

Fuente :Diario Oficial de la Federación

Fecha de publicación: 11de Octubre 1999

NOM-017-SSA2-1994

NORMA OFICIAL MEXICANA, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones XV y XVI, 5o., 13, apartado A, fracción I, 27, fracción II, 59, 133, 134, 135, 136, 139, 141, 143, 148, 151, 154, 181, 343, 345, 351, 353, 393 y 404 de la Ley General de Salud; 38, 39, 40, 41, 42, 43 y 45 de la Ley de Información Estadística y Geográfica; 38, fracción II, 40, fracciones XI y XVIII; 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 12, 23 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional y 34, fracciones IV, VI y VIII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se expide la siguiente Norma Oficial Mexicana, NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

CONSIDERANDO

Que con fecha 17 de noviembre de 1994, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el Proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que en los siguientes 90 días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Epidemiología.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 2 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer.**- Rúbrica.

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, participaron las siguientes instituciones y unidades administrativas:
SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Coordinación Sectorial. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Coordinación Técnica de Programas de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. Consejo Nacional de Vacunación. Consejo Nacional contra las Adicciones. Coordinación de Hospitales. Coordinación de Institutos Nacionales de Salud. Dirección General de Estadística e Informática. Dirección General de Promoción a la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Dirección General de Salud Ambiental. Biológicos y Reactivos de México. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Laboratorio Nacional de Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública.

SECRETARIA DE AGRICULTURA, GANADERIA Y DESARROLLO RURAL

SECRETARIA DE COMUNICACIONES Y TRANSPORTES Dirección General de Medicina Preventiva en el Transporte.

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL Dirección General de Sanidad Militar.

SECRETARIA DE MARINA Dirección General de Sanidad Naval.

SECRETARIA DE TURISMO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Coordinación de Servicios de Salud Comunitaria. Coordinación General del Programa IMSS Solidaridad.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección de Regulación de Servicios de Salud.

INSTITUTO NACIONAL INDIGENISTA

PETROLEOS MEXICANOS Gerencia de Servicios Médicos.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA Subdirección de Salud y Bienestar Social.

COMISION NACIONAL DEL AGUA

Subdirección General de Administración del Agua Gerencia de Calidad y Recurso del Agua e Impacto Ambiental.

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA Consejo Nacional para el Combate de las Drogas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina. Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia. Consejo Nacional de Sanidad Animal. Escuela Nacional de Ciencias Biológicas. Centro de Ecología. Unidad de Postgrado Facultad de Medicina, Veterinaria y Zootecnia. Instituto de Investigaciones Biomédicas. Dirección General de Registro y Regulación.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACION

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA

INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

Jefatura de Servicios de Regulación de Medicina Preventiva y Control Epidemiológico.

CENTRO DE INVESTIGACION DE ESTUDIOS AVANZADOS

DIRECCION GENERAL DE AEROPUERTOS Y SERVICIOS AUXILIARES

HOSPITAL AMERICAN BRITISH COWDRAY (ABC)

HOSPITAL ANGELES DEL PEDREGAL

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ASOCIACION MEXICANA DE HOSPITALES, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CANCER

ASOCIACION MEXICANA DE MEDICOS VETERINARIOS ESPECIALISTAS EN PEQUEÑAS ESPECIES

COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS, A.C.

FEDERACION DE ASOCIACIONES MEXICANAS DE DIABETES

FEDERACION MEXICANA DE ASOCIACIONES PRIVADAS DE SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones y abreviaturas
4. Disposiciones generales
5. Organización, estructura y funciones
6. Operación del sinave
7. Subsistema de información
8. Estudio de caso
9. Estudio de brote
10. Laboratorio
11. Vigilancia de la mortalidad
12. Subsistemas especiales de vigilancia
13. Vigilancia de situaciones emergentes
14. Asesoría y capacitación
15. Supervisión y evaluación
16. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
17. Bibliografía
18. Observancia de la Norma
19. Vigencia

0. Introducción

En nuestro país, la vigilancia epidemiológica es un sistema que recolecta información sobre los diversos eventos de interés médico epidemiológico, capaz de analizar la información y proporcionar un panorama sólido que permita iniciar, profundizar o rectificar acciones de prevención y control. La información respecto a los daños y riesgos para la salud representa un insumo importante de la vigilancia epidemiológica. La Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica establece los padecimientos y riesgos que están sujetos a notificación e investigación, así como la frecuencia con que éstas deben realizarse, de acuerdo con su trascendencia.

Las acciones de vigilancia epidemiológica se apoyan en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, SINAVE, el cual se concibe como el conjunto de relaciones formales y funcionales, en el cual participan coordinadamente las instituciones del Sistema Nacional de Salud, para llevar a cabo de manera oportuna y uniforme la vigilancia epidemiológica.

El SINAVE tiene por objeto obtener conocimientos oportunos, uniformes, completos y confiables referentes al proceso salud-enfermedad en la población, a partir de la información generada en los servicios de salud en el ámbito

local, intermedio y estatal, o sus equivalentes institucionales, para ser utilizados en la planeación, capacitación, investigación y evaluación de los programas de prevención, control, eliminación y erradicación y, en su caso, de tratamiento y rehabilitación.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1. Esta Norma Oficial Mexicana establece los lineamientos y procedimientos de operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como los criterios para la aplicación de la vigilancia epidemiológica en padecimientos, eventos y situaciones de emergencia que afectan o ponen en riesgo la salud humana.

1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y su ejecución involucra a los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma Oficial Mexicana, es necesario consultar las siguientes:

2.1 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. **Diario Oficial de la Federación**, 17 de enero de 1995.

2.2 NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de salud. **Diario Oficial de la Federación**, 26 de enero de 1995.

2.3 NOM-020-SSA-1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire, ozono (O₃). Valor permisible para la concentración de ozono en el aire ambiente como medida de protección a la salud de la población. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.4 NOM-021-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire monóxido de carbono (CO). Valor permisible para la concentración de monóxido de carbono en el aire ambiente como medida de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.5 NOM-022-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire de dióxido de azufre (SO₂). Valor permisible para la concentración de dióxido de azufre en el aire ambiente como medida de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.6 NOM-023-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire de dióxido de nitrógeno (NO₂). Valor permisible para la concentración de dióxido de nitrógeno en el aire ambiente como medida de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.7 NOM-024-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire partículas suspendidas totales (PST). Valor permisible para la concentración de partículas suspendidas totales en el aire ambiente como medidas de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.8 NOM-025-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire partículas menores de 10 micras (PM₁₀). Valor permisible para la concentración de partículas menores de 10 micras en el aire ambiente como medida de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.9 NOM-026-SSA1-1993, Salud Ambiental, criterio para evaluar la calidad del aire plomo (Pb). Valor permisible para la concentración de plomo en el aire ambiente como medida de protección a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de enero de 1994.

2.10 NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. **Diario Oficial de la Federación**, 6 de marzo de 1998.

2.11 NOM-011-SSA2-1993, Para la prevención y control de la rabia. **Diario Oficial de la Federación**, 25 de enero de 1995.

2.12 NOM-022-SSA2-1994, Para la prevención y control de la brucelosis en el hombre, en el primer nivel de atención. **Diario Oficial de la Federación**, 30 de noviembre de 1995.

2.13 NOM-021-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica. **Diario Oficial de la Federación**, 21 de agosto de 1996.

2.14 NOM-064-SSA1-1993, Para el establecimiento de las especificaciones sanitarias de reactivos utilizados para diagnóstico. **Diario Oficial de la Federación**, 24 de febrero de 1995.

2.15 NOM-024-SSA2-1994, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. **Diario Oficial de la Federación**, 3 de abril de 1995.

2.16 NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud. **Diario Oficial de la Federación**, 11 de abril de 1996.

2.17 NOM-001-STPS-1993, Relativo a las condiciones de seguridad e higiene en los edificios, locales, instalaciones y áreas de los centros de trabajo. **Diario Oficial de la Federación**, 14 de julio de 1993.

2.18 NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. **Diario Oficial de la Federación**, 7 de noviembre de 1995.

2.19 NOM-052-ECOL-1993, Que establece las características de los residuos peligrosos, el listado de los mismos y los límites que hacen a un residuo peligroso por toxicidad al ambiente. **Diario Oficial de la Federación**, 22 de octubre de 1993.

2.20 NOM-029-ECOL-1993, Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales a cuerpos receptores provenientes de hospitales. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de octubre de 1993.

2.21 NOM-031-ECOL-1993, Que establece los límites máximos permisibles de contaminantes en las descargas de aguas residuales provenientes de la industria, actividades agro-industriales, de servicios y el tratamiento de aguas residuales a los sistemas de drenaje y alcantarillado urbano o municipal. **Diario Oficial de la Federación**, 18 de octubre de 1993.

2.22 NOM-005-STPS-1993, Relativa a las condiciones de seguridad en los centros de trabajo para el almacenamiento, transporte y manejo de sustancias inflamables y combustibles. **Diario Oficial de la Federación**, 3 de diciembre de 1993.

2.23 NOM-018-STPS-1993, Relativa a los requerimientos y características de los servicios de regaderas, vestidores y casilleros en los centros de trabajo. **Diario Oficial de la Federación**, 6 de diciembre de 1993.

2.24 NOM-025-STPS-1993, Relativa a los niveles y condiciones de iluminación que deben tener los centros de trabajo. **Diario Oficial de la Federación**, 19 de julio de 1993.

2.25 NOM-028-STPS-1994, Seguridad del código de colores para líquidos y gases. **Diario Oficial de la Federación**, 24 de mayo de 1994.

2.26 NOM-029-Z00-1995, Características y especificaciones para las instalaciones y equipo de laboratorios de pruebas y/o análisis en materia zoonosanitaria.

3. Definiciones y abreviaturas

3.1 Definiciones

Para los efectos de esta Norma se entiende por:

3.1.1 Accidente, al hecho súbito que ocasione daños a la salud y que se produzca por la concurrencia de situaciones potencialmente prevenibles.

3.1.2 Adicción, al estado psicofísico causado por la interacción de una persona con un fármaco, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y otros, así como evitar el malestar producido por la privación.

3.1.3 Aislamiento, a la separación de personas o animales infectados o potencialmente infectados, durante el periodo en que la enfermedad es contagiosa, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas o animales susceptibles.

3.1.4 Agente, a la entidad biológica, física, química, psicológica o social, la cual en interacción con otros factores de riesgo del huésped y del ambiente, es capaz de causar daño a la salud.

3.1.5 Asociación epidemiológica, a la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar o persona.

3.1.6 Brote, a la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí.

3.1.7 Caso, al individuo de una población en particular que, en un tiempo definido, es sujeto de una enfermedad o evento bajo estudio o investigación.

3.1.7.1 Caso compatible, al caso en el cual, por defecto en los procedimientos de vigilancia, no es posible precisar el diagnóstico en estudio.

3.1.7.2 Caso confirmado, al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, así como la evidencia epidemiológica.

3.1.7.3 Caso de infección nosocomial, a la condición localizada o generalizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación, en el momento del ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 horas del ingreso del paciente al hospital y hasta las 72 horas del egreso hospitalario.

3.1.7.4 Caso descartado, al caso sospechoso o probable en quien por estudios auxiliares, determina que no es causado por la enfermedad que inició su estudio o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios de cualquier otro padecimiento o evento bajo vigilancia diferente al que motivó el inicio del estudio, así como la

evidencia epidemiológica, en ellos puede o no haber confirmación etiológica de otro diagnóstico. Aquel que no cumple con los criterios de caso probable (si es sospechoso) o confirmado (si es probable).

3.1.7.5 Caso probable, a la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad o evento bajo vigilancia.

3.1.7.6 Caso sospechoso, a la persona en riesgo que, por razones epidemiológicas, es susceptible y presenta sintomatología inespecífica del padecimiento o evento bajo vigilancia.

3.1.8 Comunicación, a la acción de informar la presencia de padecimientos o eventos, por parte de fuentes que pertenecen al Sistema Nacional de Salud.

3.1.9 Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), al órgano colegiado que observa, facilita, fomenta y guía las acciones epidemiológicas en el país.

3.1.10 Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia, en casos de enfermedad.

3.1.11 Contacto, a la persona o animal que ha estado en relación directa o indirecta con persona o animal infectados, o con ambiente contaminado, y que ha tenido la oportunidad de contraer la infección.

3.1.12 Contagio, a la transmisión de una infección por contacto directo o indirecto.

3.1.13 Contaminación, a la presencia de un agente causal, en cualquier vehículo.

3.1.14 Contingencia, a la situación que puede o no suceder.

3.1.15 Defunción, a la desaparición permanente de todo signo de vida en un momento cualquiera posterior al nacimiento vivo (suspensión de las funciones vitales con posterioridad al nacimiento sin posibilidad de resucitar). Esta excluye a las defunciones fetales.

3.1.16 Desastre, al acontecimiento que rebasa en forma repentina la capacidad de respuesta normal de un sistema de servicios de salud, puede ser provocado por la presencia de fenómenos geológico-hidrometeorológicos, sociales, físico-químicos o ecológico-sanitarios.

3.1.17 Efecto, al resultado de una causa, o el fin por el que se realiza una acción.

3.1.18 Efectos sobre la salud por contaminación ambiental, a las intoxicaciones y alteraciones de la salud derivadas del contacto o manejo de sustancias tóxicas y factores del ambiente.

3.1.19 Eliminación, a la ausencia de casos, aunque persista el agente causal.

3.1.20 Emergencia, al evento de nueva aparición o reaparición.

3.1.20.1 Emergencia epidemiológica, al evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.

3.1.21 Endemia, a la presencia constante o prevalencia habitual de casos de una enfermedad o agente infeccioso, en poblaciones humanas, dentro de un área geográfica determinada.

3.1.22 Enfermedad, a la disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.

3.1.22.1 Enfermedad infecciosa, a la enfermedad clínicamente manifiesta, del hombre o de los animales, resultado de una infección.

3.1.22.2 Enfermedad ocupacional, al estado patológico, derivado de uno o más riesgos que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador realice sus actividades o preste sus servicios.

3.1.22.3 Enfermedad transmisible, a cualquier enfermedad debida a un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de ese agente o los productos de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal, o indirectamente por conducto de una planta o animal huésped intermediario, de un vector o del ambiente inanimado, y que se puede transmitir a otra persona o animal.

3.1.23 Enfermo, a la persona que padece una enfermedad.

3.1.24 Epidemia, al aumento en la frecuencia esperada de cualquier daño a la salud en el ser humano, durante un tiempo y un espacio determinados. En algunos padecimientos la ocurrencia de un solo caso se considera epidemia.

3.1.25 Epizootia, al aumento en la frecuencia esperada de cualquier daño a la salud, en animales, durante un tiempo y un espacio determinados.

3.1.26 Erradicación, a la desaparición en un tiempo determinado, tanto de casos de enfermedad como del agente causal.

3.1.27 Especificidad en los sistemas de vigilancia, a la capacidad para confirmar los casos verdaderos de un padecimiento.

3.1.28 Estudios auxiliares de diagnóstico, a cualquier método o técnica, que ayudan a corroborar un diagnóstico específico.

3.1.29 Estudio epidemiológico, a la investigación del proceso salud-enfermedad del cual se obtiene información epidemiológica de casos, brotes y situaciones de interés epidemiológico.

3.1.30 Evento, al suceso imprevisto y de cierta duración, que puede estar asociado o no, a un riesgo para la salud.

3.1.31 Exposición a riesgo, a la característica o condición que existe en el hombre, al estar en contacto con situaciones de riesgo.

3.1.32 Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso.

3.1.33 Factores de riesgo laboral, a las características de las personas, procesos, condiciones u organización del trabajo, cuya presencia o ausencia aumentan la probabilidad de daño a la salud, como son las enfermedades o accidentes profesionales.

3.1.34 Fuente de infección, a la persona, vector o vehículo que alberga al organismo o agente causal, y desde el cual éste puede ser adquirido, transmitido o difundido a la población.

3.1.35 Fuente de contagio, a la persona, animal o ambiente, que transmite la enfermedad mediante un contacto mediano o inmediato.

3.1.36 Fuente de contaminación, a la persona, animal o sustancia inanimada responsable de la presencia de un agente, en o sobre un vehículo.

3.1.37 Fuentes de información, a todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, así como cualquier organismo, dependencia o persona que no forme parte del SNS y que tenga conocimiento de algún padecimiento, evento o situación sujetos a vigilancia.

3.1.38 Huésped, a la persona o animal vivo que en circunstancias naturales permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso.

3.1.39 Incidencia, tasa de, a aquella que tiene como numerador el número de casos nuevos ocurridos durante un periodo determinado, entre el número de personas de la población expuesta al riesgo (denominador). Por lo general, se expresa en términos del número de casos por 1,000 o 100,000 habitantes y por año.

3.1.40 Infección, al alojamiento, desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo humano o animal, con resultados inaparentes o manifiestos.

3.1.41 Infestación, al alojamiento, desarrollo o reproducción de artrópodos en las superficies externas del cuerpo o en las ropas.

3.1.42 Información epidemiológica, a la acción y efecto de informar (notificar o comunicar) con relación a las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia, que afectan a la población.

3.1.43 Información completa, desde el punto de vista individual, a aquella que incluye la totalidad requerida en los formularios correspondientes. Desde el punto de vista de la recopilación de información por la unidad de vigilancia, es aquella que incluye el ciento por ciento de unidades notificantes.

3.1.44 Información oportuna, a la que cumple con los tiempos establecidos por la presente Norma Oficial Mexicana.

3.1.45 Información veraz, a la que corresponde a la realidad y es factible de corroborar.

3.1.46 Investigación epidemiológica, al proceso de búsqueda intencionada de las relaciones que guardan los condicionantes de enfermedades en la población, mediante la aplicación del método científico. Su nivel de aprehensión de la realidad es explicativo y obtiene, como resultado, información transformada en conocimiento.

3.1.47 Letalidad; tasa de, a la proporción expresada, por lo regular, en forma de porcentaje, entre el número de muertes por una enfermedad particular, respecto al número de casos de tal enfermedad en una población, tiempo y área determinados.

3.1.48 Lesión por causa externa, a todo daño físico producto de cualquier agente externo, que produce un cambio pasajero o permanente, en uno o varios de los tejidos u órganos producto de un hecho de presentación rápida, imprevista, no repetido.

3.1.50 Meteoro, a la contingencia ambiental causada por fuerzas de la naturaleza, que pueden predisponer u originar daños a la salud.

3.1.51 Morbilidad; tasa de, a la que tiene como numerador el número de enfermos en una población determinada durante un periodo y lugar específico y el denominador representa la población donde ocurrieron los casos. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

3.1.52 Mortalidad; tasa de, a la que tiene como numerador el total de defunciones producidas en una población en un periodo de tiempo determinado, y el denominador representa la población donde ocurrieron las muertes. Se expresa como una tasa, puede ser general o específica.

3.1.53 Negligencia, a la falta de cuidado, aplicación o exactitud de un hecho u omisión que perjudica a otro.

3.1.54 Niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud:

3.1.54.1 Nivel operativo, a la instancia funcional del SNS, en la cual se otorgan los servicios de atención a la salud de la población, y se instrumentan acciones a cargo de las unidades de salud y otras instancias técnicas y administrativas, principalmente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y de Regulación Sanitaria.

3.1.54.2 Nivel jurisdiccional, a la entidad técnica administrativa de carácter regional, dentro de las entidades federativas, que tiene como responsabilidad otorgar servicios de salud a la población abierta en su área de circunscripción

y coordinar los programas institucionales, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.

3.1.54.3 Nivel estatal, a la estructura orgánica y funcional responsable de la operación de los servicios de salud en el ámbito geográfico y político de una entidad federativa, cuya infraestructura se organiza en Jurisdicciones Sanitarias.

3.1.54.4 Nivel delegacional, a la instancia o nivel técnico-administrativo, que en las instituciones de Seguridad Social, tiene competencia jerárquica sobre los servicios y la organización de una región geográfica determinada.

3.1.54.5 Nivel intermedio, a la estructura orgánica que en la Secretaría de Salud corresponde al nivel estatal y, en los Servicios de Seguridad Social, al nivel Delegacional.

3.1.54.6 Nivel zonal, al nivel técnico-administrativo, con un área geográfica definida y características epidemiológicas similares.

3.1.54.7 Nivel central, a la estructura administrativa de la Secretaría o de las instituciones del SNS, a nivel técnico-normativo, cuya ubicación está en la capital del país y la cual tiene competencia jerárquica sobre todos los servicios distribuidos en el territorio nacional.

3.1.54.8 Nivel nacional, a la instancia o nivel técnico-administrativo máximo del SNS y de los organismos que lo integran, cuyo ámbito de competencia comprende a los servicios y su organización en todo el territorio nacional.

3.1.55 Notificación, a la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las unidades del Sistema Nacional de Salud.

3.1.55.1 Notificación negativa, a la acción de informar periódicamente, en forma obligatoria, sobre la ausencia de casos relativos a un padecimiento específico sujeto a vigilancia epidemiológica.

3.1.56 Padecimiento, sinónimo de enfermedad.

3.1.57 Padecimiento de origen ocupacional, véase enfermedad ocupacional.

3.1.58 Periodo de incubación, al intervalo entre la exposición, infección o infestación, y el inicio de signos y síntomas clínicos de la enfermedad.

3.1.59 Persona en riesgo, a aquélla susceptible, con ausencia de sintomatología, en la cual se verifica el antecedente de permanencia en áreas endémicas o la presencia de otros factores de riesgo, y tiene cierta probabilidad de desarrollar una enfermedad específica durante un periodo definido.

3.1.60 Portador asintomático, la persona infectada, infestada o que contiene al agente causal del padecimiento en cuestión, no presenta signos o síntomas de la enfermedad, pero constituye una fuente potencial de infección.

3.1.61 Prevalencia, al coeficiente que mide el número de personas enfermas o que presentan cierto trastorno en determinado momento (prevalencia puntual), o durante un periodo predeterminado (prevalencia en un periodo), independientemente de la fecha en que comenzaron la enfermedad o el trastorno, y como denominador, el número de personas de la población en la cual tiene lugar.

3.1.62 Red, al sistema cuyos procesadores y terminales no coinciden en situación geográfica, y la información fluye entre ellos a través de algún esquema de comunicación. La red comparte un sistema de cómputo.

3.1.63 Registro, a la inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, defunciones, contactos, enfermedad o evento, mediante los instrumentos apropiados.

3.1.64 Registro nominal, a la inscripción de información comprobable, que requiere en primera instancia el nombre, edad y sexo de un caso o contacto.

3.1.65 Reservorio, al hombre, animal, artrópodo, planta, suelo o materia orgánica inanimada en donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso, y del cual depende para su supervivencia, y donde se reproduce de manera que pueda ser transmitido a un huésped susceptible.

3.1.66 Riesgo, a la probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

3.1.67 Salud en el trabajo, a la rama de la salud pública multi e interdisciplinaria cuyo objetivo fundamental es el estudio y modificación de las condiciones de trabajo, con la finalidad de proteger y mejorar la salud de los trabajadores de todas las ramas de la economía.

3.1.68 Salud pública, a la combinación de ciencias y técnicas que está dirigida al mantenimiento y mejoramiento de la salud de toda la población a través de acciones colectivas o sociales.

3.1.69 Sensibilidad, en los sistemas de vigilancia, a la capacidad para detectar todos los posibles casos de un padecimiento o evento.

3.1.70 Sistema de cómputo, al conjunto de computadoras (terminales), conectadas entre sí y utilizadas para un fin común.

3.1.71 Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; SINAVE, al conjunto de relaciones formales y funcionales, en el cual participan coordinadamente las instituciones del SNS a través de su estructura, para llevar a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica.

3.1.72 Sistema Nacional de Salud; SNS, al conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado que prestan servicios de

salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección a la salud.

3.1.73 Subsistema de Capacitación, al conjunto de acciones dirigidas a mantener al personal responsable en un proceso continuo de actualización y asesoría, para el funcionamiento del SINAVE.

3.1.74 Subsistema de Información, al conjunto de acciones sistemáticas de recolección, análisis, validación y difusión de la información, de manera completa, veraz y oportuna.

3.1.75 Subsistema de Supervisión y Evaluación, al conjunto de acciones y procedimientos necesarios para medir el adecuado desarrollo del SINAVE, así como su impacto y utilidad.

3.1.76 Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica, al conjunto de funciones, estructuras, procedimientos y criterios, para llevar a cabo el registro, concentración, procesamiento, análisis y seguimiento de casos, brotes y situaciones especiales para su difusión oportuna a los distintos niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.

3.1.77 Susceptible, a la persona o animal que no posee suficiente resistencia contra un agente patógeno determinado, que le proteja contra la enfermedad si llega a estar en contacto con el agente.

3.1.78 Tasa, al cociente que mide la frecuencia con que ocurre un evento, en una población determinada y en un tiempo específico. Se obtiene mediante la operación de un numerador entre un denominador y el resultado multiplicado por una constante (100, 1,000 o 100,000 habitantes).

3.1.78.1 Tasa de ataque, a la medida de riesgo que se usa para determinados grupos específicos observados, durante periodos limitados y en circunstancias especiales; suele expresarse en porcentajes (casos/población expuesta al riesgo por 100):

3.1.79 Trascendencia, al criterio que mide el impacto en la sociedad de un problema de salud, a través de indicadores físicos, biológicos o sociales.

3.1.80 Unidad de salud, a todo establecimiento de los sectores público, social y privado, en el que se presta atención médica o servicios para la salud.

3.1.81 Urgencia epidemiológica, al evento que, por su magnitud o trascendencia, requiere la inmediata instrumentación de acciones.

3.1.82 Vector, al insecto o cualquier portador vivo, que transporta un agente infeccioso de un individuo infectado o sus desechos, a un individuo susceptible, sus alimentos o a su ambiente inmediato. El organismo puede, o no, desarrollar parte de su ciclo vital dentro del vector.

3.1.83 Vehículo de transmisión, al objeto inanimado, o sustancia, capaz de albergar y transmitir el agente causal de enfermedad o daño.

3.1.84 Vigilancia epidemiológica, al estudio permanente y dinámico del estado de salud, así como de sus condicionantes, en la población.

3.1.85 Violencia, a la ejecución de acciones intencionales, dirigidas fundamentalmente a producir el daño físico incluye las variantes homicidio, suicidio, intento de homicidio e intento de suicidio.

3.1.86 Vulnerabilidad, a la probabilidad de evitar o controlar un problema colectivo de salud mediante acciones de intervención.

3.1.87 Zoonosis, a la infección o enfermedad infecciosa transmisible, en condiciones naturales se transmite, de los animales vertebrados al hombre o viceversa. Puede ser enzoótica o epizoótica.

3.2 Abreviaturas

3.2.1 CEVE: Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica.

3.2.2 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

3.2.3 EFE: Enfermedad febril exantemática.

3.2.4 INDRE: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos.

3.2.5 INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

3.2.6 LESP: Laboratorio Estatal de Salud Pública.

3.2.7 LNSP: Laboratorio Nacional de Salud Pública.

3.2.8 NOM: Norma Oficial Mexicana.

3.2.9 OMS: Organización Mundial de la Salud.

3.2.10 OPS: Organización Panamericana de la Salud.

3.2.11 PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

3.2.12 PFA: Parálisis Flácida Aguda.

3.2.13 RHNM: Registro Histopatológico de las Neoplasias en México.

3.2.14 RHOVE: Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica.

3.2.15 RNLSP: Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.

3.2.16 SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

- 3.2.17** SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- 3.2.18** SNS: Sistema Nacional de Salud.
- 3.2.19** SSA: Secretaría de Salud.
- 3.2.20** SUAVE: Sistema Unico Automatizado de Vigilancia Epidemiológica.
- 3.2.21** SUIVE: Sistema Unico de Información para la Vigilancia Epidemiológica.
- 3.2.22** TNN: Tétanos Neonatal.
- 3.2.23** UVEH: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- 3.2.24** VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

4. Disposiciones generales

4.1 La Secretaría de Salud es el órgano normativo y rector del SINAVE, y funge como el recopilador de toda la información generada por éste. La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, de conformidad con las disposiciones aplicables y las atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en coordinación con los diferentes sectores del Sistema Nacional de Salud.

4.1.1 El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica debe impulsar el desarrollo adecuado de la vigilancia epidemiológica en el país, que incluye:

4.1.1.1 La creación de una instancia interinstitucional que fije las normas de vigilancia epidemiológica en el país, por lo que con base en el Acuerdo Secretarial número 130, la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica, como una instancia permanente con el propósito de unificar y homologar criterios, procedimientos, y contenidos de la vigilancia epidemiológica en el país.

El CONAVE se integra por la Secretaría de Salud como coordinadora del comité así como por el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto Nacional Indigenista, la Dirección General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional, la Dirección General de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina y los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.

4.1.1.2 El establecimiento de un sistema homogéneo de información para todas las dependencias del Sector Salud.

4.1.2 La vigilancia epidemiológica se apoya en la recopilación sistemática de la información epidemiológica generada por el SNS y otras instancias comunitarias, para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización.

4.1.3 Dentro del Acuerdo Secretarial No. 130 y como parte de la responsabilidad compartida entre las instituciones de salud, se establecen las bases para el convenio de creación del Sistema Unico de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), signado por lo titulares de la SSA, el IMSS y el ISSSTE. En este convenio se asienta que las instituciones firmantes manejarán homogéneamente los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica, con los mismos formatos de recolección de información; que el flujo de la información será horizontal, y que la responsabilidad de su análisis y utilización es común. Las demás instituciones del Sector Salud se han adherido al convenio.

4.2 Para la correcta operación de la vigilancia epidemiológica, el SINAVE debe contar con los siguientes Subsistemas:

- 4.2.1** Información;
- 4.2.2** Laboratorio;
- 4.2.3** Vigilancia de la Mortalidad;
- 4.2.4** Especiales de Vigilancia Epidemiológica;
- 4.2.5** Vigilancia de Situaciones Emergentes;
- 4.2.6** Asesoría y Capacitación; y
- 4.2.7** Supervisión y Evaluación.

4.3 Para efectos de esta NOM, los elementos de la Vigilancia son los siguientes:

- 4.3.1** Casos de enfermedad,
- 4.3.2** Defunciones,
- 4.3.3** Factores de riesgo, y
- 4.3.4** Factores de protección.

4.4 El SINAVE debe realizar estudios especiales de investigación, encuestas epidemiológicas, encuestas centinelas, vigilancia epidemiológica activa y todas aquellas actividades que sean necesarias, a efecto de contar con elementos de apoyo para aquellas situaciones donde sea necesario implementar estrategias adicionales al subsistema de información.

4.5 De acuerdo con la situación epidemiológica local, regional y nacional se establecerán subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica para padecimientos, eventos o emergencias, los cuales deben cumplir con lo especificado en los lineamientos emitidos en la presente Norma.

5. Organización, estructura y funciones

5.1. Organización y estructura

5.1.1 En el SINAVE participarán, coordinada y uniformemente las instituciones del SNS, así como otras instituciones u organismos que no formen parte del SNS.

5.1.2 De acuerdo con los niveles técnico-administrativos del SNS, de otras instancias comunitarias y del ámbito geográfico, la aplicación del SINAVE, se ejerce a través de los siguientes niveles:

- a) Operativo (local),
- b) Jurisdiccional o zonal (municipal),
- c) Estatal (delegacional o intermedio o regional), y
- d) Nacional.

5.1.3 Los aspectos de orden federal relacionados con el SINAVE, son responsabilidad de la Secretaría de Salud.

5.1.4 El SINAVE debe contar con los siguientes elementos estructurales:

- a) Unidad de vigilancia (servicios formales de salud o comunitarios),
- b) Grupos institucionales,
- c) Grupos interinstitucionales, y
- d) Organo normativo.

5.1.5 Toda instancia de los niveles técnico-administrativos del SNS que efectúe actividades específicas de vigilancia epidemiológica, se denominará Unidad de Vigilancia, y su función se orientará de acuerdo con los lineamientos estipulados en la presente Norma Oficial Mexicana. La población en general, como parte del SINAVE, debe comunicar la información de importancia epidemiológica a las unidades de vigilancia.

5.1.6 Los Grupos Institucionales se integrarán con los Servicios de Epidemiología, o sus equivalentes, en cada una de las instituciones del SNS y en los diferentes niveles técnico-administrativos.

5.1.7 Los Grupos Interinstitucionales deben contar con un epidemiólogo o equivalente, de las diferentes instituciones que integran el SNS en los niveles técnico-administrativos, nivel operativo, nivel jurisdiccional, nivel estatal y nivel nacional.

5.1.8 La Unidad de Vigilancia de la Secretaría de Salud asumirá la representación del Organo Normativo, en los diferentes niveles técnico-administrativos.

5.2. Funciones

5.2.1 Las Unidades de vigilancia son las encargadas de realizar las acciones operativas en los términos de esta Norma Oficial Mexicana de acuerdo a su ámbito de competencia.

5.2.2 Los Grupos Institucionales deben coordinar, supervisar y evaluar la vigilancia e informar las acciones de ésta en su ámbito de competencia, de acuerdo con los términos de esta Norma Oficial Mexicana.

5.2.3 Los Grupos Interinstitucionales de Vigilancia constituyen la instancia de coordinación, consulta, asesoría y acuerdo, así como de supervisión, evaluación e investigación en materia de vigilancia en su ámbito de competencia, en los términos de esta Norma Oficial Mexicana.

5.2.4 El Organo Normativo a través del CONAVE, los CEVE's y los comités jurisdiccionales deben convocar a las instituciones y dependencias en cada nivel técnico-administrativo para efectuar la integración de los Grupos Institucionales y de los Grupos Interinstitucionales.

5.2.5 La representación del Organo Normativo en los diferentes niveles técnico administrativos del SNS, debe supervisar, integrar y analizar la información del SINAVE, en coordinación con las demás instituciones.

6. Operación

6.1 El SINAVE clasifica los padecimientos o eventos de vigilancia, según su magnitud y trascendencia, de la manera siguiente:

- a) Generales,
- b) Especiales, y
- c) Emergentes.

6.2 Los padecimientos o eventos generales, son todos los incluidos en el SINAVE.

6.3 Los padecimientos y eventos especiales, son aquéllos para los cuales se cuenta con subsistemas especiales de vigilancia, por ser de alta prioridad. Se rigen bajo la presente Norma Oficial Mexicana, así como por lo indicado en el capítulo 12 de esta NOM.

6.4 Los padecimientos y eventos emergentes, son los de nueva aparición en el país, y están regidos por esta NOM y, en su caso, por las diferentes instituciones del SNS a través del CONAVE.

7. Subsistema de información

7.1 Se consideran fuentes de información todas las unidades del SNS, así como cualquier organismo, dependencia o persona que tenga conocimiento de algún padecimiento, evento o situación sujetos a vigilancia epidemiológica.

7.2 La Unidad de Vigilancia de la Secretaría de Salud concentrará la información, para enviarla al nivel inmediato superior, de acuerdo con los niveles técnico-administrativos hasta llegar al nivel nacional, en coordinación con las instituciones del SNS; tomarán decisiones, ejecutarán medidas de prevención para realizar acciones de control con las diferentes instancias.

7.3 La información epidemiológica se manejará a través de los formularios establecidos por el órgano normativo, o en los formularios equivalentes usados por las distintas instituciones del SNS, siempre y cuando cumplan con la información requerida por dicho órgano.

7.4 La información epidemiológica debe enviarse por escrito o medio magnético y dirigirse exclusivamente a las autoridades responsables de la vigilancia, en caso de que ésta se envíe por vía telefónica, correo electrónico, medio magnético, telex o fax, será proporcionada exclusivamente a la autoridad responsable, la cual debe registrar los datos del informador.

7.5 La información generada por el SINAVE, tiene uso epidemiológico, estadístico y de salud pública; por tanto, su manejo debe observar los principios de confidencialidad y reserva.

7.6 Toda comunicación oficial a la población, referente a información del SINAVE a través de cualquier medio, debe estar avalada por el órgano normativo.

7.7 Para efectos del SINAVE, el estudio de los padecimientos o eventos objeto de vigilancia se divide en:

7.7.1 Caso sospechoso,

7.7.2 Caso probable,

7.7.3 Caso confirmado,

7.7.4 Caso compatible, y

7.7.5 Caso descartado.

7.8 Los padecimientos y eventos que ameritarán confirmación del diagnóstico por laboratorio o gabinete son todos los especificados en el apartado 12.

7.9 Los casos sospechosos o probables deben ser confirmados de acuerdo con los procedimientos de la presente NOM, siguiendo las especificaciones de los apartados 10 y 12 de esta NOM, así como de los procedimientos de los manuales correspondientes.

7.10 En los padecimientos y eventos bajo vigilancia donde no sea posible la confirmación del diagnóstico mediante estudios auxiliares, debe considerarse caso confirmado aquél que muestre la presencia de signos o síntomas propios del padecimiento o evento en estudio, así como la evidencia epidemiológica, excepto aquellos padecimientos sujetos a subsistemas especiales de vigilancia.

7.11 Periodicidad de la Información

7.11.1 Según la trascendencia e importancia de los padecimientos y eventos sujetos a vigilancia, la periodicidad para su notificación debe ser:

7.11.1.1 inmediata,

7.11.1.2 diaria,

7.11.1.3 semanal,

7.11.1.4 mensual,

7.11.1.5 anual, y

7.11.1.6 diversa, para padecimientos que no requieren de notificación periódica diaria, semanal, mensual o anual, pero sí de otra periodicidad, entre éstas se encuentran:

a) Encuestas centinelas de VIH/SIDA, y

b) Otras que indique la autoridad competente.

7.12 Notificación inmediata

7.12.1 Es la notificación o comunicación que debe realizarse por la vía más rápida disponible, transmitiendo los datos en las formas de Notificación Inmediata de Caso, Notificación de Brote, Notificación Inmediata de Defunción y sus equivalentes institucionales, o bien, en los formularios específicos, así como informes o comunicados especiales. La notificación o comunicación se recibirá en la representación nacional del Órgano Normativo antes que transcurran 24 horas de que se tenga conocimiento por el notificante o el informante de la ocurrencia del padecimiento o evento.

7.12.2 Son eventos de notificación inmediata los casos y defunciones por:

7.12.2.1 poliomielitis,

7.12.2.2 parálisis flácida aguda,

7.12.2.3 sarampión,

7.12.2.4 enfermedad febril exantemática,

7.12.2.5 difteria,

- 7.12.2.6 tos ferina,
- 7.12.2.7 síndrome coqueluchoide,
- 7.12.2.8 cólera,
- 7.12.2.9 tétanos,
- 7.12.2.10 tétanos neonatal,
- 7.12.2.11 tuberculosis meningea,
- 7.12.2.12 meningoencefalitis amibiana primaria,
- 7.12.2.13 fiebre amarilla,
- 7.12.2.14 peste,
- 7.12.2.15 fiebre recurrente,
- 7.12.2.16 tifo epidémico,
- 7.12.2.17 tifo endémico o murino,
- 7.12.2.18 fiebre manchada,
- 7.12.2.19 meningitis meningocócica,
- 7.12.2.20 influenza,
- 7.12.2.21 encefalitis equina venezolana,
- 7.12.2.22 sífilis congénita,
- 7.12.2.23 dengue hemorrágico,
- 7.12.2.24 paludismo por *Plasmodium falciparum*,
- 7.12.2.25 rabia humana,
- 7.12.2.26 rubéola congénita,
- 7.12.2.27 eventos adversos temporalmente asociados a la vacunación y sustancias biológicas,
- 7.12.2.28 lesiones por abeja africanizada, y

7.12.2.29 además, se debe notificar inmediatamente la presencia de brotes o epidemias de cualquier enfermedad, urgencias o emergencias epidemiológicas y desastres, así como los eventos que considere necesario incluir el Organismo Normativo.

7.12.2.30 síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

7.12.2.31 infección por VIH.

7.12.3 La notificación inmediata debe realizarla la fuente de información a la Unidad de Vigilancia y ésta, a su vez, al nivel inmediato superior, de acuerdo con los niveles técnico-administrativos del SNS, y en forma directa y simultánea, a la representación nacional del órgano normativo del SINAVE.

7.13 Notificación diaria

7.13.1 Es objeto de notificación diaria, la ausencia o presencia de cualquier padecimiento que se defina por la representación nacional del órgano normativo, por su importancia, trascendencia o impacto epidemiológico. Dentro éstos se incluye el cólera, de acuerdo con las especificaciones de la Norma Oficial Mexicana para la vigilancia, prevención, tratamiento y control del cólera.

7.14 Notificación semanal

7.14.1 Deben ser incluidos en la notificación semanal los padecimientos clasificados como caso sospechoso, probable, confirmado y compatible del listado del numeral 7.14.5, obtenidos de todas las unidades de salud del SNS incluyendo la información generada en los estudios de brote.

7.14.2 En cada nivel, la notificación semanal debe realizarse a través de la forma "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades" contemplada en los numerales 7.1 y 12 de esta NOM, en original y copia. Enviar el original al nivel inmediato superior y conservar la copia para su análisis. Cada nivel debe concentrar la información recibida, llenar una nueva forma o capturar en medio magnético, enviarla de la misma manera a su nivel superior, hasta culminar en la representación nacional del órgano normativo.

7.14.3 La notificación semanal debe ser realizada por todas las instituciones del SNS, y seguir los lineamientos del numeral anterior. El nivel local debe enviar una copia del informe a la unidad más cercana del órgano normativo.

7.14.4 Para la codificación de padecimientos y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, se debe utilizar la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

7.14.5 Independientemente de la información diaria, son objeto de notificación semanal los casos de:

7.14.5.1 Enfermedades prevenibles por vacunación: poliomielitis, parálisis flácida aguda, sarampión, enfermedad febril exantemática, difteria, tos ferina, síndrome coqueluchoide, tétanos, tétanos neonatal, tuberculosis meningea, rubéola y síndrome de rubéola congénita e infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae*.

7.14.5.2 Enfermedades infecciosas y parasitarias del aparato digestivo: cólera, amibiasis intestinal, absceso hepático amibiano, ascariasis, shigelosis, fiebre tifoidea, giardiasis, otras infecciones intestinales debidas a protozoarios, otras

infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas, intoxicación alimentaria bacteriana, paratifoidea y otras salmonelosis.

7.14.5.3 Enfermedades infecciosas del aparato respiratorio: angina estreptocócica, infecciones respiratorias agudas, neumonías y bronconeumonías, otitis media aguda, tuberculosis del aparato respiratorio e influenza.

7.14.5.4 Enfermedades de transmisión sexual: sífilis adquirida, sífilis congénita, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, seropositivos a virus de inmunodeficiencia humana, infección gonocócica del tracto genitourinario, candidiasis urogenital, chancro blando, herpes genital, linfogranuloma venéreo y tricomoniasis urogenital.

7.14.5.5 Enfermedades transmitidas por vectores: dengue clásico, dengue hemorrágico, encefalitis equina venezolana, tifo epidémico, tifo murino, fiebre amarilla, fiebre manchada, peste, paludismo por *Plasmodium falciparum* y por *Plasmodium vivax*.

7.14.5.6 Zoonosis: rabia, brucelosis, leptospirosis humanas, triquinelosis, teniasis (*solium*, *saginata*), cisticercosis, oxiuriasis y otras helmintiasis.

7.14.5.7 Otras enfermedades exantemáticas: varicela, escarlatina y erisipela.

7.14.5.8 Otras enfermedades transmisibles: conjuntivitis hemorrágica epidémica, hepatitis vírica A, hepatitis vírica B, otras hepatitis víricas, meningitis meningocócica, meningoencefalitis amibiana primaria, meningitis, parotiditis epidémica infecciosa, escabiasis y tuberculosis otras formas.

7.14.5.9 Otras enfermedades no transmisibles: fiebre reumática aguda, hipertensión arterial, bocio endémico, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, asma, cirrosis hepática, intoxicación por plaguicidas, intoxicación por ponzoña de animales, intoxicación por picadura de alacrán, anencefalia, cáncer cérvicouterino, intoxicación por picadura de abeja africanizada, efectos indeseables de las vacunas y/o sustancias biológicas y urgencias epidemiológicas.

7.14.5.10 Otras enfermedades de interés local, regional o institucional: oncocercosis, leishmaniosis, tracoma y tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas).

7.14.6 La información extemporánea de cada nivel se remitirá, mediante el procedimiento especificado en el numeral 7.14.1, hasta la representación nacional del Organismo Normativo del SINAVE, en formas adicionales del "Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades", una por cada semana, especificando aquella a la que corresponde. El envío de esta información no excederá de cuatro semanas.

7.14.7 Los padecimientos incluidos en el informe semanal de casos nuevos sujetos a Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica deberá ser objeto de seguimiento hasta su clasificación final de acuerdo a los mecanismos establecidos en dichos subsistemas, realizándose posteriormente la modificación correspondiente.

7.14.8 La información proporcionada en el informe semanal, debe de corresponder a la fecha en que acude el demandante a la atención médica, por los padecimientos o eventos sujetos a vigilancia.

7.14.9 En cada nivel se conservarán los formularios y los medios en que fueron colectados, en forma oportuna y extemporánea, al menos los correspondientes a los dos últimos años anteriores inmediatos.

7.14.10 La notificación semanal a través de las Unidades de Vigilancia hasta su llegada o recepción por el Organismo Normativo del SINAVE, no debe rebasar las dos semanas a partir del último día de la semana sobre la que se informa, para lo cual el llenado y envío de la correspondiente a las unidades de salud, se ajustará a la siguiente programación:

7.14.10.1 El nivel local recibe información durante la semana, la concentra, analiza e interpreta, llena la forma respectiva el día lunes y la envía el martes de la siguiente semana a la que se informa. El envío se hará por la vía más rápida disponible.

7.14.10.2 El nivel intermedio (jurisdiccional) recibe la información el martes o miércoles, la concentra en el programa de cómputo vigente por el organismo normativo que elabora informes, valida, analiza e interpreta, genera el archivo semanal correspondiente del nivel jurisdiccional en medio magnético y lo envía el viernes, por la vía más rápida.

7.14.10.3 El nivel estatal (delegacional) recibe la información el viernes o lunes, la concentra en el programa de cómputo vigente establecido por el organismo normativo, elabora reportes, valida, analiza e interpreta; genera el archivo semanal correspondiente del nivel estatal en medio magnético que incluya la información concentrada del Sistema Estatal de Salud y lo envía a más tardar el día miércoles antes de las 11:00 horas, tiempo del centro, por la vía más rápida.

7.14.10.4 En la representación del organismo normativo del SINAVE se recibirá la información generada en el SNS el día miércoles de acuerdo a lo especificado en el inciso anterior, la concentra en el programa de cómputo vigente establecido por el organismo normativo, elabora reportes, valida, analiza e interpreta; genera el archivo semanal correspondiente al nivel nacional para su difusión el viernes a través del Boletín Semanal Epidemiología.

7.15 Notificación mensual

7.15.1 Son de notificación mensual los padecimientos o eventos establecidos por el organismo normativo y aquellos que se incluyan en los Subsistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica como se establece en el numeral 12 de esta NOM, así como cualquier otro padecimiento que se defina en el futuro por la representación del organismo normativo, por su importancia o impacto epidemiológico.

7.15.2 En cada nivel, la notificación mensual debe realizarse mediante el llenado de la forma correspondiente del sistema específico de cada programa o su equivalente institucional, así como los que se establezcan por el órgano normativo.

7.15.2.1 En el caso de los episodios por infección nosocomial, la notificación mensual de casos de infección nosocomial se genera a partir de los formatos correspondientes o su equivalente en cada una de las instituciones del SNS siempre y cuando se cumpla con la información requerida en el mismo.

7.16 Notificación anual

7.16.1 Anualmente debe realizarse un concentrado de los casos de todos los padecimientos, eventos y circunstancias sujetos a vigilancia, con el propósito de rectificar o ratificar la información proporcionada a través de la notificación inmediata, diaria, semanal y mensual durante el año.

7.16.2 La notificación anual debe analizarse en conjunto entre los Grupos Interinstitucionales de Vigilancia de cada nivel técnico administrativo, y el órgano normativo.

7.16.3 Durante los meses de febrero y marzo del año siguiente al que se informa, se realizarán reuniones con los Grupos Interinstitucionales y representantes de los diversos sectores del SNS, a fin de concentrar, analizar e interpretar la información y determinar la situación final de los padecimientos y eventos sujetos a vigilancia.

7.16.4 Para llevar a cabo las actividades mencionadas en el numeral anterior, las instituciones y sectores que conforman el SNS proporcionarán los informes concentrados de notificación semanal y mensual de todo el año. Estos incluirán la información extemporánea correspondiente a cada periodo.

7.17 Análisis

7.17.1 La información recibida en los diferentes niveles debe ser analizada conforme a sus necesidades y posibilidades, sin embargo, el análisis mínimo para cualquier nivel son los indicadores básicos, que consisten en:

7.17.1.1 Frecuencias,

7.17.1.2 Tendencias,

7.17.1.3 Medidas de asociación,

7.17.1.4 Tablas de vida, e

7.17.1.5 Indicadores de evaluación.

7.17.2 La información epidemiológica debe integrarse en un diagnóstico situacional, en cada uno de los niveles técnico-administrativos y será actualizada en forma permanente, para su uso en la planeación y evaluación de los Servicios de Salud.

7.18 Difusión

7.18.1 La información epidemiológica debe difundirse semanalmente por los servicios estatales de salud, por los Grupos Institucionales de Vigilancia, a través de publicaciones periódicas o extraordinarias, como el Boletín Diario Epidemiología, el Boletín Semanal Epidemiología, anuarios estadísticos, monografías, informes y/o publicaciones especiales.

8. Estudio de caso

8.1 Son objeto de Estudio Epidemiológico de Caso los casos o defunciones por poliomielitis, sarampión, difteria, tos ferina, síndrome coqueluchoide, tétanos, tétanos neonatal, rubéola, rubéola congénita, infección invasiva por *Haemophilus influenzae*, cólera, fiebre tifoidea, intoxicación alimentaria bacteriana, influenza, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, seropositivos a VIH, dengue hemorrágico, encefalitis equina venezolana, fiebre manchada, leishmaniosis, oncocercosis, tifo endémico, tifo epidémico, tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, brucelosis, cisticercosis, rabia humana, hepatitis virales, lepra, meningitis, meningoencefalitis amibiana primaria, tuberculosis en todas sus formas, fiebre reumática aguda, eventos adversos a las vacunas o sustancias biológicas, parálisis flácida aguda, enfermedad febril exantemática, conjuntivitis hemorrágica epidémica, paludismo por *P. falciparum*, fiebre amarilla, peste, fiebre recurrente, meningitis meningocócica, sífilis congénita, e intoxicación por picadura de abeja africanizada.

8.2 El estudio de caso implica la investigación del entorno clínico-epidemiológico, con apoyo de laboratorio cuando sea necesario, así como el llenado del formato Estudio Epidemiológico de Caso o los formularios correspondientes diseñados por el órgano normativo.

8.3 El estudio epidemiológico lo debe realizar el médico que atiende el caso, o si existe epidemiólogo en la unidad donde se detecta el caso, éste deberá realizarlo. En situaciones especiales se solicitará apoyo al epidemiólogo de la jurisdicción de la SSA correspondiente.

9. Estudio de brote

9.1 Es la investigación de los factores epidemiológicos de dos o más casos asociados en un área geográfica delimitada. El nivel técnico-administrativo superior de la unidad notificante dentro de su institución, debe verificar el cumplimiento de la realización y seguimiento del estudio de brote.

9.1.1 En el caso de padecimientos que el órgano normativo considere de emergencia (caso de poliomielitis, rabia, sarampión, etc.) se requiere estudio.

9.1.2 En presencia de un padecimiento nuevo o desconocido en zonas donde no exista antecedente de dicho padecimiento, se debe realizar la notificación en las primeras 24 horas y se manejará como brote.

9.2 El estudio de Brotes debe incluir la investigación epidemiológica individual de casos y el llenado del formato de notificación de brote desde el seguimiento hasta la resolución del mismo.

9.2.1 El estudio debe iniciarse en las primeras 24 horas posteriores a su conocimiento.

9.2.2 La unidad médica que detecte el brote, debe realizar la notificación por el medio más expedito y de manera inmediata al nivel inmediato superior, actividad sucesiva hasta el nivel nacional y se debe acompañar de los formatos correspondientes debidamente llenados, considerando lo referido en el numeral 7.12.1. El estudio, notificación y seguimiento de brotes se realizará de acuerdo a las especificaciones y necesidades de cada padecimiento, así como de los manuales de procedimientos correspondientes.

9.2.3 Para estos casos el flujo de información debe ser el referido en el apartado 7 de esta NOM.

9.2.4 La clasificación final del brote debe contar con el estudio de laboratorio específico cuando así lo requiera, de acuerdo a los manuales correspondientes.

9.2.5 En los casos de subsistemas especiales, la notificación se realizará conforme a la normatividad establecida.

9.2.6 El nivel técnico administrativo superior de la unidad notificante, debe verificar el cumplimiento de la realización y seguimiento del estudio de brote.

10. El laboratorio en la vigilancia epidemiológica

10.1 Los laboratorios del SINAVE se rigen de acuerdo con la siguiente definición, estructura, funciones, procedimientos y criterios de calidad.

10.2 Definición

10.2.1 Los laboratorios del SINAVE son instancias de salud pública que se encuentran integrados en la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP).

10.2.2 La RNLSP depende de la SSA, las demás instituciones del Sector Salud se deben apoyar en la misma de acuerdo a sus necesidades y a los requerimientos técnico-administrativos que establece el órgano normativo de la RNLSP.

10.2.3 Los laboratorios clínicos, de investigación y de referencia, públicos y privados de todo el país que realizan exámenes en muestras humanas, de animales y ambientales relacionadas con enfermedades infecciosas y no infecciosas sujetas a vigilancia epidemiológica, se consideran como laboratorios de apoyo al SINAVE.

10.3 Estructura de la RNLSP

10.3.1 La RNLSP está estructurada en tres niveles: nacional, estatal y local:

10.3.1.1 El nivel nacional está representado por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE) y el Laboratorio Nacional de Salud Pública (LNSP).

10.3.1.2 El nivel estatal está constituido por los Laboratorios Estatales o Regionales de Salud Pública (LESP), los cuales deben ser uno por cada entidad federativa y estar ubicados en la ciudad que elija el gobierno de cada entidad federativa.

10.3.1.3 El nivel local está integrado por los laboratorios ubicados en centros de salud, en hospitales y en cabeceras jurisdiccionales. En cada estado puede haber tantos laboratorios locales como sean necesarios para resolver las necesidades de diagnóstico en apoyo a la vigilancia epidemiológica y a las actividades de salud pública.

10.3.1.3.1 Los laboratorios de nivel local son los elementos básicos de la RNLSP, apoyan el diagnóstico de enfermedades de importancia epidemiológica y se integran en redes específicas de diagnóstico, como por ejemplo VIH para donadores de sangre, paludismo, enterobacterias, tuberculosis y citología cervical.

10.3.2 La coordinación de la RNLSP debe ser en todos los niveles: el INDRE y el LNSP interaccionan con los LESP, éstos a su vez, son los enlaces funcionales entre los laboratorios del nivel local y los de nivel nacional. Los laboratorios de apoyo al SINAVE se deben coordinar con los de la RNLSP en el nivel correspondiente.

10.4 Funciones de la RNLSP

10.4.1 El INDRE y el LNSP son los órganos normativos de la RNLSP y tiene las siguientes funciones:

10.4.1.1 Llevar a cabo actividades de diagnóstico y análisis sanitarios en apoyo a la vigilancia epidemiológica en muestras de seres humanos, de animales, del ambiente, de alimentos, de bebidas y de medicamentos que no pueden ser efectuadas en los niveles estatal y local.

10.4.1.2 Participar en el desarrollo, estandarización, adaptación y validación de métodos y procedimientos de laboratorio para pruebas mínimas, generales y especializadas.

10.4.1.3 Realizar los procesos de referencia nacional y de control de calidad de los LESP.

10.4.1.4 Vigilar, en el ámbito, de su competencia el cumplimiento de esta Norma.

10.4.1.5 Promover la utilización adecuada de las pruebas de diagnóstico y la interpretación de los resultados obtenidos en apoyo a las actividades de vigilancia epidemiológica y la aplicación de las medidas de prevención y control correspondientes.

10.4.1.6 Desarrollar, promover y apoyar acciones de control de calidad, capacitación e investigación para el mejoramiento integral de la RNLSP.

10.4.1.7 Establecer mecanismos de colaboración y apoyo técnico con otras instituciones y organizaciones nacionales, extranjeras e internacionales que permitan el desarrollo y fortalecimiento de la RNLSP.

10.4.1.8 Establecer y operar mecanismos de supervisión y control de las actividades técnicas de la RNLSP en todos los niveles.

10.4.1.9. Orientar a los LESP en la elección y compra de reactivos y de patrones de referencia.

10.4.1.10 Elaborar y mantener actualizados los manuales de procedimientos de técnicas de laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica y los de aseguramiento de calidad.

10.4.1.11 Coordinar el flujo de información de la RNLSP y notificar al órgano normativo de vigilancia epidemiológica correspondiente los casos sospechosos, probables o confirmados de los padecimientos y eventos señalados en esta Norma.

10.4.2 En el nivel estatal, son funciones de los LESP:

10.4.2.1 Participar en las actividades de vigilancia epidemiológica mediante la realización de las pruebas de diagnóstico mínimas y generales.

10.4.2.2 Referir muestras al INDRE y al LNSP para la realización de pruebas generales, especializadas y de referencia, así como para control de calidad.

10.4.2.3 Promover la utilización adecuada de las pruebas de diagnóstico y la interpretación de los resultados obtenidos en apoyo a las actividades de vigilancia epidemiológica y la aplicación de las medidas de prevención y control correspondientes en el ámbito estatal.

10.4.2.4 Desarrollar, promover y apoyar acciones de control de calidad, capacitación e investigación para el mejoramiento integral de la RNLSP en el ámbito estatal.

10.4.2.5 Vigilar y supervisar en el ámbito de su competencia, el cumplimiento de esta Norma y garantizar el cumplimiento de los procedimientos descritos en los manuales de laboratorio de la RNLSP.

10.4.2.6 Participar en la elaboración y actualización de los manuales técnicos referentes a diagnóstico y temas especializados (bioseguridad, manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos, etc.) para uso en el ámbito estatal y local.

10.4.2.7 Elaborar y llevar a cabo los programas operativos y de control de calidad en los laboratorios locales.

10.4.2.8 Notificar al órgano normativo estatal correspondiente los casos sospechosos, probables o confirmados de los padecimientos y eventos señalados en esta Norma.

10.4.3 En el nivel local son funciones de los laboratorios:

10.4.3.1 Realizar las pruebas mínimas para diagnóstico en muestras de humanos, de animales y ambientales que requieren únicamente equipo básico de laboratorio.

10.4.3.2 Referir muestras al LESP de su entidad para control de calidad y para la realización de las pruebas generales y especializadas o de referencia que no realicen.

10.4.3.3 Notificar al órgano normativo jurisdiccional correspondiente los casos sospechosos, probables o confirmados de los padecimientos y eventos señalados en esta Norma.

10.5 Procedimientos de manejo y análisis de muestras:

10.5.1 Los procedimientos de laboratorio se llevan a cabo de acuerdo a lo descrito en los manuales respectivos elaborados y actualizados por el INDRE y por el LNSP.

10.5.2 La clasificación de las pruebas que se realizan en apoyo a la vigilancia epidemiológica las define el INDRE y el LNSP según su nivel de complejidad en pruebas mínimas, generales y especializadas o de referencia.

10.5.3 La toma, manejo y envío de las muestras se debe realizar de acuerdo a los manuales de procedimientos establecidos por el INDRE y el LNSP.

10.5.4 El envío de cada muestra, junto con el formato correspondiente, debe ser directamente del responsable de la toma al laboratorio que la va a procesar, debe mandar copia del formato al responsable de la unidad de vigilancia epidemiológica, y debe notificar al nivel inmediato superior de acuerdo a los procedimientos especificados en esta Norma.

10.5.5 La toma, el manejo y el envío de muestras de los casos de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica deben cumplir los requisitos mínimos de definición operacional de cada padecimiento y las condiciones de calidad (temperatura, esterilidad, cantidad, etc.) descritas en el manual de procedimientos.

10.5.6 Las muestras que no cumplan con estos requisitos técnicos y administrativos correspondientes se almacenarán durante siete días y se dará aviso a las instancias correspondientes, si después de este lapso no se solucionan las deficiencias, las muestras serán desechadas, dando aviso por escrito a las instancias pertinentes.

10.5.7. Los procedimientos empleados para realizar las pruebas de diagnóstico y los análisis sanitarios deben seguir lo descrito en los manuales respectivos.

10.6 Procedimientos de información de resultados:

10.6.1 El correcto y oportuno intercambio de información es la base de la interacción interna de la RNLSP y de la que debe tener con sus respectivos niveles técnico-administrativos.

10.6.2 Los resultados de laboratorio del INDRE y del LNSP se envían directamente al LESP de la entidad federativa de la que proviene la muestra, la que a su vez es el responsable de hacer llegar el resultado al destinatario final y a la jurisdicción correspondiente. Este mismo procedimiento es aplicable a los resultados que genera cada LESP.

10.6.3 Los resultados producidos a nivel nacional o estatal deben ser notificados por este nivel a su homónimo de las otras instituciones del sector salud.

10.6.4 En el nivel central la notificación de resultados de laboratorio la realiza el INDRE por vía electrónica a la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, a la Dirección General Adjunta de Epidemiología y a la máxima autoridad de salud de cada entidad con la frecuencia establecida para cada padecimiento.

10.7 Criterios de calidad

10.7.1 Todos los laboratorios que conforman la RNLSP deben contar con un sistema y un programa de aseguramiento de la calidad en lo que respecta a los procedimientos técnicos, a las instalaciones y equipos y a la bioseguridad en el laboratorio.

10.7.2 La competencia técnica de los laboratorios debe ser demostrada y aprobada acorde a su desarrollo tecnológico y a las pruebas de diagnóstico establecidas en los manuales de procedimientos del INDRE y del LNSP.

10.7.3 Los laboratorios deben mantener actualizada la información relativa a los requisitos de calificación, formación y experiencia de su personal técnico.

10.7.4 Los laboratorios deben manejar y eliminar adecuadamente los residuos peligrosos biológico-infecciosos y aguas residuales acorde a las normas vigentes.

10.7.5 Los laboratorios deben contar con un programa anual de mantenimiento, calibración y verificación de equipos e instrumentos.

11. Subsistema de vigilancia de mortalidad

11.1 Para efectos de esta NOM, los formularios básicos para la vigilancia de la mortalidad son el certificado de defunción, el certificado de muerte fetal o, en ausencia de éstos, el acta de defunción del registro civil correspondiente.

11.2 El certificado de defunción debe llenarse cuando se trate de una persona o de un producto de la concepción que nació vivo y muere en cualquier momento posterior al nacimiento.

11.3 El certificado de muerte fetal debe llenarse en el caso de que el producto de la concepción nazca sin vida según la definición estadística de la OMS.

11.4 Se considera nacido vivo a todo producto de la concepción que después de su extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, presenta algún signo de vida, como palpitación del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento de cualquier músculo de acción voluntaria, esté o no unido al cordón umbilical y se encuentre o no adherido a la placenta.

11.5 Se entiende por muerte fetal, todo caso en el que el producto de la concepción, antes de su extracción o expulsión completa del cuerpo de la madre, no presenta signo alguno de vida, según lo señalado en el numeral anterior.

11.6 En toda localidad donde exista al menos un médico, éste debe certificar la muerte, aunque no haya atendido al fallecido. Si no hay médico, el certificado lo llenará el personal autorizado por la autoridad sanitaria correspondiente.

11.7 Si por alguna circunstancia, no se dispone del certificado de defunción o del certificado de muerte fetal, la información se obtendrá del acta de defunción correspondiente.

11.8 El responsable de la unidad de vigilancia del órgano normativo en los distintos niveles técnico-administrativo, deberá recabar los originales de los certificados de defunción y muerte fetal en las oficinas del registro civil correspondientes, en forma semanal, para su análisis y posterior envío al nivel inmediato superior, de acuerdo con los niveles técnicos-administrativos del SNS, y hacerlos llegar a la representación estatal del Órgano Normativo.

11.9 El responsable de la unidad de vigilancia epidemiológica debe realizar la vigilancia correspondiente a la mortalidad, comprobando en primer término, la presencia de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica para efectuar su notificación, estudio y seguimiento, según lo establecido en esta NOM, así como su ratificación o rectificación inmediata.

11.10 La unidad debe efectuar el análisis global de la información y determinar causas de defunción mal definidas, llevar a cabo las correcciones y aclaraciones pertinentes.

11.11 La ratificación o rectificación, de defunciones por padecimientos sujetos a vigilancia y causas mal definidas, debe comunicarse por escrito al INEGI de acuerdo a su estructura de organización y a la representación del órgano normativo del SINAVE, dentro de un plazo no mayor de quince días hábiles después de la fecha de defunción.

11.12 El órgano normativo a nivel estatal, con base en las especificaciones de la última revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, se efectuará el proceso de codificación de la causa de defunción, de acuerdo con la causa básica o lista detallada, para su posterior procesamiento estadístico en el Sistema Integral de Mortalidad, misma que se conservará en una base de datos, para el análisis y difusión de resultados. Si la representación estatal del Órgano Normativo lo considera adecuado, la codificación será realizada en el nivel jurisdiccional del SINAVE.

11.13 La representación estatal debe enviar mensualmente las bases de datos, tanto al órgano normativo del SINAVE como a los diversos grupos de la estructura técnico-administrativa que la soliciten.

11.14 La información sobre mortalidad relativa a programas especiales, se efectuará de acuerdo con los lineamientos dictados por la representación del órgano normativo del SINAVE.

11.15 El llenado del certificado de defunción y muerte fetal, se realizará con base en los lineamientos establecidos en las normas, el manual y formatos vigentes.

11.16 Los procedimientos específicos para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad serán los establecidos en el manual de procedimientos, que será modificado, editado y difundido por la representación del órgano normativo del SINAVE.

11.17 El uso y confidencialidad de la información de mortalidad será de acuerdo al numeral 7.5 de esta NOM.

11.18 El INEGI es la instancia normativa oficial para la publicación de cifras oficiales de la mortalidad.

12. Subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica

12.1 Los Subsistemas Especiales son parte del SINAVE y su organización y estructura debe operar de acuerdo a lo definido en el apartado 5 de esta NOM.

12.2 Las acciones generales de vigilancia epidemiológica se complementan a través de la operación de subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica en aquellos padecimientos y riesgos potenciales a la salud, que por su importancia y trascendencia, requieren de información adicional y la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control.

12.3 Para los efectos de esta NOM, se entiende por Subsistema Especial de Vigilancia Epidemiológica al conjunto de funciones, estructuras, procedimientos y criterios para llevar a cabo el registro, concentración, procesamiento, análisis y seguimiento de casos, brotes y situaciones especiales para su difusión oportuna a los distintos niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud.

12.4 El objetivo de los subsistemas especiales consiste en establecer criterios uniformes para la obtención de información epidemiológica complementaria, oportuna y confiable que se requiere para la caracterización integral, clasificación clínico-epidemiológica, seguimiento, prevención y control, eliminación y/o erradicación de los eventos señalados en el apartado 7 y numeral 12.6 de esta NOM; a partir de las acciones generadas en los servicios de salud a nivel local, intermedio, estatal y nacional en todas las instituciones de salud del SNS.

12.5 El establecimiento y operación de los subsistemas especiales se debe llevar a cabo de acuerdo a lo señalado en los numerales 4.4 y 4.5 de esta NOM y deben contar con la aprobación y validación del CONAVE.

12.6 Son objeto de aplicación de subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica los padecimientos y situaciones especiales que se señalan a continuación:

12.6.1 Enfermedades prevenibles por vacunación;

12.6.1.1 Parálisis flácida aguda y poliomielitis;

12.6.1.2 Enfermedad febril exantemática y sarampión;

12.6.1.3 Rubéola y síndrome de rubéola congénita;

12.6.1.4 Tétanos (neonatal y no neonatal);

12.6.1.5 Síndrome coqueluchoide y tos ferina;

12.6.1.6 Infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae*;

12.6.1.7 Difteria;

12.6.1.8 Tuberculosis meníngea; y

12.6.1.9 Eventos adversos eventualmente asociados a la vacunación y sustancias biológicas.

12.6.2 Enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis:

12.6.2.1 Paludismo (*P. vivax* y *P. falciparum*);

12.6.2.2 Dengue y dengue hemorrágico;

12.6.2.3 Leptospirosis; y

12.6.2.4 Rabia humana.

12.6.3 Enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA:

- 12.6.3.1 Síndrome de inmunodeficiencia humana;
 - 12.6.3.2 Infección por virus de la inmunodeficiencia humana; y
 - 12.6.3.3 Sífilis congénita.
 - 12.6.4 Micobacteriosis:
 - 12.6.4.1 Tuberculosis (pulmonar y otras formas); y
 - 12.6.4.2 Lepra.
 - 12.6.5 Cólera
 - 12.6.6 Infección respiratoria y enfermedad diarreica:
 - 12.6.6.1 Mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de 5 años; y
 - 12.6.6.2 Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años.
 - 12.6.7 Otras enfermedades transmisibles:
 - 12.6.7.1 Meningoencefalitis amibiana primaria;
 - 12.6.7.2 Influenza; y
 - 12.6.7.3 Otras enfermedades transmisibles que por sus características epidemiológicas considere incluir el Organismo Normativo.
 - 12.6.1.8 Enfermedades No transmisibles:
 - 12.6.8.1 Neoplasias malignas;
 - 12.6.8.2 Cáncer cérvico-uterino;
 - 12.6.8.3 Diabetes mellitus tipo II;
 - 12.6.8.4 Hipertensión arterial;
 - 12.6.8.5 Defectos al nacimiento;
 - 12.6.8.5.1 Defectos del tubo neural;
 - 12.6.8.7 Salud bucal; y
 - 12.6.8.8 Adicciones.
 - 12.6.9 Enfermedades y situaciones de importancia hospitalaria:
 - 12.6.9.1 Infecciones nosocomiales;
 - 12.6.9.2 Fibrosis quística;
 - 12.6.9.3 Ecología microbiana; y
 - 12.6.9.4 Farmacovigilancia.
 - 12.6.10 Lesiones por causa externa
 - 12.6.11 Intoxicaciones
 - 12.6.11.1 Por picadura de alacrán;
 - 12.6.11.2 Por picadura de abeja africanizada; y
 - 12.6.11.3 Por plaguicidas.
 - 12.6.12 Enfermedades y situaciones de importancia epidemiológica comunitaria a través de métodos no convencionales:
 - 12.6.12.1 Enfermedades de notificación obligatoria en localidades sin servicios formales de salud (vigilancia epidemiológica simplificada);
 - 12.6.12.2 Problemas de salud asociados al embarazo, parto y puerperio con participación de parteras tradicionales en localidades sin servicios formales de salud; y
 - 12.6.12.3 Riesgos nutricionales en grupos vulnerables.
 - 12.6.13. Otras enfermedades y situaciones especiales que por sus características epidemiológicas considere incluir en el organismo normativo del SINAVE.
- 12.7 La operación de los subsistemas especiales se sustenta en el cumplimiento de los lineamientos descritos en los manuales de vigilancia específicos que deberán contar con los elementos técnicos y metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los niveles e instituciones del SINAVE.
- 12.8 Los manuales de procedimientos para la vigilancia epidemiológica de los padecimientos y eventos señalados en el numeral 12.6 se validarán y actualizarán a través del CONAVE y de acuerdo a las necesidades de cada padecimiento.
- 12.9 Los manuales de procedimientos de los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica, deben contar al menos con los siguientes componentes: a) introducción, b) antecedentes, c) justificación, d) marco legal, e) definiciones operacionales, f) metodología y procedimientos de vigilancia y acciones operativas, g) procedimientos de laboratorio, h) capacitación y adiestramiento, i) control y, j) anexos (formularios, instructivos y referencias).
- 12.10 Los componentes de los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica comprenden:
- 12.10.1 Información;
 - 12.10.2 Laboratorio;
 - 12.10.3 Capacitación y adiestramiento;

12.10.4 Investigación; y**12.10.5 Evaluación y seguimiento.****12.10.1 Componente de información.**

12.10.1.1 El componente de información inicia con la detección del caso (sospechoso o probable) seguido del estudio epidemiológico, hasta su clasificación final (confirmado, compatible o descartado) e incluye el seguimiento de acuerdo a los lineamientos de los manuales de procedimientos correspondientes.

12.10.1.2 La recolección, flujo y periodicidad de la información de los subsistemas especiales se regirá de acuerdo a lo descrito en los capítulos 7, 10 y 11 de esta NOM y de acuerdo a los lineamientos de los manuales de procedimientos específicos.

12.10.1.3 Los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica se sustentan en metodologías y procedimientos que deben tener como principal estrategia la vigilancia activa, de no ser posible se aplicarán otras metodologías que se ajusten a las necesidades y características de cada padecimiento o evento de interés epidemiológico.

12.10.1.4 La vigilancia epidemiológica activa comprende todos aquellos procedimientos que implican la búsqueda intencionada de casos, eventos y factores de riesgo condicionantes, en las unidades de salud y otras fuentes de información epidemiológica, que incluyen la revisión periódica de defunciones, registros de laboratorio y fuentes alternativas.

12.10.1.5 De acuerdo a las necesidades de información, los métodos y procedimientos para las actividades señaladas, se incluyen en los siguientes apartados:

12.10.1.5.1 Red Negativa de Notificación Diaria, incluye: cólera y situaciones de emergencia epidemiológica.

12.10.1.5.2 Red de Notificación Negativa Semanal, incluye: enfermedades prevenibles por vacunación, dengue hemorrágico, VIH/SIDA, rabia.

12.10.1.5.3 Registro Nominales, incluye: enfermedades prevenibles por vacunación, dengue hemorrágico, VIH/SIDA, rabia, tuberculosis, cólera, sífilis congénita, defectos del tubo neural, infecciones nosocomiales, intoxicación por plaguicidas, neoplasias malignas y cáncer cérvico uterino, oncocercosis, paludismo por *P. falciparum*, meningoencefalitis amibiana primaria, lepra, fibrosis quística y otras que se consideren de importancia para su registro nominal y seguimiento.

12.10.1.5.4 Búsqueda activa de casos de padecimientos especiales, que incluye: enfermedades prevenibles por vacunación, dengue hemorrágico, rabia.

12.10.1.5.5 Encuestas centinelas en VIH/SIDA.

12.10.1.5.6 Encuestas rápidas en oncocercosis y lepra.

12.10.1.5.7 Autopsias verbales en muertes por Infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas en menores de cinco años, casos y defunciones por tétanos neonatal.

12.10.1.5.8 Vigilancia activa en unidades centinela en: virus de la influenza, infecciones invasivas por *H. influenzae*, fibrosis quística y adicciones.

12.10.1.5.9 Vigilancia activa en sitios centinela con problemas de salud bucal y desnutrición en menores de cinco años y grupos de riesgo.

12.10.1.5.10 Notificación comunitaria en padecimientos de notificación obligatoria en comunidades sin servicios formales de salud, riesgos nutricionales para grupos vulnerables y riesgos para la salud durante el embarazo, parto y puerperio de localidades sin servicios formales de salud.

12.10.1.5.10 Grupos de Expertos en padecimientos en proceso de erradicación o eliminación.

12.10.1.6 Los registros nominales son un elemento de información epidemiológica y están constituidos por los casos nuevos de enfermedades. Se elaboran a partir de la información generada en las unidades aplicativas, y se transmite al nivel inmediato superior de conformidad con los niveles técnico-administrativos del SNS.

12.10.1.7 La información de los casos se registra y notifica utilizando los formularios específicos para cada una de las enfermedades motivo de vigilancia epidemiológica especial.

12.10.1.7.1 La notificación de los casos y contactos de VIH/SIDA se debe entregar en sobre cerrado, con sello de "confidencial", y dirigido al titular o responsable de la Unidad de Vigilancia, quien debe manejar la información en forma confidencial y bajo su más estricta responsabilidad, por lo que no se comunicará a ninguna otra persona o autoridad más que a las directamente responsables de la vigilancia, de acuerdo con los lineamientos establecidos en la NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

12.10.1.7.2 El estudio, seguimiento y control de casos y contactos de pacientes (ej.: infección por VIH y SIDA), deben hacerse de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normatividad vigente.

12.10.1.8 La aplicación del componente de información de los subsistemas especiales no sustituye los procedimientos establecidos en el subsistema de información del apartado 7 de esta NOM.

12.10.2. Componente de laboratorio.

12.10.2.1 Para efectos de esta NOM, el componente de laboratorio es un elemento indispensable para garantizar el adecuado funcionamiento de los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica y comprende:

12.10.2.2 Estructura y recursos de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública para apoyo a los subsistemas especiales.

12.10.2.3 Funciones y procedimientos de laboratorio, para la toma, manejo, envío de muestra e información de resultados.

12.10.2.4 Criterios de calidad.

12.10.2.5 Los procedimientos de laboratorio que se incluyen en los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica, deben ajustarse a lo estipulado en el apartado 10 de esta NOM.

12.10.3 Componente de capacitación y adiestramiento.

12.10.3.1 Las acciones de capacitación y adiestramiento se deben llevar a cabo conforme al Subsistema de Asesoría y capacitación de esta NOM.

12.10.4 Componente de investigación

12.10.4.1 El CONAVE debe apoyar y promover el desarrollo de la investigación de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica especial.

12.10.4.2 Los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica requieren investigación básica, clínica, epidemiológica y operativa para su desarrollo y funcionamiento.

12.10.4.3 Los resultados de las investigaciones deben ser difundidos por el CONAVE y los CEVE's en apoyo a la vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones.

12.10.4.4 Las investigaciones para el fortalecimiento de los subsistemas especiales de vigilancia epidemiológica, se efectuarán con base en los principios científicos y éticos y de acuerdo a lo estipulado en la Ley General de Salud.

12.10.5 Componente de evaluación y seguimiento.

12.10.5.1 Las acciones de control comprenden la supervisión y evaluación permanentes de cada subsistema, a través de la verificación y seguimiento de las actividades normadas, así como la aplicación y evaluación periódica de indicadores específicos, con participación de las unidades de vigilancia epidemiológica en cada nivel técnico-administrativo del SNS, como se establece en el apartado 15 de esta NOM.

13. Subsistema de vigilancia de situaciones emergentes

13.1 Ante la presencia de padecimientos o eventos y desastres de nueva aparición o reaparición en un área geográfica y desastres, se debe llevar a cabo la implantación de programas de vigilancia extraordinarios o especiales, dependiendo de su magnitud y trascendencia, con estrategias encaminadas al control y prevención de la ocurrencia de estas situaciones.

13.2 Los padecimientos o eventos objeto de vigilancia de situaciones emergentes son todos los que se incluyen en los apartados 7 y 12 de esta NOM, además de cualquier otro padecimiento o evento, no contemplado en la NOM y que ponga en riesgo la salud de la población.

13.3 Las acciones a realizar ante la presencia de situaciones emergentes, deben estar encaminadas al conocimiento epidemiológico, descripción en tiempo, espacio y población de los padecimientos o eventos y a la aplicación de medidas para la prevención y control de los mismos, de acuerdo con los programas establecidos.

13.4 Al igual que los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica, los sistemas de vigilancia de situaciones emergentes tienen gran importancia, sin embargo, en este caso la aplicación de sistemas emergentes depende del comportamiento epidemiológico del padecimiento o evento, además de cumplir con los lineamientos establecidos en esta NOM, en sus apartados 7, 10, 11 y 12 ya que se trata de situaciones de nueva aparición o reaparición.

13.5 Los lineamientos y procedimientos para llevar a cabo la vigilancia de situaciones emergentes, deben ser determinados por los grupos institucionales e interinstitucionales y ser avalados por el CONAVE y el órgano normativo.

14. Subsistema de asesoría y capacitación

14.1 Las unidades de vigilancia epidemiológica, los grupos institucionales e interinstitucionales de vigilancia en los niveles técnico-administrativos del SNS, deben contar con programas actualizados de capacitación y ser los encargados de proporcionar asesoría y capacitación en materia de vigilancia de acuerdo a las necesidades de cada institución.

14.2 La representación nacional del Organismo Normativo del SINAVE y otras instituciones, deben garantizar el desarrollo permanente de capacitación y adiestramiento.

14.3 Es responsabilidad de las unidades de vigilancia epidemiológica y del órgano normativo, establecer los mecanismos de coordinación o colaborar para garantizar la participación de las instituciones de enseñanza en la capacitación y actualización permanente del personal de salud, de acuerdo con las necesidades de los distintos niveles técnico-administrativos del SNS.

15. Subsistema de supervisión y evaluación

15.1 El órgano normativo del SINAVE y los grupos interinstitucionales deben designar al personal capacitado para fungir como autoridad competente en la realización de actividades de supervisión y evaluación en materia de vigilancia, de acuerdo con lo dispuesto por la Ley General de Salud.

15.2 Las autoridades competentes de las unidades de vigilancia y grupos institucionales deben realizar visitas de supervisión para comprobar el cumplimiento de esta NOM a la institución bajo su responsabilidad y se llevarán a cabo por personal autorizado previa identificación vigente y el oficio de comisión respectivo para el cumplimiento del objetivo.

15.3 El objetivo de la supervisión es vigilar el cumplimiento de esta NOM, capacitar y proponer alternativas de solución y retroalimentar al personal.

15.4 Las unidades de salud en cualquiera de los niveles técnico-administrativos del SNS y las personas físicas o morales, tienen la obligación, tanto de permitir el acceso y proporcionar las facilidades necesarias, como de presentar a las autoridades competentes los documentos, informes y datos que se les requieran, además de las muestras de productos que se les soliciten, cuando sea necesario para fines de la presente NOM y demás disposiciones derivadas de ella, previa coordinación interinstitucional.

15.5 La autoridad que realizó la supervisión debe elaborar y entregar un informe para dar por enterado al responsable de la unidad supervisada sobre los resultados de la misma y éste será el encargado de dar seguimiento a las desviaciones.

15.6 La evaluación del SINAVE debe llevarse a cabo mediante el estudio de su estructura, proceso y resultado de actividades, siendo aquella, cualitativa y cuantitativa, con objeto de detectar desviaciones y proponer alternativas para aplicar medidas preventivas y correctivas. Lo anterior debe realizarse en cada una de las instituciones del SNS de conformidad con lo establecido por la presente NOM.

15.7 La periodicidad de los eventos de evaluación debe ser fijada por cada institución integrante del SINAVE, independientemente de que el órgano normativo aplique indicadores de evaluación con la periodicidad que considere adecuada, para valorar el funcionamiento del SINAVE.

15.8 El representante de la unidad conocerá el resultado de la evaluación a través del informe correspondiente, e informará y propondrá en su caso las medidas correctivas a las desviaciones detectadas.

15.9 La verificación está sujeta a los procedimientos que establece la Ley General de Salud y la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

16. Bibliografía

16.1 Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. (Décima edición, 1992).

16.2 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Cólera en México (junio, 1992).

16.3 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones por Abeja Africana (marzo, 1993).

16.4 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (enero, 1992).

16.5 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Influenza (noviembre, 1991).

16.6 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica Internacional, (noviembre, 1991).

16.7 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Hepatitis Virales (junio, 1992).

16.8 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Paludismo (junio, 1992).

16.9 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Poliomielitis (junio, 1992).

16.10 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Tétanos Neonatal (junio, 1993).

16.11 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Difteria y Tos ferina (agosto de 1994).

16.12 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis (julio, 1992).

16.13 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Sarampión, (junio, 1993).

16.14 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Meningitis por Amiba de Vida Libre (mayo, 1993).

16.15 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica del Dengue (en proceso de publicación).

16.16 Secretaría de Salud, México. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Efectos a la Salud por Contaminación del Aire (junio, 1993).

16.17 Secretaría de Salud, México. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas (enero, 1993).

16.18 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA (mayo-junio 1998).

16.19 Secretaría de Salud, México. Manual de Organización y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (1994, en proceso de publicación).

16.20 Secretaría de Salud, México. Manual de Organización y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del Registro del Cáncer Cérvico Uterino (1994, en proceso de publicación).

16.21 Secretaría de Salud, México. Manual de Vigilancia Epidemiológica de las Lesiones por Causa Externa y Violencias (1994, en proceso de publicación).

16.22 Secretaría de Salud, México. Manual de Vigilancia Epidemiológica de Defectos del Tubo Neural (1994, en proceso de publicación).

16.23 Secretaría de Salud, México. Manual de Vigilancia Epidemiológica Simplificada (1994, en proceso de publicación).

16.24 Sistema Nacional de Salud, Norma técnica número 23 para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles, México, SSA, 1986.

16.25 Sistema Nacional de Salud, Norma Técnica número 24, para Estudios Epidemiológicos de Campo, México, SSA, 1986.

16.26 Sistema Nacional de Salud, Norma Técnica número 25, para la Información Epidemiológica, México, SSA, 1986.

16.27 Sistema Nacional de Salud, Norma técnica número 26, para la Organización, Operación y Evaluación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, México, SSA, 1986.

16.28 Benenson. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Informe oficial de la Asociación Americana de la Salud Pública. Publicación. Científica 538, OPS/OMS 15a. ed., Washington, D.C., 1992.

16.29 A.M. Lilienfeld. Fundamentos de Epidemiología, ed. Sistemas Técnicos de Edición, México, D.F., 1989.

16.30 J. Sepúlveda, López-Cervantes, et al., Key issues in Public Health Surveillance for the 1990's, International Symposium on Public Health Surveillance, Atlanta, USA, April, 1992.

16.31 Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional, 3a. ed. Ginebra, 1983.

16.32 R.F. Frerichs, Epidemiologic Surveillance in developing countries, Annual Rev. Public Health, 12, 1991, pp,157-180.

16.33 Secretaría de Salud. La Certificación Médica de las Causas de Defunción (unidad programada de autoenseñanza), CEMECE 1989.

16.34 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Guía para el Establecimiento de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (VETA) y la Investigación de Brotes de Toxi-infecciones Alimentarias, 1993.

16.35 Centers for Diseases Control. Principles of Epidemiology Investigation of Disease Outbreaks, 1989.

16.36 Secretaría de Salud, Manual de Diagnóstico de la Red de Laboratorios de Enfermedades Febriles Exantemáticas, Publicación Técnica del INDRE número 21, 1993.

16.37 Secretaría de Salud, Manual de Técnicas y Procedimientos de Laboratorio en Tuberculosis, Publicación Técnica del INDRE número 20, 1992.

16.38 Secretaría de Salud, Lepra: Pasado, Presente y Perspectivas para el Futuro, Publicación Técnica del INDRE número 15, 1992.

16.39 Decreto por el que la Secretaría de Salubridad y Asistencia organizará el Registro Nacional del Cáncer. Salud Pública de México, Vol. XXV, enero-febrero 1983.

16.40 Secretaría de Salud, Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención de los Cánceres Cérvico Uterino y Mamario.

16.41 Secretaría de Salud, Norma Técnica No. 54 para la Prevención, Atención y Control de Daños a la Salud en Caso de Accidente, en la Atención Primaria a la Salud.

16.42 **Diario Oficial de la Federación**, Decreto para dar a conocer la forma oficial de los certificados de defunción y muerte fetal, 21 de noviembre 1986.

16.43 Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Salvat editores, undécima edición.

16.44 Elementos básicos de Medicina Forense, Dr. Ramón Fernández Pérez, 1977.

16.45 Dictionary of Epidemiology, Last J. M., United States of America, Oxford University Press, 1983.

16.46 Secretaría de Salud, Ley General de Salud, SSA, México, 1993.

16.47 Secretaría de Salud, Reglamento Interior de la SSA, México, 1989.

16.48 Secretaría de Salud, Proyecto de Norma Oficial Mexicana SSA para la prevención y control del cólera.

16.49 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* (México 1997).

16.50 Secretaría de Salud, México. Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (Mayo 1998).

16.51 Secretaría de Salud, México. Plan para el Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica ante la presencia de brotes con sospecha de Rubéola (Mayo 1998).

16.52 Secretaría de Salud, México. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Difteria y Tos ferina (Junio 1998).

16.53 Proyecto de Norma Emergente para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales (Diario Oficial, 21 de agosto de 1996).

16.54 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 18 de julio de 1988.

16.55 Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 24 de agosto de 1988. Fe de erratas el 19 de septiembre de 1988.

16.56 Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 24 de enero de 1991.

16.57 Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades Diarreicas. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 27 de abril de 1993.

16.58 Reglamento interior. Publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el 6 de agosto de 1997.

16.59 Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 6 de enero de 1987.

16.60 Reglamento interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación para la Salud. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 10 de agosto de 1988.

16.61 Reglamento de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 28 de mayo de 1997.

16.62 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 18 de enero de 1988.

16.63 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 31 de mayo de 1995.

16.64 Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 11 de marzo de 1995.

16.65 Acuerdo que establece la integración y objetivos del Consejo Nacional de Salud. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 25 de enero de 1997.

16.66 Acuerdo número 43, por el que se crea el Comité de Investigación en Salud. Publicada en el **Diario Oficial de la Federación** el 11 de enero de 1985.

16.67 Sistema Nacional de Acreditación de Laboratorios de Pruebas. SINALP, 1990.

16.68 Manual de Buenas Practicas de Higiene y Sanidad. Secretaría de Salud. Septiembre de 1992.

16.69 Términos generales y sus definiciones relativos a la normalización y a las actividades conexas. GUIA ISO/CEI 2.

16.70 Requisitos generales para la competencia técnica de los laboratorios de pruebas. GUIA ISO/CEI 25.

16.71 Prescripciones generales para la aceptación de laboratorios de pruebas. GUIA ISO/CEI 38.

16.72 Desarrollo e implantación de pruebas de aptitud de laboratorios. GUIA ISO/CEI 43.

16.73 Directrices para presentación de resultados de pruebas. GUIA ISO/CEI 45.

16.74 Directrices para el establecimiento de un manual de calidad para laboratorios de pruebas. GUIA ISO/CEI 49.

16.75 W. A. Orenstein, R.H. Bernier, Surveillance, Pediatric Vaccination Update. Pediatric Clinics of North America, Vol. 37, número 3, June, 1990.

16.76 Acuerdo Secretarial No. 130, mediante el cual se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), con el propósito de unificar y homologar criterios, procedimientos y contenidos de la vigilancia epidemiológica en el país.

17. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

Esta Norma Oficial Mexicana es técnicamente equivalente a los lineamientos y recomendaciones para la vigilancia epidemiológica internacional, expresados en el Reglamento Sanitario Internacional emitido por la OMS.

18. Observancia de la norma

La vigilancia en el cumplimiento de esta Norma Oficial Mexicana corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

19. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 2 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.