsito
- Identificación y evaluación migratoria
- Alojamiento temporal para algunos migrantes (ya sea que deban permanecer en el centro por razones de protección o por estar bajo custodia migratoria)
- Alimentación, servicios de ducha y lavado solo para la población migrante albergada en el centro
- Restablecimiento de Contacto Familiar (RCF)

- Servicios de salud básicos

Al salir de los CAMI y continuar la ruta migratoria, la población migrante en tránsito tiene distintas necesidades básicas insatisfechas en relación con protección, alojamiento, alimentación, acceso a agua segura y asistencia en salud lo que se traduce en el deterioro de su salud física y mental.

2. Conceptos en salud de la población migrante

Las situaciones de discriminación, explotación, acceso limitado a los servicios de salud y apoyo psicosocial, la exposición a procesos infecciosos transmisibles (tuberculosis, VIH, etc.), los traumatismos físicos, abusos, violencia física y/o sexual, patologías crónicas desatendidas (diabetes, enfermedades cardiovasculares) durante la ruta migratoria dan como resultado necesidades específicas en salud física y mental²⁴.

Por su afectación y mayor vulnerabilidad, los migrantes (mujeres, hombres, adolescentes o niños) que sufren situaciones de violencia, en particular la violencia de género (violencia sexual), la esclavitud sexual y prostitución forzada, requieren atención específica en salud mental.

Los siguientes factores afectan la población migrante respecto a la atención en salud²⁵:

- Constante movimiento que dificulta la atención en salud y el adecuado seguimiento de los padecimientos médicos y de salud mental
- Ausencia de expediente médico u otros documentos (ej. carnet de vacunación), lo que limita la identificación de necesidades y el seguimiento oportuno y de calidad.
- Difícil acceso a la asistencia médica debido a:
 - Temor a ser víctima de extorsión o amenazas
 - Miedo a represalias y ser maltratados
 - Presión de los traficantes (coyotes)
 - Miedo a la falta de confidencialidad de los trabajadores de la salud
 - Necesidad de continuar en la ruta migratoria lo antes posible
 - Miedo a ser estigmatizados o (socialmente) excluidos
 - Falta de medios monetarios (económicos)

2.1 Vigilancia en salud pública

Según la OMS, la vigilancia de la salud pública consiste en la recolección, análisis e interpretación sistemática y continúa de los datos sanitarios con el fin de analizar, evaluar y planificar las prácticas en salud.

La vigilancia en salud pública permite:

- Establecer un sistema de alerta temprana para emergencias inminentes en salud pública.
- Documentar y dar seguimiento al impacto de las intervenciones o establecer cambios de acuerdo con el progreso de las metas u objetivos establecidos.
- Conocer y monitorear las características epidemiológicas de los problemas de salud, identificar las prioridades de intervención para formular políticas y estrategias de salud pública.

El objetivo de las actividades de vigilancia en salud pública en el contexto migratorio, es guiar las intervenciones de acuerdo con las necesidades identificadas, sin aislar, estigmatizar o discriminar individuos y/o comunidades.

Dentro de los componentes de la vigilancia de la salud pública para la atención a personas migrantes en Honduras, es importante considerar los siguientes elementos a seguir:

- Vigilancia epidemiológica; en base a la normativa nacional y el formato estandarizado de triaje epidemiológico del SeSal.
- Prevención, detección y atención de enfermedades (transmisibles)
- Atención de la violencia, incluyendo violencia sexual
- Acceso a intervenciones en Salud sexual y reproductiva (salud materno-infantil y planificación familiar)
- Sistema de referencia-respuesta funcional y de calidad es esencial para proveer servicios médicos inmediatos, así como para proveer el seguimiento.
- Notificación obligatoria de enfermedades identificadas
- Activación de un plan de contingencia en los centros de recepción de migrante en el caso de un brote epidemiológico, epidémico o pandémico.

2.2 Tamizaje

Con el objetivo de mejorar el acceso a la atención sanitaria de la población migrante, se debe implementar un sistema de identificación y priorización en salud en cada centro de recepción que permita la detección oportuna de necesidades en salud.

2.2.1 De acuerdo con las recomendaciones de la OMS²⁶:

- *“Se recomienda la realización de un triaje en los puntos de entrada para identificar problemas de salud en refugiados y migrantes poco después de su llegada. Brindando el diagnóstico y tratamiento adecuado, garantizando la atención médica necesaria para grupos de población específicos (niños, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad).”*
- *“La OMS no recomienda la evaluación obligatoria de enfermedades de las poblaciones de refugiados y migrantes, ya que no hay evidencia clara de beneficios (o costos -efectividad); La evaluación obligatoria puede disuadir a los migrantes de solicitar un chequeo médico, lo que pone en riesgo la identificación de pacientes de alta vulnerabilidad”*
- *“La OMS recomienda que se ofrezcan control sanitario que facilite la asistencia para garantizar el acceso a la salud de todos los refugiados y migrantes que requieren protección. Deben*

realizarse controles tanto para las enfermedades transmisibles como para las no transmisibles, respetando los derechos humanos y la dignidad de los refugiados y migrantes”.

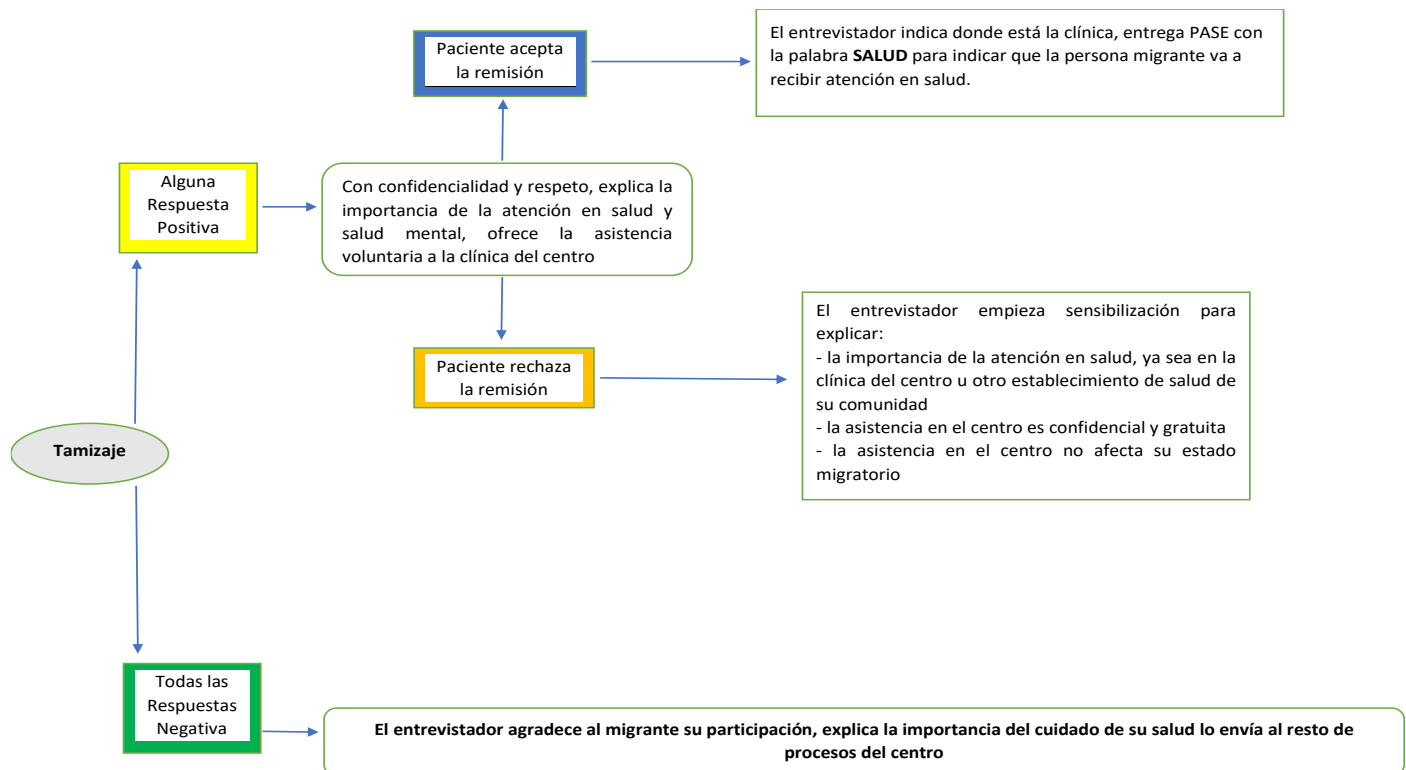
2.2.2 Tamizaje en los Centros de recepción al Migrante

Este tamizaje ofrece una oportunidad de atención en salud voluntaria que respeta los derechos de la población migrante ya que no los obliga a recibir atención médica en contra de su voluntad.

Sin embargo, al existir una situación de riesgo vital en perjuicio del migrante o alguna alerta de carácter epidemiológico, epidémico o pandémico, el sistema de tamizaje y la atención en salud será de carácter obligatorio, como parte del plan de contingencia para la identificación, atención y aislamiento de casos sospechosos y/o confirmados.

El flujograma abajo muestra la toma de decisiones en tamizaje en los centros. Véase [anexo 1](#) para la ficha de tamizaje con las preguntas orientadores, y [anexo 2](#) para el formato de tamizaje para aplicar en la sala de recepción del centro.

Flujograma 1; toma de decisiones en tamizaje.



2.3 Promoción de la Salud

La promoción de la salud es el proceso que facilita a las personas obtener más control sobre su propia salud y bienestar, así como la de sus familias y comunidades.

Las actividades de promoción de la salud juegan un papel importante en reducir la exposición a factores de riesgo y facilitar el acceso a la atención en salud y medidas de prevención.

2.3.1 Las siguientes actividades de promoción de la salud deben ser incluidas en los puntos de recepción de migrantes

Cuadro 1; Actividades de promoción de la Salud

Promoción de la salud
Promover la higiene personal, lavado de manos y consumo de agua purificada, el uso de medidas preventivas como repelente contra mosquitos y otros vectores.
Brindar información sobre: - Medidas de autocuidado mientras durante la ruta migratoria; - Lugar y cómo acceder a los servicios (de salud), - Respeto a sus derechos (al acceso a la salud), - Prevenir exposición a las enfermedades, garantizar agua potable, etc. - Situaciones en salud que requieren seguimiento a largo plazo (TB, VIH, morbilidades crónicas)
Facilitar la participación de la población migrante en la detección de estas y otras enfermedades (HIV, ITS, etc.)
Referir a los servicios de vacunación (continuidad al esquema nacional) y de salud sexual y reproductiva (embarazo, control prenatal y planificación familiar).
Fortalecer la difusión de mensajes sobre: - Prevención de la violencia y violencia sexual - Mecanismos de protección y apoyo legal

Se recomienda hacer uso de todos medios disponibles (oral, escrito, visual, sesiones grupales e individuales) para realizar la promoción de salud en los espacios en los que permanezcan y/o transiten las personas migrantes.

2.4 Prevención

La prevención es una parte esencial de los servicios médicos, especialmente cuando se refiere a las poblaciones migrantes. Las actividades en prevención para la población migrante involucran principalmente a los niveles primario, secundario y terciario.

2.4.1 Existen dos importantes líneas de intervención dentro de la prevención en migración:

1. Prevención de los problemas de salud y la reducción de los factores de riesgo para prevenir el deterioro durante y después de la migración, con:
 - Transmisión de información sobre los servicios médicos y los riesgos a lo largo de la ruta migratoria.
 - Provisión suficiente de medicamentos para las enfermedades (crónicas), medicamentos profilácticos, métodos de planificación familiar y condones
2. Atención médica preventiva al llegar a Honduras, esta línea de intervención incluye servicios de:
 - Vacunación
 - Remisión de pacientes con enfermedades crónicas (ej. diabetes, hipertensión) o pacientes con necesidad de servicios especiales (salud sexual reproductiva, enfermedades transmisibles etc.)

2.5 Retorno asistido de migrantes hondureños con problemas de salud

Para poder responder a las necesidades de los migrantes que están retornando a Honduras con problemas de salud, una ruta de atención ha sido establecida por las autoridades migratorias para atender a estas personas a nivel nacional e internacional durante su travesía, con el objetivo de minimizar las dificultades de transporte, recepción y remisión del migrante.

Esta coordinación involucra a las embajadas hondureñas en el extranjero, las autoridades de migración, las autoridades de salud y organizaciones no gubernamentales (internacionales).

2.5.1 Los diferentes pasos/acciones por tomar en esta ruta consisten en:

1. Coordinación institucional y documentación de salud para la recepción del caso (expediente, referencia y tratamiento médico) a las autoridades del punto de retorno al país.
2. Establecer criterios mínimos de traslado (vía aérea o terrestre) de acuerdo con edad, situaciones de seguridad, necesidades en salud y apoyo por su posible discapacidad u otras condiciones médicas (lesión medular).
3. Verificar que las condiciones y estado de salud del migrante estén estables previo a su traslado.
4. Notificación del retorno del migrante al personal de salud del CAMR.
5. De acuerdo con la necesidad y a la disponibilidad de insumos, provisión de dispositivos de asistencia para movilidad.
6. Acompañamiento de personal de salud y/o de migración de acuerdo con la necesidad identificada (casos con importantes limitaciones para su movilización por ejemplo los migrantes con lesión medular, amputación de miembros inferiores, etc.)

Promover el restablecimiento de contacto familiar previo y durante el retorno y acompañamiento a los establecimientos de salud según necesidad.

2.6 Continuidad de la atención medica

Se refiere al principio de establecer los mecanismos adecuados para la continuidad de la atención en salud entre los países de origen, tránsito y destino, lo cual es sumamente importante en el contexto de la migración.

Se aplica a los individuos con condiciones crónicas preexistentes para la continuidad del tratamiento médico esencial para mejorar su salud y proteger a la comunidad como parte de la salud pública (ej. tratamiento de tuberculosis), así mismo, para la atención de individuos que requieren asistencia especializada en un futuro próximo (embarazos complicados, necesidad de intervenciones médicas, etc.).

Las actividades preventivas, el sistema de referencia y la colaboración entre las autoridades (salud y migración) de los diferentes países son esenciales para asegurar la continuidad de la atención y la provisión de medicamentos.

En el contexto hondureño, el concepto de continuidad de la atención se aplica especialmente a la población migrante que se va de Honduras y regresa al ser deportada. Las siguientes acciones (véase cuadro 2) son importantes en la implementación de este concepto.

Cuadro 2; Acciones del personal médico para hacer resaltar la “continuidad de la atención”

Continuidad de la atención de población migrante en ruta migratoria	
Acciones	Documentación/reporte de las atenciones en salud brindadas a los migrantes
	Provisión de medicamentos e información de autocuidado
	Entrega de documentación medica
	Recolección de información sobre tratamientos que han sido proporcionados anteriormente (durante la ruta migratoria)

3. Atención clínica para la población migrante

La calidad de la atención médica se basa en ofrecer una atención en salud de acuerdo con las necesidades de salud de las personas migrantes y en concordancia con los protocolos nacionales e internacionales.

El enfoque de atención será en base a la identificación de necesidades en salud física y mental, la provisión de servicios del primer nivel de atención y la derivación de casos para seguimiento y/o atención especializada.

Es importante ser consciente de las circunstancias y el contexto en los centros de atención al migrante que limitan la evaluación de la población migrante (limitación de tiempo de consultas, barreras del idioma de los migrantes en tránsito, dificultades del seguimiento de las referencias) por lo que el cumplimiento de estándares mínimos de calidad en la atención a población migrante es determinante para el éxito de la intervención.

3.1 Estándares mínimos de calidad requeridos en los centros

Son de carácter obligatorio para asegurar la accesibilidad y calidad de la asistencia en salud en los centros de recepción de migrantes:

1. Supervisión y capacitación del personal sanitario en las principales morbilidades en salud de la población migrante (necesidades de personas de alta vulnerabilidad/víctimas de violencia y VS).
2. Disponibilidad de protocolos en salud física y mental basados en las principales morbilidades atendidas en las clínicas de los diferentes centros.
3. Implementación de un sistema de tamizaje (véase [anexo 1](#)) y detección de casos prioritarios (emergencias médicas, casos vulnerables/personas con prioridad).
4. Evaluación en salud cumpliendo con todos los componentes de la historia médica (anamnesis, y exploración física completa y de calidad, véase [anexo 3](#) para la ficha `historia medica`)
5. Manejo adecuado de la información en salud de la población migrante:
 - Confidencialidad de la información brindada por el paciente (registro medico no accesible a las autoridades migratorias u otras personas)
 - No compartir información médica sin la autorización explícita del paciente
 - Privacidad durante la consulta médica; idealmente solo el paciente.
 - La consulta es privada a menos que la presencia de otra persona sea autorizada por el paciente o sea necesaria como en el caso de los menores de edad.
6. Trasmisión de información importante para la salud del migrante:
 - Brindar toda la información necesaria para comprensión del diagnóstico identificado, toma adecuada de los medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, aplicación de vacunas y el seguimiento médico (ya sea en los establecimientos de salud de su comunidad de origen o en el trayecto de la ruta migratoria en el caso de los migrantes irregulares)
 - Explicar la importancia de los procedimientos médicos y el tratamiento,

- Posible acceso a otros servicios como servicios de protección, alojamiento, etc.
 - Independencia de los servicios en salud al proceso migratorio.
7. Uso y vigilancia del sistema de referencia/contra referencia en el que el establecimiento de salud que reciba la referencia médica será responsable de la atención y el seguimiento de las necesidades en salud y el control epidemiológico del migrante.
 8. En el caso de menores de 18 años, especialmente los menores no acompañados (MENA), se deberá informar inmediatamente al DINAF o a la instancia correspondiente, para su respectiva evaluación de riesgo social, consignando en expediente médico fecha, hora y lugar de la notificación.
 9. La seguridad de los proveedores de salud es sumamente importante. Para poder asegurar la protección del personal médico se deben seguir los lineamientos de protección sobre bioseguridad y de servicios de salud (referencia a lineamientos).

3.2 Situaciones de emergencia

Si durante la recepción de la población migrante se identifica alguna situación de emergencia que comprometa la vida de la persona, se realizará la referencia inmediata del paciente para los servicios de emergencia hospitalario (véase anexo 4 'flujograma remisión de casos'); se utilizará el formato de referencia HC-10 de SeSal.

Los proveedores de salud deberán realizar un interrogatorio y examen físico dirigido con el fin de estabilizar el paciente e identificar las causas de la emergencia médica para brindar tratamiento según necesidad y preparar el paciente para la referencia.

En ausencia de emergencias médicas, las siguientes categorías de personas vulnerables tienen prioridad para recibir atención médica:

- Niños (acompañados o no)
- Adultos mayores (mayor presencia de patologías crónicas desatendidas)
- Casos de violencia sexual y violencia en general.
- Casos con signos de morbilidades comunicables.
- Grupos minoritarios (LGTBI, pueblos originarios, personas con discapacidad física/cognitiva y/o mental, etc.)
- Casos reportados desde la estación migratoria anterior, identificados en el bus y/o avión, en el área de recepción (patologías identificadas, antecedentes patológicos y/o quirúrgicos)
- Mujeres en cualquier rango de edad.
- Migrantes retornados y/o en tránsito en situación y/o antecedentes de privados de libertad.

3.3 Consulta Medica

Para la identificación de necesidades en salud y/o patologías crónicas desatendidas durante la ruta migratoria, es fundamental que se realice un exhaustivo interrogatorio sobre los puntos detallados a continuación y que la información sea agregada en la ficha médica (véase anexo 3 `historia medica`). La ficha médica debe ser elaborada con información detallada y completa la cual permitirá brindar atención médica de calidad y/o la remisión adecuada.

- Interrogatorio y descripción de los síntomas y signos enfermedad actual
- Antecedentes patológicos, quirúrgicos y/o traumáticos (antes, durante la migración y/o el retorno).
- Uso y/o abandono de medicamentos antes, durante la migración y/o el retorno, (motivo, diagnostico, inicio, adherencia, tolerancia y/o abandono)
- Presencia de documentación médica (resumen clínico, referencia, constancia, etc.)
- Antecedentes de permanencia en centros de detención.
- Elaboración de examen físico completo y/o dirigido a la sintomatología referida
- Inicio de manejo y tratamiento médico, de acuerdo con la necesidad identificada
- Remisión medica según necesidad al establecimiento de salud más cercano a su domicilio (véase anexo 4 `flujograma de remisión de casos`)

Al momento de la consulta médica se deben tomar en cuenta los aspectos específicos siguientes:

- El paciente tiene el derecho de rechazar atención médica, con la excepción a casos que pongan en riesgo a la comunidad en términos de salud pública (ej. tuberculosis)
- Notificación de las diferentes morbilidades que requieren un registro oficial con las autoridades de salud (véase el formato de Notificación Obligatoria de la SeSal)
- En ciertos casos de salud, es posible que pueda ser necesario proporcionar alojamiento (sospecha de tuberculosis, víctimas de violencia física y/o sexual)

3.4 Pruebas generales y opcionales

La realización de pruebas de laboratorio será de acuerdo con la necesidad en salud identificada, normativa nacional y en cumplimiento con requisitos para su realización tanto en infraestructura, capacitación y certificación del personal, red funcional de remisión, seguimiento, monitoreo y acompañamiento de los casos positivos.

La realización de pruebas generales y específicas de laboratorio se realizarán de acuerdo con:

- Importancia de la realización de las pruebas de laboratorio para el diagnóstico y manejo médico del paciente
- Autorización del paciente o del tutor en el caso de los menores de edad

- Disponibilidad de las pruebas en la clínica médica del CAMR/CAMI y/o en el establecimiento de salud más cercano
- Cumplimiento a los requisitos para su realización (capacitación y/o certificación del personal).

3.4.1 En consideración de las características de la clínica de los CAMR y CAMI y a la disponibilidad de insumos, solo se realizarán pruebas generales de laboratorio:

- Glucometría
- Examen químico de orina vía tira reactiva
- Prueba rápida de embarazo
- Recepción de muestras para baciloscopia (véase flujograma 4 `Migrantes retornados y/o en tránsito con sospecha de TB`, página 50)

En los casos en los que no existan las condiciones antes mencionadas, pero exista la necesidad de realización de estas u otras pruebas, se remitirá el caso a los establecimientos de salud de la SeSal ya sean cercanos al CAMR/CAMI, o en la comunidad de origen del migrante o en la ruta migratoria.

La realización de pruebas de laboratorio es importante para el tratamiento y seguimiento del paciente, específicamente en los casos de vigilancia epidemiológica (ej. tuberculosis y/o VIH). Sin embargo, no son un requisito para brindar el tratamiento médico de primera línea y/o emergencia. En dichas circunstancias es muy importante la consejería, acompañamiento, adecuada remisión y el seguimiento de los casos.

3.4 Salud Mental

Salud mental es un estado de bienestar en el que la persona puede desarrollar sus capacidades y hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y contribuir con su comunidad.

En el contexto migratorio y debido a las dificultades encontradas, la exposición a situaciones traumáticas, en combinación con la ausencia de su red de apoyo social, se debilitan sus mecanismos de afrontamiento, lo que dificulta la recuperación y/o reintegración social de la población migrante. Las consecuencias psicológicas y psicosociales de la migración están intrínsecamente correlacionadas con la salud de la persona y como tal debe ser abordado con cuidado.

Los problemas de salud mental y psicosociales que padecen los migrantes (retornados) pueden ser muy diversos. Los síntomas psicosomáticos, como los dolores de cabeza, de espalda y de estómago, son muy comunes; también se presentan síntomas de depresión, ansiedad relacionados a traumas vividos, aplanamiento emocional, el aislamiento social y revivir la experiencia traumática.

Los migrantes pueden desarrollar mecanismos de afrontamiento nocivos como autolesiones, abuso de sustancias o presentar comportamientos agresivos, en los casos crónicos, estos síntomas provocan a menudo niveles significativos de disfuncionalidad y discapacidad. El impacto de la migración en la salud mental depende de diversos factores, entre ellos, su historia personal, el motivo de la migración y la presencia de una red de apoyo social.

3.5.1 Atención en Salud Mental para niños

Dentro de la población migrante, los niños separados de sus familiares requieren una atención específica; ya que es más probable que sus dificultades psicológicas se manifiesten como síntomas psicosomáticos.

Los niños pueden presentar síntomas de depresión, ansiedad, temor, ira y problemas de sueño, por ejemplo, insomnio, pesadillas, incontinencia urinaria, sonambulismo y sueño excesivo, así mismo revivir experiencias traumáticas, por lo que vieron o lo por lo que les forzaron a hacer.

Es común como consecuencia, que puedan sufrir síntomas relacionados con el trauma (regresiones, conductas de evitación e hipervigilancia); a largo plazo, es posible que los niños sigan temiendo que se los lleven o que traten de escapar incluso cuando estén a salvo.

Todas las actividades destinadas a responder a las necesidades de los niños deben centrarse en proteger su bienestar y sus intereses.

3.5.2 Posibles acciones en Salud Mental

Es crucial para los trabajadores de la salud en los CAMR/CAMI, cada uno bajo su respectiva responsabilidad, identificar y atender las necesidades específicas de salud mental presentes en la población migrante. Las siguientes acciones mencionados en el cuadro son importantes que se implementen.

Cuadro 3; Acciones para atender necesidades específicas de salud mental

Salud Mental	
Acciones	Atención primaria en salud mental; escucha activa, estabilización, contención y derivación a otros servicios presentes.
	Intervención de crisis
	Referencias; cuando se identifique problemas mayores de salud mental, se sugiere la referencia a centros especializados donde se realice una evaluación especializada que permite determinar el diagnóstico y la necesidad de tratamiento

3.5.3 Diferentes responsabilidades del personal médico en la atención primaria de salud mental en los CAMR/CAMI

Papel del Médico en términos de salud mental

1. Descartar organicidad
2. Identificar necesidades de salud mental (véase anexo 5 `Herramienta para hacer un triaje de necesidades en Salud Mental`)
3. Identificación de riesgo (suicidio, autoagresión, hetero agresión y/o atenciones especializadas)
4. Derivación interna y/o externa en base a criticidad, que puede ser a las áreas de;
 - Social/Protección (interna)
 - Psicológica (Interna)
 - Especializada (externa)

Papel del Psicólogo

1. Identificar necesidades de salud mental
2. Atención primaria/estabilización, intervención en crisis o sesión única según la situación
3. Remisión interna (área médica)
4. Acompañar al paciente en la atención especializada (remisión externa/hospitalización) después la identificación de un familiar responsable del paciente derivado.
5. Sensibilización y/o psicoeducación a realizar con el paciente y su familia

Papel del auxiliar de enfermería

5. Identificar necesidades de salud mental (véase anexo 5 `Herramienta para hacer un triaje de necesidades en Salud Mental`)
1. Remisión interna (área psicológica o medica)
2. Atención primaria/estabilización (en ausencia de psicólogo)
3. En ausencia del psicólogo, acompañar al paciente en la atención especializada (remisión externa/hospitalización)

3.5.4 La referencia de los pacientes se realizará en base a lo estipulado en la normativa nacional de referencia de la SeSal. Los siguientes puntos son importantes para la remisión:

- Contactar al punto focal del hospital (Santa Rosita, Mario Mendoza o Juan de Dios) para informar de la derivación del paciente.
- Previo a la derivación y cumpliendo de los principios de confidencialidad de la información, se deberá mandar vía correo o medios existentes la información del paciente, la cual deberá describir lo siguiente:
 - Derivación formal del centro que recibió al paciente
 - Información general del paciente
 - Información de contactos familiares (cuando sea posible)
 - Historial clínico y antecedente (social)

3.6 Grupos Vulnerables

Dentro de la población migrante podemos identificar a grupos más vulnerables; entre ellos los niños y adolescentes (acompañados o no), mujeres embarazadas, víctimas de violencia (sexual), migrantes con discapacidad y migrantes con necesidades de protección.

3.6.1 Niños y adolescentes

Los niños y adolescentes serán atendidos de forma prioritaria ya sea por demanda espontanea, remisión y/o identificación por tamizaje.

En todos los espacios en los que permanezca la población migrante se realizarán acciones de información sobre la importancia de la evaluación en salud de los menores de edad.

En la atención a niños, niñas y adolescentes, el prestador de servicios realizara²⁷:

- Atención medica completa para la identificación temprana de síntomas y signos de enfermedad principalmente a nivel respiratorio y gastrointestinal (deshidratación, fiebre, dificultad respiratoria, aleteo nasal, estridor faríngeo, distensión abdominal, cuadro diarreico, etc.)
- Evaluación del estado nutricional, desarrollo y vacunación del niño según normativa de país.
- Realización de pruebas de laboratorio de acuerdo con la necesidad medica identificada y la disponibilidad de estas en la clínica, si de acuerdo con la evaluación profesional es necesario la realización de otras pruebas complementarias, se procederá a referir a la paciente.
- Identificación de factores de riesgo en contexto de migración (larga permanencia fuera del país con limitado acceso a alimentación de calidad, agua segura, servicios de salud, vacunación, educación, protección y seguridad)²⁸.
- Identificar sobre situaciones de negligencia, maltrato, violencia física y/o sexual.
- Manejo en salud de acuerdo con la necesidad identificada y normativa establecida
- Referencia médica hacia los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de acuerdo con necesidad identificada.
- consignando toda la información en salud en la historia clínica.

Si durante la consulta inicial en los CAMR-CAMI se identifica una situación de riesgo vital se realizará referencia de emergencia a los hospitales cercanos a los centros de atención al migrante.

3.6.2 Mujeres embarazadas

Las mujeres migrantes embarazadas en cualquier etapa del embarazo serán atendidas de forma prioritaria ya sea por demanda espontanea, remisión y/o identificación por tamizaje.

En todos los espacios en los que permanezca la población migrante se realizarán acciones de búsqueda activa de toda mujer embarazada. Cuando se identifique una mujer embarazada será referida a la clínica del centro para atención médica²⁹.

En la atención a mujeres migrantes embarazadas, el prestador de servicios realizara las siguientes actividades:

- Educación sobre los cuidados en salud durante el embarazo.
- Atención médica de acuerdo con la necesidad identificada y normativa establecida, consignando toda la información en salud en la historia clínica perinatal base.
- Realización de pruebas de laboratorio de acuerdo con la necesidad médica identificada y la disponibilidad de estas en la clínica. Si según la evaluación profesional es necesario la realización de otras pruebas complementarias, se procederá a referir a la paciente.
- Entrega de vitaminas prenatales, ácido fólico y/o cualquier otro medicamento necesario para el manejo de problemas en salud identificados.
- Si faltan las vacunas necesarias, remitirlos al centro de salud (28).
- Llenado y entrega del carné perinatal a cada embarazada para el seguimiento de casos en el resto de establecimiento de salud de la RISS.
- Referencia médica a todas las pacientes embarazadas atendidas (formato SeSal) hacia los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de acuerdo con necesidad identificada.
- Consejería sobre la importancia de iniciar un método de planificación familiar al finalizar el embarazo³⁰.
- Llenado y revisión del Listado de Mujeres en Edad Fértil y de Listado de Mujeres Embarazadas (véase formatos de la SeSal).
- Notificación del caso atendido a la Región Sanitaria según la RISS

Si durante la consulta inicial en los CAMR/CAMI se identifica una situación de riesgo vital y/u obstétrico se realizará referencia de emergencia al hospital más cercano del centro.

3.6.3 Víctimas de violencia sexual

La Organización Panamericana de la salud define la violencia sexual como: *Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.*

Víctimas de violencia sexual requieren atención específica e inmediata, ambos en relación con la provisión de salud física y mental. Siempre debe ser considerado como una emergencia médica y tratado como tal.

La atención oportuna antes de las 72 horas puede prevenir la transmisión de enfermedades (ej. HIV, ITS) y la prevención del embarazo³¹.

Véase flujograma 2 abajo; atención a la persona migrante víctima de Violencia Sexual.

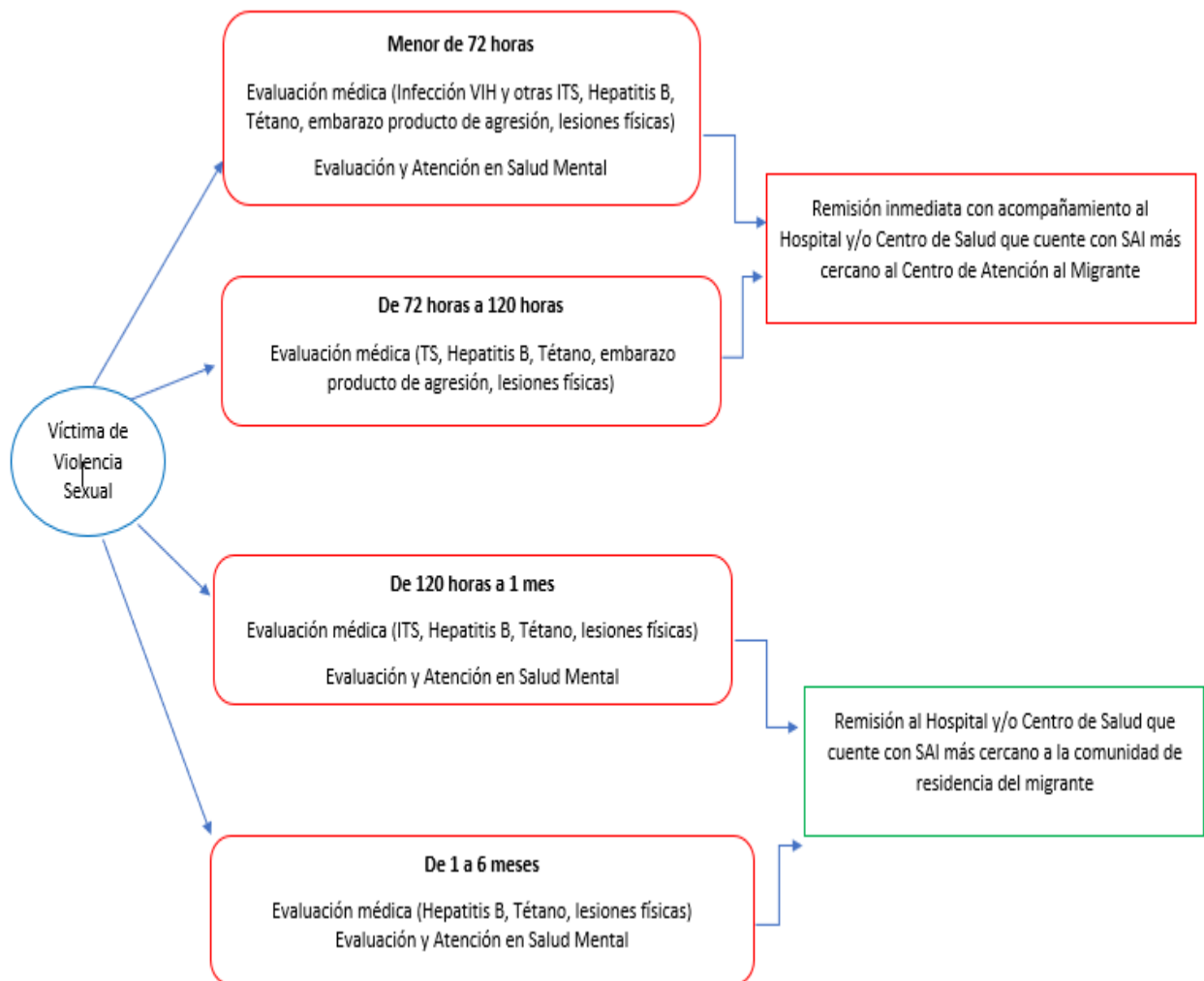
3.6.3.1 Atención física para la víctima

El enfoque durante la atención brindada a la víctima de VS en el centro de asistencia debe seguir a los principios clave:

- **Asistencia sin daño**; reconocimiento de las consecuencias en salud física y mental de la VS, evitando revictimización y juicios, respetando las decisiones de la víctima y su **confidencialidad**
- La población migrante está altamente expuesta a la violencia en general y particular a la violencia sexual, **independientemente del género, edad u orientación sexual**.

Es de suma importancia que los prestadores de salud estén conscientes que las víctimas de violencia sexual pueden ser mujeres, hombres y niños (de todas edades).

Flujograma 2; Atención a la persona migrante víctima de Violencia Sexual



Los siguientes puntos claves son cruciales en la atención a la víctima:

Cuadro 4; Puntos clave durante la atención a la persona migrante víctima de Violencia Sexual

Violencia Sexual	
Puntos	Durante la atención en salud, es sumamente importante explicar a la víctima: - Las consecuencias en salud física y mental secundarias al evento de violencia sexual - El tratamiento médico necesario para la prevención de las consecuencias de la agresión sexual - La importancia del cumplimiento de la referencia médica
	Respetar y explicar la confidencialidad e independencia de los procesos de denuncia legal/migración/aduana. Véase el protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y Otras ITS, de la SeSal, 2017.
	Es importante hacer la consulta sin otra persona en el cuarto para incrementar la sensación de seguridad y garantizar la confidencialidad.
	Explicar las posibles opciones de apoyo disponible (asistencia en salud, salud mental, protección, apoyo legal).
	Siempre pedir permiso para discutir ciertos temas y proceder con la examinación física. Informar al paciente que ella/él es libre de parar la consulta en cualquier momento.
	Brindar atención medica completa (anamnesis, antecedentes patológicos, evaluación física)
	Proveer información relacionada con el estado de salud y el tratamiento, posible referencia, prevención y promoción de la salud.

3.6.3.2 Atención en Salud Mental para la victima

Las/las migrantes víctimas de violencia sexual sufren en particular un tipo de vulneración muy íntima. La respuesta difiere según cada caso, pero la mayoría suele percibir que el hecho destruye su sentido de seguridad personal y amenaza sus creencias y supuestos básicos de sí misma/o y del mundo que les rodea.

Lo que sigue a una violación puede ser igual de punitivo y doloroso como el incidente en sí; hay pruebas de que las víctimas de violación presentan niveles altos de sufrimiento psicológico durante las siguientes tres semanas después de la violación. En algunos casos, los síntomas pueden transformarse en un trastorno traumático e incluso provocar eventualmente, cambios de conducta o de personalidad permanentes.

Es posible que los miembros de su familia o comunidad humillen, culpen, rechacen o estigmaticen a las víctimas, que muchas veces deben luchar contra sentimientos abrumadores de vergüenza, culpa y miedo. Tanto si las víctimas hablan sobre su experiencia como si no lo hacen, muchas veces terminan aisladas y vulnerables a nuevos incidentes de maltrato.

3.6.4 Población migrante con discapacidad

Los riesgos y probabilidades de sufrir alguna discapacidad a consecuencia del tránsito migratorio son evidentes. Esto va desde la pérdida de una extremidad hasta el traumatismo medular con todas sus consecuencias. Es importante tener en cuenta que una discapacidad siempre resulta en una mayor vulnerabilidad, tanto médica, psicológica y social³².

Este grupo de migrantes necesita atención específica para rehabilitación física y reintegrarse en la sociedad. Deben derivarse a especialistas en atención, véase el flujograma 3 abajo `Derivación de casos con necesidad de rehabilitación`.

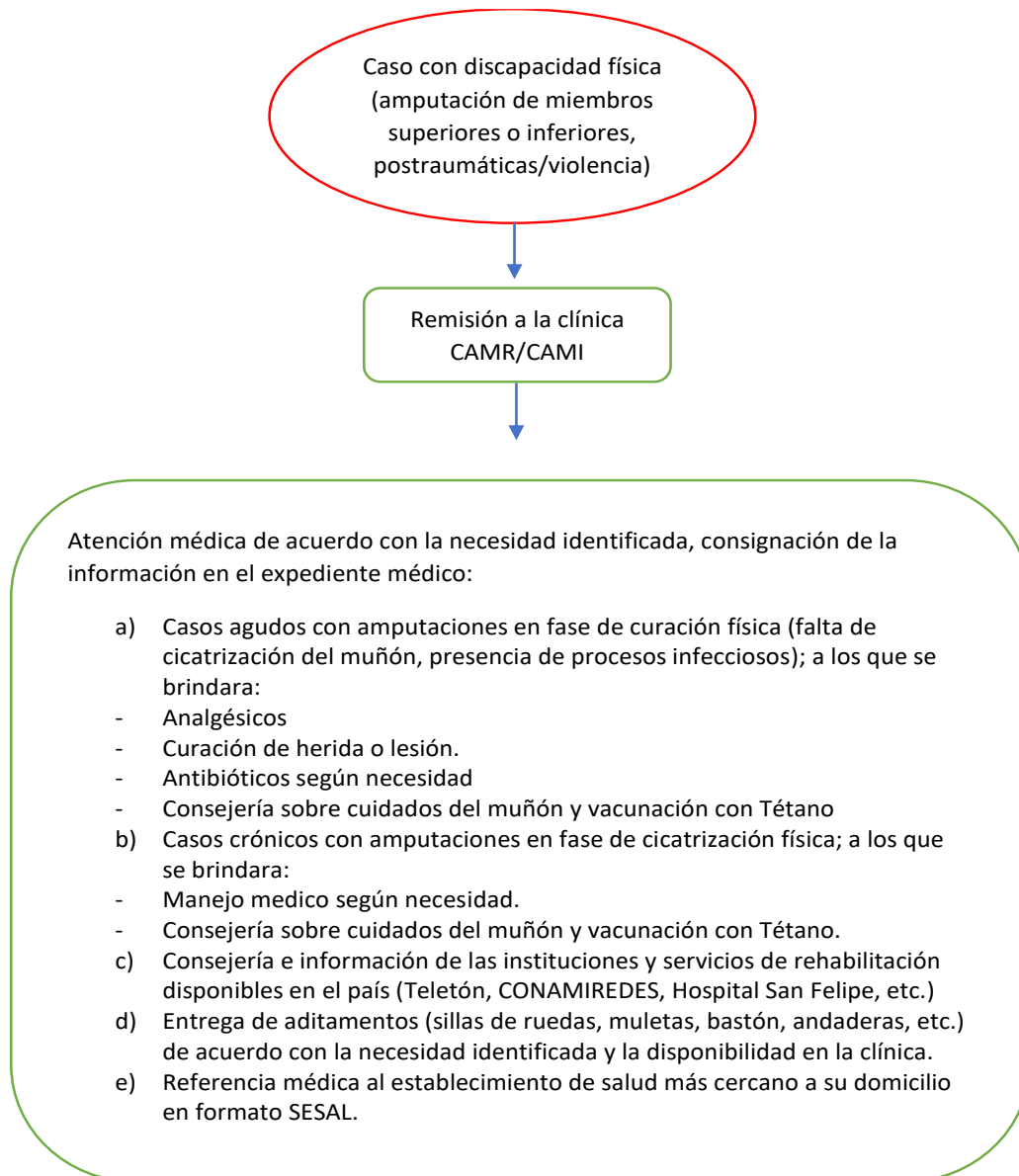
3.6.4.1 Atención al migrante con discapacidad

Para la atención en salud de la población migrante con discapacidad física que es atendido en la clínica del CAMR-CAMI se realizara:

- Priorización en la atención de la población migrante con movilidad reducida durante toda su permanencia en el centro de recepción.
- Establecer un sistema para la identificación de casos prioritarios en salud a través de tamizaje en el área de registro migratorio.
- Incluir información sobre salud y discapacidad en las estadísticas del centro.
- Identificación de casos de migrantes con discapacidad en los listados de migración y/o en el área de recepción para ser derivados a los servicios de salud del centro.
- Referencia a la atención de Salud Mental de parte del psicólogo del centro.
- Remisión de casos según la necesidad de salud y las oportunidades de asistencia tanto en el lugar de retorno a Honduras, en la comunidad y/o en la ruta migratoria.
- La remisión sea dirigida a los establecimientos de primer y segundo nivel de la SeSal.
- Establecer comunicación entre los centros de atención al migrante con los establecimientos de salud a los que fue remitido.
- Notificación del caso a la Región Sanitaria de la zona.
- Capacitaciones sobre la temática de discapacidad en la población migrante, dirigidas a todo el personal del centro, con énfasis en los prestadores de servicios de salud.

El seguimiento de atención médica del caso y el seguimiento administrativo con la región sanitaria debe ser hecho por el establecimiento de salud que reciba la referencia medica y/o notificación institucional de migrante con discapacidad (Véase formato de Referencia Medica SeSal).

Flujograma 3; Derivación de casos con necesidad de rehabilitación



3.6.5 Migrantes con necesidades de protección

Los migrantes retornados y/o en tránsito pueden estar expuestos a amenazas y/o agresiones físicas tanto en sus países de origen como en los países de tránsito, lo que resulta en una necesidad en protección. Por tal razón si durante la atención física y mental se identifica un migrante con esta necesidad, el prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de notificar, sin retraso, al oficial de protección en el centro de recepción. La priorización de intervenciones en salud y en protección tiene que ser definido en conjunto por ambos prestadores de servicios, con el objetivo de brindar la asistencia en salud para disminuir los riesgos en salud y brindar protección para el migrante.

3.7 Programas en Salud

3.7.1 Planificación Familiar ⁽³⁰⁾

La planificación familiar aplica tanto para mujeres como para hombres. Sin embargo, el enfoque es diferente para ambos géneros.

En los centros de recepción de migrantes el enfoque de la asistencia debe estar en las siguientes acciones:

- Identificación de necesidades en planificación familiar.
- Provisión de información/educación general sobre el tema.
- Realización de pruebas rápida de embarazo.
- Entrega de preservativos e inicio de algún método de planificación familiar accesible (preservativos, anticonceptivos orales, medroxiprogesterona) de acuerdo con los criterios de elegibilidad, interés de paciente y normativa establecida.
- Realizar referencia a los establecimientos del primer nivel de atención de la SeSal.
- Llenado y revisión del LISMEF (véase el formato de la SeSal)

3.7.2 Vacunación ⁽²⁸⁾

La población migrante, en comparación con la población general, está más expuesta a diferentes patógenos y más limitada en acceder a los servicios de salud. Por ello la identificación de necesidades en vacunación es importante.

Puntos claves vacunación:

- El enfoque en los centros de recepción está en la identificación de personas con necesidades de vacunación y la derivación de estas personas al centro de salud.
- En los establecimientos de salud se puede iniciar y/o continuar con la dosis según carné y/o de acuerdo con la edad del niño, sin rechazar ningún caso por en ausencia de carne de inmunización.
- Se priorizarán 3 poblaciones: niños, adolescentes y mujeres embarazadas.
- El seguimiento de atención clínica para personas vacunadas y el seguimiento administrativo con la región sanitaria, debería ser hecho por el establecimiento de salud que reciba la referencia medica y/o solicitud de inmunización acuerdo con la necesidad identificada y la normativa nacional.
- En los centros de recepción donde reciban MENA y/o en riesgo social que queden bajo custodia de DINAf, se incluirá el carné de vacunación como parte de la documentación de salud del menor, para garantizar que sean atendidas sus necesidades de inmunización.

Las siguientes acciones son importantes que se implementen:

Cuadra 5; Acciones en vacunación para prestadores de salud

Vacunación	
Acciones	Durante la consulta médica siempre se solicitará el carné de vacunación para verificación del estado vacunal (fiebre amarilla, vacuna de influenza, toxoide tetánico y todas las vacunas a niños menores de 5 años etc.) ³³
	Realizar promoción en salud y educación sobre vacunación utilizando los trífolios informativos de SeSal.
	Captación de casos prioritarios con necesidades de vacuna. En los casos que sean posible se brindara referencia y acompañamiento a los establecimientos de salud más cercano al CAMR/CAMI para aplicación inmediata de vacuna.
	Recopilar la información de las atenciones en los formatos de SeSal (ATA, AT2R, Listados de vacunación, SINOVA, referencia, etc.) para el fortalecimiento del sistema de información y notificación institucional de las necesidades en salud de la población migrante.
	Al identificar un niño para vacunación, referirlo y dejar que llegue a su región para ser localizado y vacunado, brindando en formato de SeSal de acuerdo con los lineamientos nacionales

3.8 Referencia respuesta

Por el hecho que las posibilidades de seguimiento en los centros de atención al migrante (CAMR-CAMI) son limitadas, el sistema referencia-respuesta es sumamente importante.

Se realizará las referencias en salud, con las siguientes recomendaciones:

- Siempre en formato de la SeSal, incluyendo los datos generales (nombre completo, dirección, etc.), situación de vulnerabilidad por ser migrante, condición médica y

tratamiento prescrito, para facilitar el acceso y seguimiento en otros establecimientos de salud³⁴.

- Dejando copia anexa al expediente médico
- Enviando la información de las atenciones y referencias a la Región Sanitaria que geográficamente le corresponde de acuerdo con la RISS.

3.8.1 De acuerdo con las necesidades en salud identificadas, se realizará la remisión del paciente en las siguientes situaciones, véase anexo 4 `flujograma remisión de casos`:

- Situaciones medicas de emergencia

Remisión de casos a los establecimientos de salud del segundo nivel de atención más cercanos a los CAMR de acuerdo con la necesidad identificada y la capacidad resolutive del establecimiento. Entre los que se incluyen: hospitales regionales o de área, etc.

- Seguimiento médico de casos de atención primaria en salud

Remisión de casos a los establecimientos de salud del primer y/o segundo nivel de atención más cercanos a la comunidad de destino del migrante y/o en la ruta migratoria en el caso de los migrantes en tránsito de acuerdo con la necesidad identificada y la capacidad resolutive del establecimiento. Por ejemplo, remisión a control prenatal de embarazada, seguimiento y control de patologías crónicas no agudizadas, finalización de esquemas terapéuticos e inmunización, realización de pruebas de laboratorio.

- Casos de Salud Mental

Véase apartado de salud mental atención clínica página 35.

- Casos de vigilancia de salud (sospechado o confirmado)

Para el adecuado seguimiento de los casos y en línea con lo establecido por la Secretaria de Salud, se realizará la notificación de cualquier caso sospechoso y/o confirmado de las morbilidades transmisibles que sean un potencial riesgo directo a las personas de la comunidad, véase el formato de notificación epidemiológica de la SeSal.

- Migrantes retornados con discapacidad

Véase el flujograma 3 `derivación de casos con necesidad de rehabilitación`, pagina 44.

4. Morbilidades principales de la población migrante

En general las siguientes morbilidades ocurren mayormente en la población migrante:

1. Patologías infecciosas

1. Infecciones respiratorias altas y bajas (incluyendo tuberculosis pulmonar en pacientes con sospecha, diagnóstico y/o tratamiento). Véase los detalles sobre TB abajo y anexo 6 `Cuadro de manejo de infecciones respiratorias`.
2. Infecciones dermatológicas, véase anexo 7 `Cuadro de manejo de lesiones dermatológicas`.
3. Infecciones gastrointestinales
4. Infecciones parasitarias (intestinales y cutáneas)
5. Infecciones virales transmitidas por vectores/arbovirosis (fiebre amarilla, dengue entre otras)

Véase anexo 8 `Cuadro de manejo de lesiones físicas` y anexo 9 `Cuadro de infecciones de la población migrante retornado y en tránsito`, para más detalles clínicos de las morbilidades principales de la población migrante.

2. Patologías crónicas desatendidas (en episodio agudo o no)

1. Hipertensión arterial
2. Diabetes Mellitus
3. Dislipidemias, etc.

Las cuales deben ser atendidas de forma prioritaria, de acuerdo con la necesidad identificada³⁵.

Realizando las siguientes actividades:

- Identificación de síntomas de deterioro y/o agudización de síntomas por abandono del tratamiento prescrito.
- Remisión médica al establecimiento de salud más cercano a su comunidad para evaluación médica y/o adaptación de esquema médico iniciado fuera del país y de acuerdo con la normativa nacional ⁽³⁴⁾.

3. Lesiones físicas de origen postraumáticas y/o por violencia

1. Incluyendo la discapacidad (véase el capítulo Población Migrante con Discapacidad).
2. Violencia sexual y sus consecuencias en salud física y mental (véase el capítulo Víctimas de Violencia Sexual).

4. Afectación en Salud Sexual y Reproductiva

Véase el capítulo de planificación familiar.

5. Afectación en Salud Mental

Véase el capítulo de Salud Mental.

4.1 Morbilidades específicas

En el contexto de migración existen diferentes morbilidades que tienen un impacto mayor en la salud de la población migrante, debido a la necesidad de seguimiento a largo plazo y algunas situaciones propias de la enfermedad.

En esta parte encuentra información sobre tuberculosis, VIH y otras patologías que afectan la población migrante de forma particular a la población migrante.

4.1.1 Tuberculosis (TB)

Los migrantes tienen un mayor riesgo de infección con tuberculosis durante la ruta migratoria³⁶. Los siguientes puntos clave en la atención clínica al migrante son importante respetar.

Cuadro 6; Puntos clave para la atención en general de TB

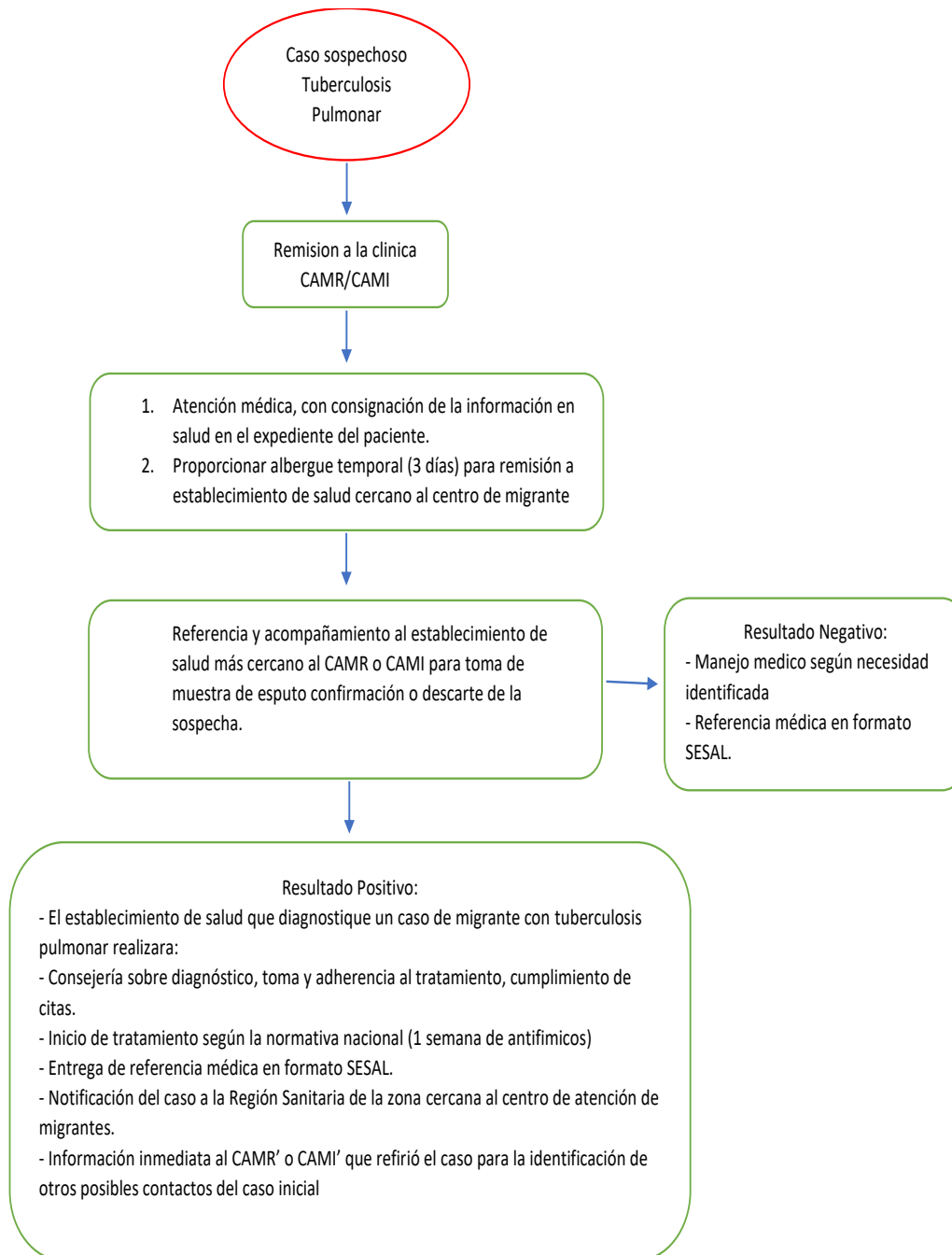
Tuberculosis	
Puntos	Seguir los lineamientos de bioseguridad en todo el establecimiento ³⁷
	Proteger la privacidad y confidencialidad del paciente
	Seguir el protocolo nacional para atención médica de pacientes con TB ³⁸
	Realizar promoción en salud (oral, escrito, visual) en todos los espacios/salas en las que permanezca la población migrante para informar sobre los síntomas y signos de tuberculosis, los riesgos en salud y la importancia de buscar atención medica
	Realizar promoción en salud específica durante la consulta médica para reforzar la adherencia al tratamiento (37)
	El seguimiento debe ser realizado en el establecimiento de salud, que reciba la remisión del caso
	Es importante verificar si el migrante en tránsito, comprendió toda la información brindado sobre su situación médica. Las barreras de idioma pueden ser un obstáculo importante

En relación con la infección de tuberculosis de las personas migrantes existen dos ejes importantes de intervención y manejo:

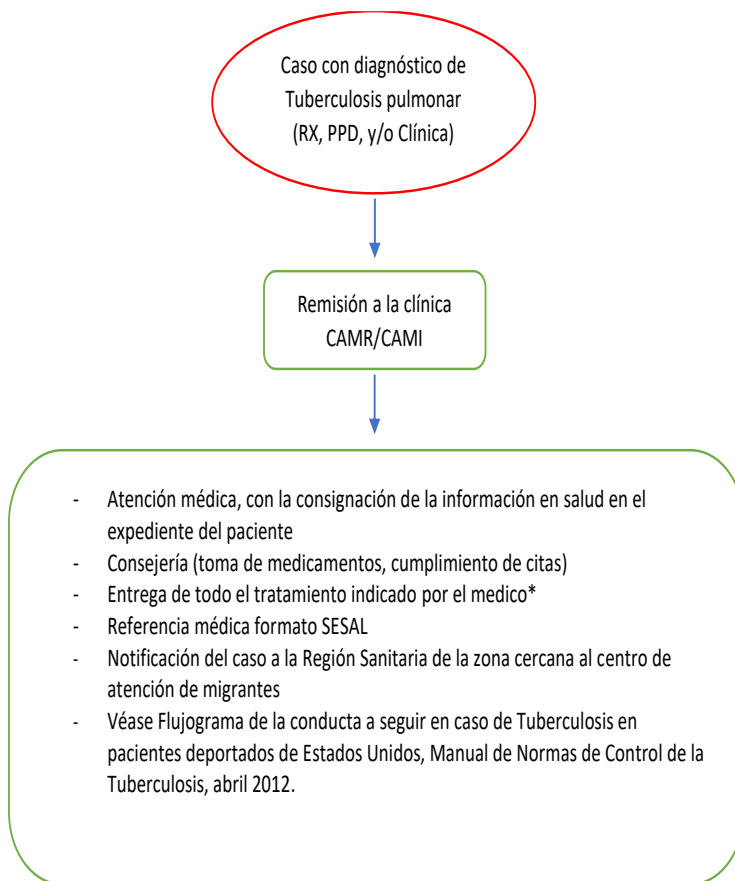
1. Migrantes retornados y/o en tránsito que presentan síntomas y signos respiratorios y cumplen con el criterio de Sintomáticos Respiratorios, sospechosos de TB³⁹.
2. Migrantes retornados y/o en tránsito que, a su ingreso al país, ya están diagnosticados con Tuberculosis (36).

En ambas situaciones las personas identificadas en los CAMR o CAMI serán atendidos prioritariamente, de acuerdo con los flujogramas 7 y 8 abajo para el manejo clínico y las acciones para los prestadores en salud en cada situación, véase abajo.

Flujograma 4; Migrantes retornados y/o en tránsito con sospechoso de TB.



Flujograma 5; Migrantes retornados y/o en tránsito diagnosticados con Tuberculosis.



Los siguientes puntos son sumamente importantes para la identificación de posibles contactos de TB y ulteriormente poder identificar necesidades en salud y/o implementar medidas de prevención.

Cuadro 7; Puntos clave para el seguimiento de posibles contactos de TB durante la ruta migratoria.

Tuberculosis	
Puntos	Identificación, atención y seguimiento de migrantes que pudieron estar expuestos a la tuberculosis pulmonar durante la ruta migratoria y/o en el retorno al país
	Tomar y resguardar el listado de posibles contactos TB con la información de todos los migrantes que ingresaron al centro en compañía del caso SR identificado (nombre, apellido, dirección de comunidad de destino, teléfono, etc.)
	Ante un caso positivo de tuberculosis diagnosticado en Honduras, las autoridades administrativas y sanitarias del centro deberán entregar el listado de posibles contactos TB a la Región Sanitaria de la zona para la realización de seguimiento, notificación y búsqueda de casos sospechosos en comunidad.

4.1.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)⁴⁰

Identificamos dos grupos en esta población: migrantes que vienen ya con diagnóstico de VIH y migrantes que vienen con síntomas y signos sugestivos de VIH. Es sumamente importante que la consejería sea de parte de personal capacitado en salud sexual y reproductiva.

Los siguientes cuadros muestran los puntos clave para ambos grupos.

Cuadro 8; puntos clave para la atención en salud de la población migrante que retorna al país con diagnóstico de VIH

Población migrante que retorna al país con diagnóstico de VIH	
Puntos	Identificación de casos con diagnóstico de VIH (en los listados de migración y/o en el área de recepción) y remisión de casos diagnosticados a la clínica para evaluación en salud. Siempre garantizando la confidencialidad de la persona.
	Atención médica prioritaria con elaboración del expediente médico y registro en el listado de atenciones diarias según los protocolos nacionales.
	Consejería para comprensión de situación de salud, adherencia y adecuada toma de medicamentos e importancia del cumplimiento de citas (40).
	Entrega de todo el tratamiento indicado (antirretrovirales) para que el paciente continúe con los medicamentos hasta la siguiente cita en el establecimiento de salud más cercano a su comunidad
	Entrega de referencia médica en formato de Secretaria de Salud al Servicio de Atención Integral SAI Regional (40).
	Notificación inmediata del caso a la Región Sanitaria de la zona más cercano al CAMR-CAMI.

Cuadro 9; Atención médica para casos sospechosos de VIH

Población migrante que retorna al país con síntomas sospechosos de VIH	
Puntos	Atención medica prioritaria, remisión de casos identificados a la clínica para evaluación completa en salud
	Proteger la privacidad y confidencialidad del paciente. Solo el medico responsable hace la consulta
	No se realizarán las pruebas rápidas de VIH en los centros de atención al migrante. La realización de prueba debería ser realizada en los establecimientos de salud de la SeSal que cuentan con la capacidad necesaria ⁴¹ . El paciente debe otorgar su consentimiento para poder hacer la derivación para realizar la prueba.
	Realizar promoción en salud durante la consulta médica para reforzar la comprensión de los próximos pasos y asegurar la adherencia al tratamiento
	El seguimiento debe ser hecho por el centro de salud donde lo han remitido el caso, no por el CAMR/CAMI

4.1.3 Patologías específicas para migrantes en tránsito

De igual manera, la población migrante ya sea de retorno y/o tránsito puede estar expuesta a procesos infecciosos propios de sus lugares de origen, así como endémicos de los lugares de tránsito y/o destino final que no son comunes en el contexto sanitario hondureño⁴².

En el anexo 9 'Infecciones de la población Migrante Retorno y Tránsito', encontrarán una lista de patologías comunes divididas por región mundial, como referencia a la diversidad clínica presente en la población migrante en tránsito. En el anexo 10 'Causas Infecciosas de la Fiebre según la localización de los síntomas', encontrarán indicaciones clínicas para pacientes con fiebre.

Es importante considerar como factor de riesgo en términos de salud individual y salud pública los lugares de procedencia y tránsito de la población migrante.

X. ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Tamizaje

Instrucciones para el entrevistador:

- En un espacio confidencialidad y privado, reciba a la persona migrante, presentándose con nombre y perfil profesional.
- Explique que usted realizara preguntas en salud física y mental con el objetivo de conocer más acerca de su salud y que la información sobre su salud es confidencial.
- Garantice que su asistencia en salud no afectara el resto de los procesos del Centro (alimentación, transporte, etc.).

1. ¿En los últimos 5 días/1 semana ha tenido algunos de estos síntomas o signos?

Fiebre	Si	☐	No	☐
Malestar general	Si	☐	No	☐
Tos	Si	☐	No	☐
Diarrea	Si	☐	No	☐
Dolor abdominal	Si	☐	No	☐
Problemas para orinar	Si	☐	No	☐
Lesiones en la piel	Si	☐	No	☐

2. ¿En los últimos 5 días/ 1 semana, usted ha sufrido algún tipo de trauma? Como ser:

Lesión física traumática	Si	☐	No	☐
Agresión física	Si	☐	No	☐
Agresión sexual	Si	☐	No	☐

3. ¿Padece de alguna de las situaciones de salud?:

Enfermedad (Asma, DM, HTA, Cáncer, etc.)	Si	☐	No	☐
Discapacidad Física	Si	☐	No	☐
Enfermedad Salud Mental	Si	☐	No	☐
¿Toma medicamentos de forma permanente?	Si	☐	No	☐

4. ¿Le gustaría recibir información sobre métodos de planificación familiar (pregunta para hombres y mujeres), cuidado del embarazo, enfermedades de la mujer, problemas con la menstruación, etc.?

Si	☐	No	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

5. ¿Le gustaría entrar a consulta médica y/o psicológica en la clínica del centro?

Si	☐	No	☐
----	--------------------------	----	--------------------------

Anexo 2: Cuadro de tamizaje para aplicar en sala de recepción del centro

No.	Sexo		Edad	1. En la última semana, ha presentado algún síntomas o signos:						2. En la última semana, ha sufrido:			3. Padece de alguna situación de salud:				4. Sexual y Reproductiva (tiene interés en....?)				Le gustaría entrar a consulta médica y/o psicológica en la clínica del centro?		
	M	F		Fiebre	Malestar general	Tos	Diarrea	Dolor abdominal	Problemas para orinar	Lesiones en la piel	Lesión física	Agresión física	Agresión sexual	Enfermedad (Asma, DM, HTA, Cáncer, etc.)	Discapacidad física	Salud Mental	Toma medicamentos	Planificación familiar	Embarazo	Enfermedades de mujer			Problemas menstruales
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

ANEXO 3: Historia Medica

SECRETARIA DE SALUD			
POBLACION MIGRANTE RETORNADO/TRANSITO			
Historia Medica			
1. Fecha de llenado			2. Hora
			3. No. Expediente:
4. Establecimiento	5. Código del establecimiento		
6. Procedencia del caso	6.1 Demanda espontanea	6.2 Referido	6.3 Tamizaje
			6.4 Otros
7. Referido por			
Datos Generales del paciente			
8. Nombre			
9. Edad		10. Sexo	11. Numero de Identidad:
12. Fecha nacimiento			Migrante retornado
			Migrante en Transito
13. Tiempo fuera del país de origen		Menor 5 días	6 días a 1 mes
			De 1-6 meses
			Mas de 6 meses
13. Escolaridad:		14. Ocupación	15. Teléfono
16. Domicilio			
17. El paciente viene acompañado	Si	No	18. Parentesco
19. Nombre del acompañante			
20. Datos en Salud			
21. Motivo de consulta y/o síntoma principal:			
22. Antecedentes Patológicos, Alérgicos y/o quirúrgicos:			
23. Signos Vitales y Medidas Antropométricas			
Temperatura:	Presión Arterial:	FC:	FR:
Peso en kilogramos		Talla	

24. Hallazgos durante examen físico: En caso de anormalidad, describa hallazgos en observaciones:

Cabeza		Cavidad Oral		Oídos		Ojos		Cuello	
Normal		Normal			Normal			Normal	
Anormal		Anormal			Anormal			Anormal	

Tórax		Abdomen		Extrem. Superiores		Extrem. Inferiores		Genitales	
Normal		Normal		Normal		Normal		Normal	
Anormal		Anormal		Anormal		Anormal		Anormal	

Hallazgos del Examen Físico:

25. Diagnósticos

1.

2.

3.

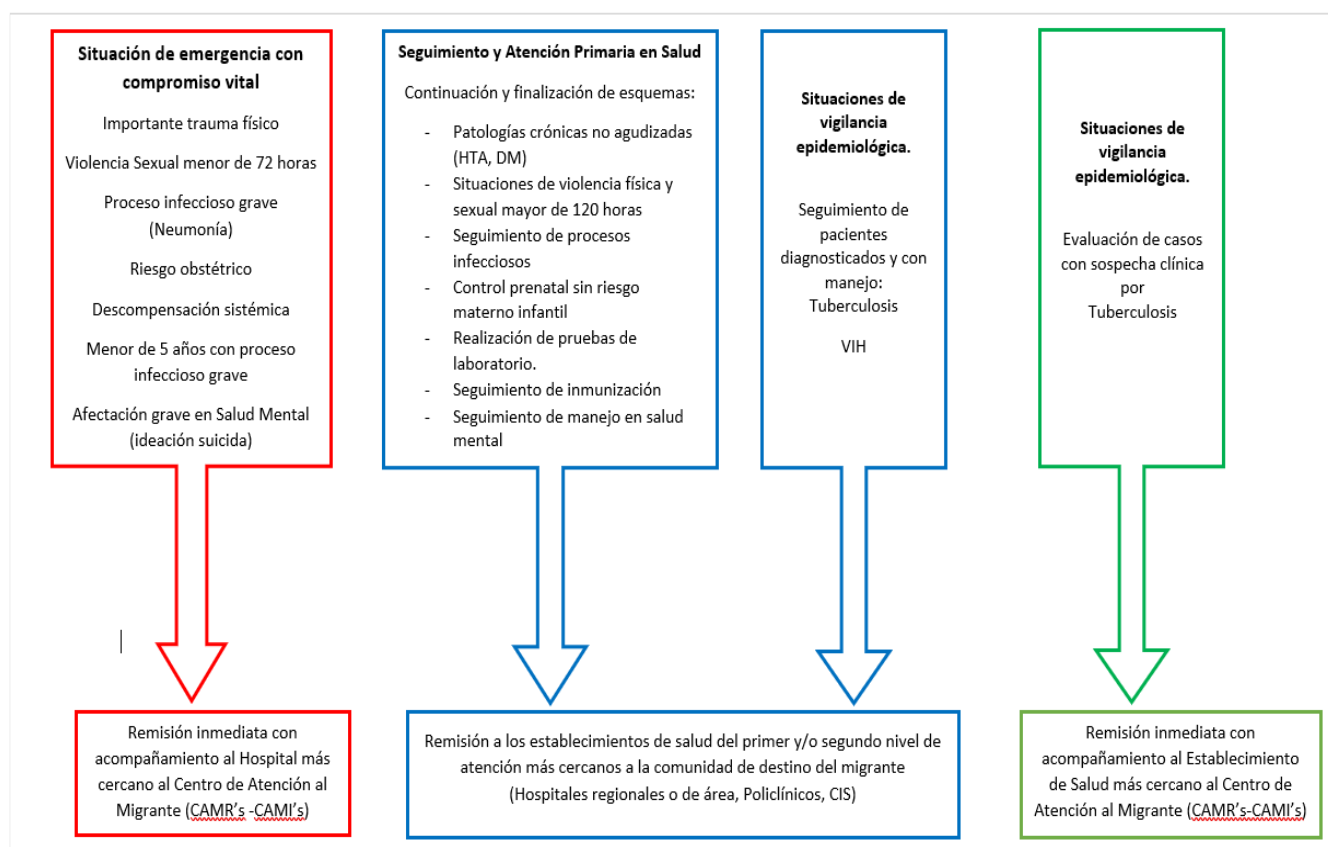
26. Tratamientos

1.

2.

27. Referencia Medica

Anexo 4: Flujograma remisión de casos



Anexo 5: Herramienta para hacer un triaje de necesidades en Salud Mental

Cuestionario de Evaluación Personal SRQ-20

Preguntas	1era	2da	3era
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?			
2. ¿Tiene mal apetito?			
3. ¿Duerme mal?			
4. ¿Se asusta con facilidad?			
5. ¿Sufre de temblor de manos?			
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?			
7. ¿Sufre de mala digestión?			
8. ¿Le cuesta pensar con claridad?			
9. ¿Se siente triste?			
10. ¿Llora con mucha frecuencia?			
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?			
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?			
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo diario?			
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?			
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?			
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?			
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?			
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?			
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?			
20. ¿Se cansa con facilidad?			

**Puntaje mínimo 0 y máximo 20. Se define una persona con problemas de salud mental si responde a más de 7 preguntas en forma afirmativa.*

***Colocar un cheque o símbolo en caso que se presente síntoma*

Fechas de aplicación:

	Fecha de aplicación	Puntaje
1era:		
2da:		
3era:		

Anexo 6: Cuadro de manejo de Infecciones Respiratorias

Proceso Respiratorio	Tratamiento
Resfrió Común	No dar antibióticos, desobstruir nariz y brindar analgésicos y/o antipiréticos (Paracetamol) dosis según peso
Sinusitis	Analgésicos y/o antipiréticos (Paracetamol) dosis de acuerdo con kilo dosis
	Amoxicilina en caso de no lograr mejoría 48 horas de iniciado tratamiento se puede cambiar esquema a Amoxicilina con Ácido Clavulánico dosis según peso (kilo dosis)
Amigdalitis Aguda	Analgésicos y/o antipiréticos (Paracetamol) dosis de acuerdo con kilo dosis
	Si es amigdalitis viral no brindar antibióticos solo analgésicos y antipiréticos
	Amigdalitis Bacteriana: terapia antibiótica antiestreptococcica: P. Benzatínica: niños menores de 10 años 600, 000 UI dosis única, mayores y adultos 1.2 millones UI dosis única
	Otras opciones Penicilina Procaínica, amoxicilina, eritromicina, azitromicina
Otitis externa	Manejo del dolor e inflamación con Paracetamol o Ibuprofeno
	Si no hay signos de infección no brindar antibióticos
Otitis Media Aguda	Manejo del dolor e inflamación con Paracetamol o Ibuprofeno
	Amoxicilina, si no hay mejoría se puede cambiar esquema a Amoxicilina con Ácido Clavulánico dosis según peso (kilo dosis)
	Otras opciones eritromicina, azitromicina
Bronquitis	Uso de analgésicos, antipiréticos, hidratación y si no hay signos de infección no brindar antibióticos
	En casos complicados (deterioro de estado de salud, desnutrición, anemia, presencia de sarampión) brindar Amoxicilina según dosis kilo/peso
Neumonía aguda	Lactantes menores de 2 meses: ampicilina más gentamicina IV (kilo/peso) en caso de no contar con ampicilina se puede dar Penicilina Procaína INTRAMUSCULAR
	Otras opciones por fracaso terapéutico incluyen Ceftriaxona, Cloxacilina, Cefotaxima IV
Asma	Salbutamol en aerosol, Prednisolona VO,
Tuberculosis	Antifímicos durante 6 meses.

Anexo 7: Cuadro de manejo de lesiones dermatológicas

Proceso Dermatológico	Tratamiento
Sarna Escabiosis	Niños mayores de 2 meses y adultos: Permetrina al 5% aplicar en piel y dejar durante 8 horas, luego lavar
	Ivermectina 200 microgramos/kg dosis única (contraindicado en niños menores de 15 kilos y en mujeres embarazadas)
Pediculosis	Permetrina 1% (10 minutos) o Malation 0.5% (12 horas adultos y 8 horas niños de 6 meses a 2 años)
Candidiasis	Pañalitis: Crema Óxido de Zinc y Nistatina VO 400,000 UI en 4 tomas/día por 20 días
	Candiasis en los pliegues: miconazol 2% crema, 2 veces al día (2 a 4 semanas)
Impétigo	Curación de lesión, Cefalexina 25 a 50 mg VO en 2 tomas (Niños)
	Cefalexina 2 gramos VO en 2 tomas diarias (mayores de 12 años y adultos)
	Cloxacilina en niños mayores de 10 años 50 mg/kg día (tres tomas)
	Otras opciones: P. Benzatínica Azitromicina
Celulitis	Curación de lesión, Cefalexina 25 a 50 mg VO en 2 tomas (Niños)
	Cefalexina 2 gramos VO en 2 tomas diarias (mayores de 12 años y adultos)
	Otras opciones Amoxicilina con ácido clavulánico
Eczema	Curación de lesiones, aplicación de crema de óxido de Zinc, calamina y en caso de intenso prurito se pueden utilizar antihistamínicos
Dermatitis Seborreica	Limpieza de área afectada y aplicación de crema de hidrocortisona al 1% (1 o 2 veces al día)
Urticaria	Uso de antihistamínicos (Clorfenamina o Prometazina VO)
Sarna Escabiosis	Niños mayores de 2 meses y adultos: Permetrina al 5% aplicar en piel y dejar durante 8 horas, luego lavar

Anexo 8: Cuadro de manejo de Lesiones Físicas (Traumáticas y/o Violencia)

Tipo de Lesión	Curación
Herida contaminada	Realizar limpieza con movimientos circulares de la periferia al centro, suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Eliminar los residuos o tejidos necróticos alrededor de la herida con solución salina
	Aplicar medicamento según necesidad e indicación médica, cubrir herida
Herida limpia contaminada	Realizar limpieza con movimientos circulares y firmes del centro a la periferia, suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Aplicar medicamento según necesidad e indicación médica, cubrir herida
Herida infectada sucia	Realizar limpieza con movimientos circulares y firmes del centro a la periferia, suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Eliminar los residuos o tejidos necróticos alrededor de la herida con solución salina
	Aplicar medicamento según necesidad e indicación médica, cubrir herida
Ulcéras	Si la ulcera es limpia, curación con movimientos circulares y firmes del centro a la periferia, con suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Si la ulcera es sucia, curación con movimientos circulares y firmes de la periferia hacia el centro con suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Eliminar los residuos o tejidos necróticos alrededor de la herida con solución salina
	Aplicar medicamento según necesidad e indicación médica, cubrir herida
Quemaduras	Hidroterapia si el apósito esta adherido a piel
	Limpieza con técnica de arrastre con líquido, solución salina y solución antiséptica
	Quemadura es limpia: curación con movimientos circulares y firmes del centro a la periferia, con suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica
	Quemadura es sucia: curación con movimientos circulares y firmes de la periferia hacia el centro con suero fisiológico o solución salina al 0.9% y solución antiséptica

Anexo 9: Cuadro de infecciones de Población Migrante Retorno y Transito

INFECCIONES VIRALES		
Proceso Infeccioso	Síntomas y Signos	Tratamiento
Sarampión Infección vírica, muy contagiosa, afecta principalmente niños menores de 5 años, prevenible con la vacunación. Transmisión por vía aérea (inhalación de microgotas emitidas por una persona infectada). Periodo de Incubación 10 días	- Fase prodrómica o catarral (2 a 4 días) Fiebre elevada (39-40 °C) Tos y/o rinorrea y/o conjuntivitis (ojos rojos y lagrimeo). Manchas de Koplick: pequeñas manchas blanco-azuladas sobre base eritematosa, en la cara interna de las mejillas, signo específico del sarampión, pero no está siempre presente - Fase eruptiva (4 a 6 días) Máculo-pápulas eritematosas, no pruriginosas que desaparecen a la presión, la erupción evoluciona de forma descendente. Remisión inmediata si hay signos de alarma: - Neumonía, otitis media, laringotraqueobronquitis - Conjuntivitis purulenta, queratitis, xeroftalmia - Diarrea con o sin deshidratación, estomatitis - Convulsiones febriles; raramente, encefalitis - Malnutrición aguda, inducida o agravada por el sarampión.	En ausencia de signos de alarma o complicaciones, el tratamiento médico es para manejo de síntomas: Paracetamol o Acetaminofén (kilo/dosis) Hidratación por vía oral. Limpiar y despejar la rinofaringe para evitar la sobreinfección de las vías respiratorias. En niños menores de 5 años: amoxicilina VO durante 5 días a título preventivo (reducción de sobreinfecciones respiratorias y oculares). En caso de diarrea simple sin deshidratación: rehidratación oral, Plan A de la OMS La neumonía y la deshidratación son las causas inmediatas de muerte. La mejor forma de prevención del Sarampión es la vacunación; Véase Norma Nacional de Vacunación
Fiebre Amarilla enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados (<i>géneros Aedes y Haemogogus</i>) Es endémico en África y de América Central y Sudamérica. Las epidemias se producen cuando el virus es introducido en zonas muy pobladas, con gran densidad de	El diagnóstico es difícil, sobre todo en las fases tempranas, puede confundirse con paludismo grave, leptospirosis, hepatitis víricas, fiebres hemorrágicas, dengue hemorrágico y las intoxicaciones. Muchos casos son asintomáticos, el resto presenta fiebre, dolores musculares (espalda, cefaleas, pérdida de apetito y náuseas o vómitos) los síntomas desaparecen en 3 o 4 días.	No hay tratamiento antivírico específico para la fiebre amarilla, pero el manejo medico intrahospitalario aumenta la tasa de supervivencia El pronóstico mejora con el tratamiento de la deshidratación, la insuficiencia hepática y renal y la fiebre. Las infecciones bacterianas asociadas pueden tratarse con antibióticos La fiebre amarilla puede prevenirse con una vacuna muy eficaz, segura y asequible. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

mosquitos y escasa o nula inmunidad por falta de vacunación. El periodo de incubación es de 3 a 6 días.	Un pequeño porcentaje de pacientes desarrollan una segunda fase, más tóxica, con fiebre elevada y afectación de varios órganos (hígado y los riñones) con dolor abdominal, vómitos, hemorragias orales, nasales, oculares o gástricas. _ El 50% de los pacientes en la fase tóxica mueren entre 7 a 10 días.	Véase Norma Nacional de Vacunación (https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever)
Chikungunya Es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Un factor de riesgo importante es la proximidad de las viviendas a lugares de cría de los mosquitos. La enfermedad se da sobre todo en África, Asia, Europa y el subcontinente indio. Sin embargo, en 2015 hubo un gran brote que ha afectado a varios países de la Región de las Américas. Algunos signos clínicos de esta enfermedad son iguales a los del dengue y el zika, con los que se puede confundir en zonas donde estos son frecuentes.	A menudo los pacientes solo tienen síntomas leves y la infección puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como dengue en zonas donde este es frecuente. Se caracteriza por la aparición súbita de fiebre con dolores articulares, dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días, aunque también pueden durar semanas. Así pues, el virus puede causar una enfermedad aguda, subaguda o crónica, pueden durar varios meses, o incluso años. Ocasionalmente hay complicaciones oculares, neurológicas y cardíacas, y también con molestias gastrointestinales. Las complicaciones graves no son frecuentes, pero en personas mayores la enfermedad puede contribuir a la muerte.	No existe ningún antivírico específico para tratar la fiebre chikungunya. El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y líquidos. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya
Dengue Arbovirosis Transmisión: - Picadura de mosquito (Aedes). - Transfusión de sangre - Vía transplacentaria. Frecuente en Asia, América central y del	Fase febril: Fiebre elevada (39-40 °C) más o menos 2-7 días. Dolor generalizado, erupción cutánea y manifestaciones hemorrágicas leves. – Fase crítica (entre el 3° y el 7° día): Descenso de la fiebre. La mayor parte de los casos	Pacientes sin signos de alarma, que toleran vía oral y su diuresis es adecuada; su manejo es ambulatorio: Reposo en casa, abundantes líquidos VO. - Paracetamol VO a dosis habituales - No prescribir ácido acetilsalicílico, ibuprofeno ni otros antiinflamatorios no esteroides.

Sur, el Caribe, África del Este. Periodo de Incubación: 4 a 10 días	hacen un dengue sin signos de alarma y pasan a la fase de convalecencia. Algunos pacientes desarrollan un dengue con signo(s) de alarma o un dengue grave. Fase de convalecencia: mejora del estado general, normalización de signos vitales, disminución de síntomas gastrointestinales y recuperación del apetito. A veces, bradicardia y prurito generalizado.	Re-consultar de inmediato hay signos de alarma (ausencia de mejoría, vómitos persistentes, extremidades frías, agitación o letargia, dificultad respiratoria, cese de diuresis) y remisión al Hospital más cercano.
Poliomielitis Infección vírica aguda por un polio virus (serotipos 1, 2 y 3). En zona endémica se afectan los niños menores de 5 años. En zonas no endémicas, con cobertura vacunal escasa, los jóvenes son más afectados La transmisión es directa (fecal oral) o indirecta (ingestión de agua o de alimentos contaminados por heces).	En más de un 90% de los casos la infección es asintomática. Forma no paralítica: síndrome febril no específico, con dolor muscular, cefalea, vómitos, lumbalgia, sin signos neurológicos. Forma paralítica: en menos de un 1% de los casos, con parálisis flácidas y asimétricas, de inicio brusco (por la mañana al despertar) con afectación principalmente de las extremidades inferiores, con extensión ascendente. Los músculos se vuelven flácidos y disminuyen los reflejos, conservándose la sensibilidad. El riesgo vital esta cuando las parálisis llegan a los músculos relacionados con la deglución o la respiración.	Forma no paralítica: Manejo ambulatorio de los síntomas, vigilar por desarrollo de parálisis flácidas y asimétricas. Forma paralítica: Hospitalización, reposo, prevención de escaras en los enfermos encamados, analgésicos (nunca por vía IM en la fase febril), ventilación asistida en caso de parálisis respiratoria. La mejor forma de prevención de la Poliomieltis es la vacunación; Véase Norma Nacional de Vacunación
Coronavirus La familia Coronaviridae, subfamilia Orthocononavirinae, incluye una amplia variedad de coronavirus (CoV) son una extensa familia de virus, algunos de los cuales puede ser causa de diversas enfermedades en humanos; desde el resfriado común hasta el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo). El nuevo coronavirus es una cepa particular de coronavirus que no había	Síntomas y Signos: Fiebre, tos seca, dolor de garganta, mucosidad nasal, dolores musculares, Fatiga, neumonía e insuficiencia respiratoria, síntomas gastrointestinales, diarrea e insuficiencia renal. La mayor mortalidad se registra en personas mayores e individuos con inmunodepresión y/o enfermedades crónicas (diabetes, cáncer o enfermedad pulmonar crónica) Señales de emergencia de la Coronavirus - Niños: Respiración acelerada o problemas para respirar, cianosis, deshidratación	El médico después de identificar a un paciente con sospecha de enfermedad por Covid-19 deberá: Realizar el interrogatorio y atención del caso bajo medidas de precaución estándar en un cubículo aislado bien ventilado y mantener la puerta cerrada. Proporcionar una mascarilla quirúrgica (cubrebocas) y pedir que la use. Si el paciente que no [rc1] tolera la mascarilla, indicar cumplimiento de la higiene respiratoria (cubrir boca y nariz al toser o estornudar y técnica del antebrazo) Coordinación con la región sanitaria para el llenado del estudio

sido identificada previamente en humanos, fue detectado por primera vez en diciembre de 2019. Aunque se han notificado casos graves y varias muertes, la mayoría de los casos cursa como una enfermedad leve o moderada. La tasa de mortalidad es baja, entre el 2% y el 3%, en comparación con virus similares.	- Adultos: fiebre y agravamiento de la tos, dificultad para respirar, dolor o presión en el tórax o abdomen Caso sospechoso: Toda persona con signos y síntomas respiratorios agudos con antecedentes de contacto cercano con un caso confirmado por Covid-19 o haber visitado cualquier país con caso confirmado (Nexo epidemiológico) en los 14 días previos al inicio de los signos y síntomas Caso Confirmado: Es todo caso sospechoso, que es positivo laboratorial mente por el virus SARS-CoV-2.	epidemiológico de caso* sospechoso de enfermedad por Covid-19 y remitir el caso a los establecimientos de salud del primer de nivel de atención médica. En aquellos casos sospechosos que no requieran hospitalización y de acuerdo con la evaluación médica se podrán manejar en aislamiento domiciliario y dar seguimiento a través de monitoreo diario hasta tener el resultado de laboratorio. https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/es/
VIH-SIDA Existen 2 serotipos: VIH-1 Extendido a nivel mundial. El VIH-2 principalmente en África del Oeste (virulencia, transmisión inferior a VIH-1.) El VIH afecta el sistema inmunitario con déficit de linfocitos CD4 El periodo promedio entre la seroconversión y la aparición del sida es de 10 años en los países occidentales, y algo más corto en los países en vías de desarrollo.	Infección primaria o síndrome retroviral agudo: síndrome viral con fiebre, malestar y linfadenopatía que aparece en el 50 y 70% de las personas recientemente infectadas (15 días a 3 meses después de la exposición y/o contagio) Infección asintomática por el VIH (tras la seroconversión): Periodo asintomático sin latencia virológica. Infección sintomática por el VIH: La destrucción progresiva de la inmunidad favorece la aparición de patologías comunes o graves, con una mortalidad más elevada en pacientes seropositivos. Sida: Estadio con aparición de infecciones oportunistas graves y neoplasias. El sida se define por un volumen de CD4 < 200/mm³. Sin tratamiento, la enfermedad evoluciona rápidamente hacia la muerte.	El beneficio de la TARV consiste en la reducción importante de la mortalidad asociada al sida; los antirretrovirales (ARV) son altamente eficaces para la supresión de la viremia, la restauración y preservación de la función inmunológica, por lo que se disminuye significativamente la morbilidad por VIH. La TARV consiste en la combinación de al menos tres fármacos que incluyan dos Inhibidores Nucleosidos de Transcriptasa inversa (INTI) y un Inhibidor No Nucleosido de Transcriptasa inversa (INNTI) o un Inhibidor de proteasa (IP) La TARV de primera línea para adultos debe consistir en dos INTI más un INNTI o un inhibidor de integrasa (INSTI). Para la TARV se prefieren combinaciones de dosis fija y regímenes de una sola vez diaria: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) o Emtricitabina (FTC) + Efavirenz (EFV) como combinación de dosis fija (CDF). Véase: Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH 2017

ENFERMEDADES PARASITARIAS

Proceso Infeccioso	Síntomas y Signos	Tratamiento
Malaria o Paludismo Infección parasitaria por protozoo del género Plasmodium , transmitido al hombre a través de la picadura del mosquito anófeles transfusión de sangre contaminada y por vía transplacentaria. Plasmodium spp: Género de protozoos parásitos de sangre en vertebrados, que incluyen a los agentes causales de malaria: <i>P. falciparum</i>, <i>P. vivax</i>, <i>P. malariae</i>, <i>P. ovale</i>. En caso de fiebre (o de antecedente en las últimas 48 horas) sospechar en malaria/paludismo en los pacientes residentes o provenientes de una región endémica.	Paludismo no complicado: Fiebre, escalofríos, sudores, cefaleas, mialgias, malestar general, anorexia o náuseas. En los niños: dolores abdominales, diarreas y vómitos. En niños y mujeres embarazadas: anemia. Paludismo severo: - Alteración de la consciencia, delirio o coma, convulsiones generalizadas o focales - Postración: extrema debilidad; en el niño, incapacidad para alimentarse/beber/mamar, distrés respiratorio, colapso circulatorio (pulso débil o ausente, cianosis) - Hemorragias: cutáneas (petequias), conjuntival, nasal, gingival; sangre en las heces. – Insuficiencia renal aguda con hemoglobinuria. Los pacientes que presenten con complicaciones o anemia severa deben ser hospitalizados de inmediato.	La sospecha clínica debe ser confirmada (diagnóstico parasitológico). Sin embargo, en ausencia de confirmación, no se debe retrasarse el tratamiento de un caso sospechoso por el riesgo de complicaciones graves. En Honduras la primera opción de tratamiento para la malaria no complicada es: - Cloroquina y la Primaquina. La dosis que utilizar de cloroquina y Primaquina depende del tipo de Plasmodium spp. causante de la infección de acuerdo con el protocolo de atención integral a la malaria en Honduras. Véase: Norma Nacional de Malaria en Honduras 2018
Chagas Es una enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo <i>Trypanosoma cruzi</i>. En el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por el Trypanosoma cruzi, el parásito causante de la enfermedad de Chagas. La mayoría de ellas en América Latina (21 países) donde se transmite a los seres humanos principalmente por las heces de insectos triatomíneos conocidos como vinchucas, chinches, por transfusión de sangre, transmisión congénita (de la madre infectada a su hijo) y donación de órganos.	Los síntomas pueden ser fiebre, dolor de cabeza, agrandamiento de ganglios linfáticos, palidez, dolores musculares, dificultad para respirar, hinchazón y dolor abdominal o torácico en la fase aguda. En fase crónica se pueden presentar: trastornos cardíacos 30%, alteraciones digestivas (agrandamiento del esófago o del colon) 10%, afectación neurológicas o mixtas en la fase crónica. En etapas crónicas, la infección puede causar muerte súbita o insuficiencia cardíaca por la destrucción progresiva del músculo cardíaco. La detección y el tratamiento de niñas y mujeres en edad de procrear infectadas es fundamental, así como la detección de recién nacidos y otros hijos de madres infectadas sin tratamiento antiparasitario previo.	Benznidazol, y nifurtimox, siendo eficaces casi al 100% para curar la enfermedad al comienzo de la infección en la etapa aguda, incluso en los casos de transmisión congénita. Se debe tratar a los adultos infectados, especialmente a los asintomáticos, para evitar o frenar la progresión de la enfermedad y prevenir la transmisión congénita en las embarazadas; así mismo se pueden utilizar en casos de reactivación de la infección (por inmunodepresión) y en los pacientes al principio de la fase crónica. El benznidazol y el nifurtimox están contraindicados en embarazadas, casos de insuficiencia renal o hepática, trastornos neurológicos o psiquiátricos. De acuerdo con la necesidad también es necesario brindar tratamiento específico para las manifestaciones cardíacas,

		digestivas o neurológicas.
Esquistosomiasis Parasitosis viscerales agudas o crónicas, provocadas por 5 especies de gusanos trematodos (esquistosomas). Las especies que parasitan al hombre son: S. Genito-urinaria: África, Madagascar y Arabia S. Intestinal: África tropical, Madagascar, Arabia, Sudamérica Brasil S. intestinal: China, Indonesia, Filipinas	En la infestación inicial: prurito transitorio en el sitio de penetración transcutánea e invasión de las larvas, alergia y síntomas digestivos. E. Genitourinaria: En zonas endémicas, toda hematuria macroscópica debe hacer sospechar una esquistosomiasis urinaria por el riesgo de infecciones urinarias recidivantes, fibrosis/ calcificaciones uretrales y vesicales, cáncer de la vejiga; vulnerabilidad en las ITS e infertilidad. E. Intestinal: dolor abdominal, diarrea intermitente o crónica con o sin sangre, y hepatomegalia, fibrosis hepática, hipertensión portal, cirrosis, hemorragias digestivas (hematemesis, melenas, etc.)	Tratamiento antiparasitario es el mismo se cuál sea la especie. Prazicuantel VO Niños > 2 años y adultos): 40 mg/kg dosis única Los niños de entre 5 y 15 años son más vulnerables con los niveles de incidencia y de carga parasitaria más elevados. A mayor carga parasitaria mayor probabilidad de sufrir afectación visceral con secuelas a veces irreversibles. Se debe administrar un tratamiento antiparasitario, incluso cuando no existe un riesgo de reinfección, como prevención de lesiones severas.
Leishmaniasis Parasitosis debida a protozoarios del género Leishmaniasis, transmitidos al hombre mediante la picadura de flebótomos. 20 especies patógenas para el hombre. L. Cutánea en más de 70 países (América Latina, Oriente Medio, Asia Central y África). L. Cutáneo-mucosa en América Latina y con menos frecuencia en África (Etiopía, Sudán). L. Visceral África (Este y norte), Asia (central y Sur, Europa y América Latina).	L. Cutánea y cutáneo-mucosa: pápula eritematosa única o múltiples en partes expuestas del cuerpo (sitio de la picadura) que se convierten en úlceras costrosas, indoloras que involucionan espontáneamente, dejando cicatriz permanente e inmunidad duradera. Las lesiones pueden extenderse a las mucosas (boca, nariz, conjuntiva) y ser muy mutilantes, es la forma cutáneo-mucosa. L. visceral (kala azar) enfermedad sistémica con pancitopenia e inmunosupresión, fiebre prolongada (> 2 semanas), esplenomegalia y hepatomegalia pérdida de peso, anemia, diarrea, epistaxis, adenopatías, neumonía por depresión del sistema inmunológico. L. Dérmica post-kala azar Erupción cutánea macular, papular o nodular en la cara, que aparece después de L. Visceral.	Leishmaniasis cutánea y cutáneo-mucosa Las lesiones cutáneas curan espontáneamente en 3 a 6 meses. Se indica tratamiento médico sólo si las lesiones son persistentes (> 6 meses), desfigurantes, ulcerativas o diseminadas. Formas de lesión única o lesiones poco numerosas: empezar con un tratamiento local con un antimonial pentavalente: - Estibogluconato de sodio o antimoniato de meglumina, El tratamiento IM con un antimonial pentavalente se reserva a los casos más graves y debe ser utilizado bajo estricta vigilancia médica. L. visceral (kala azar) que puede ser mortal en ausencia de tratamiento.
Filariasis Helmintiasis tisulares nemátodos (filarias) debidas a picadura de insecto vector Oncocercosis (ceguera de los ríos): transmisión por vectores (simúlidos), en	Oncocercosis (ceguera de los ríos) En zona endémica, estos signos son sugestivos de oncocercosis: Oncocercomas: nódulos subcutáneos en prominencias óseas (cresta ilíaca, trocanter, sacro, parrilla costal, cráneo, etc.) atrofia cutánea o zonas cutáneas engrosadas, secas, escamosas (paquidermización).	Oncocercosis (ceguera de los ríos) - Doxiciclina VO (200 mg una vez al día durante 4 semanas como mínimo; si es posible, 6 semanas) Contraindicada en niños < 8 años y mujeres embarazadas o lactantes. - Ivermectina VO: 150 microgramos/kg dosis única, la ivermectina se desaconseja en niños < 5 años o < 15 kg y

África intertropical (99% de los casos), América Latina (Guatemala, México, Ecuador, Colombia, Venezuela, Brasil) y Yemen. Filariasis. linfáticas (FL) transmisión por mosquitos vectores (Anopheles, Culex, Aedes) W. bancrofti : África subsahariana, Madagascar, Egipto, India, Sudeste asiático, Pacífico, Sudamérica y Caribe (90% de los casos) B. malayi: Asia, China, India, Sri Lanka Brugia sp, 10% de los casos.	Oncodermatitis papular aguda: erupción papulosa, a veces difusa, localizada en nalgas y miembros inferiores. Trastornos de la visión y lesiones oculares Filariasis linfáticas (FL) Adenolinfangitis: inflamación de ganglio(s) linfático(s) dolorosos con o sin signos generales (p. ej. fiebre, náusea, vómitos) en miembros inferiores o los órganos genitales externos, inflamación del cordón espermático (funiculitis), epidídimo y del testículo (orquiepididimitis). Elefantiasis: aumento del volumen de las bolsas espermáticas por acúmulo de líquido (hidrocele, linfocele, quilocele); orquiepididimitis crónica.	en mujeres embarazadas. Filariasis linfáticas (FL) El tratamiento se administra fuera de un episodio agudo. - Doxiciclina VO - Dietilcarbamazina VO dosis única (400 mg en adultos; 3 mg/kg en niños) No usar Ivermectina (efecto macrofilaricida pobre o nulo) y el albendazol no deben utilizarse en el tratamiento de casos individuales (ausencia de efecto sobre los signos clínicos)
Cestodos Teniasis Taenia saginata Taenia solium (cosmopolita)	- A veces sintomática - Exteriorización de los anillos por el ano - Síntomas digestivos y diarrea.	Prazicuantel VO Niños mayores de 4 años y adultos: 5 a 10 mg/kg dosis única. Niclosamida VO Niños: 50 mg/kg dosis única Adultos: 2 g dosis única
Teniasis «infantil» Hymenolepis nana (cosmopolita)	- A menudo asintomática - En infestación masiva: problemas digestivos	Prazicuantel VO Niclosamida VO Adultos: 2 g al inicio y luego 1 g diario por 6 días.
Cisticercosis Taenia solium (cosmopolita)	- Muscular: asintomático o mialgias - Subcutáneos: nódulos - Cerebral (neurocisticercosis): cefaleas, convulsiones, coma - Ocular: exoftalmia, estrabismo, iritis, etc.	El tratamiento de la cisticercosis cerebral u ocular sólo puede efectuarse en servicios especializados con manejo neuroquirúrgico, el tratamiento antiparasitario sin diagnóstico (TAC o resonancia magnética) puede agravar los síntomas y poner la vida en peligro.
Quiste hidatídico Echinococcus granulosus (Sudamérica, Norte de África, África del Este y del Sur y Europa del Este) largo periodo asintomático, el quiste se manifiesta cuando empiezan a aparecer complicaciones.	- Quiste hidatídico del hígado (60% de los casos) obstrucción de las vías biliares, shock anafiláctico por ruptura de vías biliares en el peritoneo, ictericia dolorosa, febril. - Quiste del pulmón (30% de los casos); - Posible localización cerebral.	- Resección quirúrgica del quiste Albendazol VO útil como complemento a la cirugía o cuando la intervención no puede practicarse; tratamiento bajo supervisión médica y monitoreo de radio imágenes.
Ascaridiasis Áscaris lumbricoides	Síndrome de Loeffler: síntomas pulmonares transitorios (tos seca, disnea, respiración sibilante) y fiebre moderada por	Albendazol VO dosis única Niños > 6 meses y adultos: (400 mg)

Distribución: mundial, frecuente en regiones tropicales y subtropicales.	migración larvaria Dolor y distensión abdominal (parásitos adultos en intestino) - Complicaciones: Obstrucción intestinal (dolor abdominal, vómitos, paro de evacuaciones) en particular en el niño < 5 años. Invasión en vesícula biliar, hígado o peritoneo con ictericia, absceso hepático, peritonitis.	Niños > 6 meses, pero con peso < 10 kg (200 mg) Mebendazol VO durante 3 días Niños > 6 meses y adultos: 100 mg 2 veces al día (50 mg 2 veces al día) Niños > 6 meses, pero < 10 kg (50 mg 2 veces al día)
Tricocefalosis Trichuris trichiura Distribución y transmisión mundial	Dolores abdominales y diarrea en los pacientes muy parasitados. Infestación masiva: diarrea sangrante crónica, tenesmo, prolapso rectal debido a las frecuentes tentativas de defecar especialmente en el niño.	- Albendazol VO durante 3 días - Mebendazol VO durante 3 días, (Dosis única de albendazol o mebendazol es insuficiente.)
Anquilostomiasis Ancylostoma duodenale Necator americanus Regiones tropicales y subtropicales Transmisión: penetración transcutánea en la piel (pies, manos) en suelo contaminado.	- Erupción pápulo vesicular pruriginosa en lugar de inoculación - Síntomas pulmonares (similares a los de la ascariasis). - Dolores abdominales ligeros (gusanos en intestino) - Sangrado crónico (lesión en intestino) - Anemia	- Albendazol dosis única. - Mebendazol, se recomienda un tratamiento de 3 días (como en la ascariasis). En zona endémica, se recomienda administrar un tratamiento antihelmíntico a los pacientes que presenten anemia ferropénica.
Strongyloides Stercoralis Regiones tropicales húmedas, transmisión: penetración transcutánea y autoinfección	- Eritema y prurito en piel, síntomas pulmonares. - Dolores abdominales y epigástricos, vómitos, diarrea) - Síntomas pulmonares y digestivos prolongados o recurrentes. Hiper infección con exacerbación de los signos pulmonares y digestivos con diseminación de larvas hacia SNC, corazón, etc.	- Ivermectina VO dosis única Niños mayores de 15 kg y adultos: 200 microgramos/kg, - Albendazol VO por 3 días. Las hiper infecciones son refractarias al tratamiento convencional. Se necesitan tratamientos prolongados o intermitentes en varias dosis.
Oxiuros Enterobius vermicularis Transmisión: fecal-oral o auto-infestación	- Prurito anal, más intenso por la noche, vulvovaginitis en las niñas (poco frecuente)	- Albendazol VO dosis única - Mebendazol VO dosis única (Repetir en 2 a 4 semanas.)
Triquiniasis Trichinella sp Distribución: mundial particularmente en Asia (Tailandia, Laos, China, etc.) Transmisión: consumo de carne que contiene larvas de triquina cruda o mal cocida (cerdo, jabalí, oso, perro, etc.)	Fase entérica (1 o 2 días después de ingesta de carne infectada) diarrea y dolores abdominales (algunos días). Fase muscular (1 semana después) fiebre elevada, dolores musculares generalizados [dolor en movimientos oculares] [limitación de apertura de la boca], [dolor a la deglución y al hablar], Edema facial y periorbital, hemorragia conjuntival, Hiper eosinofilia > 1000/mm3	- Albendazol VO de 10 a 15 días Niños > 2 años: 5 mg/kg BID Adultos: 400 mg 2 veces al día - Mebendazol VO durante 10 a 15 días Niños > 2 años: 2,5 mg/kg 2 veces al día Adultos: 200 mg 2 veces al día. - Prednisolona VO 0,5 a 1 mg/kg una vez al día durante toda la duración del tratamiento

INFECCIONES BACTERIANAS		
Descripción	Síntomas y Signos	Tratamiento
Meningitis Bacteriana Infección de las meninges, que puede afectar crónicamente al cerebro provocando secuelas neurológicas y auditivas irreversibles. Los gérmenes implicados con mayor frecuencia varían según la edad y/o el contexto; siendo el <i>S. Pneumoniae</i> (50% de las meningitis bacterianas)	Niños mayores de un año y adultos: Fiebre, cefalea intensa, fotofobia - Rigidez de nuca – Signos de Brudzinski y de Kernig. - Púrpura petequeal o equimótica. - Coma, convulsiones, signos de focalidad neurológica, púrpura fulminans Niños menores de un año: Ausencia de signos meníngeos - Irritabilidad, fiebre o hipotermia. - Alteración del estado general y de conciencia. - Rechazo de alimentos/mamar o vómitos. - Convulsiones, apnea respiratoria - Fontanela abombada (cuando no grita ni llora); rigidez de nuca y erupción purpúrica.	El tratamiento se basa en la administración precoz por vía parenteral de antibióticos que penetre bien al líquido cefalorraquídeo (LCR). En ausencia de identificación del germen o en la espera de los resultados, se elige el antibiótico probable. Meningitis es una urgencia médica, todos los casos sospechosos deben ser referidos inmediatamente al Hospital más cercano
Tétano Infección severa debida al bacilo <i>Clostridium tetani</i> (presente en el suelo y excrementos humanos y animales) Toda persona no vacunada puede contagiarse de tétano con: Cualquier herida ya sean agudas o crónicas (abrasiones, quemaduras, mordeduras, úlceras de miembros inferiores) Intervenciones quirúrgicas y obstétricas sin condiciones de asepsia. Víctima de violencia y violencia sexual. Mujeres embarazadas sin inmunización. Recién nacido (muñón umbilical).	<i>Clostridium Tetani</i> entra en el organismo a través de heridas produciendo una toxina que afecta en el SNC, sin afectar el estado de conciencia. El tétanos generalizado es la forma más frecuente y más grave de la infección con rigidez muscular en músculos de la mandíbula (dificultad e imposibilidad de abrir la boca [trismus] impidiendo hablar o alimentarse), se extiende rápidamente al resto del cuerpo Espasmos musculares paroxísticos muy dolorosos desencadenados o no por estímulos (ruido, luz, tacto) los espasmos del tórax y de laringe pueden provocar dificultad respiratoria o aspiración. Tétanos Neonatal: en el 90% de los casos, los primeros signos aparecen en los 3 a 14 días del nacimiento con irritabilidad, rigidez muscular, dificultad para mamar (rigidez de los labios) y espasmos musculares.	El manejo intrahospitalario es indispensable y dura un promedio de 3-4 semanas. La mortalidad puede reducirse si el manejo es correcto, incluso en hospitales con recursos limitados. Importante el Tétano es 100% prevenible con la vacunación, la vacuna está disponible en todos los establecimientos de la Secretaría de Salud; La población migrante es altamente vulnerable a las lesiones físicas por lo que, la vacunación con Tétano se debe promover de forma activa. En especial con las niñas, adolescentes, mujeres en edad fértil y embarazadas para prevenir el Tétano Neonatal. Periodo de incubación: Niños y adultos, aparecen los síntomas a los 7 días de la exposición con un promedio de 3 a 21 días. La mejor forma de prevención del Tétano es la vacunación; Véase Norma Nacional de Vacunación.

Tuberculosis Pulmonar Infección bacteriana causada por el bacilo de Koch (BK) y transmitida por vía aérea. La tuberculosis puede ser extrapulmonar: - Meningitis - Miliar - Linfática - Ósea La infección por el VIH favorece la evolución a la tuberculosis activa (infección oportunista de la fase SIDA) En determinados países, hasta el 70% de los enfermos con Tuberculosis están coinfectados por el VIH.	Después del contagio, el BK se multiplica lentamente en los pulmones (primo infección) En pacientes inmunocompetentes, la lesión pulmonar cicatriza en el 90% de los casos, y solo el 10% evolucionan en tuberculosis activa. Síntomas y Signos: - Tos prolongada (> 2 semanas) - Expectorcación - Dolores torácicos - Pérdida de peso - Anorexia y astenia - Fiebre moderada y sudoración nocturna. - Hemoptisis (presencia de sangre en los esputos), pero no siempre está presente. En zonas endémicas, todo paciente con síntomas respiratorios que persisten por más de dos semanas y no responden al tratamiento antibiótico es sospechoso de tuberculosis.	El tratamiento eficaz de la tuberculosis es un esquema estandarizado, estrictamente supervisado que consiste en la combinación correcta de cuatro medicamentos antituberculosos: - Rifampicina - Isoniacida - Etambutol - Pirazinamida - Estreptomina Dicha combinación siempre de incluir isoniacida y rifampicina Duración del tratamiento: seis meses en el tratamiento básico primario y ocho meses en el retratamiento, con consejería permanente. Dosis kilo/peso en los casos con desnutrición o en casos pediátricos. Véase Norma de TB 2013 y Norma Nacional de Vacunación (vacuna BCG)
Difteria (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>) Infección bacteriana debida a la proliferación en ORL, del bacilo diftérico y a la difusión de la toxina diftérica en el organismo. La transmisión es directa, a través de gotitas de las vías respiratorias superiores (tos, estornudos, habla) del sujeto enfermo o portador sano. La enfermedad no confiere inmunidad suficiente. La vacunación no impide ser portador sano.	Amígdalas inflamadas y enrojecidas pseudomembranosas con disfagia y adenopatías cervicales, con edema de cuello; fiebre generalmente moderada. Obstrucción y asfixia por inflamación de las fosas nasales, laringe, tráquea y bronquios Signos debidos a la toxina y de los que dependerá el pronóstico: - Trastornos del ritmo cardíaco (ritmo de galope, arritmia) - Miocarditis grave, insuficiencia cardíaca, shock cardíaco - Neuropatías tardías meses después del diagnóstico de la enfermedad, trastornos de deglución (parálisis del velo del paladar), de la acomodación ocular (músculos oculares), de la respiración (músculos respiratorios), parálisis de los miembros - Oliguria, anuria e insuficiencia renal.	Antibioterapia durante 14 días (o según normativa nacionales) - Si el paciente puede tragar: Azitromicina VO Niños: 20 mg/kg una vez al día, adultos: 500 mg al día Eritromicina VO Niños: 30 a 50 mg/kg al día Adultos: 1 g cada 12 horas Amoxicilina VO Niños menores de 1 año: 12,5 mg/kg 4 veces al día Niños de 1 a 6 años: 125 mg 4 veces al día, Niños mayores de 6 años y adultos: 40 mg/kg 3 veces al día. En pacientes alérgicos a las penicilinas, utilizar la eritromicina - El paciente no puede tragar Referir al Hospital para iniciar con antibióticos IM con Bencilpenicilina procaína y pasar lo antes posible al tratamiento oral para completar 14 días de tratamiento, intubación/traqueotomías son necesarias en caso de obstrucción

		laríngea o de complicaciones cardíacas o neurológicas.
--	--	--

Anexo 10: Causas Infecciosas de la Fiebre según la localización de los síntomas

Causas Infecciosas de la Fiebre según la localización de los síntomas	
Signos/Síntomas	Etiologías Posibles
Signos meníngeos, convulsiones	Meningitis/meningoencefalitis/paludismo severo
Dolor Abdominal o signos peritoneales	Apendicitis/peritonitis/fiebre tifoidea
Diarrea, vómitos	Gastroenteritis/Fiebre Tifoidea
Ictericia, Hepatomegalia	Hepatitis Viral
Tos	Neumonía, /Sarampión/Tuberculosis (si tos es prolongada)
Dolor de oído, tímpano rojo	Otitis Media
Dolor de garganta, adenopatías	Amigdalitis Estreptocócica, difteria
Disuria, poliuria, dolor lumbar	Infección urinaria
Placa roja, caliente, dolorosa	Erisipela, celulitis, absceso
Cojera, dificultad para andar	Osteomielitis/Artritis séptica
Erupción cutánea	Sarampión/Dengue/Fiebre hemorrágica/Chikungunya
Sangrado (petequias, epistaxis, etc.)	Dengue/fiebre hemorrágica
Dolor en las articulaciones	Reumatismo articular agudo/ Chikungunya/Dengue

Equipo Conductor a cargo de la elaboración del documento:

- Dra. Keydi Juárez, Técnico Normativo de la Dirección General de Normalización de la Secretaría de Salud
- Dra. Sophie Lisa De Vries, Responsable de Salud Comité Internacional de la Cruz Roja, Misión de Honduras
- Dra. Cinthia Maribel Gómez Carias, Oficial de Campo en Salud Comité Internacional de la Cruz Roja, Misión de Honduras

Agradecimiento

El equipo conductor en la elaboración de la Guía Salud Migración agradece a todas y cada una de las instituciones que han aportado todo su talento, experiencia y valioso trabajo para desarrollar este documento en beneficio de la población migrante en Honduras.

- Dr. Roney Alcides Martínez, Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud
- Dra. Dinora Nolasco, Jefe de Región Sanitaria de Cortes
- Dra. Lourdes Estrada, Jefe de Región Sanitaria de San Pedro Sula
- Dr. Jose Maria Pagoada, Jefe de Región Sanitaria de Choluteca
- Lic. María Dolores Agüero Lara, Secretaria de Estado en el Despacho de Relaciones Exteriores
- Abogada Carolina Menjívar, Directora ejecutiva Instituto Nacional de Migración
- Ing. José Juan Castro, Presidente Nacional de Cruz Roja Hondureña
- Abogado Jorge Mauricio Paredes, Vicepresidente Regional de Cruz Roja Hondureña
- Lic. Wesler Canales, Vicepresidente Regional de Cruz Roja Hondureña
- Abogada Máster Lolis María Salas Montes, Directora Ejecutiva DINAF
- Hermana Nyzelle Juliana Donde, Coordinadora de Pastoral de Movilidad Humana PMH
- Lic. Gina Puerto, Directora de Teletón
- Lic. Reina Estrada, Directora de Fundación Vida Nueva

I. Bibliografía

1. International Migration Report, 2017, United Nations
2. Estadísticas de ACNUR, junio 2019, Agencia de la ONU para los Refugiados
3. Office of Immigration statistics US Homeland Security; (2017, March 2019) Annual flow report, Refugees and asylees
4. UNHCR Global Trends Forced displacement 2018
5. Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (28 de agosto de 2013), Observación General N° 2 sobre los derechos de los trabajadores migratorios en situación irregular y de sus familiares.
6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (12 de mayo de 2000), Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 34
7. Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y Comité de los Derechos del Niño (16 de noviembre de 2017) Observación general conjunta núm. 4 (2017) del Comité de Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares y núm. 23 (2017) del Comité de los Derechos del Niño sobre las obligaciones de los Estados relativas a los derechos humanos de los niños en el contexto de la migración internacional en los países de origen, tránsito, destino y retorno, párr. 55, 56
8. XXI Conferencia Regional sobre Migración (CRM) “La migración: una responsabilidad compartida”, 18 de noviembre de 2016, párr. 21; OPS y OMS, 55º Consejo Directivo, 68º Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Resolución CD55.R13 (2016), 26 al 30 de septiembre de 2016.
9. Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, 11 de julio de 2018, Objetivo 15, 31(e).
10. Secretaria de Salud de Honduras (agosto 2010) *Normas y Procedimientos de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad* Tegucigalpa M.D.C, Honduras
11. Organización Internacional para las migraciones OIM (2006) *Derecho Internacional sobre Migración, Glosario sobre Migración*
12. Secretaria de Salud de Honduras (mayo 2013) *Modelo Nacional de Salud* Tegucigalpa M.D.C, Honduras
13. Secretaria de Salud de Honduras (enero 2017) *Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y otras ITS*, Tegucigalpa M.D.C, Honduras.
14. Organización Internacional para las migraciones OIM (2006) *Derecho Internacional sobre Migración, Glosario sobre Migración*
15. Organización Mundial de la Salud (2005) *Reglamento Sanitario Internacional, Tercera Edición*, Ginebra 2016
16. Naciones Unidas (10 de diciembre 1948) *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Art. 2, 13, 14
17. Secretaria de Salud de Honduras (julio 2015) *Norma Técnica Hondureña del Sector Salud. NTHSS O4: 2014. Secretaria de Salud, Honduras. Atención integral a la población. Promoción, Prevención, atención integral a las personas, vigilancia epidemiológica e investigación relacionada con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)-Requisitos para la armonización.* Tegucigalpa M.D.C, Honduras
18. Secretaria de Salud de Honduras (mayo 2013) *Modelo Nacional de Salud* Tegucigalpa M.D.C, Honduras.
19. Naciones Unidas, Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (28 de julio de 1951) *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, modificada por el Protocolo de 1967, (Art. 1.A.2)* Ginebra, Suiza.
20. Organización Panamericana de la Salud (2003), *informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Biblioteca de la OPS; file:///C:/Users/A805242/AppData/Local/Temp/summary_es.pdf
21. Secretaria de Salud de Honduras (2016) *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A.

-
22. Congreso Nacional de la República de Honduras (15 de febrero 2014) *Ley de protección de los hondureños migrantes y sus familiares*, La Gaceta, Honduras
 23. Congreso Nacional de la Republica de Honduras (3 de marzo 2004) *Ley de migración y extranjería* Decreto N° 208-2003 La Gaceta, Honduras.
 24. Organización Panamericana de la Salud OPS/Organización Mundial de la Salud OMS, (30 de septiembre de 2016) *Países de las Américas buscan abordar necesidades en salud de los migrantes*, Washington, DC, (OPS/OMS)
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12560:países-americanos-buscan-abordar-necesidades-salud-migrantes&Itemid=42099&lang=es
 25. Organización Mundial de la Salud OMS (20 de diciembre de 2007) *Salud de los migrantes, Informe de la Secretaría*
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB122/B122_11-sp.pdf
 26. Organización Mundial de la Salud OMS (febrero 2017) Preguntas frecuentes sobre salud y migración.
<https://www.who.int/features/qa/88/es/>
 27. Secretaria de Salud de Honduras (junio 2019) *Protocolos para la atención del menor de 5 años en el primer nivel*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 28. Secretaria de Salud de Honduras (2014) *Ley de Vacunas de la Republica de Honduras*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 29. Secretaria de Salud de Honduras (2016) *Protocolos para la Atención durante la preconcepción, el embarazo, el parto, el puerperio y del neonato* Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 30. Secretaria de Salud de Honduras (agosto 2010) *Normas y Procedimientos de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad* Tegucigalpa M.D.C, Honduras
 31. Secretaria de Salud de Honduras (enero 2017) *Protocolo de Profilaxis Post Exposición a la Infección por VIH y otras ITS*, Tegucigalpa M.D.C, Honduras.
 32. Congreso Nacional de la Republica de Honduras (octubre 2005) *Ley de Equidad y Desarrollo Integral para las personas con discapacidad, decreto 1 60-2005* Honduras.
 33. Secretaria de Salud de Honduras (2019) *Esquema Nacional de Vacunación*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 34. Secretaria de Salud de Honduras (2019) *Lineamientos de Referencia y Respuesta del Sistema Nacional de la Salud*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 35. Secretaria de Salud de Honduras (septiembre 2018) *Protocolo de Atención Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial en el Primer Nivel de Atención*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 36. Secretaria de Salud de Honduras (abril 2012) *Manual de Normas de Control de la Tuberculosis*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 37. Secretaria de Salud de Honduras (mayo 2019) *Guía de Control de Infecciones de Tuberculosis*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 38. Secretaria de Salud de Honduras (abril 2012) *Actualización al Manual de Normas de Control de la Tuberculosis, manejo de AntiTB*. Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 39. Secretaria de Salud de Honduras (2012) *Normas de Tuberculosis*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 40. Secretaria de Salud de Honduras (junio 2017) *Manual de Atención Integral al Adulto y Adolescente con VIH*, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras
 41. Secretaria de Salud de Honduras (agosto, 2017) *Guía de Consejería en VIH basada en riesgo*, Tegucigalpa M.D.C., Honduras C.A.
 42. Médicos sin Fronteras (2016) *Guía Clínica y Terapéutica*
file:///C:/Users/A805242/AppData/Local/Temp/cg_sp-2.pdf
