



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA
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	23
III.3 Avances 2006–2012	32
III.4 Retos 2013-2018	32
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	35
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	37
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	38
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	41
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción.	43
V.2 Estrategias Transversales.....	44
VI. INDICADORES Y METAS.....	45
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	55
VIII. TRANSPARENCIA	65
BIBLIOGRAFÍA	69
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	71
GLOSARIOS DE TÉRMINOS	73

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

La diarrea es una enfermedad ocasionada por diversos agentes como: virus, bacterias y parásitos, estos microorganismos pueden estar presentes en agua y alimentos contaminados por falta de higiene en la preparación, manejo y conservación.

Si la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), no se trata con oportunidad y calidad, puede ocasionar deshidratación, la cual se caracteriza por pérdida de líquidos y sales del organismo y que puede causar la muerte. La desnutrición es otra complicación que puede presentarse principalmente en menores de cinco años y adultos con diarrea crónica, esto es por pérdida de nutrientes durante los episodios agudos de esta enfermedad.

En el mundo las enfermedades diarreicas agudas (EDA) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente entre las poblaciones con menor índice de desarrollo humano, en este sentido, México no es la excepción a pesar de los importantes avances que se han obtenido en últimos años en el control de estas enfermedades, puesto que éstas continúan siendo la segunda causa de morbilidad, están dentro de las 20 principales causas de mortalidad general, y se encuentra entre las primeras cinco causas de decesos entre los menores de cinco años.

El cólera es una EDA que es causada por la ingesta de agua o alimentos contaminados por la bacteria del *Vibrio cholerae* O1 u O139 toxigénicos.

En el mundo ocurren actualmente de 3 a 5 millones de casos de cólera anualmente, y entre 100,000 y 120,000 defunciones por esta causa. El inicio de la séptima pandemia para México estuvo presente desde los casos identificados el 13 de junio de 1991 en el Estado de México hasta el 2001 que se presentó el último caso de la etapa epidémica. El control se logró gracias a las acciones implementadas por el sector, tales como la vigilancia epidemiológica y la atención inmediata de casos y brotes, capacitación al personal de salud, acciones de promoción de la salud, así como el trabajo conjunto con otras instancias, como los gobiernos municipales, estatales y la Comisión Nacional del Agua a través del Programa Agua Limpia, lo cual fue sustantivo en el control de la epidemia, al incrementar la población con dotación de agua desinfectada.

El presente documento señala las estrategias y líneas de acción que coadyuvan al fortalecimiento para la prevención de EDA y cólera; esto implica acciones de vigilancia epidemiológica prevención, promoción de la salud y monitoreo ambiental y de protección contra riesgos sanitarios; con la finalidad de continuar identificando y controlando factores de riesgo que contribuyen a la presencia de cólera en el país.

En materia de salubridad, el objetivo primordial es garantizar la salud para la superación de la pobreza, así como mejorar el desarrollo y calidad de vida de la sociedad mexicana. Las metas planteadas en este Programa de Acción Específico (PAE) señalan los principales resultados que se esperan obtener a lo largo de este periodo de gobierno, y que están focalizadas en la prevención de EDA, cólera y su control epidemiológico en el territorio nacional y así evitar daños a la salud de la población, repercusiones económicas, sociales y políticas, contribuyendo de esta manera en el desarrollo social y económico, individual y colectivo de las comunidades. Asimismo, el PAE apoya el cumplimiento de los objetivos y metas que integran el Plan Nacional de Desarrollo del presente sexenio.

El marco estratégico del PAE también está ligado a lo que establece el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, reduciendo el impacto negativo de las EDA e incrementando la productividad para el impulso y desarrollo del país; el esfuerzo en este sentido, es fundamental ya que representa un factor determinante para el desarrollo social y económico del país.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

La Enfermedad Diarreica Aguda se caracteriza por la presencia de evacuaciones líquidas o acuosas, que se observan generalmente en número mayor de 3 en 24 horas, para su identificación, es importante tomar en cuenta la disminución en la consistencia de las evacuaciones, que implica el contener más agua de lo habitual, y pueden contener moco y sangre, a lo que se denomina disentería.

La diarrea es un mecanismo de defensa del organismo ante la enfermedad producida por un agente agresor, la mayoría de las veces infeccioso y de carácter autolimitado.

Los principales factores de riesgo que conllevan la presencia de EDA son la falta de higiene personal, desnutrición, contaminación fecal de agua y alimentos. Durante la temporada de calor aumenta la frecuencia de estas enfermedades entre la población y sobre todo con un mayor riesgo de sufrir deshidratación.

El cólera es una enfermedad diarreica aguda, de etiología bacteriana cuyo agente causal es el *Vibrio cholerae* O1 toxigénico. Este padecimiento puede tener un curso grave y llevar a la muerte en el lapso de unas horas cuando no se atiende adecuada y oportunamente. Otras bacterias del mismo serogrupo pueden ser causantes de cuadros de diarrea graves incluso similares al cólera, además de otras formas de infección intestinal. Como en muchas otras enfermedades diarreicas, el cólera se asocia a ingesta de agua y alimentos contaminados, dada la práctica deficiente de medidas higiénicas y de saneamiento del ambiente.

Para esta enfermedad, ante la epidemia de cólera en 1991, la Secretaría de Salud (SSA) creó el Programa de Prevención y Control del Cólera con el objetivo de poder afrontar la epidemia por la reintroducción de esta enfermedad en el país, y con el cual, se sustentó una fuente financiera que permitió contar con recursos humanos y materiales, así como lineamientos de vigilancia, detección y atención inmediata que permitieron su control.

Los riesgos identificados para la presencia de EDA representan un reto importante para el Sector Salud, ya que a pesar de los avances obtenidos en los últimos años, la diarrea persiste como una causa importante en la morbilidad y mortalidad en el país.

Actualmente, el cólera se encuentra en control epidemiológico en la República Mexicana, sin embargo, persisten riesgos y determinantes para la reemergencia de una epidemia, tanto de la cepa circulante desde los 90's, como por la eventual introducción de la nueva cepa que actualmente circula en países del Caribe (Haití, República Dominicana y Cuba). Bajo este escenario, es importante contar con un programa que atienda este tipo de enfermedades con la finalidad de prevenir casos y muertes en la población.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4°. 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 conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.

Ley General de Salud

Artículo 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 134. La Secretaría de Salud 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:

I. Cólera, fiebre tifoidea, paratifoidea, shigelosis, amibiasis, hepatitis virales y otras enfermedades infecciosas del aparato digestivo.

Reglamento Interno de la Secretaría de Salud

Capítulo V, Artículo 10°.- Corresponde al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud: I. Proponer al Secretario de Salud, establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias en materia de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, así como en materia de salud mental y de las adicciones;

Capítulo XI, Artículo 45.- Corresponde al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades: I. Proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud las políticas y estrategias nacionales en materia

de atención a la salud del adulto y del anciano; de prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; de atención de urgencias epidemiológicas y desastres; de prevención, tratamiento y control de enfermedades bucales, así como de vigilancia epidemiológica y de laboratorio por lo que se refiere al diagnóstico y referencia epidemiológicos, y evaluar su impacto; II. Coordinar y efectuar la supervisión y evaluación de los programas de acción encomendados a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en colaboración con las unidades administrativas competentes.

Reglamento Sanitario Internacional

Artículo 2: Finalidad y alcance “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 evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”.

Normas Oficiales Mexicanas

- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. En esta Norma se establecen los lineamientos y procedimientos de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012 Para la vigilancia Prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios y especificaciones sobre las actividades relacionadas a la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

En 1991 se reintrodujo el cólera a México después de haber estado ausente por más de un siglo, en ese año se registraron 2,690 casos y 34 defunciones, la epidemia alcanzó su acmé en 1995 con 16,430 casos, y una incidencia de 17.5 por cada 100 mil habitantes, en total se identificaron 45,978 casos y 552 defunciones entre el periodo de 1991 a 2001. (Tabla 1) En los años siguientes se presentaron brotes en todas las entidades federativas, excepto Baja California. Esta epidemia desencadenó un trabajo multidisciplinario de prevención y control, involucrando a todo el sector salud para limitar casos, brotes y defunciones. Con las acciones de control establecidas, a partir de este año se presentó una tendencia descendente hasta su conclusión en 2001.

Por otra parte la EDA ha presentado un promedio de 5 millones y medio de casos en los últimos 6 años, siendo el 2011 el pico de la enfermedad con 6,031,476 casos. Esta situación compromete de manera importante al país, imponiendo nuevos desafíos, pues se requiere redoblar esfuerzos e innovar con estrategias efectivas, encaminadas a mantener bajo control epidemiológico el cólera y mejorar la prevención de la EDA.

III.2 Situación Actual y Problemática

A continuación se revisa la situación que guardan las enfermedades diarreicas agudas y cólera:

Mundial

Las enfermedades diarreicas agudas, son enfermedades prevenibles y tratables y siguen siendo un problema de Salud pública a nivel mundial que afectan a personas de cualquier edad y condición social, aunque los niños son más vulnerables al igual que los adultos mayores, y por ejemplo, para el primer grupo, es la segunda mayor causa de muerte en menores de cinco años.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en todo

el mundo se producen 1,500 millones casos por año, en países en vías de desarrollo, resultando de estos, en 1.5 millones de muertes.

El cólera sigue siendo una amenaza global a la salud y su presencia es uno de los indicadores clave del desarrollo social de un país. Es una enfermedad típica de países pobres, con deficiente infraestructura de drenaje y distribución de agua potable, si como de limitado saneamiento básico.

En los últimos años se han presentado importantes brotes de cólera en el continente, principalmente en la región del Caribe. En Haití desde octubre de 2010 hasta diciembre de 2012 se habían presentado 635,980 casos, incluyendo 7,912 defunciones. En República Dominicana se han presentado 29,433 casos y 422 defunciones y más recientemente en Cuba donde se han presentado alrededor de 500 casos y tres defunciones. Todos estos brotes se han asociado a la identificación de *Vibrio cholerae* 01 Ogawa toxigénico como agente etiológico.

De acuerdo con la OMS, para el año 2012 se reportaron un total de 245,393 casos de cólera en el mundo, de los cuales 3,034 defunciones (letalidad del 1.2%), esto en 48 países. Cabe mencionar que estas cifras han ido en incremento desde el año 2005, cuando se reportaron 131,943 casos y 2,272 defunciones, y para el año 2006 se observó un incremento del 79% en los casos.

A fin de mejorar el registro de esta enfermedad, la OMS, a través del Reglamento Sanitario Internacional, apoya e insta a los países para que exista una mayor capacidad de vigilancia a nivel nacional y subregional, para detectar en etapas tempranas eventos de importancia internacional en materia de salud pública, incluyendo cólera. Esta medida contribuye mejorar el registro y notificación, así como al intercambio de información abierta y transparente con el fin de prevenir y contener brotes de cólera.

América

En el continente Americano el número de países que reportaban casos de cólera pasó de 9 en 2011 a 6 en 2012, notificando 120,433 casos de cólera y 965 defunciones, cantidad menor a lo registrado en 2011,

cuando se registraron 361,266 casos y 3,205 defunciones, representando una reducción del 67 y 70% respectivamente.

En 2012, el 49% de todos los casos reportados que se originaron a partir de un gran brote, que continuó afectando a Haití y la República Dominicana, después de haber comenzado a finales de Octubre del 2010.

México

En México la EDA durante 2012 se situó como la segunda causa de morbilidad y la número diecinueve en mortalidad general, la población menor de cinco años es la más afectada, principalmente en comunidades con el menor índice de desarrollo humano.

México debe fortalecer sistemas de vigilancia activa de EDA para determinar con mayor exactitud la morbilidad y mortalidad debida a los patógenos circulantes en el país.

Derivado de las situaciones de globalización como viajes y comercio, crecimiento demográfico, pobreza, acontecimientos climáticos y sociales adversos, se pone de manifiesto la necesidad de un programa para mejorar la prevención y control de las EDA y cólera, garantizando la identificación oportuna, así como la prevención de brotes y epidemias.

La información de EDA reportadas por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), son enfermedades estadísticamente significativas para la Salud Pública de México, e incluyen diversas enfermedades, con base en la clasificación internacional: amibiasis intestinal, giardiasis, intoxicaciones alimentarias, fiebre tifoidea, paratifoidea y otras salmonelosis, otras infecciones intestinales debidas a protozoarios, infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas.

La distribución de la incidencia en el país, está asociada a la densidad demográfica y la accesibilidad a servicios de salud que facilitan el registro, es así que son precisamente las entidades federativas con mayor población quienes registran más casos de EDA. (Tabla y Gráfica 1)

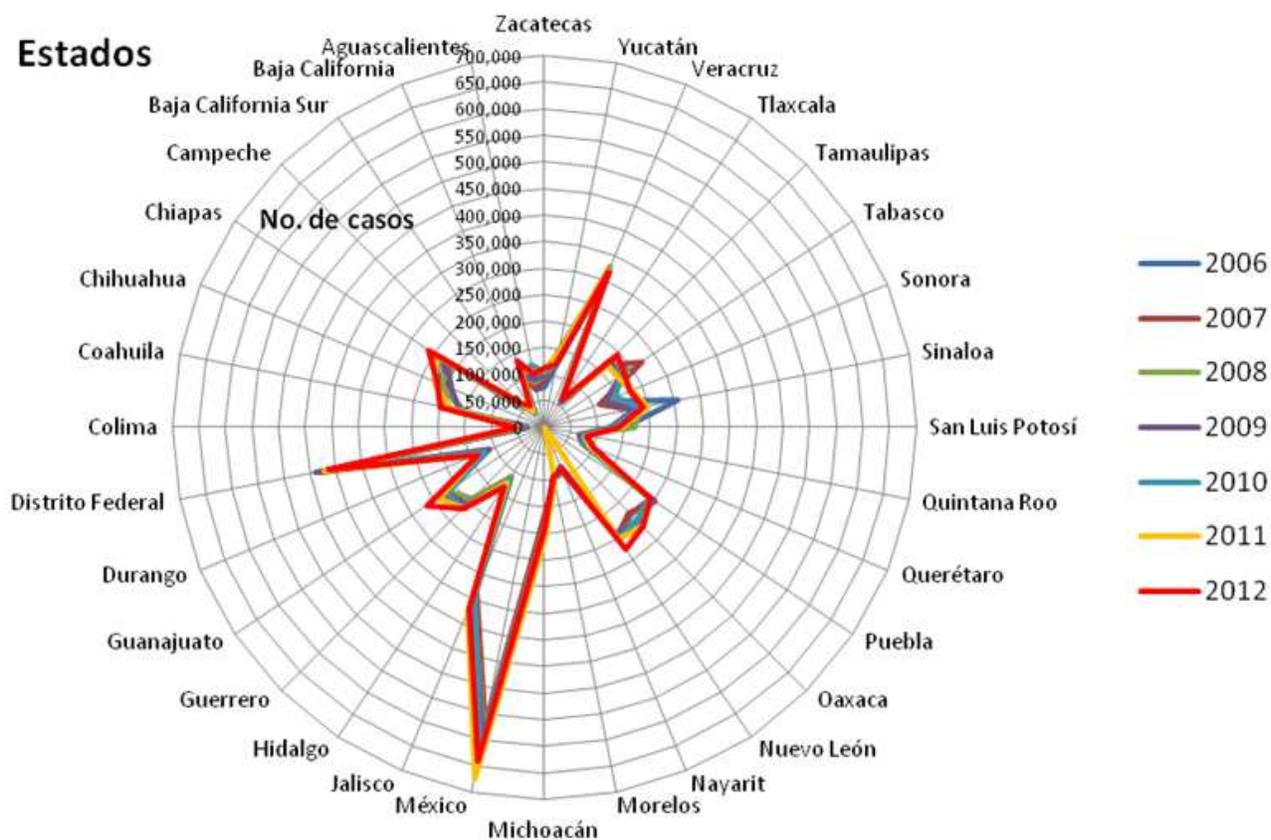
Por otro lado, considerando las tasas de incidencia, observamos que para 2012 varias entidades federativas registraron cifras mayores al 2010 y 2011, como es el caso de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Durango, Oaxaca, Tamaulipas, Tabasco y Zacatecas, lo que refleja que las diarreas están presentes como una prioridad en salud pública. Gráfica 2.

Tabla 1. Número de casos de enfermedad diarreica aguda en México por entidad federativa, 2006-2012.

Entidad Federativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aguascalientes	73,562	75,457	86,892	91,322	118,248	104,393	104,024
Baja California	118,998	105,866	106,724	105,409	113,094	120,233	134,887
Baja California Sur	37,877	33,734	37,576	35,216	33,395	35,467	48,126
Campeche	53,451	53,002	55,546	62,078	60,229	69,154	64,375
Coahuila	153,681	199,270	151,204	159,555	180,864	180,178	199,675
Colima	30,872	34,934	38,592	38,999	45,704	47,592	54,117
Chiapas	250,919	233,561	203,985	223,457	234,824	240,413	260,632
Chihuahua	209,329	192,838	210,397	186,754	224,425	223,772	218,276
Distrito Federal	437,768	429,234	406,058	420,997	383,875	421,644	413,203
Durango	127,338	118,804	115,923	110,610	120,447	135,021	135,579
Guanajuato	238,311	224,141	217,295	221,703	221,051	238,846	264,723
Guerrero	213,732	211,585	189,923	203,123	216,037	215,082	215,237
Hidalgo	115,271	111,735	113,091	120,528	117,680	125,772	134,661
Jalisco	370,189	332,191	344,073	346,140	340,443	375,350	370,649
México	607,121	569,942	583,127	595,561	623,890	672,833	639,512
Michoacán	182,141	163,420	185,285	192,434	199,119	209,075	191,236
Morelos	92,136	97,794	99,386	100,810	96,491	101,759	94,644
Nayarit	89,115	81,418	86,034	79,432	87,134	923,98	87,352
Nuevo León	256,692	246,642	243,189	238,572	254,397	252,695	276,542
Oaxaca	230,228	226,693	245,737	250,394	247,145	262,362	261,860
Puebla	241,897	249,400	242,322	246,819	239,400	241,535	240,502
Querétaro	79,287	76,631	78,809	79,639	81,937	92,629	101,213
Quintana Roo	72,742	68,034	67,623	68,488	75,722	78,998	82,869
San Luis Potosí	150,252	126,881	169,827	124,428	126,815	145,463	140,958
Sinaloa	258,265	173,694	184,321	173,376	186,266	199,338	190,073
Sonora	125,008	114,185	128,034	124,547	146,142	180,444	174,708
Tabasco	190,991	220,615	188,303	171,665	171,760	169,152	180,658
Tamaulipas	179,098	166,383	177,223	176,646	169,091	167,656	193,179
Tlaxcala	60,645	56,738	57,634	56,595	54,389	61,275	62,350
Veracruz	317,312	320,353	326,744	317,632	311,489	319,428	31,4565
Yucatán	124,094	128,651	128,141	147,544	124,715	143,830	120,923
Zacatecas	76,759	89,844	98,578	97,090	103,972	107,689	110,741
Total	5,765,081	5,533,670	5,567,596	5,567,563	5,710,190	6,031,476	6,082,049

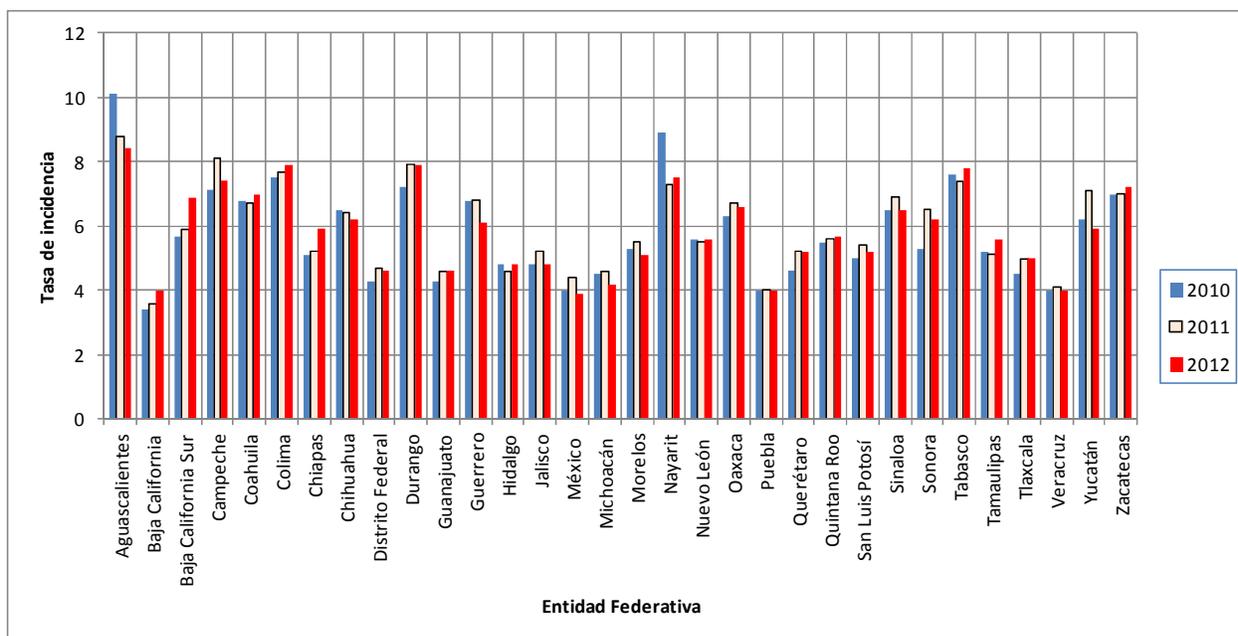
Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

Gráfica 1. Entidades federativas con mayor número de casos de enfermedad diarreica aguda, 2006-2012



Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

Gráfica 2. Tasa de incidencia de enfermedad diarreica aguda por entidad federativa en México, 2010-2012



Tasa por 100 mil Hab.

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

En cuanto al cólera, este ha estado presente en el país desde la epidemia de los años 90, y en los últimos años se han registrado casos aislados, como los ocurridos en los 2010, 2011 y 2012 en el estado de Sinaloa, siendo la misma cepa que ha circulado desde la década de los noventa la que continua presente. (Tabla 2)

Durante esta emergencia regional, en América Latina y en nuestro país se identificó al *V. cholerae* O1, biotipo El Tor como agente causal de la epidemia de cólera. En particular, en México los serotipos de *V. cholerae* aislados fueron el O1 Inaba, biotipo El Tor, en los estados de Quintana Roo, Campeche, Tabasco, Veracruz, Puebla e Hidalgo, que coincidió con los casos de Guatemala y Perú, y por tanto con la primera oleada de casos a principios de los años 90's; asimismo, se encontraron 35 aislamientos del serotipo Ogawa O1 biotipo El Tor en los estados de Tabasco, Morelos y México, teniendo como referencia cepas de Australia y Rumania.

En este sentido, resalta el hallazgo de *V. cholerae* O139 a finales de 1999 por parte del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) y el Laboratorio Estatal de Salud Pública de los Servicios Estatales de Salud de Tabasco, en el marco de las acciones de monitoreo ambiental realizadas durante la atención en comunidades afectadas por inundaciones en el estado. Estudios de biología molecular determinaron que la cepa del microorganismo aislada carecía del gen que codifica la producción de toxina colérica.

Adicionalmente, es importante conocer que dados los movimientos poblacionales en la región por diversos motivos existe el riesgo de que la bacteria viaje con éstas, y como ejemplo, en Estados Unidos se han aislado muestras del serotipo Inaba O1 biotipo El Tor, en turistas que viajaron a México; considerando lo anterior, se demuestra el riesgo de que pueda exportarse o importarse algún caso.

Tabla 2. Casos y letalidad por cólera según año de ocurrencia, México, 1991-2012

Año	Casos	Defunciones	Letalidad
1991	2,690	34	1.3
1992	8,162	99	1.2
1993	11,091	198	1.8
1994	4,075	56	1.4
1995	16,430	142	0.9
1996	1,088	5	0.5
1997	2,356	18	0.8
1998	71	0	0.0
1999	9	0	0.0
2000	5	0	0.0
2001	1	0	0.0
2002	0	0	0.0
2003	0	0	0.0
2004	0	0	0.0
2005	0	0	0.0
2006	0	0	0.0
2007	0	0	0.0
2008	0	0	0.0
2009	0	0	0.0
2010	1	0	0.0
2011	1	0	0.0
2012	2	0	0.0
Total acumulado	45,982	552	1.2

Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica del Cólera. Dirección General de Epidemiología.

Durante los tres primeros años de la epidemia, las tasas de morbilidad más altas se presentaron entre los grupos de 25 a 64 años de edad, población económicamente activa. Posteriormente esta curva se invirtió, siendo afectados los menores de un año y de 65 años y más. Es importante destacar el aumento de la tasa en los menores de un año, lo que sugería una posible infección intra domiciliaria, intuyéndose que la infección, en la mayor parte de las ocasiones, pudo haber sido transmitida por la madre y explica que el problema se ha vuelto endémico. Respecto al sexo, se observó que no existe preferencia por alguno en particular.

En cuanto a los últimos casos aislados en el país, estos se detectaron en Sinaloa, siendo la cepa Inaba la causante en 2010 en un masculino de 47 años, y en 2011 en un femenino de 10 años; para el 2012, se registraron otros dos casos femeninos de 1 año 6 meses de edad y de 60 años, siendo el agente causal la cepa Ogawa, la cual fue diferente a la que circula en Haití, República Dominicana y Cuba. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de casos de cólera por grupo de edad y sexo en México, 1991-2012

Grupo de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 1 año	380	0.84	299	0.66	679	1.5
1 a 4	1,949	4.28	1,650	3.6	3,599	7.9
5 a 14	2,891	6.34	2,649	5.81	5,539	12.2
15 a 24	3,671	8.06	3,382	7.44	7,053	15.5
25 a 44	7,274	16.0	6,094	13.3	13,368	29.3
45 a 64	5,209	11.43	4,335	9.47	9,542	20.9
> 65 años	2,833	6.22	2,272	4.98	5,105	11.2
Ignorados	354	0.77	303	0.63	657	1.4
Total	24,561	53.94	20,984	46.06	45,545	100.0

Fuente: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

Cuando ocurrieron los brotes en el periodo de 1991 a 2001 las zonas endémicas fueron las áreas rurales más pobres y los estados costeros del sur, sobre todo Campeche, Yucatán, Tabasco, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, asociados a fuentes de agua contaminados, principalmente. En los casos más recientes localizados en Sinaloa, se asoció al consumo de alimentos posiblemente contaminados por el agua de presas de donde se obtiene pescado para consumo. En ambos casos la prevención y control de la enfermedad, está enfocada a una adecuada disposición de excretas de la comunidad, fomentar el lavado de manos después de ir al baño y antes de preparar alimentos, beber y utilizar agua hervida o desinfectada para la preparación de alimentos y consumir los alimentos bien lavados y desinfectados (frutas y verduras), así como bien cocidos o fritos (pescados y mariscos).

En este sentido, México mantiene el riesgo para la reaparición del cólera, el cual se establece bajo un escenario multifactorial, en donde se encuentran la influencia de riesgos ambientales, altos niveles de pobreza, educación, falta de servicios básicos, efectos del cambio climático, deficiente saneamiento básico, etc., siendo las entidades federativas que históricamente han registrado casos y su municipios repetidores, donde las condiciones de riesgos pueden mantenerse o generarse por su dinámica poblacional y socioeconómica. (Tabla 4).

Cabe señalar, que estas enfermedades en los países que cumplen las normas mínimas de higiene no representa una amenaza, sin embargo, sigue siendo un desafío en aquellos países donde no se puede garantizar el acceso seguro al agua y servicios de saneamiento adecuados.

Ante este escenario, es importante mencionar como riesgo para el país, la posible importación de la bacteria desde Haití, en donde circula a partir de 2010 una cepa diferente a la que actualmente se tiene en México, además de otros países como República Dominicana y Cuba en donde ya también está presente. Como ejemplo de esto, se tiene el antecedente, de la presentación de casos importados en Venezuela y Estados Unidos.

Finalmente, es importante señalar, que esta enfermedad puede producir efectos negativos cuando se identifica su circulación en zonas agrícolas y turísticas, lo que implica afectar la dinámica socioeconómica de una región e incluso del país, por lo que es relevante el contar con un programa y una vigilancia permanente para detectar estos riesgos y posible importación de la bacteria al país.

Tabla 4. Entidades federativas con municipios repetidores con casos de cólera, México 1995-2012.

No.	Entidad	Municipios repetidores	% del total de municipios
1	Hidalgo	60	67.0
2	Veracruz	25	12.0
3	Puebla	24	11.0
4	México	24	20.0
5	Chiapas	24	22.0
6	Morelos	23	70.0
7	Distrito Federal	16	100.0
8	Tabasco	14	82.0
9	Guerrero	13	17.0
10	Guanajuato	13	28.0
11	Tlaxcala	12	20.0
12	Yucatán	9	9.0
13	Oaxaca	9	2.0
14	Tamaulipas	7	16.0
15	San Luís Potosí	7	12.0
16	Michoacán	6	5.0
17	Jalisco	6	5.0
18	Colima	6	60.0
19	Campeche	6	55.0
20	Nuevo León	5	10.0
21	Querétaro	2	11.0
22	Coahuila	1	3.0
23	Aguascalientes	1	9.0

Fuente: Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica del Cólera. Dirección General de Epidemiología.

III.3 Avances 2006–2012

El logro más importante sin duda, ha sido la disminución en la mortalidad por diarreas, sobre todo en menores de 5 años de edad, y el mantener bajo control epidemiológico el cólera.

En especial para el cólera, estos logros son gracias a la respuesta inmediata ante la presencia de casos sospechosos, brotes y aislamientos del *Vibrio cholerae* en humanos y ambiente, situación que ha permitido mantener el control, y según su caracterización epidemiológica, orientar con oportunidad las actividades de prevención y control.

También fue sustantivo el trabajo conjunto con el personal de Promoción de la Salud, para propiciar cambios con relación a los hábitos y costumbres higiénicos de la población, incluyendo los alimenticios. Asimismo, se destaca el apoyo de las áreas de Protección contra Riesgos Sanitarios, en la vigilancia sanitaria de agua y alimentos, así como en la orientación en la disposición sanitaria de aguas residuales, excretas y el garantizar el adecuado manejo de establecimientos, mediante la verificación del cumplimiento de la normatividad.

Cabe señalar que a partir de la epidemia de los años 90, se registraron importantes avances en el número de sistemas formales de abastecimiento de agua para uso y consumo humano, lo cual contribuyó a lograr el control epidemiológico del cólera, y en este sentido, debe destacarse la participación de la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), que coadyuvo en la ampliación de la cobertura de agua potable.

Todos los logros mencionados anteriormente son consecuencia de un sin número de actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica y sanitaria, que han permitido la identificación oportuna de casos y riesgos ambientales, para la implementación de acciones de prevención y control en todo el territorio nacional.

III.4 Retos 2013–2018

En nuestro país la enfermedad diarreica aguda ha presentado un incremento de casos en los últimos años, sobre todo por el incremento poblacional, que en muchas zonas ocasiones se establecen en zonas sin servicios básicos o limitados, sobre todo con respecto a la disposición de agua segura, drenaje y electricidad.

Ante esto, es necesario continuar con la vigilancia sanitaria y epidemiológica, además de la capacidad institucional para establecer de manera oportuna un diagnóstico y tratamiento adecuado para las enfermedades diarreicas incluyendo el cólera.

Para mantener los logros alcanzados se requiere redoblar las acciones y fortalecer las actividades preventivas, manteniendo una vigilancia epidemiológica constante, intensificando las intervenciones dirigidas a promover el cambio de hábitos, actitudes, comportamientos o prácticas, enfocadas en estilos de vida saludables de los individuos y las comunidades, ya que aún persisten factores que favorecen riesgos para que se presenten casos de diarrea o brotes de cólera, esto último, dado que se tiene la circulación de la bacteria de cólera y de otros vibrios patógenos toxigénicos como el *Vibrio parahemolyticus* en agua y alimentos, por lo que se requiere garantizar que los sistemas de abastecimiento proporcionen permanentemente agua segura, además de buscar opciones alternativas para el abasto en comunidades marginadas; con estas acciones es posible reducir el riesgo de que el agua represente un riesgo para la transmisión de estas enfermedades.

En la actualidad en México aún persisten determinantes y amenazas que podrían hacer resurgir al cólera y favorecer el incremento de enfermedades diarreicas agudas, y entre los de mayor relevancia se tienen a las siguientes situaciones:

- Las situaciones de desastres por fenómenos naturales que favorecen la contaminación de agua y alimentos, lo que constituyen fuentes de infección de rápida dispersión.
- La movilización de trabajadores del campo, de la construcción y el turismo dentro del país, así como la migración de centro y sudamericana a través de nuestro territorio hacia los Estados Unidos de América.
- La llegada al país de personas provenientes de zonas geográficas con circulación de enfermedades reemergentes, como es el caso del cólera en países como Haití, República Dominicana y Cuba.
- Cambio climático.

Uno de los retos será el limitar la ocurrencia de casos y brotes de enfermedad diarreica y cólera, que además de comprometer la salud de quien la padece, puede provocar días laborales y escolares perdidos, trastornos económicos a las familias, afectaciones importantes a la exportación de alimentos y el flujo del turismo extranjero, por lo que resulta prioritario su detección y control oportuno.

Esta situación hace necesario que los Servicios Estatales de Salud mantengan las actividades sustantivas que presenta este Programa, como la vigilancia epidemiológica y sanitaria, el saneamiento básico, la capacitación y que la promoción de la salud establezca los mecanismos de difusión de las medidas básicas de prevención para las enfermedades diarreicas agudas y el cólera, favoreciendo con ello, los hábitos y costumbres de la población encaminadas a proteger su salud ante estas enfermedades.

Estas medidas deberán ser fortalecidas sobre todo en los municipios y regiones de mayor riesgo identificados con base en criterios que permitan focalizar las acciones preventivas.

La capacitación, se realizará a través de la programación de cursos al personal de salud en las entidades federativas, a donde podrá incluir el apoyo federal; estarán dirigidos a las unidades de salud de los diferentes niveles de atención, y con ello se cuente con recursos humanos capaces de brindar una detección y atención oportuna y adecuada.

Para lo anterior, será preciso, asegurar que todas las unidades del Sector Salud cuenten con los insumos y medicamentos necesarios para atención médica, el manejo, tratamiento y diagnóstico de casos de enfermedad diarreica aguda y cólera.

Por otro lado, fortalecer la coordinación intersectorial y respuesta social a nivel nacional, para el manejo integral de las enfermedades diarreicas agudas, que permita mantener el control epidemiológico del cólera, para ello, será fundamental dar atención a los casos o brotes de manera oportuna y efectiva, a través del trabajo comprometido del personal de salud en todo el territorio nacional.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

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

La salud representa el capital máspreciado del ser humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, la salud es fundamental para lograr llevar a México a su máximo potencial, tal como define el PND 2013-2018 El capital humano con salud, como una condición elemental para el bienestar de las personas, permite que se atenúen las brechas sociales, de allí que es un componente clave para alcanzar un México Incluyente.

a fin de contribuir a mantener la salud de la población, y con ello, que ésta pueda desarrollar todo su potencial humano, participando de una mejor manera en el desarrollo del país. En ese sentido, la prevención y atención oportuna de casos y brotes de enfermedad diarreica aguda y cólera, permitirán evitar epidemias que puedan comprometer la Seguridad en Salud local y/o regional.

El Programa de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera está vinculado con estrategias del PND,

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.	2.3.2. Hacer las acciones de protección promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.
			3. Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	2. Identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> en humanos.
			4. Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.
			5. Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del programa.

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

De acuerdo a lo que establece el PROSESA 2013-2018, la atención de enfermedades diarreicas agudas y cólera, se establece con base en las estrategias y líneas de acción siguientes:

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, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	1. Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.		
			3. Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.		
	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.	1.3.5. Promover la participación comunitaria para incidir en la reducción de la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.	3. Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.	
				4. Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.	
		1.3.6. Promover la participación federal, estatal y municipal para reducir la morbilidad y mortalidad de enfermedades diarreicas y respiratorias.			

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier otra actividad de su vida.</p>	<p>3.2. Garantizar el control de emergencias en salud, desastres y de seguridad en salud.</p>	<p>3.2.3. Fortalecer los mecanismos de anticipación y respuesta ante enfermedades emergentes, reemergentes y las asociadas a desastres.</p>	<p>1. Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.</p>
		<p>3.2.4. Fortalecer la capacitación y actualización del personal involucrado en la preparación y respuesta ante emergencias y riesgos sanitarios.</p>	<p>5. Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del programa.</p>
		<p>3.2.6. Promover las acciones intersectoriales para controlar emergencias y desastres y de seguridad en salud.</p>	<p>2. Identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> en humanos. 5. Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.</p>



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción.

Con base en la experiencia que ha alcanzado el sector, se presentan las intervenciones y acciones intersectoriales, focalizadas y dirigidas para la prevención y atención a la población afectada por enfermedades diarreicas agudas y cólera.

Objetivos:

1. Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.
2. Identificar la circulación del *Vibrio cholerae* en humanos.
3. Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.
4. Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.
5. Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.

Objetivo 1. Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.

Estrategia 1.1. Operar la coordinación a través del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera, para la implementación del Programa.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Llevar a cabo reuniones trimestrales de coordinación con la participación de todas las áreas relevantes para la prevención y control de riesgos para diarreas y cólera.
- 1.1.2. Realizar acciones coordinadas de prevención y control ante casos y brotes sospechosos de cólera y por diarrea.

- 1.1.3. Verificar el funcionamiento del grupo intersectorial de diarreas y cólera en las entidades federativas.

*Objetivo 2. Identificar la circulación del *Vibrio cholerae* en humanos.*

Estrategia 2.1. Implementar el monitoreo en humanos de enterobacterias de interés epidemiológico.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Realizar el monitoreo de *V. cholerae* en casos de enfermedad diarreica aguda en unidades de salud de las instituciones del sector.
- 2.1.2. Elaborar reporte trimestral sobre los aislamientos de las diferentes enterobacterias identificadas en los monitoreos, y con ello, focalizar acciones preventivas y de control.

Objetivo 3. Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.

Estrategia 3.1. Priorizar las acciones de promoción, prevención y control de enfermedades diarreicas agudas y cólera.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Realizar las acciones preventivas, con enfoque de riesgo, en los Estados, municipios y localidades con aislamientos de *vibrios* y con mayor incidencia de casos y brotes de diarrea.
- 3.1.2. Realizar acciones de prevención y control de diarreas y cólera en las zonas con aislamientos de *V. cholerae* en humanos y ambiente, ante casos sospechosos de cólera y brotes por enfermedad diarreica aguda.

Objetivo 4. Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.

Estrategia 4.1. Asegurar el tratamiento de casos de diarrea y sospechosos de cólera, de acuerdo a los lineamientos establecidos.

Líneas de acción:

- 4.1.1. Identificar oportunamente los casos sospechosos de cólera a través del Sistema Nacional de Salud.
- 4.1.2. Otorgar tratamiento médico oportuno a los casos sospechosos.
- 4.1.3. Asegurar la dotación de insumos y atención médica de casos de diarrea y sospechosos de cólera en todas las unidades del sector salud.

Objetivo 5. Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.

Estrategia 5.1. Asegurar la correcta ejecución del Programa en las entidades federativas.

Líneas de acción:

- 5.1.1. Capacitar a los responsables del Programa y personal de salud involucrados en la ejecución del programa.
- 5.1.2. Supervisar las acciones del Programa en las entidades federativas.
- 5.1.3. Evaluar el desempeño del Programa en las entidades federativas.

V.2 Estrategias Transversales

Perspectiva de género

Con relación al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género del PND, específicamente relacionado con:

- Evaluar los esquemas de atención de los programas sociales para determinar los mecanismos más efectivos que reduzcan las brechas de género, logrando una política social equitativa entre mujeres y hombres.
- Diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad, para el cuidado de infantes y otros familiares que requieren atención”.

Se garantiza que la atención de prevención y control, de EDA y cólera sea universal y gratuitas, con especial énfasis en poblaciones vulnerables, como embarazadas, personas con capacidades diferentes, con enfermos crónicos, menores de 5 años y adultos mayores.

Asimismo, el Programa elimina los estereotipos de género al utilizar comunicación incluyente y no sexista en los contenidos de las campañas de promoción para la prevención y control de ER y favorece el diseño de materiales y productos comunicativos con lenguaje incluyente y promoviendo diversidad de roles según la interculturalidad en salud.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y META

Indicadores

La evaluación del Programa de Prevención de Enfermedades Diarreicas Agudas y Cólera, se fundamenta en indicadores relacionados con acciones de coordinación, monitoreo, preventivas, de respuesta y rectoría, necesarias para el cumplimiento de los objetivos.

Elemento	Características						
Indicador 1	Porcentaje de Reuniones del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera.						
Objetivo del PAE	Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.						
Descripción general	Realizar una reunión del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera al trimestre de forma ordinaria, y las extraordinarias cuando sean requeridas, la unidad de medida será reuniones intersectoriales realizadas.						
Observaciones	Realizar invitación a través de oficio a los integrantes del grupo intersectorial. Aplica para el nivel nacional y estatal. Método de cálculo: Numerador: Reuniones trimestrales realizadas / Denominador: Reuniones trimestrales programadas por 100.						
Periodicidad	Trimestral y anual.						
Fuente	Plataforma SIAFFASPE y minutas de las reuniones del Grupo Intersectorial, tanto nacional como estatales.						
Referencias adicionales	Se genera con base en la información remitida por los Estados, siendo el CENAPRECE quien reporta el avance. Se reporta el indicador nacional.						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2012				Meta Sexenal			
100%				100%			

Elemento	Características					
Indicador 2	Porcentaje de casos de diarrea con hisopo rectal para búsqueda de <i>V. cholerae</i> .					
Objetivo del PAE	Identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> en humanos.					
Descripción general	Se refiere a la búsqueda de <i>V. cholerae</i> en casos de EDA que no cumplan con la definición operacional de caso sospechoso de cólera, en unidades de salud seleccionadas, en unidades de salud seleccionadas. La unidad de medida es hisopos rectales tomados.					
Observaciones	Participación de todo el sector. Las unidades de salud se seleccionarán con base en un enfoque de riesgo para diarreas y cólera. Método de cálculo: Numerador: Casos de EDA con hisopo rectal / Denominador: Total de casos de diarrea en las unidades de salud seleccionadas por 100.					
Periodicidad	Mensual y anual.					
Fuente	Guía mensual de información del Programa, la cual tiene como fuente primaria la información emitida por las jurisdicciones sanitarias.					
Referencias adicionales	Se genera con base en la información remitida por los Estados, siendo el CENAPRECE quien reporta el avance. Se reporta el indicador global nacional.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	≥2%	≥2%	≥2%	≥2%	≥2%	≥2%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
2%			≥2%			

Elemento	Características						
Indicador 3	Número de operativos preventivos para diarreas y cólera en áreas de riesgo.						
Objetivo del PAE	Desarrollar acciones preventivas para enfermedades diarreicas agudas y cólera.						
Descripción general	Programar por el nivel federal, al menos dos operativos preventivos para enfermedad diarreica aguda y/o cólera, en zonas seleccionadas con base en un enfoque de riesgo (aislamientos de vibrios, desplazamientos poblacionales, zonas turísticas, etc.). La unidad de medida será operativos preventivos realizados.						
Observaciones	Método de cálculo: Se realizan en zonas de riesgo de entidades seleccionadas, con al menos dos 2 operativos preventivos en un año.						
Periodicidad	Trimestral y anual.						
Fuente	Informe generado por operativo.						
Referencias adicionales	Se genera con base en la información remitida por los Estados, siendo el CENAPRECE quien reporta el avance. Se reporta el indicador nacional.						
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
	≥2	≥2	≥2	≥2	≥2	≥2	
Línea base 2012			Meta Sexenal				
2			≥12				

Elemento	Características					
Indicador 4	Letalidad por cólera.					
Objetivo del PAE	Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.					
Descripción general	Para limitar la ocurrencia de muertes por cólera, será necesario realizar una detección oportuna de casos sospechosos, contar con insumos y capacitación del personal de salud para la atención médica.					
Observaciones	<p>La atención inmediata y la aplicación de acciones preventivas y de control de riesgos ante la presencia de casos sospechosos, permite coadyuvar en mantener el control epidemiológico y limitar las muertes por esta enfermedad. Aplica para el cálculo, los casos y defunciones en quienes se haya hecho la conformación de la presencia del V. choleare toxigénico.</p> <p>Método de cálculo: Numerador: Número de defunciones por cólera / Denominador: Número de casos confirmados de cólera por 100.</p>					
Periodicidad	Trimestral y anual.					
Fuente	Guía mensual de información del Programa, SEED y plataforma de diarreas y cólera.					
Referencias adicionales	Se genera con base en la información remitida por los Estados, siendo el CENAPRECE quien reporta el avance. Se refiere a la letalidad nacional, la cual debe ser como máximo el 1%.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
0%			≤1%			

Elemento	Características					
Indicador 5	Cursos de capacitación realizados.					
Objetivo del PAE	Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.					
Descripción general	Realizar cursos de capacitación a personal involucrado en el programa; la federación capacitará a responsables estatales y estos a su vez a los responsables jurisdiccionales. La unidad de medida será cursos realizados.					
Observaciones	Método de cálculo: Se deberá cumplir con la realización de al menos seis cursos de capacitación a personal de las entidades, con la participación de los diferentes componentes que participen en el Programa.					
Periodicidad	Trimestral y anual.					
Fuente	Guía mensual del Programa e informe generado por capacitación realizada.					
Referencias adicionales	La documentación de soporte sobre la actividad realizada (cursos), incluye oficio de invitación, carta programática y lista de asistencia. Se reporta el indicador nacional.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	6	6	6	6	6	6
Línea base 2012			Meta Sexenal			
6			36			

Elemento	Características					
Indicador 6	Porcentaje de supervisión a entidades federativas realizadas.					
Objetivo del PAE	Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.					
Descripción general	Efectuar por parte del CENAPRECE, supervisión del Programa en aquellas entidades con menor desempeño o que sean identificadas con un enfoque de riesgo como prioritarias. La unidad de medida serán las supervisiones realizadas.					
Observaciones	Las supervisiones al programa, aplica para los distintos niveles (estatal, jurisdiccional y local). Método de cálculo: Numerador: Supervisiones realizadas / Denominador: Supervisiones programadas por 100.					
Periodicidad	Trimestral y anual.					
Fuente	Informe de supervisión.					
Referencias adicionales	Se reporta el indicador nacional.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
100%			100%			

Elemento	Características					
Indicador 7	Porcentaje de reportes de evaluación del Programa realizados.					
Objetivo del PAE	Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del Programa.					
Descripción general	Realizar una evaluación trimestral y anual, bajo la estrategia “Caminando a la Excelencia”. La unidad de medida son los reportes de evaluación realizadas.					
Observaciones	Los reportes de evaluación de las entidades federativas, se elaboran cada trimestre, con base en la información registrada en las Guías de información del Programa. Método de cálculo: Numerador: Reportes realizados / Denominador: Reportes programados por 100.					
Periodicidad	Trimestral y anual.					
Fuente	Guía mensuales de información del Programa, remitidas por las entidades federativas.					
Referencias adicionales	El Programa nacional enviará la información obtenida de los resultados a la Dirección General de Epidemiología, quien es la instancia responsable de aplicar la metodología para obtener el resultado final del trimestre y anual.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Línea base 2012			Meta Sexenal			
100%			100%			



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

A continuación se presentan los siguientes cuadros que representan la vinculación de diversas instancias responsables de las actividades requeridas para el logro de lo establecido en el presente Programa.

Estos cuadros incluyen áreas que establecen la normatividad en el ámbito técnico y rector, así como aquellas responsables de la operación del Programa. Además, se incluyen otras intersectoriales como la Comisión Nacional del Agua, principalmente, estando abierta la participación a otras instancias, según sea necesario, y las cuales serán vinculadas a cada área técnico-operativa.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Coordinar de manera intra e intersectorial, las acciones de implementación y operación del Programa.								
Indicador 1		Porcentaje de Reuniones del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera.					Meta 1	100%		
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oport	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Llevar a cabo reuniones trimestrales de coordinación con la participación de todas las áreas relevantes para la prevención y control de riesgos para diarreas y cólera.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Participan las instancias del sector salud y otros vinculados, como CONAGUA y municipios y otras instancias que se consideren necesarias.
1.1.2.	Realizar acciones coordinadas de prevención y control ante casos y brotes sospechosos de cólera y por diarrea.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.3.	Verificar el funcionamiento del grupo intersectorial de diarreas y cólera en las entidades federativas.	✓							✓	Es realizada por el CENAPRECE y los SESA.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA

Objetivo 2		Identificar la circulación del <i>Vibrio cholerae</i> en humanos.									
Indicador 2		Porcentaje de casos de diarrea con hisopo rectal para búsqueda de V. cholerae.						Meta 2	≥ 2%		
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oport	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones	
No.	Descripción										
2.1.1.	Realizar el monitoreo de V. cholerae en casos de enfermedad diarreica aguda en unidades de salud de las instituciones del sector.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Aplican todas las unidades de salud seleccionadas para el monitoreo, con base en un enfoque de riesgo.	
2.1.2.	Elaborar reporte trimestral sobre los aislamientos de las diferentes enterobacterias identificadas en los monitoreos, y con ello, focalizar acciones preventivas y de control.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Todas las instancias deben notificar todos los aislamientos de vibrios y elaborar reportes trimestrales.	

Objetivo 3		Desarrollar acciones para la prevención de las enfermedades diarreicas agudas y cólera.								
Indicador 3		Operativos preventivos para diarreas y cólera en áreas de riesgo.					Meta 3		≥ 12	
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oport	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Priorizar las acciones preventivas con enfoque de riesgo en los Estados, municipios y localidades con aislamientos de vibrios y con mayor incidencia de casos y recurrencia y brotes de EDA.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Se organizan en el marco del Grupo Intersectorial de Diarreas y Cólera.
3.1.2.	Realizar acciones de prevención y control de diarreas y cólera en las zonas con aislamientos de V. cholerae en humanos y ambiente, ante casos sospechosos de cólera y brotes por EDA.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA

Objetivo 4		Atender de manera oportuna los casos sospechosos para evitar defunciones por cólera.								
Indicador 4		Letalidad por cólera.				Meta 4	≤ 1%			
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oport	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Identificar oportunamente los casos sospechosos de cólera a través del Sistema Nacional de Salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.1.2.	Otorgar tratamiento médico oportuno a los casos sospechosos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.1.3.	Asegurar la dotación de insumos y atención médica diarrea y sospechosos de cólera en todas las unidades del sector salud.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 5		Garantizar las acciones de capacitación, supervisión y evaluación del programa.								
Indicador 5		Cursos de capacitación realizados.						Meta 5	36	
Indicador 6		Porcentaje de supervisión a entidades federativas realizadas.						Meta 6	100%	
Indicador 7		Porcentaje de reportes de evaluación del Programa realizados.						Meta 7	100%	
Línea de acción		SS	SESA	IMSS	IMSS Oport	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
5.1.1.	Capacitar a los responsables del Programa y personal de salud involucrados en la ejecución del programa.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Participan las instancias del sector salud y otros vinculados, como CONAGUA y municipios y otras instancias que se consideren necesarias.
5.1.2.	Supervisar las acciones del Programa en las entidades federativas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Es realizada por el CENAPRECE y los SESA. En la supervisión se incluyen unidades de las diversas instancias del sector.
5.1.3.	Evaluar el desempeño del Programa en las entidades federativas.	✓	✓							Es realizada por el CENAPRECE y los SESA.



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. Beltrán P, Delgado G, Navarro G, Trujillo F, Selander RK, Cravioto A. Genetic Diversity and Population Structure of *Vibrio cholerae*. J Clin Microbiol. 1999; 37(3): 581–590.
2. Borrotoa RJ, Martínez-Piedrab R. Geographical patterns of cholera in Mexico, 1991–1996. Intl J Epidem. 2000;29,764-772.
3. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 5 de febrero de 1917. Última Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación en 13 de Noviembre 2007.
4. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud. 26 de Diciembre 1983. Última Reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación en 18 de Diciembre 2007.
5. Drazen JM, Klemperer MS. Disaster, Water, Cholera, Vaccines, and Hope. N Engl J Med 352;8.
6. Giono S, Gutiérrez-Cogno L, Rodríguez-Angeles G, Del Río-Zolezzi A, Valdespino-González JL, Sepúlveda-Amor J. Vibrio cholerae O1 fenotipos y genotipos México. Gac Med Mex 1995; 131:28-37.
7. Longini I, Nizam A, Ali M, Yunus M, Shenvi N, Clemens JD. Controlling Endemic Cholera with Oral Vaccines. PLoS Med. 2007 November; 4(11): e336.
8. Nair GB. How much more research is required to prevent cholera? Indian J Med Res 125, May 2007, pp 612-614.
9. Organización Panamericana de la Salud. La OPS declara a Centroamérica una zona sin cólera. El boletín informativo. Washington, D.C. 2004.
10. Organización Panamericana de la Salud. Número de casos de cólera en las Américas, 1990–2006. Washington, D.C. 2006.
11. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018 México 2007.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. México 1995.
13. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. México 1994.
14. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México.
15. Secretaría de Salud. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México.
16. Vilchis-Guizar AE, Uribe-Márquez S, Pérez-Sánchez PL. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con cólera en la ciudad de México. Salud Pub Mex 1999; 41:487-491.
17. World Health Organization, (WHO). Cholera, 2006. Agosto 2007; 31; 273-284.
18. World Health Organization, (WHO). Cholera, Angola – update1. Junio 2006; 24; 237–240.
19. World Health Organization, (WHO). Cholera, Iraq. Septiembre 2007; 37, 2007, 82, 321–328.
20. World Health Organization, (WHO). Cholera, southern Sudan. Marzo 2006; 10, 89–96.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
InDRE	Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SSA	Secretaría de Salud

GLOSARIOS DE TÉRMINOS

Área de riesgo. Zona geográfica donde se presentan condiciones naturales que favorecen la presencia de *V. cholerae* O1, o aquella en la que se ha aislado dicho microorganismo en casos portadores o en muestras ambientales (aguas blancas, aguas negras o alimentos).

Autopsia verbal. Entrevista a los familiares o personas cercanas del fallecido por diarrea y en la que exista sospecha de que el deceso se debió a cólera. Se realizará con un cuestionario estandarizado (autopsia verbal), que concentra la información relacionada con los factores de riesgo asociados a la enfermedad (consumo de alimentos y bebidas, en el hogar o vía pública; antecedentes de viajes recientes; recepción de visitantes que hubiesen llevado alimentos y bebidas que consumió la persona fallecida, etc.).

Brote. Es la presencia de dos o más casos confirmados, relacionados epidemiológicamente entre sí, o la aparición de un caso en un área donde no se ha demostrado la existencia previa del cólera.

Caso confirmado. Es todo enfermo en el que se aíse o demuestre la presencia de *V. cholerae* O1 en materia fecal o contenido gastrointestinal, o en quien se compruebe seroconversión de anticuerpos vibriocidas o antitoxina colérica.

Caso sospechoso. En aquellas áreas donde no se ha demostrado, o se desconoce la circulación de *V. cholerae* O1, se considerará caso sospechoso a. Todo enfermo de diarrea que tenga cinco años de edad o más, que presente cinco evacuaciones o más en 24 horas y cuyo padecimiento tenga una evolución menor a cinco días (“regla de los tres cincos”). En las localidades o comunidades donde se ha demostrado la circulación de *V. cholerae* O1 durante los últimos 90 días, ubicadas dentro del área de los cercos epidemiológicos, se considerará como caso sospechoso a toda persona con diarrea no mayor a cinco días de evolución, independientemente de su edad.

Contacto. Es la persona que en el hogar, lugar de trabajo o sitio de reunión, haya compartido, preparado o manipulado alimentos, bebidas, agua o hielo, con los casos sospechosos o confirmados, en los cinco días previos al inicio de la enfermedad.

Defunción. Fallecimiento de un caso confirmado, hasta dos semanas posteriores al inicio de las manifestaciones clínicas, y en cuyo certificado de defunción aparezcan como causa básica o asociada. gastroenteritis o diarrea, más deshidratación; gastroenteritis o diarrea, más desequilibrio hidroelectrolítico

Fuente de infección. Todo alimento, agua, bebida, hielo, heces o vómito, en donde se aíse o demuestre la presencia de *V. cholerae* O1.

Hospitalizado. Es la persona a la que se brinda atención médica en un establecimiento de salud, formal o improvisado y que permanece en el mismo 24 horas o más, así como en quien se aíse o demuestre la presencia de *V. cholerae* O1.

Medidas básicas para evitar enfermedades diarreicas.

- Lavarse las manos antes de comer, preparar o servir los alimentos, después de ir al baño o después de cambiar el pañal a las niñas y los niños.
- Beber sólo agua desinfectada por medios físicos o químicos (purificada, hervida, clorada, con plata coloidal, yodada).
- Consumir alimentos bien cocidos o fritos, en especial pescados y mariscos; no comer ostiones en estado natural ni ceviche. Estos alimentos se pueden consumir, previa cocción.
- Lavar y desinfectar las frutas y verduras que se comen crudas, como cilantro, perejil, col, lechuga, pápalo, fresas. La desinfección se realiza agregando cinco gotas de blanqueador casero al 6%, de plata coloidal o soluciones de yodo; por cada litro de agua, y remojando los productos durante treinta minutos. Los alimentos deben estar bien sumergidos y se consumirán sin que se les practique nuevo lavado. Esta solución no deja sabor ni olor.
- Si existe la necesidad de consumir alimentos fuera del hogar, seleccionar un lugar limpio y no consumir agua o los alimentos mencionados, si no se tiene la plena seguridad de que están desinfectados o bien cocidos.
- No defecar al ras del suelo sino en el excusado, letrina, hoyo. No hacerlo cerca de arroyos, manantiales o ríos. En caso de extrema necesidad, cavar un pequeño hoyo para enterrar las excretas y si se cuenta en esos momentos con cal o ceniza, aplicarla sobre las excretas antes de taparlas.

Notificación. Es la referencia de información sobre los casos sospechosos, confirmados o defunciones, así como respecto a la sospecha o confirmación de los brotes de cólera por parte de los diferentes niveles hasta la instancia normativa. Las acciones y procedimientos de notificación se sustentan en la Norma Oficial Mexicana NOM- 017-SSA2-2012 “Para la Vigilancia Epidemiológica” y la NOM-016-SSA2-2012 “Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera”, que establecen la obligatoriedad de la notificación inmediata, así como la realización del estudio epidemiológico correspondiente. Además de la notificación de casos y brotes, es necesario que los SESA y las jurisdicciones sanitarias integren y operen una Red de Notificación Negativa Diaria. La notificación debe hacerse oportunamente y con base en los casos sospechosos y tanto la notificación como la presencia de éstos, activarán el inicio de las actividades de prevención y control.

Operativos preventivos y especiales. Se realizarán en aquellos actos en los que haya importantes concentraciones poblacionales independientemente de su naturaleza, ya sea política, académica, religiosa o social y que se encuentren presentes, los riesgos de transmisión de la enfermedad. El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), a través de la Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres, brindará asesoría técnica y vigilará que se cumpla la normatividad correspondiente.

Portador. Es la persona que alberga al agente infeccioso sin que presente diarrea y en quien se aísla o demuestre la presencia de *V. cholerae* 01 en la materia fecal o en el contenido gastrointestinal.

Vigilancia epidemiológica activa. Con la finalidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica activa de *Vibrio cholerae* se realiza un monitoreo sistemático de los pacientes con enfermedad diarreica aguda que asisten a las unidades de salud de todo el sector, para identificar oportunamente la presencia de la bacteria causante de cólera.



PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS Y CÓLERA

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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