



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INFLUENZA
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	17
III. DIAGNÓSTICO.....	21
III.1 Antecedentes	23
III.2 Situación Actual y Problemática	29
III.3 Avances 2000-2012	41
III.4 Retos 2013-2018	47
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	49
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	51
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	52
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	55
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	57
V.2 Estrategias Transversales.....	58
VI. INDICADORES Y METAS.....	59
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	67
VIII. TRANSPARENCIA	75
BIBLIOGRAFÍA	79
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	81
GLOSARIO DE TÉRMINOS	83
ANEXOS	85

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y
HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y
CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

Actualmente en México la población se encuentra en una transición demográfica y epidemiológica con una adopción cada vez mayor de estilos de vida no saludables, que a su vez ocasionan daños a la salud permanentes. A este panorama se debe agregar los retos que siguen representando las enfermedades transmisibles para los servicios de salud del país.

Ejemplos de esta situación, son las enfermedades que afectan el sistema respiratorio, por un lado están las enfermedades respiratorias de tipo crónicas no transmisibles como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), alergias e hipertensión pulmonar. Estos padecimientos tienen como factores de riesgo para desarrollarse al tabaquismo, la contaminación del aire, alérgenos y exposición a polvos y productos químicos.¹

Por otro lado las enfermedades respiratorias agudas (ERA) transmisibles, que son afecciones del tracto respiratorio superior o inferior, generalmente de etiología infecciosa, pueden producir un espectro de enfermedades que van desde infecciones asintomáticas o leves hasta enfermedades graves y fatales, dependiendo del patógeno causante, de factores ambientales y del huésped.^{2,3}

México cuenta con un Programa de Acción Específico (PAE) que define las políticas públicas que se implementan para la prevención y control de la tuberculosis, pero debido a la importancia de las enfermedades respiratorias, es necesario definir las políticas públicas en materia de prevención y control de las mismas, para homogenizar y cubrir las necesidades de salud en la población causadas por este grupo de enfermedades.

Para fines de este documento, consideraremos a las ER a tratar como aquellas que tienen mayor impacto en la salud pública: **influenza, neumonía, EPOC y asma**. Existe una gama más amplia de enfermedades respiratorias que se requieren abordar, pero disminuyendo los factores de riesgo, de forma indirecta se impactará en ellas. Con este panorama, es necesario definir un PAE para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La prevención y control de las enfermedades respiratorias (ER) constituyen un reto para los responsables de la salud pública del país, debido al número de defunciones prevenibles que producen, el costo de la atención a las complicaciones en las unidades hospitalarias y la calidad de vida de la población afectada.

Implementar acciones de prevención, protección, promoción, empoderamiento de la población y control de las ER e influenza por parte de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), son necesarias y justificadas, para evitar su aparición, hacer detección precoz y oportuna, limitar el daño y controlar adecuadamente la evolución natural de la enfermedad, sus complicaciones, secuelas permanentes o defunciones que ocasionan.

Lo anterior tiene una mayor trascendencia para la situación actual de salud del país, ya que cientos de millones de personas sufren cada día las consecuencias de una enfermedad respiratoria crónica (ERC). Según estimaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que hay unos 235 millones de personas que padecen asma, 64 millones que sufren EPOC, y muchos millones de personas más que sufren rinitis alérgica y otras ERC que a menudo no llegan a diagnosticarse.¹

Con este panorama los esfuerzos conjuntos deben ir encaminados a implementar mejoras en las estrategias enfocadas a la prevención primaria, secundaria o terciaria ya que es en estas etapas donde se pueden evitar o reducir los daños a la salud causados por las ER, así como los costos asociados a éstas. Un abordaje para la prevención y control de las ER debe priorizar las acciones en promoción de estilos de vida saludables (dieta balanceada, ejercicio, no consumo de tabaco, consumo moderado de alcohol y control del estrés), educación y empoderamiento en salud a la población en temas de higiene personal, higiene respiratoria, reconocimiento de signos y síntomas de ER y recomendaciones específicas como la vacunación para la influenza y la neumonía de tipo infecciosa; así como las actividades de educación continua al personal de salud en el tema.

Este documento propone las acciones que se deben implementar para la prevención y control de las ER en el periodo 2013-2018, es de carácter sectorial y constituye un instrumento que guía a los servicios de salud, a fin de ofrecer un abordaje práctico en la implementación de las estrategias y líneas de acción entre los diferentes niveles aplicativos.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Artículo 4° establece que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.⁴ Este artículo de la constitución fundamenta a la Ley General de Salud, que en su artículo 1° establece que “La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° de la Constitución”. Además en su artículo 3° fracción XV, indica que se tendrán que hacer acciones de “prevención y control de enfermedades transmisibles” y en la fracción XII, realizar “La prevención, orientación, control y vigilancia en materia de nutrición, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y aquellas atribuibles al tabaquismo”. Por lo tanto, el cumplimiento de la atención y control de estas enfermedades, es de atención obligatoria. Por otro lado el artículo 134° menciona que “La Secretaría de Salud (SSA) y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control de las siguientes enfermedades transmisibles”, incluyendo en su fracción II a la influenza pandémica y otras infecciones agudas del aparato respiratorio.

Respecto a las enfermedades no transmisibles el artículo 159° determina las acciones que se deben implementar como la detección oportuna, evaluación del riesgo, divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos, prevención específica y realización de estudios epidemiológicos.⁵

Dentro de los procedimientos para la prevención y control de las ER, se deberán observar los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos, prestados por los hospitales, en la **Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.**⁶

Continuando en este sentido para homologar los criterios y procedimientos para la aplicación, manejo,

conservación de los biológicos y prestación de los servicios de vacunación, así como para el desarrollo de las actividades en materia de control, eliminación y erradicación de las enfermedades que se evitan mediante la vacunación, se debe observar la **Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Para la Prevención y Control de Enfermedades, aplicación de vacunas, toxoides, faboterápico (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.**⁷

Para la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias, los procesos de vigilancia epidemiológica se sustentan en lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, donde actualmente la EPOC no está incluida en la lista de padecimientos de vigilancia epidemiológica.**⁸

Por otro lado y en apego a los lineamientos de respaldo de información, la **Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico,** establece los criterios técnicos y administrativos en la elaboración, interpretación, uso y archivo del expediente clínico que opera en todos los padecimientos crónicos que requieren de visitas periódicas a la unidad de salud como es el caso de los enfermos con estas patologías.⁹

Así mismo, este documento está alineado a las disposiciones de la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación y al Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres, para ofrecer a la población, igualdad y equidad.¹⁰

Como marco normativo internacional, México es un estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que participa y coopera en los compromisos internacionales que se consideran en el rubro de salud.

La resolución de la Asamblea General A/RES/64/265, aprobada el 13 de mayo de 2010, convocó una reunión de alto nivel de la Asamblea General, con la participación de Jefes de Estado y de Gobierno, sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles celebrada el 19 de septiembre de 2011 en la ciudad de Nueva York.

En el año 2011 en México se realizó la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y la Obesidad, preparativa de la reunión que se realizó en septiembre del mismo año, fijando una postura de la Región de las Américas con respecto a las enfermedades crónicas.

Existen también en el país documentos que deben observarse para la prevención y control de influenza de manera específica, como son: el programa operativo nacional de respuesta ante una pandemia de influenza A (H1N1),¹¹ documento técnico de la influenza,¹² lineamientos para la vigilancia epidemiológica de influenza por laboratorio para la detección oportuna de variaciones antigénicas del virus de la influenza,¹³ el manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de influenza,¹⁴ el panorama epidemiológico de la pandemia de influenza AH1N1(11), manual de enfermedades respiratorias 2012 diagnóstico, prevención, tratamiento² y el manual del manejo en el paciente en estado crítico con influenza A H1N1.¹⁵

Y dentro de las directrices a nivel internacional para la prevención y control de enfermedades se encuentra el Reglamento Sanitario Internacional, cuya finalidad y alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional.¹⁶

Normatividad Nacional

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917. Última reforma DOF 10-02-2014.

Leyes

- Ley General de Salud. DOF 07-02-1984, última reforma DOF 19-03-2014.
- Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. DOF 20-03-2014.

Documentos Internacionales

- Declaración Ministerial para la Prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, México 2011.
- Reglamento Sanitario Internacional.

Manuales

- Programa operativo nacional de respuesta ante una pandemia de influenza A (H1N1).
- Documento técnico de la influenza.
- Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de influenza por laboratorio para la detección oportuna de variaciones antigénicas del virus de la influenza.
- Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de influenza.
- Panorama Epidemiológico de la Pandemia de influenza A (H1N1).
- Manual de Enfermedades Respiratorias 2012. Diagnóstico, prevención, tratamiento.
- Manejo del paciente en estado crítico con influenza A (H1N1).



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

Debido a la complejidad de las ER y para su mayor entendimiento, el grupo de entidades respiratorias a tratar en este PAE se presenten en dos secciones, por un lado la descripción de las enfermedades respiratorias no transmisibles (ERNT), EPOC y asma y en otro apartado las enfermedades respiratorias transmisibles (ERT), influenza y neumonías.

III.1 Antecedentes

Enfermedades respiratorias no transmisibles

Las enfermedades respiratorias no transmisibles principalmente crónicas afectan las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón entre las más frecuentes encontramos al asma, a la EPOC, alergias respiratorias, enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar.

Este tipo de padecimientos como factores de riesgo tienen al tabaquismo, a la contaminación del aire en espacios cerrados, contaminación exterior, alérgenos y exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos.¹

Asma

El asma es una enfermedad que afecta a los pulmones. Es una de las enfermedades de duración prolongada más comunes en los niños, aunque los adultos también pueden padecerla. El asma causa sibilancias, dificultad para respirar, opresión torácica y tos durante la noche o temprano por la mañana. Quien tiene asma, tendrá la enfermedad todo el tiempo, pero sufrirá crisis o reagudizaciones de la enfermedad solamente cuando algo afecte sus pulmones.

No se sabe la causa del asma en la mayoría de los casos y tampoco cómo curarla. Lo que se sabe actualmente es que si existen antecedentes familiares de asma, existen más probabilidades de presentar este padecimiento.¹⁷

Esta enfermedad respiratoria representa una carga importante para los pacientes, sus familiares y a la comunidad. Provoca síntomas que limitan la actividad del paciente, asimismo produce exacerbaciones, que muchas veces requiere de atención de urgencias en las unidades de salud y en algunos casos pueden ser fatales.¹⁸

El asma es una enfermedad crónica que afecta el árbol bronquial, aunque en ocasiones puede llegar a desaparecer, El mecanismo que provoca inflamación en la luz bronquial no se conoce en su totalidad, pero se han identificado una serie de sustancias conocidas como mediadores químicos, elaboradas por los eosinófilos en colaboración con otras células como los linfocitos y mastocitos que las depositan en los bronquios y producen el proceso inflamatorio, lo que ocasiona obstrucción e irritación de la pared bronquial provocando una limitación del flujo aéreo.¹⁹

Es una enfermedad frecuente ya que afecta del 5 al 15% de la población, su distribución es muy variable, tanto entre distintos países como en distintas zonas dentro de un mismo país. Varía también según los estilos de vida. La mayoría de las veces el asma comienza en las primeras etapas de la vida, casi en la mitad de los casos comienza antes de los 10 años de edad. Después de los 40 años es menos frecuente su inicio, aunque no se debe olvidar que puede aparecer a cualquier edad.¹⁹

Para que una persona padezca la enfermedad, también se requiere de nacer con una predisposición genética y entrar en contacto con sustancias que provocan la inflamación y obstrucción bronquial como por ejemplo, pólenes, ácaros del polvo doméstico, hongos, pelos de animales etc.^{18, 19}

Cuando una persona es diagnosticada de asma, los bronquios presentan un proceso inflamatorio y hay diversos factores que desencadenan una crisis asmática. Los desencadenantes de las crisis además de ser las sustancias que provocan el asma pueden ser: infecciones respiratorias, humo, tabaco, ejercicio, hiperventilación, contaminación atmosférica, algunos alimentos, aditivos y medicamentos (aspirina) ciertos olores y manifestaciones de emociones como la risa.

Los síntomas que comúnmente se presentan con esta enfermedad son la disnea, sibilancias, tos, también pueden presentar congestión nasal, estornudos y rinorrea.^{18,19}

El asma se puede clasificar según la severidad que se determina de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Intensidad de los síntomas
- Uso de medicamentos
- Función pulmonar
- Limitación de la actividad cotidiana
- Crisis o exacerbaciones presentes.

Dependiendo de la duración e intensidad de los síntomas el asma de los adultos se divide en intermitente o persistente y el asma persistente puede ser leve, moderada o grave. En los niños la gravedad del asma puede ser muy difícil de determinar debido a esto se clasifica en episódica (ocasional o frecuente) y persistente (moderada o grave). También por el grado de control de la enfermedad que significa poder hacer una vida normal, se clasifica en bien controlada, parcialmente controlada y no controlada.

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico así como en la realización de espirometría para confirmar la limitación del flujo aéreo. En las pruebas respiratorias el VEF1 (volumen espiratorio forzado del primer segundo) está disminuido.¹⁹

El tratamiento de la enfermedad tiene como objetivo aliviar la intensidad de la sintomatología y disminuir las exacerbaciones repetitivas.

Medicamentos como broncodilatadores de acción rápida y prolongada, antiinflamatorios como corticoides inhalados u orales y antagonistas de los receptores de leucotrienos se utilizan para el control de este padecimiento.

Para evitar las exacerbaciones, se debe educar a los pacientes para que sean capaces de identificar sus desencadenantes de la enfermedad y así puedan evitarlos. Los desencadenantes pueden ser alérgenos, infecciones víricas, humo de tabaco, ejercicio físico, emociones, aire frío, cambios bruscos de temperatura, mascotas, hongos etc.¹⁹

Por último, es recomendable la vacunación antigripal y antineumocócica en estos pacientes.^{18,19}

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La EPOC actualmente es definida como una enfermedad prevenible y tratable con algunos efectos extra pulmonares significativos que pueden contribuir a la gravedad de manera individual. El componente pulmonar se caracteriza por una limitación del flujo de aire que no es completamente reversible, esta limitación del flujo de aire es progresiva y es asociada con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas o gases nocivos.²⁰

La prevalencia alrededor del mundo de la EPOC en estadio II o más alto, en adultos de 40 años y más, según el estudio GOLD (Global Initiative on Obstructive Lung Disease); es del 9-10%. Esta misma iniciativa utilizando métodos estandarizados para medir la prevalencia de EPOC, ha encontrado diferencias importantes entre cada país.

El rango de prevalencia encontrado fue de 9% en Reykjavik, Islandia a 22% en Cape Town Sudáfrica, para Hombres y de 4% en Hannover Alemania a un 17% en Cape Town Sudáfrica para mujeres.

Otra característica importante es el alto riesgo de los casos de EPOC sub diagnosticados ya que se cree que del 60 al 85% de los casos con enfermedad leve o moderada están sin diagnosticar.²⁰

En los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) del país, se reporta que la EPOC se ubica en el cuarto lugar de morbilidad y entre el cuarto y sexto lugar de mortalidad.²¹

Los factores de riesgo asociados a la presencia de EPOC son el humo del tabaco como principal desencadenante del proceso inflamatorio de la enfermedad, en países en vías de desarrollo el humo derivado de carburantes de origen orgánico usados para cocinar constituye un riesgo individual. La exposición a humos industriales y polvos minerales también incrementa el riesgo de padecer EPOC.²²

Los síntomas clínicos aislados no son útiles para diagnosticar este padecimiento, se podrá hacer una sospecha del diagnóstico de EPOC en individuos de más de 35 años de edad, que presenten factores de riesgo para tabaquismo y los siguientes síntomas:²²

- Disnea al ejercicio
- Tos crónica
- Producción regular de esputo
- Bronquitis frecuentes en invierno
- Sibilancias



La disnea es el síntoma primario más importante de la EPOC.

Es importante recordar que aunque la EPOC sea una enfermedad pulmonar se asocia a manifestaciones sistémicas y algunas otras condiciones de comorbilidad, de las cuales las más comunes son la enfermedad isquémica del corazón, caquexia, osteoporosis, depresión, cáncer de pulmón, diabetes y pérdida del músculo esquelético.

Así estas comorbilidades afectan los resultados de salud, ya que aumentan el número de admisiones hospitalarias y de muerte.

El diagnóstico de EPOC se establece cuando el VEF1 está por abajo del 80% del predicho o si la relación VEF1/CVF (volumen espiratorio forzado del primer segundo/capacidad vital forzada) es menor a 0.7.²²

Para determinar la gravedad de la EPOC de manera práctica se recomienda clasificarla en I leve, II moderada, III grave y IV muy grave.²²

Las pruebas auxiliares de diagnóstico útiles para el diagnóstico es la espirometría, imprescindible ya que ayuda a demostrar la limitación del flujo aéreo con reversibilidad parcial, valoración inicial y seguimiento.²²

La gasometría de sangre arterial ayuda a identificar la severidad de la insuficiencia respiratoria y para la indicación de oxígeno complementario.

La radiografía de tórax se debe utilizar orientada a identificar comorbilidades y excluir otras patologías.

La tomografía computarizada no se considera un estudio de rutina sin embargo debe ser practicada cuando los síntomas no concuerdan con los hallazgos de las espirometría, en caso de anormalidades vistas en la radiografía de tórax y en pacientes en protocolo de cirugía pulmonar.

La ecocardiografía es útil para el diagnóstico de hipertensión pulmonar.

Otros estudios como la alfa 1 antitripsina, el gamagrama ventilatorio perfusorio y citología de esputo deben ser considerados solo en situaciones especiales.²²

El tratamiento de la EPOC se realiza en base al estadio en el que se diagnostica al paciente, así en el estadio I o leve, se recomienda la vacunación frente a la influenza y administración de broncodilatadores de acción corta cuando sean necesarios, en el estadio II o moderado, la vacunación de la influenza es recomendada así como la administración de broncodilatadores de acción corta o

acción larga cuando sean necesarios así como rehabilitación pulmonar. En el estadio III o severo se recomienda la vacunación frente a la influenza, broncodilatadores de acción corta y larga, esteroides inhalados si hay exacerbaciones repetitivas y se debe considerar la rehabilitación respiratoria. Por último en el estadio IV o muy severo se recomienda las mismas indicaciones del estadio III agregando la administración de oxigenoterapia a largo plazo en caso de falla respiratoria crónica y cirugía.^{20, 22}

El manejo de infecciones agregadas con antibióticos, de comorbilidades presentes, el uso de otros fármacos que mejoren la función pulmonar y la implementación de estrategias de prevención para los episodios de exacerbación, deben incluirse al momento de brindar atención a los pacientes que padecen esta enfermedad.^{20,22}

Enfermedades respiratorias transmisibles

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan algún punto de las vías respiratorias. Representan para todos los países un importante problema de salud tanto por sus grandes cifras de morbilidad como por su vigente mortalidad, a todo lo cual contribuyen las dificultades inherentes a la implementación de programas eficaces para su prevención y control.

Las IRA representan la principal causa de morbilidad en el mundo y la causa más frecuente de utilización de los servicios de salud en todos los países. En México constituye un problema de salud prioritario por su continua presencia dentro de las diez principales causas de defunción en los distintos grupos de edad.

Influenza

Una de las IRA con mayor impacto social es la influenza o gripe estacional que es una enfermedad infecciosa que se distribuye mundialmente durante todo el año, con preferencia en los meses de invierno, de acuerdo a la estacionalidad de cada continente.

El virus de la *Influenza* se conoció desde 1933, aunque los tipos de *Influenza* A y B ocasionan epidemias regularmente, únicamente el virus de *Influenza* tipo A ha mostrado capacidad para causar pandemias. Las epidemias de gripe se repiten anualmente, durante el otoño y el invierno en las regiones templadas. La enfermedad es causa de hospitalización y muerte, sobre todo en los grupos de alto riesgo (niños pequeños, ancianos, mujeres embarazadas y enfermos de padecimientos crónicos).

Estas epidemias anuales causan de 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y de 250,000 a 500,000 muertes cada año. En los países industrializados la mayoría de las muertes asociadas a la gripe corresponden a mayores de 65 años. Extrapolando estas cifras a las poblaciones de América Latina y el Caribe, cabría esperar un total de 4.7 millones a 15 millones de casos de enfermedad tipo *influenza* en un solo año. En algunos países tropicales los virus de la *Influenza* circulan durante todo el año, presentando uno o dos periodos de máxima actividad durante las estaciones lluviosas.²³

A lo largo de la historia las pandemias de gripe han provocado profundos trastornos sociales y económicos, además de la pérdida de numerosas vidas debido a que han tomado al planeta por sorpresa, sin que los servicios de salud tuvieran apenas tiempo para prepararse para afrontar el aumento súbito de casos y defunciones que se producen en esas circunstancias y que tan perturbador resulta. La vacunación es la intervención más importante para reducir la morbilidad y la mortalidad.

La influenza o gripe estacional, es una enfermedad con distribución mundial que tiene como agente infeccioso al virus de la *Influenza* que pertenece a la familia *Orthomyxoviridae*.

Existen tres tipos de virus de la influenza: A, B y C. Los virus de la influenza de tipo A son designados además por el subtipo, dependiendo de las proteínas presentes en su superficie: Hemaglutinina y Neuraminidasa (H y N respectivamente); existen 16 diferentes hemaglutininas y 9 neuraminidasas identificadas hasta el momento.¹²

Los actuales subtipos del virus de la influenza humana con mayor circulación en América son: *Influenza A(H1N1)*, *Influenza A(H3N2)*, *Influenza A* e *Influenza B*.¹²

En cuanto al reservorio se conoce como huésped natural a las aves, pero puede infectar a varias especies de mamíferos incluyendo al humanos y porcinos.

La transmisión es de persona a persona, mediante el contacto de gotitas de flügge al toser o estornudar o con superficies de materiales contaminados, incluyendo las manos y los juguetes.

Su periodo de incubación es de 1 a 7 días, el periodo de transmisibilidad suele durar desde un día antes de iniciar los síntomas, hasta siete días en los adultos y en los niños hasta catorce días.

Entre los grupos poblacionales más vulnerables a esta enfermedad encontramos a niños de seis meses a cinco años de edad, mujeres embarazadas, personal de salud y personas de cualquier edad que padezcan enfermedades crónicas o cursen con algún estado de inmunosupresión.

La influenza es una enfermedad respiratoria viral, contagiosa y aguda, cuyas manifestaciones características son fiebre, cefalea, mialgia, postración, coriza, dolor de garganta y tos. La sintomatología difiere en función de la edad de las personas infectadas.¹²

Los inhibidores de la neuraminidasa como el Oseltamivir y el Zanamivir se usan para el tratamiento y profilaxis de esta enfermedad infecciosa viral. En México, desde 1955 se realiza aislamientos de virus de *Influenza* en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) y a partir del 2000, es parte de la red mundial de vigilancia de virus de *Influenza* de la OMS (FluNet).²⁴

La vigilancia epidemiológica que realiza la Dirección General de Epidemiología (DGE) incluye dos componentes principales: la vigilancia rutinaria a través de la notificación del número de casos en el Sistema Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) con su componente particular el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de influenza (SISVEFLU) y la vigilancia centinela que provee información nominal detallada en un pequeño conjunto de Unidades de Salud Monitoras de influenza (USMI).

El objetivo principal de la vigilancia epidemiológica de influenza es favorecer la salud de la población, previniendo o mitigando epidemias y brotes de enfermedades respiratorias, mediante vigilancia epidemiológica funcional que permita detectar oportunamente la aparición de casos nuevos de enfermedad respiratoria asociada con el incremento de la influenza estacional.

La vigilancia epidemiológica se realiza de forma estandarizada, a través del apego a las acciones establecidas dentro del Manual de Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza; en donde se determina que cada unidad de salud monitora de influenza (USMI) debe monitorear a todos los pacientes sospechosos a influenza que cumplan con las definiciones operacionales de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) las cuales se incluyen dentro del mismo manual; sin olvidar que en pacientes ambulatorios se debe tomar muestra al 10% y en hospitalizados al 100% de los pacientes que cumplan con el criterio antes mencionado.¹²

La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) después de la pandemia ha realizado diversas acciones de promoción y educación como parte de las estrategias de prevención y control de influenza tales como la elaboración y difusión de materiales didácticos y técnicos con el objetivo que toda la población convierta en hábito las medidas que comprenden sencillos procedimientos de higiene personal como del entorno inmediato.

Así también en el Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE) el Programa de Urgencias Epidemiológicas y Desastres se ha hecho cargo

del desarrollo de los planes estatales de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Así como también de la instrumentación de la reserva estratégica nacional de fármacos antivirales.

Por su parte la Dirección General de Calidad y Educación para la Salud (DGCES) cuenta con un sistema integral de calidad para la prevención y reducción de la infección asociada a los cuidados de salud y la seguridad del paciente con el objetivo de disminuir la transmisión de agentes infecciosos como la influenza y otras IRA.

Neumonías y otras IRA

Las IRA son causadas por microorganismos, que afectan al aparato respiratorio durante un período menor de 15 días²⁵ y que, de acuerdo a sus características clínicas³ se clasifican en:

- IRA sin neumonía
- RA con neumonía e insuficiencia respiratoria leve
- IRA con neumonía e insuficiencia respiratoria grave

Si se considera el paciente con IRA sin síntomas de neumonía se deben diferenciar aquellas entidades nosológicas que no requieren tratamiento antimicrobiano y que son los más frecuentes: rinoфаринgitis, faringitis congestiva, faringitis vesiculosa, laringotraqueitis viral o bronquitis, aquellas que requieren tratamiento antimicrobiano como la otitis media aguda, faringoamigdalitis purulentas, sinusitis y traqueítis bacteriana y por último aquellas entidades de origen viral como la influenza o gripe estacional, parainfluenza etc. que pueden requerir de tratamiento antiviral.

Las IRA según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, se agrupan en infecciones respiratorias agudas de las vías superiores con el código (J00-J06), neumonía y gripe código (J09-J19) y las infecciones respiratorias agudas de vías inferiores con el código (J20-J22). Los agentes etiológicos de las IRA más comunes son ocasionadas por virus como *Influenza A*, B y C, virus de la *Parainfluenza*, virus sincitial respiratorio, *Adenovirus*, *Coronavirus*, ciertos tipos de virus *coxsackie* y virus ECHO.²⁶ Con menos frecuencia son causadas por bacterias como:

- *Haemophilus influenzae*
- *Streptococcus pyogenes*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Chlamydia pneumoniae*

- *Coxiella burnetii*

La forma de transmisión más común de las IRA es por contacto directo de persona a persona a través del aerosol de las secreciones del tracto respiratorio principalmente de gotitas grandes a través de la tos y los estornudos de las personas infectadas, que infectan a las células superficiales del epitelio respiratorio del receptor y por contacto indirecto o directo con fómites y superficies contaminadas. El periodo de incubación y de transmisibilidad varía dependiendo del agente etiológico. Por ejemplo, en la neumonía neumocócica el periodo de incubación es de uno a tres días y su periodo de transmisibilidad puede durar hasta 24 horas después de la instauración del tratamiento antibiótico eficaz.²⁶ Las IRA de etiología viral, su duración en promedio es de 15 días, por lo general son auto limitadas y no requieren si es el caso, tratamiento antimicrobiano.³

El cuadro clínico de las IRA se caracteriza por que pueden aparecer los siguientes síntomas: fiebre, tos, mialgias, artralgias, coriza, obstrucción y secreción nasal, cefalea, dolor y enrojecimiento de garganta, dolor y/o secreción de oído y puede presentarse dificultad respiratoria, en niños puede aparecer náusea, vómito y diarrea.²⁶

El diagnóstico es clínico y por laboratorio. Por clínica, la triada característica es: tos, cefalea y fiebre que ante su presencia simultánea se tiene una sensibilidad del 60% para el diagnóstico de IRA.

Las pruebas auxiliares diagnósticas son de utilidad para corroborar el agente etiológico y cada prueba se solicita de acuerdo a la sospecha clínica:^{26,27}

- Pruebas de detección rápida de *Streptococcus pyogenes*
- Antígeno en orina del neumococo
- Cultivo de exudados faríngeos
- Hemocultivos
- Serología de anticuerpos IGM
- Cultivo vírico
- Pruebas de inmunofluorescencia o ELISA
- RT-PCR en tiempo real y cultivo

El tratamiento ambulatorio adecuado incluye medidas generales como el reposo en casa, hidratación, alimentación con incremento del aporte de vitamina C y Zinc. Los fármacos a utilizar dependen de los síntomas que se presenten y la sospecha de su origen, viral,

bacteriano etc. En general, para el control de la fiebre, dolor y malestar general se recomiendan fármacos como analgésicos, antipiréticos, antitusígenos y antihistamínicos. En el caso de las IRA de origen viral, pueden tratarse con los siguientes fármacos: derivados de amantadino (amantadina y rimantadina) y los inhibidores de la enzima neuraminidasa (oseltamivir y zanamivir).³ El tratamiento hospitalario para una neumonía puede incluir oxigenoterapia, control de fiebre con medios físicos o con fármacos como el acetaminofén, bronco dilatadores como el salbutamol etc. En las IRA etiología bacteriana, se recomienda la utilización racional de antibióticos, de acuerdo a la sospecha clínica o a la confirmación por laboratorio del agente etiológico.

Prevención y control de las IRA

La mayoría de las IRA incluyendo la gripe, se pueden prevenir desde cualquier nivel de atención, realizando actividades de educación, promoción, prevención y control. En el país se cuentan con estrategias de prevención que aplicándolas de forma adecuada, oportuna, eficiente y suficiente se puede disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad:²⁶

Actividades de educación para la salud:^{3,28}

- Promover el aporte adecuado de líquidos y frutas que aporten vitaminas A y C.
- Recomendar una alimentación adecuada de acuerdo a la edad.
- Difundir la información del esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad.
- Realizar talleres y difundir la información sobre la higiene de manos.
- Promover el ejercicio y las actividades al aire libre.
- Acudir periódicamente a la consulta de paciente sano.
- Capacitación para prevenir las IRA y evitar los factores predisponentes.
- Hacer una difusión continua de la información en las temporadas de mayor incidencia de IRA.

Prevención y control de los factores predisponentes:^{3, 28,29}

- Difundir las recomendaciones adecuándolas de acuerdo a la edad y alfabetismo del paciente o la persona responsable del paciente.
- Realizar un aporte adecuado de líquidos y vitaminas A y C.

- Proporcionar una alimentación adecuada de acuerdo a la edad.
- Cubrir la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- Si no se cuenta con un pañuelo estornudar cubriendo la boca y nariz con el ángulo que forma la unión del brazo y el antebrazo.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, los microorganismos se propagan de esta manera.
- Realizar la higiene de manos si se tiene contacto con enfermos de IRA.
- Actualizar esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad y grupo de riesgo de la población (priorizar las vacunas frente a la *Influenza*, *Neumococo* y *Haemophilus influenzae*).
- Tener un control adecuado de padecimientos concurrentes (inmunosupresión, enfermedades crónicas, VIH, etc.).
- Recomendar la construcción o adecuación de viviendas con adecuada ventilación y se pueda evitar el hacinamiento.
- Evitar el contacto directo con personas enfermas, cambios bruscos de temperatura, el tabaquismo activo o pasivo, uso de leña o de braseros en habitaciones cerradas.
- En caso de presentar síntomas respiratorios o haber estado en contacto con personas enfermas de IRA acudir a su unidad de salud para recibir tratamiento ya sea de manera profiláctica o terapéutica con la finalidad de evitar complicaciones.

En las unidades de salud las medidas de prevención y control de IRA deben incluir:³⁰

- La búsqueda activa, pasiva o una combinación de las anteriores de casos de IRA por parte de la unidad de vigilancia epidemiológica hospitalaria (UVEH).
- Evaluación de síntomas de IRA a todo paciente que ingrese a una unidad de salud, así como a los pacientes que reciben atención a domicilio.
- Todo paciente que acuda a una unidad de salud a recibir atención médica con síntomas respiratorios se le debe recomendar y facilitar el uso de mascarilla y la realización de higiene de manos o bien, que espere recibir la atención médica en una área separada o mantenerse a una distancia mínima de 2 metros con

respecto al resto de personas en la sala de espera para evitar la diseminación de la enfermedad.

- Todo paciente con síntomas de IRA deben recibir terapia farmacológica para el tratamiento oportuno en base al diagnóstico realizado.
- Cuando sea posible a los pacientes que son ingresados y que presentan síntomas respiratorios deben ser alojados en una habitación individual bajo las recomendaciones de aislamiento por gotas y por contacto.
- La vacunación a todo el personal sanitario frente a la influenza así como la vacunación frente a *Neumococo*, *Haemophilus influenzae* en personal sanitario incluido en grupos de riesgo, como primera línea de prevención frente a la transmisión de IRA.
- La valoración de la vacunación frente al virus de la Influenza, *Neumococo* y *Haemophilus influenzae* a los pacientes incluidos en grupos de riesgo, si es posible antes de su egreso hospitalario.
- Contar con políticas de prevención y control que autorice al personal de salud llevar a cabo las precauciones de contacto o gotas (aislamientos) en pacientes con síntomas respiratorios hasta no tener el resultado de laboratorio que confirme o descarte el diagnóstico de IRA o influenza.
- Educar promover y realizar acciones de prevención de IRA de forma permanente que difunda eficientemente la información a todo el personal de salud sobre temas esenciales de prevención y control de infecciones como las precauciones de aislamiento (estándar, por contacto, por gotas), higiene de manos, vacunación a grupos de riesgo, recomendaciones de quimioprofilaxis, seguridad del paciente etc.
- Todo el personal de salud debe tener una evaluación de riesgos laborales el cual debe incluir la realización de diagnóstico de infección tuberculosa latente, estar vacunado de VHA, VHB, gripe, tétanos-difteria y vacunas según el estado de salud individual.

- El control y prevención de las IRA es un reto para la salud pública de nuestro país debido a que se encuentran dentro de las primeras causas de morbilidad, por esta razón se requiere de una gestión integral de los programas de prevención y control de estas enfermedades, para tener una mayor eficiencia e impacto en la población y así, disminuir los daños a la salud y los costes asociados a este tipo de padecimientos. Estos costos son absorbidos tanto por las instituciones de salud como por el propio paciente lo que se denomina gasto de bolsillo, por lo tanto aumentando el impacto de los programas de prevención y control y disminuyendo los costes habrá un incremento en la calidad de vida de la población.

III.2 Situación Actual y Problemática

Enfermedades respiratorias no transmisibles

La situación epidemiológica de las ERNT, inicia con el análisis de los registros actuales de mortalidad.

En la Tabla 1 se muestran las veinte principales causas de mortalidad en el país. Para el año 2012 se reportaron 602,354 defunciones por todas las causas y de estas 503,970 corresponden a las 20 principales causas de muerte, representando un 83% de todas las defunciones registradas.

Dentro de estas veinte causas se encuentra la EPOC que provocó 18,532 defunciones, con una tasa de mortalidad de 15.83 por 100 mil habitantes. También se observa que la bronquitis crónica, enfisema y asma en conjunto causaron 5,172 muertes al año con una tasa de mortalidad de 4.42 por 100 mil habitantes. Una observación relevante de los datos que se muestran en la tabla es que de las 20 principales causas de muerte en 2012, siete de estas enfermedades (corazón, tumores malignos, enfermedad cerebrovasculares, EPOC, bronquitis crónica, enfisema, asma, de forma indirecta la insuficiencia renal y la diabetes) tienen al tabaquismo como un factor de riesgo en común.

Tabla 1. Número y porcentaje de defunciones. México, 2012

Causa	Número de defunciones	Porcentaje de carga de la enfermedad (%)	Tasa de defunción por 100,000 habitantes*
Enfermedades del corazón	109,309	18.14	93.38
Diabetes mellitus	85,055	14.12	72.66
Tumores malignos	73,240	14.15	62.57
Accidentes	37,727	6.26	32.23
Enfermedades del hígado	33,310	5.52	28.46
Enfermedades cerebrovasculares	31,905	5.29	27.26
Agresiones (homicidios)	25,967	4.31	22.18
EPOC	18,532	3.07	15.83
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	14,391	2.38	12.29
Insuficiencia renal	11,955	1.98	10.21
Enfermedades congénitas	9,414	1.56	8.04
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	7,730	1.28	6.60
Suicidios	5,549	0.91	4.74
Bronquitis crónica, enfisema y asma	5,172	0.85	4.42
Enfermedad por VIH	4,974	0.52	4.25
Septicemia	4,516	0.74	3.86
Anemias	3,647	0.6	3.12
Enfermedades infecciosas intestinales	3,347	0.55	2.86
Úlceras gástrica y duodenal	2,496	0.41	2.13
Otras causas	101,384	16.74	86.61
Total	605,354	100	517.16

* Calculada con la proyección de población 2012 (117,053,750) a mitad del año del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2010-2050, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

Fuente: SSA. DGIS, 2012 <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

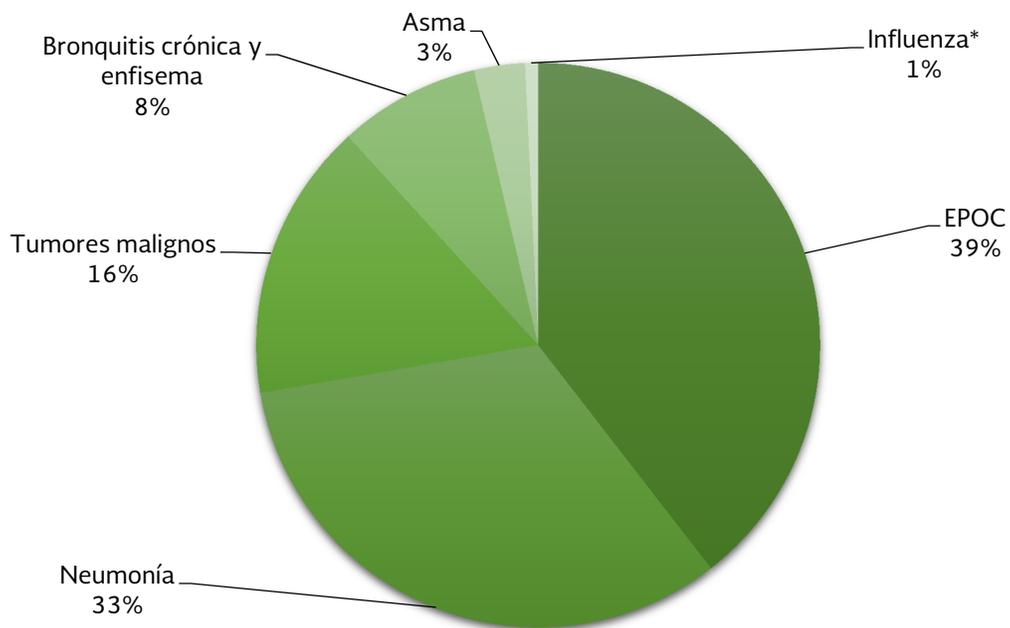
Tabla 2. Número de defunciones de ER. México, 2012

Causa	Número de defunciones	Porcentaje (%)
EPOC	18,532	39
Neumonía	15,382	33
Tumores del aparato respiratorio	7,482	16
Bronquitis crónica y enfisema	3,806	8
Asma	1,366	3
Influenza*	352	1
Total	46,920	100

* Se consideran todos los tipos de influenza.

Fuente: SSA. DGIS, 2012, <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Gráfica 1. Porcentaje de defunciones por enfermedades respiratorias. México, 2012



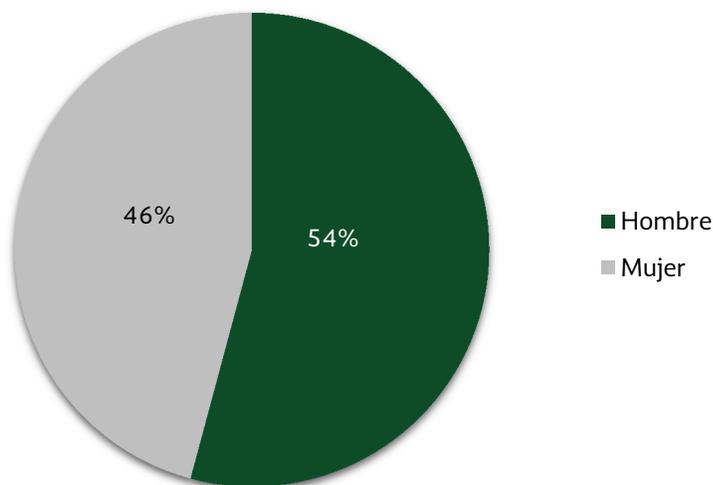
Fuente: SSA. DGIS, 2012

* Se consideran todos los tipos de influenza.

Cuando se analizan únicamente los datos de vigilancia epidemiológica de las ER, se observa que la EPOC es la primera causa de mortalidad con 18,532 (39%) defunciones. Por otro lado el asma causó 1,366 defunciones que representa el 3% del total de defunciones en el país por ER, con una tasa de mortalidad de 1.16 por 100 mil hab. (Tabla 2 y Gráfica 1)

Los datos en cuanto a la EPOC por sexo, registran que el 54% de las defunciones correspondieron a los hombres y 46% a las mujeres. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Porcentaje de defunciones de EPOC por sexo. México, 2012



Fuente: SSA. DGIS, 2012

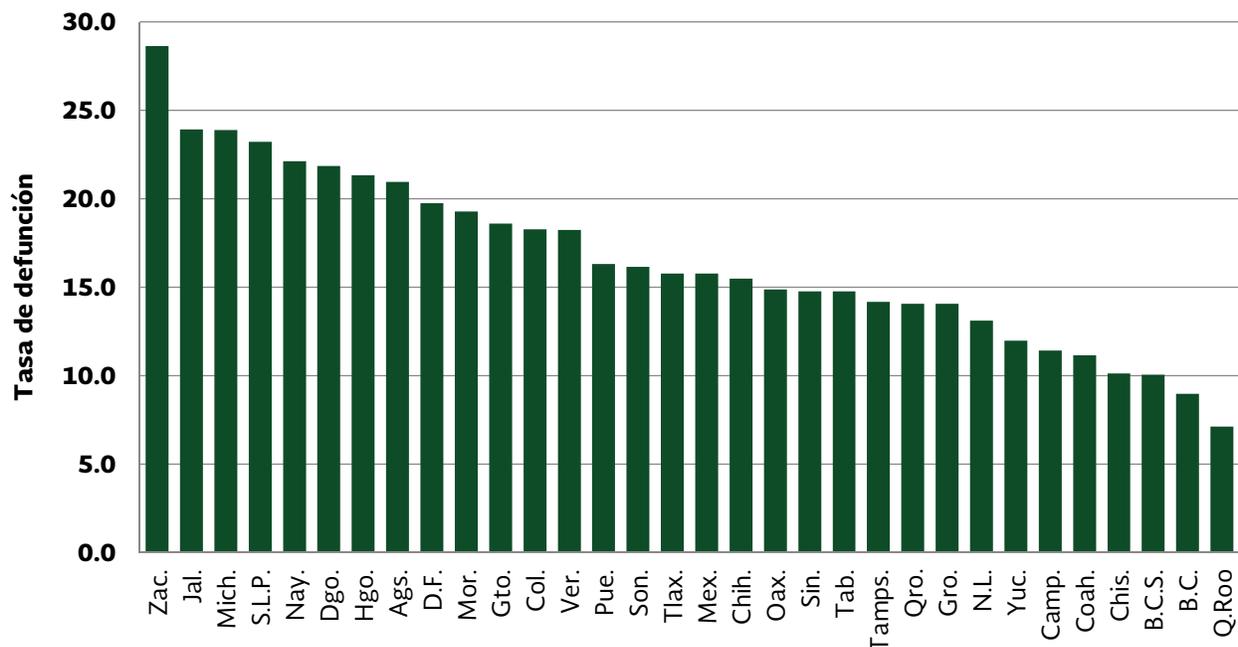
En la Tabla 3 y Gráfica 4 se observa la mortalidad por EPOC por grupo de edad. Se puede observar que se reportan defunciones a partir del grupo de edad menor de 1 año, es probable que estas cifras puedan ser un error al momento del registro.

A partir del grupo de edad de 65 a 69 años el número de muertes aumenta considerablemente encontrándose actualmente con 771 defunciones y por último el grupo de edad más afectado es el de 85 y más que en el último año de estudio registró 3,438 defunciones.

Tabla 3. Defunciones de EPOC por grupos de edad y sexo. México, 2012

Años de edad	Hombre	Mujer	Total
< 1	1	2	3
1 a 4	4	2	6
5 a 9	2	2	4
10 a 14	1	1	2
15 a 19	6	2	8
20 a 24	8	1	9
25 a 29	10	3	13
30 a 34	11	8	19
35 a 39	20	8	28
40 a 44	34	32	66
45 a 49	68	60	128
50 a 54	135	119	254
55 a 59	242	219	461
60 a 64	433	339	772
65 a 69	771	540	1,311
70 a 74	1,220	929	2,149
75 a 79	1,692	1,349	3,041
80 a 84	1,934	1,655	3,589
85 y más	3,438	3,213	6,652
Total	10,038	8,493	18,531

Fuente: SSA. DGIS, 2012 <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Gráfica 3. Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por entidades federativas. México, 2012

Fuente: SSA. DGIS, 2012

Observando el comportamiento de la EPOC en las entidades federativas, Zacatecas presenta la tasa más alta de mortalidad (28.6 por 100 mil hab.), seguida por Jalisco (23.9 por 100 mil hab.), Michoacán (23.9 por 100 mil hab.) y San Luis Potosí (23.2 por 100 mil hab.).

Las entidades con una menor tasa de mortalidad son Baja California Sur (10.1 por 100 mil hab.), Baja California (9.0 por 100 mil hab.) y Quintana Roo (7.1 por 100 mil hab.). (Gráfica 3)

Una observación puntual es la situación del estado de Zacatecas, que no es la entidad con más alta incidencia de tabaquismo (factor de riesgo para EPOC), pero tienen un factor muy importante a tomar en cuenta, en el estado, una de las actividades principales es la minería.

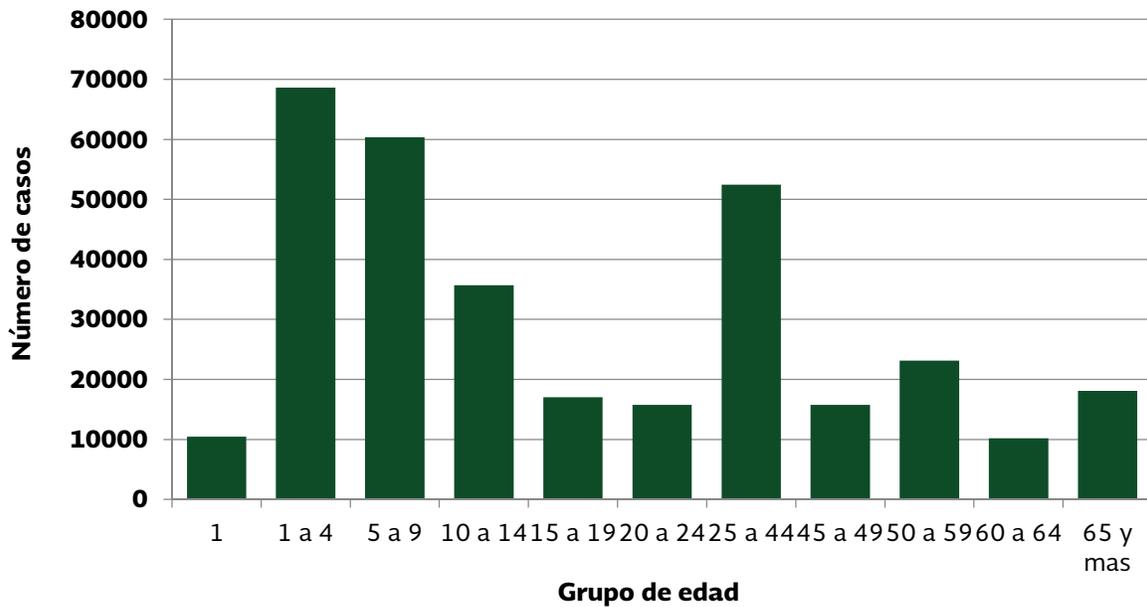
Por otro lado se nota un incremento sensible año con año del número de defunciones causadas por la EPOC (Tabla 4) para el año 2006 se registraron 14,717 fallecimientos por esta ERC, para el 2010 se tienen registradas 19,466 muertes y para 2012 hubo un registro de 18, 531 defunciones.

Tabla 4. Defunciones por EPOC por grupos de edad y sexo. México, 2012

	Hombre	Mujer
2000	6,226	4,728
2001	6,212	4,872
2002	6,694	5,321
2003	7,303	5,817
2004	7,832	6,157
2005	8,356	7,109
2006	8,177	6,540
2007	8,552	6,876
2008	9,155	7,385
2009	9,760	7,963
2010	10,477	8,989
2011	9,986	8,501
2012	10,038	8,493

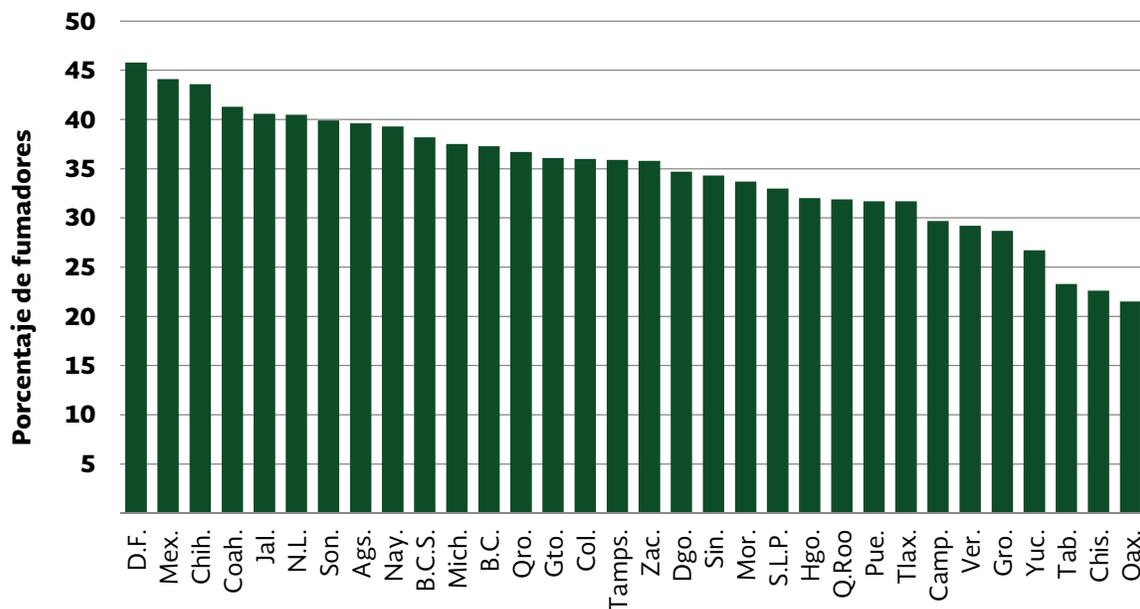
Fuente: SSA. DGIS, 2012 <http://pda.salud.gob.mx/cubos/>

Gráfica 4. Casos de asma por grupos de edad. México, 2012



Fuente: SSA., DGE: anuarios de morbilidad, 1990-2012

Gráfica 5. Porcentaje de fumadores de 20 años y más con consumo mínimo de 100 cigarros en la vida, ENSANUT, México 2012



Fuente: SSA. DGIS, 2012



Con relación al asma y al estado asmático para el año 2012 se presentaron 328,023 casos con una tasa de incidencia de 280.60 por 100 mil habitantes. Los grupos de edad más afectados por esta patología son de 1 a 4 años con 68,635 casos, el grupo de 5 a 9 años con 60,375 casos y el grupo de edad de 25 a 44 años con 52,456 casos (Gráfica 4). Los estados con mayor incidencia son Yucatán (731.90 por 100 mil hab.), Tamaulipas (712.55 por 100 mil hab.) y Sonora (633.70 por 100 mil hab.) y los estados con menor incidencia son Tlaxcala (38.35 por 100 mil hab.) Puebla con (84.95 por 100 mil hab.) y el estado de México (111.25 por 100 mil hab.).

Por último es importante tener presente que el principal factor de riesgo para que la población padezca de EPOC, es el tabaquismo. En los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se observa que aquella población mayor de 20 años que había consumido más de 100 cigarros en su vida y que tienen mayor riesgo de tener afectaciones del aparato respiratorio, se encuentra en mayor proporción en las siguientes entidades federativas: Distrito Federal, seguido del Estado de México, Chihuahua, Coahuila y Jalisco y las entidades con menor proporción de su población mayor de 20 años que han consumido más de 100 cigarros en su vida son Veracruz, Guerrero, Yucatán, Tabasco, Chiapas y Oaxaca. (Gráfica 5)

Enfermedades respiratorias transmisibles

Morbilidad por neumonía e influenza

Según los datos registrados en el último informe de morbilidad en México, dentro de las primeras veinte causas de morbilidad se incluye a las neumonías y bronconeumonías (Tabla 5). Otra ER que por su impacto social, económico y los daños a la salud que ocasiona, es prioritaria para la salud pública del país, es la influenza.

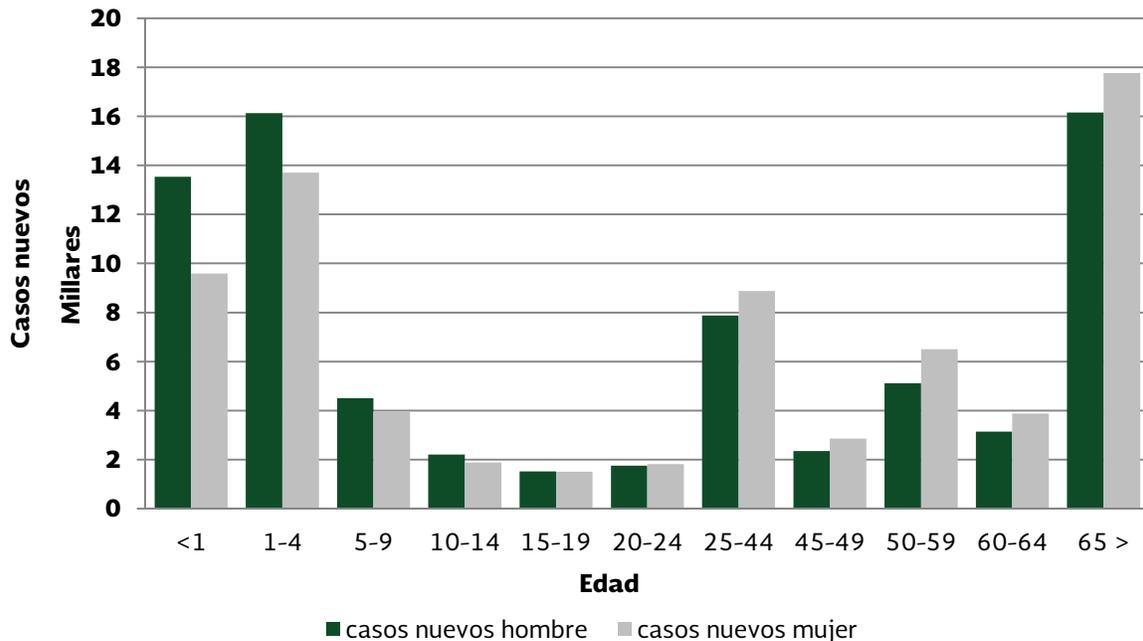
Los datos estadísticos de neumonías y las estrategias que se manejarán en este PAE están enfocados a la población de 18 años en adelante, ya que en el tema de las Neumonías para su manejo y control en el grupo de población menor de 18 años, El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) tiene un PAE para la prevención de la mortalidad infantil, donde se incluyen estrategias para la prevención y control de las Enfermedades respiratorias en la etapa infantil, así como para la vacunación frente a la influenza y neumonía. Las neumonías y bronconeumonías (Gráfica 6) código CIE 10 J12-J18³¹ registraron 146,824 casos de en el país. Los hombres concentraron el 50.7% de los casos. Los grupos de edad con mayor tasa de incidencia fueron: 25 a 44 años (335.36 por 100 mil hab.) y de 65 y más años (452.28 por 100 mil hab.). Las entidades que presentaron una mayor tasa de incidencia son (Gráfica 7): Sonora (337.67 por 100 mil hab.), Jalisco (257.20 por 100 mil hab.) y Nuevo León (256.01 por 100 mil hab.) y los estados con menor tasa de incidencia fueron Veracruz (60.45 por 100 mil hab.), Tlaxcala (43.34 por 100 mil hab.) y México (38.87 por 100 mil hab.). La institución que más casos notificó fue el IMSS-Ordinario con 40.2%, por su parte SEDENA notificó el menor número de casos con un 0.2%.

Tabla 5. Veinte primeras causas de morbilidad. México, 2012

Número	Padecimiento	Código CIE 10 a revisión	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	J00-J06, J20, J21 excepto J02.0 y J03.0	26,707,461
2	Infecciones intestinales por otros organismos	J02.0 y J03.0	5,375,154
3	Infección de vías urinarias	N30, N34, N39.0	4,009,700
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	K25-K29	1,641,712
5	Gingivitis y enfermedades periodontales	K05	697,287
6	Otitis media aguda	H65.0-H65.1	646,379
7	Hipertensión arterial	I10-I15	535,196
8	Conjuntivitis	B30, H10.0	425,721
9	Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	E11-E14	419,493
10	Amebiasis intestinal	A06.0-A06.3;A06.9	374,055
11	Asma y estado asmático	J45, J46	328,023
12	Intoxicación por picadura de alacrán	T63.2, X22	313,559
13	Candidiasis urogenital	B37.3-B37.4	295,209
14	Otras helmintiasis	B65-B67, B70-B76, B78, B79, B81-B83	284,008
15	Varicela	B01	260,275
16	Neumonías y bronconeumonías	J12-J18 excepto J18.2	146,824
17	Faringitis y amigdalitis estreptocócicas	J02.0, J03.0	132,952
18	Quemaduras	T20-T32	130,793
19	Paratifoidea y otras salmonelosis	A01.1-A02	129,002
20	Desnutrición leve	E44.1	119,616
	Total 20 principales causas		42,972,419
	Otras causas		1,357,901
	Total global		44,330,320

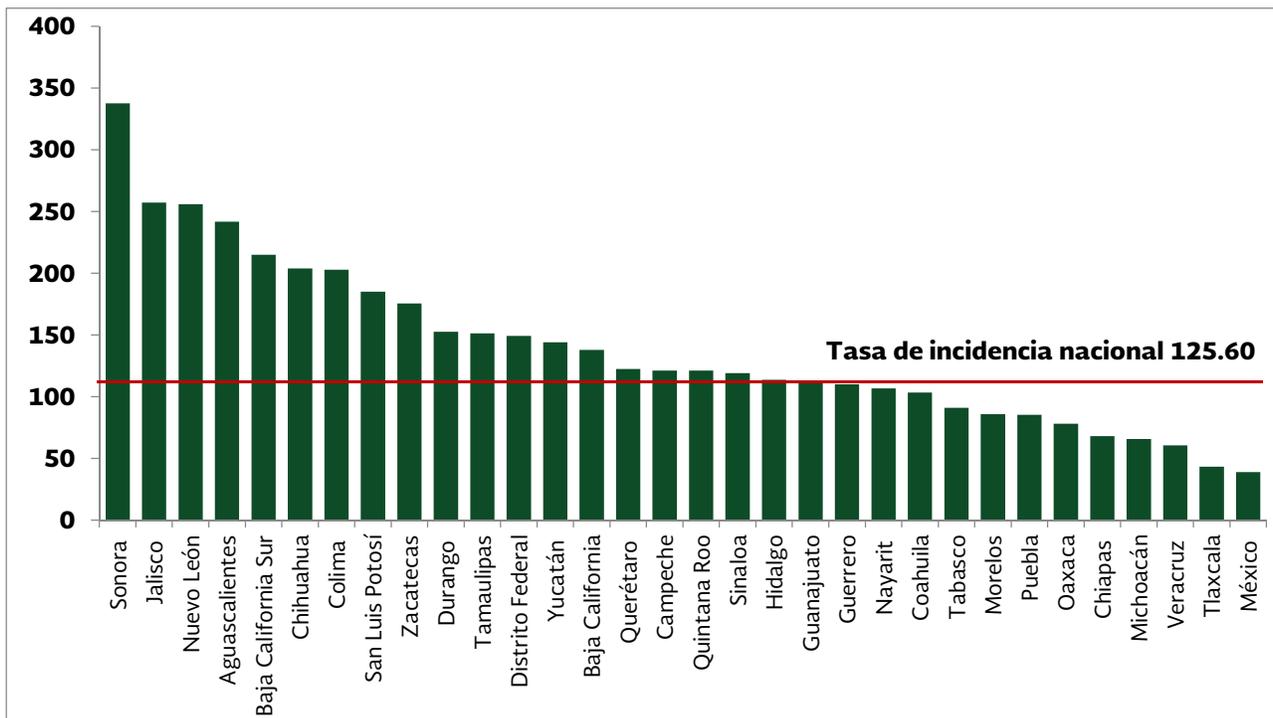
Fuente: SSA. DGE: anuarios de morbilidad, 1990-2012.

Gráfica 6. Casos de neumonías y bronconeumonías. México, 2012



Fuente: SSA. DGE, Anuarios de morbilidad, 1990-2012.

Gráfica 7. Tasa de incidencia por entidad federativa de neumonías y bronconeumonías. México, 2012



Fuente: SSA. DGE, Anuarios de morbilidad, 1990-2012.

Otra IRA que no se encuentra dentro de las principales causas de morbilidad en el país es la **influenza** (que actualmente incluye el serotipo A H1N1) que presenta una letalidad importante y cuenta con un mayor impacto social y económico. Desde el año 2009, la vigilancia epidemiológica de influenza en México se ha mantenido ininterrumpida. Durante el 2013 se realizó el reforzamiento del SISVEFLU y gracias a ello, la respuesta de las USMI activas en el país es cada vez más eficiente y con ello se tiene información confiable y oportuna, que permite visualizar el panorama de este padecimiento y su comportamiento en la población mexicana.

En el año 2012, se registraron 43,129 casos de enfermedad tipo influenza/infección respiratoria aguda grave (ETI/IRAG) de los cuales se confirmaron 25,117 casos de influenza con 352 defunciones (Tabla 6). Durante todo el 2012 se realizó la notificación al SISVEFLU de casos sospechosos y/o confirmados de influenza y el registro de las defunciones sospechosas y/o confirmadas de este padecimiento.

Tabla 6. Situación epidemiológica de la influenza. México, 2012

Enfermedad	2009	2010	2011	2012
Casos de influenza	241,845	41,044	962	25,117
Defunciones por influenza	1,744	410	135	352
Casos de influenza A H1N1	70,240	2,698	372	4,507
Defunciones por influenza AH1N1	1,479	264	47	266

Fuente: SINAVE/DGE/SISVEFLU/Periodo 2011-2013
INEGI/SINAVE/DGE/SEED/2009-2010

Mortalidad por neumonías e influenza

Según los datos epidemiológicos de mortalidad proporcionados por la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en el año 2012 se reportó un total de 602,354 defunciones. De este total de muertes 15,382 fueron provocadas por neumonías y bronconeumonías con una tasa de mortalidad de 13,14 por 100 mil habitantes. Las defunciones por este grupo de enfermedades se presentan con mayor frecuencia en los extremos de la vida en menores de cinco años y en mayores de 65 años.

De la cifra anterior de defunciones en el año, la influenza fue causa de 352 defunciones que representa una tasa de mortalidad de 0.30 por cien mil habitantes, la carga de la enfermedad fue del 0.05% del total para el año 2012. (Tabla 7)

Resaltando que estas defunciones se presentaron en pacientes que presentaban una o varias comorbilidades crónicas y/o no se vacunaron frente a la influenza.

Tabla 7. Características de la situación epidemiológica de influenza y neumonías. México, 2012

Enfermedad	Número de defunciones	Tasa de Mortalidad por 100 mil habitantes+	Tasa de Letalidad*	Carga de la Enfermedad (%)
Influenza	352	0.30	14.01	0.05
Neumonías y Bronconeumonías	15,382	13.14	104.76	2.55

Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

Fuente: SINAVE/DGE/Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Influenza. 2010-2012.

+ Calculada con la proyección de población 2012 (117, 053,750) a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2010-2050, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

*La tasa de letalidad se calculó por 1000 habitantes para Influenza.

III.3 Avances 2000-2012

Se han implementado estrategias para el control y prevención de las enfermedades respiratorias en el país, una estrategia fue realizada por el grupo de trabajo Acción Integral por la Respiración (AIRE), liderado por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas, con participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y la Secretaría de Salud a nivel federal mediante el Programa Nacional para la Prevención y el Control de la Tuberculosis.

La estrategia tuvo como principal línea de acción la creación del proyecto AIRE (Acción Integral por la Respiración), basado en la atención primaria, integral y de expansión progresiva de los pacientes con síntomas respiratorios, tomando como modelo el programa PAL (del inglés Practical Approach to Lung Health) de la OMS.

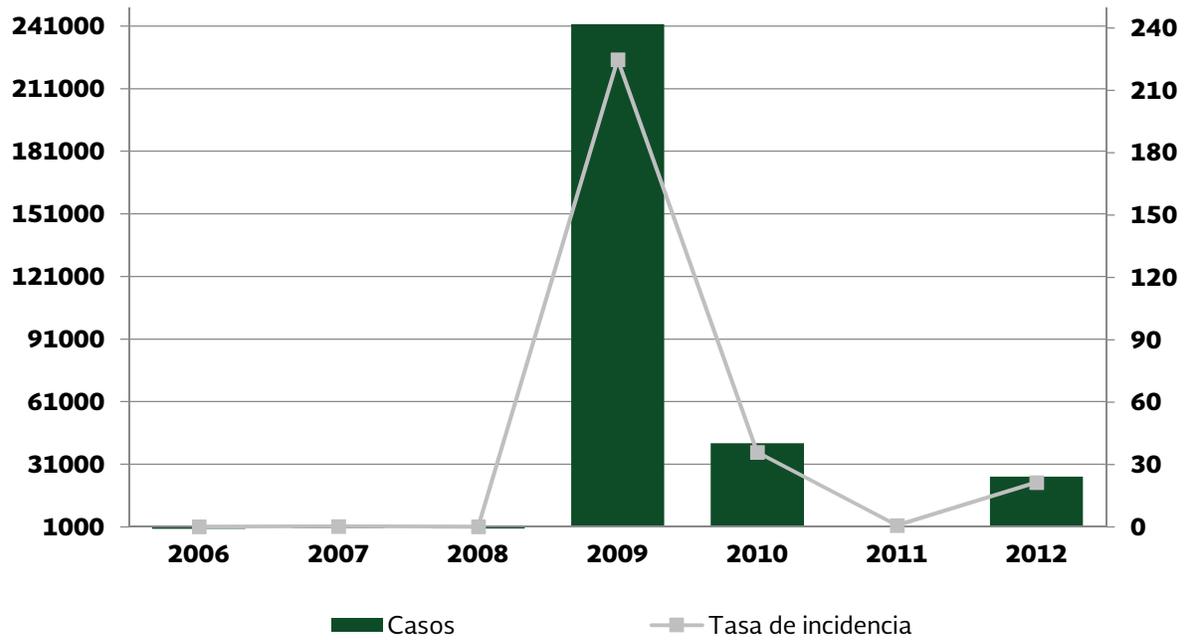
Sin embargo los resultados de impacto de dicho proyecto, se encuentran pendientes, debido a la falta de seguimiento.

Enfermedades respiratorias transmisibles

Los datos obtenidos en los anuarios de morbilidad reportan que el mayor número de casos se presentó en la etapa pandémica del año 2009, con 241,845 casos con una tasa de incidencia de 224.86 por 100 mil habitantes, el mínimo de casos se presentó en 2006 con 97 casos con una tasa de incidencia de 0.09 por 100 mil habitantes y para el año 2012 en el país se confirmaron 25,117 casos de influenza que representa una tasa de incidencia de 21.45 por 100 mil habitantes. (Gráfica 8)

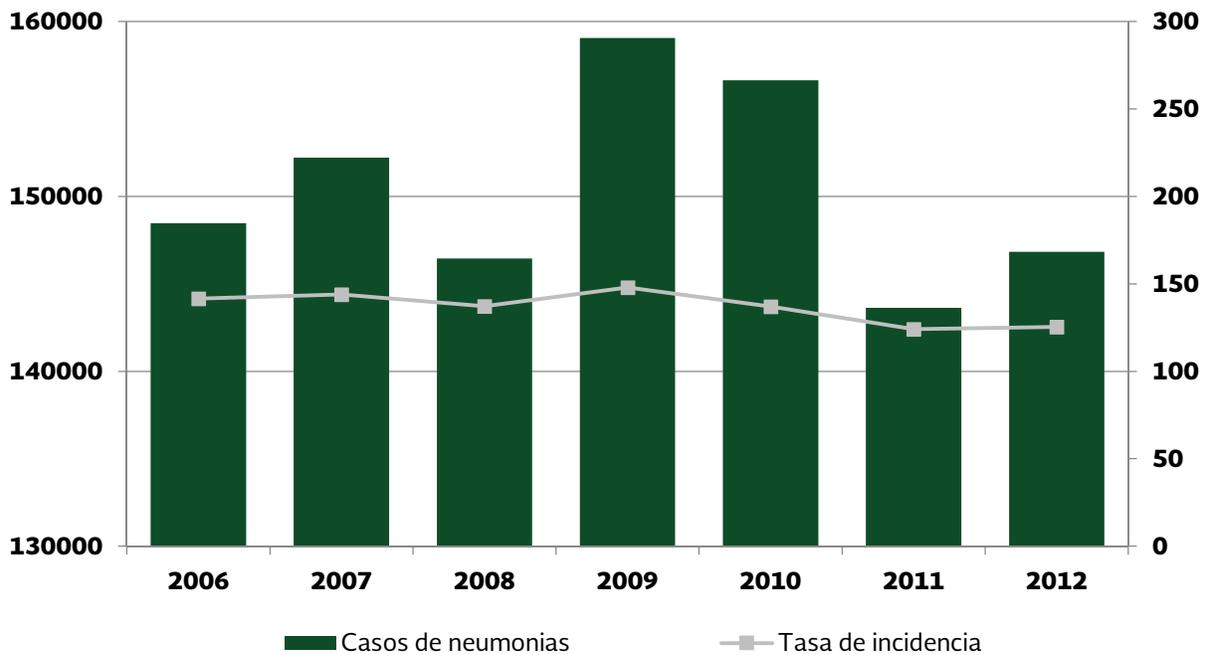
Las neumonías y bronconeumonías han presentado una tendencia a la baja en los seis años de estudio, observando los datos registrados en el año 2009, se tuvieron las cifras más altas de la enfermedad ya que se diagnosticaron 159,049 casos (tasa de incidencia de 147.88/100 mil habitantes) y la cifra más baja la encontramos en el año 2011 con 143,632 casos (tasa de incidencia de 125.60/100 mil habitantes). Para el año 2012 se presenta un aumento discreto del número de casos de la enfermedad con 146,824 casos confirmados (tasa de incidencia de 125.43/100 mil habitantes). (Gráfica 9)

Gráfica 8. Tasa de incidencia de influenza. México, 2010-2012



Fuente: SSA. DGE. Anuarios de morbilidad, 1990-2012

Gráfica 9. Tasa de incidencia de neumonías y bronconeumonías. México, 2006-2012



Fuente: SSA. DGE Anuarios de morbilidad, 1990-2012.

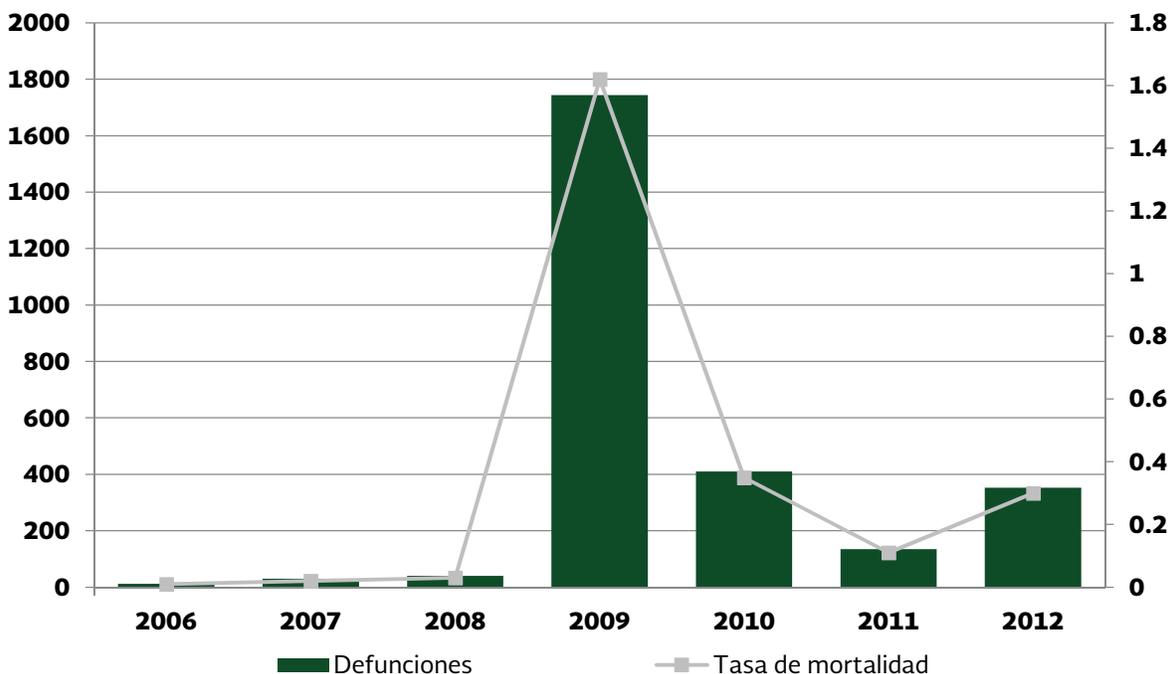


Mortalidad 2006-2012

Un total de 2,723 defunciones por influenza se presentaron en el periodo 2006-2012 (Gráfica 10). El mayor número de defunciones también se presentaron durante el año de la pandemia 2009. En este año se presentaron 1,744 defunciones (tasa de mortalidad de 1.62/100 mil habitantes), en sentido opuesto en el año 2006 se tienen únicamente 12 defunciones registradas por esta causa (tasa de mortalidad de 0.01/100 mil habitantes.) y para el año 2012 se registraron 352 defunciones por influenza (tasa de mortalidad de 0.3/100 mil habitantes.). La mortalidad ha tenido un mayor predominio en el sexo masculino (Gráfica 11) y cabe resaltar que el Distrito Federal, México e Hidalgo son las entidades federativas que presentaron el mayor número de casos de influenza durante el periodo 2006-2012 (Gráfica 12). Es también de importancia hacer mención que las defunciones aumentaron a mayor edad de las personas que enfermaron y que los grupos de riesgo, diabetes y obesidad presentaron el mayor número de muertes.

En México, en los últimos seis años el grupo de IRA (IRA, neumonías y bronconeumonías, faringitis y amigdalitis) fue causa de 108830 defunciones. Las neumonías y las bronconeumonías ocasionaron el mayor número de defunciones, el 92% (100216 defunciones). En el año 2012 se registraron 13390 defunciones por esta causa (tasa de mortalidad de 13.14/100 mil habitantes.) siendo el año que registro un mayor número de defunciones. Por otro lado en el año 2007 se registró el menor número de defunciones del periodo 2006-2012 con 12897 (tasa de mortalidad de 12.19/100 mil habitantes). Los grupos de edad más afectados son mayores de 60 – 64 años en adelante. (Gráficas 13,14 y 15)

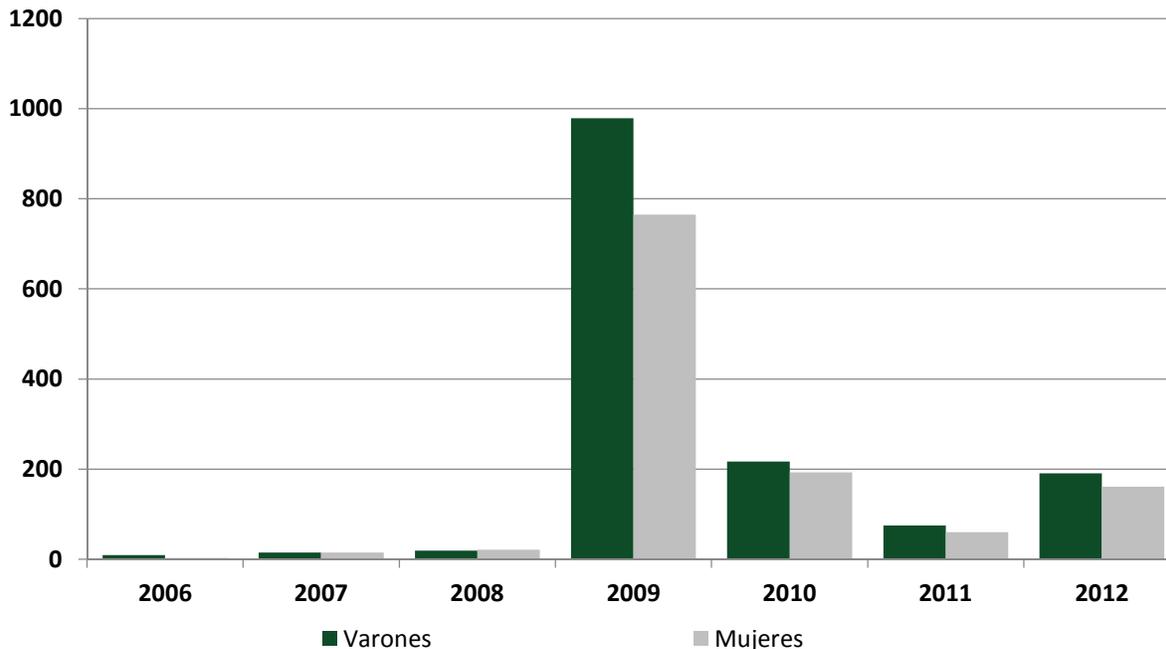
Gráfica 10. Tasa de mortalidad de influenza. México, 2006-2012



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

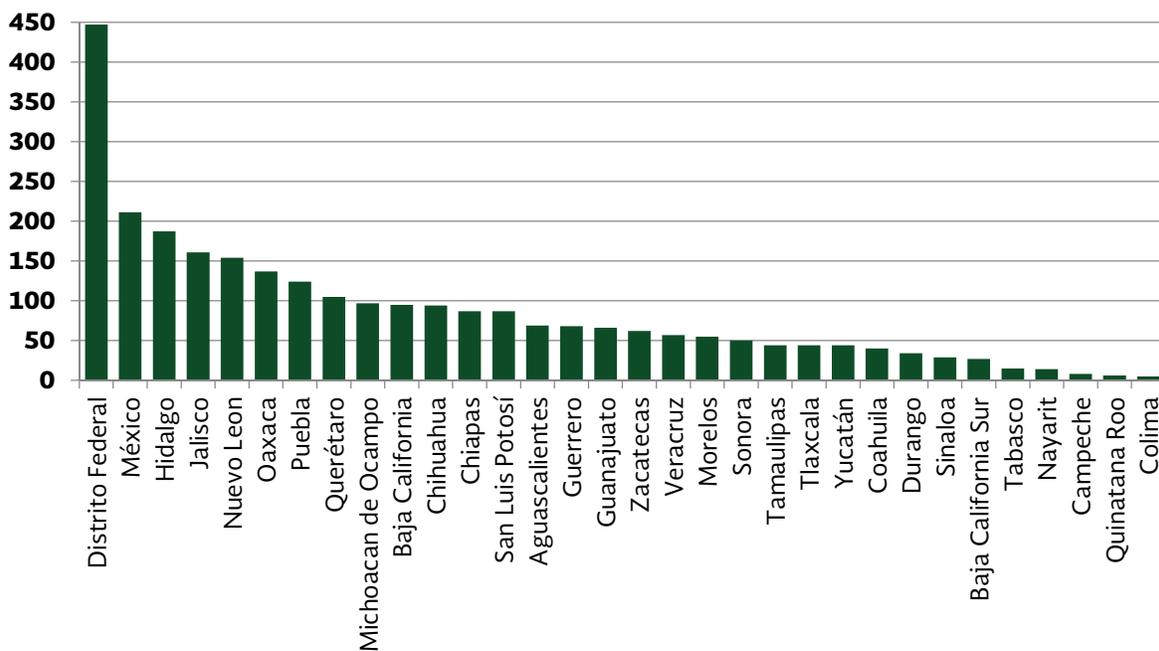
Gráfica 11. Defunciones causadas por influenza, según sexo. México, 2006-2012



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

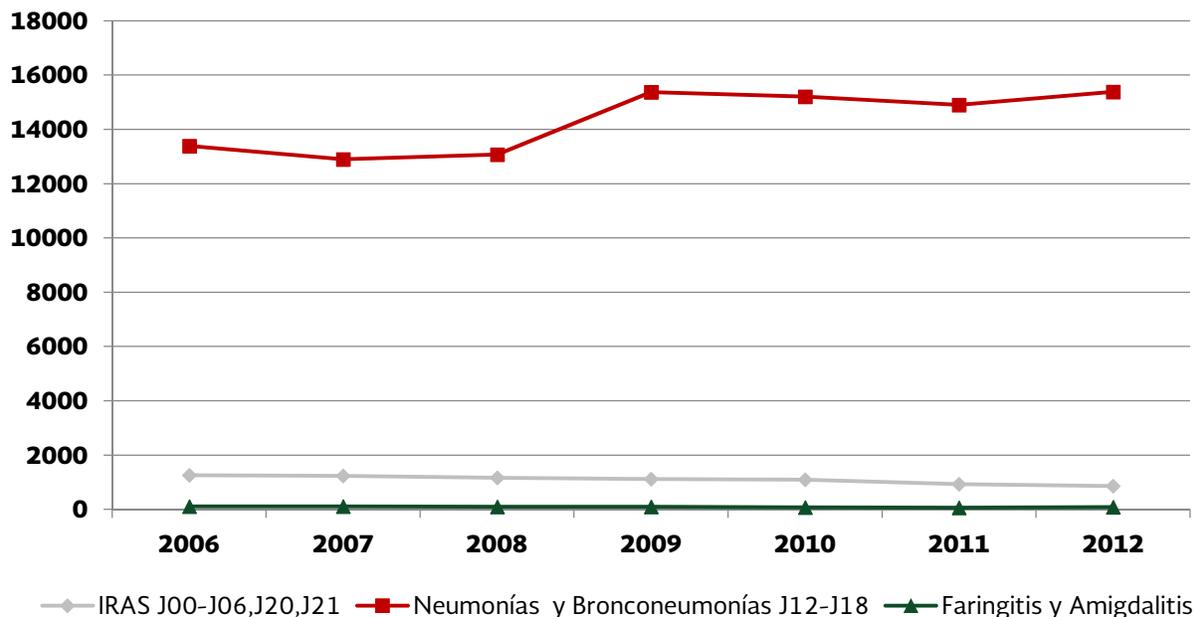
Gráfica 12. Defunciones por influenza, según entidad federativa. México, 2006-2012



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

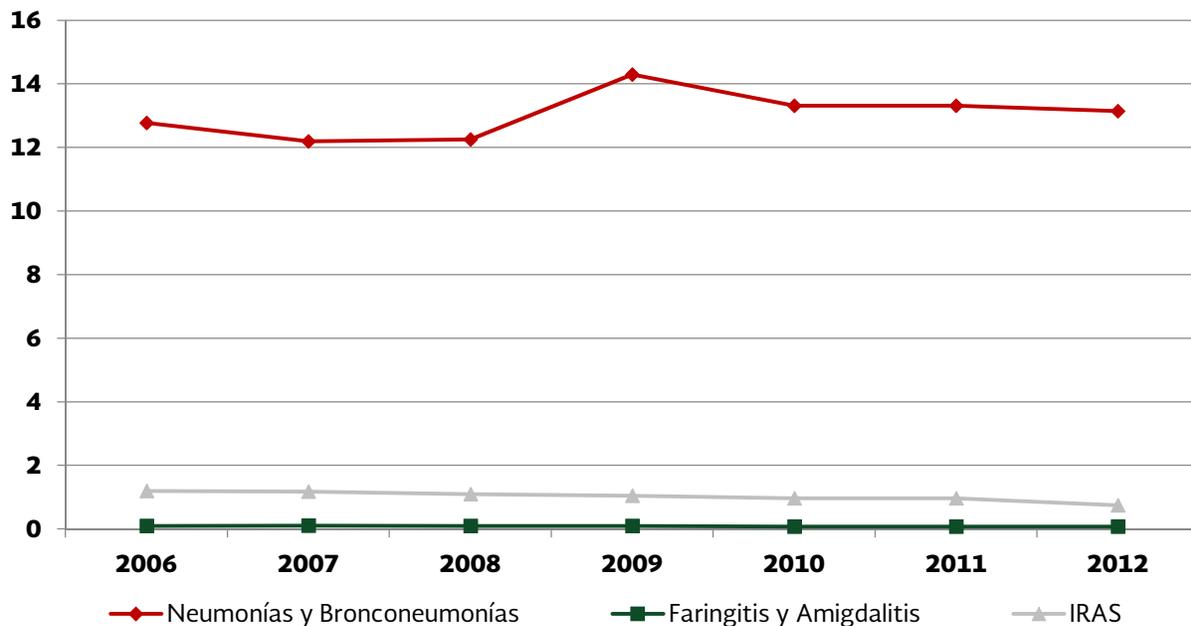
Gráfica 13. Total de defunciones por IRA. México, 2006-2012



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

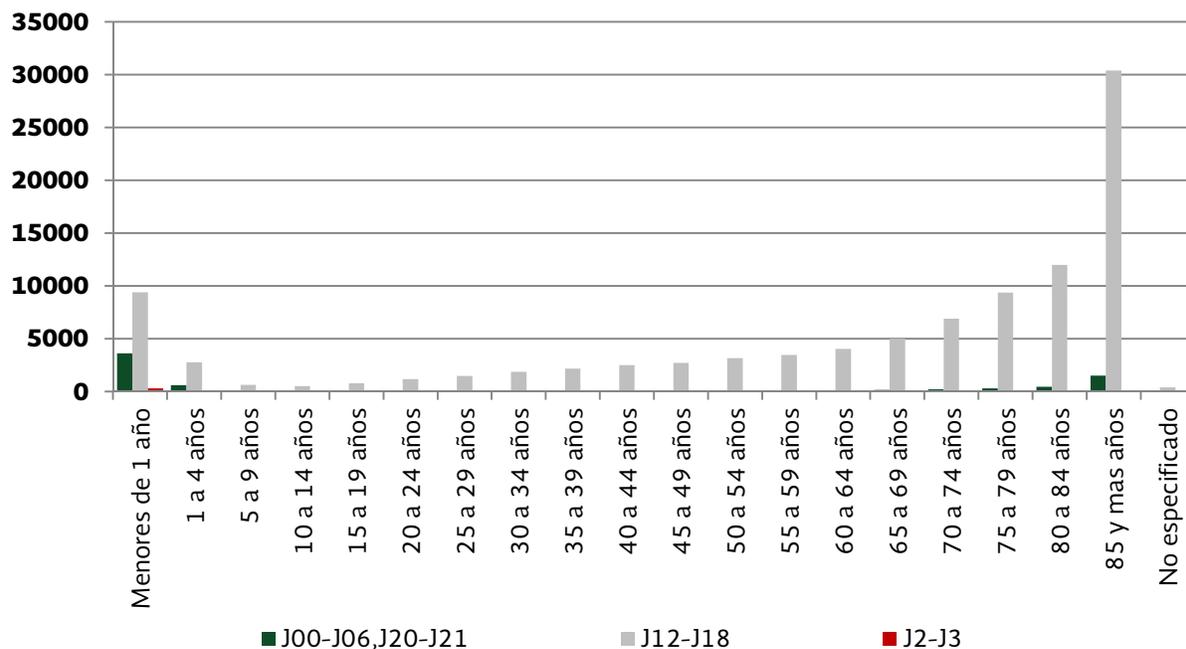
Gráfica 14. Tasa de mortalidad por IRA. México, 2006-2012*



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

Gráfica 15. Mortalidad por IRA, según grupo de edad (IRA, neumonías, bronconeumonías, faringitis y amigdalitis). México, 2006-2012



Fuente: SSA/DGIS: CUBOS de Información Dinámica 1990-2012.

*Se calculó con la proyección de población a mitad del año del Consejo Nacional de Población 2005-2030 y 2010-2050.

Problemática

Actualmente las estrategias vigentes para la prevención y control de las ER e influenza presentan diferentes áreas de oportunidad:

- No se cuenta con un programa a nivel nacional que cubra las necesidades en materia de prevención y control para las ER e influenza.
- Falta de un documento legal con efectos en todo el territorio nacional que tenga las directrices para la prevención y control de las ER e influenza.
- Ausencia de colaboración, cooperación y coordinación eficiente entre las diferentes instituciones de salud que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Falta de recursos humanos y de capacitación de los recursos humanos existentes.
- Falta de recursos financieros suficientes para implementar estrategias enfocadas a la prevención y control de las ER e influenza.
- Falta de conocimiento sobre la existencia y suficiencia del material e insumos necesarios para brindar un servicio eficiente a la población.
- No existe una plataforma de información integral de ER que permita medir el impacto que tienen las estrategias vigentes para el manejo y control de ER.
- Falta de proyectos de investigación enfocados en estrategias para mejorar la prevención y control de las ER e influenza.

III.4 Retos 2013-2018

Los retos de este Programa tienen como objetivo implementar las estrategias necesarias para transitar de un esquema fundamentalmente reactivo, a uno de carácter preventivo en el tema de la prevención y control de las ER e influenza.

- La elaboración de las directrices para la prevención y control de las ER e influenza.
- La integración de un programa a nivel nacional para la prevención y control de las ER e influenza. El cual debe ser instrumentado en coordinación con las diferentes instituciones de salud del país, así como las diferentes dependencias que actualmente tienen participación en el manejo y control de estas enfermedades.
- Contar con recursos financieros, materiales y humanos suficientes en calidad y cantidad para la implementación del Programa.
- Diseñar programas de capacitación suficientes en cantidad y calidad al personal de salud involucrado en el Programa.
- Diseño y difusión de medidas de prevención a la población.
- Contar con un sistema de información de las ER, para identificar de manera más precisa las necesidades de salud que producen las ER e influenza a la población.
- Establecer indicadores para la evaluación del impacto de la implementación y seguimiento del Programa.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El presente PAE se vincula con la meta nacional de “México Incluyente” establecida en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, y colabora con acciones de prevención y control de enfermedades en la población mexicana ante situaciones de vulnerabilidad, además establece de manera concreta los ejes, objetivos, estrategias y líneas de acción en la búsqueda del logro de las metas que transformen a nuestro país.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.	2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.	1. Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza. 2. Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las ER e Influenza. 3. Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las ER e Influenza para su monitoreo y evaluación.
	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.2. Hacer las acciones de protección promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y plantea alcanzar seis objetivos, donde los dos primeros deben ser los pilares para alcanzar un mejor estado de salud entre la población y consecuentemente una mejor calidad de vida:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivo del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de Acción del PROSESA	Objetivos del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el personal, familiar y comunitario.	1.1.2. Generar estrategia de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. 1.1.7. Fortalecer la promoción de la salud ocupacional.	1. Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e influenza. 2. Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las ER e influenza. 3. Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las ER e influenza para su monitoreo y evaluación.
		1.3.1. Realizar campañas de vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades transmisibles en toda la población.	
		1.3.2. Promover la participación comunitaria, municipal intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles.	
	1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancias epidemiológicas o emergentes y reemergentes.	1.3.3. Mejorar los sistemas de alerta temprana mediante la vigilancia ambiental y epidemiológica de las enfermedades transmisibles	
		1.3.5. Promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.	
		1.3.6. Promover la participación federal, estatal, y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.	

Objetivos	Estrategia	Líneas de Acción	Objetivos del Programa
2. Asegurar el acceso a los servicios efectivos de salud con calidad.	2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral.	2.1.1. Promover un modelo de atención integral a la salud común para todo el Sistema Nacional de Salud.	1. Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e influenza. 2. Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las ER e influenza. 3. Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las ER e influenza para su monitoreo y evaluación.
		2.1.5. Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población.	
	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	2.2.3. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.	
	2.6. Garantizar el acceso a medicamentos e insumos para la salud de calidad.	2.6.4. Fomentar el uso racional de la prescripción de medicamentos.	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.
2. Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.
3. Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias e influenza para su monitoreo y evaluación.

Objetivo 1. Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.

Estrategia 1.1. Implementar el Programa mediante la coordinación interinstitucional, de servicios específicos de salud y otras agencias externas involucradas.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Instrumentar la fase de pilotaje y de expansión a nivel nacional del Programa.
- 1.1.2. Establecer acuerdos interinstitucionales durante el proceso de implementación del Programa.

Estrategia 1.2. Identificar los recursos humanos, materiales y financieros que disponen los servicios de salud para la atención de pacientes con ER e influenza.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Realizar un diagnóstico situacional sobre las ER e influenza en los Servicios de Salud, que incluya: recursos humanos, financieros y materiales para el abordaje y atención de la ER e influenza.

- 1.2.2. Gestionar la adquisición de fármacos, equipos e instrumental médico para el tratamiento de la ER incluidos en el cuadro básico del catálogo de medicamentos, de equipo e instrumental médico y catálogo PRORESPO.

Estrategia 1.3. Actualizar y desarrollar las directrices que establezcan las recomendaciones para la prevención y control de las ER e influenza.

Líneas de acción:

- 1.3.1. Coordinar el grupo de trabajo para la actualización y/o elaboración de las directrices en el tema de las ER e influenza, incluyendo a expertos y la sociedad en general.
- 1.3.2. Estandarizar los criterios para los procedimientos diagnósticos y de tratamiento de ER e influenza, así como la solicitud de pruebas complementarias y prescripción de fármacos.
- 1.3.3. Estandarizar los criterios de atención para las ER e influenza en el primer nivel de atención a la salud.
- 1.3.4. Colaborar en el diseño y/o actualización de guías de práctica clínica en materia de prevención y control de las ER e influenza de prioridad en primer nivel de atención.

Objetivo 2. Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.

Estrategia 2.1. Capacitar y elaborar materiales de promoción y educación para la prevención y control de ER e influenza, acorde al entorno cultural y educativo.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Elaborar materiales de impacto y fácil comprensión en la población sobre la prevención y control de las ER e influenza.

- 2.1.2. Diseñar campañas de promoción de estilos de vida saludables para persuadir a la población enferma o con factores de riesgo.
- 2.1.3. Coordinar de manera conjunta con la DGPS las campañas de promoción y prevención de ER y reforzarlas durante las estaciones de otoño e invierno.
- 2.1.4. Capacitar al personal de salud en el tema de prevención y control de las ER e influenza.

Objetivo 3. Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias e influenza para su monitoreo y evaluación.

Estrategia 3.1. Integrar el grupo de trabajo para diseñar un sistema de vigilancia epidemiología de ER e influenza, que oriente la toma de decisiones.

Línea de acción:

- 3.1.1. Fortalecer y elaborar junto con la DGE y otras instituciones de salud involucradas el sistema integral de información para las ER e influenza.

V.2 Estrategias Transversales

El PAE de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza incorpora una perspectiva de género como principio esencial, ya que contempla la necesidad de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y los hombres, para evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación.

El Programa orienta actividades específicas para la intervención en la población, tanto para mujeres como para hombres con sintomatología respiratoria que pueda ser aguda o crónica, así mismo; pretende involucrar acciones para la prevención de la enfermedad, el diagnóstico precoz, la adherencia terapéutica y la disminución de secuelas, orientadas a todas las personas afectadas y a la revisión de contactos sin importar el género. La calidad de vida se ve afectada en la población que padece alguna ER sin embargo, los grupos de riesgo donde se incluyen hombres y mujeres es donde se deberá priorizar la atención de calidad.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Con base en los objetivos descritos, a continuación se presentan los indicadores que permitirán evaluar su cumplimiento y los alcances con los esfuerzos de todas las instituciones implicadas.

Elemento	Características				
Indicador 1	Número de entidades federativas con PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza implementado.				
Objetivo del PAE	Instrumentar el PAE para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Descripción general	Se refiere a la implementación del PAE de manera gradual en todo el país.				
Observaciones	Producto: Programa con implementación concluida. Unidad de medida: Número de entidades federativas.				
Periodicidad	Anual, a partir del año 2016.				
Fuente	Programa de Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Referencias adicionales	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	-	6	12	32
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			32 entidades federativas		

Elemento	Características				
Indicador 2	Porcentaje de materiales diseñados para las campañas de promoción para la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.				
Objetivo del PAE	Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las ER e influenza.				
Descripción general	Determina el porcentaje de materiales diseñados para la prevención y control de las ER e influenza, dirigidos al personal de salud y a la población.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de materiales de promoción realizados / Denominador: Total de materiales de promoción programados por 100. Unidad de medida: Materiales de promoción. Indicador Secretaría de Salud.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Fuente numerador: Registros del Programa Estatal de ER e Influenza. Fuente denominador: Programación del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	50% (4)	50% (4)	100% (8)	100% (8)
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			100% (8 materiales de promoción)		

Elemento	Características				
Indicador 3	Porcentaje de entidades federativas que cuentan con un coordinador estatal del PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza				
Objetivo del PAE	Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.				
Descripción general	Determina el porcentaje de entidades federativas que cuentan con un coordinador del PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Observaciones	<p>Método de cálculo Numerador: Número de entidades federativas que cuentan con coordinador del PAE-ERI/Denominador: Número de entidades federativas programadas para contar con un coordinador del PAE-ERI por 100.</p> <p>Unidad de medida: Porcentaje.</p> <p>Indicador: Secretaría de Salud.</p>				
Periodicidad	Hasta 2018.				
Fuente	Fuente numerador: Registros del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias Fuente denominador: Programación del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	-	19% (6)	56% (18)	100% (32)
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			100% (32 coordinadores estatales)		

Elemento	Características				
Indicador 4	Cobertura de capacitación para el PAE de Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Objetivo del PAE	Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Descripción general	Determina el porcentaje de eventos de capacitación realizados dirigidos al personal de salud vinculado con la prevención y control de Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Observaciones	<p>Método de cálculo: Numerador: Número de eventos de capacitación realizados/Denominador: Total de eventos de capacitación programados por 100.</p> <p>Unidad de medida: Porcentaje.</p> <p>Indicador Secretaría de Salud.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	<p>Fuente numerador: Registros del Programa Estatal de Enfermedades Respiratorias e Influenza e Influenza.</p> <p>Fuente denominador: Programación del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias e Influenza e Influenza.</p>				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	50% (1)	50% (1)	100% (2)	100% (2)
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			100% (6 eventos)		

Elemento	Características				
Indicador 5	Integración del sistema de vigilancia epidemiológica para las Enfermedades Respiratorias e Influenza.				
Objetivo del PAE	Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Respiratorias e Influenza para su monitoreo y evaluación.				
Descripción general	Determina el porcentaje de integración de los cuatro componentes del sistema de vigilancia epidemiológica para las Enfermedades Respiratorias e influenza (influenza, neumonías, asma y EPOC).				
Observaciones	<p>Numerador: Número de componentes del sistema de vigilancia epidemiológica para las Enfermedades Respiratorias e influenza construidos / Denominador: Total de componentes del sistema de vigilancia epidemiológica para las Enfermedades Respiratorias programados por 100.</p> <p>Nota: La meta se refiere a un componente de vigilancia epidemiológica por año de las siguientes enfermedades: asma, EPOC, neumonía e influenza.</p> <p>Indicador Secretaría de Salud.</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	<p>Fuente numerador: Registros de información de la Dirección General de Epidemiología.</p> <p>Fuente denominador: Programación del Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias e Influenza.</p>				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	-	1 (25%)	1(25%)	1(25%)	1(25%)
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			4 componentes (100%)		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Para poder llegar a las metas establecidas en el PAE, se requiere unir esfuerzos por parte de las instituciones que conforman el sector salud, en el caso de las enfermedades respiratorias es necesario que todo el sector implemente acciones, ya que por los daños que ocasionan estas ER, las podemos considerar como problema de salud pública y es posible evitar discapacidades o muertes prematuras si se realizan acciones preventivas, un diagnóstico oportuno, principalmente en la población de riesgo.

Como hemos podido ver en el documento, las ER representan un problema en todas las instituciones del sector salud. Por lo que es responsabilidad de los servicios de salud implementar estrategias de prevención y control para este grupo de enfermedades.

En la siguiente matriz de corresponsabilidad, podremos observar con mayor claridad la participación de los diferentes actores del sector salud implicados en el logro de los objetivos planteados.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.								
Indicador 1		Número de entidades federativas con PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza implementado.				Meta 1		32 entidades federativas.		
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Instrumentar la fase de pilotaje y de expansión a nivel nacional del Programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.2.	Establecer acuerdos interinstitucionales durante el proceso de implementación del PAE.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.1.	Realizar un diagnóstico situacional sobre las ER e influenza en los Servicios de Salud, que incluya: recursos humanos, financieros y materiales para el abordaje y atención de la ER e influenza.	✓								
1.2.2.	Gestionar la adquisición de fármacos, equipos e instrumental médico para el tratamiento de la ER incluidos en el cuadro básico del catálogo de medicamentos, de equipo e instrumental médico y catalogo PRORESPO.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.3.1.	Coordinar el grupo de trabajo para la actualización y/o elaboración de las directrices en el tema de las ER e influenza, incluyendo a expertos y la sociedad en general.	✓								
1.3.2.	Estandarizar los criterios para los procedimientos diagnósticos y de tratamiento de ER e influenza, así como la solicitud de pruebas complementarias y prescripción de fármacos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.3.3.	Estandarizar los criterios de atención para las ER e influenza en el primer nivel de atención a la salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.3.4.	Colaborar en el diseño y/o actualización de guías de práctica clínica en materia de prevención y control de las ER e influenza de prioridad en primer nivel de atención.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INFLUENZA

Objetivo 2		Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.								
Indicador 2	Porcentaje de materiales diseñados para las campañas de promoción para la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.	Meta 2	100% (8 materiales de promoción)							
Indicador 3	Porcentaje de entidades federativas que cuentan con un coordinador estatal del PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.	Meta 3	100% (32 coordinadores estatales)							
Indicador 4	Cobertura de capacitación para el PAE de ER e influenza.	Meta 4	100% (6 eventos)							
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Elaborar materiales de impacto y fácil comprensión en la población sobre la prevención y control de las ER e influenza.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.2.	Diseñar campañas de promoción de estilos de vida saludables para persuadir a la población enferma o con factores de riesgo.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.3.	Coordinar de manera conjunta con la DGPS las campañas de promoción y prevención de ER y reforzarlas durante las estaciones de otoño e invierno.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.1.4.	Capacitar al personal de salud en el tema de prevención y control de las ER e influenza.	✓								

Objetivo 3		Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las enfermedades respiratorias e influenza para su monitoreo y evaluación.								
Indicador 5		Integración del sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades respiratorias e influenza.			Meta 5		4 componentes (100%).			
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Fortalecer y elaborar junto con la DGE y otras instituciones de salud involucradas el sistema integral de información para las ER e influenza.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENAPRECE: www.cenaprece.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud, 2014, citado 10 julio 2014. Enfermedades Respiratorias Crónicas Disponible en: http://www.who.int/respiratory/about_topic/es/
2. Secretaría de Salud. Manual de enfermedades respiratorias agudas 2012 Prevención, Diagnóstico y Tratamiento. México, Secretaria de salud. 2012.
3. Tapia Conyer R, Sarti E, Kuri P, Ruiz-Matus C, Velázquez O, et al. Infecciones Respiratorias Agudas. En: Roberto Tapia Conyer, editor. El Manual de Salud Pública. México: Intersistemas, 2006. pp 299-322.
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 5 de Febrero de 1917.
5. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 7 de Febrero de 1984.
6. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales. México, Secretaria de Salud 2009.
7. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012 para la Prevención y control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (Sueros) e inmunoglobulinas en el humano, México, Secretaría de Salud. 2012.
8. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. para la Vigilancia Epidemiológica, México, Secretaría de Salud. 2013.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, México. Secretaría de Salud. 2012.
10. Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación. Diario Oficial de la Federación, 11 de Junio de 2003.
11. Secretaría de Salud. Programa Operativo Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza A H1N1, México. Secretaria de Salud. 2009.
12. Secretaría de Salud. Influenza documento técnico. México. Secretaria de Salud. 2014.
13. Secretaría de Salud, México, D.F; Dirección General de Epidemiología. Lineamientos para la Vigilancia epidemiológica de Influenza. México. Secretaria de Salud. 2014.
14. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Influenza. México. Secretaría de Salud, 2012.
15. Secretaría de Salud, Manejo del Paciente en Estado Crítico, México Secretaria de Salud; 2009.
16. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra, OMS, 2008.
17. Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades, Atlanta: Centro Nacional de Salud Ambiental (actualizado el 15 de Octubre de 2012, acceso el 25 de Agosto de 2014). Asma. (aproximadamente una pantalla). Disponible en: <http://www.cdc.gov/asthma/es/faqs.htm>
18. Global Initiative for Asthma. Pocket Guide for Asthma Management and Prevention: A Pocket Guide for Physicians and Nurses. USA: The Initiative. 2014.
19. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, Sociedad Española de Neumología Pediátrica, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Otorrinolaringología, Sociedad de Respiratorio de Atención Primaria, Sociedad Española de Inmunología y Alergia Pediátrica, Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Guía Española Para el Manejo del Asma. Madrid: Luzán 5 S.A. de Ediciones, 2011. 68 p.

20. Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The Lancet* 2012, April 379: 1341–51.
21. INER: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México: Clínica de EPOC; 2012 (actualizada el 21 de Enero de 2013, acceso el 25 de Agosto de 2014). EPOC. (una pantalla). Disponible en: http://www.iner.salud.gob.mx/contenidos/clinica_epoc.html
22. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstruccion Crónica. México, IMSS, 2008. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-037-08.
23. Flores Hernández S, Trejo y Pérez JA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Guiscafré Gallardo H, Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Red Med IMSS* 2003, 41(Supl) S3-S14.
24. Secretaría de Salud. Panorama epidemiológico de la pandemia de Influenza AH1N1 en México. México Secretaría de Salud. 2011.
25. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño. México, Secretaría de Salud. 2000.
26. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. Washington OPS/OMS; 2011. Publicación científica y técnica: 635.
27. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Manejo de la Infección Aguda de Vías Aéreas Superiores en pacientes mayores de 3 meses hasta 18 años de edad. México. Secretaría de Salud. 2009.
28. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Información Epidemiológica de Morbilidad: Anuario ejecutivo 2012. México, Secretaría de Salud. 2012.
29. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Influenza Estacional, México, Secretaría de Salud. 2010.
30. Ontario Agency for Health Protection and Promotion, Provincial Infectious Diseases Advisory Committee. Annex B – Best Practices for Prevention of Transmission of Acute Respiratory Infection. Annexed to: Routine Practices and Additional Precautions in All Health Care Settings. Toronto, ON: Queen’s Printer for Ontario; 2013.
31. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Washington, D.C. OPS; 2008.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAVE	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPS	Dirección General de Promoción a la salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
ECNT	Enfermedad Crónica No Transmisible
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ER	Enfermedades Respiratorias
ERA	Enfermedades Respiratorias Agudas
ERC	Enfermedad Respiratoria Crónica
ERNT	Enfermedades Respiratorias No Transmisibles
ERT	Enfermedades Respiratorias Transmisibles
ETI	Enfermedad Tipo Influenza
FluNet	Red Mundial de Vigilancia de virus de la Influenza de la OMS
GISRS	Vigilancia de Influenza Global y Sistema de Respuesta
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización De Las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PASH	Portal Aplicativo de la Secretaría de Hacienda
PAT	Programa Anual de Trabajo
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEED	Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones
SEMAR	Secretaría de Marina
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SISVEFLU	Sistema de Vigilancia Epidemiológica para Influenza
SSA	Secretaría de Salud
USMI	Unidades de Salud Monitoras de Influenza
UVEH	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agente infeccioso. Al microorganismo virus, bacteria, hongo o parásito capaz de producir una infección o enfermedad infecciosa.

Caso. Al individuo de una población en particular que en un tiempo definido es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

Educación para la salud. Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

Empoderamiento para la salud. Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Enfermedad respiratoria crónica. Son afectaciones crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. El asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar son algunas de las más frecuentes.

Grupo de edad. Al conjunto de individuos que se caracterizan por pertenecer al mismo rango de edad. Dichos rangos se establecen por diversos estándares estadísticos y su clasificación permite señalar características especiales para el mismo. También se le llama grupo etario.

Grupos de riesgo. Los grupos más vulnerables a la influenza AH1N1 son niños de 6 meses a 5 años de edad, personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, personal de salud, personas de cualquier edad con enfermedades crónicas o que curse con un estado de inmunosupresión.

Inmunización. A la acción de conferir inmunidad mediante administración de antígenos (inmunización activa) o mediante la administración de anticuerpos específicos (inmunización pasiva).

Morbilidad. Es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Mortalidad. Al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.

Promoción de la salud. El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Salud pública. La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Vacuna. Al preparado de antígenos microbianos, a menudo combinados con adyuvantes, que se administra a las personas para inducir una inmunidad protectora frente a las infecciones microbianas.

Vacunación. A la aplicación de un producto inmunizante a un organismo con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada, esta acción no necesariamente produce inmunización, ya que la respuesta inmune varía de un individuo a otro.

ANEXOS

Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1		Instrumentar el Programa de Acción Específico para la Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.							
Indicador 1		Número de entidades federativas con Programa de Enfermedades Respiratorias e Influenza implementado.	Meta 1	32 entidades federativas.					
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.1.	Instrumentar la fase de pilotaje y de expansión a nivel nacional del Programa.	✓	✓			✓			
1.1.2.	Establecer acuerdos interinstitucionales durante el proceso de implementación del PAE.	✓	✓			✓			
1.2.1.	Realizar un diagnóstico situacional sobre las ER e influenza en los Servicios de Salud, que incluya: recursos humanos, financieros y materiales para el abordaje y atención de la ER e influenza.	✓							
1.2.2.	Gestionar la adquisición de fármacos, equipos e instrumental médico para el tratamiento de la ER incluidos en el cuadro básico del catálogo de medicamentos, de equipo e instrumental médico y catálogo PRORESPO.	✓	✓			✓	✓		
1.3.1.	Coordinar el grupo de trabajo para la actualización y/o elaboración de las directrices en el tema de las ER e influenza, incluyendo a expertos y la sociedad en general.	✓							
1.3.2.	Estandarizar los criterios para los procedimientos diagnósticos y de tratamiento de ER e influenza, así como la solicitud de pruebas complementarias y prescripción de fármacos.	✓	✓			✓	✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INFLUENZA

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.3.3.	Estandarizar los criterios de atención para las ER e influenza en el primer nivel de atención a la salud.	✓	✓			✓	✓		
1.3.4.	Colaborar en el diseño y/o actualización de guías de práctica clínica en materia de prevención y control de las ER e influenza de prioridad en primer nivel de atención.	✓	✓						

Objetivo 2		Impulsar campañas de promoción y capacitación enfocadas a la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.							
Indicador 2	Porcentaje de materiales diseñados para las campañas de promoción para la prevención y control de las enfermedades respiratorias e influenza.	Meta 2	100% (8 materiales de promoción).						
Indicador 3	Porcentaje de entidades federativas que cuentan con un coordinador estatal del PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.	Meta 3	100% (32 coordinadores estatales).						
Indicador 4	Cobertura de capacitación para el PAE Prevención y Control de las Enfermedades Respiratorias e Influenza.	Meta 4	100% (6 eventos)						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Elaborar materiales de impacto y fácil comprensión en la población sobre la prevención y control de las ER e influenza.	✓	✓						
2.1.2.	Diseñar campañas de promoción de estilos de vida saludables para persuadir a la población enferma o con factores de riesgo.	✓	✓			✓			
2.1.3.	Coordinar de manera conjunta con la DGPS las campañas de promoción y prevención de ER y reforzarlas durante las estaciones de otoño e invierno.	✓	✓			✓			
2.1.4.	Capacitar al personal de salud en el tema de prevención y control de las ER e influenza.	✓	✓			✓			

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INFLUENZA

Objetivo 3		Diseñar e integrar el sistema de vigilancia epidemiológica de las ER e influenza para su monitoreo y evaluación.							
Indicador 6		Integración del sistema de vigilancia epidemiológica para las enfermedades respiratorias e influenza.			Meta 6		4 componentes (100%)		
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
3.1.1.	Fortalecer y elaborar junto con la DGE y otras instituciones de salud involucradas el sistema integral de información para las ER e influenza.	✓	✓			✓	✓		



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INFLUENZA

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.