



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA 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	23
III.3 Avances 2000-2012	24
III.4 Retos 2013-2018	25
III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio	25
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	27
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	29
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	30
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	31
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	33
V.2 Estrategias Transversales.....	34
VI. INDICADORES Y METAS.....	35
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	45
VIII. TRANSPARENCIA	53
BIBLIOGRAFÍA	57
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	59
GLOSARIO DE TÉRMINOS	61
ANEXOS	63

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, el paludismo es causante de más de 600 mil defunciones a nivel mundial, por lo que detener y reducir su incidencia para el año 2015 es una de las metas más importantes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En el caso de México ha sido posible lograr de manera anticipada el cumplimiento de estas metas y es uno de los seis países de América que se encuentran ya en fase de pre eliminación de la enfermedad.

El avance en el control del paludismo y la eliminación de la transmisión en veintidós entidades federativas de nuestro país se ha logrado rompiendo paradigmas, el principal de ellos, es sin duda el que aseguraba el uso imprescindible de insecticidas a gran escala para reducir la endemia; en su lugar, se emplea desde el año 2000, la estrategia de control focalizado, basada en un esquema de estratificación que llega a la identificación de “casas palúdicas”, es decir, una micro estratificación que identifica los sitios de transmisión y los hace objeto principal del control, además de contar con un fuerte componente de participación comunitaria que hace al programa nacional único en el mundo.

No obstante, la eliminación en los focos residuales de transmisión plantea un nuevo reto debido a los factores sociales que favorecen la persistencia de casos y brotes, que aunque de pequeña magnitud, hacen más difícil el avance. De la misma manera, al haberse eliminado la transmisión autóctona del paludismo grave en México, los movimientos migratorios entre países mesoamericanos y los casos importados de *Plasmodium falciparum* principalmente de África, retan de manera cotidiana nuestro sistema de vigilancia epidemiológica, la coordinación interinstitucional y la concertación intersectorial.

México es uno de los pocos países en el mundo que han mantenido por más de cincuenta años, una red comunitaria de promotores voluntarios, lo que constituye una de sus mayores fortalezas; es por ello que las estrategias para eliminar la transmisión residual se basarán tanto en el mantenimiento de esa amplia red y en su actuación como primera línea para mantener la vigilancia epidemiológica, acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de casos, así como la eliminación de criaderos del vector mediante saneamiento del medio con participación comunitaria.

El acceso limitado que actualmente se tiene para algunas áreas endémicas por razones de seguridad hace necesaria la incorporación de nuevas herramientas como la instalación de pabellones mosquiteros, estrategia que se aplicará en los focos noroeste y sur de México.

Las modificaciones a los tratamientos profilácticos a convivientes y de cura radical para los casos, la actualización de la estratificación de riesgo e identificación de aquellas casas donde año con año se presentan casos de paludismo, permitirá un mayor control para que el país alcance la certificación de la eliminación de la transmisión.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La lucha contra el paludismo en México siguió por más de 40 años las estrategias mundiales, primero dentro de la doctrina de la erradicación mediante programas verticales, y posteriormente la descentralización de los programas a los servicios locales de salud y su migración a la teoría del control gradual. El común denominador de esas dos etapas era el postulado de que los fracasos en la erradicación y el control se debían a la insuficiencia de recursos para lograr la cobertura integral de rociado intradomiciliario, la aplicación de larvicidas en criaderos activos y potenciales del vector, el tratamiento a casos y la distribución masiva de medicamentos^{1,2}, sin embargo; a partir del año 2000, México implementa una estrategia propia demostrando que no era el incremento sostenido de recursos financieros la solución al repunte del paludismo, que lo urgente era entender las causas de la persistencia de la transmisión en algunas áreas para lo que se requería actualizar aspectos básicos de la epidemiología del paludismo. (Anexos 1 y 2)

Ese alto en el camino permitió la creación de la teoría de la “casa palúdica” mediante un estudio de micro estratificación del riesgo, el cual concluyó que algunas casas y sus moradores reunían condiciones que favorecían la anidación del paludismo y su vector.

Esa conclusión derivó en el control focalizado a esas “casas palúdicas” logrando contener la tendencia creciente del paludismo y revertirla hasta la actualidad con tres acciones básicas: el tratamiento de casos con un esquema de medicación trimestral por tres años, anticipando recaídas, el control larvario de criaderos del vector con participación comunitaria y el saneamiento básico del patio y peridomicilio en “casas palúdicas”. El uso de insecticidas no fue necesario y las acciones se tornaron más costo eficientes y costo efectivas.^{3,4,5}

Conceptualmente, México fue el primer país en el mundo contemporáneo en abandonar el uso de insecticidas y en confiar en la eliminación de criaderos a través de brigadas comunitarias y en innovadores esquemas de medicación con gran éxito; no obstante, la lección aprendida es que aún las mejores estrategias se agotan y los remanentes de transmisión deben ser nuevamente estudiados y atacados de acuerdo a lo que los modelos de enfermedad requieran;⁶ es por ello que el Programa de Acción Específico partirá de la actualización de la estratificación de riesgo para redirigir acciones.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Este Programa se rige por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de las siguientes Leyes, Normas Oficiales Mexicanas, Manuales Instructivos y Guías:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Establece en el Artículo 4 que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Leyes

- Ley General de Salud 07-02-1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2013.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-07-1976. F.E. DOF 02-02-1977 Ref. DOF Última Reforma 11-08-2014.⁸

Códigos

- Código Federal de Procedimientos Civiles; DOF 24-11-1943. Última reforma 09-04-2012.⁹
- Código Fiscal de la Federación; DOF 31-12-1981. Última reforma 14-03-2013.¹⁰

Reglamentos

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud DOF 06-01-1987.¹¹
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, Establecimientos, Productos Y Servicios. DOF 18-01-1988.¹²
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el DOF 19-01-2004.¹³

Planes y Programas

- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.¹⁴
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018.¹⁵

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.¹⁶
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.¹⁷
- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.¹⁸

Manuales

- Manual de Organización Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) 2012.¹⁹
- Manual General de Procedimientos del CENAPRECE 2012.²⁰
- Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.²¹

Guías

- Manejo de casos importados resistentes a los antipalúdicos usados en México: Secretaría de Salud 2008.²²
- Para la Promoción de la Notificación.²³
- Búsqueda activa.²⁴
- Tratamientos antipalúdicos.²⁵
- Eliminación de Criaderos de Anofelinos.²⁶
- Entomología del paludismo.²⁷
- Toma de Muestra de Sangre.²⁸



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

En el periodo del 2000 al 2012, la vigilancia epidemiológica pasó de 2 millones de muestras de sangre examinadas a 1 millón al redefinir las áreas de riesgo de acuerdo a la reducción en la transmisión.

Con ese muestreo y en el mismo periodo, el número de casos pasó de 7,250 a 795 y el paludismo por *Plasmodium falciparum* se confirmó en 131 casos durante el año 2000 y 1 en el 2009. Las localidades con casos confirmados descendieron de 2,676 a 449. (Anexo 3)

A partir del año 2000, se implementó la estrategia de control focalizado a “casas palúdicas”, misma que con excepción del año 2009 ha mantenido la tendencia descendente del paludismo en México.

III.2 Situación Actual y Problemática

Situación actual

La transmisión del paludismo se ubica en nueve entidades federativas: Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo y Tabasco en el sursureste y Chihuahua, Durango, Jalisco, Nayarit y Sinaloa en el noroeste. (Anexo 4)

Solamente el Estado de Tlaxcala ha recibido la certificación como estado libre de transmisión y cada una de las 22 entidades restantes deberá cumplir con el proceso de pre certificación y estar certificados antes del término de esta administración. (Anexos 5 y 6)

El promedio de casos confirmados por localidad es de 1.8 debido a que más de la mitad de las localidades clasificadas como positivas han presentado solo un caso anual, esto indica que la estratificación de riesgo deberá actualizarse y que el área realmente con persistencia de la transmisión es menor a la considerada actualmente y que aún es posible dirigir mejor las acciones y lograr mayor impacto.

En 2012, en México se registraron 833 casos de paludismo con una tasa de 0.8 por cada 100 mil habitantes, lo que refleja una disminución de 89% con respecto a lo registrado en 2000, año en que se identificaron siete mil 390 casos con una tasa de 7.35 por cada 100 mil habitantes. Del total de casos notificados en 2012, ninguno corresponde a *Plasmodium falciparum*. (Anexos 7,8 y 9)

La transmisión en México se concentra en las entidades de la costa del Pacífico y a diferencia de décadas previas, se ha logrado eliminar de la región del Golfo; esto último explicado por el comportamiento biológico diferencial de los principales vectores del paludismo y el impacto derivado de las estrategias de control del Programa.

La situación del paludismo en las entidades federativas muestra patrones de concentración bien definidos de estados con tasa de incidencia elevada, principalmente en el sur-sureste de México y en menor magnitud, en los estados del noroeste.²⁹

La distribución de los casos por sexo no presenta diferencias significativas ya que para el año 2012 el 52.2% correspondieron a hombres y el 47.8% a mujeres.

En la incidencia y casos por grupo de edad, el grupo etario más afectado fue el de 25 a 44 años con 23.6%, mientras que para el grupo de 10 a 14 y de 5 a 9 años respectivamente fueron de 16.6% y 13%. Como se puede apreciar los adultos en edad productiva son los que dispersan la enfermedad a sus localidades de origen.

En relación con la distribución de los casos por régimen de derechohabencia, tenemos que ocho de cada diez casos (82%) corresponden a población sin derechohabencia. Lo anterior es debido a que la población que enferma se dedica básicamente a la agricultura de consumo y al trabajo por jornales y no accede a la seguridad social como asalariado; la Secretaría de Salud (SSA) comparte corresponsabilidad en la notificación y atención de esos casos con el IMSS en su régimen de “Oportunidades”.

Problemática

Inseguridad. Las localidades con transmisión persistente se encuentran ubicadas casi en su totalidad en áreas rurales remotas con problemas sociales que dificultan el ingreso y la permanencia del personal de salud, lo que en ocasiones llega a interrumpir ciclos de trabajo y retrasa el diagnóstico y tratamiento de casos con el riesgo de que la transmisión se disperse nuevamente y se reinstale en área actualmente libres de paludismo, pero con presencia del vector.

Migración. La migración proveniente de países endémicos ha originado la introducción de casos por *Plasmodium falciparum* siendo los de mayor riesgo aquellos resistentes a los medicamentos antipalúdicos empleados en México ya que sería suficiente una falla en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para que se reinstalara el paludismo grave en nuestro país.³⁰

Rotación del personal. La frecuente rotación del personal médico y paramédico en las unidades de salud de localidades distantes, obliga a mantener un programa permanente de capacitación y actualización básicamente para la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y el tratamiento a casos y sus convivientes.

Vigilancia epidemiológica. Los avances en el control del paludismo se convierten paradójicamente en una amenaza cuando los servicios locales de salud consideran a esta enfermedad como un problema del pasado. Esa falsa seguridad puede eventualmente inducir a fallas en la detección oportuna de casos probables y en su confirmación de laboratorio, situación que de persistir podría condicionar la reinstalación de la transmisión en áreas hoy libres de la enfermedad.

Asignación de recursos. La federación ha fortalecido los recursos financieros para el Programa, no obstante, las aportaciones estatales para la adquisición de medicamento y gastos de operación son cada vez menores sin considerar que la vigilancia epidemiológica de un padecimiento controlado o eliminado en áreas altamente receptivas por la presencia del vector y vulnerables por la migración requiere de recursos para mantener los logros alcanzados.

III.3 Avances 2000-2012

Al término del periodo, el número de casos confirmados es el más bajo en la historia del paludismo en México, un hecho significativo es la eliminación de casos autóctonos por *Plasmodium falciparum* a partir del año 2009.

En México desde el año 1982 no se registran defunciones por paludismo asociado a *Plasmodium falciparum* que es la forma grave de la enfermedad.

La dispersión de la enfermedad se ha reducido un 83% en el periodo, al concentrarse el total de casos en 449 localidades.

La toma de muestra hemática para diagnóstico se redujo de dos a un millón de tomas al exigir que las muestras fueran tomas a personas que cumplieran con la definición de caso probable y no a cualquier caso febril; no obstante, al mejorar la calidad en la selección para el muestreo, el promedio de positividad de las muestras y los casos continúan en descenso siendo del 0.08% en el año 2012 ratificando que el descenso de casos corresponde a un decremento real de la intensidad de transmisión.

El tratamiento de dosis única repetido cada tres meses por tres años a los casos se implementó en parte ante la imposibilidad de tratar a los pacientes por cinco o catorce días continuos para su cura radical, aceptando que se presentarían un número previsto de fallas terapéuticas. Su uso permitió detener y revertir la tendencia creciente del paludismo en México a partir del año 2000; actualmente, el bajo número de casos permite tratarlos con esquemas de siete a catorce días y recortar el tratamiento de dosis únicas a solo un año y medio.³¹



III.4 Retos 2013-2018

El primer y más importante reto es reducir la transmisión en las nueve entidades con transmisión persistente preparando al país para acceder a la certificación internacional como país libre de paludismo.

Para lo anterior, será necesario lograr la certificación de las 22 entidades federativas actualmente en proceso de pre certificación.

Fortalecer el trabajo con notificantes voluntarios con la finalidad de minimizar el impacto negativo que la inseguridad en algunas regiones del área endémica causa al interferir en la detección y tratamiento de casos y en las acciones para controlar criaderos y hábitats del vector.

Fortalecer la coordinación con las autoridades de Migración a fin de mejorar la oportunidad en la detección y tratamiento de casos importados para evitar la reintroducción de casos por *Plasmodium falciparum* y la reinstalación de la transmisión en áreas libres de paludismo.

Dar sostenibilidad al sistema de vigilancia epidemiológica y a las acciones preventivas en las áreas actualmente endémicas para eliminar la transmisión residual y en las áreas ya libres, para evitar la reintroducción del paludismo.

III.5 Objetivos del Desarrollo del Milenio

México ha cumplido antes de lo estipulado la meta de “Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la incidencia del paludismo” al haber revertido su tendencia ascendente a partir del año 2000 y mantener el 100% de cobertura de tratamiento a casos menores de cinco años de edad desde 1990.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

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

El Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Paludismo se vincula con la Ley de Planeación en sus artículos 23 donde se especifica que los programas sectoriales se sujetarán a las previsiones del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 vigente y el artículo 24, en el que se hace referencia a que los Programas de Acción se elaborarán en concordancia con los Programas Sectoriales.

El Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Paludismo 2013-2018 se vincula con el PND para contribuir con la meta de lograr un “México Incluyente” Objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, Estrategia 2.3.2 “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención, un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, Estrategia 2.3.3 “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”, y la Estrategia 2.3.4 “Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad”.

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	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad	1. Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.
		2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud	2. Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.
		2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud de calidad	3. Controlar brotes oportunamente mediante tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes con adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.

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

El Programa de Acción Específico para la Prevención y Control del Paludismo se vincula con el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 en su Objetivo 1. “Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.”, su Estrategia 1.3. “Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes”; línea de acción 1.3.2 “promover la participación comunitaria, municipal, e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles”; con la línea de acción 1.3.4. “Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de

decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles”. Con el Objetivo 4. “Cerrar la brecha existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”, su Estrategia 4.7. “Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas”; y su línea de acción 4.7.1. “Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación”.³²

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes.	1.3.2. Promover la participación comunitaria, municipal e intersectorial en la reducción de riesgos de exposición a las enfermedades transmisibles.	1. Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.
		1.3.4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles.	2. Controlar brotes oportunamente mediante tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes con adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.
4. Cerrar la brecha existente en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.	4.7.1. Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación.	3. Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.
2. Controlar brotes oportunamente mediante tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes con adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.
3. Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.

Objetivo 1. Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.

La red de notificantes voluntarios es uno de los mejores ejemplos de participación comunitaria que da inicio en la década de los 50 y que ha permitido hasta hoy mantener la vigilancia epidemiológica del paludismo en las localidades más remotas de nuestra geografía; es por ello que se requiere mantenerla, fortalecerla y reconocerla para asegurar el control y la eliminación del paludismo.

Estrategia 1.1. Mejorar la participación intersectorial.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Reducir los casos nuevos los primeros dos años el 20% y para el resto del periodo el 15% anual.
- 1.1.2. Reducir las localidades positivas en los dos primeros años el 15% y para el resto del periodo el 10% del área positiva.

1.1.3. Garantizar el tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes mediante el adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.

1.1.4. Promover acciones de vigilancia epidemiológica focalizada y tratamiento a mujeres embarazadas.

1.1.5. Mantener la participación del magisterio y de los servicios médicos oficiales y privados en la notificación para la vigilancia epidemiológica.

1.1.6. Formalizar la integración o funcionamiento de los Comités Estatales de Certificación de Eliminación de la Transmisión.

Objetivo 2. Controlar brotes oportunamente mediante tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes con adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.

La reducción sostenida del número de casos de paludismo se ve afectada ocasionalmente por incremento de casos en algunas localidades afectadas por la migración y la identificación y control inmediato de esos brotes es una forma de avanzar en el control y la eliminación del paludismo.

Estrategia 2.1. Control de brotes.

Línea de acción:

- 2.1.1. Promover la respuesta inmediata ante el incremento atípico de casos mediante acciones de control integrado.

Objetivo 3. Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.

La posibilidad de eliminar el paludismo en México se deriva del concepto de que la transmisión no es homogénea en todas las localidades ni al interior de ellas en todas las casas, es por ello que se debe retomar la actualización de esa estratificación epidemiológica y direccionar acciones hacia esas casas que generan la transmisión.

Estrategia 3.1. Redefinir el área palúdica con transmisión persistente.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Actualizar estratificación de riesgo a nivel local y dirigir acciones de control a “casas palúdicas”.
- 3.1.2. Evaluar el impacto de pabellones impregnados en la transmisión.

Estrategia 3.2. Promover la participación comunitaria.

Líneas de acción:

- 3.2.1. Fortalecer el componente de promoción de la notificación del programa.
- 3.2.2. Presentar en reuniones comunitarias los resultados del trabajo colectivo expresado en la reducción de casos.

Estrategia 3.3. Fortalecer la coordinación interna.

Línea de acción:

- 3.3.1. Implementar un programa de actualización al personal del Sector Salud en vigilancia epidemiológica y atención médica con perspectiva de género.

Estrategia 3.4. Operar de manera permanente la vigilancia entomológica.

Línea de acción:

- 3.4.1. Generar evidencia entomológica del impacto de acciones comunitarias de limpieza y eliminación de criaderos.

Estrategia 3.5. Promover programa permanente de eliminación de criaderos.

Línea de acción:

- 3.5.1. Informar y sensibilizar a la comunidad respecto a la importancia de la eliminación periódica de criaderos.

V.2 Estrategias Transversales

Si bien los indicadores especiales 2013-2018 consignados en el PROSESA en materia de equidad de género no se aplican textualmente al Programa de Acción Específico de Paludismo, el enfoque de género está presente al reconocer en campo la corresponsabilidad tanto de hombres como de mujeres en la prevención del paludismo.

En el componente clínico, la atención prioritaria de casos de paludismo en embarazadas y prevención del paludismo congénito mediante el diagnóstico oportuno de laboratorio y la atención especializada de recién nacidos productos de madres que hayan padecido paludismo son estrategias y líneas de acción que aplican claramente de la transversalidad.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Los indicadores propuestos para la evaluación del Programa serán de proceso, resultados intermedios e impacto. Los indicadores de proceso miden las formas en que el Programa provee los bienes y servicios para lograr el control de la enfermedad. Los indicadores de resultados intermedios y de impacto miden los resultados alcanzados en la provisión de bienes y servicios mediante los datos de morbilidad y mortalidad.

Se han incluido metas nacionales y estatales para evaluar el impacto de las intervenciones.

Los indicadores complementarios al programa se presentan en el Anexo 10.

Elemento	Características				
Indicador 1	Casos nuevos de paludismo esperados.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de impacto que cuantifica el número de casos nuevos esperados en el año de acuerdo a los porcentajes de reducción (25%), previstos anualmente.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de casos nuevos esperados en el año.				
Periodicidad	Mensual con reporte trimestral.				
Fuente	Informe semanal de casos, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA29, FPA30, FPA31, FPA32, FPA33 y RCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	Dirección General de Epidemiología (DGE), Servicios Estatales de Salud (SESA) y CENAPRECE.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	340	255	191	143	107
Línea base 2013			Meta Sexenal		
486 casos confirmados y reportados durante 2013.			Reducción absoluta de 78% (107) de los casos nuevos de paludismo con respecto a la línea base.		

Elemento	Características				
Indicador 2	Tratamiento a casos nuevos y sus convivientes.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica el número de tratamientos que se prevé ministrar anualmente a casos nuevos y sus convivientes.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de tratamientos que se prevé ministrar anualmente a casos nuevos y sus convivientes.				
Periodicidad	Mensual con reporte trimestral.				
Fuente	Informe semanal de casos, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA76, FPA77 y FPA78 y RCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	DGE, SESA y CENAPRECE.				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	2,380	1,785	1,337	1,001	749
Línea base 2013			Meta Sexenal		
4998 tratamientos.			Tratamiento al 100% de los casos y seis convivientes por cada caso en promedio.		

Elemento	Características				
Indicador 3	Impacto de Comités Estatales de Certificación activos.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de proceso que presenta la proporción de Comités Estatales de Certificación que lograron la certificación de áreas libres de paludismo para su entidad federativa. El indicador expresa el acumulado anual de entidades federativas que alcanzan la certificación.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Comités Estatales Activos que lograron la certificación / Denominador: Número de Comités Estatales Activos por 100.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Minutas de acuerdos y lista de asistencia de Reuniones del Comité Estatal de Certificación.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	27.3% (6)	50% (11)	68.2% (16)	86.4% (19)	100% (22)
Línea base 2013			Meta Sexenal		
Una entidad federativa certificada como área libre de paludismo.			22 entidades federativas (100%) certificadas como áreas libres de paludismo al final del periodo.		

Elemento	Características				
Indicador 4	Control de “casas palúdicas”.				
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.				
Descripción general	Indicador de proceso que estima la cobertura de localidades con transmisión persistente en las que se realizaron acciones de control focalizadas a las “casas palúdicas”.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de localidades con transmisión persistente en las que se realizaron acciones focalizadas de control en las casas palúdicas / Denominador: Total de localidades con transmisión persistente por 100.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	Meta 100% al año, según PAT estatal y validado por el nivel nacional y PRCC apartado de control vectorial.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	>95%	>95%	>95%	>95%	>95%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
NA			>95% de localidades de transmisión persistente con acciones focalizadas en “casas palúdicas” identificadas.		

Elemento	Características				
Indicador 5	Atención de brotes.				
Objetivo del PAE	Controlar brotes oportunamente mediante tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes con adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.				
Descripción general	Indicador de proceso que estimará la oportunidad en la instalación de medidas integrales para control de brotes.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de brotes atendidos en las primeras 24 horas a partir de la notificación del segundo caso confirmado en la misma localidad /Denominador: Total de brotes reportados por 100.				
Periodicidad	Atención inmediata con reporte trimestral.				
Fuente	C-1 e Informe mensual de actividades, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA79 y RCC Atención de brotes. Meta 100%, según PAT estatal y validado por el nivel nacional.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
33% de brotes atendidos oportunamente.			100% de brotes atendidos oportunamente.		

Elemento	Características				
Indicador 6	Capacitación al personal médico y paramédico con perspectiva de género.				
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica el porcentaje de cumplimiento de las acciones de capacitación previstas.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de personal capacitado con perspectiva de género para la vigilancia epidemiológica y atención médica del paludismo / Denominador: Total de personal de salud que participa en la vigilancia epidemiológica y atención médica del paludismo por 100.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	Meta 100% del personal estatal, según PAT estatal y validado por el nivel nacional.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
60% del personal capacitado.			Capacitación a todo el personal médico y paramédico con perspectiva de género.		

Elemento	Características				
Indicador 7	Eliminación de criaderos y hábitats del vector.				
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.				
Descripción general	Indicador de proceso que estima la cobertura de localidades prioritarias con eliminación de criaderos y hábitats de los vectores, con participación comunitaria.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de localidades prioritarias con eliminación de criaderos del vector con participación comunitaria /Denominador: Número de localidades prioritarias por 100.				
Periodicidad	Mensual y reporte trimestral.				
Fuente	Informe mensual de saneamiento básico, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA40 y RCC apartado control vectorial. Meta 100%, según PAT estatal y validado por el nivel nacional.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
75% de localidades prioritarias trabajadas.			100% de localidades prioritarias trabajadas.		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

El Programa de Prevención y Control de Paludismo aplica en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud de los tres órdenes de gobierno y a nivel de las comunidades con presencia de casos y riesgos de transmisión. Su estructura y organización se establece desde el nivel federal, a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), en donde se lleva a cabo la coordinación y el seguimiento de las acciones institucionales. Cuenta con la participación de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y se apoya principalmente en los Servicios Estatales y locales de salud, así como en los organismos municipales para facilitar la operación del programa.

En el nivel central, es responsabilidad del CENAPRECE la operación del programa a través de la Dirección General Adjunta de Programas Preventivos y de la Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En la Matriz de corresponsabilidad participan las instituciones del Sector Salud mediante la detección de casos y el aseguramiento de tratamientos oportunos para contener y evitar la dispersión de la transmisión, además de formar parte activa del Comité de Certificación de Áreas Geográficas Libres de Paludismo.

Asimismo las instituciones del Sector Salud forman parte esencial en el fortalecimiento del personal de salud mediante supervisión, asesoría permanente y evaluación del desempeño del Programa; son integrantes del comité de elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas para la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y de los Manuales operativos correspondientes y apoyan la capacitación del personal médico y paramédico.

En la matriz de corresponsabilidad interna se presenta la participación de diferentes áreas, como la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Servicios Estatales de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, Comisión Nacional de Protección Social en Salud y la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios, instancias que harán posible la instrumentación y puesta en marcha de este Programa de acción. (Anexo 11)

Respecto a áreas externas, el Instituto Nacional de Migración, participa en puertos de entrada al país y en rutas de migrantes contribuyendo a la detección oportuna de casos importados, acción relevante para la detección inmediata de casos de paludismo grave por *Plasmodium falciparum*; la Secretaría de Educación ha sido un integrante del grupo de notificantes voluntarios desde la década de los años 50 y participa con la detección de casos en escolares. La Secretaría de Turismo coadyuva en la vigilancia y detección de casos sospechosos de paludismo en turistas en coordinación con el Sector Salud para determinar la procedencia de los casos y su posible lugar de infección, con lo que es posible tomar medidas de control inmediatas; también promueve medidas de protección personal entre los visitantes a áreas en las que existe riesgo de transmisión.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.									
Indicador 1	Casos nuevos de paludismo esperados.	Meta 1	Reducción absoluta de 78% (107) de los casos nuevos de paludismo con respecto a la línea base.							
Indicador 2	Tratamiento a casos nuevos y sus convivientes.	Meta 2	Tratamiento al 100% de los casos y seis convivientes por cada caso en promedio.							
Indicador 3	Impacto de Comités Estatales de Certificación activos.	Meta 3	22 entidades federativas (100%) certificadas como áreas libres de paludismo al final del periodo.							
Indicador 8	Localidades positivas esperadas.	Meta 8	Reducción absoluta del 92% de las localidades positivas comparativamente con la basal 2013.							
Indicador 9	Tratamiento a embarazadas.	Meta 9	51 tratamientos a embarazadas.							
Indicador 10	Visitas para Promoción de la Notificación.	Meta 10	>85% de puestos de notificación se mantienen productivos.							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	INM EDUC. TUR.	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Reducir los casos nuevos los primeros dos años el 20% y para el resto del periodo el 15% anual.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.2.	Reducir las localidades positivas en los dos primeros años el 15 % y para el resto del periodo el 10% del área positiva.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.3.	Garantizar el tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes mediante el adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.4.	Promover acciones de vigilancia epidemiológica focalizada y tratamiento a embarazadas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	INM EDUC. TUR.	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.5.	Mantener la participación del magisterio y de los servicios médicos oficiales y privados en la notificación para la vigilancia epidemiológica.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.6.	Formalizar la integración o funcionamiento de los Comités Estatales de Certificación de Eliminación de la Transmisión.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Objetivo 2		Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.								
Indicador 4	Control de “casas palúdicas”.	Meta 4	>95% de localidades de transmisión persistente con acciones focalizadas en “casas palúdicas” identificadas.							
Indicador 11	Reuniones comunitarias informativas.	Meta 11	>95% de localidades prioritarias informadas.							
Indicador 12	Evaluación entomológica del control larvario comunitario.	Meta 12	100% de localidades con trabajo comunitario presentan menos del 1% de caladas positivas a larvas del vector.							
Indicador 13	Impacto de la instalación de pabellones mosquiteros.	Meta 13	>85% de localidades trabajadas con pabellones y con reducción del 20% o más en casos confirmados.							
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	INM EDUC. TUR.	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.1.	Promover la respuesta inmediata ante el incremento atípico de casos mediante acciones de control integrado.	✓	✓		✓		✓		✓	Participación de municipios
3.1.1.	Actualizar estratificación de riesgo a nivel local y dirigir acciones de control a “casas palúdicas”.	✓	✓		✓		✓		✓	



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. Soberón, A.G. El Paludismo en México. Documento de Trabajo. El Colegio Nacional, México, 1986.
2. SSA/CNEP, Resumen de la Información para la Revisión de las Estrategias de la Campaña para Erradicar el Paludismo en México, México, D.F. 1972.
3. Betanzos-Reyes AF, Rodríguez MH, Duran-Arenas LG, Hernández-Avila JE, Méndez-Galván JF, Velásquez-Monroy OJ, and Tapia-Conyer R. Comparative analysis of two alternative models for epidemiological surveillance in the Mexican Malaria Control Program. *Health Policy* 2007; 80:465-482.
4. Bown D.N., Ríos J.R., del Angel G., Guerrero J.C. and Mendez J.F. Evaluation of chlorphoxim used against *Anopheles albimanus* on the south coast of Mexico. 1. Results of indoor chlorphoxim applications and assessment of the methodology employed. *Bull PAHO* 18(4) 1984.
5. INSP-PAHO/WHO. Efecto de la limpieza de criaderos sobre la abundancia de *Anopheles pseudopunctipennis* en focos persistentes de paludismo en México: Evaluación del programa de eliminación del hábitat y criaderos de anofelinos (EHCA). Oficina Panamericana de Salud en México y el Instituto Nacional de Salud Pública. PAHO-MEX-161.
6. INSP-PAHO/WHO. Evaluación de la eficacia de dos esquemas de tratamiento de Paludismo por *P. vivax* en comunidades con transmisión persistente de los Estados de Oaxaca y Chiapas en México. Oficina Panamericana de Salud en México y el Instituto Nacional de Salud Pública. PAHO-MEX-162.
7. INSP-PAHO/WHO. Implementación de un modelo alternativo de vigilancia con diagnóstico rápido y tratamiento inmediato de malaria en poblaciones móviles y vulnerables en Tapachula, Chiapas, México: "Casa del Migrante". Oficina Panamericana de Salud en México y el Instituto Nacional de Salud Pública. PAHO-MEX-163.
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917 F.E. DOF 06-02-1917 Ref. DOF Última Reforma 05-06-2013.
9. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. DOF 29-12-1976. F.E. DOF 02-02-1977 Ref. DOF Última Reforma 02-04-2013.
10. Código Federal de Procedimientos Civiles DOF 24-11-1943. Última reforma 09-04-2012.
11. Código fiscal de la Federación DOF 31-12-1981. Última reforma 09-12-2013.
12. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud DOF 06-01-1987.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitarios de Actividades, establecimientos, productos y servicios. DOF 18-01-1988.
14. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el DOF 19-01-2004.
15. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
16. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
20. Manual de Organización. CENAPRECE, 2012.
21. Manual General de Procedimientos del CENAPRECE 2012.
22. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmitidas por Vector.
23. Guía de Manejo de casos importados resistentes a los antipalúdicos usados en México, Secretaría de Salud 2008.
24. Guías Operativa para la Promoción de la Notificación, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, CENAPRECE 2014.
25. Guía Operativa para la Búsqueda activa, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, CENAPRECE 2014.
26. Guía Operativa para los Tratamientos antipalúdicos, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector,

- CENAPRECE 2014.
27. Guía Operativa para Eliminación de Criaderos de Anofelinos, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, CENAPRECE 2014.
 28. Guía Operativa de Entomología del paludismo, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, CENAPRECE 2014.
 29. Guía Operativa para Toma de Muestra de Sangre, Programa de Enfermedades Transmitidas por Vector, CENAPRECE 2014.
 30. Programa de Acción “Enfermedades Transmitidas por Vector”, 2000–2006.
 31. SSA/CEPRECE-OPS, Informe de la Evaluación Externa del Programa de Prevención y Control del Paludismo, México, 2010.
 32. SSA/Proyecto GEF/DDT. Secretaria de Salud de México. Guía para la Implementación y Demostración de Alternativas Sostenibles de Control Integrado de la Malaria en México y América Central. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (ED): México DF. 2004. Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/malaria/materiales.htm>, consultado el 5 de junio del 2007.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
CNEP	Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PRCC	Plataforma de la Red de Comunicación Colaborativa
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SIS	Sistema de Información en Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SSA	Secretaría de Salud

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Casa Palúdica. Aquella en la que se identifican los riesgos de transmisión y que presenta casos de manera recurrente.

Criadero. Al lugar donde el vector hembra pone sus huevos desarrollándose posteriormente las fases de larvas, pupas y adulto.

Enfermedades transmitidas por vector. A los padecimientos en cuya cadena de transmisión interviene un vector artrópodo, como elemento necesario para la transmisión del parásito, se incluyen: dengue, leishmaniosis, oncocercosis, paludismo, tripanosomiasis y rickettsiosis.

Epidemiología. Al estudio de la frecuencia y características de la distribución de enfermedades, así como de los factores que las determinan, condicionan o modifican siempre en relación con una población, en un área geográfica y en un periodo determinado. Proporciona información esencial, para la prevención y el control de enfermedades.

Hábitat. Al área o espacio con todos sus componentes físicos, químicos, biológicos y sociales, en donde los seres vivos encuentran condiciones propicias para vivir y reproducirse.

Larva, pupa y ninfa. A los estados juveniles o inmaduros de un insecto con desarrollo post embrionario de tipo holometábolo.

Paludismo. A la enfermedad transmitida por mosquitos, que puede manifestarse clínicamente o cursar con infecciones asintomáticas; clínicamente se caracteriza por episodios paroxísticos (fiebre, escalofríos y sudoración), cuando no es tratado oportuna y adecuadamente puede cursar con anemia, esplenomegalia y tener evolución crónica.

Parásito. Al organismo vivo que crece y se desarrolla, dentro o sobre el hospedero, a sus expensas, causándole daño.

Promoción de la salud. Al proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.

Recaída. A la reaparición del ciclo exo-eritrocítico como efecto de los hipozoitos del *P. vivax*, con o sin sintomatología, que obedecen a una infección primaria anterior.

Tratamiento profiláctico. Al suministro de medicamentos, a grupos de población o individuos en riesgo de contraer una enfermedad, por residir en o trasladarse hacia áreas endémicas. Se considera tratamiento profiláctico antipalúdico al uso de cloroquina de acuerdo a edad y peso a dosis semanales durante la estancia en el área endémica. Este tratamiento tiene la finalidad de evitar las infecciones o disminuir las manifestaciones clínicas de la enfermedad, si se adquiere y, además, eliminar la fuente de infección.

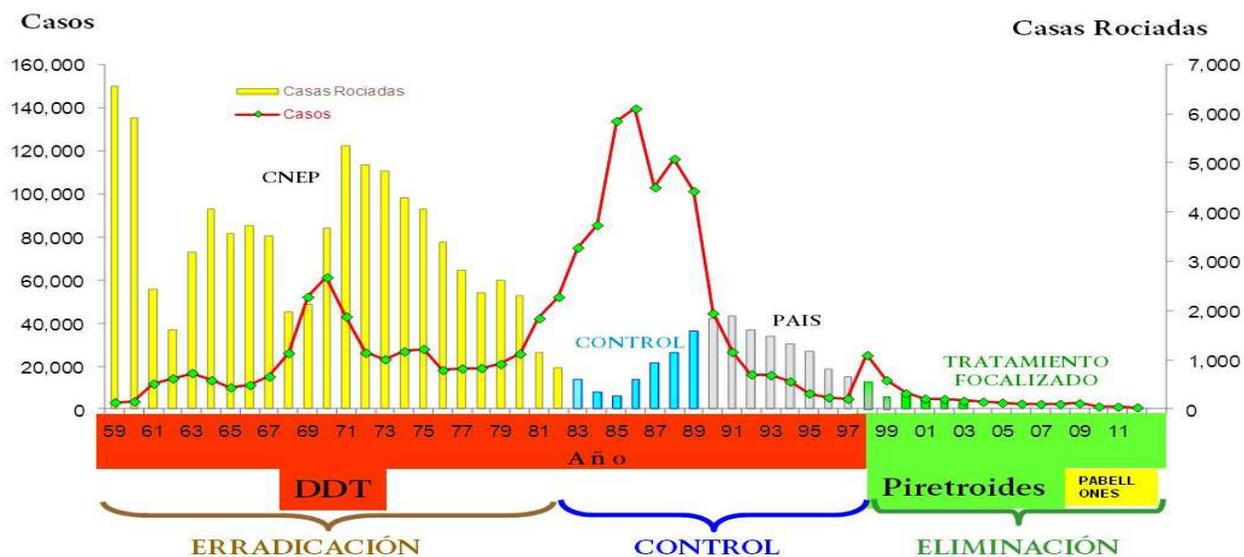
Tratamiento de cura radical. Aquel cuyo objetivo es eliminar todos los parásitos hepáticos y eritrocíticos del enfermo actualmente usado en áreas de baja transmisión o con casos importados.

Vector. Al transportador viviente y transmisor biológico del agente causal de enfermedad. Para efectos de esta NOM, se refiere al artrópodo que transmite el agente causal de una enfermedad, por picadura, mordedura, o por sus desechos.

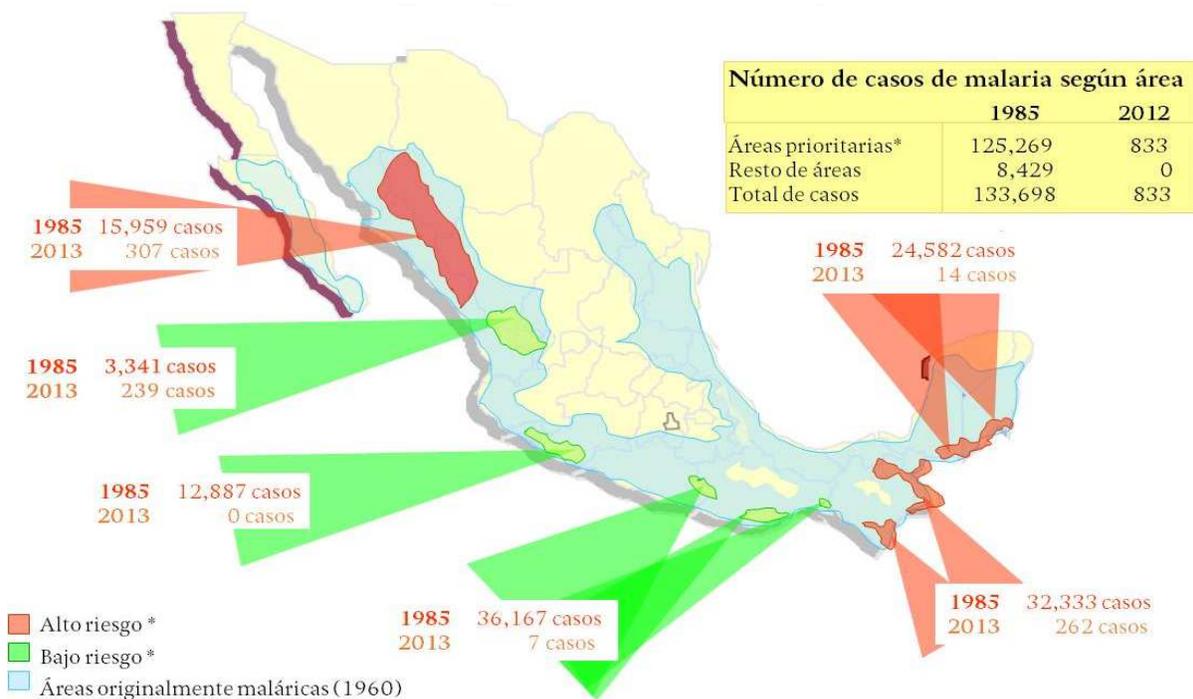
Vectores del paludismo. En el país son dos las especies más importantes *An. pseudopunctipennis* y *An. albimanus*.

ANEXOS

Anexo 1. Casos y rociamientos con insecticidas. México, 1959 -2012



Anexo 2. Áreas de riesgo del paludismo. México, 1985 -2012



Anexo 3. Paludismo en México, 2000-2012

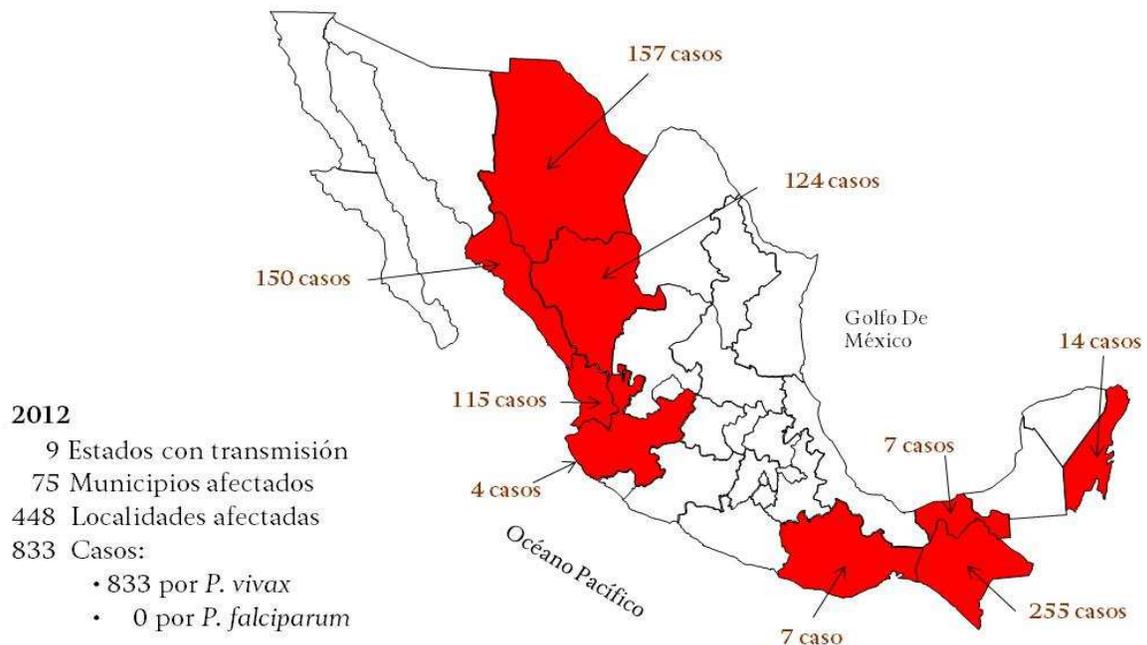
- El número de casos de paludismo por *P. vivax* se ha reducido en un 88.5% de 7,259 a 833 casos.
- Se eliminó la transmisión local de casos de paludismo grave por *P. falciparum*.

ACTIVIDAD	AÑO												
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Casos por <i>Plasmodium vivax</i>	7,259	4,927	4,605	3,775	3,357	2,945	2,498	2,357	2,357	2,702	1,226	1,124	833
Casos por <i>Plasmodium falciparum</i>	131	69	19	44	49	22	16	4	0	1	0	0	0
Muestras de sangre examinadas (millones)	2.0	1.8	1.8	1.5	1.4	1.5	1.3	1.4	1.2	1.2	1.2	1.03	1.02
Localidades positivas	2,676	2,106	1,811	1,571	1,284	975	913	850	852	917	575	570	448

- El área con transmisión activa se redujo de 2,676 localidades positivas a 448 (83.3%)
- Se eliminó el paludismo como causa de muerte en México.
- Se interrumpió la transmisión en 22 entidades federativas
- Casos de *P. falciparum* importados: Jalisco: 2 Angola; Morelos: 1 India; Quintana Roo: 2 Belice; Sonora: 1 África; Tabasco: 3 África; Veracruz: 1 India y 1 Guatemala y Yucatán: 1 África.

Anexo 4.

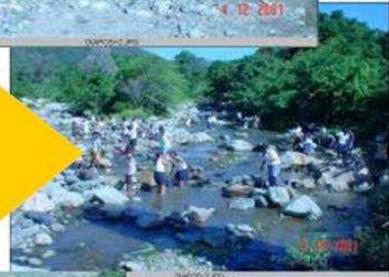
**Dispersión del Paludismo en México
2012**



Anexo 5.



Hacia la certificación de áreas libres de transmisión de paludismo



2014 - 2018

Anexo 6.

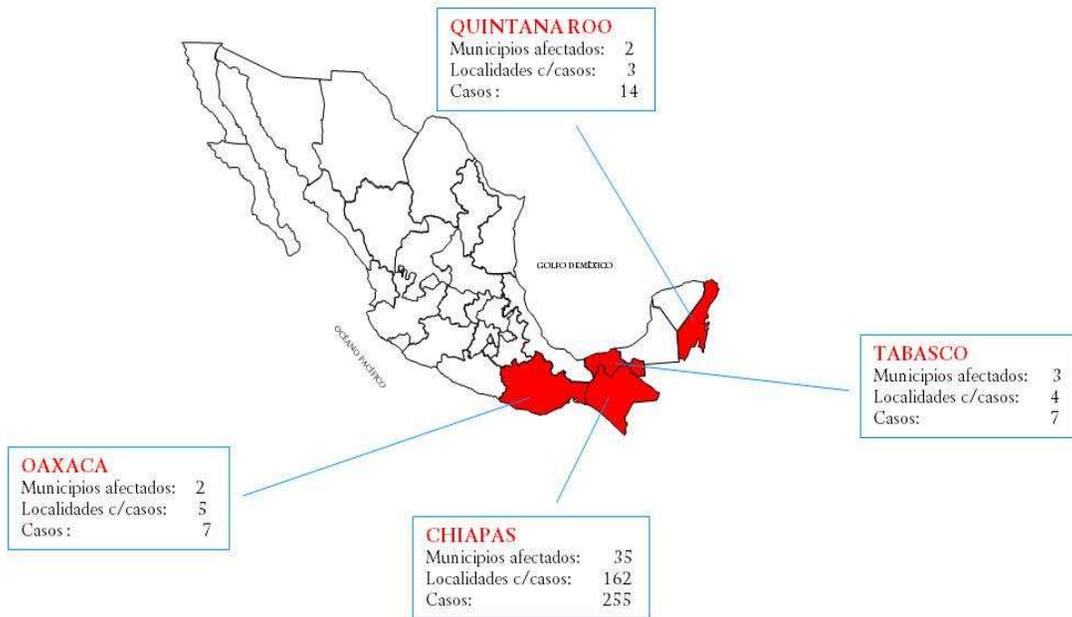
20 Estados elegibles para la Certificación 2014 de áreas libres de transmisión del paludismo.



- Aguascalientes
- Baja California
- Baja California Sur
- Coahuila
- Colima
- Distrito Federal
- Guanajuato
- Guerrero
- Hidalgo
- México
- Michoacán**
- Morelos
- Nuevo León
- Puebla
- Querétaro
- San Luis Potosí
- Tamaulipas
- Veracruz
- Yucatán
- Zacatecas

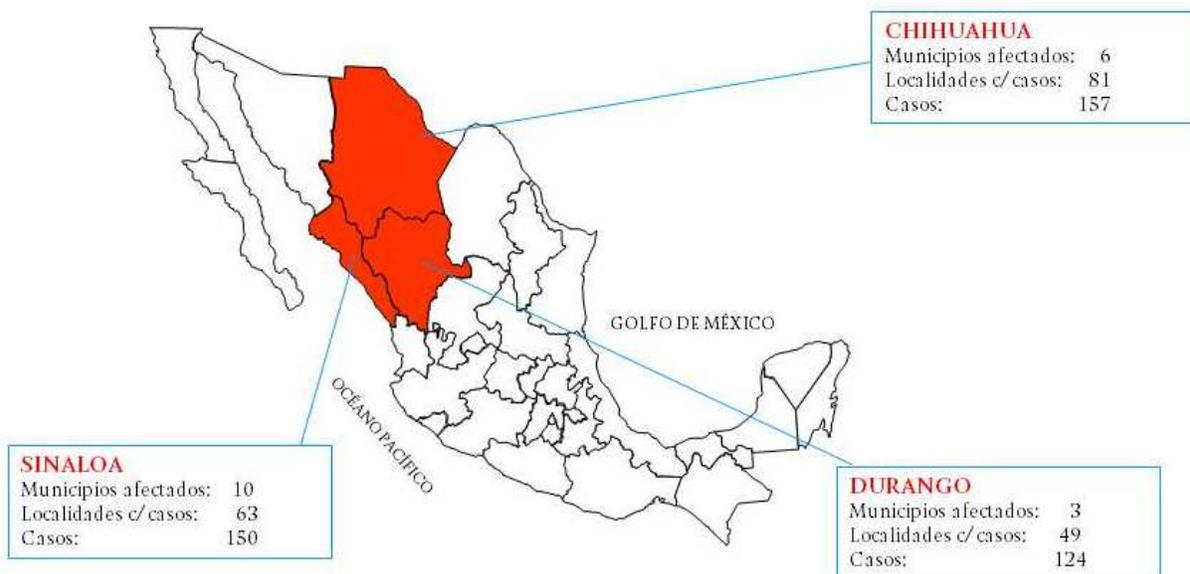
Anexo 7.

Transmisión del paludismo
en la región sur - sureste
2012



Anexo 8.

Transmisión del Paludismo
en la región Noroeste
2012



Anexo 9.

Transmisión del paludismo en la región Oeste 2012



Anexo 10. Indicadores complementarios

Elemento	Características				
Indicador 8	Localidades positivas esperadas.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de impacto que cuantifica el número de localidades positivas esperadas en el año de acuerdo a los porcentajes de reducción (dos primeros años el 15% y el resto del periodo 10%) previstos anualmente.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de localidades positivas esperadas en el año.				
Periodicidad	Trimestral.				
Fuente	Informe semanal de casos, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA18, FPA19 y PRCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	DGE, SESA y CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	85	64	48	36	27
Línea base 2013			Meta Sexenal		
325 localidades.			Reducción absoluta del 92% de las localidades positivas con respecto a la línea base 2013.		

Elemento	Características				
Indicador 9	Tratamiento a embarazadas.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de proceso que representa el número de tratamientos que se prevé ministrar anualmente a embarazadas con paludismo confirmado.				
Observaciones	Método de cálculo: Número de tratamientos que se prevé ministrar anualmente a embarazadas con paludismo confirmado.				
Periodicidad	Mensual con reporte trimestral.				
Fuente	Informe semanal de casos, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA76, FPA77 y FPA78 y RCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	DGE, SESA y CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	17	12	10	7	5
Línea base 2013			Meta Sexenal		
25 embarazadas.			51 tratamientos a embarazadas.		

Elemento	Características				
Indicador 10	Visitas para promoción de la notificación.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.				
Descripción general	Indicador de proceso que estima la proporción de puestos de notificación que se mantienen productivos mensualmente.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de puestos de notificación en localidades prioritarias que se mantienen mensualmente productivos / Denominador: Número de puestos de notificación existentes en localidades prioritarias visitadas mensualmente por 100.				
Periodicidad	Mensual con reporte trimestral.				
Fuente	SIS paludismo, apartado 125, variable FPA11 y FPA12 y RCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	> 85%	> 85%	> 85%	> 85%	> 85%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
50% de puestos de notificación se mantienen productivos.			>85% de puestos de notificación se mantienen productivos.		

Elemento	Características				
Indicador 11	Reuniones comunitarias informativas.				
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.				
Descripción general	Indicador de proceso que estima la cobertura informativa del programa estatal de prevención y control del paludismo a sus comunidades prioritarias.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de localidades con transmisión persistente en las que se han realizado reuniones comunitarias para informar la evolución local del paludismo/Denominador: Total de localidades con transmisión persistente por 100.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	Meta 100% al año, según PAT estatal y validado por el nivel nacional y PRCC apartado de control vectorial.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%	> 95%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
+ de 80% de localidades prioritarias informadas.			>95% de localidades prioritarias informadas.		

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO

Elemento	Características					
Indicador 12	Evaluación entomológica del control larvario comunitario.					
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.					
Descripción general	Indicador de proceso que mide la proporción de localidades tratadas por la comunidad para control larvario y que lograron reducir la infestación del vector a menos del 1% de caladas positivas.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Localidades prioritarias con infestación larvaria menor al 1% de caladas positivas posterior a la intervención comunitaria /Denominador: Localidades prioritarias con medición de infestación larvaria previa a la intervención comunitaria por 100.					
Periodicidad	Mensual y reporte trimestral.					
Fuente	Informe mensual de vigilancia entomológica, SIS paludismo, apartado 125, variable FPA51 y FPA60 y RCC apartado vigilancia entomológica. Meta 10 visitas mensuales al año, según PAT estatal y validado por el nivel nacional.					
Referencias adicionales	SESA					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	100%	100%	100%	100%	100%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
95% de localidades con trabajo comunitario presentan menos del 1% de caladas positivas a larvas del vector.			100% de localidades con trabajo comunitario presentan menos del 1% de caladas positivas a larvas del vector.			

Elemento	Características				
Indicador 13	Impacto de la instalación de pabellones mosquiteros.				
Objetivo del PAE	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.				
Descripción general	Indicador de impacto que estima la proporción de localidades prioritarias que han reducido en un 20% o más el número de casos confirmados a partir de la instalación de pabellones mosquitero.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Localidades con reducción de 20% o más del número de casos confirmados en localidades prioritarias intervenidas con pabellones impregnados con insecticidas/Denominador: Total de localidades intervenidas con pabellones impregnados con insecticidas por 100.				
Periodicidad	Semestral.				
Fuente	Informe mensual de actividades y RCC Evaluaciones entomológicas en localidades con pabellones en seguimiento. Meta 80, según PAT estatal y validado por el nivel nacional.				
Referencias adicionales	SESA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	> de 85%	> de 85%	> de 85%	> de 85%	> de 85%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
20% de localidades trabajadas con pabellones presentan reducción del 20% o más en casos confirmados.			>85% de localidades trabajadas con pabellones y con reducción del 20% o más en casos confirmados.		

Elemento	Características				
Indicador 14	Toma de muestra hemática a casos probables.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la vigilancia epidemiológica mediante la toma de muestra hemática a casos probables con la participación de notificantes voluntarios y de los servicios médicos oficiales y privados.				
Descripción general	Indicador de proceso que cuantifica la cantidad de muestras hemáticas para diagnóstico tomadas a casos probables anualmente.				
Observaciones	Método de cálculo. Valor absoluto: Número de muestras hemáticas para diagnóstico tomadas a casos probables en el año.				
Periodicidad	Mensual con reporte trimestral.				
Fuente	Informe semanal de casos, SIS paludismo, apartado 37, variable VPC02 y apartado 125, variable FPA23 y RCC apartado de vigilancia epidemiológica.				
Referencias adicionales	DGE, SESA y CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	1,251,257	1,276,282	1,301,807	1,327,843	1,354,399
Línea base 2013			Meta Sexenal		
1,226,722 muestras de sangre examinadas			Incrementar 127,677 muestras en el periodo a partir de la línea basal		

Anexo11. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1	Fortalecer la red de vigilancia epidemiológica comunitaria mediante el reconocimiento a la labor de notificantes voluntarios y la participación intersectorial.								
Indicador 1	Casos nuevos de paludismo esperados.	Meta 1	Reducción absoluta de 78% (107) de los casos nuevos de paludismo con respecto a la línea base.						
Indicador 2	Tratamiento a casos nuevos y sus convivientes.	Meta 2	Tratamiento al 100% de los casos y seis convivientes por cada caso en promedio.						
Indicador 3	Impacto de Comités Estatales de Certificación activos.	Meta 3	22 entidades federativas (100%) certificadas como áreas libres de paludismo al final del periodo.						
Indicador 8	Localidades positivas esperadas.	Meta 8	Reducción absoluta del 92% de las localidades positivas con respecto a la línea base 2013.						
Indicador 9	Tratamiento a embarazadas.	Meta 9	51 tratamientos a embarazadas.						
Indicador 10	Visitas para promoción de la notificación.	Meta 10	>85% de puestos de notificación se mantienen productivos.						
Línea de acción									
No.	Descripción	SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
1.1.1.	Reducir los casos nuevos los primeros dos años el 20% y para el resto del periodo el 15% anual.	✓	✓			✓	✓		
1.1.2.	Reducir las localidades positivas en los dos primeros años el 15 % y para el resto del periodo el 10% del área positiva.	✓	✓			✓	✓		
1.1.3.	Garantizar el tratamiento oportuno a casos nuevos y sus convivientes mediante el adecuado abasto de medicamentos antipalúdicos.	✓	✓			✓	✓		

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO

Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
1.1.4.	Promover acciones de vigilancia epidemiológica focalizada y tratamiento a mujeres embarazadas.	✓	✓			✓	✓		
1.1.5.	Mantener la participación del magisterio y de los servicios médicos oficiales y privados en la notificación para la vigilancia epidemiológica.	✓	✓			✓			
1.1.6.	Formalizar la integración o funcionamiento de los Comités Estatales de Certificación de Eliminación de la Transmisión.	✓	✓			✓	✓		

Objetivo 2	Focalizar acciones institucionales de control y eliminación mediante la estratificación de riesgo a nivel local y de “casa palúdica”.								
Indicador 4	Control de “casas palúdicas”.	Meta 4	>95% de localidades de transmisión persistente con acciones focalizadas en “casas palúdicas” identificadas.						
Indicador 11	Reuniones comunitarias informativas.	Meta 11	>95% de localidades prioritarias informadas.						
Indicador 12	Evaluación entomológica del control larvario comunitario.	Meta 12	100% de localidades con trabajo comunitario presentan menos del 1% de caladas positivas a larvas del vector.						
Indicador 13	Impacto de la instalación de pabellones mosquiteros.	Meta 13	>85% de localidades trabajadas con pabellones y con reducción del 20% o más en casos confirmados.						
Línea de acción		SESA	SPPS	SAF	SIDSS	CNPSS	COFEPRIS	Otros	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Promover la respuesta inmediata ante el incremento atípico de casos mediante acciones de control integrado.	✓	✓	✓		✓			
3.3.1	Implementar un programa de actualización al personal de salud en vigilancia epidemiológica y atención médica con perspectiva de género.	✓	✓	✓		✓			



PREVENCIÓN Y CONTROL DEL PALUDISMO

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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