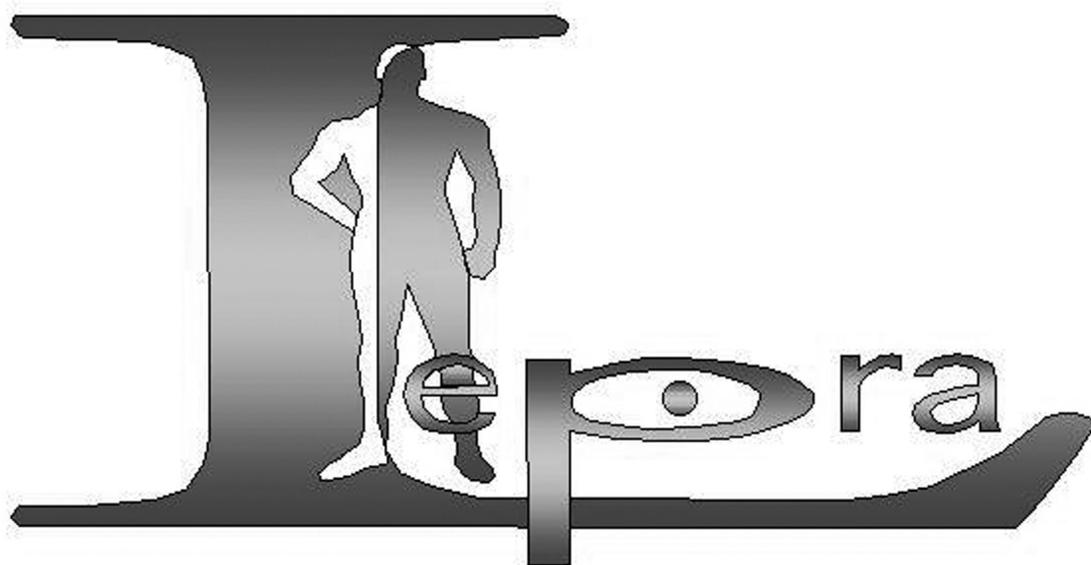


**PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
2007-2012
Lepra**



SECRETARÍA DE SALUD

**SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO 2007-2012

Lepra

Primera edición 2008

D.R.© Secretaría de Salud

Lieja 7, Col. Juárez

06696 México,D.F.

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

Directorio

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Bernardo E. Fernández del Castillo
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dr. Pablo Kuri Morales
Director General Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Maestro. Juan Francisco Molinar Horcasitas
Director General

Dr. Santiago Echavarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

QFB. Sergio Antonio Salazar Salazar
Director de Prestaciones Económicas y Sociales

Lic. Pablo Salvador Reyes Pruneda
Director de Incorporación y Recaudación

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Director Jurídico

Lic. José Antonio López Morales
Director de Finanzas

C. P. Francisco Suárez Warden
Director de Administración y Evaluación de Delegaciones

Lic. Carlos Castañeda Gómez del Campo
Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Lic. Carolina Gómez Vinales
Titular de la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades

Mtro. Mony de Swaan Addati
Titular de la Unidad de Vinculación

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Dr. Carlos Tena Tamayo
Subdirector General Médico

Dra. Margarita Blanco Cornejo
Subdirectora de Prevención y Protección de la Salud

Dra. Irma Riva Palacio y Chiang Sam
Jefa de Servicios de Programas de Prevención y Atención Médica de Enfermedades Crónicas y Degenerativas

Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y
Control de Enfermedades CENAVECE

Dr. Pablo Kuri Morales
Director General

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas
**Director General Adjunto de Programas
Preventivos**

Dr. Hugo López-Gatell Rodríguez
Director General Adjunto de Epidemiología

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda
Directora General Adjunta del InDRE

Dr. Martín Castellanos Joya
Director de Micobacteriosis

Dra. Martha Angélica García Avilés
Subdirectora de Micobacteriosis

Dra. María Cristina Carreño Martínez
Jefa del Departamento de Lepra

Contenido

Mensaje del C. Secretario de Salud	7
Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	9
Introducción	11
1. Marco Institucional	13
1.1 Marco jurídico	15
1.2 Vinculación con el PND 2007-2012	15
1.3 Sustentación con base en el PROSESA 2007-2012	16
2. Diagnóstico de Salud	17
2.1 Problemática	17
2.2 Avances 2000-2006	19
2.3 Retos 2007-2012	21
3. Organización del Programa	23
3.1 Misión	23
3.2 Visión	23
3.3 Objetivos	24
3.4 Estrategias y líneas de acción	24
3.5 Modelo operativo	26
4. Estrategia de Implantación Operativa	29
4.1 Estructura y niveles de responsabilidad	29
4.2 Etapas para la instrumentación	29
4.3 Acciones de mejora de la gestión pública	31
5. Evaluación y Rendición de Cuentas	33
5.1 Metas anuales 2007-2012	33
5.2 Indicadores	34
5.3 Sistema de monitoreo y seguimiento	35
5.4 Evaluación de resultados	35
6. Bibliografía	37
7. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos	38
8. Agradecimientos	39

Mensaje del C. Secretario de Salud

La Salud es un derecho de los mexicanos y representa un bien estratégico para el desarrollo del país, por esto se requieren programas preventivos que reconozcan los logros y avances del Sistema de Salud, que identifiquen las nuevas y cada vez más complejas necesidades de la población y aproveche las oportunidades para ampliar su cobertura, calidad y eficiencia.

Los Programas Preventivos de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud se han reorientado a la nueva estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud, incluida ésta en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, con apego al Plan Nacional de Desarrollo.

El mayor énfasis consiste en desarrollar Políticas Globales en Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, coordinadas con el resto de los Programas y Estrategias de Salud de las Instituciones del Sector, a fin de mejorar la eficacia y fortalecer las alianzas estratégicas bajo objetivos comunes.

Son varios los factores que deben considerarse en la implementación de políticas públicas exitosas en esta materia. La transición demográfica y epidemiológica que presenta nuestro país merece especial atención. Los cambios en la conformación de la pirámide poblacional, explican en gran medida la elevada presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, no obstante en ciertas regiones prevalecen las enfermedades infecciosas, las transmitidas por vector, las zoonosis, las micobacteriosis, las parasitosis, las enfermedades diarreicas y respiratorias, lo que marca un escenario de polaridad de patologías distintivas de los países en desarrollo. Asimismo, las cifras de mortalidad materna y perinatal en México todavía son superiores a las observadas en los países del primer mundo y se representan con marcada heterogeneidad entre las entidades federativas.

Entre las enfermedades transmisibles que aún prevalecen en nuestro país, la lepra requiere de un grupo multidisciplinario que atiendan el problema tanto clínico, como biológico y social, de modo que las actividades sean ejecutadas bajo las estrategias y líneas de acción que se presentan en el Programa de Acción: Prevención y control de la lepra, para su aplicación en los diversos niveles de atención en todo el territorio nacional para consolidar y dar continuidad a los logros obtenidos, y fincar juntos las bases de la consolidación hacia su eliminación apegados a los principios de equidad y justicia social.

El acceso a los servicios de salud requiere atención en dos aspectos estrechamente relacionados: garantizar que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando lo necesite, y buscar que, la que ya lo tiene, tenga la capacidad de recibir la atención que requiera sin poner en riesgo su patrimonio.

Hoy es necesario mantener una visión de trabajo en equipo, donde la colaboración entre los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, la industria farmacéutica y alimentaria, permita formular mejores lineamientos para la prevención y control de estas patologías compartiendo responsabilidad hacia un objetivo común: mejorar las condiciones de salud de la población.

El nivel federal, los Servicios estatales y municipales de Salud conjuntamente con la sociedad debemos formar parte de un equipo cuyo lema esta explícito en la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud... “La Salud Tarea de Todos”.

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

El presente documento plasma el esfuerzo de expertos de las instituciones del Sector Salud en materia de lepra y se ofrece como una herramienta guía que determina el abordaje práctico homologado de las estrategias y líneas de acción consensuadas para las actividades a realizar, a fin de lograr la prevención y el control de la lepra en México.

La lepra afecta a individuos mayores de 15 años de edad, en todas sus formas de manifestación, las cuales se clasifican en paucibacilares y multibacilares siendo esta última de riesgo sanitario. Su estudio permite identificar casos colaterales y fuentes de infección, además de que al administrar tratamiento oportuno, se evita la discapacidad, principal causa de rezago que incrementa la pobreza.

A partir de 1941 se contó con la dapsona, medicamento eficaz contra la lepra, que sustituyó en definitiva al aceite de chalmogra, utilizado por siglos en China y la India. En los años setenta se inició la utilización de combinaciones de antibióticos que condujeron finalmente a tratamientos eficaces con esquemas que permiten asegurar la curación de los enfermos.

En la actualidad existen grandes avances en el campo de la genética, la inmunología y la quimioterapia que permiten comprender las bases moleculares de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Ello ha permitido abrir la puerta a nuevos tratamientos y al estudio de la viabilidad o no de los bacilos persistentes en pacientes tratados y profundizar en el conocimiento de esta enfermedad.

Entre tanto, el Programa continúa utilizando los criterios clínico, bacteriológico, histopatológico y epidemiológico, para identificar a pacientes que necesitan atención, para ello, las instituciones del Sector Salud deben de realizar en forma armónica la atención integral con información completa y profesional para lograr la adherencia al tratamiento y alcanzar la eliminación de la transmisión de la enfermedad.

Dr. Mauricio Hernández Ávila



Introducción



La lepra es una enfermedad transmisible, con repercusiones físicas y psicológicas graves por el estigma social que la acompaña. Desde el uso de la poliquimioterapia (PQT) y las estrategias de eliminación, se ha logrado una paulatina reducción en el número de casos registrados, por lo que se demuestra como factible su control.

La lepra afecta principalmente a personas mayores de 15 años y se manifiesta en la edad productiva, en ambos géneros, con predominio en hombres (2:1); el período de incubación promedio es de 5 años en un rango cuyo límite superior puede llegar a los 40 años.

Para el control de la lepra se requiere un abordaje integral que proporcione equidad y accesibilidad, así como mantener la calidad de la atención, con base en las acciones de vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud, el fortalecimiento de la red de laboratorios de lepra y la coordinación interinstitucional en todos los órdenes de gobierno.

La prevención y control de la lepra constituyen un reto para los responsables de la salud pública del país, debido a la permanencia de la transmisión y la existencia de población susceptible, de ahí la relevancia de las acciones de promoción de la salud para mejorar entre la población el conocimiento de las características de la enfermedad y la percepción que se tiene de la misma.

Por ello, las instituciones del Sector bajo la rectoría de la Secretaría de Salud han actualizado las políticas, estrategias y prácticas de prevención y control mediante un esquema uniforme que permita la conjunción de esfuerzos y la organización de los servicios, en los distintos niveles de atención, para una respuesta coordinada.

El presente documento se divide en cinco apartados que incluyen: marco institucional para el desarrollo del Programa de Acción; diagnóstico que contiene la problemática, los avances y retos; organización del programa con objetivos, estrategias y líneas de acción; estrategias de implantación

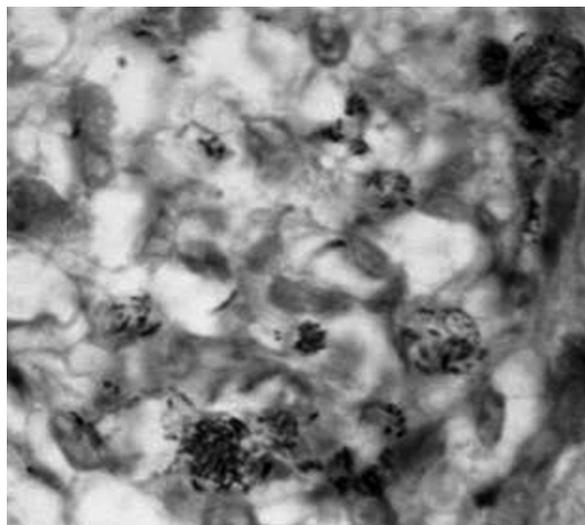
operativa y un apartado de evaluación, en el que se identifican metas e indicadores específicos.

Cabe destacar que la rectoría se establece como una necesidad para asegurar los recursos, y los mecanismos de rendición de cuentas, en tanto permiten dar seguimiento e informar con transparencia los

resultados de los compromisos establecidos para el periodo 2007-2012.

El Programa representa el esfuerzo conjunto del grupo de expertos en lepra de las instituciones del Sector Salud, además de un instrumento, que permite a los servicios de salud el abordaje práctico y homologado de las estrategias y líneas de acción.

1. Marco institucional



La lepra es una infección granulomatosa crónica causada por *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente la piel y los nervios periféricos; los signos cardinales son manchas o placas hipopigmentadas, eritematosas o infiltradas y nódulos; las lesiones están asociadas con anestesia, alopecia y anhidrosis, en número y formas variadas, la localización más frecuente es en cara, tronco y extremidades, puede haber infiltración difusa generalizada o zonas con trastorno de la sensibilidad sin lesión dermatológica.¹

Se considera que el humano es el único reservorio de *Mycobacterium leprae*. El modo de transmisión del bacilo de la lepra es incierto, pero la mayoría de los investigadores coinciden en que es por la vía aérea, mediante microgotas de secreción que al estornudar, hablar o toser, son expulsadas por el enfermo.²

A partir de 1941 se contó con un medicamento eficaz contra la lepra, la dapsona. En los años setenta se inició la utilización de combinaciones de antibióticos que condujeron finalmente a tratamientos altamente eficaces con esquemas de PQT, los cuales aseguran la curación de los enfermos.

En la actualidad, existen grandes avances, tanto en el campo de la genética, la inmunología y la quimioterapia que permiten comprender las bases moleculares de su resistencia a antibióticos e identificar blancos de la bacteria para el uso de nuevos tratamientos y demostrar la viabilidad o no de los bacilos persistentes en pacientes tratados.³

Los casos no tratados oportunamente presentan con frecuencia lesiones irreversibles, como son la anestesia o la parálisis musculares de las manos y los pies, conduciendo a lesiones secundarias que causan discapacidad física y socioeconómica. El diagnóstico y el tratamiento oportunos, son las formas más eficaces de prevenir la enfermedad y la discapacidad.

La identificación de un caso probable de lepra, le corresponde al personal de salud debidamente capacitado de las unidades operativas del primer

nivel de atención, quien deberá realizar historia clínica, toma de muestras de linfa (baciloscopia) y biopsia de piel (histopatología) para confirmar el diagnóstico.^{4,5}

Existen diversas formas de manifestación clínica de la lepra, la más frecuente en México es la lepromatosa, de mayor importancia epidemiológica por ser la forma más infectante; otra es la lepra dimorfa, que como la lepromatosa, por la abundancia de bacilos en sus tejidos se les ha clasificado como multibacilares (MB). La lepra tuberculoide y la indeterminada, son consideradas no infectantes, por lo tanto están clasificadas como paucibacilares (PB), las cuales aunque no son de riesgo sanitario para la población, tienen valor epidemiológico porque su estudio permite identificar a los casos colaterales y fuentes de infección, además de que al administrar el tratamiento oportunamente, se puede evitar la aparición de discapacidad, principal causa de rezago y pobreza.⁶

Una vez establecido el diagnóstico se procede a: notificar como caso nuevo de lepra, elaborar la tarjeta de registro y control de caso, completar la cédula de registro/estudio epidemiológico, y enviar ésta a la Dirección General de Epidemiología.

El control del enfermo se lleva a cabo en la unidad operativa de primer nivel de atención más cercana a su domicilio. Sólo los casos de difícil diagnóstico o complicados, deben referirse al especialista. Una vez al mes el enfermo es citado en la unidad operativa, para la toma de la dosis mensual de tratamiento de manera estrictamente supervisada por el personal de salud; el resto del blister se entrega para continuar con las dosis diarias autoadministradas. Por último se establece la fecha de su próxima cita.

La clasificación del caso permite elegir el esquema PQT correspondiente: PQT-MB para enfermos con lepra lepromatosa o dimorfa y PQT-PB para los casos de lepra indeterminada y tuberculoide.⁶

El control en los casos MB se realiza cada seis meses, mediante valoración clínica y la toma de una

muestra de linfa del lóbulo de oreja o lesión para verificar al microscopio la ausencia o disminución de bacilos, así como la reducción del porcentaje de bacilos presuntamente vivos;⁵ al completar el esquema de tratamiento, que dura 24 meses, se realiza una biopsia de la piel anteriormente afectada a fin de realizar la valoración histopatológica y así determinar si el paciente se ha curado.

Los casos PB son valorados clínicamente al concluir el esquema de tratamiento, el cual tiene una duración de seis meses, y se hace una biopsia de la piel anteriormente afectada para determinar si han curado.

Los pacientes curados pasan a vigilancia postratamiento, con revisión dermatológica por un periodo de 5 años para los MB y de 2 años para los PB; se realiza baciloscopia semestral únicamente a los MB.⁶

Los contactos de los casos en tratamiento y los contactos de los pacientes en vigilancia postratamiento representan el grupo más expuesto al riesgo de adquirir la infección y la enfermedad. En ellos la vigilancia epidemiológica debe ser estrecha, por lo que la revisión dermatológica periódica (dos veces al año por cinco años), es necesaria para identificar de manera oportuna los casos nuevos, antes de que desarrollen discapacidad y se conviertan en una fuente más de transmisión.

La discapacidad ocasionada por lepra en ojos, manos y pies, se califica de acuerdo al daño en la sensibilidad o en la estructura: siendo el grado 2 considerado como grave si existe deficiencia en la función; como grado 1, si hay trastorno de la sensibilidad pero sin alteración visible en la estructura y como grado 0 cuando hay ausencia de discapacidad.

Evitar la discapacidad por lepra depende por una parte, de la información que tenga la población para solicitar atención oportuna en caso de presentar dermatosis; por otro lado de la comunicación con los contactos de los enfermos, principalmente los familiares, para fomentar en ellos la decisión de

acudir a los servicios de salud para un examen de piel; además de la educación médica del enfermo para lograr la adherencia al tratamiento, así como la asistencia a su control durante el periodo de la vigilancia postratamiento.

El problema crítico en la lepra son los episodios de inflamación aguda, que conllevan al daño de los nervios periféricos, aun cuando el *M. leprae* ha sido eliminado. La muerte de la bacteria no es una solución completa al daño ocasionado en los nervios. Por ello, la atención médica oportuna de los estados reaccionales que lleguen a presentar los pacientes, debe ser preferentemente realizada por el especialista en piel, ya que puede requerirse el uso de medicamentos como la talidomida o incluso corticoides que deben ser vigilados estrechamente. De la atención oportuna de dichos episodios reaccionales depende también la disminución de lesiones discapacitantes. Los estados reaccionales pueden presentarse antes del diagnóstico, al inicio, durante el tratamiento e incluso en pacientes curados; estos cuadros pueden ser de origen multifactorial.^{7,8}

1.1 Marco jurídico

El Programa de Acción: Prevención y control de la lepra se fundamenta en la Ley General de Salud, que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud en materia de salubridad general.

En forma específica la NOM-027-SSA2-1999 para la prevención, control y eliminación de la lepra, cuya vigilancia de su cumplimiento corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias; en dicho documento se establecen y unifican los criterios que permiten implementar los procedimientos y lineamientos para la prevención y control de esta enfermedad. Es de observación obligatoria para todo el personal de las unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud.

La vigilancia epidemiológica de la lepra se sustenta en lo establecido en la NOM-017-SSA2-1994 para la vigilancia epidemiológica, y su operación en el Manual de vigilancia correspondiente, el cual cuenta con los elementos técnicos y metodológicos necesarios, para orientar su aplicación en todos los niveles de atención de las instituciones a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE).⁹

La NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico, establece los criterios técnicos y administrativos en la elaboración, interpretación, uso y archivo del expediente clínico que opera en todos los padecimientos crónicos que requieren de visitas periódicas a la unidad de salud como es el caso de los enfermos de lepra.

1.2 Vinculación con PND 2007-2012

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y sobre todo, responsables.

La estructura del PND define el desarrollo humano sustentable como una visión transformadora del país en el futuro y simultáneamente como derecho de los mexicanos. Además de los objetivos y las prioridades nacionales, establece los ejes de política pública, dentro de los cuales se incluye lo relativo a asegurar a la población la satisfacción de sus necesidades esenciales, entre ellas y consecuentemente, la consolidación del derecho a la protección de la salud y la igualdad de oportunidades para toda la población mexicana.

El Programa se vincula con el PND en su Eje 3: Igualdad de oportunidades, en cuanto a mejorar las condiciones de salud de la población y la estrategia de integrar en el Sector las acciones de prevención de enfermedades, para lograr el control de la lepra se requiere de la coordinación sectorial decidida y de otras organizaciones de la sociedad civil, a fin de avanzar en la disminución del estigma que aún prevalece sobre esta enfermedad.

Además se vincula directamente con el objetivo de brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Dentro de la estrategia de mejorar la planeación, la organización, el desarrollo y los mecanismos de rendición de cuentas de los servicios de salud para un mejor desempeño del Sistema Nacional de Salud como un todo, es indispensable que el Programa de Acción para la prevención y control de la lepra, genere evidencia sobre la forma en que se realizan las funciones básicas, aplicando métodos y criterios homogéneos para evaluar los servicios, a fin de dejar constancia de los procesos prácticos que en éstas patologías son relevantes.

Además de los vínculos mencionados con el PND 2007-2012 el programa se liga en lo relacionado a la atención de las enfermedades asociadas a la pobreza, condicionada por el rezago social, y que se relaciona a su vez con el objetivo reducir las desigualdades en los servicios de salud, mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. En lepra como ya se mencionó antes, la atención y prevención de las discapacidades disminuye el empobrecimiento de los enfermos y sus familias.¹⁰

1.3 Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

El Programa de Acción: Prevención y control de la lepra, en consonancia con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, se encuentra sustentado en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, con el objetivo de disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, mismo que se aplica ampliamente a las acciones encaminadas a disminuir el impacto entre la población afectada por lepra, sus familias y comunidad. De la misma manera, el PROSESA 2007-2012 dentro de sus 5 objetivos: 1. Mejorar las condiciones de salud de la población; 2. Reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas; 3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad; 4. Evitar el empobrecimiento de la población; y 5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo del país, se ajustan todos ellos plenamente a las personas con lepra o en riesgo de padecerla con la oferta de servicios gratuitos con igualdad, equidad y justicia social.

2. Diagnóstico de Salud



2.1 Problemática

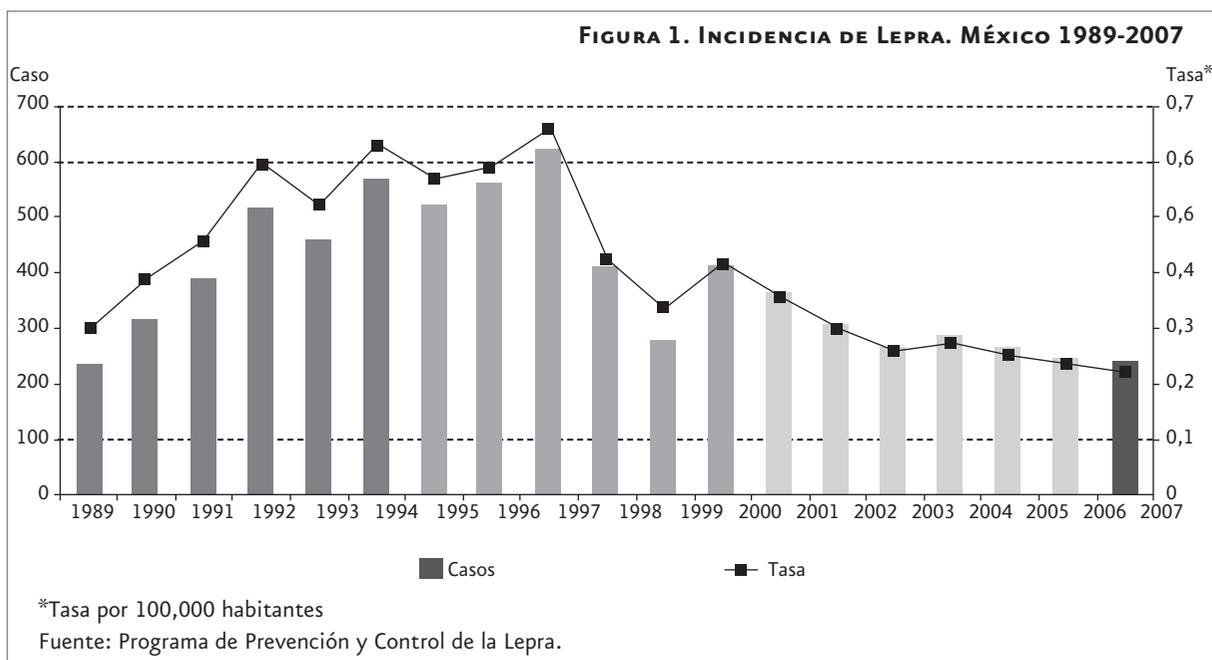
Nuestro país registraba en 1990 casi 17,000 enfermos de lepra, a partir de entonces se adoptó el uso de la poliquimioterapia como estrategia fundamental para la eliminación de la enfermedad por recomendación de la Organización Mundial de la Salud, con ello dejó de utilizarse la monoterapia con dapsona, ya que con la PQT se garantiza la curación de los enfermos dando inicio así a la era del control efectivo de la enfermedad.

México logró la meta de eliminación de la lepra como problema de salud pública, al disminuir la prevalencia de 16,694 casos registrados en 1990 y tasa de 2.6, a 6,404 enfermos y tasa de 0.71 en 1994. La OMS estableció que para 2000, se alcanzara la cifra por debajo del indicador de prevalencia menor a un caso por 10 mil habitantes, meta que se cumplió seis años antes.

Desde entonces, el enfoque fue lograr la reducción de la prevalencia en los estados y municipios que mantenían la tasa superior a un caso por 10 mil habitantes llamados prioritarios, a través del fortalecimiento de las acciones en las áreas con mayor riesgo de transmisión.

La estratificación geográfica del padecimiento, la implementación de la PQT, la actualización permanente de los registros, la capacitación continua del personal de salud, además de un estrecho monitoreo y la evaluación sistemática de las acciones, son las estrategias fundamentales para acelerar la reducción de la prevalencia de cualquier región, todo ello con base en indicadores epidemiológicos y operacionales establecidos de acuerdo a prioridades.^{11,12}

En este sentido, México avanza con una tendencia franca hacia el control de la lepra mediante las estrategias antes mencionadas. En la figura 1 se muestra la evolución del padecimiento en los últimos 19 años; sin embargo se debe tener cuidado en la interpretación de la misma, pues a pesar de los logros obtenidos en nuestro país aún no es posible estimar la erradicación de la enfermedad debido, a que continúa la transmisión del *M. leprae*.



Técnica y operacionalmente es común observar que el Programa se centraliza a nivel jurisdiccional o zonal, en los médicos especialistas o en un sólo médico en la unidad de salud del primer nivel de atención, sin incluir al total de los médicos de primer contacto, lo que refleja una amplia falta de oportunidad para ofrecer servicios de detección en cualquier nivel de atención. Además ello limita el fortalecimiento de la capacitación continua de este personal de salud y por ende, el que disminuya su responsabilidad en el control de la lepra en su área.

El control de un caso de lepra incluye el estudio de los contactos de enfermos y ex enfermos que representan la principal fuente de casos nuevos descubiertos con oportunidad; sin embargo, en los últimos años se observa que menos de 10% de los casos nuevos se identifican a través del estudio de contactos en mención (Figura 2).

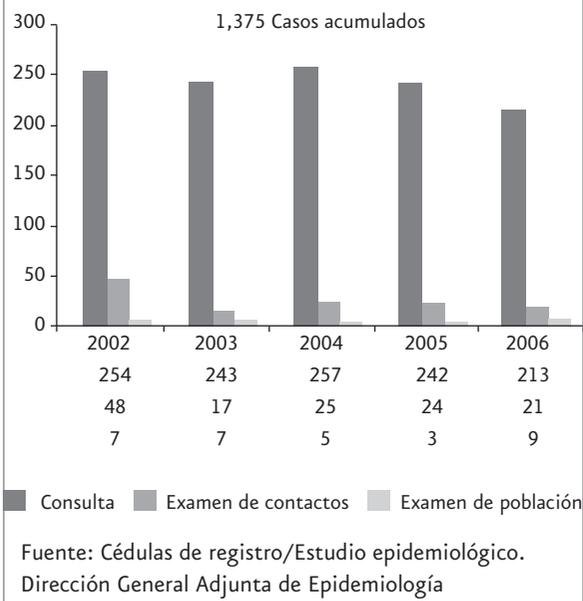
Con base en el análisis de la situación actual en México, se identifican las áreas de oportunidad:

- Insuficiente inversión en los estados para la capacitación del personal de salud sobre el

diagnóstico y atención integral de las personas con lepra en las unidades del SNS.

- Inconsistencias en los resultados de laboratorio, reflejado esto en la falta de integración de la Red Nacional de laboratorios en procedimientos de baciloscopia e histopatología en lepra.
- Limitada información básica sobre lepra entre la población, para la identificación de síntomas y factores de riesgo, lo que disminuye la posibilidad de propiciar la demanda oportuna de atención en los servicios de salud, además de favorecer la permanencia de conceptos erróneos sobre la lepra y el consecuente rechazo a quienes la padecen. Investigaciones recientes refieren la importancia educativa para eliminar prejuicios y aumentar el conocimiento adecuado en cuanto a síntomas precoces, curabilidad y prevención de las secuelas, con énfasis en poblaciones en riesgo para que sean capaces de acudir a los servicios médicos para la detección oportuna de la lepra.¹³
- Deficiencias en la vigilancia epidemiológica y el sistema de información de lepra, con clasificación incongruente de casos en su diagnóstico y al final del tratamiento, así como su seguimien-

FIGURA 2. FORMA DE DETECCIÓN DE LEpra, MÉXICO 2002-2006



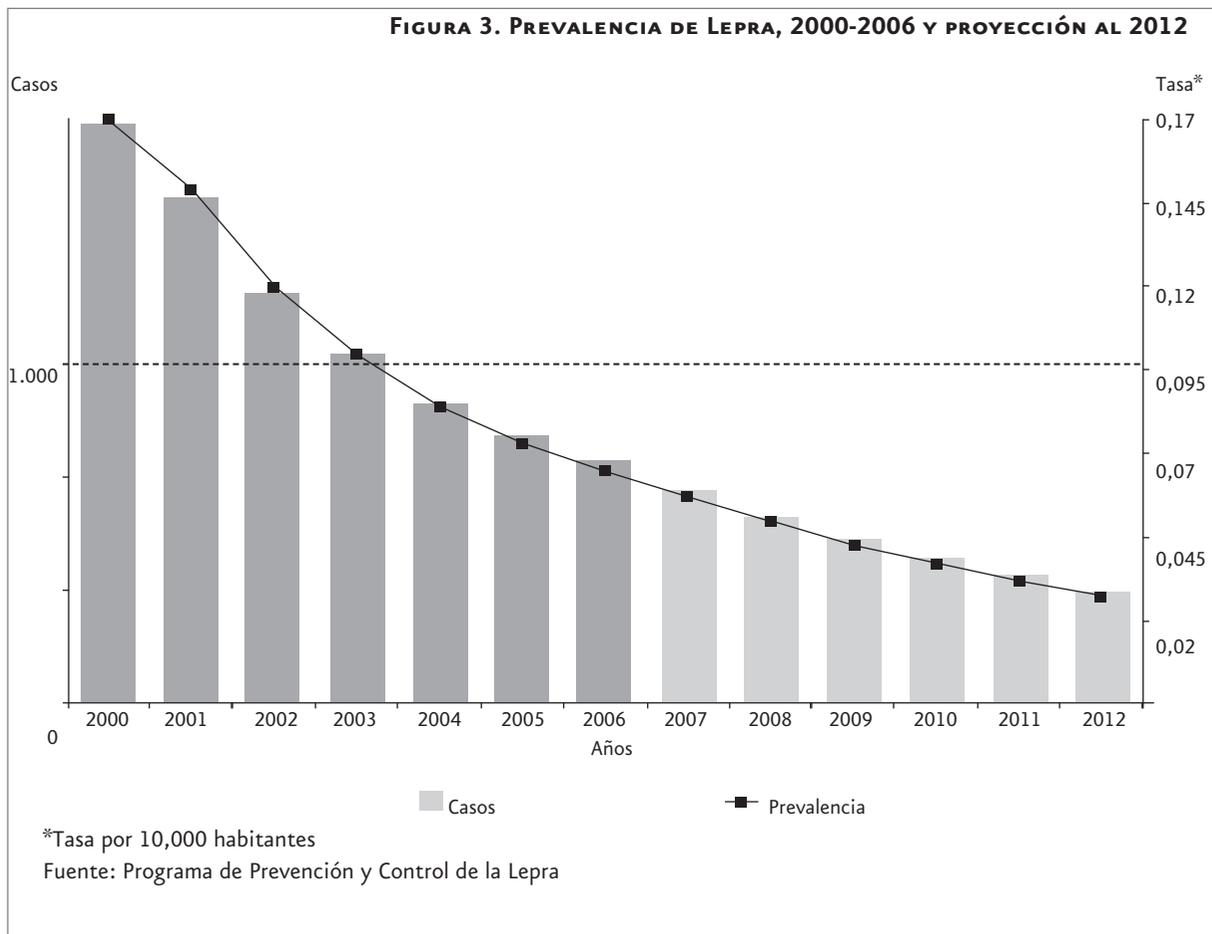
to inadecuado hasta su curación o término de vigilancia postratamiento, incluida la falta de registro y control de la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

- Escasa supervisión y asesoría en servicio, en los diferentes niveles de atención de las instituciones del SNS.
- Insuficiente motivación para la realización de proyectos de investigación y de documentación de experiencias exitosas.

2.2 Avances 2000-2006

La tendencia descendente de la prevalencia por lepra en México alienta a redoblar esfuerzos para el control de la transmisión de lepra en el país (Figura 3).

FIGURA 3. PREVALENCIA DE LEpra, 2000-2006 Y PROYECCIÓN AL 2012



En el cuadro 1 se muestra la disminución en el número de municipios prioritarios, (prevalencia de un caso o más por 10 mil habitantes). Esta tendencia evoluciona de manera regular al pasar de 84 a 34 municipios. Al respecto cabe destacar que en municipios con escasa población la presencia de un solo caso califica al municipio como prioritario. En esta situación se encuentran actualmente 9 municipios: Minatitlán, (Colima), Nuevo Urecho, (Michoacán), Los Aldama, Los Herrera y Dr. González, (Nuevo León), San Pedro Mixtepec (Oaxaca), Chinautla, (Puebla) Guerrero y Gómez Farías, (Tamaulipas).

El porcentaje de casos nuevos con discapacidad grave disminuyó de 11 a 5.8%, lo que refleja que dentro de la operación de las acciones cada vez se llega a los casos con mejor oportunidad, sin embargo dicha reducción, no es del todo aceptable, pues es posible redoblar esfuerzos a fin de identificar a los pacientes sin discapacidad avanzada, lo que se logra con capacitación continua del personal aplicativo y sobre todo con el estudio periódico estricto de los contactos de los enfermos registrados en tratamiento y en vigilancia postratamiento. Por otro lado, la discapacidad ocasionada por la lepra en los enfermos nuevos, se toma como un indicador para el cálculo de los casos no descubiertos (prevalencia real estimada), es decir, aquellos que no se han identificado y mantienen la transmisión del bacilo en el área.

La cobertura del tratamiento para los casos nuevos aumentó de 80 a 94%, debido al incremento de la sensibilización de los pacientes para aceptar la poliquimioterapia y la enfermedad, sin embargo el 6% de los enfermos no toman tratamiento por diversas causas entre las que se encuentran el alcoholismo, la migración y la no aceptación de la enfermedad entre otras.

En los últimos años el abasto de medicamentos ha sido suficiente para el 100% de los casos nuevos, debido a la mejora en la gestión por parte de los programas estatales ante la federación para la adquisición de medicamentos de PQT. En este proceso cabe destacar la pronta intervención de la OPS/OMS, que a su vez realiza las gestiones oportunas para cubrir las necesidades nacionales con base a una programación.

La información de 2006 registra 243 casos nuevos con una tasa de detección de 0.23 casos por 100 mil habitantes, de los cuales 26% son paucibacilares y 74% multibacilares, de éstos 5.8% presentan discapacidad grave. El total de casos prevalentes es de 702; el 94% de todos ellos (661), reciben tratamiento con PQT.

Respecto a la distribución geográfica de casos registrados en el país, 10 estados concentran el 76% de la prevalencia nacional: Sinaloa (107), Nuevo

Cuadro 1. Evolución de la Lepra en México, 2000-2006*

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prevalencia*	0.17	0.15	0.12	0.098	0.085	0.071	0.067
Casos	1685	1470	1191	1011	865	776	702
Casos nuevos	414	365	309	267	287	289	243
Estados con prevalencia > a un caso por 10 mil habitantes	Colima Sinaloa	Colima Sinaloa	Colima Sinaloa	Colima Sinaloa	Sinaloa	Nayarit	--
Municipios con prevalencia > a un caso por 10 mil habitantes	84	100	89	56	47	46	34

* Tasa por 10,000 habitantes

Fuente: Programa de Acción: Prevención y Control de la Lepra.

León (73), Michoacán (71), Jalisco (59), Nayarit (58), Tamaulipas (40), Sonora (35), Guerrero (34), Colima (28) y Guanajuato (27), como se observa en la figura 4.

La figura 5 muestra que durante 2006 se identifican 34 municipios prioritarios distribuidos en 10 entidades federativas: Nuevo León, Tamaulipas, Jalisco, Colima, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Campeche, Puebla y Sonora.

En relación con los grupos de edad afectados por la lepra se identifica que este padecimiento se presenta principalmente en mayores de 25 años, siendo el más afectado el de 45 a 64 años, es decir en la etapa productiva del individuo; y la razón hombre: mujer es de 2:1 (Figura 6).

2.3 Retos para 2007-2012

Derivado de la problemática de la lepra en México, se desprende la necesidad de establecer y diseñar conjuntamente en las instituciones del SNS, con

énfasis en la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, acciones innovadoras, que permitan interrumpir la cadena de transmisión, disminuir el riesgo de enfermar, actualizar los sistemas de información, validar áreas en control, áreas libres de lepra y lograr la corresponsabilidad de la comunidad en el cuidado de la salud, así como propiciar la equidad y justicia social. Entre estos retos se debe priorizar:

- Consolidar la meta de reducción de la prevalencia de lepra a menos de un caso por cada 10 mil habitantes en municipios que no la han alcanzado, manteniendo la calidad de los servicios con acciones integradas.
- Sistematizar la detección de casos en el primer nivel de atención, con énfasis en el estudio de los contactos, por ser la población más expuesta y descartar el diagnóstico de lepra entre los sintomáticos dermatológicos que acuden a consulta.
- Garantizar el estudio de la discapacidad y su registro en cada uno de los casos nuevos, a fin de fomentar entre ellos el cuidado de ojos,

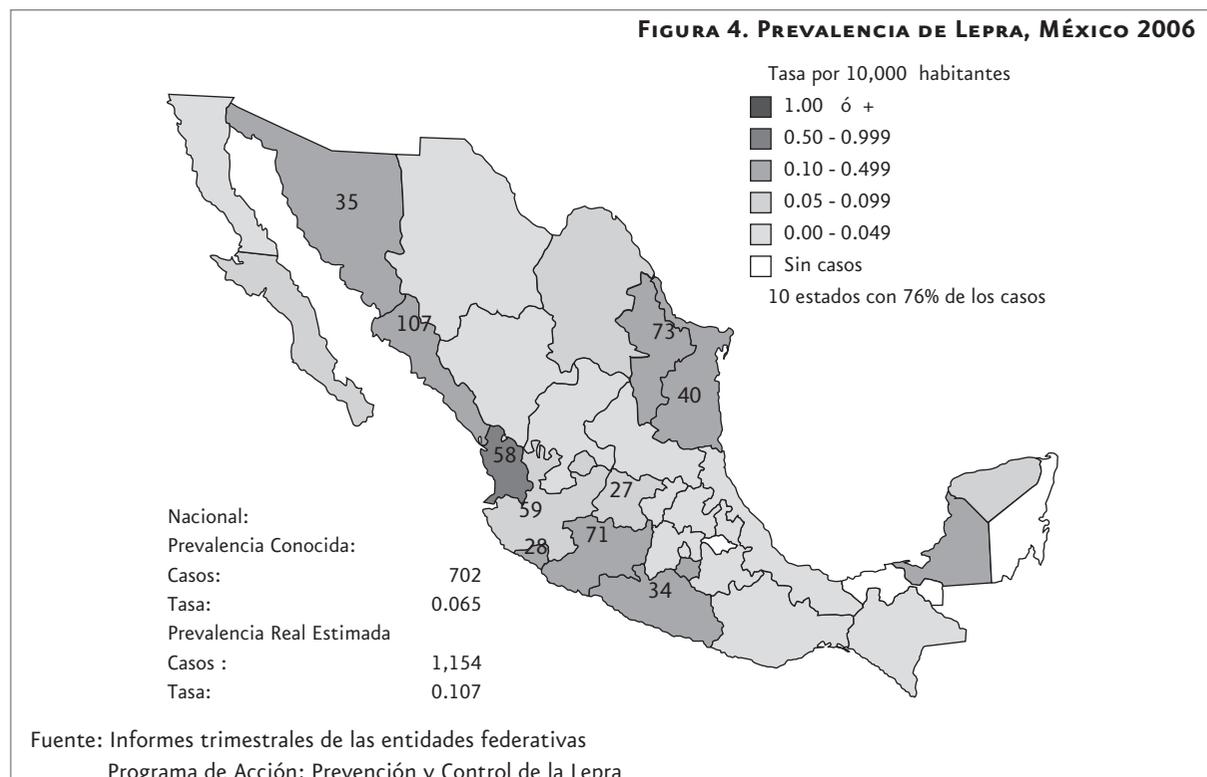
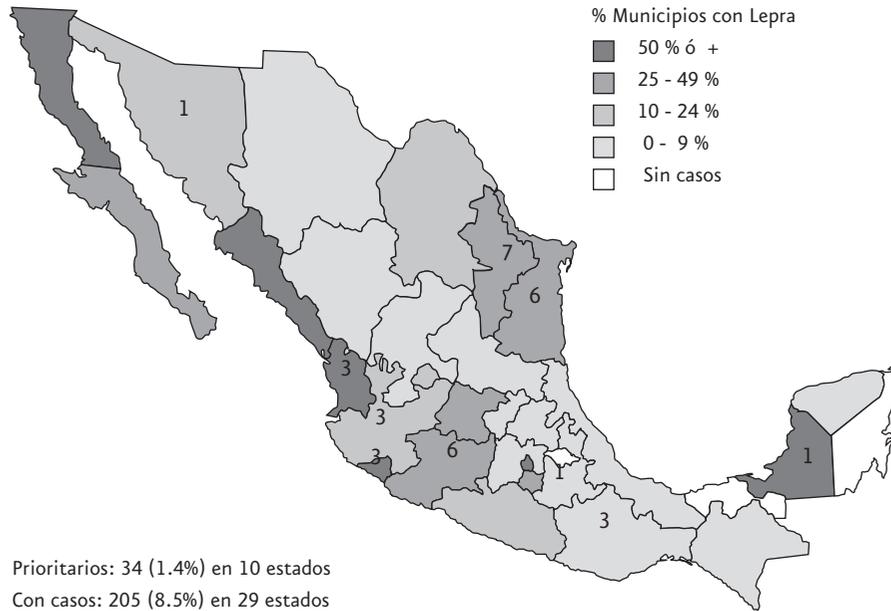


FIGURA 5. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON LEPRA POR ESTADO, MÉXICO 2006

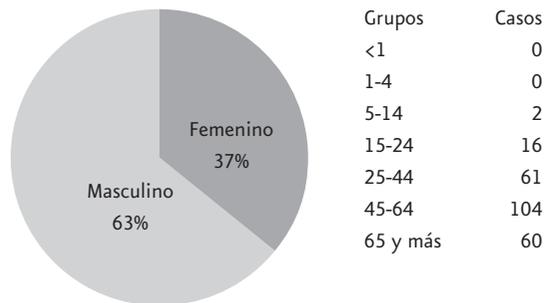


Nota: Los números indican los municipios prioritarios (Prevalencia de 1 o más casos por 10,000 habitantes).

Fuente: Informes trimestrales de las entidades federativas.

Programa de Acción: Prevención y Control de la Lepra.

FIGURA 6. CASOS NUEVOS DE LEPRA POR EDAD Y SEXO, MÉXICO 2006



Razón 1.7 : 1

Fuente: Cédulas de registro/Estudio epidemiológico
Dirección General de Epidemiología

- Integrar la Red Nacional de Laboratorios en lepra.
- Sustener de manera continua la capacitación gerencial, clínica y en técnicas de laboratorio, para líderes estatales, clínicos y personal de laboratorio que participan en el control de la lepra, con la colaboración del Instituto Nacional de Salud Pública, utilizando las plataformas educativas WebEx y Blackboard.
- Fomentar la investigación operativa en lepra y propiciar la documentación de experiencias de éxito en la materia.

manos y pies con el propósito de prevenir o atender oportunamente las limitaciones físicas ocasionadas por la lepra.

- Mejorar las actividades de promoción encaminadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas y las familias afectadas por la lepra.
- Crear el módulo de lepra en la Plataforma Única de Información, en coordinación con la Dirección General Adjunta de Epidemiología.

3. Organización del Programa



3.1 Misión

Programa responsable de proteger, atender y curar a la población afectada por lepra, para garantizar la reducción del impacto epidemiológico y del estigma que esta enfermedad ocasiona.

3.2 Visión

Ser un Programa de excelencia en la vigilancia, prevención y protección de la salud en materia de lepra, en un ambiente de trabajo que fomente el desarrollo humano y la igualdad de oportunidades entre los usuarios, así como la satisfacción de éstos y los prestadores de servicios.

3.3 Objetivos

General:

Cortar la cadena de transmisión para disminuir la incidencia, prevalencia y la discapacidad entre los enfermos, a fin de avanzar en el control de la lepra en México a través de las estrategias y acciones apegadas a los principios de equidad y justicia social.

Específicos:

1. Disminuir la prevalencia municipal de lepra mediante el fortalecimiento de actividades de capacitación, supervisión, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud, con énfasis en municipios prioritarios que registran tasa igual o mayor a un caso por cada 10 mil habitantes y en aquellos que han presentado casos en los últimos 5 años.
2. Fortalecer las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en lepra que incluya a autoridades locales y organizaciones de la sociedad civil, a fin de incrementar el conocimiento sobre la enfermedad y disminuir el estigma que prevalece entre la población.
3. Desarrollar y fortalecer la investigación operativa en lepra, a fin de documentar experiencias de éxito sobre el control de la enfermedad en el país.

3.4 Estrategias y líneas de acción

A continuación se enlistan las estrategias, su descripción y líneas de acción:

- Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal aplicativo del Sector Salud para la detección, diagnóstico y tratamiento (objetivo 1).
- Fortalecimiento de las acciones de detección oportuna (objetivo 1).
- Mejora en los procedimientos para baciloscopia e histopatología (objetivo 1).
- Modernización del sistema de información para la vigilancia epidemiológica (objetivo 1).

- Vigilancia estrecha de los alcances de la curación (objetivo 1).
- Fortalecimiento de la supervisión y asesoría en servicio en los niveles de control de las instituciones de salud (objetivo 1).
- Fomento de las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en lepra (objetivo 2).
- Fomento de la investigación operativa clínica y epidemiológica (objetivo 3).

Estrategia 1. Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal aplicativo del Sector Salud para la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos. Está encaminada a desarrollar y fortalecer los conocimientos, habilidades y destrezas para ampliar y unificar criterios en la operación del Programa. Es necesario que el personal directivo conozca y maneje técnicas didácticas participativas que permitan favorecer los cambios en la conducta y desarrollo de habilidades para diagnosticar y elevar la calidad de la atención de los pacientes de lepra de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Desarrollar cursos-taller para personal de salud que participa en el Programa, con el propósito de unificar criterios de atención.
- Asesorar a las entidades o municipios que requieren acciones de validación ante la ausencia de casos autóctonos en los últimos cinco años.
- Implementar la capacitación a distancia con apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública utilizando herramientas de plataformas educativas WebEx y Blackboard, a fin de aumentar la cobertura.
- Actualizar y difundir los documentos normativos del Programa (NOM-027-SSA2-1999), Manual de procedimientos operativos para el control de la lepra, Manual de procedimientos de laboratorio y Manual de vigilancia epidemiológica de la lepra.

Estrategia 2. Fortalecimiento de las acciones de detección oportuna. Dirigida a identificar

y tratar a los enfermos de lepra en su fase temprana para prevenir la transmisión de la infección, evitar la discapacidad grave y reducir la prevalencia por esta enfermedad de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Incrementar la detección oportuna de casos con énfasis en el estudio efectivo de los contactos de enfermos y casos en vigilancia postratamiento, que son considerados potenciales fuente de casos nuevos.
- Sistematizar la detección de lepra en la consulta externa de los diferentes niveles de atención a través de la exploración física de sintomáticos dermatológicos.

Estrategia 3. Mejora en los procedimientos para baciloscopia e histopatología. La estrategia es factible de lograr a través de la capacitación continua del personal de la Red de Laboratorios encargado de los procesos de muestras biológicas, lo que asegura un diagnóstico preciso y confiable, así como su clasificación. La evaluación periódica permite verificar la eficacia del tratamiento a través del monitoreo bacteriológico de los pacientes; lo anterior, se fortalece con una adecuada coordinación del laboratorio y las unidades de salud de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Actualizar periódicamente la plantilla de la Red Nacional de Laboratorios de baciloscopia e histopatología.
- Sistematizar el control de calidad de los procesos en la toma de muestras y las técnicas de laboratorio para ofrecer diagnósticos confiables.
- Mejorar el flujo de información entre laboratorios y las unidades operativas, a fin de favorecer la retroalimentación.

Estrategia 4. Modernización del sistema de información para la vigilancia epidemiológica. El Programa requiere del uso de procesos sistema-

tizados en línea y con carácter interinstitucional para el manejo de datos, a fin de mantener la actualización en tiempo real, y alcanzar la oportunidad en la toma de decisiones en cada uno de los niveles de la organización de los servicios de salud de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Actualización del Manual de Vigilancia Epidemiológica.
- Incluir el Módulo de Lepra en la Plataforma Única de Información.

Estrategia 5. Vigilancia estrecha de los alcances de la curación. Además de la disponibilidad de fármacos de la PQT, es necesario que los enfermos se apeguen a la toma regular y completa del esquema, lo que asegura su curación. Es indispensable verificar durante y después del tratamiento la ausencia de lesiones clínicas y de bacilos en las pruebas de laboratorio de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Mantener la gestión de la donación de fármacos para el tratamiento con apoyo de la OPS/OMS.
- Implementar acciones para la identificación y registro de reacciones adversas a los medicamentos, incluyendo a los enfermos refractarios o con recaída, para su control correspondiente de acuerdo a la normatividad.
- Fortalecer la adherencia terapéutica a través de la sensibilización del enfermo con apoyo de su familia, debido a que el tratamiento dura hasta 2 años, tiempo que puede propiciar el abandono del mismo.
- Monitorear la respuesta al tratamiento cada seis meses.

Estrategia 6. Fortalecimiento de la supervisión y asesoría en servicio en los niveles de control de las instituciones de salud. Se logra mediante

la observación de los procesos y actividades, para que éstos se realicen de acuerdo a las normas y procedimientos vigentes, así como la utilización eficiente de los recursos, identificando áreas de oportunidad para proporcionar asesoría y promover la gestión oportuna de los insumos necesarios para la óptima operación del Programa, estableciendo en conjunto alternativas de solución de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Vigilar el desarrollo de las actividades con apego a la normatividad y los lineamientos del Programa.
- Supervisar de manera integral el desarrollo de las actividades por parte de los líderes del Programa, de Laboratorio, de Vigilancia Epidemiológica y de Promoción de la Salud.
- Seguimiento de los acuerdos y compromisos establecidos en la supervisión.

Estrategia 7. Fomento de las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria en lepra. Pretende reducir el estigma que caracteriza a esta enfermedad y el consecuente rechazo a quienes la padecen, ello es factible a través de la participación de la comunidad debidamente orientada por parte del personal de salud, mediante el uso de herramientas de información-educación-comunicación, para promover el manejo de riesgos personales, así como conductas y estilos de vida saludables que faciliten la identificación de signos y motiven la demanda oportuna de atención de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Instrumentar actividades de comunicación educativa que incluya medios de comunicación gráfica, audiovisuales, electrónicos.
- Incrementar las sesiones educativas dirigidas a grupos de la población con prioridad en localidades y municipios endémicos.

- Fomentar la participación de autoridades locales como de organizaciones de la sociedad civil, a fin de sumar esfuerzos para disminuir al máximo el estigma que existe en la población.

Estrategia 8. Fomento de la investigación operativa clínica y epidemiológica. La investigación sobre aspectos operativos permite dar sustento a la normatividad para una eficiente prevención y control de la enfermedad, además de conocer el impacto de las acciones del Programa y sus avances para alcanzar áreas libres de lepra de acuerdo a las siguientes:

Líneas de acción:

- Identificar campos de investigación operativa en lepra.
- Promover el desarrollo de proyectos de investigación operativa con participación de los órdenes de gobierno.
- Buscar fuentes de financiamiento para proyectos de investigación.
- Fomentar la documentación de experiencias de éxito en el control de la lepra en México, a fin de difundir los resultados obtenidos.

3.5 Modelo operativo

Las estrategias e intervenciones intersectoriales para la prevención y control de la lepra, consideran tres categorías: universales, focalizadas o selectivas e indicadas o dirigidas.

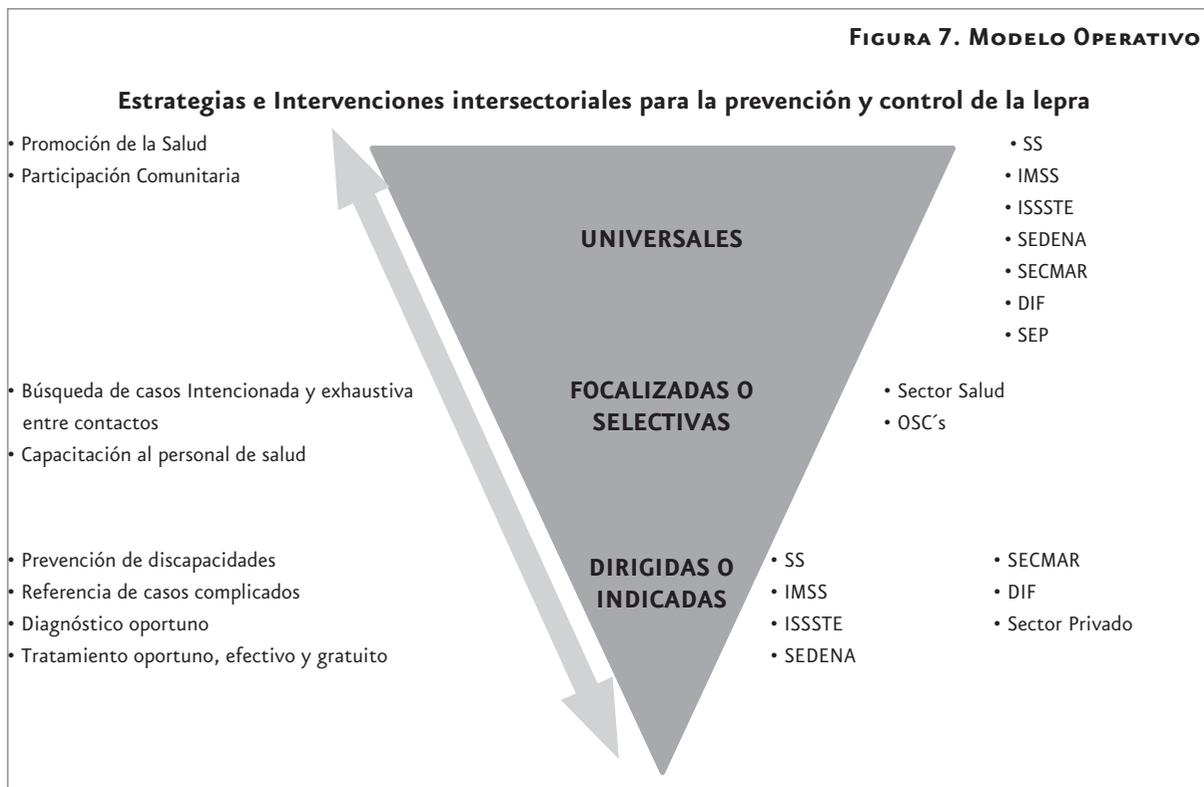
Dentro de las estrategias universales se ubican principalmente las acciones de promoción de la salud para orientar a la población sobre aspectos básicos de la lepra, a fin de fomentar la identificación de signos y síntomas causados por la enfermedad y con ello estimular la demanda de atención médica oportuna en las unidades del SNS para la identificación de casos nuevos; estas actividades son imperantes para el incremento de la detección de casos nuevos e indicar tratamientos antes de que se presenten lesiones discapacitantes. Aunado a lo anterior, se ubican las

estrategias de participación comunitaria, tendientes a fortalecer los vínculos y esfuerzos a favor de las acciones contra la lepra a través del involucramiento de autoridades municipales y locales, así como de los grupos organizados en la comunidad. En este sentido, la participación comunitaria focaliza su apoyo en la integración de acciones hacia la disminución del estigma que aún persiste en torno a la lepra, además de facilitar insumos para la difusión de información básica a la población.

Las estrategias focalizadas o selectivas son actividades propias del personal de salud orientadas a la búsqueda intencionada de casos entre personas que presentan signos o síntomas dermatológicos. Con la capacitación del personal de salud se trata de fortalecer las acciones de diagnóstico en las unidades del SNS, en la consulta dermatológica rutinaria y en el domicilio de los enfermos registrados en tratamien-

to o en vigilancia postratamiento, con el propósito de identificar los nuevos casos antes de la presencia de las lesiones discapacitantes, además de focalizar casos entre contactos de enfermos registrados en tratamiento y en vigilancia postratamiento.

Finalmente dentro de este modelo operativo se incluyen las intervenciones dirigidas o indicadas, las cuales consideran la prevención de discapacidades, la referencia de casos complicados, el diagnóstico y el tratamiento de los casos identificados. La curación de los enfermos es una meta importante para el éxito del objetivo general, tomando en cuenta que el tratamiento en 80% de los casos es de 24 meses, lo que se debe considerar en las estrategias de sensibilización de los enfermos para que no abandonen el tratamiento y lo concluyan hasta su curación, debiendo fortalecer la estrecha relación entre el enfermo y el personal de salud, para la vigilancia



Cuadro descriptivo de las Estrategias e Intervenciones a desarrollar en el Programa de Acción Lepra

Nivel de acción	Estrategia	Intervenciones	Método práctico para el desarrollo de las intervenciones	Población a la que esta dirigido (género y grupo de edad)
Universales	1. Fomento de las acciones de Promoción de la Salud y Participación Comunitaria	Elaboración de material de apoyo	Diseño, producción y distribución de: Volantes, dípticos, rotafolios, carteles, periódico mural, vídeo y audio-casetes, mantas, pinta de bardas y otros	Población general y grupos organizados
		Sesiones educativas	Pláticas a grupos con utilización de material impreso y audiovisual.	Grupos organizados y salas de espera
		Perifoneo	Emisión de mensajes en localidades afectadas	Población general
		Promover alianzas estratégicas	Entrevistas, reuniones	Autoridades civiles y OSC's
		Participación de voluntarios	Capacitación a voluntarios de la comunidad	Voluntarios y grupos estudiantiles, magisterio, clero y otros
Focalizadas	1. Capacitación	Fortalecimiento de las competencias técnicas del personal aplicativo	Cursos-taller, asesoría en servicio, difusión de bibliografía, plataforma educativa WebEx y Blackboard	Personal del Sector Salud
	2. Detección	Búsqueda de lesiones de lepra	Exploración dermatológica y neurológica	Sintomáticos dermatológicos y habitantes de localidades endémicas
Dirigidas	1. Referencia de casos complicados y prevención de la discapacidad	Referencia de casos de difícil diagnóstico y complicados	Coordinación con centros especializados	Niños y embarazadas
		Fomentar medidas orientadas a reducir la presencia de complicaciones	Educación para la salud, tratamiento oportuno del estado reaccional	Enfermos, principalmente casos MB
	2. Diagnóstico oportunos	Búsqueda intencionada en población expuesta	Exploración dermatológica y neurológica	Contactos de enfermos y de casos en vigilancia postratamiento
	3. Tratamiento	Uso de medicamentos de eficacia comprobada	Supervisión de la dosis mensual y entrega de las dosis autoadministradas	Enfermos en control

4. Estrategia de implantación operativa



4.1 Estructura y niveles de responsabilidad

La estructura de cada institución puede tener similitud o bien presentar algunas variantes para la operación de las acciones con distintos niveles de responsabilidad, según la naturaleza de las actividades a desarrollar.

Las acciones de capacitación técnica y humana, así como las de supervisión, control de insumos para la PQT y la vigilancia epidemiológica, recaen en la responsabilidad directa del Programa, con la participación del InDRE y la Dirección General Adjunta de Epidemiología, del propio CENAVECE. Dichas acciones se vinculan con las instituciones de seguridad social, con énfasis en el IMSS e ISSSTE; por su parte, la Dirección General de Promoción de la Salud se responsabiliza de la información a la comunidad en materia de lepra, sobre su contagiosidad, curabilidad y gratuidad del tratamiento.

De la misma manera los Servicios Estatales de Salud centralizan sus acciones en el estudio y control de los enfermos, asesoría y supervisión al personal operativo. Los centros dermatológicos, las jurisdicciones y zonas en el sector, así como las unidades operativas cuentan con personal responsable de las acciones del Programa.

4.2 Etapas para la instrumentación

De acuerdo con el PROSESA 2007-2012, el Programa busca fortalecer los servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante la incorporación de acciones efectivas basadas en evidencias científicas, y el reforzamiento de la acción comunitaria para el desarrollo de entornos saludables. Para su implementación se consideran cinco etapas:

Etapa 1. Elaboración del Programa en coordinación con las instituciones del Sector Salud.

Etapa 2. Diseño y edición del Programa sectorial con una minuciosa revisión por parte de expertos en la materia.

Etapa 3. Difusión y aplicación en las unidades del Sector Salud y otras organizaciones de la sociedad civil, previa capacitación del personal responsable de la operación del mismo.

Etapa 4. Gestoría de recursos humanos, materiales y financieros que agilicen la operación del Programa.

Etapa 5. Monitoreo y evaluación de su observancia en los diferentes niveles de atención.

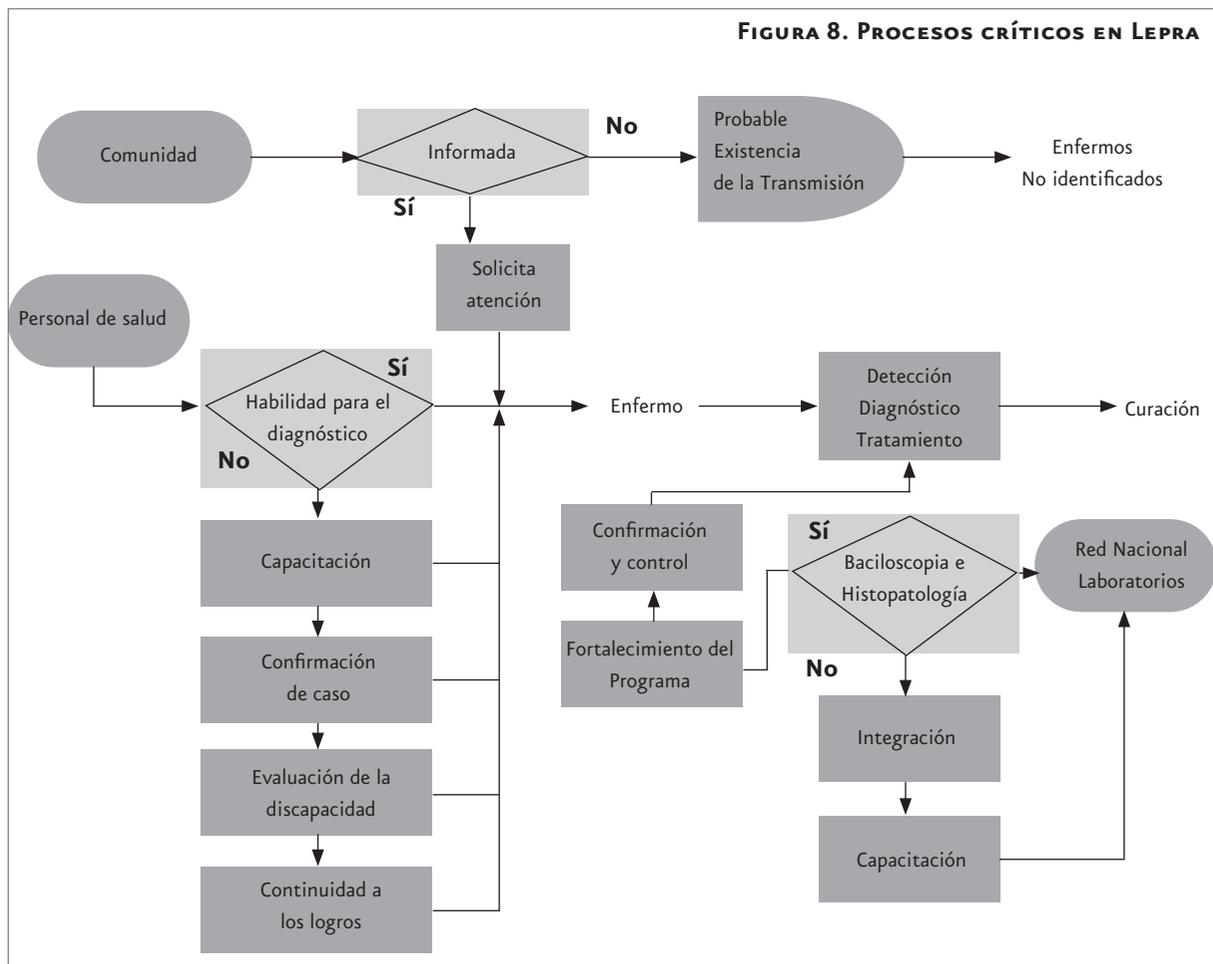
Procesos críticos

Para el abordaje integral de la lepra, se identifican procesos críticos (Figura 8) en tres escenarios, principales: la comunidad, el personal de salud y la

Red de Laboratorios, en donde la figura central es el enfermo con lepra:

Comunidad: La desinformación propicia la existencia de casos no identificados permitiendo la transmisión del bacilo, por lo que la población debe ser informada sobre los aspectos básicos de la enfermedad para fomentar la búsqueda de atención.

Personal de salud: La falta de conocimiento para establecer el diagnóstico de la lepra contribuye a la inoportunidad en la identificación de los casos, y el desarrollo de discapacidad grave en el enfermo. Por ello es necesario fortalecer el conocimiento a través de la capacitación continua, a fin de mante-



ner y desarrollar las competencias necesarias para el diagnóstico efectivo de lepra.

Red de Laboratorios: La falta de integración de la Red Nacional de Laboratorios en lepra, limita los procesos para los estudios bacteriológicos de manera uniforme con base en las directrices establecidas en el manual de laboratorio para lepra, por lo que es prioritaria la integración de dicha Red a fin de fortalecer el Programa en las entidades federativas y con ello apoyar las acciones de detección y control de enfermos de lepra de manera coordinada.

4.3 Acciones de mejora de la gestión pública

Con base en el PROSESA 2007-2012 se establece la necesidad de mejorar la actividad administrativa interna a fin de fortalecer la atención del público usuario de los servicios. En este sentido el Programa realiza un ejercicio anual de planeación, gestión y evaluación de las acciones con el fin de contar con los recursos necesarios para la prevención y control de la enfermedad, en los tres órdenes de gobierno.

Para la presente administración las acciones de mejora de la gestión pública en materia de lepra se concentrarán en homogeneizar criterios y actividades de manera interinstitucional a fin de lograr el objetivo general del programa de manera conjunta, lo anterior con un estrecho monitoreo de las actividades y logros, con énfasis en las entidades con casos y municipios prioritarios.

Para mejorar la gestión con base en resultados, es necesaria la coordinación de los esfuerzos interinstitucionales para garantizar los insumos para el diagnóstico. También se requiere la coordinación con la OPS/OMS para asegurar tratamiento. En este sentido, es necesario realizar gestiones extraordinarias con fuentes externas de financiamiento con el propósito de incluir de manera permanente iniciativas de investigación a fin de documentar el proceso de la eliminación de la lepra en México.

Con el propósito de fortalecer las acciones de prevención y control en materia de lepra en el Sector Salud, se gestionará ante la OPS/OMS la evaluación para la acreditación de áreas libres de lepra antes del inicio en la segunda mitad de la presente administración.



5. Evaluación y rendición de cuentas



5.1 Metas anuales 2007-2012

Impacto final

- Disminución en 12% anual la prevalencia de lepra, hasta alcanzar una tasa de 0.028 por 10 mil habitantes al final del periodo.
- Reducción de 12% anual en el número de municipios prioritarios por lepra, hasta alcanzar 15 municipios con tasa de prevalencia igual o mayor a un caso por 10 mil habitantes al final del periodo.

Prevalencia 2006 Basal	Metas		
	2007	2008	2012
0.067 702 casos	0.056	0.049	0.028

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meta acumulada del 12% de reducción anual de la prevalencia por lepra	618	544	478	421	370	326

1) Tasa de prevalencia por 10 mil habitantes

Municipios prioritarios 2006 Basal	Metas		
	2007	2008	2012
34	30	26	15

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meta acumulada del 12% de reducción anual de municipios prioritarios de lepra	30	26	22	20	17	15

Proceso

- Examinar mínimo al 90% de contactos de enfermos en tratamiento y contactos de casos en vigilancia postratamiento.
- Lograr que al menos 95% de los casos que ingresan a tratamiento (PQT) lo concluyan, desaparezcan sus signos clínicos y sea confirmada su curación por histopatología.

5.2 Indicadores

Por la relevancia que guardan se consideraron los indicadores que se describen a continuación:

Indicadores de impacto:

Porcentaje de reducción de la prevalencia nacional de lepra

Numerador: casos existentes
Denominador: población total del período x 10 000
Línea de base: 0.067 por cada 10 mil habitantes
Meta 2012: 0.028 por cada 10 mil habitantes
Fuente: SINAVE
Periodicidad: anual.

Porcentaje de reducción en el número de municipios con tasa de prevalencia igual o mayor a un caso por 10,000 habitantes

Numerador: Municipios prioritarios existentes
Denominador: Municipios prioritarios en el periodo anterior x 100 menos 100
Línea de base: 34 municipios prioritarios
Fuente: Plataforma Única de Información
Periodicidad: trimestral y anual.

Porcentaje de pacientes curados de los que ingresaron a tratamiento

Numerador: Egresos por curación
Denominador: Casos en PQT x 100
Línea de base: 702 casos
Fuente: Plataforma Única de Información
Periodicidad: trimestral y anual.

Indicador de proceso:

Porcentaje de contactos examinados

Numerador: Contactos examinados
Denominador: Contactos registrados en los 5 años previos x 100
Línea de base: 90%
Fuente: Plataforma Única de Información
Periodicidad: trimestral y anual.

Porcentaje de personal de laboratorio acreditado

Numerador: Personal de laboratorio acreditado
Denominador: Personal de laboratorio capacitado x 100
Línea de base: Sin antecedente
Fuente: Plantilla de la Red de Laboratorios
Periodicidad: anual.

Porcentaje de muestras adecuadas para baciloscopia

Numerador: Muestras adecuadas
Denominador: Muestras recibidas x 100
Línea de base: Sin antecedente
Fuente: Informe de la Red de Laboratorios
Periodicidad: trimestral y anual.

Porcentaje de enfermos MB evaluados con baciloscopia en un semestre

Numerador: Enfermos con baciloscopia de control en los últimos 6 meses

Denominador: Enfermos MB x 100

Línea de base: Sin antecedente

Fuente: Informe de la Red de Laboratorios

Periodicidad: semestral y anual.

5.3 Sistema de monitoreo y seguimiento

Este sistema contribuye significativamente a la toma de decisiones y mejora de los procesos en los niveles nacional, estatal, jurisdiccional, zonal y local. Consiste en el monitoreo continuo de las actividades que se realizan, de los procesos de la información del sistema, y se complementa por medio de visitas de asesoría y supervisión, con énfasis en los estados prioritarios.

La asesoría y la supervisión se lleva a cabo en los diferentes niveles aplicativos de manera progra-

mada, en coordinación con los Servicios Estatales de Salud, verificando que los procesos se realicen como se establece en la normatividad y lineamientos para una óptima operación del programa.¹⁴

5.4 Evaluación de resultados

El Programa de Acción para la Prevención y control de la lepra evalúa el avance de sus actividades a través de cuatro indicadores, algunos de ellos de carácter interinstitucional, con los que se obtiene el índice de desempeño "Caminando a la Excelencia". Dichos indicadores son: Diagnóstico Oportuno, Calidad en el Diagnóstico, Cobertura de Tratamiento y Examen de Contactos, todos ellos de periodicidad trimestral y en cierre anual.¹⁵

El índice de desempeño del Programa se construye mediante el análisis ponderado de los cuatro indicadores mencionados.

En 2006 el índice de desempeño nacional fue de 87.9, más de dos puntos porcentuales por arriba del año anterior. Al cierre de 2004 y 2005 los estados de Jalisco, San Luis Potosí, Zacatecas, Distrito Federal y Campeche, permanecieron dentro de los 10 mejores

Indicadores de evaluación y seguimiento (Caminando a la excelencia)

Nombre del indicador	Definición	Línea base (2006)	Meta anual	Meta 2012	Observaciones
Porcentaje Diagnóstico Oportuno	Casos nuevos de lepra encontrados sin discapacidad	77.8%	3.7%	100%	Uno de cada 5 enfermos presenta discapacidad al momento del diagnóstico
Porcentaje Calidad del Diagnóstico	Casos nuevos de lepra con confirmación por laboratorio	97.9%	0.3%	100%	A todos los enfermos estudiados por primera vez se les debe realizar baciloscopia e histopatología
Porcentaje Cobertura del tratamiento	Por lo menos el 95% de los enfermos deben recibir tratamiento para eliminar la transmisión de la enfermedad	94.1%	0.15%	95%	Disponibilidad de medicamentos por donación de organismos internacionales
Porcentaje Examen de Contactos	Cumplimiento de la vigilancia epidemiológica que se realiza en la población más expuesta a padecer la enfermedad que son los contactos de enfermos de lepra	84.0%	1%	90%	16,424 contactos registrados
Porcentaje Control bacilosκόpico	La lepra Multibacilar constituye la fuente de infección, por lo que es necesario el estrecho control semestral	Inicia en 2008 con 15% estimado	13%	90%	Asegurar que el control se realice en forma integral

desempeños, agregándose para el 2006 Durango, Hidalgo, Puebla, Estado de México y Guanajuato.

LA OPS/ OMs, evalúa al Programa con el Indicador de eliminación de la lepra como problema de salud pública:

Prevalencia \leq de 1 caso de lepra por 10,000 habitantes.

La Dirección General Adjunta de Epidemiología opera la Plataforma Única de Información, por lo que en la presente administración se pretende incluir el módulo de lepra a este sistema de manera interinstitucional y por nivel de atención, para la toma oportuna de decisiones.

El Programa realiza un ejercicio anual de evaluación global en alcance a las recomendaciones internacionales basado en formularios con periodicidad anual, mismos que se envían a la OPS/OMS.

Rectoría

Con base en los retos antes expuestos es imperante fortalecer la función rectora del Sector Salud en sus diversos ámbitos de competencia, acorde con la atribución que le confiere la Ley General de Salud. Al respecto, se consideran seis ámbitos: 1) conducción; 2) regulación; 3) modulación del financiamiento; 4) garantía del aseguramiento; 5) ejecución de las funciones esenciales, y 6) armonización de la provisión de los servicios. Estos dos últimos, están relacionados con la salud pública.

Conducción: Los diversos niveles de responsabilidad del Sector Salud deberán realizar un análisis de la situación del Programa y de la salud en la población para determinar áreas de oportunidad de mejora y definir las actividades a realizar. En cuanto a la evaluación del Programa deberá realizarse de manera trimestral y anual, de acuerdo con los indicadores descritos.

Regulación: Las instituciones que conforman el Sector Salud deberán vigilar el cumplimiento de la NOM-027-SSA2-1999 para la prevención, control y eliminación de la lepra, con énfasis en los municipios prioritarios, así como del cumplimiento de los acuerdos y compro-

misos derivados de las visitas de supervisión para garantizar el logro de los objetivos del Programa; además, se deberá asegurar el cumplimiento de los procesos de los laboratorios de baciloscopia e histopatología, en el marco de la gestión de calidad.

Modulación del financiamiento: La elaboración de presupuestos anuales de las instituciones de salud para las actividades promoción, detección, diagnóstico y seguimiento de los casos, debe considerar todas las fuentes de financiamiento, incluidas las gubernamentales y no gubernamentales tanto nacionales como internacionales. La modulación de los recursos considera principios de igualdad, equidad y justicia social. Lo anterior permite asegurar la disponibilidad de los fármacos que se otorgan en la PQT.

Garantía del aseguramiento: Las instituciones deberán realizar las acciones señaladas en cada una de las estrategias del Programa, con reforzamiento en los municipios con prevalencia mayor a un caso por 10 mil habitantes y en los que en los últimos cinco años han registrado casos nuevos de lepra.

Ejecución de las funciones esenciales: El Programa requiere promover el ejercicio de las funciones esenciales de salud pública; para tal fin la vinculación con las áreas correspondientes de Promoción de la Salud de cada una de las instituciones del Sector debe fortalecerse con el desarrollo de talleres comunitarios y diseño de estrategias para favorecer la movilización social y la participación comunitaria.

Armonización de la provisión de los servicios: El desarrollo de las actividades de capacitación para el fortalecimiento de las competencias del personal de salud, deberá realizarse de manera sistemática de acuerdo a la programación en las diferentes instituciones del Sector. Un aspecto de interés es la acreditación que deberá realizarse acorde a los lineamientos establecidos por el InDRE a microscopistas e histopatólogos.

Para conocer el alcance de la armonía en la provisión de los servicios se deberá realizar la acreditación de personal de salud y de las unidades, en cumplimiento de la normatividad oficial.

6. Bibliografía

1. Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, Para la prevención y control de la lepra, publicada el 17 de enero de 2001.
2. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Manual para la vigilancia epidemiológica de la lepra N° 15; México, D. F. agosto de 1993.
3. Rodríguez O. La leprología al inicio del Siglo XXI. Rev Dermatol Pascua Vol. 15 Núm. 3. Sept-Dic. 2006 pp135-148
4. Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico, publicada el 14 de septiembre de 1999.
5. Secretaría de Salud, Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México, D. F. diciembre de 2000
6. Secretaría de Salud, Dirección General de Medicina Preventiva. Manual de procedimientos operativos para el control de la lepra. México, D. F. abril de 1996.
7. Rada Elsa, Aranzazu Nacarid y Convit Jacinto. Ciertos aspectos inmunológicos en los estados reaccionales en la enfermedad de Hansen: Revisión. Invest. clín, dez. 2005, vol.46, No. 4, p.381-389. ISSN 0535-5133.
8. Secretaría de Salud. Centro de Vigilancia Epidemiológica. Módulos de Capacitación. Programa de Prevención y Control de Micobacteriosis. México, D. F. noviembre 2000
9. Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica, publicada el 2 de septiembre de 1999.
10. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
11. WHO. Progress towards the elimination of leprosy as a public health problem. Weekly Epidemiol Rec 1996; 20:149-156.
12. Lombardi C. et al. La eliminación de la lepra de las Américas: Situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Publica vol. 4 n. 3 Washington sept. 1998
13. Montenegro V. I y Col. Rev Cubana Med Gen Integr v.22 n.3 Ciudad de la Habana Jul-sep-2006.
14. Gregory M. Bounds(et al.) Supervisión, International Thomson Editores ISBN 968-7529-45-8, México 1999.
15. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. Manual Metodológico Caminando a la Excelencia; México, D. F. abril de 2002.
16. González Ochoa C. E. , Abreu A. Vigilancia de la lepra en situaciones de prevalencia baja. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Healy 9 (2), 2001.

7. Glosario de Términos, Acrónimos y Sinónimos

D

Detección de casos. Método sistemático para encontrar nuevos casos de lepra en la etapa más incipiente posible de la enfermedad.

Diagnóstico. Uso de métodos apropiados para establecer la causa y la naturaleza de la enfermedad que afecta a una persona. El valor del diagnóstico consiste en ofrecer una base lógica para el tratamiento y el pronóstico.

Discapacidad. Pérdida o reducción de una capacidad funcional. El efecto de la discapacidad dependerá de las circunstancias personales y de las exigencias de un individuo: puede llegar a la invalidez (restricción de la actividad provocada por las consecuencias del daño neurológico).

E

Estrategia. Enfoque para resolver un problema. Una estrategia de salud consiste en un conjunto de enfoques seleccionados e interconectados para la implementación de acciones médicas, de salud pública, ambiental, técnica, financiera y de desarrollo, destinadas a alcanzar los objetivos establecidos de acuerdo con las políticas nacionales.

Evaluación. Proceso sistemático para determinar la medida en la cual un programa o una actividad alcanzó los objetivos predeterminados. Implica la valoración de la relevancia, la efectividad y la eficiencia. El propósito

de la evaluación es mejorar los programas de salud y la infraestructura destinada a llevarlos a cabo, así como guiar la asignación de recursos en programas actuales y futuros. La evaluación es una forma de aprender de la experiencia a mejorar las actividades o el desempeño actual y a promover una mejor planificación.

I

Indicador. Variable que ayuda a cuantificar los cambios, directa o indirectamente. Los indicadores se seleccionan para representar la evolución del sistema. Se basan en medidas, pero son más que las medidas mismas. La característica principal es que contiene un numerador y un denominador bien definidos. Los indicadores no son sinónimos de objetivos o metas, pero expresan en qué medida éstas se están alcanzando.

M

Meta. Descripción cuantificada del propósito o del recurso final deseado de una actividad, con un límite de tiempo. Una meta puede considerarse como un objetivo operativo, es decir, que está en relación con las actividades que deben cumplir los servicios de salud.

Monitoreo. Un mecanismo de recolección, procesamiento e interpretación de datos con el fin de ayudar al administrador (personal) a mantenerse permanentemente en contacto con el desarrollo de un programa. El monitoreo es un seguimiento día por día de las actividades, para asegurar que se estén desarrollando como se ha planificado y de acuerdo con el cronograma.

8. Agradecimientos

El Programa de Prevención y control de la lepra expresa profundo agradecimiento a las instituciones y funcionarios públicos del sector por sus aportaciones que fortalecieron los conceptos vertidos en el presente documento.

A continuación se mencionan a personas a las que se les hace un reconocimiento especial por su colaboración directa o indirectamente en la elaboración de este programa sectorial:

Eduardo Camarena de la Cruz
Ma. de Lourdes Martínez Olivares
Carlos Talancón Espinosa
Luz Adriana Valdez Hernández
Bettina Magallán López
Alfredo Nava Ruíz
Blanca Amalia Coyoli Vieyra
Graciela Núñez Navarrete
Beatriz Adriana Ruíz Huerta
Carlos García Candanoza
Rosa Cruz López
Ana Dolores González Santillán
Wenceslao A. Martínez Medina
Jorge Alberto Alpuche Villanueva
Susana Perches González
Rosalino Flores Rocha
Cristhian Miguel Tapia Torres
Juan Jesús Jáuregui Aguilar
Jesús Hernández Reyes
Edgar Ramón Rodríguez Hernández
Javier Fuentes Domínguez
Rocío Rodríguez Gutiérrez

Ma. Teresa de Jesús Rangel Contreras
Amalia Mora Jaimes
María Concepción Carmona Ramos
Manuel Sandoval Díaz
Felipe Hurtado Páramo
Francisco Vargas Ocampo
Enrique Bonilla Galán
Lilia Marín Vázquez
Beatriz Cárdenas Turrent
David Loza Bonilla
Margarita Ortega Lucero
Francisco J. Arce Martínez
María Evila Gómez Torres
Elizabeth Alvarado Rodríguez
Enna Patricia Ramos Herrera
Virginia Morales Aguillón
Silvia Enschede González
Jaime Hernández Ramos
Nashiely Soto Gallardo
Juan Manuel Fuentes Gómez
Verónica Ortega Gutiérrez
José Alberto Cervera Azcorra

Programa de Acción Específico 2007-2012.

Lepra.

Se terminó de imprimir y encuadernar en Grupo Editorial Raf, S.A. de C.V.
Abasolo No. 40, Col. Santa Úrsula Coapa, Delegación Coyoacán, C.P. 04650
México, D.F.

Agosto de 2008

Esta edición consta de 3,000 ejemplares