PERÚ | Ministerio de Salud

Norma Técnica de Vigilancia Epidemiológica de Malaria

Unidad Técnica de
Vigilancia Epidemiológica de
enfermedades Metaxénicas OTV
CDC

Blgo. Fernando Chapilliquen Alban

Con Punche Perú

BICENTENARIO DEL PERÚ 2021 - 2024

Generalidades.-

La malaria es una enfermedad parasitaria (parasito de gen plasmodium se trasmite por un mosquito hembra del genero anofeles.

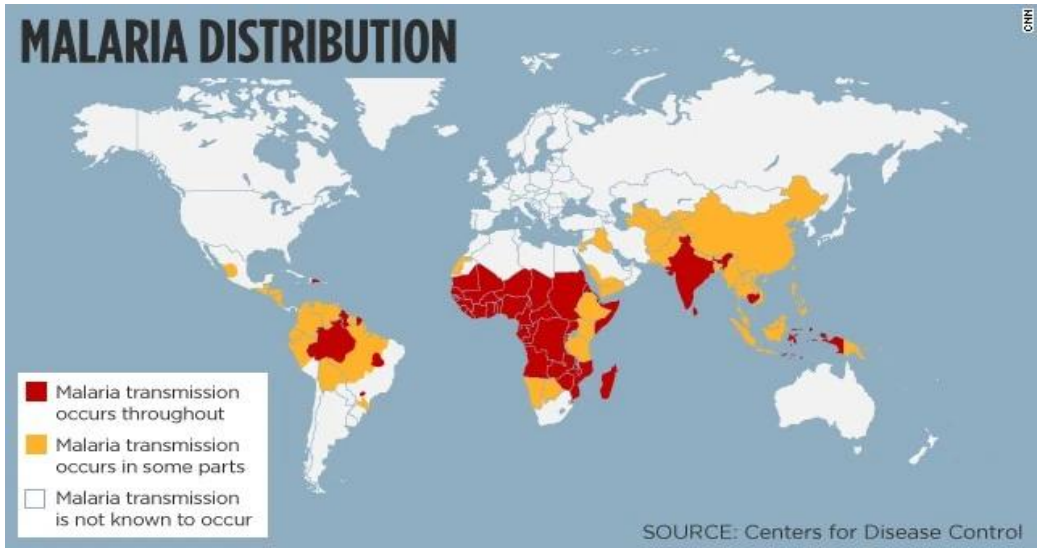
La malaria complicada o grave hay deterioro del sensorio (estado de conciencia), anemia severa, otros,
El diagnostico es microscópico, se realiza con una muestra de sangre y se observa el parásito dentro de los glóbulos rojos también hay las pruebas de diagnóstico rápido (PDR)

Caracterización epidemiológica.-

La malaria es un problema de salud a nivel mundial y aproximadamente la mitad de la población mundial corre el riesgo de enfermar. En el mundo se reportan entre 300 a 500 millones de casos al año y mueren más de 1 millón de personas. El 90% de las personas que mueren corresponde a niños menores de 5 años.

Los desplazamientos de población asociados a las actividades laborales como son la explotación de minas de oro y bosques que se convierten en zonas agrícolas, han provocado epidemias aisladas.

En el Perú, hasta inicio del 2000, la malaria por *P vivax* tenia una distribución por todo el país. En los últimos años la malaria se ha focalizado en el departamento de Loreto con mas del 80% de los casos y la malaria por *P falciparum* se reportan por encima del 90% en Loreto.
Otros departamentos reportan casos de malaria en menor cantidad : San Martin, Ucayali, Amazonas, en la zona de la selva central, conocido como el Valle del rio Apurímac, Ene, Mantaro VRAEM: Cusco, Ayacucho y Junín. Algunas veces muy aislados o son casos importados en los departamentos de la costa norte: Piura, Tumbes.

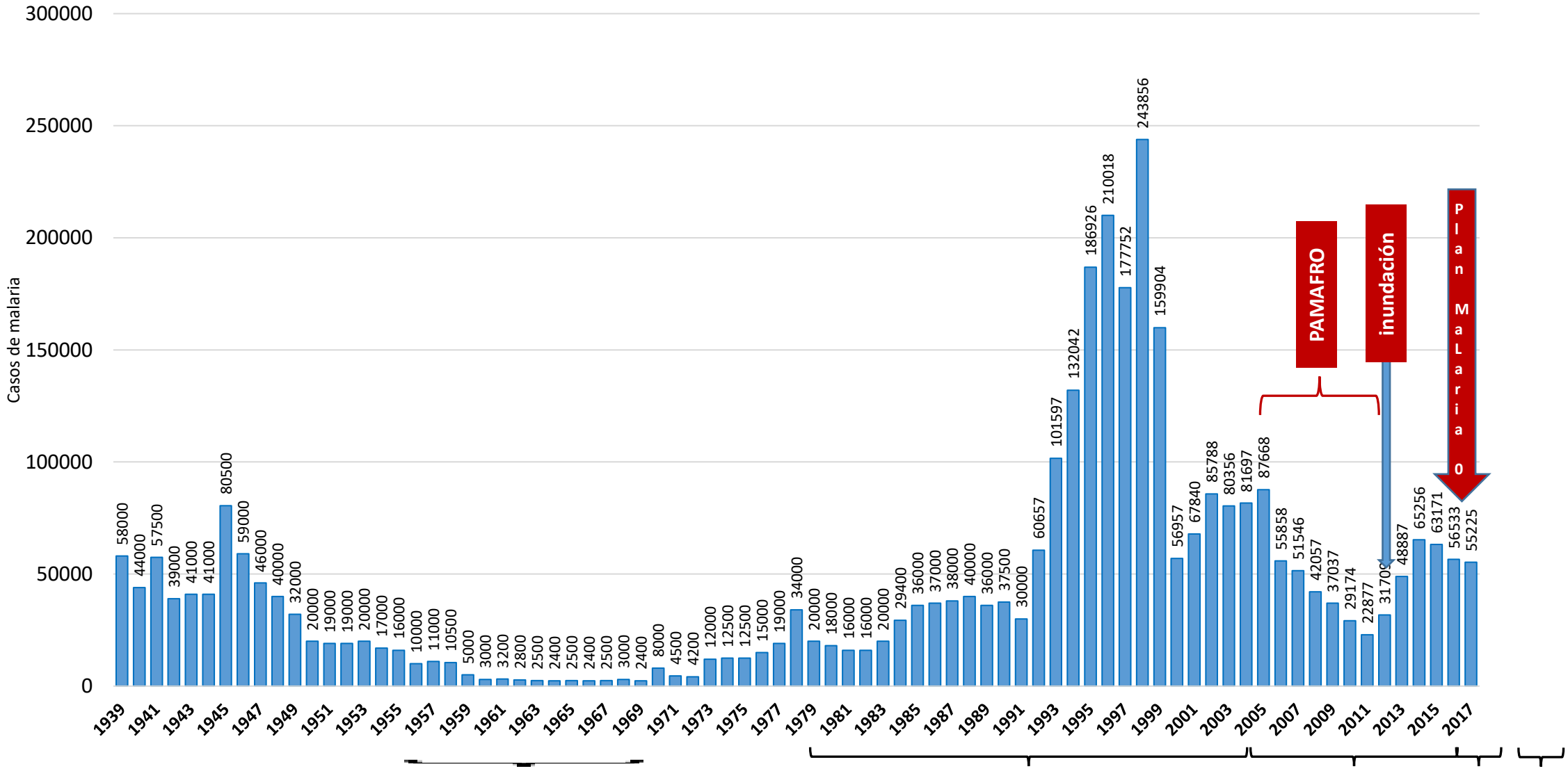


Agentes Etiológicos.-

En el Peru, en zonas endémicas, principalmente en la region de Loreto, las especies más frecuentes son *P. vivax y P*. *falciparum;* y eventualmente la presencia de *P. malariae* ocurre en focos dispersos. En las otras regiones principalmente en la jurisdicción del rio Apurímac, la especie mas frecuente y única es *P vivax.* No existe transmisión o casos autóctonos de *P. ovale y P. knowlesi.*

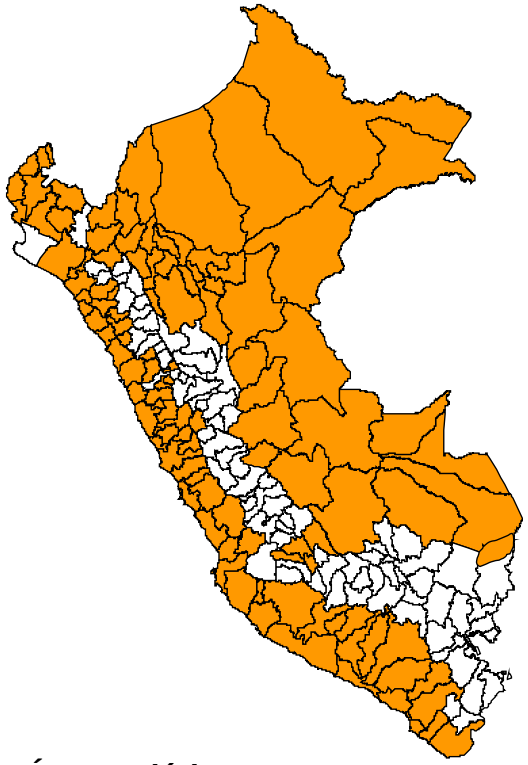
Se ha reportado y que puede ocurrir casos de infecciones mixtas, como infecciones simultáneas por dos especies, usualmente *P. vivax y P. falciparum* y otras veces se presenta *P vivax con P. malariae.* En la zona central (Satipo), del país se han referido de pacientes con infecciones de malaria y dengue

Tendencia histórica de la malaria 1939 – 2017



Fuente: Servicio de Erradicación de la malaria, Programa Vertical de la malaria y CDC-MINSA

Año 1957



Área malárica:

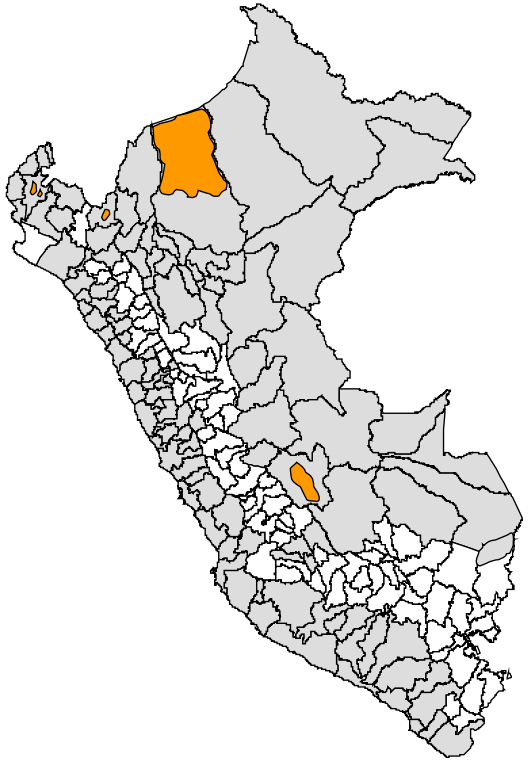
Población expuesta:

2’899,900 habitantes

Extensión territorial:

961,200 km^2 (75%)

Año 1968



Área con transmisión persistente:

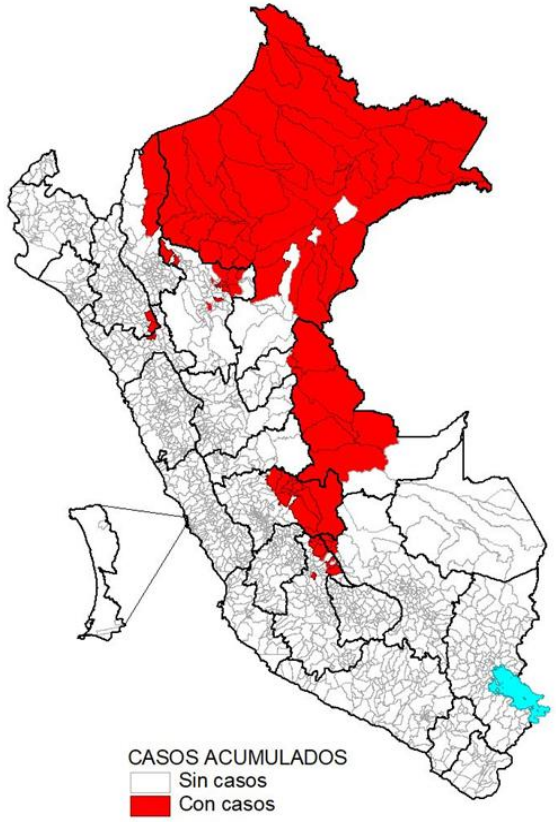
Población expuesta:

140,000 habitantes

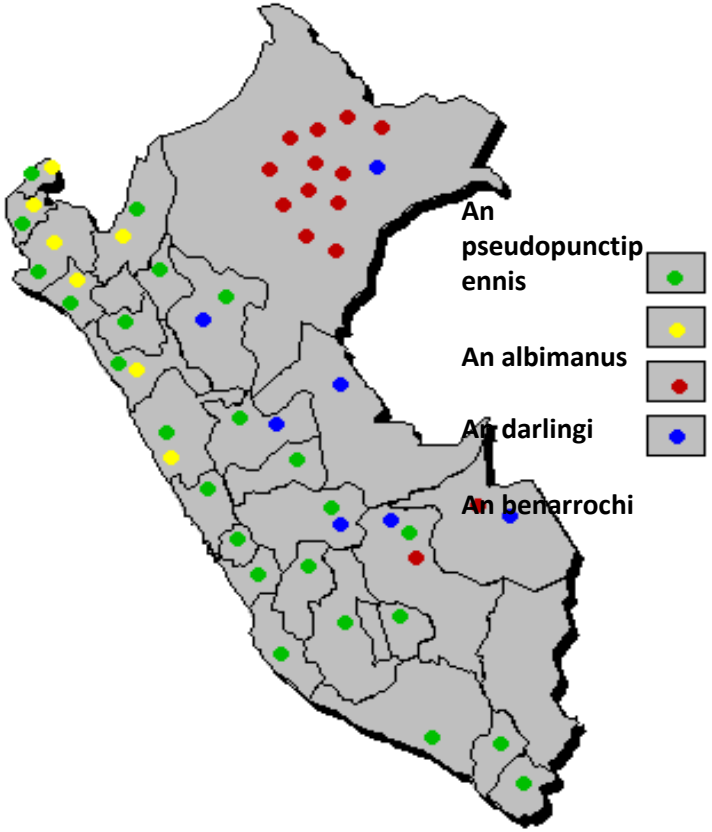
Extensión territorial:

180,000 km^2 (14 %)

Año 2024

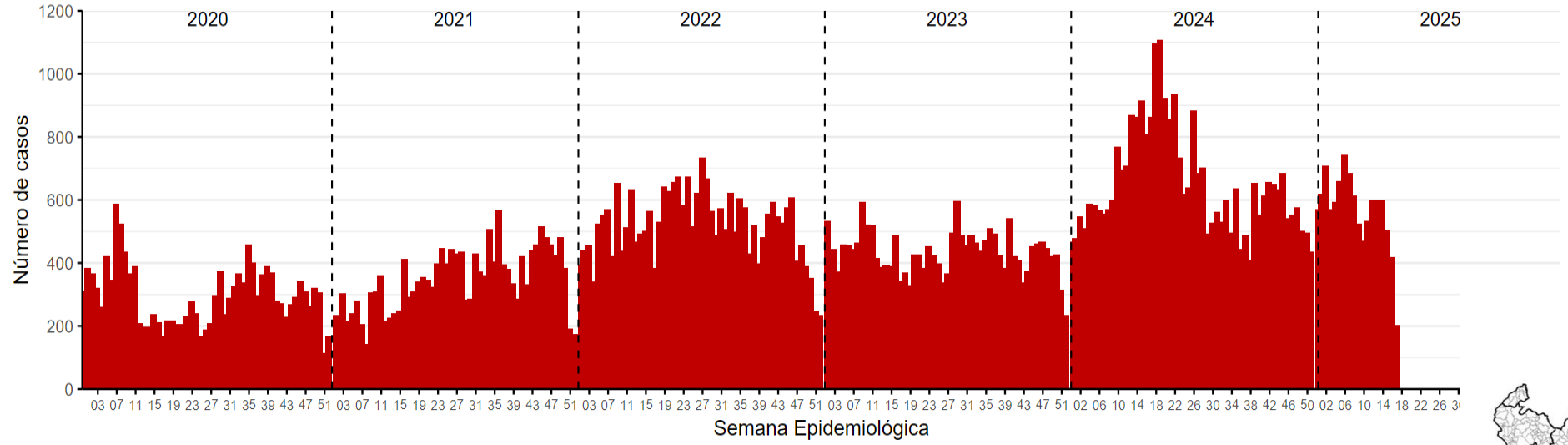


Principales vectores de la malaria



Fuente: laboratorio de Malaria. SNEM/Programa de Malaria. MINSA

Número de casos de malaria, Perú 2020 – 2025*



Hasta la SE 18 del 2025, se han notificado 10226 casos de malaria en el país. Se ha reportado 6 muertes por esta enfermedad hasta esta semana.

En el 2024, en el mismo periodo, se notificó 11967 casos en el Perú y 5 defunciones por malaria.

Número de casos por tipo de Malaria y defunc Perú 2020* – 2025*

Años	2020	2021	2022	2023	2024	202
P. vivax	5107	3875	7255	6901	9670	833
P. falciparum	841	891	1633	1103	2290	188
P. malariae	0	1	3	28	7	
Notificados	**5948**	**4767**	**8891**	**8032**	**11967**	**10226**
Defunciones	0	1	2	0	5	6

Fuente : Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 18 - 2025

Distribución de casos de malaria por grupos de edad y género, Perú año 2025*

	N casos	%	TIA por 100 mil Hab.
SegÃºn etapa de vida			
NiÃ±o (0 a 11 aÃ±os)	4370	42.73	69.79
Adolescente (12 a 17 aÃ±os)	1587	15.52	49.05
Joven (18 a 29 aÃ±os)	1739	17.01	28.27
Adulto (30 a 59 aÃ±os)	2140	20.93	15.90
Adulto mayor (60 aÃ±os a mÃ¡s)	390	3.81	7.95
PERÃ	**10226**	**100.00**	**30.07**
SegÃºn gÃ©nero			
Hombres	5621	54.97	33.37
Mujeres	4605	45.03	26.83

El 42.73% de los casos de malaria se reportaron en la etapa de vida Niños de 0 a 11 años, 17.01% de los casos se reportaron en la etapa de vida Joven de 18 a 29 años y 20.93% en etapa de vida adulto de 30 a 59 años.

Las tasas de incidencia acumulada fueron altas en los en la etapa de vida Niño de 0 a 11 años, 12 a 17 y 18 a 29 años.

Fuente : Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. (*) Hasta la SE 18 - 2025

CDC – MINSA

Normatividad de la Vigilancia Epidemiológica de Malaria

CDC MINSA PERU

MINISTERIO DE SALUD

No. 273-2025/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

MINISTERIO DE SALUD - Secretaría General - M. CUELLAR

Lima, 14 de ABRIL del 2025

VISTO, el Expediente N° CDC00020240000315, que contiene la Nota Informativa N° D000269-2024-CDC-MINSA y los Memorándums N° D003900-2024-CDC-MINSA y N° D000630-2025-CDC-MINSA del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; y, el Informe N° D000259-2025-OGAJ-MINSA de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

MINISTERIO DE SALUD

No. 273-2025/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 14 de ABRIL del 2025

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar la NTS N°228-MINSA/CDC-2025 Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en el Contexto de la Eliminación de la Malaria en el Perú, que como Anexo forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General la publicación de la presente Resolución Ministerial y su Anexo en la sede digital del Ministerio de Salud, en la misma fecha de publicación de la Resolución en el Diario Oficial El Peruano.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

CÉSAR HENRY VÁSQUEZ SÁNCHEZ
Ministro de Salud

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la salud de la población, buscando, en el contexto de la eliminación, interrumpir la transmisión de la enfermedad de la malaria con acciones de vigilancia, prevención y control de la respuesta en el Perú.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos técnicos operativos para la vigilancia e investigación epidemiológica de casos de malaria en los establecimientos de salud (EESS) públicos, privados y mixtos del país.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estandarizar los procedimientos para la vigilancia epidemiológica que contribuyan a la eliminación de la malaria, a través de la detección, registro, clasificación, notificación oportuna de los casos y el diagnóstico de laboratorio.

- Estandarizar los procedimientos para la investigación epidemiológica que contribuyan a la eliminación de la malaria, a través de la identificación de los escenarios de riesgo, investigación y control de focos.

- Estandarizar los procedimientos para el análisis epidemiológico y la micro-estratificación de riesgo, como base para las acciones operativas, buscando eliminar los focos de transmisión de la malaria que contribuyan a la eliminación de la malaria.

2025

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación obligatoria en todos los EESS del Ministerio de Salud, a través de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima Metropolitana; de los Gobiernos Regionales, a través las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces a nivel regional; del Seguro Social de Salud (EsSalud); de las Sanidades de las Fuerzas Armadas; de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú; y, del Instituto Nacional Penitenciario, así como en los EESS privados y mixtos.

Normatividad vigente de la vigilancia de la malaria.

- Ha sido elaborada para el contexto actual del Plan Hacia la Eliminación de la Malaria.
- Se han presentado una definición de casos en : área endémica y en área no endémica a fin de captar el mayor numero de casos,
- El sistema NOTI va contar con las variables de casos graves, hospitalizados e infecciones mixta.
- El NOTI va tener informacion del trabajo de captación de casos por los Agentes Comunitarios de Salud ACS.
- Informacion de gestantes con malaria y de nacidos de madres con la enfermedad.
- Se va tener informacion de casos por migración en áreas nuevas o de baja incidencia. En lo actual hay informacion de casos importados

Estrategias de vigilancia de la malaria :

Tipo	¿Quién?	¿Dónde?	¿En quiénes?	Obligatoriedad	Estrategia
Pasiva	Personal salud	EESS	A los que cumplen la definición de caso en área endémica o no endemica	Universal	Definición de caso
	ACS	Comunidades remotas	Febriles o los que cumplen definición	Solo en lugares con ACS	En febriles, Definición de caso.
Activa					
a. Proactiva*	- Personal salud - AISPED - Brigadas de Salud	En comunidades	• Comunidades endémicas alejadas • Comunidades o focos con más de 10 % de asintomáticos. • Cohortes • Comunidades o focos donde ≥ 30 % de los casos son niños • En comunidades con índice de positividad (PDR, microscopía o ambos) ≥ 20 %.	De acuerdo al contexto epidemiológico.	Definición de caso
b. Reactiva	Personal salud	En comunidades	• Migrante • Población que vive en zona receptiva y vulnerable • Colaterales • Población de una comunidad con brote declarado.	De acuerdo al contexto epidemiológico.	Definición de caso

*** Tiempo**: En las comunidades alejadas y en comunidades con prevalencias de infección ≥ de 10 %, por lo menos, dos veces al año. Notificación semanal a través de los establecimientos de salud a donde pertenecen las comunidades.

Enfoque y estrategia de la vigilancia de la malaria

Individual

P. vivax

P. falciparum

P. malariae

P. ovale

P. knowlesi

Periodicidad:

Casos de malaria: Semanal

Inmediata: Malaria grave

Hospitalizados, defunciones, brotes.

Tipo de vigilancia: Pasiva: EESS y ACS y Activa: Proactiva y reactiva

Investigación: Area endémica:

- Libro de registro de febriles. Libro de registro ACS

Forma de notificación individual

Area no endémica y de baja endemia: Ficha investig Epidem

Ficha caracterización de focos

Diagnóstico: Gota gruesa, PDR (para ACS y equipos de salud)

Intervención: Detección Diagnóstico-Tratamiento-Investigación y Respuesta (**DTI-R**)

Control y Eliminación
Estratificación: Focos y micro-estratificación: Abordaje: **Integral**

Notificación de casos de malaria

El personal de la salud capacitado y que labora en EESS esta obligado a reportar o informar, por cualquier medio de comunicación, un caso nuevo de malaria al responsable de la vigilancia epidemiologica o a quien haga sus veces de dicho EESS.

Procesos

EESS sin acceso a internet:

- El responsable de vigilancia epidemiológica de los EESS que no tienen acceso a internet debe reportar al EESS de la DIRESA/GERESA/DIRIS mas cercano la información de los casos confirmados recogidos del libro de registro de febriles o sospechosos de malaria para establecimientos de salud •

EESS con acceso a internet:

- El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces de los UN con acceso a internet ingresan directamente al aplicativo NOTI los casos confirmados reportados de sus propios servicios por la vigilancia pasiva, recogidos del libro de registro de febriles o sospechosos de malaria para establecimientos de salud y
- Los casos confirmados de malaria detectados por las brigadas de salud y por los ACS en la comunidad, que han sido recogidos del registro de diagnostico y tratamiento de casos de malaria por agentes comunitarios de salud son registrados en el NOTI.

El registro de los casos de malaria en el modulo de notificación individual en el NOTI se realiza utilizando los códigos de CIE X que se describen enseguida:

Malaria*:
B50 Malaria debido a *Plasmodium falciparum*.
B51 Malaria debido a *Plasmodium vivax*
B52 Malaria debido a *Plasmodium malariae*.
B53 Malaria debido a Plasmodium ovale
B53.1 Malaria debido a Plasmodium knowlesi

Malaria grave:
B50.0 Malaria debido a Plasmodium falciparum con complicaciones cerebrales.
B50.8 Otra Malaria grave y complicado, debido a P falciparum
B50.9 Malaria debido a Plasmodium falciparum sin especificación
B51.0 Malaria debido a Plasmodium vivax con ruptura esplénica
B51.8 Malaria debido a Plasmodium vivax con otras complicaciones.
B51.9 Malaria debido a Plasmodium falciparum sin complicaciones
Malarias mixtas:
B50.1 Infecciones mixtas de Plasmodium falciparum con cualquier otra especie de Plasmodium.

***Nota:** Para efecto de la información de la vigilancia epidemiológica de malaria, se agrupa bajo la denominación de malaria. En el CIE 10 esta agrupado como

Investigación epidemiológica

En quiénes aplicar la ficha de investigación:

a. Gestantes, hospitalizados, malarias graves y en defunciones.

b. Casos confirmados importados detectados en áreas no endémicas y en áreas con casos introducidos.

c. Casos confirmados reportados como nuevas infecciones o episodios de malaria en el mismo año.

d. Los casos autóctonos en áreas con baja endemicidad de malaria.

Quiénes deben realizarlo:

- Equipo local (laboratorio, atención, vigilancia y control vectorial y coordinación de metaxénicas).
- **Se basa en**:

✓ Entrevista al caso,

✓ Visita a la vivienda del caso, de los familiares o miembro de las cohortes (grupos) de migrantes

✓ Informante clave en defunciones

- La investigación se realiza en **dos momentos**:
  - ✓ Registro de casos sospechosos
  - ✓ Investigación de caso confirmado
- La ficha de investigación se aplica solo a los grupos que corresponden después de haber llenado la ficha de casos sospechosos y se confirme el caso.
- Hospitales además de notificar el caso confirmado debe comunicar al establecimiento de salud.
- La confirmación de un caso en un foco eliminado o en un foco residual no activo, debe ser investigado:
  - ✓ Historias previas de malaria por *P. vivax*
  - ✓ Recrudescencias
  - ✓ Transfusión sanguínea, etc
- La confirmación de un caso de malaria por un laboratorio local en un área no endémica o de muy baja transmisión **se debe corroborar**

Investigación epidemiológica

- Para la investigación se puede utilizar la gota gruesa y el frotis y la prueba de diagnóstico rápido (PDR)
- En la investigación de los colaterales, después de la primera visita (día 0), se debe vigilar a los 7, 14, 21 y 30 días.
- Investigar áreas que recientemente han sido visitados por el caso índice y poblaciones expuestas a especies de *Anopheles*, considerados como vectores principales o secundarios de las especies de *Plasmodium*.
- La investigación epidemiológica debe permitir la **clasificación del caso de malaria** como autóctono o importado

- Para clasificar si el caso es importado o autóctono se debe evaluar el período de incubación de acuerdo a la fecha de inicio:

✓ Entre 7 a 14 días en *P. falciparum*,

✓ Entre 12 a 18 días en *P. vivax y P. ovale*

✓ Entre 18 a 40 días en *P. malariae*.

- Investigaciones adicionales: Situación epidemiológica, receptividad, vulnerabilidad, extensión del conglomerado, criaderos de especies de *Anopheles*, etc.

- **Vigilancia en puntos de entrada**:
- CEBAF coordina con la DIRESA para la toma de muestra.
- Vigilancia de cohortes de misiones de paz hasta 30 días.

ANEXO N° 5

FICHA DE INVESTIGACION CLINICO - EPIDEMIOLOGICA DE MALARIA

SEMANA EPIDEMIOLOGICA.....

1. Fecha de notificación _____/_____/__

2. Fecha de Investigación_____/ /_____

3. Tipo de vigilancia_____P= Pasiva. A= Activa

I IDENTIFICACION Y UBICACIÓN DEL CASO

4. Apellidos y Nombres_____5. Nacionalidad_____
6. DNI/Pasaporte_____7. Edad (años)___8. Sexo_____M= Masculino F= Femenino
9. Embarazada_____Si = 1, No = 2 Ignorado = 3 10. Trimestre_____1er = 1 2do = 2 3er= 3.
11. Etnia (detalle) Ver Link: https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas.
12. Celular N._____13. jefe de Familia. _____

Domicilio/dirección actual:" Llenar campo de país, solo si no es de Perú"

14. País_____15. Departamento/Estado_____16. Provincia _____
17. Distrito_____18.: Localidad/agrupamiento humano _____
19 Tipo de zona:_____(1 = Urbano 2 = Urbano Marginal 3 = Rural)
20. Tipo de vía._____1 = Avenida 2 = Calle 3 = Prolongación 4 = otros (especificar)
21. Nombre de vía._____22. Especificar o referencia. _____
23 ocupación:_____Maderero= 1 Agricultor= 2 Minero= 3 Pescador= 4 Cazador= 5 Otros=6.

II. ASPECTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO.

24. Sintomático_____Si: = 1 No: = 2 25. Fecha de inicio de síntomas** ___/_____/___**En asintomático es la fecha de diagnóstico.

Signos y síntomas: (solo para los que presentan síntomas y signos).

26 cefalea (dolor de cabeza). ( )
27. Fiebre (actual/reciente ( ).
28. Escalofríos. ( )
29. Sudoración. ( )
30. Ictericia (amarillento) ( )
31. Postración (no puede sentarse, pararse o caminar sin ayuda) ()
32. Convulsiones ( )
33. Orina de color pardo oscuro o rojizo ( )
34. Parasitemia ( )
35. Anemia aguda severa ( )

36. Hospitalizado Si =1 No = 0 Si es NO pasar a la 46 37 Fecha de Hospitalización: _/-/_

38. N° HC _____ 39. Fallecimiento: Si.....1, No: 0

40: Fecha de Fallecimiento: colocar Día/mes/año.

Diagnóstico de Laboratorio

41. Fecha de toma de muestra:___/_____/_____

42 muestra tomada en___Establecimiento de Salud= 1 Búsqueda de febriles=2 Barrido Hemático: = 3 Agentes Comunitarios de Salud= 4 investigación= 5 otros

= 6_____(especificar)

43 Pruebas	44 Resultados		45. especies			46.Densidad de formas	
	Negativo	Positivo	*P. vivax*	*P falciparum*	Otros	Asexuadas 1	Gametocitos 2
PDR (Prueba o tira rápida)							
Gota Gruesa o frotis							

Nota Asexuado: 1 Trofozoíto 2 Gametocito

47Fecha de resultados._/ /_____ .

III. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

48. ¿Tuvo malaria o paludismo anteriormente?_Si=1 No = 0 49. ¿Cuándo? (mm/aa)___/
_50. Especie _____
51. ¿has recibido transfusión de sangre en los últimos seis meses? Si= 1 N= 0
52. ¿Dónde? _____

Historia de viaje

53. ¿has viajado fuera de la localidad donde vives este último mes? Si= 1 NO= 0 si es SI preguntar viajes

54.Lugar (localidad/Distrito/Provincia/Departamento/ País)	55. fechas de viaje	56. Número de días de duración del viaje
	Entrada / /	
	Salida / /	
	Entrada / /	
	Salida / /	

NOTA: Poner departamento o país, solo si corresponde. Usar los equivalentes a distrito, provincia o departamento en el caso importado.

57. ¿Durmió bajo mosquitero anoche?___SI=1 NO=0 58. ¿Cuántas personas duermen en casa incluyendo a los niños?_____
59. ¿Cuántos mosquiteros son útiles?_____60. ¿Su casa fue fumigada?_____Si=1 NO=
61. ¿Cuándo? (mm/aa)_/ /_
62. ¿Examinaron a todos los miembros de su casa para el paludismo o malaria?_SI=1 NO=0
63 ¿A cuántos miembros? _____
64. ¿Examinaron a todos sus compañeros de trabajo para el paludismo o malaria?_Si=1 NO=0
65. ¿a cuantos miembros? _____
66. ¿Hicieron búsqueda activa?_Si=1 NO=0 67. Número de casas investigadas_____68. Numero de positivos ____

Búsqueda activa

69. ¿Existe(n) otra(s) persona(s) con síntomas similares al paludismo en su casa donde vive o en su trabajo? Si=1 NO=0

70.Apellidos y nombres	71 sexo M/F	72. Edad	73. Parentesco con el caso confirmado	74. Gota gruesa, frotis o PDR		75.Fecha de toma de muestra	76. Resultados	
				Febril	Sin fiebre		Pos	Neg
						/ /		
						/ /		
						/ /		
						/ /		

iv. CLASIFICACION

77. clasificación según el origen del caso:
Autóctonos. ( ) Local. ( ) Inducido ( ) Recaída ( )
Introducido ( ) Importado ( ) Nacional (de otro departamento) Internacional (país) _____

78. Formas Clínicas:
Malaria no complicada ( ) Malaria Grave ( ) Malaria mixta ( )

v. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD NOTIFICANTE

79. DIRESA/GERESA/ DIRIS/RIS._____ 80. Red. _____
81 Establecimiento de Salud _____
82. Institución de Procedencia: Minsa ( ) Es Salud ( ) FFAA ( ) PNP ( ) Privados ( ) Otros: ( )
83. Observaciones:
_____
_____
_____
_____

84. Nombre del Profesional o técnico que realiza la investigación_____.
85. Correo electrónico:_____86. N° de celular. _____

_____

Firma y sello

.INVESTIGACION CLINICO-EPIDEMIOLOGICA DE LOS CASOS

Se realiza la investigación clínico epidemiológica de los casos confirmados de malaria para determinar si el caso es autóctono o importado. Se ha priorizado en:

- Pacientes gestantes (embarazadas)
- Pacientes hospitalizados o graves
- Muertes por malaria.
- Casos importados en áreas no endémicas.
- Nuevas infecciones o episodios de malaria en el mismo año.
- Casos en áreas no endémicas o focos residuales no activos para caracterizar mejor el comportamiento epidemiológico.

Indicador	Fuente de datos	Nivel de transmisión		
		Elevada	Baja y Muy Baja	Eliminación o prevención del restablecimiento
De resultados	NOTI	•	•	•
Proporción de casos de malaria investigados y clasificados.	NOTI	•	•	•
Proporción de casos con registro completos en el registro de notificación individual en el NOTI.	NOTI	•	•	•
Proporción de casos reportados por los agentes comunitarios de salud.	NOTI	•	•	•
Proporción de casos de malaria grave o defunciones por malaria notificados dentro de las 24 horas de haberlo detectado.	NOTI	•	•	•
Número de focos identificados según la clasificación	NOTI	•	•	•
De impacto				
Proporción de hospitalizaciones debido a malaria.	NOTI	•	•	•
Proporción de malaria grave.	NOTI	•	•	•
Proporción de casos de malaria en gestantes.	NOTI	•	•	•
Letalidad por malaria.	NOTI	•	•	•
Tasa de incidencia de casos de Malaria por departamentos, distritos y por especie de *Plasmodium* 1000 hab.	NOTI	•	•	•

Nota: # Se refiere a los casos de malaria con ficha de investigación clínico-epidemiológica; el denominador son todos los casos en los que está indicado aplicar el instrumento. Fuente: Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de Salud (OMS). Manual de referencia para la vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la malaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.

FINANCIAMIENTO

- El Ministerio de Salud, asi como la DIRESA/GERESA/DIRIS, financian las actividades de la presente Norma Técnica de Salud mediante los recursos asignados para la vigilancia y control de la malaria.
- Las unidades ejecutoras deben incluir en su plan operative institucional (POI) la programación de las actividades o intervenciones de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por vectores, con presupuesto que garantice el cumplimiento de las actividades de manera eficientes de la vigilancia de malaria contempladas en el POI anual.
- El financiamiento de las actividades de detección de los casos de malaria por los ACS y por búsqueda activa están contemplados en el marco de los planes aprobados según corresponda
- Las unidades ejecutoras correspondientes a EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Peru, asi como los privados y mixtos, deben garantizar el financiamiento de los insumos y recursos requeridos para el cumplimiento de las estrategias de vigilancia epidemiológica, notificación y diagnostico laboratorial de la malaria

RESPONSABILIDADES

Nivel nacional

El Ministerio de Salud, a través del CDC, es responsable de difundir la presente la Norma Técnica de Salud hasta el nivel regional, asi como de brindar asistencia técnica, monitorizar y supervisar su cumplimiento.

Nivel regional

La DIRESA o la GERESA o DIRIS de Lima Metropolitana o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son las encargadas de difundir, implementar, supervisar y brindar asistencia técnica para la implementación de la presente Norma Técnica de Salud en el ámbito de sus competencias.

Nivel local

Los EESS son responsables de la implementación y aplicación de la presente Norma Técnica de Salud, según corresponda.

En el contexto de la eliminación de malaria

CDC MINSA PERU

En el contexto de la estrategia de eliminación de la malaria a nivel mundial (OPS 2016 – 2030) se ha elaborado el **MANUAL PARA LA ESTRATIFICACIÓN SEGÚN ELRIESGO DE MALARIA Y LA ELIMINACIÓN DE FOCOS DE TRANSMISIÓN y donde se detalla que** las **actividades enmarcadas en Plan Hacia la Eliminación de la Malaria PHEM se aplicaran en todas las áreas** donde haya transmisión de casos, **desde una intensidad elevada hasta una muy baja. (transmisión elevada, transmisión moderada, transmisión baja y transmisión cero).**

Estratificación: Es la clasificación de áreas geográficas según el riesgo de malaria, de acuerdo con factores que determinan la receptividad y vulnerabilidad de la transmisión de malaria. Se clasifica en estratos: I, II, III, IV.

Receptividad: Es un ecosistema receptive que tiene la presencia de anofeles vectores, su entorno y clima favorable para que se cumpla el ciclo biológico de los anofeles.

Vulnerabilidad: Es la frecuencia de entrada de personas infectadas. Se le conoce como "el riesgo de importación de casos" en un área determinada.

Micro estratificación: Es la identificación, caracterización y clasificación de los focos, que comparten la misma dinámica de transmisión y tienen las mismas características eco Epidemiológicas. Los focos se clasifican en activos, residuales, no activos o eliminados.

Eliminación de malaria: Interrupción de la transmisión local (reducción de la incidencia de casos autóctonos a cero) de un determinado parasito palúdico en una zona geográfica definida como consecuencia de actividades intencionadas y se requiere medidas continuas para prevenir el reestablecimiento de la transmisión.

Micro area: Es el conjunto de focos que comparten la misma dinámica de transmisión y están conectadas desde un punto de vista epidemiológico debido al movimiento de las personas. Es un concepto operative para planificar la estrategia DDTI-R, en el contexto del Documento Técnico: Plan de Eliminación de la Malaria 2022-2030, aprobado por Resolución Ministerial N° 034-2022/MINSA, o el que haga sus veces. La micro área se aplica a nivel de microrredes o redes de salud o Red Integrada de Salud (RIS).

Micro planificación: Es la elaboración del plan de respuesta para interrumpir la transmisión en áreas geográficas o localidades según la micro estratificación; de manera que, la estrategia DDTI-R se implementa de manera oportuna y con calidad.

PERÚ | Ministerio de Salud | Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

Procedimientos Técnicos para la clasificación de las áreas de riesgo de malaria a nivel regional

REGION	PROVINCIA	DISTRITO	ESTRATIFICACION							LOCALIDADES	CASOS DE MALARIA				MICROESTRATIFICACION			Prioridad
			R	V	E1	E2	E3	E4	SUB ESTRATO		2025	2024	2023	2022	foco Activo	foco residual	foco Eliminado	
ANMAZONAS	San Jacinto	Miraflores	Vector, (biologia), criaderos (tipos), Humedad, Vivienda, lluvias, tipos de cultivos	Migraciones permanente, (x actividad laboral, agricola, minero, comercio), x turismo, x asuntos familiares, x fiestas patronale y civicas,						Micaela grande	24	18	17	40	X			
								X		Peñarol Este	2	7	15	21	X			
									IPA	Estrella Sur*							X	
										Campo Norte*						X		
										Campo Sur	1	0	0	2			X	
	Bellavista	San Isidro					X			Micaela grande						X		
										Peñarol Este	0	0	1	1		X		
										Estrella Sur*								
		Bellavista								Campo Norte*	0	0	0	0				
					X					Campo Sur								

(*) IMPORTADOS

RECEPTIVIDAD	VULNERABILIDAD	ESTRATIFICACION	MICROESTRATIFICACION	Respuesta
vector (biologia y co	Migracion permanente	Estrato 1	Foco : Activo	Deteccion
criaderos	(x actividad laboral: agricola, minero, comercio)	Estrato 2	Foco Residual	Diagnostico
altitud	(x actividad educativa)	Estrato 3	Focvo eliminado	Tratamiento
TºC	(x turismo)	Estrato 4		Investigacion
Humedad	(x asuntos familiares			Respuesta
Lluvias	(x fiestas patronales)			
Tipos de cultivos	(x fiestas civicas)			

Micro estratificación. Es la identificación y caracterización de las localidades y áreas geográficas de malaria en focos: Active, residual y eliminado.

Foco de malaria: Es una zona o localidad definida y circunscrita, situada en un área geográfica que es o ha sido malárica y en la que se dan los factores epidemiológicos y ecológicos necesarios para la transmisión de la malaria. Los focos se clasifican en activos, residuales, no activos o eliminados. Es un concepto basado en los casos y el vector.

Metodología: Micro estratificación

Conceptos

Tipo de foco	Definición	Criterios operativos
Activo	Foco con transmisión persistente.	A través de la vigilancia pasiva se han detectado casos de contagio (trasmisión) local **durante el año calendario** en curso.
Residual	Foco donde la transmisión se interrumpió hace poco (1 a 3 años).	A través de la vigilancia pasiva y activa se ha detectado el último caso (o casos) de contagio local en el año calendario **anterior o hasta 3 años antes**.
Eliminado	Foco sin transmisión local por más de 3 años.	A través de la vigilancia pasiva y activa **no ha habido ningún caso adquirido localmente por más de 3 años** y solo se producen casos importados, recaídas, recrudescencias o casos inducidos durante el año calendario en curso.

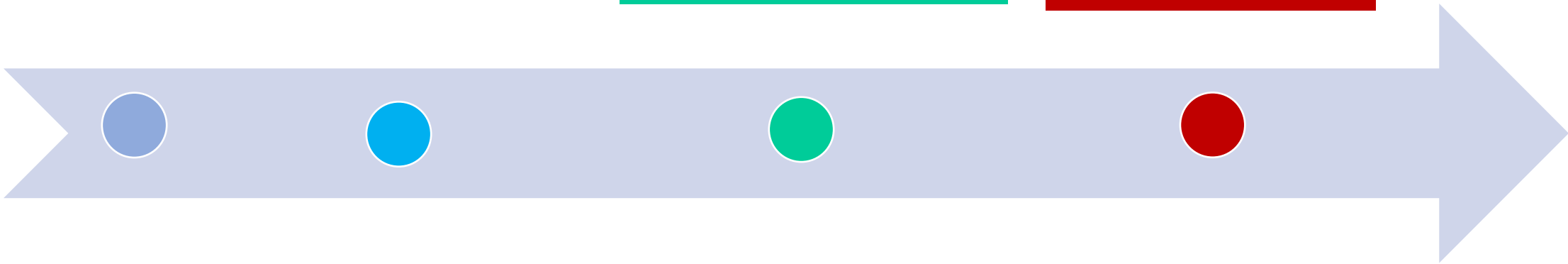
Estrategia de Intervencion
Diagnóstico-Tratamiento-Investigación y Respuesta (DTI-R)

Diagnóstico: 48 h

Tratamiento: Debe iniciar el mismo día del diagnóstico

Investigación: Clasificado en los 3 días de haber sido diagnosticado

Respuesta: 7días Investigacion de los focos, vigilancia activa reactiva y respuesta de acuerdo al contexto



PERÚ Ministerio de Salud

Ponle PUNCHE y ganamos todos PERÚ

Gracias