Programa de Acción Específico

Eliminación de la Lepra
2013-2018

Programa Sectorial
de Salud

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

Índice General

Directorio 5
Mensaje de la C. Secretaria de Salud 7
Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud 9
Introducción 11
I. Marco Conceptual 13
II. Marco Jurídico 17
III. Diagnóstico 21
III.1 Antecedentes 23
III.2 Situación Actual y Problemática 25
III.3 Avances 2000-2012 27
III.4 Retos 2013-2018 35
IV. Alineación con las Metas Nacionales 37
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 39
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 40
V. Organización del Programa 43
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción 45
V.2 Estrategias Transversales 46
VI. Indicadores y Metas 47
VII. Matriz de Corresponsabilidad 57
VIII. Transparencia 65
Bibliografía 69
Abreviaturas y Acrónimos 71
Glosario 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 lepra es una de las enfermedades milenarias consideradas como del "rezago", que conlleva al estigma y discriminación a quien la padece. Sin embargo, desde el uso de la poliquimioterapia y las estrategias implementadas para su eliminación como problema de salud pública, recomendadas por la Organización Mundial de Salud, se ha demostrado como factible su control, no obstante la frecuencia de casos nuevos que siguen apareciendo de forma constante, aunque con una tendencia decreciente de forma discreta pero permanente. Por lo anterior, se destaca la importancia de redoblar la lucha contra esta enfermedad, mediante estrategias y líneas de acción homologadas con carácter sectorial y enfocadas a realizar diagnósticos y tratamientos oportunos de las personas afectadas por lepra hasta lograr su curación, todo ello bajo principios apegados a la equidad y justicia social, manteniendo la calidad de la atención, con base en las acciones de vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la coordinación interinstitucional en todos los órdenes de gobierno.

El presente documento recopila las directrices que se deberán considerar para la prevención, control, vigilancia y eliminación de la lepra en México, durante el periodo 2013-2018 basado en el marco normativo oficial vigente y en los antecedentes de la enfermedad, los avances 2000-2012, así como los retos y desafíos, todo esto en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018.

El presente documento contiene los objetivos, estrategias, líneas de acción y metas a fin de poder controlar y lograr la eliminación de la lepra como problema de salud pública en México.

I. Marco Conceptual

I. Marco Conceptual

La lepra es un problema de salud pública en muchas regiones del mundo y lo sigue siendo en algunas zonas geográficas de México, no solo por el número de casos sino también por su carácter discapacitante y el prejuicio que existe aún en la población.[1,2] Es una enfermedad prevenible y curable, no obstante el registro de casos nuevos persistente en todas las entidades federativas con excepción de Tabasco, Puebla, Hidalgo y Tlaxcala.

Para evitar la transmisión y la prevalencia de la lepra, se requiere del fortalecimiento de las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento, por parte del personal de las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como las actividades de promoción de la salud para mejorar entre la población el conocimiento de las características y la percepción de la misma, a fin de disminuir el estigma y discriminación que conlleva la enfermedad.[1,2,5]

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, promoción de la salud, fortalecimiento de la red de laboratorios de diagnóstico y la coordinación interinstitucional en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. [6,9]

Para lograr la eliminación de esta enfermedad se requiere implementar la poliquimioterapia (PQT) y la búsqueda de casos nuevos entre los contactos de los enfermos y entre la población con sintomatología compatible con la enfermedad.

El indicador de eliminación establecido por la Organización Mundial de la Salud establece menos de 1 caso por cada 10 mil habitantes, lo cual ya ha sido logrado en México y en las 32 entidades federativas, sin embargo aún persisten más de 20 municipios que no alcanzan dicho nivel, por lo que son considerados como “prioritarios”.

El tratamiento oportuno y adecuado de cada paciente, es una acción clave para disminuir el número de casos, el cual, consiste en un esquema de medicamentos a base de rifampicina, clofazimina y diamino-difenil-sulfona (DDS), por un lapso de un año mínimo para caso multibacilares y seis meses a base de rifampicina y DDS, para casos de lepra paucibacilar.

Los contactos intradomiciliarios de un paciente con lepra representan la población con mayor riesgo, estos pueden tener un factor genético que los predisponga; además de un tiempo prolongado de contacto con una persona enferma que no esté en tratamiento con PQT. [1, 2, 5, 6, 8, 9]

II. Marco Jurídico

II. Marco Jurídico

Este documento define las acciones que se deben implementar en la lucha contra la lepra para el periodo 2013-2018, es de carácter sectorial y constituye un instrumento que guía a los servicios de salud, a fin de ofrecer un abordaje práctico y homologado en la implementación de las estrategias y líneas de acción entre los diferentes niveles aplicativos. La **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, en el Artículo 4° establece que "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución". Este artículo fundamenta a la **Ley General de Salud**, que en su artículo 1° establece que "La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4°.de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos". Además en el artículo 3° de esta misma Ley en su fracción XV indica que se tendrán que hacer acciones de "prevención y el control de enfermedades transmisibles", por lo tanto, el cumplimiento de la atención y control de estas enfermedades es de atención obligatoria, así como también se sustenta en su artículo 134° señala que "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" considerando a lepra en su fracción IX. Además, existen otros Artículos dentro de esta Ley que sustentan las acciones del sector salud y que son aplicables para el desempeño de este Programa, en específico se señala al Título Noveno referente a la asistencia social, prevención de la discapacidad y rehabilitación de las personas con discapacidad, que en los artículos 167 y 168 hacen referencia a las actividades de asistencia que se les habrá de prestar a esta población afectada, además del Título Tercero en sus capítulos I, II, III y IV relativos a la a atención médica, la prestación de los servicios de salud, los usuarios de servicios de salud y la participación de la comunidad. [10, 11]

En forma específica los lineamientos de prevención, control y atención están descritos en el **Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007 Para la prevención, control 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. Es de observancia obligatoria para todo el personal de las unidades de atención médica en el Sistema Nacional de Salud. [1]

Dentro de los procedimientos para la prevención y control de la lepra, los procesos de vigilancia epidemiológica se sustentan en lo establecido en la **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 Para la vigilancia epidemiológica** y en los siguientes manuales, para orientar su aplicación en todos los niveles de atención de las instituciones, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). [9]

- Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las micobacteriosis;
- Manual de procedimientos operativos para la prevención y control de la lepra,
- Manual de procedimientos de laboratorio de lepra, en los cuales se describen los elementos técnicos y metodológicos necesarios. Por otro lado y en apego a los lineamientos de respaldo de información, la *NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico,* establece los criterios técnicos y administrativos en la elaboración, interpretación, uso y archivo del expediente clínico que opera en todos los padecimientos crónicos que requieren de visitas periódicas a la unidad de salud como es el caso de los enfermos de lepra.[4]

III. Diagnóstico

III. Diagnóstico

III.1 Antecedentes

La lepra es una enfermedad crónica e infecciosa causada por el bacilo *Mycobacterium leprae*, afecta principalmente los nervios periféricos y la piel, aunque puede afectar otros tejidos.

Aun cuando algunos autores afirman (sin demostrarlo), que la lepra existía en México antes de la conquista, la mayoría, considera que fueron los conquistadores los que trajeron la enfermedad a México en el siglo XVI.

En esa época, la endemia principalmente afectaba la región occidental, debido al incremento de relaciones comerciales entre el México colonial y el Archipiélago Filipino, en donde la incidencia de la enfermedad era tan alta, que los franciscanos fundaron en Manila, Filipinas y en otras ciudades del país hospitales para enfermos de lepra. Más tarde la afluencia de inmigrantes asiáticos: chinos y japoneses debió haber contribuido también a aumentar la endemia en los estados occidentales de México.

La lucha contra la lepra en México se inicia poco tiempo después de la conquista, cuando Hernán Cortés edifica en 1528 el primer Hospital de San Lázaro, no sólo de la Nueva España sino de América. Fue hasta el siglo XX cuando el Dr. Jesús González Urueña presenta en el "IV Congreso Médico Nacional Mexicano", el trabajo titulado "Manera de iniciar en México la profilaxis antileprosa", en el que señala la magnitud del problema. En 1921 el Departamento de Salubridad hace obligatoria la notificación de casos de lepra. El 2 de febrero de 1937 se fundó el dispensario antileproso "Dr. Ladislao de la Pascua", y el Dr. Fernando Latapí fue designado desde ese momento como su Director. En 1941 con el descubrimiento de las sulfonas se llegó a una terapéutica que habría de resultar verdaderamente útil en el tratamiento de la enfermedad, lo que dio comienzo a la era sulfónica. En 1960 la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, creó el Programa Nacional para el Control de la Lepra, designando al Dr. Fernando Latapí como su Director, quien compartió la organización con otros dermatoleprólogos. El objetivo de este programa era identificar el mayor número de casos de lepra para otorgarles tratamiento.[3]

Actualmente, la responsabilidad de esta loable tarea es conjunta en el Sistema Nacional de Salud en sus áreas de prevención y promoción de la salud.

Durante más de 30 años el único medicamento que se utilizó en todos los países endémicos fue la dapsona. Con los inconvenientes de que se tenía que dar por tiempo indefinido; en ocasiones daba lugar a reacción leprosa en las primeras etapas del tratamiento y que se podía presentar resistencia al medicamento. La citada resistencia y la aparición de otros fármacos con actividad antileprosa como la clofazimina y la rifampicina, dieron lugar a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendara en 1982, la Poliquimioterapia (PQT) a base de rifampicina, clofazimina y dapsona, durante 2 años en los casos multibacilares y durante 6 meses en los paucibacilares. [3, 13]

La PQT ha sido el pilar más importante en la lucha contra la lepra en México donde a partir de 1990 cuando se registraban en el país casi 17,000 enfermos se adoptó su uso como estrategia fundamental para la eliminación de la enfermedad por recomendación de la OMS, con ello dejó de utilizarse la monoterapia con dapsona, dando inicio así a la era del control efectivo de la enfermedad, con lo cual se ha logrado la reducción en el número de casos infectantes y la frecuencia de discapacidades, lo que demuestra factible su control.

La OMS estableció que para el año 2000, se alcanzara el indicador de eliminación de la prevalencia menor a 1 caso por 10 mil habitantes, México logró dicha meta al disminuir de 16,694 casos registrados en 1990 con una tasa de 2.6 casos por 10,000 habitantes a 6,404 enfermos y una tasa de 0.71 en 1994, gracias al inicio de la PQT.[7]

Desde entonces, el enfoque es lograr la reducción de la prevalencia en los estados y municipios que registren 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.

Transmisión

Se considera que el humano es el único reservorio del *Mycobacterium leprae*, la mayoría de los investigadores coinciden en que el modo de trasmisión del bacilo de la lepra es por vía aérea, mediante microgotas de secreción que al hablar, toser o estornudar son expulsadas por el enfermo y el sujeto sano al inhalarlas es contagiado.

Para adquirir la infección se requiere la convivencia estrecha y prolongada con un enfermo bacilífero y con inmunidad celular disminuida.

Los contactos intradomiciliarios de los enfermos representan el grupo más expuesto al riesgo de adquirir la infección y, en algún momento de su vida desarrollar la enfermedad. Por tanto, la vigilancia epidemiológica debe ser estrecha y la revisión dermatológica cada seis meses, para identificar de manera oportuna los casos nuevos, antes de que desarrollen discapacidad y se conviertan en una fuente más de transmisión.

Signos y síntomas

La mayoría de las veces las personas que tiene lepra no cursan con sintomatología lo que origina un retraso en el diagnóstico. Los signos y síntomas son los siguientes:

- Una o más manchas cutáneas con una pérdida definida de la sensibilidad;
- Pueden ser blanquecinas, rojizas o cobrizas;
- Pueden ser aplanadas o elevadas;
- No producen prurito;
- Usualmente no duelen;
- Pierden la sensación de calor, tacto o dolor;
- Pueden aparecer en cualquier parte de la piel.
- Nódulos enrojecidos o del color de la piel, o un endurecimiento suave, brillante y difuso de la piel sin pérdida de la sensibilidad.

Clasificación

Existen varias clasificaciones de lepra en el mundo, las cuales nos permiten entender el comportamiento de la enfermedad. En México se utiliza la siguiente:

- Indeterminada
- Tuberculoide
- Dimorfa
- Lepromatosa

Con respecto a las formas clínicas, se comportan en tres grandes tipos de características clínicas, en el caso de los pacientes con lepra dimorfa, se podrán presentar variedades tanto de lepra tubercúlide como lepromatosa.

Lepra Indeterminada: Forma inicial del padecimiento, discreto cuadro clínico que consiste en manchas hipopigmentadas disestésica o anestésica, alopécica y anhidrótica, de límites mal definidos.

Lepra Tuberculoide: Placas con borde extenso elevado, eritematosas o cobrizas.

Lepra dimorfa: Placas infiltradas eritematosas, cobrizas, con borde externo mal definido.

Lepra Lepromatosa: Nódulos, placas infiltradas o lesiones foliculares (elementos circunscritos) o infiltración difusa.

Para la OMS solo lo divide en dos grandes grupos, esto considerando el esquema de tratamiento que recibirán. Para fines de control sanitario los casos se clasifican en:

Multibacilares (MB): los lepromatosos, dimorfos y con infiltración difusa.

Paucibacilares (PB): los tuberculoides e Indeterminados.

Diagnóstico

Debe ser establecido con absoluta certeza a fin de evitar el trauma psíquico y el prejuicio social, lo que puede ocasionar un diagnóstico incorrecto. Para disminuir el número de errores y otorgar el tratamiento a la persona que en realidad lo amerita, la parte clínica es esencial pero se debe hacer de manera integral, considerando tres criterios:

- Clínico
- Laboratorio (bacteriológico)
- Correlación epidemiológica

No es necesario que se presenten los tres para diagnosticarla, es muy importante el criterio médico para poder llegar al discernir entre lepra u otra enfermedad dermatológica.

Criterios Diagnósticos:

Clínico

Lesiones cutáneas: hipopigmentadas o eritematosas, con pérdida definida de la sensibilidad.

Lesiones de los nervios periféricos: con manifestaciones de pérdida de la sensibilidad y fuerza en manos, pies y cara.

Bacteriológico

Baciloscopia: positiva o si fuera negativa y existen signos considerar la evidencia epidemiológica.

Histopatológico: resultado histopatológico compatible con lepra.

Epidemiológico: Antecedente de vivir o haber vivido con un enfermo de lepra o en un área endémica.

Tratamiento: Los fármacos a utilizar en el tratamiento de la lepra se denominan de primera línea y son los ya mencionados: rifampicina, clofazimina y dapsona. La PQT la prescribe el personal de salud debidamente capacitado.

Ante la persistencia de lesiones después de un retratamiento para lepra se denominan de segunda línea y son ofloxacina o minociclina, igualmente deben ser prescritos por el personal de salud especializado debidamente capacitado.

El tratamiento regular de la lepra para los casos MB comprende como mínimo 12 dosis mensuales supervisadas de rifampicina, clofazimina y dapsona y 324 dosis autoadministradas una cada día de clofazimina y dapsona. Al concluir los 12 meses de tratamiento (o más según el caso) los enfermos deben ser evaluados tanto clínicamente como por estudios de laboratorio para poder verificar la mejoría y dictaminar su clasificación final: curado, fracaso, abandono, refractario.[1,5, 16]

III.2 Situación Actual y Problemática

En 1991 la 44ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA 44.9 en la que se estableció el compromiso de eliminar la lepra como problema de Salud Pública para fines del año 2000. La estrategia principal para lograr la eliminación es la administración regular de PQT a todos los casos detectados, con lo cual se logra la curación del paciente y también se reduce la transmisión.[7]

Lepra en la región de las Américas

Desde 2006, se ha presentado un descenso en el número de casos nuevos de lepra reportados en la región, pasando de 47.612 en 2006 a 36.494 en 2011 (Brasil reportó el 93,04% de los casos nuevos); asimismo, la prevalencia notificada bajó de 0.71 por 10,000 habitantes en 2006, a 0.36 en 2011. En este mismo año todos los países de la región han alcanzado la meta de eliminación (menos de 1 caso por 10.000 habitantes), con excepción de Brasil (1,51). En 2011 los casos multibacilares fueron el 62,05% del total de casos nuevos, lo cuales representan un mayor riesgo para la transmisión de la micobacteria a los contactos y convivientes; el número de casos nuevos en niños menores de 15 años de edad fue de 2.537 (6,95%), mientras que en mujeres fue de 15.739 casos (43,13%); los casos nuevos con discapacidad grado 2 fueron 2.371 (6,50%); estos datos indican la persistencia de la transmisión activa y el diagnóstico tardío en algunos países.

El perfil de los casos nuevos difiere entre países, en la Tabla 1 se realiza un análisis dividiendo en dos grandes grupos, los que reportan menos de 100 casos nuevos al año (baja carga) y los que reportan más de 100 casos al año (alta carga) entre los que se ubica a México.[7]

Tabla 1. Perfil de los casos nuevos de lepra en los países de las Américas que reportaron más de 100 casos nuevos en 2011

País	Casos nuevos	Casos Multibacilares		Casos en Mujeres		Casos en menores de 15 años		Casos con discapacidad grado 2	
		No. de casos	%	No. de casos	%	No. de casos	%	No. de casos	%
República Dominicana	154	101	65.6	72	46.75	19	12.34	13	8.44
México*	162	118	72.8	67	41.36	6	3.7	9	5.56
Cuba	254	203	79.9	118	46.46	10	3.94	20	7.87
Argentina	340	286	84.1	130	38.24	2	0.59	28	8.24
Colombia	434	309	71.2	-	-	13	3	41	9.45
Paraguay	468	372	79.5	146	31.2	15	3.21	43	9.19
Venezuela	577	421	73	201	34.84	40	6.93	45	7.8
Brasil	33,955	20,710	61	14,953	44.04	2,420	7.13	2,165	6.38
Total	**36,344**	**22,520**	**62**	**15,687**	**43.16**	**2,525**	**6.95**	**2,364**	**6.5**

***Fuente**: Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para Acelerar el logro de la Eliminación de la lepra en Latino América y el Caribe, 2012.*
** La OPS utiliza información preliminar por lo que las cifras varían con respecto a lo reportado por la DGE.*

Situación actual de la lepra en México

Nuestro país por ser un estado miembro de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realiza las acciones necesarias para cumplir con los objetivos que se establecen y obtener el indicador de prevalencia menor de 1 caso por 10,000 habitantes hasta el nivel municipal. Cabe mencionar que como país esta meta se alcanzó en 1994, sin embargo los esfuerzos continúan hasta lograrlo a nivel municipal de los cuales al cierre de 2012 aún se cuentan 21 municipios con tasa de prevalencia mayor a 1 por 10 mil, no obstante, desde que se alcanzó dicha meta a nivel nacional, el número de casos nuevos detectados anualmente ha seguido un descenso constante, con una considerable reducción de la carga de enfermedad.[17]

Problemática

Los problemas que inciden en la ejecución del Programa son principalmente de orden técnico-operativo y gerencial, los cuales se centran principalmente en la falta de presupuesto para la operación del mismo, así como recursos específicos para la capacitación y supervisión en las entidades federativas, por lo que la resolución de dicha problemática la podemos dividir en corto, mediano y largo plazo.

Problemática a resolver a corto plazo:

1. Las detecciones de casos nuevos se llevan a cabo en la consulta general, dejando a un lado al grupo de mayor riesgo (contactos intradomiciliarios) por lo tanto, las detecciones deberán ser focalizadas de manera prioritaria en los contactos, por ser el grupo de mayor vulnerabilidad en lepra.

2. Cumplimiento de las actividades de supervisión del nivel estatal al jurisdiccional y local.

3. Modernizar el sistema de información de lepra, para contar con información más oportuna y automatizada.

4. Garantizar recursos financieros para realizar las actividades técnico-operativas del Programa.

Problemática a resolver a mediano plazo:

- Existen entidades que no reportan la presencia de casos de lepra, por tal motivo es imprescindible descartar si se encuentran en silencio operacional o epidemiológico, o validar que efectivamente son áreas libres de lepra como problema de salud pública.

Problemática a resolver a largo plazo:

- Se requiere fortalecer las capacidades aprendidas en lepra por el personal de salud, principalmente en las entidades prioritarias según la carga de enfermedad.

- Fomentar el fortalecimiento de alianzas con organismos de la sociedad civil a nivel nacional y estatal para lograr acciones de abogacía y apoyos sociales para los afectados, así como implementar acciones de promoción contra el estigma y la discriminación que aún prevalecen en torno a este padecimiento.

- Promover mayor investigación en temas relacionados con lepra, para favorecer la oportuna toma de decisiones.

Los logros obtenidos en el control y prevención de la lepra en los últimos 20 años, representan el resultado de las acciones implementadas, para alcanzar las metas establecidas por los organismos internacionales, pero sobre todo, los beneficios a la población, al reducir los riesgos de discapacidad, que esta enfermedad puede ocasionar.

En este sentido es necesario validar, los logros alcanzados y descartar un silencio operacional o un silencio operativo en lepra. Al tener un proceso que valide a las entidades que no reportan casos nuevos y comprueben que se estén realizando las acciones necesarias para alcanzar la eliminación de la lepra como problema de salud pública, no podemos dejar pasar desapercibidos los esfuerzos realizados por los servicios de salud de las entidades para llegar a tan deseada meta.

Para que se realice la detección de casos nuevos es fundamental contar con profesionales de la salud capacitados, con herramientas y habilidades para poder detectar, diagnosticar y tratar a las personas con esta enfermedad. De igual forma es importante que se haga una focalización, de acuerdo a los requerimientos de los diferentes trabajadores de la salud que están implicados en la atención de las personas enfermas, como son médicos en formación, médicos de primer nivel de atención, especialistas y personal de laboratorio. Estas actividades se tendrán que hacer en todo el país, con énfasis en los municipios prioritarios.

El "Plan de Acción para Acelerar el Logro de Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe" [7], establece la realización de acciones para llegar a esta meta de prevalencia, a nivel municipal. En México se reportan municipios prioritarios (con tasa mayor a 1 por 10 mil habitantes), lo que indica la presencia de la enfermedad y que las personas que integran esa comunidad están expuestas a la enfermedad, por lo que se tendrá que poner atención en el fortalecimiento de acciones en dichos municipios.

III.3 Avances 2000-2012

Durante el periodo 2000-2012, la tasa[1] de incidencia de lepra ha descendido de manera paulatina de 0.417 en el año 2000, a una tasa de 0.173 en el 2012, lo que representa un disminución del 59%. En este documento se reportan las cifras históricas de los principales indicadores, proporcionados por la Dirección General de Epidemiología, donde se observan los logros alcanzados hasta la fecha.

Como se observa en la Tabla 2, el número de casos nuevos en el año 2000, fue de 414 y descendió a 196 casos al 2012. En 1997 se registró el mayor número de casos en México con 625 y tasa de 0.67 por cada 100,000 habitantes. La disminución se atribuye a que se intensificaron las acciones de búsqueda activa de casos, al inicio de la PQT en México a partir de 1990 y a la colaboración y la participación de los Centros Dermatológicos que existen en el país. En el Grafico 1 podemos ver el comportamiento del descenso de la incidencia.

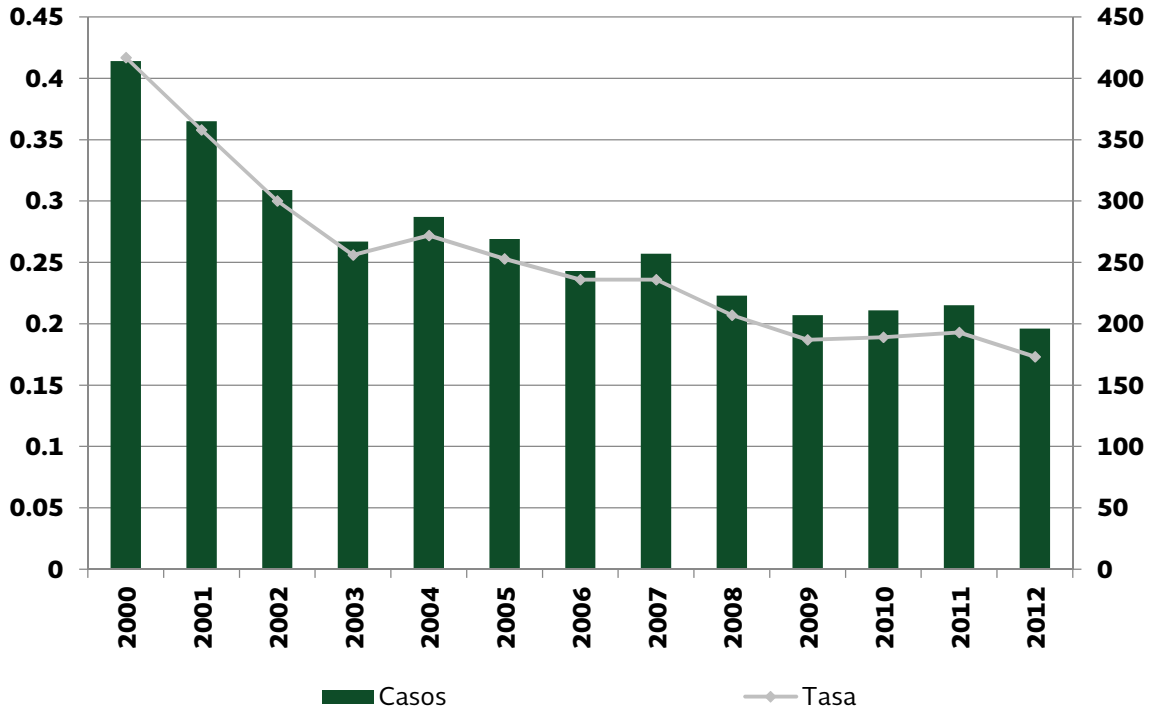
[1] Tasa de incidencia por 100,000 habitantes.

Tabla 2. Serie de casos nuevos 2000-2012

Año	Tasa	Casos
2000	0.417	414
2001	0.358	365
2002	0.300	309
2003	0.256	267
2004	0.272	287
2005	0.253	269
2006	0.236	243
2007	0.236	257
2008	0.207	223
2009	0.187	207
2010	0.189	211
2011	0.193	215
2012	0.173	196

***Fuente**: SSA, DGE, 2012*
Tasa por 100,000 habitantes.

Gráfica 1. Incidencia de lepra. Mexico, 2012



***Fuente**: SSA, DGE, 2012.*
Tasa por 100,000 habitantes.

De acuerdo a la derechohabiencia de los casos diagnosticados en 2012, se observa que gran parte de estos, no tienen seguridad social, lo que representa 66% del total de los casos registrados, seguido por un 20% del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el resto, 12% son registrados por otras instituciones. (Gráfica 2 y Tabla 3).[17]

Gráfica 2. Distribución de casos nuevos de lepra por institución. México, 2012

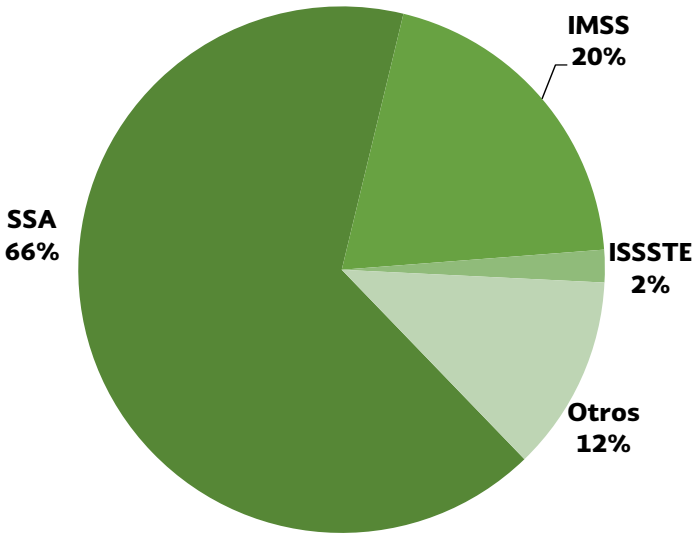


Tabla 3. Distribución de casos nuevos de lepra por institución. México, 2012

Institución	Número de casos nuevos
SSA	129
IMSS-Ordinario	33
IMSS-Oportunidades	6
ISSSTE	5
SEDENA	1
PRIVADOS	1
SEMAR	1
DIF	0
PEMEX	0
OTRAS	20
Total	**196**

El comportamiento de la lepra en México de acuerdo al género y grupo etario en el año 2012 (Tabla 4), fue de una razón de 2:1 hombre- mujer; se identifica el grupo de edad más afectado en el rango de 45 a 64 años tanto en hombre como en mujeres.

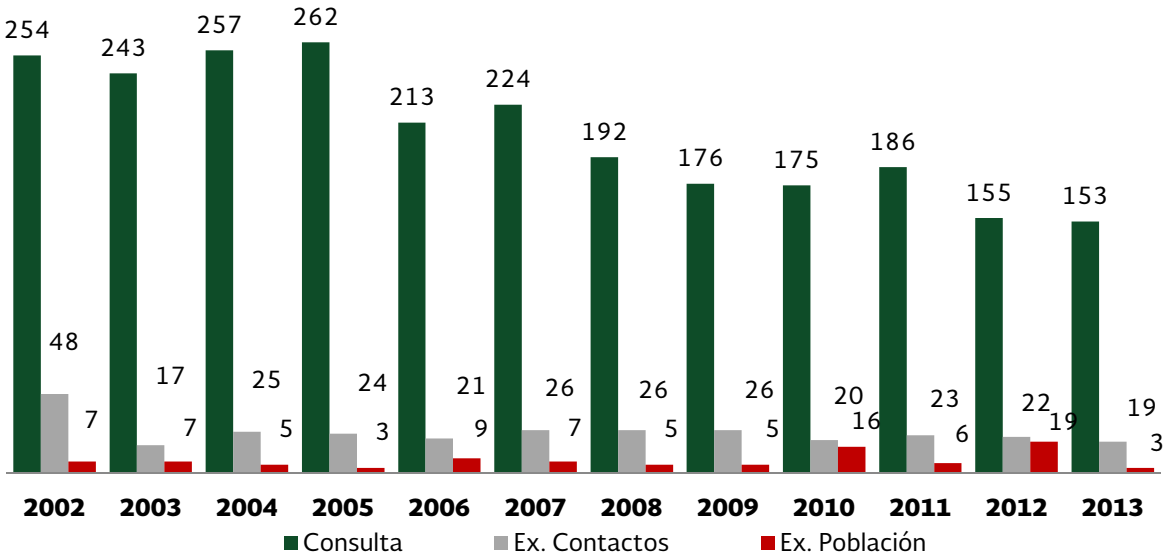
Tabla 4. Edad y género de los casos nuevos de Lepra. México, 2012

Grupos de Edad	Casos		Total	%
	Hombres	Mujeres		
<1	0	0	0	0
1 a 4	0	0	0	0
5 a 14	1	3	4	2.04
15 a 24	9	4	13	6.63
25 a 44	40	22	62	31.63
45 a 64	48	22	70	35.71
65 y más	31	16	47	23.97

***Fuente**: Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, año 2012.*

Dada la historia natural de la enfermedad, la detección de los casos nuevos debe de ser de manera inicial entre los contactos intradomiciliarios. En un análisis realizado sobre la forma de detección de los casos nuevos de lepra en el 2012 (Gráfica 4), se observó que la mayor proporción fue detectado dentro de la consulta (89%) y tan solo el 14% fue diagnosticado por examen a los contactos, lo que refleja la necesidad de realizar búsqueda activa dentro de los contactos de los pacientes con lepra que se tienen registrados.

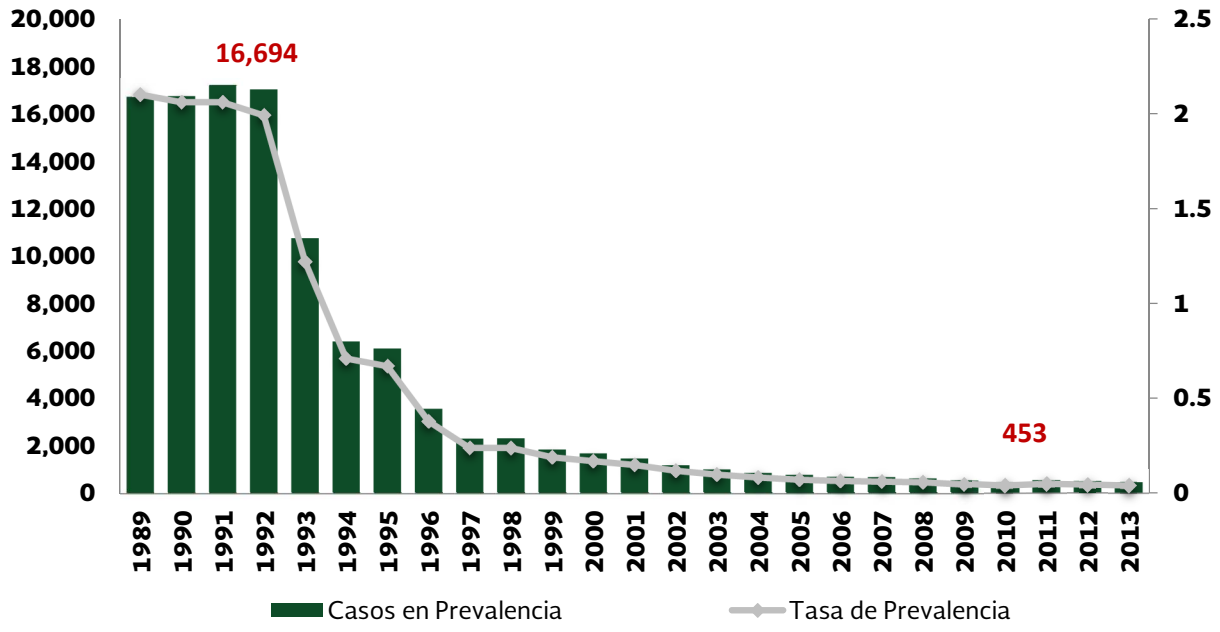
Gráfica 4. Lugar donde se realizó la detección de casos. México, 2012



***Fuente**: Cédulas de registro/estudio epidemiológico, Dirección General de Epidemiología.*

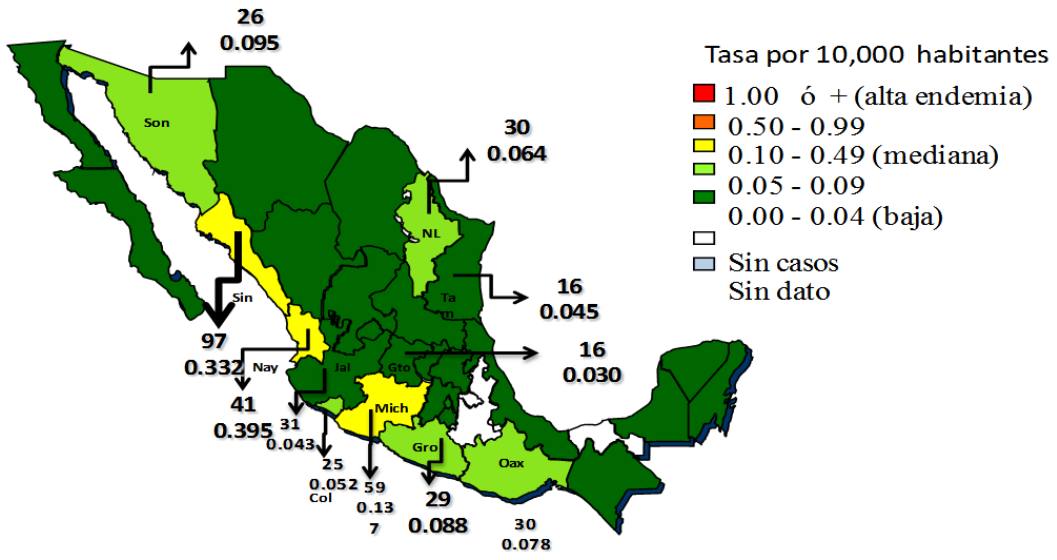
De la misma forma que la incidencia, la prevalencia de los casos de lepra también ha mostrado un franco descenso en la tendencia de 1989 a 2012, con una reducción de 97% para el periodo, misma que se ha mantenido durante los últimos años. (Gráfica 5 y 6, Tabla 6)

Gráfica 5. Prevalencia de lepra. México, 1989-2012



***Fuente**: Informes trimestrales de las entidades federativas. Programa de Prevención y Control de la Lepra.*
** Tasa por 10,000 habitantes.*

Gráfica 6. Prevalencia por lepra. México, 2012



***Fuente**: Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Control de la Lepra 2012.*

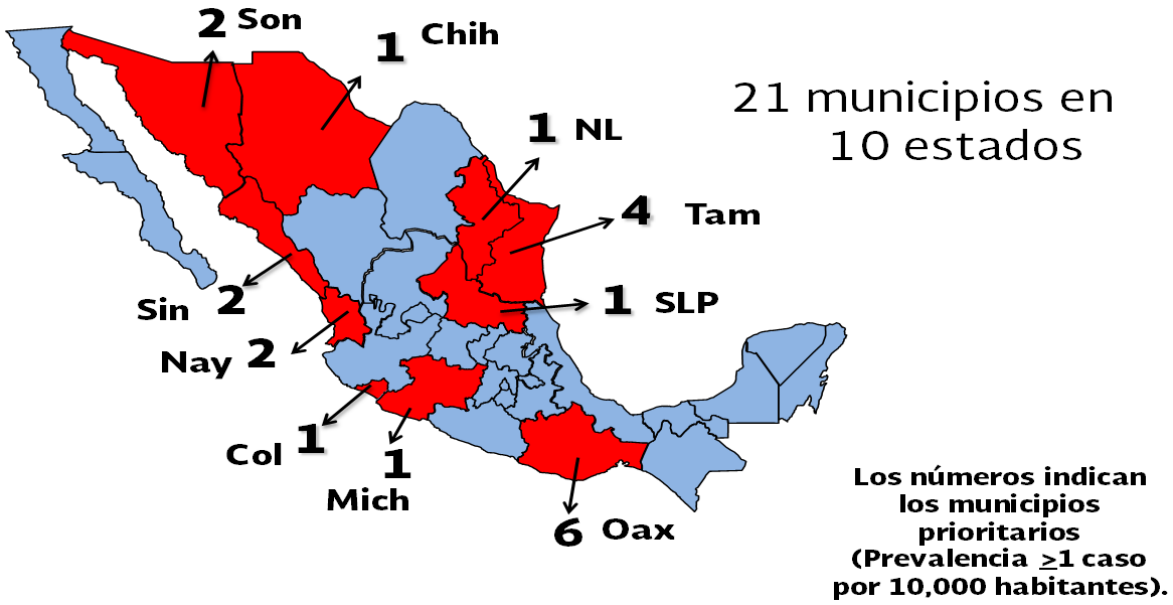
Tabla 6. Datos de relevancia de lepra. México, 2000-2012

Año	Casos Nuevos	Tasa de Incidencia*	Número de casos en Prevalencia	Tasa de prevalencia**	Municipios Prioritarios
2000	414	0.42	1,685	0.17	98
2001	365	0.36	1,470	0.15	86
2002	309	0.3	1,191	0.12	73
2003	267	0.26	1,011	0.1	62
2004	282	0.27	865	0.08	53
2005	269	0.25	776	0.07	45
2006	257	0.23	719	0.66	34
2007	224	0.207	684	0.063	33
2008	207	0.187	638	0.058	27
2009	216	0.189	557	0.047	21
2010	211	0.193	437	0.039	22
2011	215	0.193	525	0.047	23
2012	196	0.173	491	0.043	21

**Tasa por 100,000 habitantes*
***Tasa por 10,000 habitantes*
***Fuente**: DGE, SSA*

Entre 2000 y 2012, el número de municipios prioritarios con tasa de prevalencia mayor a 1 caso por 10 mil habitantes ha pasado de 84 a 21, lo que representa una disminución de 75%. (Gráfica 7 y Tabla 5)

Gráfica 7. Municipios prioritarios en lepra por entidad federativa. México, 2012



***Fuente**: Secretaría de Salud. Programa de Prevención y Control de la Lepra 2012.*

Tabla 5. Municipios prioritarios. México, 2012

Estados	Municipios prioritarios	Enfermos	Tasa
Colima	Manzanillo	16	1.062
Chihuahua	Cuauhtémoc	1	1.227
Michoacán	Apatzingán	11	1.057
Nayarit	Santa María del Oro	3	1.412
	San Blas	20	3.986
Nuevo León	Melchor Ocampo	1	5.737
Oaxaca	Santiago Niltepec	5	17.265
	Chahuites	2	1.899
	San Pedro Tapanatepec	3	1.969
	Santo Domingo Ingenio	1	1.155
	Villa de Tututepec	9	1.988
	Rojas de Cuauhtémoc	1	8.750
San Luis Potosí	San Ciro de Acosta	1	1.020
Sinaloa	Concordia	4	1.250
	Escuinapa	10	1.750
Sonora	Opodepe	1	3.230
	Plutarco Elías Calles	4	2.700
Tamaulipas	Miquihuana	1	2.910
	Gómez Farías	1	1.050
	Antiguo Morelos	1	1.060
	Jiménez	1	1.100

***Fuente**: SSA, DGE, 2012*

Un dato importante a considerar dentro del control de la lepra en México es, que todos aquellos pacientes que terminan tratamiento y curan, deben permanecer en vigilancia post-tratamiento; en el caso de los casos multibacilares por un periodo de 5 años y los casos paucibacilares por 2 años, esto conlleva al seguimiento de los pacientes con realización de estudios de baciloscopia e histopatología, así como exploración dermatoneurológica como lo señala el Manual de Procedimientos de Lepra, se deberá llevar a cabo también la revisión de sus contactos.

Durante 2012 se registraron 1,059 casos de lepra en vigilancia post-tratamiento, de los cuales 948 correspondían a casos multibacilares (89%) y 113 paucibacilares (11%).

Para mantener el control de la lepra, aun cuando la prevalencia e incidencia muestran una tendencia hacia la reducción, durante el periodo 2000-2012 se ha optado por continuar las actividades con enfoque de riesgo, al fortalecer las acciones de promoción de la salud y participación comunitaria con énfasis en las entidades con antecedentes de endemia.

Se realizó también, la actualización con carácter interinstitucional dirigido al personal operativo con enfoque de riesgo y perspectiva de género, mediante la programación y desarrollo mínimo de un evento de capacitación anual por entidad federativa, de acuerdo a las áreas prioritarias consideradas endémicas de lepra en México.

Se intensificaron las acciones de detección de casos nuevos de lepra con énfasis en el estudio de los contactos de casos prevalentes en la consulta general y mediante la estrategia denominada "Jornadas Dermatológicas" que algunas entidades como Nayarit, Oaxaca, Guerrero y Sinaloa mantienen como prioridad anual.

La rectoría del Programa Nacional de Prevención y Control de la Lepra en las entidades, se monitorea a través de visitas de supervisión, en las cuales se identifican áreas de oportunidad y mejora basadas en la priorización estatal; se ha dado cumplimiento al 100% de las visitas de supervisión y asesoría en servicio; programadas de manera anual.

Se ha difundido entre las instituciones que conforman el Sector Salud, la *NOM-027-SSA2-2007 para la prevención y control de la lepra* y el "Manual de procedimientos operativos para la prevención y control de la lepra".

En el marco de la conmemoración del "Día Mundial de lucha contra la lepra" el último domingo de enero, se realiza la conmemoración con un acto alusivo de carácter Federal, mismo que se replica en cada entidad federativa con acciones interinstitucionales de intensificación en la información a la población, con diversas estrategias de promoción de la salud, orientadas a la población general y al personal de salud.

III.4 Retos 2013-2018

Aún cuando se evidencian avances significativos en el Programa de Prevención y Control de la Lepra a nivel nacional, se mantiene una visión de mejora para aumentar la calidad del servicio a los pacientes de lepra con los siguientes retos.

- Consolidar el Sistema Automatizado de Información de Lepra.

- Consolidar el Plan de Validación de Áreas Libres de Lepra en el país, a fin de eliminar la enfermedad como problema de salud pública a menos de 1 caso por 10,000 habitantes hasta el nivel municipal.

- Promover la integración en currículo de escuelas y facultades de enfermería y medicina el tema de prevención y control de la lepra.

- Potencializar alianzas públicas y privadas, para realizar acciones de abogacía y apoyos sociales para las con lepra, así como implementar acciones contra el estigma y la discriminación que aún prevalecen en torno a este padecimiento.

- Monitorear los alcances para la toma de decisiones.

IV. Alineación con las Metas Nacionales

IV. Alineación con las Metas Nacionales

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

El PND establece los ejes, objetivos, estrategias y líneas de acción para conseguir las metas que transformaran al país, las cuales se tiene que tomar como directrices, para orientar las acciones a realizar en los programas prioritarios, en especial los que coordina el Centro Nacional de Programas Preventivos y de Control de Enfermedades.

De los ejes establecidos en el PND, el eje II "México Incluyente", considera una prioridad de atención a la pobreza, desigualdad y exclusión social que enfrenta México, que no es sólo un desafío político y moral, sino también una contradicción a los principios de justicia social en el país.

El eje "México incluyente" propone enfocar la acción del Estado en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y cerrar las brechas de desigualdad social que aún nos dividen.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.	1. Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.
			2. Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.
			3. Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra.
			4. Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.

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

La salud es una condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello, la salud es crucial para lograr las metas nacionales definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018.

El PROSESA 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas nacionales: México en Paz, México Incluyente; México con Educación de calidad; México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la productividad; Gobierno cercano y Moderno y Perspectiva de Género. En este sentido se plantean los 6 objetivos fundamentales que vinculan el quehacer institucional en lepra:

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

2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Con base en lo anterior, se pretende fortalecer la atención de las personas que viven en condición de vulnerabilidad, las cuales requieren además de las acciones de salud y de la asistencia social, la participación coordinada de los diferentes sectores y todos los órdenes de gobierno para lograr incidir en los determinantes sociales, a fin de reducir las inequidades en salud a través de políticas intersectoriales, como la cruzada nacional contra el hambre y el Programa de Desarrollo Social Oportunidades, en beneficio de los afectados por lepra y sus convivientes.

Esto se relaciona con el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres, pues incorpora temas de salud en grupos que viven en condición de vulnerabilidad.

Cuadro 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivos del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.3. Realizar acciones orientadas a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles de importancia epidemiológica o emergentes y reemergentes.	1.3.4. Fortalecer la vigilancia epidemiológica para la adecuada toma de decisiones para el control, eliminación y erradicación de enfermedades transmisibles.	1. Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra. 3. Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.	2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.	2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. 2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.	2. Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	4.7. Intensificar las acciones de promoción, prevención y atención de la salud en las enfermedades desatendidas.	4.7.1. Consolidar las acciones interinstitucionales para la atención de las enfermedades en vías de eliminación. 4.7.2. Fortalecer las medidas de prevención y promoción de la salud en enfermedades del rezago.	4. Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.

V. Organización del Programa

V. Organización del Programa

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivos:

1. Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.
2. Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.
3. Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra.
4. Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.

Objetivo 1. Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.

La lepra es una enfermedad prevenible y curable que ocasiona discapacidad cuando no se atiende de manera oportuna, por lo que se deben redoblar esfuerzos para otorgar atención con calidad a las personas afectadas, así como reducir el estigma y la discriminación que ocasiona la enfermedad; este objetivo está encaminado a alcanzar los objetivos de un México Incluyente.

Estrategia 1.1. Fortalecer las competencias técnicas para la detección y diagnóstico oportuno de lepra con perspectiva de género.

Líneas de acción:

1.1.1. Desarrollar actividades de capacitación del personal de salud con perspectiva de género enfocado al manejo integral de personas afectadas por lepra.

1.1.2. Promover detección de casos nuevos de lepra entre personas que acuden a consulta externa con sintomatología dermatológica y entre los contactos de casos de lepra.

1.1.3. Fortalecer la atención integral de los casos en prevalencia y vigilancia pos-tratamiento de lepra

Estrategia 1.2. Fortalecer los procedimientos para toma de muestra para el estudio baciloscopía e histopatología en coordinación con el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE).

Líneas de acción:

1.2.1. Promover la toma de muestras de baciloscopía e histopatología con calidad así como el procesamiento de las mismas en coordinación con el InDRE.

1.2.2. Fomentar la integración de la Red Nacional para estudio baciloscópico e histopatológico en lepra.

1.2.3. Fomentar los flujos de información entre los laboratorios y unidades operativas en lepra.

Objetivo 2. Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.

Para poder alcanzar la equidad en la atención de las personas afectadas con lepra, se requiere realizar acciones de rectoría, apegadas a la normatividad oficial, que nos permitan brindar la mejor atención a personas que acudan a los servicios de salud y exista igualdad sumando esfuerzos de carácter interinstitucional y comunitario para lograr un México incluyente.

Estrategia 2.1. Mejorar los procedimientos de Vigilancia Epidemiológica en Lepra.

Líneas de acción:

2.1.1. Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para lepra.

2.1.2. Modernizar el sistema de información de Vigilancia Epidemiológica de pacientes con lepra que se encuentran en prevalencia y vigilancia pos-tratamiento.

2.1.3. Realizar visitas de supervisión y asesoría a las entidades, para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos.

2.1.4. Realizar búsqueda intencionada de casos nuevos de lepra principalmente entre los contactos de los pacientes.

Estrategia 2.2. Fortalecer la vigilancia y disponibilidad de tratamiento en los pacientes con lepra.

Líneas de acción:

2.2.1. Fortalecer las acciones de control de los pacientes en tratamiento y registrar su clasificación final.

2.2.2. Gestionar la dotación y distribución del tratamiento integral de las personas afectadas con lepra de manera permanente con la OMS/OPS.

Objetivo 3. Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra

Una población más informada, es capaz de tomar mejores decisiones respecto a su salud. Se requiere sensibilizar a la población general y al personal de la salud, para abatir el estigma y la discriminación que pueden tener las personas afectadas por lepra.

Estrategia 3.1. Fomentar las acciones de promoción de la salud y participación de la comunidad en el tema de Lepra.

Líneas de acción:

3.1.1. Instrumentar actividades de información, educación y comunicación, con enfoque a población indígena y con perspectiva de género.

3.1.2. Incrementar las sesiones educativas dirigidas a grupos de población, con prioridad en localidades y municipios endémicos.

3.1.3. Fomentar la participación de autoridades locales y organizaciones civiles, para disminuir el estigma por lepra entre la población mexicana.

3.1.4. Realizar actividades de sensibilización en la población de riesgo de signos y síntomas, prevención de discapacidad y autodiagnóstico en familiares.

Objetivo 4. Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.

Es necesario realizar actividades basadas en experiencias exitosas en materia de prevención y control de la lepra, así como generar o promover la investigación de carácter científico u operativo y difundir el conocimiento nuevo para la toma de decisiones.

Estrategia 4.1. Fomentar la investigación operativa, clínica y epidemiológica.

Líneas de acción:

4.1.1. Instrumentar los procesos de validación de entidades federativas como áreas libres de lepra como problema de salud pública.

4.1.2. Promover el desarrollo de proyectos de investigación operativa, clínica y epidemiológica en lepra para la toma de decisiones.

4.1.3. Buscar fuentes de financiamiento para proyectos de investigación.

4.1.4. Fomentar la documentación y difusión de experiencias exitosas en el control de la lepra en México.

4.1.5. Implementar acciones de probado éxito para disminuir la capacidad grado 2 en la población en riesgo

V.2 Estrategias Transversales

El PAE de Lepra contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género del PND 2013-2018 al contemplar la necesidad de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y hombres, para evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación.

El Programa orienta actividades específicas para la intervención en población vulnerable, tanto para mujeres como para hombres con sintomatología dermatológica; asimismo, pretende involucrar acciones para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica orientada a todas las personas afectadas y a la revisión de contactos sin importar el género. El estigma y la discriminación afecta por tanto a mujeres como hombres sin embargo, los hombres son la población más afectada por lo que se deberá de poner mayor atención en esta población.

VI. Indicadores y Metas

VI. Indicadores y Metas

Para evaluar los objetivos mencionados, a continuación se presentan los indicadores que permitan evaluar su cumplimiento y los alcances con los esfuerzos de todas las instituciones implicadas.

Elemento	Características					
Indicador 1	Reducción de la incidencia por lepra.					
Objetivo del PAE	Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.					
Descripción general	Determina la reducción de la tasa de incidencia de lepra con respecto a lo reportado en el cierre 2012 (Tasa de incidencia basal).					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Tasa de incidencia basal [0.173] – tasa de incidencia del año de evaluación / Denominador: Tasa de incidencia basal [0.173]. Indicador exclusivo del Programa Federal.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Dirección General de Epidemiología (DGE).					
Referencias adicionales	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE).					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	0.1702*	0.1673	0.1645	0.1617	0.1588	0.1557
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
0.173 casos nuevos por 100,000 habitantes			10% de reducción con respecto a la línea base (0.1557 casos nuevos por 100,000 habitantes)			

**Información calculada antes del cierre 2013, podrá variar con el cierre definitivo.*

Elemento	Características					
Indicador 2	Porcentaje de curación.					
Objetivo del PAE	Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.					
Descripción general	Evalúa el porcentaje de curación de casos de lepra que iniciaron tratamiento multibacilar dos años atrás respecto al año a evaluar.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de pacientes que iniciaron esquema de tratamiento multibacilar y curaron / Denominador: Total de pacientes que ingresaron a tratamiento multibacilar por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Registro y seguimiento de casos de lepra. Denominador: DGE.					
Referencias adicionales	CENAPRECE.					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	65%*	68%	71%	74%	77%	80%
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
62%			80%			

**Información calculada antes del cierre 2013, podrá variar con el cierre definitivo.*

Elemento	Características					
Indicador 3	Reducción de la prevalencia por lepra.					
Objetivo del PAE	Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.					
Descripción general	Determina el porcentaje de la reducción de la tasa de prevalencia de lepra con respecto a lo reportado en 2012.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Tasa de prevalencia basal [0.043] – tasa de prevalencia del año de evaluación / Denominador: Tasa de prevalencia basal [0.043] Indicador exclusivo del Programa Federal.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Registro y seguimiento de casos lepra. Denominador: Tasa de prevalencia reportada en el 2012 por el programa de prevención y control de lepra.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	0.042*	0.041	0.0408	0.0401	0.039	0.038
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
0.043 casos existentes por 10,000 habitantes			10% de reducción respecto a la cifra base 0.038 casos existentes por 10,000 habitantes			

**Información calculada antes del cierre 2013, podrá variar con el cierre definitivo.*

Elemento	Características					
Indicador 4	Cobertura de capacitación.					
Objetivo del PAE	Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra.					
Descripción general	Porcentaje de cumplimiento de eventos de capacitación enfocados al manejo integral de personas afectadas por lepra. Los eventos de capacitación son de carácter nacional. El número de eventos de capacitación programados por institución y por entidad federativa será evaluado independiente de acuerdo a su programación, disponibilidad de recursos y con base en la prioridad de los componentes del programa estatal para el enfoque de capacitación.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de eventos de capacitación de lepra realizados / Denominador: Número de eventos de capacitación de lepra programados por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Numerador: Registro de actividades de las entidades federativas e instituciones. Denominador: CENAPRECE					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)	100% (1)
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
(1 evento anual con carácter nacional) 100%			100% acumulados (6 eventos)			

Elemento	Características					
Indicador 5	Cobertura de revisión de contactos.					
Objetivo del PAE	Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.					
Descripción general	Porcentaje de cumplimiento de revisión de contactos una vez al año, de las personas que ingresaron a tratamiento de lepra o que estén en vigilancia pos tratamiento.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de contactos examinados/Denominador: Número de contactos programados para revisión anual por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	DGE					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	63%*	66%	70%	73.3%	76.6%	80%
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
61.3%			80%			

**Información calculada antes del cierre 2013, podrá variar con el cierre definitivo.*

Elemento	Características					
Indicador 6	Cobertura de supervisión.					
Objetivo del PAE	Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.					
Descripción general	Realizar 10 visita de asesoría y supervisión a estados prioritarios. Porcentaje de cumplimiento de supervisiones que sean apegadas a la normatividad en las entidades federativas.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de visitas realizadas a las entidades federativas/Denominador: Visitas de supervisión programadas por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Programa de Eliminación de la Lepra.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	100% (10)	100% (10)	100% (10)	100% (10)	100% (10)	100% (10)
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
90% (9 vistas anuales)			100% (60 vistas acumuladas)			

Elemento	Características					
Indicador 7	Porcentaje de discapacidad grado 2.					
Objetivo del PAE	Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.					
Descripción general	Determina el porcentaje de reducción de la proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2 al momento del diagnóstico.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2 basal - Proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2 en el año de evaluación / Denominador: Proporción de casos nuevos con discapacidad grado 2 basal por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	DGE					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	5.9%*	5.83%	5.44%	5.06%	4.67%	4.29%
Línea base 2012			**Meta Sexenal**			
6.1%			4.29%			

**Información calculada antes del cierre 2013, podrá variar con el cierre definitivo.*

VII. Matriz de Corresponsabilidad

VII. Matriz de Corresponsabilidad

En la siguiente matriz se especifica la responsabilidad de las instituciones para el logro de los objetivos y metas establecidas en este documento para el PAE Eliminación de la Lepra.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Favorecer la interrupción de la cadena de transmisión y evitar discapacidad por lepra.		
Indicador 2	Porcentaje de curación.	**Meta 2**	80%

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
1.1.1.	Desarrollar actividades de capacitación del personal de salud con perspectiva de género enfocado al manejo integral de personas afectadas por lepra.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.2.	Promover detección de casos nuevos de lepra entre personas que acuden a consulta externa con sintomatología dermatológica y entre los contactos de casos de lepra.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.1.3.	Fortalecer la atención integral de los casos en prevalencia y vigilancia pos-tratamiento de lepra	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.1.	Promover la toma de muestras de baciloscopía e histopatología con calidad así como el procesamiento de las mismas en coordinación con el InDRE.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
1.2.3.	Fomentar los flujos de información entre los laboratorios y unidades operativas en lepra.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 2	Fortalecer las acciones de rectoría con respecto a los procesos de lepra.		
Indicador 5	Cobertura de revisión de contactos.	**Meta 5**	80%
Indicador 6	Cobertura de supervisión.	**Meta 6**	100% (60 vistas acumuladas)

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
2.1.3.	Realizar visitas de supervisión y asesoría a las entidades, para verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos.	✓								
2.1.4.	Realizar búsqueda intencionada de casos nuevos de lepra principalmente entre los contactos de los pacientes.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
2.2.1.	Fortalecer las acciones de control de los pacientes en tratamiento y registrar su clasificación final.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 3	Sensibilizar a los profesionales de la salud y a la población para evitar el estigma y discriminación que aún prevalece por la lepra.		
Indicador 4	Cobertura de capacitación.	**Meta 4**	100% acumulados (6 eventos)

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
3.1.1.	Instrumentar actividades de información, educación y comunicación, con enfoque a población indígena y con perspectiva de género.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.2.	Incrementar las sesiones educativas dirigidas a grupos de población, con prioridad en localidades y municipios endémicos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.3.	Fomentar la participación de autoridades locales y organizaciones civiles, para disminuir el estigma por lepra entre la población mexicana.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
3.1.4.	Realizar actividades de sensibilización en la población de riesgo de signos y síntomas, prevención de discapacidad y autodiagnóstico en familiares.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 4	Implementar proyectos comunitarios de probado éxito en el control de la lepra.		
Indicador 7	Porcentaje de discapacidad Grado 2.	**Meta 7**	4.29%

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	DIF	Otros	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Instrumentar los procesos de validación de entidades federativas como áreas libres de lepra como problema de salud pública.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.1.2.	Promover el desarrollo de proyectos de investigación operativa, clínica y epidemiológica en lepra para la toma de decisiones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
4.1.4.	Fomentar la documentación y difusión de experiencias exitosas en el control de la lepra en México.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

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. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra. México. Secretaría de Salud. 2009.

2. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Manual para la vigilancia epidemiológica de la lepra. México. Secretaria de Salud. 2012.

3. Rodríguez O. La leprología al inicio del Siglo XXI. Rev Dermatol Pascua (Mex). 2006. Vol. 15 Núm. 3. Sept-Dic. Pp 135-148.

4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico. México. Secretaria de Salud. 2012.

5. Secretaría de Salud. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Manual de Procedimientos de Laboratorio de Lepra. México. Secretaria de Salud. México. Diciembre. 2000.

6. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos operativos para el control de la lepra. México. Secretaria de Salud. 2011.

7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para Acelerar el Logro de la Eliminación de la Lepra en Latino América y el Caribe Líneas de acción para alcanzar las metas y sostener los logros regionales, 2012-2015. Organización Panamericana de la Salud. 2011.

8. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Módulos de Capacitación. Programa de Prevención y Control de Micobacteriosis. Secretaria de Salud. México. 2000.

9. Sistema Nacional de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012 para la vigilancia epidemiológica. México. Secretaria de Salud. 2012.

10. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. Presidencia de la República. 2013.

11. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México. Secretaria de Salud. 2013.

12. World Health Organization. Progress towards the elimination of leprosy as a public health problem. Weekly Epidemiol Rec 1996; 20:149-156.

13. Lombardi C, Celia MT, Simonne AS, y Reinaldo EGZ. La eliminación de la lepra de las Américas: Situación actual y perspectivas. Rev. Panam Salud Pública (Washington). 1998. vol. 4 n. 3 sept.

14. Gregory MB John W, John A. Supervisión. Cengage South-Western. Thomson Editores ISBN 968-7529-45-8, México. 1999.

15. Secretaría de Salud. Manual Metodológico Caminando a la Excelencia 2008-2013. México. Secretaria de salud. 2007.

16. Rada E, Aranzazu N; y Convit J. Ciertos aspectos inmunológicos en los estados reacciónales en la enfermedad de Hansen: Revisión. Invest. Clín. (Maracaibo). 2005. vol.46, No. 4, p.381-389. ISSN 0535-5133.

17. Secretaría de Salud. Informe de la Incidencia de Lepra en México. México. Secretaria de Salud, 2014. Informe técnico.

Abreviaturas y Acrónimos

CENAPRECE	Centro Nacional de Programa Preventivos y Control de Enfermedades
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIF	Sistema Nacional para al Desarrollo Integral de la Familia
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
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PQT	Poliquimioterapia
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SAF	Secretaría de Administración y Finanzas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SSA	Secretaría de Salud
WHA	Asamblea Mundial de la Salud (del inglés World Health Assembly)

Glosario de Términos

Caso confirmado de lepra. Al caso probable con baciloscopía positiva, si fuera negativa, con evidencia epidemiológica y resultado histopatológico compatible con lepra.

Caso nuevo de lepra. Al enfermo en quien se establece el diagnóstico de lepra por primera vez, independientemente del momento de la notificación.

Caso probable de lepra. A toda persona que presente manchas hipo-pigmentadas, rojizas o cobrizas con trastorno de la sensibilidad, o bien placas infiltradas, nódulos, infiltración difusa, úlceras, o zonas con trastorno de la sensibilidad sin lesiones dermatológicas.

Contacto de lepra. A la persona que convive o ha convivido con un caso confirmado de lepra.

Confirmación de la eliminación de la lepra como problema de salud pública. A la validación de un área conocida en que se abatió la prevalencia a menos de un caso por 10 mil habitantes.

Criterio epidemiológico. Cuando existe asociación con otros casos de lepra o con un área endémica de lepra.

Curación. De acuerdo a la norma, curado clínicamente al caso de lepra que ha concluido su esquema de Poliquimioterapia, en el que desaparecen signos y síntomas y en el estudio histopatológico no se encuentran granulomas ni infiltrados. En casos multibacilares se requiere baciloscopía negativa o positiva con índice morfológico que indique que no hay bacilos viables.

Discapacidad por lepra. A la deficiencia en la función o estructura neuromusculoesquelética de ojos, manos y pies y de la piel ocasionadas por Mycobacterium leprae que causan limitación de las actividades o restricción de la participación en lo social.

Educación para la salud. Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite, mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Eliminación de la lepra como problema de salud pública. A la disminución de la prevalencia a menos de un caso por 10,000 habitantes.

Evaluación de discapacidades. Debe ser desde la primera entrevista y cada 6 meses, o antes si es necesario, hasta concluir la vigilancia pos tratamiento, se debe evaluar en cada paciente el grado de discapacidad, para adecuar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Las discapacidades por lepra en ojos, manos y pies se califican por grados, de acuerdo a los siguientes criterios:

i. Grado 0: No hay discapacidad.
ii. Grado 1: Hay trastornos de la sensibilidad, sin alteración visible en las estructuras; la función visual no está gravemente afectada.
iii. Grado 2: Hay deficiencias en la función y estructura neuromusculoesquelética o deficiencia grave en la función visual y del globo ocular.

El grado más alto que resulte de la evaluación será considerado como la discapacidad general del enfermo.

Lepra. A la enfermedad infectocontagiosa crónica causada por el *Mycobacterium leprae* que afecta principalmente piel y nervios periféricos, puede afectar otros órganos y en ocasiones es sistémica.

Multibacilar. Al caso de lepra con baciloscopía positiva.

Participación social. Al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución o evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Paucibacilar. Al caso de lepra con baciloscopía negativa o con escasos bacilos.

Poliquimioterapia. A la combinación de dos o más fármacos para el tratamiento de la lepra.

Prevención de discapacidades. Al conjunto de medidas tendientes a evitar la limitación de las actividades y la participación social.

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

Incidencia de lepra. Número de casos nuevos registrados/población total por 100.000 habitantes en un periodo determinado.

Prevalencia de lepra. Número de casos registrados con y sin tratamiento/ Población total por 10.000 habitantes en un periodo determinado.

Vigilancia pos tratamiento. Al seguimiento que se realiza a pacientes que han cumplido su tratamiento con Poliquimioterapia y curado.

Eliminación de la Lepra

Programa Sectorial
de Salud 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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