**INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CHIAPAS**

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MODULO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA**

**NOMBRE:**

**GÁLVEZ RAMÍREZ MERVIN FAUSTO**

**GONZÁLEZ SOTOMAYOR KARINA**

**PAZ MONTALVO JOSÉ ALBERTO**

**RIVAS CONDE ROLANDO**

**TRABAJO FINAL.**

**CATEDRÁTICO:**

**DR. ANTONIO PÉREZ GÓMEZ**

**TAPACHULA CHIAPAS NOVIEMBRE DEL 2014.**

[INTRODUCCION. 2](#_Toc405151020)

[ANTECEDENTES. 4](#_Toc405151021)

[JUSTIFICACIÓN. 5](#_Toc405151022)

[PANORAMA ACTUAL 6](#_Toc405151023)

[ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO 2018. 7](#_Toc405151024)

[DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO 9](#_Toc405151025)

[1.- ELECCIÓN DEL PACIENTE: 9](#_Toc405151026)

[2.- A QUÉ SE DEDICA. 9](#_Toc405151027)

[3.- PSDI. 9](#_Toc405151028)

[PROCESO ESTRATÉGICO. 9](#_Toc405151029)

[SOPORTE. 9](#_Toc405151030)

[FORTALEZAS. 10](#_Toc405151031)

[DEBILIDADES 10](#_Toc405151032)

[AMENAZAS. 10](#_Toc405151033)

[OPORTUNIDADES. 10](#_Toc405151034)

[MATRIZ DE PONDERACION 11](#_Toc405151035)

[MATRIZ DE POSICIONAMIENTO 12](#_Toc405151036)

[MATRIZ FODA 12](#_Toc405151037)

[VISIÓN 13](#_Toc405151038)

[MISIÓN 13](#_Toc405151039)

[VALORES 14](#_Toc405151040)

[POLÍTICAS 14](#_Toc405151041)

[OBJETIVO 14](#_Toc405151042)

[MATRIZ DE PRIORIDADES DE LAS INICIATIVAS 18](#_Toc405151043)

[INDICADORES 22](#_Toc405151044)

[EVALUACION DE RIESGO 29](#_Toc405151045)

[BIBLIOGRAFÍA 31](#_Toc405151046)

# 

# INTRODUCCION.

Cuando hablamos de salud todos imaginamos que es un tema exclusivo de médicos y enfermeras, y que para ello están los hospitales. Pero ¿que entendemos por salud? ¿Cuál es el rol de la sociedad y de las instituciones respecto al cuidado y formación de los ciudadanos para una vida saludable? ¿Cuál es el escenario próximo con respecto al dengue en la entidad? ¿Estamos exentos de padecerlo? Encontrar sentido a estas interrogantes es uno de los objetivos de esta investigación, que atreves de la participación ciudadana en conjunto con las diversas instituciones cumplan cada quien con la parte que les corresponde.

El dengue, dentro de las enfermedades virales transmitidas por vector, representa en la actualidad la mayor problemática de salud pública en el mundo. Originalmente contenido al sudoeste asiático, el dengue se dispersó a otros continentes, incluyendo américa, donde durante los últimos 40 años se ha idos extendiendo hacia casi todos los lugares con presencia del mosquito vector *Aedes aegypty.*

El *Aedes aegypty* es una especie predominantemente urbana aunque se encuentra también en zonas suburbanas y rurales. Se cría en recipientes artificiales y naturales localizados dentro o en los alrededores de las viviendas humanas, como son tambos, floreros, llantas, latas, botes, cubetas, agujeros en árboles o en hojas de plantas tropicales.

Por esta razón es importante implementar acciones donde involucren a la comunidad en actividades sencillas y de presupuesto bajo con el fin de introducir una cultura de prevención y así reducir y mantener bajo control Epidemiológico la Fiebre por Dengue y Fiebre Hemorrágica por Dengue atreves del control del vector *Aedes aegypty* en la cabecera municipal de Tapachula al 2018.

# ANTECEDENTES.

El vocablo dengue fue introducido a la bibliografía médica como una adaptación del termino swahili dinga, dyenga o ki denga pepo, que designa un golpe súbito causado por un espíritu maligno. Las voces knokkel-koorts, usada en Indonesia en 1779, y breakbone fever o dandy fever, empleada en Filadelfia en 1780 fueron los términos con los que se nombraba a la enfermedad que ahora se conoce como dengue.

Los primeros reportes de dengue en América se remontan a 1635 cuando los colonizadores franceses en las Indias occidentales reportaron una extraña dolencia que llamaron Coupe de barre. Se creé que el Aedes *aegypti* arribó de África a América después de la llegada de Colón.

La actividad del Dengue en América se ha manifestado considerablemente en los últimos treinta años. La primera pandemia documentada por laboratorio ocurrió en 1963 y fue causada por el serotipo Den-3. En la década de los sesenta sé determinó que los serotipo den 2 y Den-3 eran endémicos.

A partir de 1978 el dengue clásico reapareció en México, después de 18 años de haber estado ausente, sé reintrodujó por la frontera sur con Guatemala en el municipio de Tapachula, Chiapas. Al año siguiente se diseminó rápidamente por nueve estados, siendo Chiapas, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán los más afectados.

En 1980 se presentó una de las mayores epidemias registradas hasta el momento con 51 406 casos de dengue clásico, afectando a quince estados, y en donde sobresalen los estados de Coahuila, Chiapas, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán (97%), reportando casos por primera vez, Coahuila, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Querétaro y Zacatecas. El país experimentó varias epidemias durante la década de los ochenta. En 1980 y 1982 se produjeron extensas epidemias por el serotipo Den-1, y por primera vez las ciudades del Pacífico y las áreas costeras del Golfo de México se vieron afectadas. En 1982 se detectó la transmisión por los serotipos Den-1 y Den-4 en los estados de Oaxaca y Tamaulipas, notificándose casos en los estados del Océano Pacífico hasta Sinaloa, además de Guerrero y Puebla.

De 1978 a 1999 se han reportado 418 281 casos, siete Entidades Federativa acumulan el 58.3% de los casos: Veracruz (14.9%), Tamaulipas (10.2%), Guerrero (8.1%), Sinaloa (7.2%), Oaxaca (6.5%), Nuevo León (6.3%) y Chiapas (4.8%), aunque esta participación se modifica cuando se analiza por año o periodos más cortos.

Desde 1994 a la fecha, en las ciudades de Mérida en el estado de Yucatán; Reynosa, Matamoros, Madero y Tampico en Tamaulipas; Mazatlán y Culiacán en Sinaloa; Poza Rica, Coatzacoalcos, Minatitlán, y el área metropolitana del Puerto de Veracruz en el estado de Veracruz; Hermosillo en Sonora; Colima y Manzanillo en el estado de Colima; Tuxtla Gutiérrez y Tapachula en Chiapas; el área metropolitana de Monterrey en Nuevo León; y aunque en menor intensidad en centros turísticos de importancia internacional en los estados de Guerrero (Acapulco) y Quintana Roo (Islas Mujeres, Cozumel y Cancún), son algunas de las ciudades que más casos de DH han registrado. En este panorama se aprecia que el DH afecta las principales ciudades urbanas y centros turísticos del país, que se encuentran por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar, tanto al nivel de las costas como en valles y planicies de esos estados.

# JUSTIFICACIÓN.

La mortalidad del Dengue complicado en caso de recibir un buen \* tratamiento es no mayor al 2%, paradójicamente, muchos casos de Dengue hemorrágico no presentan hemorragias (visibles u obvias) por lo que se dificulta su diagnóstico, además de que generalmente el paciente no demanda atención médica de urgencia lo cual incrementa los riesgos de defunción. Otro problema es que en México la población residente en áreas endémicas, se ha acostumbrado a la presencia del Dengue, considerándolo una enfermedad más, por lo que en ocasiones no demanda atención médica.

Ante la situación de alerta epidemiológica en varios estados del país, la presencia de los 4 diferentes serotipos del Dengue, y la aparición cada vez más frecuente de casos de Dengue hemorrágico, en los que ha habido desenlaces fatales, generalmente asociado a un inadecuado manejo de los pacientes o bien a una demanda tardía de atención médica, se hace obligatorio considerar a estos eventos como una seria advertencia sobre la posibilidad de la aparición de casos severos que se manifiesten en forma de brotes epidémicos, por lo que los servicios de salud deben de contar con un plan para la detección y atención oportuna y adecuada de estos pacientes en caso de una contingencia.

# PANORAMA ACTUAL

Tapachula para el 2014 cuenta con una población de 351,165 habitantes, está conformada por 313 colonias integradas en las mismas 104,035 casas o viviendas y 254,983 Habitantes en cabecera de los cuales el 51.8% son mujeres es importante, recalcar la importancia de las amas de casa ya que son ellas las que se participan en la mayoría de los casos en los programas implementados para la prevención de enfermedades en el hogar.

Desde el inicio de la presente administración municipal se ha coordinado para atender esta localidad con el apoyo de combustible para el desarrollo de actividades preventivas (como las campañas de descacharramiento mismas que se han programado para este año en 3 ciclos) acciones que se supeditan a la programación y recursos de la Jurisdicción sanitaria N. VII es por ello que esta administración a programado la necesidad de implementar de manera propia las acciones de control larvaria.

En la unidad de salud o secretaria de salud municipal se realiza programas para la promoción de la prevención del dengue, mediante desplegado en periódicos así como difusión en la radio, televisión, algunas bardas de la ciudad y redes sociales.

se llevo acabo en la ciudad de tapachula 3 Mega Operativos Lucha contra el dengue “Descacharraton” con un total de 3,308 toneladas de cacharros eliminado de las viviendas, con una inversión municipal de: $1, 225,040 en el 2013. En el 2014 se eliminaron 1,825 toneladas de cacharros con una Inversión municipal de $800,000 reduciendo así en un 24% los casos de dengue en comparación con el 2013.

# ESCENARIO EPIDEMIOLÓGICO 2018.

El dengue afecta actualmente a 112 países en los que se presentan más de 100 millones de casos de dengue clásico y medio millón de casos de fiebre Hemorrágica, con varios miles de defunciones anuales.

El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género Aedes. Es considerado como la enfermedad más común transmitida por artrópodos (arbovirosis); de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen entre 30 y 60 millones de infecciones por año en el mundo, con miles de muertes en más de 100 países y aproximadamente dos mil millones de personas en riesgo.

Desde 1982 se han presentado en el estado de Chiapas los primeros casos reportados se identificaron en la Cd. de Tapachula el cual ha permanecido en primer lugar a nivel estatal con trasmisión y la presencia de esta enfermedad desde que se presentó la en el estado, representa uno de los principales problemas de salud en la entidad y que en el 2013 represento más del 40% de los casos reportados dentro de la jurisdicción VII.

Los movimientos masivos de la población humana. La creciente urbanización y los distintos estilos de vida actuales, en parte han favorecido la rápida expansión territorial de este vector ya que en los ambientes domiciliarios es posible encontrar gran cantidad de criaderos potenciales para la reproducción de este.

Se observa una relación entre el incremento de temperatura, humedad y morbilidad, para lo cual, si la humedad incrementa, la infección por dengue aumenta, la tendencia es clara para el 2018 y va en aumento, siendo Tapachula muy afectada, La aparición de la enfermedad va de forma creciente, lo cual indica que en las últimas ciudades hace 10 años aún no se contaba con servicios médicos capaces de detectar el dengue o que la población no recurría a revisión médica cuando se manifestaban los síntomas y esperamos que para el 2018 este panorama sea diferente.

De Orden Geográfico, representa más del 50 por ciento de la frontera sur de Chiapas; situación que produce movimiento poblacional acelerado. Existe del lado de Guatemala, deficiente control de los programas prioritarios, lo cual se agrava aún más si se agrega la falta de control de los movimientos de población hacia ambos lados de la frontera. La enorme diversidad biológica en el municipio, permite que entre sus insectos existan varios transmisores de enfermedades al hombre, cuyas características son de importancia epidemiológica, Un factor que constituye de manera importante en la conformación del rico mosaico epidemiológico en el municipio es sin duda alguna el clima, en el municipio se registran temperaturas promedio de 40ºC Los desastres naturales son frecuentes y constituyen también riesgos para la salud y la proliferación del mosquito y se espera que para el 2018 los fenómenos naturales sigan golpeando Tapachula y con ello el aumento de la proliferación del vector

Si bien la enfermedad del dengue por las características del vector es una enfermedad la cual tenemos que aprender a convivir con ella y que lamentablemente llego para quedarse ahora tenemos que convivir con una nueva enfermedad la fiebre por chikungunya que es producida por el mismo vector *Aedes aegypty* la cual esperamos nos pegue en el municipio de Tapachula a principios del 2015 y que para el 2018 sea una enfermedad tan común como lo es el dengue.

Tomando en cuenta los índice de población de los últimos 4 años Tapachula del 2011 al 2014 la población aumento un 80% siguiendo esta lógica para el 2018 la población será mayor de 600,000 habitantes aumentando así el número de criaderos llámese llantas, botes y cualquier recipiente que pueda almacenar agua siendo esto un riesgo en el aumento de los casos de fiebre por dengue.

Se manifiesta que para el año 2018 un incremento de casos de morbilidad entre los meses de junio a noviembre del 2018, así como un incremento de humedad para los meses de junio y julio. La tendencia de la humedad específica y los casos de morbilidad van cada vez más en aumento, pero además un elemento que se debe tener en cuenta al momento de hacer las relaciones entre el incremento de la tasa de morbilidad con el cambio de clima, es el crecimiento poblacional, por lo tanto de igual forma se debe correlacionar con la tasa de morbilidad, se determina que el cambio de clima va aumentar la morbilidad así como el crecimiento de la población, para Tapachula

La continuidad de los trabajos de prevención implementados como son la eliminación de criaderos (descacharramientos) nebulizaciones aéreas y espaciales, aplicación de abate casa por casa, capacitación del método de la untadita, platicas de concienciación de la enfermedad, disminuir la apatía y desinterés de la población a las actividades de prevención al dengue atreves de información verídica y concreta sin causar el pánico, nos arrojaran un panorama favorable de igual manera disminuirá el gasto anual en las actividades de prevención y combate al dengue en los próximos años atreves de estrategias preventivas más baratas y efectivas como son la prevención.

Se espera que para el 2018 la población en general conozca la enfermedad en todos sus aspectos como es la transmisión y toda la sintomatología del dengue y chikungunya así también que hacer en caso de estar en un caso de dengue y chikungunya

Se espera una disminución de casos de dengue a un 20% de los casos registrados en el 2014 para el 2018, logrando fomentar una educación sobre la prevención del dengue, a sabiendas de que vamos a tener una población mayor con menos casos de dengue al estar más informados con el uso de la tecnología que permite el acceso con un gobierno incluyente que trabaje de la mano en coordinación con empresas privadas y sociedad.

# DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO

## 1.- ELECCIÓN DEL PACIENTE:

Coordinación de vectores de la secretaria de salud municipal de Tapachula.

## 2.- A QUÉ SE DEDICA.

Platicas.

Difusión

Coordinación de descacharrizacion.

Estadística de casos.

## 3.- PSDI.

## PROCESO ESTRATÉGICO.

* Capacitación a la población.
* Difusión de medios locales.
* Evaluación de casos.
* Coordinación de las dependencias públicas y privadas y sociedad en general.

## SOPORTE.

* Servicio administrativo.
* Servicios generales.
* Recursos humanos.
* Recursos materiales.

## FORTALEZAS.

1. Conocimiento de nuestro entorno
2. Tener personal capacitado en control de vectores.
3. Vínculo con jurisdicción sanitaria
4. Existencia de un plan de contingencia para dengue.
5. Recurso hospitalario diagnóstico clínico para la atención

## DEBILIDADES

1. Falta de recurso financieros.
2. Falta de personal técnico calificado.
3. Base operativa con problemas de infraestructura.
4. Falta de un sistema online para la vigilancia epidemiológica.
5. Falta de investigación de casos de estudio.
6. Falta de evaluación de las medidas de prevención.

## AMENAZAS.

1. Aumento de la proliferación del mosquito transmisor.
2. Altura del nivel del mar.
3. Base de datos inadecuados en el municipio
4. Cambio de administración para el seguimiento y control del problema
5. Cambios climáticos
6. Débil participación comunitaria.
7. Urbanización desordenada de la población con poca garantía de saneamiento básico.

## OPORTUNIDADES.

1. Promoción a nivel nacional para sensibilización de la población para asistir oportunamente a los servicios de salud.
2. Control posterior a la ejecución de las campañas.
3. Análisis de perfil epidemiológico general de municipio.
4. Realización de campañas mediante publicidad.
5. Programación de capacitación de personal de salud.
6. Incorporar al plan de estudios de primaria y secundaria al dengue como un tema prioritario.

# MATRIZ DE PONDERACION

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FACTOR | IMPORTANCIA | PONDERACION | RESULTADO |
| F1 | 9 | 0.4 | 3.6 |
| F2 | 10 | 0.2 | 2 |
| F3 | 8 | 0.7 | 5.6 |
| F4 | 9 | 0.3 | 2.7 |
| F5 | 8 | 0.6 | 4.8 |
|  |  |  | 18.7 /5 = 3.74 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FACTOR | IMPACTO | PROBABLIDAD DE OCURRENCIA | RESULTADO |
| A1 | 10 | 0.9 | 9 |
| A2 | 8 | 0.1 | 0.8 |
| A3 | 9 | 0.5 | 4.5 |
| A4 | 9 | 1 | 9 |
| A5 | 10 | 1 | 10 |
| A6 | 8 | 0.8 | 7.2 |
| A7 | 9 | 0.9 | 8.1 |
|  |  |  | 48.6/7 = 6.94 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FACTOR | IMPORTANCIA | PONDERACION | RESULTADO |
| D1 | 7 | 0.1 | 0.7 |
| D2 | 10 | 0.2 | 2 |
| D3 | 9 | 0.1 | 0.9 |
| D4 | 8 | 0.1 | 0.8 |
| D5 | 9 | 0.1 | 0.9 |
| D6 | 10 | 0.1 | 1.0 |
|  |  |  | 6.3/6 = 1.05 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FACTOR | IMPACTO | PROBABLIDAD DE OCURRENCIA | RESULTADO |
| O1 | 9 | 0.8 | 7.2 |
| O2 | 10 | 0.6 | 6 |
| O3 | 9 | 0.4 | 3.6 |
| O4 | 8 | 0.5 | 4.0 |
| O5 | 10 | 0.2 | 2 |
| O6 | 10 | 0.1 | 1 |
|  |  |  | 28.8/6 = 3.96 |

# MATRIZ DE POSICIONAMIENTO

**COMPETITIVIDAD**

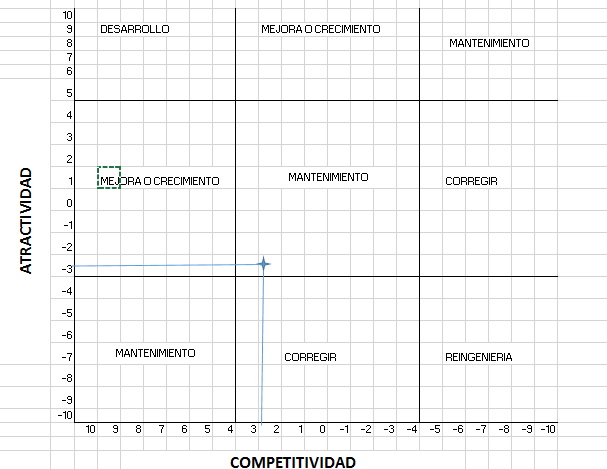
FORTALEZAS – DEBILIDADES

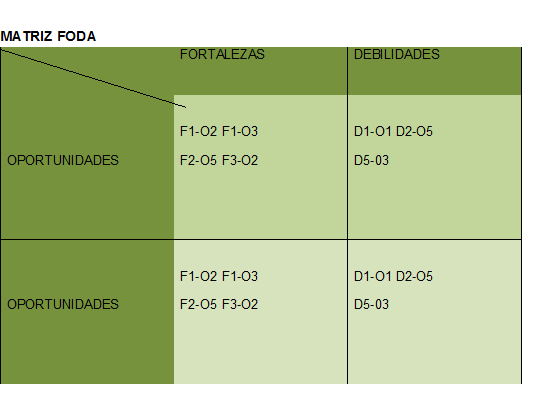
3.74 – 1.05= 2.69

**ATRACTIVIDAD**

OPORTUNIDADES- AMENAZAS

3.96 – 6.94=-2.98





F1-O2: el conocimiento de nuestro nos genera mejor ejecución de programas

F1-O3: el mejor conocimiento de nuestro entorno nos ayuda a priorizar las áreas de trabajo.

F2-O5: tener personal capacitado nos ayuda a capacitar a todo el personal de salud.

F3-O2: al tener un trabajo coordinado se logran mejores resultados.

D1-O1: utilizar las herramientas de promoción a nivel nacional.

D2-O5: la programación de capacitación nos dará una cobertura amplia en conocimiento.

D5-03: al tener el perfil epidemiológico del municipio nos ayuda a priorizar

F1- A2: al conocer el entorno se priorizan las áreas de trabajo.

F4-A1: un plan de contingencias nos prepara para posible proliferación de casos.

D6-A4: capacitar a trabajadores de base para darle seguimiento a los trabajos.

# VISIÓN

Ser una coordinación de vanguardia y liderazgo dependiente de la secretaria de salud municipal con participación intersectorial, que fomente la prevención de casos de dengue en la población, así como la aplicación de medidas innovadoras, oportunas, sincronizadas y permanentes, llevando un control de casos y estadísticas de la enfermedad que contribuye a la disminución de morbimortalidad de la población, incorporando a los diferentes actores que fortalezcan el desarrollo saludable de las comunidades.

# MISIÓN

Contar con un programa de cobertura universal y calidad que permita la disminución de la carga de enfermedad y muerte de la población por dengue, mediante acciones de manejo integrado, que aumenten la seguridad ambiental, eviten aumentos en la acumulación de reservorios o vectores, promuevan la educación sanitaria, basada en la eliminación de riesgos y criaderos potenciales y generen un cambio de actitud en torno al cuidado del agua en la población de áreas endémicas.

# VALORES

* Honestidad.
* Ética.
* responsabilidad
* Excelencia.
* Eficiencia.
* Respeto.
* Compromiso.
* Universalidad

# POLÍTICAS

* Todo caso diagnosticado o caso probable debe de ser reportado a la coordinación de vectores. De acuerdo al reglamento de sanidad municipal de Tapachula vigente.
* Donde existan casos diagnosticados se procederá a la fumigación intradomiciliaria, según NOM 032-SSA2-2002
* Los grupos de control epidemiológico del dengue deberán ser conformados por el comité de asamblea de barrio. De acuerdo al reglamento de sanidad municipal de Tapachula. De acuerdo al reglamento de sanidad municipal de Tapachula vigente
* El personal de la secretaria de salud deberá de portar su uniforme que lo identifique como trabajador de la coordinación en todo momento. según NOM 032-SSA2-2002
* El personal de la secretaria de salud debe de capacitarse por lo menos 2 veces al año. según NOM 032-SSA2-2002
* El personal operativo coordinara acciones de prevención y contención de brotes de dengue. De acuerdo al reglamento de sanidad municipal de Tapachula vigente.
* En caso de contingencia todas las actividades se reactivaran de manera inmediata, según NOM 032-SSA2-2002

# OBJETIVO

Prevenir y controlar el dengue y sus complicaciones mediante estrategias de manejo integrado con participación social y multisectorial, garantizando la protección de la salud de los ciudadanos, logrando disminuir los casos de dengue en la población en un 15% para el 2018, incrementando la concientización de la población sobre este problema de salud pública, mediante actividades de promoción y prevención que permitan mitigar las posibilidades de propagación del mosquito  y les permita estar alerta ante la identificación de riesgos y sintomatología.

**1.-ESTRATEGIA**

1. Contribuir a la reducción de la morbilidad, la mortalidad y la carga socioeconómica provocada por el dengue

**META.**

1. Disminuir los casos de dengue en un 20% en la frontera sur.

**TACTICAS.**

1. Coordinarse con los municipios aledaños para la detección y el reporte de casos.
2. Poner módulos de orientación y de diagnóstico de casos
3. Tener una página web donde todos los involucrados podamos reportar un caso de dengue.

**META.**

1. Aumentar el desempeño y la calidad de las acciones en un 30% del personal.

**TACTICAS.**

1. Realizar exámenes periódicos al personal que labora en esta coordinación.
2. Capacitación continua al personal para la notificación de casos y el diagnóstico oportuno.
3. Poner un buzón de quejas en las instituciones de salud, sobre la atención prestada por nuestro personal.

**META.**

1. Realización en un 90% de encuestas domiciliarias de levantamiento de información para evaluar la actividad de control focal larvario, en dos ciclos.

**TACTICAS.**

1. Realizar brigadas con el personal para la encuesta domiciliaria preguntando de acuerdo a los síntomas si hay algún probable caso de dengue dentro de la colonia.
2. Preguntando a los colonos si conocen el ciclo de la reproducción del mosquito aedes aegyptus y cada una de sus etapas.
3. Realizar una encuesta semanal sobre la limpieza de sus patios, tanque y/o recipientes de acumulación de agua.

**2.-ESTRATEGIA.**

1. Fomentar la participación de grupos inter, multi y transdisciplinarios y desarrollar acciones intensivas e integrales de eliminación de criaderos del vector del dengue,

**META.**

1. Capacitar al 80% de la población, sobre la importancia de la participación activa en la erradicación del dengue.

**TACTICA.**

1. Pláticas sobre los signos y síntomas de la enfermedad
2. Campañas publicitarias en los diferentes medios de comunicación.
3. coordinar actividades de capacitación y sensibilización de la comunidad.

**META.**

1. Lograr la participación activa y sostenida en un 70% de las instituciones públicas y privadas, para la erradicación del dengue.

**TACTICA.**

1. Acudir a las instituciones educativas públicas y privadas mediante platicas las cuales serán para capacitación y prevención de la enfermedad
2. Acudir a las Empresas públicas y privadas mediante platicas las cuales serán para capacitación y prevención de la enfermedad
3. Nombrar a un vocal en las instituciones para la erradicación de la lucha contra el dengue.

**META.**

1. Incremento de la operatividad en un 40% de las Brigadas Multisectoriales de Lucha contra el Dengue (Agentes Anti-dengue).

**TACTICA.**

1. Realizar un comité interdisciplinario de la lucha contra el dengue
2. Incrementar las fechas de calendarización de las actividades de la lucha contra el dengue
3. Estimular al personal ya sea económicamente o con reconocimiento del trabajador del mes

**3.- ESTRATEGIA.**

1. Eliminar todo criadero descartable, llantas, chatarra de vehículos, motos, baldes y todos aquellos que puedan almacenar agua de las casas

**META.**

1. Lograr que el 90% de las viviendas existentes sean visitadas y se ejecuten las actividades planteadas (lavado de recipientes, recojo de inservibles y otros).

**TACTICA.**

1. Realizando vigilancia periódica de las casas visitadas, por un jefe de manzana de la misma comunidad
2. Contratar supervisores externos para la vigilancia
3. El jefe de brigada supervisara las actividades que se le asignen a los colonos

**META.**

1. Identificación del 90% de viviendas no habitadas y/o cerradas, con avisos de peligro, para la posterior ejecución de las actividades planteadas.

**TACTICA.**

1. Realizar un Censo por colonia con el apoyo de los presidentes de los comités ejecutivos para la detección de casas abandonadas
2. Marcar las casas abandonadas o patios baldíos para que los colonos apoyen con la limpieza de estas.
3. Inspeccionar estas casas y patios baldíos una vez por semana.

**META.**

1. Incrementar 50% en el manejo de las plantas de ornato, sobre el acumulo del agua

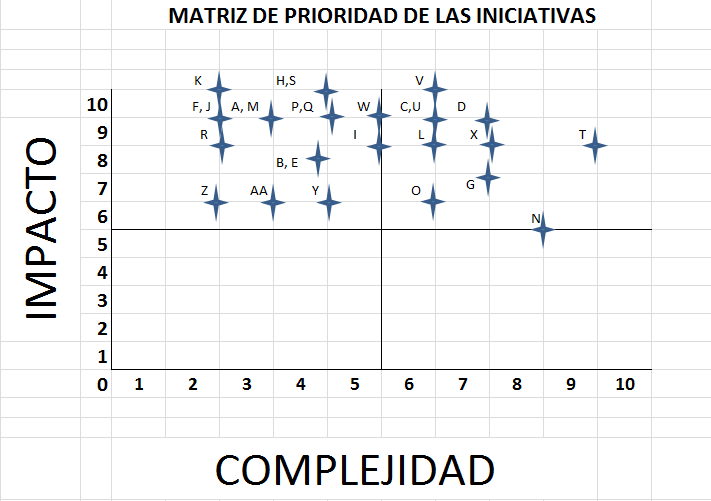
**TACTICA.**

1. Informar a la población sobre el tipo de plantas que pueden tener en sus hogares
2. Capacitar a los colonos sobre el uso del agua en las plantas
3. Fomentar el uso de plantas de ornato que no requiera exceso de agua

# MATRIZ DE PRIORIDADES DE LAS INICIATIVAS

Se asigna un valor a cada iniciativa respecto a impacto en la organización y un valor respecto a la complejidad en llevarla a cabo y se le da prioridad a las iniciativas que tienen mayor impacto y menor complejidad de ejecución, sombreándolas de verde.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INICIATIVAS | **IMPACTO EN LA ORGANIZACION** | **COMPLEJIDAD PARA LLEVARLA ACABO** |
| 1. Coordinarse con los municipios aledaños para la detección y el reporte de casos. | 9 | 3 |
| 1. Poner módulos de orientación y de diagnóstico de casos | 8 | 4 |
| 1. Tener una página web donde todos los involucrados podamos reportar un caso de dengue. | 9 | 6 |
| 1. Realizar exámenes periódicos al personal que labora en esta coordinación. | 9 | 7 |
| 1. Capacitación continua al personal para la notificación de casos y el diagnóstico oportuno. | 8 | 4 |
| 1. Poner un buzón de quejas en las instituciones de salud, sobre la atención prestada por nuestro personal. | 9 | 2 |
| 1. Realizar brigadas con el personal para la encuesta domiciliaria preguntando de acuerdo a los síntomas si hay algún probable caso de dengue dentro de la colonia. | 7 | 7 |
| 1. Preguntando a los colonos si conocen el ciclo de la reproducción del mosquito aedes aegyptus y cada una de sus etapas. | 10 | 4 |
| 1. Realizar una encuesta semanal sobre la limpieza de sus patios, tanque y/o recipientes de acumulación de agua. | 8 | 5 |
| 1. Pláticas sobre los signos y síntomas de la enfermedad | 9 | 2 |
| 1. Campañas publicitarias en los diferentes medios de comunicación. | 10 | 2 |
| 1. Pláticas sobre las pérdidas económicas que les puede provocar el dengue | 8 | 6 |
| 1. Acudir a escuelas mediante platicas las cuales serán para capacitación y prevención de la enfermedad | 9 | 3 |
| 1. Contar con apoyo de empresas privadas para fomentar con la población las medidas para prevenir y erradicar el dengue | 5 | 8 |
| 1. Trabajar en conjunto con los sectores sociales para que mediante ellos se vigile y mantenga erradicado el mosquito aedes aegyptus. | 6 | 6 |
| 1. Realizar un comité interdisciplinario de la lucha contra el dengue | 9 | 4 |
| 1. Reuniones periódicas para la calendarización de actividades | 8 | 5 |
| 1. Calificar el funcionamiento del comité | 8 | 2 |
| 1. Realizando vigilancia periódica de las casas visitadas, por un jefe de manzana de la misma comunidad | 10 | 4 |
| 1. Contratar supervisores externos para la vigilancia | 8 | 9 |
| 1. El jefe de brigada ejecutara las actividades que se le asignaran por colonia | 9 | 6 |
| 1. Realizar un Censo por colonia con el apoyo de los presidentes de los comités ejecutivos para la detección de casas abandonadas | 10 | 6 |
| 1. Marcar las casas abandonadas o patios baldíos para que los colonos apoyen con la limpieza de estas. | 9 | 5 |
| 1. Inspeccionar estas casas y patios baldíos una vez por semana. | 8 | 7 |
| 1. Informar a la población sobre el tipo de plantas que pueden tener en sus hogares | 6 | 4 |
| 1. Capacitar a los colonos sobre el uso del agua en las plantas | 7 | 2 |
| 1. Producto final de las plantas al momento de la podada | 6 | 3 |



**INICIATIVAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INICIATIVAS PARA CORREGIR** | **INICIATIVAS PARA MEJORAR** | **INICIATIVAS PARA INNOVAR** |
| **1** |  | Tener una página web donde todos los involucrados podamos reportar un caso de dengue. | Coordinarse con los municipios aledaños para la detección y el reporte de casos. |
| **2** |  | Realizar exámenes periódicos al personal que labora en esta coordinación. | Poner módulos de orientación y de diagnóstico de casos |
| **3** |  | Realizar brigadas con el personal para la encuesta domiciliaria preguntando de acuerdo a los síntomas si hay algún probable caso de dengue dentro de la colonia. | Capacitación continua al personal para la notificación de casos y el diagnóstico oportuno. |
| **4** |  | Pláticas sobre las pérdidas económicas que les puede provocar el dengue | Poner un buzón de quejas en las instituciones de salud, sobre la atención prestada por nuestro personal. |
| **5** |  | Contar con apoyo de empresas privadas para fomentar con la población las medidas para prevenir y erradicar el dengue | Preguntando a los colonos si conocen el ciclo de la reproducción del mosquito aedes aegyptus y cada una de sus etapas. |
| **6** |  | Trabajar en conjunto con los sectores sociales para que mediante ellos se vigile y mantenga erradicado el mosquito aedes aegyptus. | Realizar una encuesta semanal sobre la limpieza de sus patios, tanque y/o recipientes de acumulación de agua. |
| **7** |  | Contratar supervisores externos para la vigilancia | Pláticas sobre los signos y síntomas de la enfermedad |
| **8** |  | El jefe de brigada ejecutara las actividades que se le asignaran por colonia | Campañas publicitarias en los diferentes medios de comunicación. |
| **9** |  | Realizar un Censo por colonia con el apoyo de los presidentes de los comités ejecutivos para la detección de casas abandonadas | Acudir a escuelas mediante platicas las cuales serán para capacitación y prevención de la enfermedad |
| **10** |  | Inspeccionar estas casas y patios baldíos una vez por semana. | Realizar un comité interdisciplinario de la lucha contra el dengue |
| **11** |  |  | Reuniones periódicas para la calendarización de actividades |
| **12** |  |  | Calificar el funcionamiento del comité |
| **13** |  |  | Realizando vigilancia periódica de las casas visitadas, por un jefe de manzana de la misma comunidad |
| **14** |  |  | Contratar supervisores externos para la vigilancia |
| **15** |  |  | Marcar las casas abandonadas o patios baldíos para que los colonos apoyen con la limpieza de estas. |
| **16** |  |  | Informar a la población sobre el tipo de plantas que pueden tener en sus hogares |
| **17** |  |  | Capacitar a los colonos sobre el uso del agua en las plantas |
| **18** |  |  | Producto final de las plantas al momento de la podada |

# INDICADORES

Los indicadores propuestos para la evaluación del Programa de Dengue serán de proceso, producto, resultados intermedios y resultado final.

Los indicadores de proceso miden las formas en que el programa provee los bienes y servicios para lograr la supresión del dengue; los indicadores de producto miden la cantidad de bienes y servicios y la eficiencia en su producción; los indicadores de resultado intermedio y final miden los resultados alcanzados en la provisión de bienes y servicios. El reto en este Programa Sectorial será la selección de los indicadores más apropiados para medir su progreso y éxito. Los siguientes son los indicadores de los tipos mencionados que fueron seleccionados para valorar la eficacia del programa de dengue.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTRATEGIA BAJO CONTROL** | | | | | | | | |
| **ESTRATEGIA** | **META** | **INDICADORES** | **FORMULA DEL INDICADOR** | **FUENTE** | **RANGO** | | | METODO DE ANALISIS |
| **V** | **A** | **R** |
| Contribuir a la reducción de la morbilidad, la mortalidad y la carga socioeconómica provocada por el dengue | Disminuir los casos de dengue en un 20% en la frontera sur | Disminuir 5% anualmente hasta el 2018 | Total de porcentaje 2015/porcentaje de casos 2014 x 100 | Panorama epidemiologico anual de la secretaria de salud del estado | 18 %a mas | 17% a 10% | 9% a 0% | grafica de barras |
| Aumentar el desempeño y la calidad de las acciones en un 30% del personal. | Certificación del personal al 100% al 2018 | Calculo: total de personal / el personal certificado x 100 | Diplomado de vectores | 100 a 70% | 69 a 50 % | 49 a 0 % | Actas, encuestas, examen de conocimiento, grafica de barras |
| Realización en un 90% de encuestas domiciliarias de levantamiento de información para evaluar la actividad de control focal larvario, en dos ciclos | Porcentaje de encuestas realizadas en el mes | Calculo: número de casas total/ número de casas encuestadas x 100 | Comité de interinstitucional de la lucha contra el dengue | 100 a 70% | 69 a 50 % | 49 a 0 % | inspección casas seleccionadas y encuestas, grafica de barras |

**ELABORACIÓN DE LOS MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANÁLISIS DE RESTRICCIÓN** | | | |
| **TÉCNICAS** | **FINANCIERAS** | **RECURSOS HUMANOS** | **ADMINISTRATIVA** |
| La restricción se genera al momento de aplicar la encuesta la gente no le interesa dar información ni que se inspeccione su casa para saber si tienen recipientes en donde se pueda formar el mosquito. | Falta de equipo, papelería, viáticos. | Apatía de los vecinos voluntarios para las actividades | Horario de la actividad |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTRATEGIA | | | | |
| INDICADOR | RIESGO | RESTRICCIÓN | FUERA DE RANGO | PLAN DE CONTINGENCIA |
| Disminuir 5% anualmente hasta el 2018 | Tener un margen de error al realizar las encuestas a una población donde haya más casos o caso contrario una población en donde no se encuentren muchos casos y esto nos den falsos positivos o falsos negativos | Falta de personal, no contar con el equipo necesario,  Apatía de la población, | Menor a 17% | Realizar más procesos de recolección de datos para tener una comparación de la población y así disminuir los riesgos del sesgo. |
| Certificación del personal al 100% al 2018 | Argumentar capacitaciones no licitas | Por exceso de demanda laboral no acuden a la capacitación, Personal incapacitado o en periodo vacacional | Menor a 69% | Implementar las capacitaciones en diferentes horarios, cubrir pagos de horas extras |
| Porcentaje de encuestas realizadas en el mes | Falsificación de datos en las encuestas | Falta de personal, Apatía del encuestador | Menor a 69% | Contratando más personal, haciendo rotación del personal, acudir a instituciones educativas de nivel superior para el apoyo de las encuestas |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTRATEGIA BAJO CONTROL** | | | | | | | | |
| **ESTRATEGIA** | **META** | **INDICADORES** | **FORMULA DEL INDICADOR** | **FUENTE** | **RANGO** | | | **METODO DE ANALISIS** |
| **V** | **A** | **R** |
| Fomentar la participación de grupos inter, multi y transdisciplinarios y desarrollar acciones intensivas e integrales de eliminación de criaderos del vector del dengue, coordinando actividades de capacitación y sensibilización de la comunidad para reducir el riesgo y controlar el dengue. | Capacitar al 80% de la población, sobre la importancia de la participación activa en la erradicación del dengue | tener un porcentaje de la población capacitada cada 3 meses | Total de población / la población capacitada x 100 | Promoción de la salud de la jurisdicción sanitaria VII | 100 a 70% | 69 a 50 % | 49 a 0 % | Exámenes de conocimiento, encuentas, grafica de barras |
| Lograr la participación activa y sostenida en un 70% de las instituciones públicas y privadas, para la erradicación del dengue | porcentaje de las instituciones públicas y privadas en la participación para la disminución del dengue por mes | numero de instituciones públicas y privadas que participan / total de instituciones públicas y privadas x 100 | SARE, SAT, SEP, SSA | 100 a 60% | 59 a 50 % | 49 a 0 % | inspección casas seleccionadas, grafica de barras |
| Incremento de la operatividad en un 40% de las Brigadas Multisectoriales de Lucha contra el Dengue (Agentes Anti-dengue). | Tener un porcentaje de colonias trabajadas por mes | Total de colonias / colonias trabajadas x 100 | Hojas de productividade la secretaria de salud | 100 a 30% | 29 a 10 % | 9 a 0 % | Registro de colonias trabajadas, grafica de barras |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANÁLISIS DE RESTRICCIÓN** | | | |
| **TÉCNICAS** | **FINANCIERAS** | **RECURSOS HUMANOS** | **ADMINISTRATIVA** |
| La falta participación de la comunidad y la falta de personal para la capacitación de los grupos. | Falta de equipo, papelería, viáticos. | Apatía de los vecinos voluntarios para las actividades | Horario de la actividad |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTRATEGIA | | | | |
| INDICADOR | RIESGO | RESTRICCIÓN | FUERA DE RANGO | PLAN DE CONTINGENCIA |
| tener un porcentaje de la población capacitada cada 3 meses | Que la población no acuda a la capacitación | Horarios de la capacitación, La migración de la población | Menor a 69% | Realizar la capacitación en diferentes horarios para que puedan acudir la población |
| Tener un porcentaje de las instituciones públicas y privadas en la participación para la disminución del dengue por mes | Las instituciones públicas y privadas no participen en los programas | Horario de capacitación, El tiempo de las instituciones públicas y privadas para la participación | Menor a 59% | Realizar las actividades en tiempo que ya no afecte el horario de oficina de las instituciones públicas y privadas |
| Tener un porcentaje de colonias trabajadas por mes | No tener las colonias dentro del censo | El registro de las colonias, La falta de participación de la población de las colonias | Menor a 29% | Reordenar las colonias para poder delimitarlas así como involucrar a la población |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESTRATEGIA BAJO CONTROL** | | | | | | | | |
| **ESTRATEGIA** | **META** | **INDICADORES** | **FORMULA DEL INDICADOR** | **FUENTE** | **RANGO** | | | **METODO DE ANALISIS** |
| **V** | **A** | **R** |
| Eliminar todo criadero descartable, llantas, chatarra de vehículos, motos, baldes y todos aquellos que puedan almacenar agua. | Lograr que el 90% de las viviendas existentes sean visitadas y se ejecuten las actividades planteadas (lavado de recipientes, recojo de inservibles y otros). | Números de casas visitadas donde se realiza la descacharrizacion al año | Número de casas donde se realiza la descacharrizacion/ total de casas x 100 | INEGI | 100 a 70% | 69 a 30 % | 29 a 0 % | inspección casas seleccionadas, grafica de barra |
| Identificación del 90% de viviendas no habitadas y/o cerradas, con avisos de peligro, para la posterior ejecución de las actividades planteadas | Reporte de viviendas no habitadas y/o cerradas cada 6 meses | Número de viviendas no habitadas, visitadas/ número de viviendas no habitadas visitadas x 100 | Viviendas no habilitada y/o cerradas | 100 a 70% | 69 a 30 % | 29 a 0 % | inspección casas seleccionadas, grafica de barras |
| Incrementar 50% en el manejo de las plantas de ornato, sobre el acumulo del agua | Casas con plantas que tengan el conocimiento del manejo de ellas | Familia con el conocimiento en el manejo de ellas/Numero de casa con plantas de ornato x 100 | Hojas de productividad la secretaria de salud | 100 a 70% | 69 a 30 % | 29 a 0 % | Inspección de casa con plantas, |

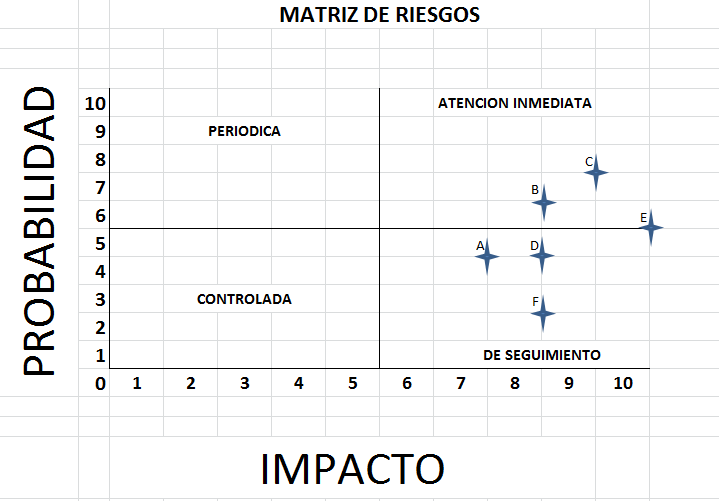
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANÁLISIS DE RESTRICCIÓN** | | | |
| **TÉCNICAS** | **FINANCIERAS** | **RECURSOS HUMANOS** | **ADMINISTRATIVA** |
| La falta de vehículos y de gasolina para la realización de la descacharrizacion. | Apoyo con recurso económico para llevar acabo la actividad | Apatía de los vecinos voluntarios para las actividades | Horario de la actividad |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ESTRATEGIA | | | | |
| INDICADOR | RIESGO | RESTRICCIÓN | FUERA DE RANGO | PLAN DE CONTINGENCIA |
| Números de casas visitadas donde se realiza la descacharrizacion al año | Que la población no se encuentre en sus casas en el momento de la descacharrizacion | El horario laboral | Menor a 69% | Realizar los megaoperativos en horarios nocturnos |
| Número de viviendas no habitadas y/o cerradas cada 6 meses | Confundir una casa abandonada donde la familia no salga abrir | Falta de personas para realizar el recorrido | Menor a 69% | El activador de manzana realice un nuevo censo |
| Casas con plantas que tengan el conocimiento del manejo de las plantas de ornato | El personal que acuda a las casas que no le de seguimiento en donde hay plantas | El tiempo para realizar la actividad | Menor a 69% | Platicas a la poblacion en general para el manejo de las plantas |

# EVALUACION DE RIESGO

**MATRIZ DE RIESGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RIESGO** | **PROBABILIDAD** | **IMPACTO** |
| Tener un sesgo de error al realizar las encuestas a una población donde haya más casos o caso contrario una población en donde no se encuentren muchos casos y esto nos den falsos positivos o falsos negativos | 4 | 7 |
| Argumentar capacitaciones no licitas | 6 | 8 |
| Falsificación de datos en las encuestas | 7 | 9 |
| Que la población no acuda a la capacitación | 4 | 8 |
| Las instituciones públicas y privadas no participen en los programas | 5 | 10 |
| No tener las colonias dentro del censo | 2 | 8 |



# BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán, M.G., García , G., Kaori, G., 2006. El dengue y el dengue hemorrágico: prioridades de investigación. Rev. Panam Salud publica/Pan Am J publicHealth 19:204-2015
2. Ibanez-Bernal, S. nuevo registro altitudinal de *Aedes* (stegomyia) *aegypti (Linnaeus, 1762) (Dipteria: culicidae) en México. FolentomolMex 1987;72:163-164*
3. IldelfonzoFernandez S. 2009. Biología y control del *Aedes aegypti* manual de operaciones. Tendencia científica. Monterrey, México. Pp. 19-25 51-58.
4. Ibáñez-Bernal, S. y Gomez-Dantes, H. Los vectores del dengue en México: una revisión crítica. Salud pública Mex. 1995;37 supl:53-63
5. Martínez-Torres, E. Dengue y Dengue hemorrágico: Aspectos clínicos. Salud pública Mex. 1995;37supl:29-44.
6. Miller, J.E., Martínez, A. B. y Salinas, D. G. 1003. Where *AedesAegypti live* live in Guerrero, using the Maya index to measure breeding risk. In: Halsteand SB, Gomez Dnates H. (Eds). Dengue: A worfwideproblema, a common strategy. Pp 225-261. Ministry of Health: México.
7. Nelson, M. J. 1986. *Aedesaegypti:* biology and ecology. Washington: Panamerican Health Organization., PNSP/86-64, 50pp.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000. El cambio climático y las enfermedades transmitidas por vectores: un análisis regional, 78 (9): 1136-1147.
9. Toledo Cristóbal Carlos E. (2011) Competencia interespecifica de hembras grávidas de *Aedes aegypti y Aedes albopictus*por sitios de oviposicion en condiciones de insectario en el municipio de Tapachula Chiapas, México. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de Chiapas.
10. Tun-Lin, W., Kay, BH. Y Barnes, A. 1995. Understanding productivity, a key to *Aedesaegypti* surveillance. Am J. trop. Med. Hyg. 53: 595-601
11. Ulloa García Armando, (1996) Abundancia Larvaria y fuentes alimenticias de *Aedes aegypti* en algunos recipientes artificiales en el sur de Chiapas, México. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León
12. Dengue (s.f.). Recuperado el 14 de noviembre de 2014, de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/panodengue/intd_dengue.html>
13. Población de Tapachula Chiapas (s.f). Recuperado el 15 de noviembre de 2014, de <http://www.inegi.org.mx>
14. Descacharraton (s.f). Recuperado el 12 de noviembre de 2014, de <http://www.tapachula.gob.mx>
15. (30 de mayo de 2014). Obtenido de http://www.congresochiapas.gob.mx/index.php/Legislacion-Vigente/ley-de-salud-del-estado-de-chiapas.html
16. Ortiz, Z. (Octubre 2009). *Participación social en la prevención del dengue: Guía para el promotor.* Argentina: Unicef.
17. *salud.* (s.f.). Obtenido de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY\_GENERAL\_DE\_SALUD.pdf
18. Salud, S. d. (2000). *NORMA Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.* México D.F.
19. salud, S. d. (2001). *Enfermedades Transmitidas por Vector.* Mexico D.F.