



CUADERNOS DE LA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
Volumen 1 Numero 86 Caracas JULIO-DICIEMBRE 2013

ISSN 0798-0388. Depósito legal pp. 196502 df 714

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp



EVALUACIÓN DE UN SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA

Zulay Arismendi ⁽¹⁾, Josefa Orfila ⁽²⁾

RESUMEN Esta investigación se centró en la evaluación del servicio de epidemiología estatal del distrito capital, para que se convierta en el punto de inicio en contribuir en la recolección de la información necesaria para realizar el diagnóstico del Servicio de Epidemiología, aplicando el instrumento estandarizado de evaluación de las capacidades básicas a nivel intermedio, como punto designado por el Reglamento Sanitario Internacional 2005 contempladas en el instrumento MERCOSUR y la propuesta del Plan de acción. Se establecieron como objetivos específicos la evaluación de las capacidades básicas para detectar, verificar, evaluar y notificar y la evaluación de las capacidades básicas para investigar, intervenir y comunicar. A través de un estudio descriptivo, observacional y analítico, durante el período Julio-Septiembre del 2012. Obteniéndose como resultados, que las capacidades básicas de vigilancia y respuesta a nivel intermedio en general, se ubicó en promedio del 69.9%; con 61,4% las capacidades para investigar, intervenir y comunicar; en un 68,8% las capacidades para detectar, evaluar y notificar y en un 77,1% las capacidades relacionadas con el marco legal, institucional y administrativo. Estableciéndose las limitaciones y fortalezas actuales, del servicio en todos los aspectos (talento humano, recursos físicos, medios de comunicación, supervisiones/evaluaciones, marco legal, entre otras) y en las actividades de vigilancia y respuesta. Para la consecuente institucionalización y socialización de este instrumento en los niveles municipales o locales.

PALABRAS CLAVE: *Evaluación, Evaluación de servicios, Servicios de Salud, Estándar.*

(1) Profesora Asociada. Cátedra de Administración Sanitaria. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. josefaorfila@gmail.com.

(2) Médico Especialista en Salud Pública. Dirección de Epidemiología Estatal Distrito Capital. zarest2@yahoo.com.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud se enfrentan a un incremento de las demandas, sin dejar de reconocer los avances logrados, se verifica una disminución en el crecimiento de la cobertura y un evidente deterioro de la calidad de los servicios". Para lograr esto, es necesario revisar continuamente el modo como se desempeñan los servicios de salud, a fin de detectar las diferencias que deben ser corregidas y, de esta manera, prevenir o disminuir los errores. Para ello, se plantea un proceso de evaluación del desempeño del equipo de salud, centrado en el análisis participativo del proceso de trabajo, tomando como punto de partida la equidad y la calidad del servicio para el usuario. ⁽¹⁾

La evaluación está consagrada al principio de la utilidad. Carol H. Weiss señala: el objeto de la evaluación, es medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del programa y para mejorar la programación futura". Esta es parte, en consecuencia, del proceso racional de toma de decisiones. ⁽²⁾

La evaluación y certificación de la calidad en una institución tiene distintos componentes. Inicialmente debe garantizarse un mínimo de condiciones estructurales que aseguren una funcionalidad acorde con su objetivo declarado. Este proceso de certificación constituye la Autorización Sanitaria, la cual demuestra que se cuenta con la estructura requerida para su funcionamiento. ⁽³⁾

Para garantizar la calidad de los servicios de salud, en algunos países de Latinoamérica, se han venido desarrollando diversas metodologías y procedimientos entre los cuales se pueden citar la Auditoría Médica, Conversatorios anatómo-patológicos, Comités de infección intrahospitalaria, Comités de Mortalidad, Habilitación y Acreditación de Hospitales entre otros. El mejoramiento de la calidad, suele evitar sufrimientos innecesarios, secuelas discapacitantes y altos costos en la atención de salud. ⁽⁴⁾

Para mejorar los servicios de salud que se ofrecen a la población es indispensable efectuar evaluaciones periódicas que ayuden a identificar las áreas donde el desempeño de los servicios es deficiente y que contribuyan a establecer las medidas correctivas para la mejora permanente de la atención a la salud. Bajo ese esquema, la evaluación de servicios se plantea la generación de información que sea útil para comparar el desempeño de las unidades de atención y, sobre todo, para diseñar mejoras en el funcionamiento de dichas unidades. Aunque este nivel de evaluación genera

información para que los tomadores de decisión establezcan qué unidades funcionan con rezagos y definan qué acciones emprender para mejorar el desempeño de éstas, evaluar los servicios también permite que los propios directivos de la unidad, o los profesionales de manera colegiada, valoren sus resultados, identifiquen sus limitantes y planteen acciones correctivas. ⁽⁵⁾

Esta investigación se centra en la evaluación el servicio de epidemiología estatal del distrito capital con la aplicación del instrumento estandarizado de evaluación de las capacidades básicas a nivel intermedio, instrumento MERCOSUR y la propuesta del Plan de acción, durante el período Julio-Septiembre del 2012.

La evaluación de servicios de salud representa el nivel micro de la evaluación del desempeño en el campo de la salud. Se lleva a cabo sobre las unidades productivas, centros de salud y hospitales, que representan el último eslabón de la cadena mediante la cual se diseñan, organizan y ejecutan los servicios destinados a mejorar la salud poblacional. Las actividades de evaluación de los servicios de salud en el país, no cumplen estrictamente los lineamientos y estándares establecidos por la OPS/OMS, que han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada cuatro años. ⁽⁶⁾

La unidad de epidemiología dentro del Sistema Público de Salud debe optimizar acciones que le permita lograr el mejoramiento continuo en el área de servicio de salud, con el cual pueda realizar periódicamente un diagnóstico para que posteriormente acceda a evaluarse y controlarse de manera más eficiente las condiciones de trabajo, de actividades y de seguridad de la población trabajadora, buscando eliminar o disminuir los factores de riesgo que afectan el desempeño de los colaboradores de la organización y mida el impacto de las actividades propuestas en el servicio. Ante esta necesidad, como servicio de salud, debe ser evaluado constantemente para consolidar su estructura organizativa, fortalecer las funciones necesarias que le permitan desarrollarse según el objetivo institucional; permitiendo detectar las debilidades del personal de salud; verificar que los procesos que allí se realizan sean los correctos en la producción de actividades, que sean conducidas apropiadamente, de acuerdo con sus propósitos y el mecanismo de coordinación entre ellas; estimando los requerimientos extraordinarios cuando sea necesario.

La Dirección Estatal de Epidemiología del Distrito Capital, posee funciones técnico-administrativas y tiene la responsabilidad de: generar información y analizar la situación de salud, así como evaluar el impacto de los servicios de atención ciudadana; apoyando además la gestión en salud pública; con dependencia administrativa y financiera directa de la Dirección Estatal de Salud

del Distrito Capital. Por lo que la Dirección de Epidemiología, es el órgano asesor y normativo del Sistema Unificado de Salud, en el nivel intermedio, propuesto por el Ministerio del Poder Popular Para la Salud, actualmente.

En este sentido, la investigación se formula la siguiente interrogante: ¿Cuáles serán las capacidades básicas de vigilancia y respuesta de la Dirección de Epidemiología Estatal del Distrito Capital?, durante el período Julio-Septiembre del 2012.

Saber, cuáles son los cambios en la jurisdicción del servicio de epidemiología estatal que nos permita orientar, reorientar o corregir las acciones y estrategias de intervención en busca de su eficiencia y eficacia.

Revisando literatura sobre acreditación hospitalaria o de servicios de salud, en Venezuela, se observa que la mayoría de las publicaciones y estudios realizados sobre el tema sólo describen procesos de formulación e implementación. Hay pocos estudios publicados de análisis efectivos de los procesos de efectividad, equidad y eficiencia del sistema de salud en Venezuela, incluyendo los niveles de la organización de servicios. La epidemiología se usa como instrumento en la planificación de los servicios sanitarios, mediante identificación de los problemas prioritarios de salud, las acciones y recursos que son necesarios para atenderlos y el diseño de programas para aplicar estas acciones y recursos. Combinada con otras disciplinas, como la administración, la economía, las ciencias políticas y las ciencias de la conducta, la epidemiología ha permitido estudiar las relaciones entre las necesidades de asistencia y la oferta y demanda de servicios. ⁽⁶⁾

La acreditación lleva implícito un proceso de evaluación de la estructura, proceso y resultados, de cada uno de los servicios que integran el establecimiento de salud. ⁽⁷⁾

Asimismo, este documento puede constituir una guía para impulsar, apoyar y reconocer experiencias exitosas en materia de calidad del servicio de salud, en las que participen trabajadores, directivos e instituciones, para su réplica o difusión en otras unidades de epidemiología locales, garantizar la calidad interna y externa de servicios de salud y, que su utilización tenga impacto en mejorar las prácticas.

En este sentido es importante avanzar hacia un instrumento único que permita realizar el seguimiento de los avances que respondan a los intereses de los países y contribuyan a fortalecer las capacidades básicas para la implementación del RSI 2005, a todos los niveles.

Evaluar la estructura del sistema hospitalario en la producción de actividades, fundamenta que la existencia de buenas condiciones estructurales previas, incrementa las probabilidades de que

se obtenga un proceso apropiado y un resultado favorable. Es decir, la calidad puede verse afectada por la disponibilidad.

La evaluación del proceso, comprende el reconocimiento de problemas en la aplicación de métodos de diagnóstico, tratamiento, manejo clínico y/o quirúrgico, etc. Si el personal de salud realiza lo correcto en el proceso de producción de actividades, es más probable que el resultado de la atención prestada tenga mayor efecto. La evaluación del resultado, se orienta a identificar y medir los cambios en el estado de salud individual y colectiva, que puedan atribuirse a la atención recibida, considerando la satisfacción del usuario.⁽⁷⁾

Los resultados obtenidos de ésta evaluación, son comparados con estándares o indicadores previamente definidos, para posteriormente, emitir un juicio final: si el establecimiento acredita o no. Los estándares e indicadores identificados para la acreditación, deben considerar: la verificación de los datos más representativos de la calidad existente, sin que esto signifique una búsqueda documentaria exhaustiva; la constatación de ciertos eventos e información que permitan suponer condiciones de calidad. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura proceso y resultados, así como prever distintos grados de satisfacción, con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes.⁽⁷⁾

En América Latina y el Caribe, a inicios de la década de los años 90, y con la cooperación técnica de la OPS/OMS, los diferentes países de la región, se comprometen a identificar estrategias de intervención orientadas a implantar la acreditación de hospitales, como un mecanismo que contribuya a garantizar la calidad de atención.⁽⁸⁾

Cabe señalar, que lo importante de este escenario, es que la totalidad de los países de la región vienen desplegando esfuerzos para mejorar la calidad de atención que se brinda en los diferentes establecimientos de salud.⁽⁹⁾

La iniciativa de la OPS para impulsar la evaluación de los sistemas de salud, basada en el cumplimiento de las funciones esenciales en Salud Pública, al destacarse la importancia de prestar atención a los objetivos intermedios de los sistemas se advierte que este esfuerzo no debe olvidar que dicha evaluación deberá realizarse siempre en función de los objetivos finales del sistema, es decir, de la mejora de la salud y de la calidad de vida de los individuos y las sociedades, que son en definitiva la razón de la existencia y del funcionamiento del mismo.⁽¹⁰⁾

En Venezuela, el desarrollo integral de la epidemiología y del sistema de servicios de salud como respuesta a las necesidades implícitas en la evolución del perfil de salud-enfermedad de la

población, surge posterior a la primera Reunión Nacional sobre la Enseñanza y Práctica de la Epidemiología en Venezuela, celebrada en Caracas, Venezuela, del 1 al 3 de diciembre de 1985. Por otra parte, las crecientes dificultades económicas y administrativas que experimentan los servicios de salud obligan a determinar con mayor precisión las necesidades prioritarias de la población y a evaluar el verdadero impacto de los servicios y programas sobre la salud de los habitantes. Cabe destacar el estímulo aportado por las agencias internacionales de salud mediante actividades como la reunión sobre "Usos y perspectivas de la epidemiología", convocada por la OPS a finales de 1983. Todos estos elementos han contribuido a impulsar el amplio esfuerzo emprendido en Venezuela por el desarrollo de la epidemiología. ⁽¹¹⁾

Así, mediante el uso de métodos y técnicas epidemiológicos se ha logrado identificar el impacto real y la calidad con la que se prestan los servicios médicos; las formas más eficaces para promover la salud de los que están sanos y las relaciones entre el costo, la efectividad y el beneficio de acciones específicas de salud. ⁽¹²⁾

Evaluación es la consecuencia del control. Permite conocer la eficiencia de la organización, en los aspectos cualitativos y cuantitativos de la misma. Requiere de la existencia de normas y objetivos claros y precisos y, de un registro cuidadoso de todas las actividades propias de la organización. Es una labor compleja, pero necesaria para darse cuenta de si se están alcanzando los objetivos, si se utilizan las mejores técnicas, si los recursos se aprovechan convenientemente; en otras palabras, la evaluación sirve para conocer los resultados del trabajo de la organización. Es un magnífico elemento de juicio para el director o jefe de la misma. Permite además establecer modificaciones en los programas, para hacer más eficientes las labores y alcanzar mejores resultados en el futuro. ⁽¹³⁾

La epidemiología, como rama importante de la medicina, encuentra aplicación a diversos niveles: 1.- A nivel del médico familiar, ya sea en el medio institucional o en el ejercicio privado; 2.- A nivel del médico especialista, en clínicas de consulta externa o en unidades hospitalarias; 3.- A nivel de los servicios de medicina preventiva y 4.- A nivel institucional. ⁽¹⁴⁾

La vigilancia epidemiológica es un proceso regular y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbimortalidad en una comunidad. Es muy importante para investigación, planeación y evaluación de las medidas de control en salud pública. La vigilancia epidemiológica va a la par con los medios de lucha contra una patología. Traza los objetivos, establece los medios de acción sin tomarlos directamente, plantea

las alternativas, evalúa, ajusta y controla los medios de lucha y sus resultados. Para su buena operación, la vigilancia epidemiológica necesita, a todos los niveles de atención en que se ejecuten, un doble flujo de actividades de información, divulgación y decisión. ⁽¹⁵⁾

La evaluación es cómo conciliar el proceso de decisión que debe incorporarse a las etapas más importantes del programa, pero limitándose a aquellos aspectos en que una inversión de recursos de evaluación pueda suministrar una información pertinente, oportuna y útil. Por ende, entre distintas posibilidades, la elección de las técnicas de evaluación dependerá de la complejidad de la operación, de los recursos disponibles y de la precisión que se desee conseguir. ⁽¹⁶⁾

Reglamento Sanitario Internacional – RSI/2005

El RSI es un instrumento jurídico internacional sobre salud pública (es decir, jurídicamente vinculante para todos los Estados parte de la OMS) cuya finalidad es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Es, una herramienta clave para la salud pública internacional, que forma parte de una estrategia global (alianza global) de alerta y respuesta ante epidemias, para conseguir la seguridad sanitaria mundial. Discutido y aprobado por los Estados Miembros de la OMS, el RSI (2005) establece las normas a las que deben atenerse los países para evaluar y notificar los riesgos y emergencias de salud pública y responder oportunamente, con rapidez, ante eventos sanitarios inusitados o imprevistos, mediante sistemas nacionales de vigilancia eficaces, y utilizando mecanismos de comunicación modernos. La coordinación internacional es una parte fundamental de esta respuesta eficaz. ⁽¹⁷⁾

En el RSI (2005) se reconoce la función cada vez más directa que desempeña la OMS en la investigación y el control de los brotes epidémicos en un proceso continuo, sobre preparación y respuesta, siendo necesarias también las medidas sanitarias rutinarias en fronteras de llegada y salida (terrestres, marítimas y aéreas). En el Reglamento se exige que los países doten a la salud pública de capacidad para prevenir los brotes epidémicos, controlarlos y protegerse contra ellos. La OMS trabaja estrechamente con los países y los asociados técnicos, velando para que los Estados que contraen las obligaciones emanadas del Reglamento dispongan de las capacidades necesarias para llevar a cabo esa labor (recursos humanos e infraestructuras). En cuanto a su ámbito de actuación,

un aspecto fundamental es que ya no sólo se habla de enfermedades infecciosas transmisibles sino de “emergencias de salud pública de importancia internacional” sea cual sea la causa u origen (infecciosos, químicos, radioactivos, etc.), espontáneas o provocadas, de carácter grave, imprevisto o inusitado, que traspasen fronteras y se propaguen internacionalmente y puedan tener repercusiones para el comercio internacional o riesgo significativo de restricciones a los viajes internacionales, pudiendo ocasionar graves consecuencias económicas para los países, teniendo en cuenta asimismo la existencia de nuevos riesgos y amenazas para la salud derivados del posible uso deliberado de agentes con propósitos terroristas y conscientes de la amenaza adicional que entraña el aumento sustancial del comercio y los viajes internacionales, que suponen mayores oportunidades para la aparición y propagación de enfermedades.⁽¹⁷⁾

Venezuela, presentó un informe como parte de la responsabilidad de país signatario para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), en la primera evaluación de las capacidades básicas nacionales y en puntos de entrada designados que se realizó antes del 2010, empleando el instrumento MERCOSUR vigente para ese momento.⁽¹⁸⁾

Para la segunda evaluación realizada en el año 2011, se utilizó el instrumento MERCOSUR modificado, que no permitió para efectos internos del país la comparabilidad estandarizada de las dos evaluaciones, constituyendo una dificultad para la medición de los avances alcanzados en las distintas capacidades básicas establecidas en el RSI-2005. Asimismo, la Matriz de migración OMS para el anexo 1A, no refleja los resultados reales alcanzados durante la segunda evaluación, debido a que existía armonización parcial entre los dos instrumentos. Es por ello, que la República Bolivariana de Venezuela solicita prórroga para mejorar las capacidades básicas requeridas, cumpliendo con las obligaciones establecidas en el párrafo 1, artículo 5 y 13 del RSI-2005.⁽¹⁸⁾

Marco situacional

Actualmente la epidemiología contribuye en las siguientes actividades estratégicas:

- Identificación de grupos humanos y áreas prioritarias en los programas de salud.
- Diagnóstico y medición de las necesidades de salud en una población, estimando sus necesidades futuras y proponiendo nuevos enfoques para la planificación, ejecución y evaluación de los servicios y programas.

- Coordinación de actividades y recursos inter-programáticos para la identificación oportuna y su mayor impacto sobre los grupos humanos prioritarios.
- Investigación (causal, tecnológica y evaluativa) para apoyar:
 - 1) la definición de grupos y áreas prioritarias en los niveles de prestación de servicios;
 - 2) la selección y evaluación de estrategias preventivas, curativas y de rehabilitación; y
 - 3) la identificación de áreas que requieren abordajes intersectoriales. ⁽¹⁹⁾

La Dirección Estatal de Epidemiología, siendo una unidad técnica, tiene como misión servir de órgano asesor y normativo de la Dirección Estatal del sistema estatal del sistema unificado de salud del Distrito Metropolitano, mediante la planificación, coordinación, supervisión, notificación y apoyo de las actividades epidemiológicas, dirigidas a garantizar el diagnóstico y tratamiento integral de la salud del estado. y tiene la responsabilidad de:

- Agrupar la información para vigilar y analizar la situación de salud de los habitantes de la ciudad.
- Evaluar el impacto de los servicios de atención, tecnologías y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida.
- Desarrollar investigaciones sobre problemas prioritarios en salud para generar las recomendaciones necesarias.
- Crear las bases para planificar, evaluar y administrar los sistemas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en forma oportuna y eficiente en apoyo a la gestión en salud pública para alcanzar una mejor calidad de vida. ⁽²⁰⁾

Misión: Planificar, dirigir, coordinar y ejecutar las acciones en el área de Salud Pública, para garantizar un ambiente sano; así mismo Supervisar y Evaluar todas las actividades inherentes a prevenir las enfermedades endémicas y epidémicas, manteniendo las condiciones ambientales en niveles compatibles con la actividad humana. ⁽²⁰⁾

Visión: La Dirección de Epidemiología, aspira proporcionar inteligencia a los servicios de salud, alcanzando un óptimo nivel de excelencia mediante: una información de alta calidad, ágil, oportuna y fidedigna. Integrando el mayor número de instituciones como fuentes de datos. Alcanzar un nivel técnico apropiado a través de la capacitación y conformación de un equipo multidisciplinario con alta ética de trabajo, orientado por una reconocida tradición de servicio. ⁽²⁰⁾

Su Organización para cumplir esta misión, es que cuenta con una área operativa por una secretaría, seis servicios (de vigilancia epidemiológica, de zoonosis, de emergencia de zoonosis y traslado de cadáveres, servicio de clasificación internacional de enfermedades y causas de muertes, servicio de estadística vital, servicio de accidentes y hechos vitales) y seis coordinaciones de epidemiología distritales. ⁽²⁰⁾

Objetivo general

Evaluar el servicio de epidemiología del distrito capital, aplicando el instrumento de evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta (RSI 2005 - Anexo IA) propuesta MERCOSUR 2006, durante el período Julio-Septiembre del 2012.

Objetivos específicos

- 1.- Evaluación de las capacidades básicas para detectar, verificar, evaluar y notificar.
- 2.- Evaluación de las capacidades básicas para investigar, intervenir y comunicar.

METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y analítico, donde se evaluó el servicio de epidemiología estatal del distrito capital, aplicando el instrumento estandarizado de evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta OMS/MERCOSUR, durante el período Julio-Septiembre del 2012.

La unidad de estudio, fue el servicio de epidemiología estatal del distrito capital, un servicio de salud técnico-administrativo, el cual es el órgano asesor del sistema unificado de salud del distrito metropolitano de caracas, durante el período señalado.

Variables del estudio Marco legal; Capacidad de detectar; Capacidad de investigar.

Se cargaron los datos registrados en los instrumentos de ECB (Excel): nivel intermedio, en la base de datos Excel, suministrados por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica (DVE). Se analizó la información, utilizando Medidas de Tendencia Central (porcentaje).

Los resultados obtenidos se presentaron en tablas, cuadros y gráficos para el posterior análisis de contenido. Por último se elaboró un diagnóstico de la Unidad de Epidemiología Estatal, Distrito Capital.

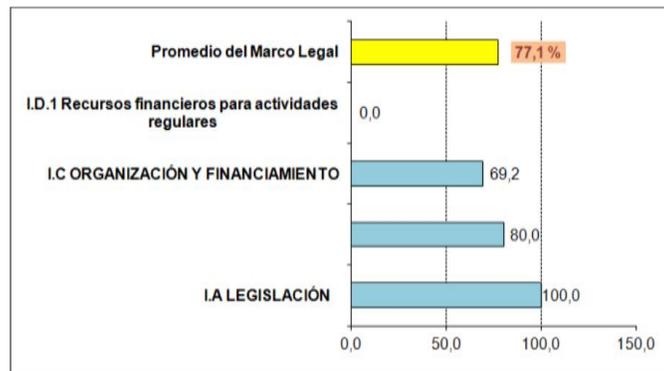
RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados que ayudaron a identificar las fortalezas y debilidades del servicio de epidemiología del distrito del distrito capital:

a) EVALUACION DE CAPACIDADES BASICAS EN EL NIVEL INTERMEDIO

La evaluación del Marco Legal, Institucional y Administrativo de las capacidades básicas a nivel intermedio, alcanzo un 77%; con treinta y siete (37) respuestas afirmativas. Al desagregar los tres componentes de esta sección Legislación, normas y procedimientos, organización y financiamiento, evidenciamos que alcanzan los siguientes porcentajes 100%, 80% y 69,2% respectivamente.

GRAFICO 1.- Promedio de la Evaluación del Marco Legal, Institucional y Administrativo del Servicio de Epidemiología del Distrito Capital, nivel intermedio, Septiembre 2012.

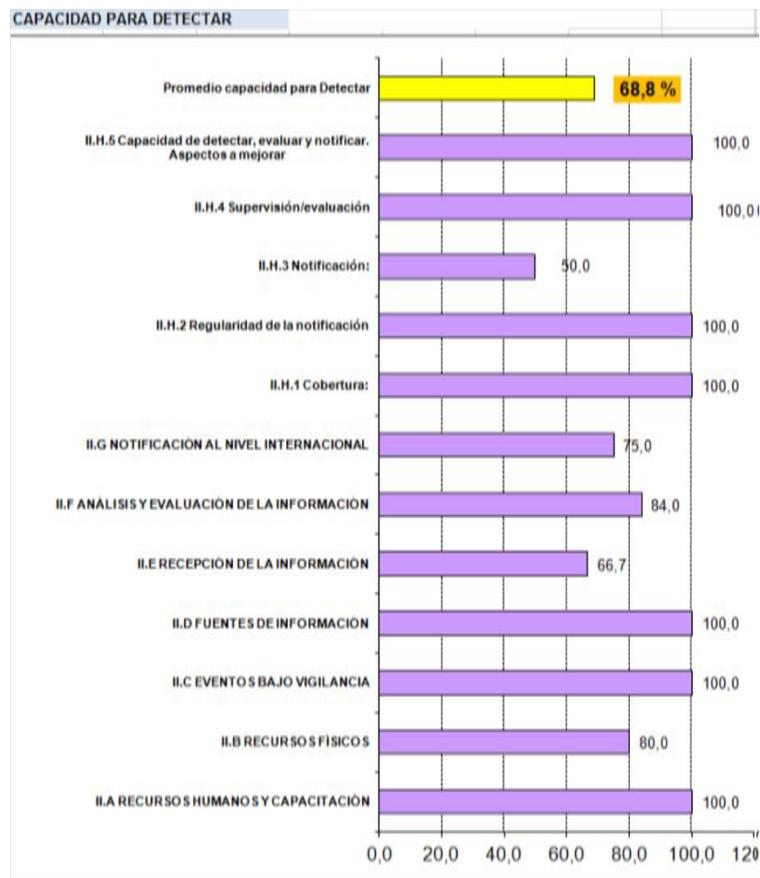


Fuente: Instrumento de RSI 2005, Adaptado de MERCOSUR.

b) DETECCION, EVALUACION Y NOTIFICACION

La evaluación de las capacidades para detectar a nivel intermedio, alcanzó un 68,8%; con setenta y seis (76) respuestas afirmativas. Al desagregar los componentes de esta sección evidenciamos que alcanzan porcentajes entre 50% y 100%.

GRAFICO N° 2.- Promedio de la Evaluación de la Capacidad para Detectar en el Servicio de Epidemiología del Distrito Capital, nivel intermedio, Septiembre 2012.



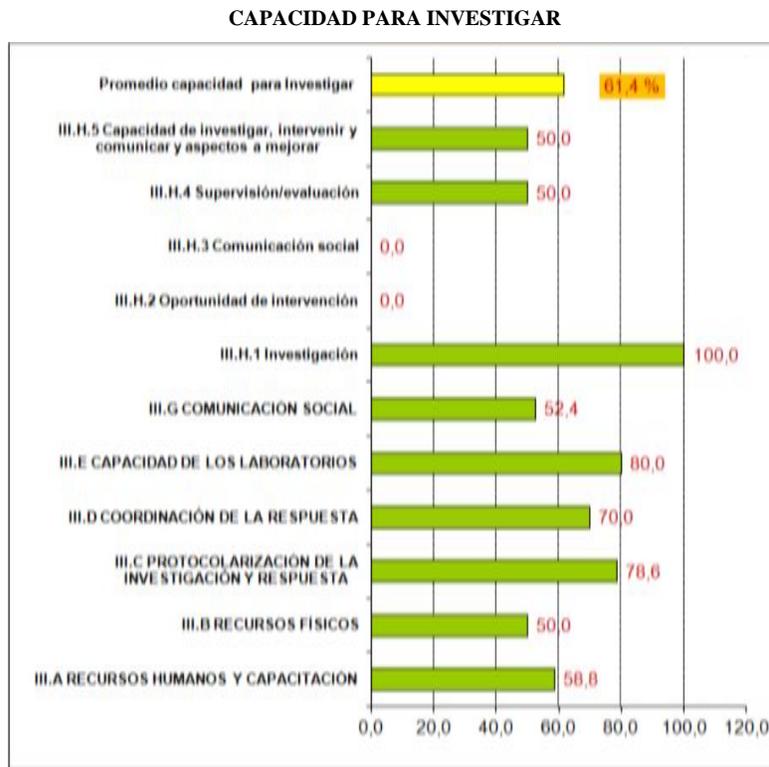
Fuente: Instrumento de RSI 2005, Adaptado de MERCOSUR.

c) CAPACIDAD DE INVESTIGAR, INTERVENIR Y COMUNICAR

La evaluación de las capacidades para investigar a nivel intermedio, alcanzó un 61,4%; con ochenta y seis (86) respuestas afirmativas. Al desagregar los componentes de esta sección evidenciamos que alcanzan porcentajes entre 0%, 45,5% y 100%.

Por lo que el promedio en general de la evaluación de las capacidades básicas para la vigilancia y respuesta del servicio de epidemiología del distrito capital fué de 69%; promediándose las del marco legal en un 77,1%, las de capacidad para detectar un 68,8% y la capacidad de investigar un 61,4%.

GRAFICO N° 3.- Promedio de la Evaluación de la Capacidad para Investigar en el Servicio de Epidemiología del Distrito Capital, nivel intermedio, Septiembre 2012.



Fuente: Instrumento de RSI 2005, Adaptado de MERCOSUR.

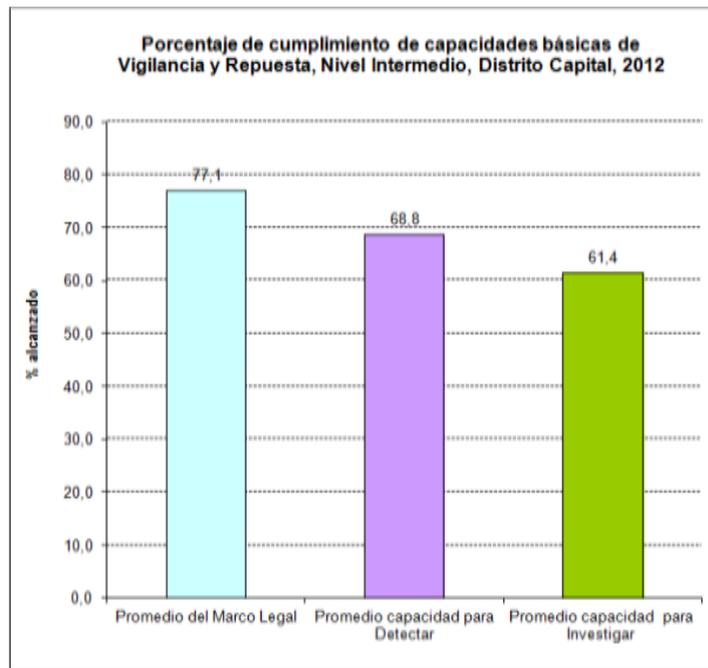
DISCUSION

Al evaluar el Marco Legal, Institucional y Administrativo a pesar de lograr en promedio un 77% de las actividades, al desagregarlos observamos que la organización y financiamiento promediaron un 69,2%, las normas y procedimientos promediaron un 80% y la legislación alcanzó el mayor porcentaje (100%).

El servicio de epidemiología del distrito capital, está normado y legislado a través de resoluciones, leyes, decretos en gaceta oficial y la rectoría del MPPPS, recibiendo cooperación técnica nacional e internacional en vigilancia epidemiológica, control de enfermedades y respuesta a emergencias permanentemente, bajo la supervisión y evaluación de las autoridades del nivel nacional, quienes hacen posible la actualización de la pautas y normas cada 1-2 años, como consta en circulares oficiadas emanadas por el ministerio, comunicaciones, convocatorias, documentos, además de las reuniones de actualización nacionales con los epidemiólogos estadales/regionales,

municipales, distritales y hospitalarios y las publicaciones de los acuerdos y avances en las páginas web del MPPPS, disponibles en internet.

GRÁFICO N° 4. Porcentaje de las Capacidades Básicas de Vigilancia y Respuesta en el nivel intermedio, Servicio de Epidemiología Estatal del Distrito Capital, Septiembre 2012.



Fuente: Instrumento de RSI 2005, Adaptado de MERCOSUR.

Mientras que la organización y financiamiento, el otro componente del marco legal, alcanzó sólo 69,2%; las dificultades en materia financiera, se deben principalmente a que la Dirección Estatal de Epidemiología no maneja los recursos financieros propios directamente, dependiendo del presupuesto anual de la Dirección Estatal de Salud y aportes especiales para situaciones de emergencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPPS); además, las actividades relativas al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) no están incorporadas en el presupuesto como partida específica. Por ello, los recursos financieros en el nivel intermedio fue de un 0% en promedio.

Respecto a la evaluación de la Capacidad para Detectar, Evaluar y Notificar, evidenciamos que la valoración se ubicó en 68,8%. Al desagregar los componentes evaluados, se reportaron porcentajes que oscilan entre 50% y 100%.

Recursos Humanos y Capacitación, Eventos bajo vigilancia, Fuentes de Información, Regularidad de la notificación, Cobertura, y la Supervisión/evaluación, promediaron 100%; lo que evidencia que

el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria intermedia maneja los eventos a vigilar y notificar. Cuenta con talento humano capacitado, con desempeño y responsabilidad en las actividades de detección, evaluación y notificación, participando y actualizándose continuamente en el programa de vigilancia y análisis de ENI, bajo la supervisión y control de las autoridades nacionales, verificándose con un indicador de promedio alto de 100%. Esta unidad de epidemiología, funciona bajo la responsabilidad de médicos epidemiólogos, licenciados en enfermería, técnicos en registro de salud, secretariado, conductores, motorizados y estudiantes del 3er año de Medicina de la U.C.V. para las actividades especiales del horario de la tarde, días feriados y fines de semana, éstos últimos, también actualizados, capacitados y supervisados en sus actividades, diariamente, por el personal de salud. Una de las fortalezas detectadas es que todo este personal está asignado exclusivamente a las actividades del nivel intermedio.

Este estudio resalta varios aspectos prácticos y positivos, como es el hecho que la mayoría de los responsables y directivos de las actividades de vigilancia en el nivel intermedio ha recibido como mínimo 2 años de formación superior universitaria y acreditada para esta actividad, así como, el 100% del resto del personal de salud ha sido actualizado y capacitado durante los últimos dos años. Fuentes de información, otra de nuestras fortalezas en el nivel intermedio, ya que al observar, la disponibilidad de los recursos físicos, se evidencia que el Distrito Capital, cuenta con suficientes establecimientos de salud públicos y privados, que conforman la red de vigilancia de epidemiología, dispersos en todo el distrito capital y que participan activamente en el sistema público de vigilancia de eventos/enfermedades relevantes en salud pública, utilizando también las fuentes formales de información, así como la lista de eventos de notificación obligatoria (ENO) normados a nivel nacional, por lo que el promedio de evaluación se ubicó en un 80%.

En cuanto a la recepción de la información promedia 66,7%, evidenciándose limitaciones en el nivel intermedio, debido a que esta unidad no funciona 24 horas, ya que no es una unidad de asistencia médica/o emergencia, es una unidad técnico-administrativa, laborando un recurso humano, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. durante 7 días a la semana, los 365 días al año. Con personal de salud que cubre horario de oficina y, los pasantes de zoonosis, bajo la supervisión diaria del epidemiólogo, que laboran en horario especial de 4:00 p.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes y de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. los fines de semana y días feriados. Contando con instrumentos estandarizados para la recepción de la información oficial, diariamente vía internet por correo electrónico del servicio, semanalmente en el instrumento EPI-12 y mensualmente en el instrumento EPI-15, a través de la red

digitalizada del Sistema de Información de Salud (SIS). El flujo de recepción de la información desde los centros de salud hasta los distritos, sólo ocurre en horario de oficina, no cuentan con otro personal que cubra horario especial, ni otros medios de comunicación, sólo cuentan los epidemiólogos con teléfono móvil para la recepción de cualquier ENI y su posterior notificación al nivel intermedio las 24 horas del día; desviándose el flujo de la recepción en algunas oportunidades hacia el nivel nacional.

Los datos recolectados sobre eventos de notificación inmediata (ENI), proceden de los niveles locales (hospitales, ambulatorios, clínicas, o de centros de referencia de los distritos sanitarios), que todavía no cuentan con los recursos digitalizados para la recolección de la información, sigue siendo en forma rutinaria, diariamente por el personal de salud de los niveles locales, llenando manualmente formatos de registros, para luego consolidarlos y enviarlos según el nivel de información al distrito sanitario, para continuar el flujo de información hasta el nivel estatal o regional y por último al nivel nacional. Estas limitaciones en la notificación inmediata, desde los centros de salud a nivel distrital en la hora de recibir y enviar la información del ámbito local al estatal o intermedio, logra un promedio apenas del 50%, explicada principalmente por la carencia de equipos y medios de comunicación en los centros de salud, aún cuando haya presencia de una unidad de epidemiología hospitalaria o personal que ejerza funciones de vigilancia epidemiológica. Limitación que se incrementa ya que la vigilancia epidemiológica de los niveles locales no depende del nivel intermedio, aunque disponga de teléfono, computadora o internet.

Asimismo, la oportunidad de la notificación de los ENI desde los niveles locales, al intermedio alcanzó un promedio del 50%, explicado en parte en el párrafo anterior; aunque el nivel intermedio dispone de recursos de apoyo para la recepción y envío posterior de la notificación de los ENI al nivel central, sólo disponen de un servidor conectado en cada distrito sanitario, en red con el nivel intermedio y nacional, para uso del SIS semanal y un teléfono móvil para la notificación diaria. En la mayoría de los distritos sanitarios este servidor, no es exclusivo para las actividades de epidemiología, se comparte con otros programas o pertenece a control de gestión. Sin embargo, este flujo de notificación se cumple con obligatoriedad semanalmente, por lo que la regularidad de la información se promedió en un 100% en este nivel. Mientras que el flujo de la notificación desde este nivel intermedio al nivel internacional, se ubicó en un 75%, ya que la verificación de los ENI, depende específicamente del nivel nacional.

El análisis y evaluación de la información se promedió en 84%; actualmente, además de contar con personal capacitado, el nivel intermedio cuenta con el SIS (Sistema de Información en Salud), lo que facilita la consolidación de la información por parroquias y distritos sanitarios, facilitando así el procesamiento y la evaluación diariamente, para su posterior análisis, ubicándose este componente en 75%.

En cuanto a las supervisiones/evaluaciones de los procedimientos de vigilancia del nivel intermedio, se cumplen en 100%, con las evaluaciones externas realizadas por el nivel nacional en reuniones oficializadas y programadas durante el año, las cuales son verificadas por acuerdos o cumplimientos de actividades específicas como son búsqueda activa de casos, investigaciones retrospectiva de casos, análisis y diagnóstico de situación de salud, jornadas puntuales, entre otras; mientras que las supervisiones/evaluaciones locales, las realiza el nivel intermedio mensual o trimestral, acordadas por disponibilidad del personal de salud intermedio local, las cuales son verificadas con actas levantadas en las reuniones intrainstitucionales.

El resultado de la evaluación de las capacidades básicas para Investigar, Intervenir y Comunicar alcanzó un 61,4%. Entre los diferentes aspectos que conforman esta capacidad, el renglón más bajo correspondió a la capacidad de respuesta de los servicios de salud en un 45,5%; igualmente con un promedio del 50% destacan las limitaciones en cantidad de recursos físico y un promedio del 58,8% en recurso humano disponible y capacitado en este nivel, sin medios de comunicación para asumir las responsabilidades de la vigilancia epidemiológica; aunque es importante destacar que en la práctica han sido valiosos los esfuerzos realizados en los niveles locales e intermedios ante las amenaza o riesgos de eventos con importancia de salud pública internacional como por ejemplo cólera, meningococemias, tétanos y sarampión, entre otras.

La evaluación de la capacidad de los servicios de salud, en investigar, intervenir y comunicar, se promedió en 45%, no depende exclusivamente del nivel intermedio, ya que en ese nivel, el personal de salud comparte las actividades de vigilancia epidemiológica y de respuesta rápida a los ENI con actividades asistenciales o de programas de salud; son pocos los hospitales, clínicas o centros de barrio adentro los que cuentan con una unidad de epidemiología/ respuesta rápida o un área responsable de las medidas de control y personal de salud capacitado para ello; sin embargo al declararse una emergencia de salud pública, estos niveles locales reciben apoyo inmediato de los epidemiólogos distritales, así como del nivel intermedio y del nivel nacional. Cumpliéndose con la Protocolarización de la información en 78,6%, la investigación en un 100%,

aunque no oportunamente. Evidenciándose, el recurso humano capacitado en 58,8% como equipo de respuesta rápida ante ESPII, aplicando las medidas de control ante una emergencia. La capacitación y actualización de normas, pautas y los procesos de vigilancia y respuesta se realizan bajo la coordinación y supervisión del equipo de salud del nivel local e intermedio. Si bien es cierto, que el ERR, depende fundamentalmente de los niveles locales y no del intermedio, sigue siendo un personal de salud que cumple actividades esencialmente asistenciales, o de programas de salud, por turnos, cumpliendo siempre las normas y procedimientos de vigilancia, establecidos en el marco legal, institucional y administrativo del nivel nacional. Siendo esto una limitación en el equipo de respuesta rápida, agregándosele, que este personal es cambiante, rotativo, puede ser fijo o contratado, no es exclusivo para estas actividades y depende fundamentalmente de la dirección de recurso humano distrital. Aún con la disponibilidad de profesionales y técnicos del área; la capacitación en comunicación, difusión y simulacros en la red hospitalaria presenta limitaciones y carencias, pues depende exclusivamente de la dirección de recurso humano hospitalario. La valoración de los recursos físicos y la evaluación de las reservas de las estrategias técnicas nacionales alcanzaron el 50%; se explica por un manejo correcto de los protocolos de la investigación por parte del personal de salud en un 78,6%; con capacidad de respuesta de los laboratorios en un 80%; mientras que la comunicación y voceros de los ESPII queda bajo la responsabilidad exclusiva del MPPS en 52,4%. La coordinación de las respuestas, se ubicó en 70%, explicada por el acompañamiento del nivel nacional, quienes son los que establecen las medidas de control y su aplicación interinstitucionales. Al igual que la Comunicación Social que se ubica en 0%, debido a que este componente es principalmente competencia del nivel nacional y se difunde a la población una vez oficializado el ENI, para utilizar los medios de comunicación del nivel intermedio y locales solamente en las medidas de control.

Al disgregar los componentes de intervención e investigación, podemos observar que presenta un porcentaje de 100%; reportándose en este último cuadro porcentajes que oscilan entre 0% y 100%; En términos generales se destaca que los equipos regionales de vigilancia necesitan apoyo en lo referente a la recolección de la información desde los niveles locales que reportan limitaciones para notificar los eventos de Enfermedades de Notificación Obligatoria tradicionales para ser renviada oportunamente al nivel nacional.

Las supervisiones/evaluaciones de las capacidades de respuesta de los niveles locales, se cumplen en 50%; se realizan junto con las evaluaciones externas realizadas por el nivel nacional, como se describió en los párrafos anteriores.

El resumen de la evaluación de las capacidades básicas de vigilancia y respuesta a nivel intermedio en el servicio de epidemiología del Distrito Capital se ubicó en promedio 69.9%; con un 61,4% de capacidades para investigar, intervenir y comunicar; 68,8% de capacidades para detectar, evaluar y notificar y 77,1% las capacidades relacionadas con el marco legal, institucional y administrativo. Lo que plantea la necesidad de fortalecer el componente de Investigar, intervenir y comunicar, expuesto en detalles en párrafos anteriores.

AGRADECIMIENTOS

De manera especial y sincera al Dr. L.M. Washington por su invaluable aporte en esta investigación, a las autoridades del Ministerio del poder popular para la Salud, por servir de apoyo y facilitadores en la documentación del modelo evaluación, para la culminación de este trabajo, a la Dra. Edna Rojas, por su colaboración y permisología para realizar la evaluación en el servicio.

REFERENCIAS

1. Motta PR. Desempeño en equipos de salud. OPS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Brasil: Editora FGV; 2001.
2. Donabedian A. Evaluation of the Quality of Medical Care. *Milbank Memorial Foundation Annals*. 1966; Vol. 44 (2).
3. Donabedian A. A Guideto Medical CareAdministration. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Argentina*. 1969; Vol. 2
4. COMCAM. Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina. Argentina.Ed. COMCAM. 1992.
5. Corach L yMalamud M. Manejo del Hospital Público y Privado.Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1985.
6. López-Moreno S, Garrido-Latorre F y Hernández-Ávila M. Reseña histórica de la epidemiología. *Salud Pública de México*. 2000; 42(2): 133-143.
7. De Moraes NH. Garantía de la calidad en hospitales de América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1991.
8. Dever Alan GE. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Washington: PALTEX; 1991
9. Crespi RJ. El Control y la evaluación de sistemas de atención médica. Buenos Aires:Ediciones Nero; 1992.
10. Cuesta-Gómez A, Moreno-Ruiz J y Gutiérrez Martí R. La Calidad de la Asistencia Hospitalaria. España: Ediciones Doyma; 1986.
11. Feld S, Rizzi C y Goberna A. El Control de la Atención Médica López. Buenos Aires: Libreros Editores; 1978.

12. OMS/OPS. Manual de Epidemiologia Organización Mundial de la Salud Washington, D.C:Ed. PALTEX; 2009
13. Álvarez AR. Administración y salud pública. 2da Edición. México D.F:Editorial El Manual Moderno; 2002 :95-103
14. Verduzco Guerrero E. La epidemiología en la práctica médica: Conceptos Generales.2da Edición. México D.F: Editorial El Manual Moderno; 2002 :105-113
15. Kahl-Martin C. Fundamentos de Epidemiología.2da edición.Madrid:Ediciones Díaz De Santos, S.A.;1990.
16. OMS. Evaluación de las actividades de planificación de familia en los servicios de salud. Series de informes técnicos n° 579. 1975.
17. OMS.Reglamento Sanitario Internacional. 2005.[monografía en internet].Washington D.C 2007. [acceso 17 de marzo 2011]Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/>
18. Castellanos PL. La epidemiología y la organización de los sistemas de salud. Publicación Científica N° 519OPS/OMS. 1987: 212-219.
19. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington citado por OPS. La Salud Pública en las Américas Nuevos Conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington. 2002.
20. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la Región de las Américas. Washington: OPS; 2001.