



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA GENERAL



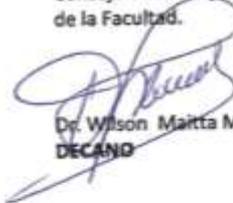
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Sustentada la Tesis de la **MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION DE SALUD** del Dr. José Matute Quintero, por su presentación, contenido, exposición oral y la profundidad de conocimientos, este Jurado Calificador Le otorga la calificación de:

NOTA: 9

EQUIVALENTE: Muy bueno

Para constancia y verificación firman la presente Acta, el Dr. Wilson Maitta Mendoza, Presidente del H. Consejo Directivo, los Miembros del Tribunal Calificador y la Abg. Carmen Morán Flores, Secretaria de la Facultad.


Dr. Wilson Maitta Mendoza
DECANO

TRIBUNAL CALIFICADOR

NOMBRES y APELLIDOS

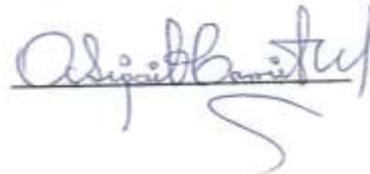
FIRMA

Dr. Wilson Maitta Mendoza, Decano



Dr. Carlos Torres Nôe, Examinador

Dra. Abigail Carrriel Ubilla, Examinador



Guayaquil, dieciséis de diciembre del 2012


Abg. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tema de Tesis: "EVALUACION DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010"

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD, DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR EL SR. DOCTOR JOSÉ LUIS MATUTE QUINTERO, CON C.I. # 130852821-3.

CUYO TEMA DE TESIS ES "EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010".

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:


ING. JOSÉ MATUTE LUCIO
TUTOR



REPÚBLICA DEL ECUADOR
HOSPITAL GENERAL "DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO"
DIRECCIÓN

Manta, 1 de febrero de 2011

Señor Dr.
José Luis Matute Quintero
Ciudad.-

De mi consideración:

Por la presente atento a su solicitud, tengo a bien informarle que se le autoriza para que efectúe la investigación para su tesis de grado titulada: **"EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010"**. Para optar por el grado de Magister en Gerencia y Administración en Salud por lo que se le brindará toda la colaboración que requiera para el éxito de su trabajo de tesis.

Atentamente,


Dra. Violeta Avila Giler
DIRECTORA





**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**“EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL
RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE
MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010”**

Tesis presentada como requisito para optar por el grado de
Magíster en Gerencia y Administración en Salud

**AUTOR:
DR. JOSÉ LUIS MATUTE QUINTERO**

**TUTOR:
ING. JOSÉ MATUTE LUCIO**

**GUAYAQUIL-ECUADOR
2012**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Esta Tesis cuya autoría corresponde al Dr. José Luis Matute Quintero, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD.**

**DR. WILSON MAITTA MENDOZA
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**DRA. ABIGAIL CARRIEL UBILLA
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**DR. WILSON POZO GUERRERO
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**DR. CARLOS TORRES NOÉ
MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Ab. Carmen Morán Flores
SECRETARIA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

DIPLOMADA CLARA NARCISA MACÍAS CEDEÑO, con domicilio ubicado en Sauces 5, Mz. 215, Villa 15, Guayaquil; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborada por el Sr. Doctor José Luis Matute Quintero, con C.I. # 130852821-3, previo a la Obtención del Título de **MAGÍSTER EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD.**

TEMA DE TESIS: "EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010".

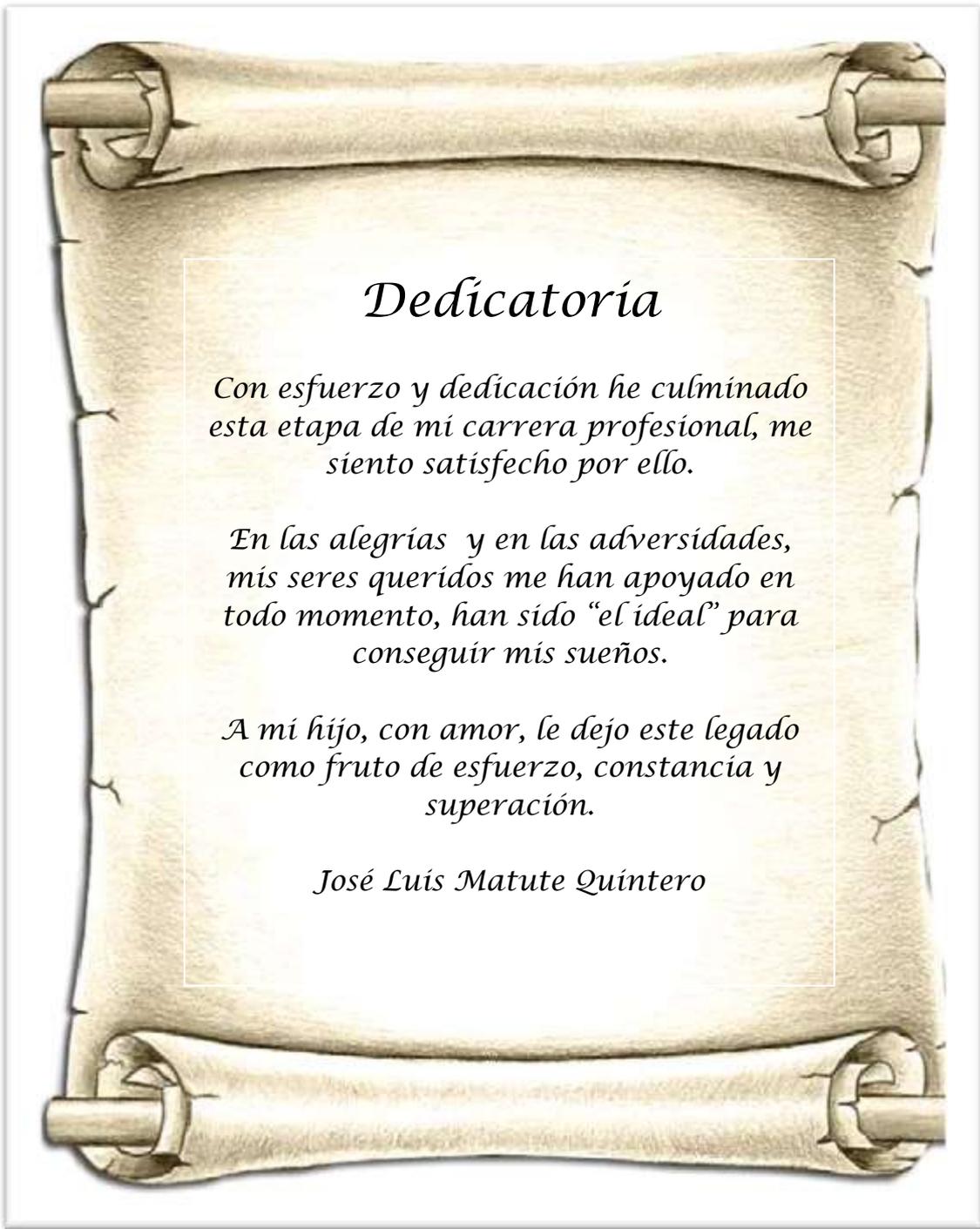
La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.


DIPLOMADA CLARA NARCISA MACÍAS CEDEÑO

C.I. # 0905098356

Registro: 1006-10-709227

Teléf. Cel.: 0985552514

A scroll with text on it. The scroll is unrolled and has a light beige, textured appearance. It is held by four wooden rollers at the corners. The text is centered on the scroll.

Dedicatoria

Con esfuerzo y dedicación he culminado esta etapa de mi carrera profesional, me siento satisfecho por ello.

En las alegrías y en las adversidades, mis seres queridos me han apoyado en todo momento, han sido "el ideal" para conseguir mis sueños.

A mi hijo, con amor, le dejo este legado como fruto de esfuerzo, constancia y superación.

José Luis Matute Quintero

Agradecimiento

A Dios, por ser mi guía espiritual.

Con infinito agradecimiento a la Universidad de Guayaquil por darme la oportunidad de crecer profesionalmente, a todo el cuerpo docente que plasmó en mí sus sabias enseñanzas.

*Por su acertada asesoría, al **Ing. José Matute Lucío**, quien con sus vastos conocimientos ha guiado mi trabajo de Tesis, y ha compartido conmigo sus probas experiencias, sin escatimo de ninguna naturaleza. Gracias, usted es un gran ser humano, ejemplo de sencillez y sapiencia.*

A todas las personas que me han apoyado en la consecución de mis sueños.

José Luis Matute Quintero

RESUMEN

En el área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital “Rafael Rodríguez” de Manta, se identificó como problema que el proceso del manejo de información sobre la situación de las enfermedades de interés epidemiológico se ha venido desarrollando en medio de dificultades y limitaciones en el orden organizacional, lo que atenta contra el adecuado control y prevención de las enfermedades en el usuario interno y externo repercutiendo en la eficaz toma de decisiones. Para llevar a cabo la investigación se planteó como Objetivo General: Evaluar la organización de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital, y como Objetivos Específicos: Indicar la Demanda y Oferta de Vigilancia Epidemiológica, establecer cuál es el personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica, por edad, sexo, años de servicio, grado de instrucción, cargo y capacitación; Desarrollar un diagnóstico de situación de Vigilancia Epidemiológica del Hospital y el Diseño de una Propuesta de Mejoramiento Organizacional. El universo estuvo conformado por 40 personas correspondientes al personal de salud y directivos del Hospital involucrados en el proceso de vigilancia epidemiológica; la muestra fue igual al universo. El tipo de investigación fue Descriptivo y No Experimental. Abarcó el período 2010. Para el diagnóstico se emplearon talleres participativos y encuestas que involucraron al personal de salud y autoridades, a quienes se les aplicó cuestionarios preestablecidos para el manejo de la información, los resultados determinaron que hubo una demanda de 3.529 reportes de pacientes atendidos a través de la ejecución de los diferentes Programas del Ministerio de Salud Pública, el diagnóstico se llevó a cabo en cuatro fases, Organización, Capacitación, Notificación y Evaluación. Se llegó a la conclusión general, que existen limitaciones para el desarrollo de actividades de Vigilancia Epidemiológica, insuficiente planificación de las capacitaciones en la institución, limitado conocimiento de formularios y el llenado de los mismos, escaso conocimiento de los programas del MSP, limitada delegación de responsabilidades en el personal de Laboratorio para las enfermedades de interés epidemiológico, inexistencia de recursos económico y falta de evaluadores de los diferentes procedimientos y programas, para lo cual se formuló la Propuesta de Mejoramiento Organizacional.

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, VIGILANCIA SALUD, VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, EVALUACIÓN.

SUMMARY

In the area of Epidemic Surveillance of the Hospital "Rafael Rodríguez" of Manta, it was identified as problem that the process of the handling of information on the situation of the illnesses of epidemic interest one has come developing amid difficulties and limitations in the organizational order, what attempts against the appropriate control and prevention of the illnesses in the internal and external user rebounding in the effective one taking of decisions. To carry out the investigation she thought about as General Objective: To evaluate the organization of the Epidemic Surveillance of the Hospital, and as Specific Objectives: To indicate the Demand and Offer of Epidemic Surveillance, to settle down which the personnel of health is assigned to the Epidemic Surveillance, for age, sex, years of service, instruction grade, position and training; to Develop a diagnosis of situation of Epidemic Surveillance of the Hospital and the Design of a Proposal of Organizational Improvement. The universe was conformed by 40 people corresponding to the personnel of health and directives of the Hospital involved in the process of epidemic surveillance; the sample went similar to the universe. The investigation type was Descriptive and Not Experimental. It embraced the period 2010. For the diagnosis shops participativos and surveys were used that involved to the personnel of health and authorities to who were applied questionnaires preset for the handling of the information, the results they determined that there was a demand of 3.529 reports of patients assisted through the execution of the different Programs of the Ministry of Public Health, the diagnosis was carried out in four phases, Organization, Training, Notification and Evaluation. You reached the general conclusion that limitations exist for the development of activities of Surveillance Epidemic, insufficient planning of the trainings in the institution, limited knowledge of forms and the one filled of the same, scarce knowledge of the programs of the MSP, limited delegation of responsibilities in the personnel of Laboratory for the illnesses of epidemic interest, economic nonexistence of resources and lack of appraisers of the different procedures and programs, for that which the Proposal of Organizational Improvement was formulated.

PASSWORD: EPIDEMIOLOGY, SURVEILLANCE HEALTH, EPIDEMIC SURVEILLANCE, SYSTEMS EPIDEMIC SURVEILLANCE, EVALUATION.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. PROBLEMA	2
1.2. OBJETIVOS	3
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.3. HIPÓTESIS	3
1.4. VARIABLES	3
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. EPIDEMIOLOGÍA	4
2.2. VIGILANCIA EN SALUD	4
2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	16
2.4. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	17
2.5. LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	18
2.6. COMPONENTES Y ATRIBUTOS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	20
2.7. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	21
2.8. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA	24
2.9. INDICADORES DE SALUD	27
3. MATERIALES Y MÉTODOS	33
3.1. MATERIALES	33
3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS	33
3.1.3.1 Recursos Humanos	33
3.1.3.2 Recursos Físicos	33
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA	34
3.1.4.1. Universo	34

3.1.4.2. Muestra	34
3.2. MÉTODOS	34
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35
1.1. DEMANDA Y OFERTA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO	35
1.1.1. DEMANDA DE LOS PROGRAMAS DEL MSP, PERÍODO 2010	35
1.1.2. OFERTA	45
1.2. ESTABLECIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ASIGNADO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL	47
1.3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	56
1.4. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL	89
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	104
5.1. CONCLUSIONES	104
5.2. RECOMENDACIONES	105
6. BIBLIOGRAFÍA	106
7. ANEXOS	112

1. INTRODUCCIÓN

Vigilancia en salud, es la recopilación, análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre eventos de salud-enfermedad en una población para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la salud pública. Es información analizada para la acción y su objetivo es obtener información actualizada y oportuna para ofrecer orientación técnica a quienes tienen responsabilidad de decidir acciones de prevención y control.

La vigilancia epidemiológica, es considerada como el conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir, con el fin de recomendar oportunamente las medidas indicadas que lleven a la prevención y el control de la enfermedad.

Es una de las principales herramientas que se dispone en Salud Pública para establecer la ocurrencia, distribución y factores condicionantes en los procesos de salud-enfermedad-atención. Además abarca el desarrollo de intervenciones que modifiquen la problemática observada. También permite la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de estos datos proporciona las bases para la toma de decisiones y al mismo tiempo facilita su difusión.

Es de observar que la evolución del concepto de “vigilancia epidemiológica” ha venido ocurriendo dentro del proceso de consolidación de la epidemiología moderna como disciplina básica de la salud pública. Dichos cambios, por tanto, se han visto

influenciados en cierta medida por el cambio de paradigmas. En la práctica, el objeto de vigilancia epidemiológica se amplió el ámbito de las enfermedades transmisibles a las no-transmisibles, a ciertos factores de riesgo y a otras condiciones de interés para la salud pública.

1.1. PROBLEMA

Entre los procesos de funcionamiento gerencial del Hospital “Rodríguez Zambrano” de Manta, la Vigilancia Epidemiológica tiene la responsabilidad de manejar información para dar a conocer a las autoridades de la institución sobre la situación de las enfermedades de interés epidemiológico y ejecutar acciones orientadas a controlar y prevenir los eventos que lesionan la salud; pero este proceso se ha venido desarrollando en medio de dificultades y limitaciones en el orden organizacional, afectando el adecuado control y prevención de las enfermedades en el usuario interno y externo.

El propósito de esta investigación se centró en evaluar la organización de la Vigilancia Epidemiológica de la Institución, esto permitió identificar los problemas, sus causas, y las características a través de encuestas y talleres participativos, donde se involucró a todo el personal que interviene en la Vigilancia Epidemiológica, permitiendo con dichos resultados diseñar una Propuesta de Mejoramiento Organizacional, que beneficiará indudablemente a toda la comunidad hospitalaria y a la ciudadanía en general, ya que está orientada a la toma de decisiones y planificación de estrategias de prevención y control.

El universo fue el personal de salud y directivos del Hospital asignados al proceso de Vigilancia Epidemiológica en número de 40; la muestra fue igual al universo. Se trató de una investigación Descriptiva y No Experimental.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la organización de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Rodríguez de Manta. Propuesta de Mejoramiento.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Indicar la Demanda y Oferta de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital.
1. Establecer cuál es el personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital, por edad, sexo, años de servicio, grado de instrucción, cargo y capacitación.
2. Desarrollar un diagnóstico de situación de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Rodríguez.
3. Diseño de una Propuesta de Mejoramiento Organizacional.

1.3. HIPÓTESIS

La evaluación de la Vigilancia Epidemiológica permitirá diseñar una propuesta que mejore su desempeño organizacional.

1.4. VARIABLES

1.4.1. Variable Independiente

Vigilancia Epidemiológica.

1.4.2. Variable Dependiente

Propuesta de Mejoramiento Organizacional.

1.4.3. Variables Intervinientes

Demanda, Oferta, personal de salud y autoridades.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGÍA

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define a la Epidemiología, como el tratado de las epidemias. Se trata de una disciplina científica dedicada al estudio de los determinantes, la distribución, la frecuencia, las predicciones y el control de los factores vinculados a la salud y la enfermedad de los seres humanos. Por lo tanto, utiliza recursos de las ciencias de la salud (como la medicina) y de las ciencias sociales para estudiar el bienestar de las personas de una comunidad determinada. Forma parte de la medicina preventiva y ayuda a la formulación de las políticas de salud pública.

Para Castellanos 1995, “la Epidemiología como disciplina sociomédica tiene como objeto de estudio básico la situación de salud de las poblaciones. Esta se extiende desde el estudio de datos derivados de la cuantificación de los fenómenos hasta, más recientemente, el uso de las técnicas cualitativas. El predominio de un enfoque poblacional refuerza el papel de las intervenciones de carácter preventivo y de promoción sobre colectividades tales como el saneamiento del medio, mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo, mejoramiento de la alimentación y nutrición, entre otras” (6)

2.2.VIGILANCIA EN SALUD

Al hablar de la salud de las poblaciones, vigilancia se convierte en un quehacer intrínseco de la Epidemiología, porque permite que se tomen las decisiones pertinentes para mejorar el estado de la salud de las comunidades. Requiere un "escrutinio dinámico usando generalmente métodos que se distinguen por su practicabilidad, uniformidad y frecuentemente por su rapidez, más que por su exactitud." (12)

Desde que se comenzó a utilizar el término vigilancia, se han descrito muchas y variadas definiciones. Los primeros intentos de este tipo de actividad tuvieron sus

antecedentes en la llamada Policía Médica. Fue el médico alemán Wolfgang Thomas Rau quien concibe el término sobre el año 1764. (10).

En Europa se aplicaba a un conjunto de medidas inherentes a la observación de los casos infecciosos, sus contactos y medidas de control, como el aislamiento y la cuarentena, junto a una declaración imprecisa de casos y muertes en situaciones epidémica. La vigilancia estaba basada principalmente en un control individual. (22)

Los trabajos del Dr. inglés Thomas Sydenham, en 1650, dieron origen al sistema actual de clasificación de enfermedades. En 1662, el inglés John Graunt, analizó los reportes semanales de nacimientos y muertes observados en la ciudad de Londres y el poblado de Hampshire durante los 59 años previos; comenzó así la recolección y análisis sistemáticos de datos. Por la misma época el doctor y economista William Petty, propuso por primera vez la creación de una agencia gubernamental encargada de la recolección e interpretación sistemática de la información sobre nacimientos, casamientos y muertes, y de su distribución según sexo, edad, ocupación, nivel educativo y otras condiciones de vida. (38)

En los años 1800 el epidemiólogo inglés *William Farr*, considerado por muchos el padre de la vigilancia y estadísticas demográficas modernas, comenzó sistemáticamente a coleccionar y analizar las estadísticas de mortalidad de Gran Bretaña. (17)

La versión moderna de vigilancia epidemiológica fue introducida por primera vez por los Centros de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de Estados Unidos, en 1953, aplicada al estudio de las enfermedades en las comunidades, como por ejemplo: la malaria, la fiebre amarilla y la viruela, entre otras. Su principal figura fue el Dr. Alexander Langmuir, para el que la vigilancia epidemiológica era: “...la observación activa y permanente de la distribución y tendencias de la incidencia mediante la recolección sistemática, la consolidación y la evaluación de informes de mortalidad y morbilidad, así como de otros datos relevantes...” Este importante científico estuvo al frente de los llamados detectives de enfermedades instituidos en los

Estados Unidos en la década de los años 1950. Una de sus contribuciones más reconocida fue la creación del *Epidemic Intelligence Service* (EIS). (15) Como se aprecia en la definición propuesta por el doctor Langmuir todavía no se explicitaba la utilización de la vigilancia para el control. Los eventos objeto de vigilancia se expresaban en indicadores negativos y no se precisaba el papel de la comunidad en esta actividad.

En los países socialistas en la misma época en el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga, el Dr. Karell Raska (27) definió la Vigilancia Epidemiológica en los siguientes términos: “Como el estudio epidemiológico de una enfermedad, considerada como un proceso dinámico que abarca la ecología del agente infeccioso, el hospedero, los reservorios y los vectores, así como los complejos mecanismos que intervienen en la propagación de la infección y en el grado de dicha propagación”, en esta definición se observa un pensamiento epidemiológico que concentra la vigilancia en los elementos principales de la triada ecológica de las enfermedades transmisibles, lo que limita la visión integral sistémica de todo proceso de salud.

Desde 1963, la Organización Mundial de la Salud (OMS) orientó la incorporación a la vigilancia de otros problemas públicos de salud. (29) Para 1968, en la XXI asamblea de la OMS, con el liderazgo de los doctores Langmuir y Raska, se enfocó la vigilancia nacional y global de enfermedades objeto de notificación obligatoria, se redefinieron las tres principales funciones de la vigilancia: a) la recolección sistemática de datos pertinentes, b) la evaluación y consolidación ordenada de estos datos, y c) la rápida diseminación de los resultados para los que necesitaban saber -particularmente para los tomadores de decisiones. Desde ese momento, una gran variedad de problemas de salud, como la leucemia, las malformaciones congénitas, los abortos, las lesiones, y los factores de riesgo fueron incorporados a la vigilancia.

En 1975, la OMS da a conocer una definición tomando en cuenta el lugar que ocupaban los factores ambientales dentro de la vigilancia epidemiológica; la define como: “La comparación y la interpretación de información, obtenida de programas ambientales y de monitoreo en salud, así como de otras fuentes, con el fin de proteger la

salud humana mediante la detección de cambios adversos en el estado de salud de las poblaciones, los cuales se pueden deber a factores ambientales peligrosos, todo ello con el fin de proporcionar la información necesaria para una intervención efectiva”.(9)

En esta definición aparecen tres elementos que distinguen la vigilancia a partir de esta fecha; el primero es la consideración de los factores ambientales, el segundo es la incorporación del término monitoreo, no como un sustituto de la vigilancia, sino como parte de esta y el tercero, la visión del campo de salud al abordar el estado de salud de la población en su interpretación dinámica.

En la década de los 90 del siglo XX, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos en Atlanta proponen una definición más abarcadora de la vigilancia. Unifican los criterios ambientales, epidemiológicos, sociales y los factores de riesgo en la prestación de los servicios de salud, entre otras. Se le denomina vigilancia en salud y se considera como: “El seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elementos básicos la diseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control”. (8)

En este mismo período, el Dr. Pedro Luís Castellanos, propone un Proyecto de Sistema de Vigilancia de Salud según Condiciones de Vida y el impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Este autor consideró que la situación de salud de la población de cada sociedad estaba estrechamente relacionada con su modo de vida. Con este enfoque propuso que se podían identificar brechas de salud mediante la utilización de perfiles diferentes de daños, en los que se articulen sistemas de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida, lo que sería de gran utilidad para la toma de decisiones. (7)

Aunque se reconoce la utilidad del sistema propuesto, en la práctica ha sido poco utilizado en la región de Las Américas, por la no disponibilidad de este tipo de información.

Mientras tanto, en esos mismos años en el continente latinoamericano, se refuerza la utilización de la vigilancia en la práctica sanitaria como eje trazador para la gestión, con la participación activa de la comunidad y de otros actores. El Doctor Gustavo Bergonzoli define a la vigilancia en salud como "un proceso de identificación, medición y seguimiento de las fortalezas y debilidades en salud de la población, ambientales, o por la observación continua de los individuos". (42)

Esta propuesta trasciende la concepción tradicional de vigilancia epidemiológica medida por indicadores negativos hacia la medición del estado de salud de la población mediante el empleo de indicadores positivos. Más adelante se incorpora un subsistema dentro de la vigilancia en salud denominado Análisis de la Situación de Salud que permite identificar los factores explicativos de la situación actual y los factores predictivos de los escenarios futuros. Es preciso destacar que esta propuesta sigue manteniendo toda su vigencia, ya que es muy útil en la conducción de sistemas gerenciales con enfoque epidemiológico.

Para varios salubristas brasileños el debate de la vigilancia en salud se plantea desde varias aristas. En 1994, redefinen la vigilancia en salud como parte de la práctica sanitaria, con dos concepciones básicas; una que privilegia la dimensión técnica, al concebir la vigilancia en salud como un modelo asistencial alternativo conformado por un conjunto de prácticas sanitarias que encierran cambios, acciones tecnológicas destinadas a controlar determinantes, riesgos y daños y otra dirigida a privilegiar la noción de vigilancia en salud caracterizada como una práctica que organiza procesos de trabajos en salud en forma de operaciones para confrontar problemas continuos en un determinado territorio.

En 1998 la Dra. Carmen Teixeira y otros, declaran la vigilancia en salud como un equivalente de la situación de salud, donde se amplía y referencia el objeto de

análisis y se trabaja la situación de salud de grupos de poblaciones bien definidos en función de sus condiciones de vida. (39)

En las propuestas de vigilancia brasileñas se incorporan nuevos sujetos, se utiliza ya no sólo la visión de los trabajadores de la salud, sino la participación organizada de la población, con acciones tanto en el ámbito individual como poblacional en función de mejorar su modo de vida.

En Ecuador, el Dr. Jaime Breilh [De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Trabajo basado en la ponencia a la Conferencia sobre Salud en el Trabajo y Ambiente: Integrando las Américas -Salvador (Brasil), junio 9 del 2002], plantea la necesidad de dar un salto desde la vigilancia epidemiológica al monitoreo participativo. En esta propuesta se parte de la forma de concebir al objeto salud. Mientras la vigilancia convencional concibe al objeto salud como un proceso esencialmente individual (casos), que se asume por el efecto negativo (enfermedad); en cambio, el monitoreo comprende los procesos críticos de una colectividad (determinantes protectores y destructivos de la salud), que se dan en modos de vida grupales y dentro de estos, las expresiones en los estilos de vida familiares, personales y las condiciones de los organismos y psiquismo individuales. En relación con esta propuesta del Dr. Breilh, se considera novedosa y aplicable a la realidad cubana esa visión de la vigilancia desde lo poblacional, el no enfocarla desde la perspectiva del riesgo, sino utilizar una concepción más amplia al tener que identificar procesos protectores y destructivos que operan en el modo de vida de los cubanos. Sin embargo, no se concuerda con la separación de la vigilancia y el monitoreo pues para esta, "monitoreo" es parte intrínseca de los sistemas de vigilancia, pero con objetivos más reducidos, pues se trata del seguimiento de eventos objeto de vigilancia que cuentan con registros conocidos que permiten establecer los límites de normalidad, lo que resulta de gran utilidad para la toma de decisiones.

En el 2005, en México el Doctor Jaime Sepúlveda refuerza la función de la vigilancia dentro de la salud pública, la cual incluye elementos que permiten vigilar y corregir el comportamiento del sistema de salud (servicios, recursos y políticas), además de otros eventos que no están bajo el control directo de las instituciones de atención a la

salud, por ejemplo: la educación pública, la medicina tradicional y la popular, así como la atención informal que es proporcionada por la familia o por la comunidad. En este caso se aprecia como para los mexicanos el concepto de vigilancia se hace operativo de manera más general; incorpora elementos demográficos e intenta alcanzar una visión más abarcadora que incluye de alguna manera la participación de la comunidad en esta actividad, retoma el concepto de vigilancia de la salud pública, dándole un papel protagónico a la participación de toda la sociedad, lo que permite una mejor toma de decisiones.

Para la OMS en los finales del siglo XX, la vigilancia ocupó un lugar esencial dentro de las funciones de la salud pública, entendidas como el conjunto de actuaciones que deben ser realizadas por el Estado con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo su finalidad, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. La segunda función, está referida a la vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños, que se entiende como la capacidad para llevar a cabo la investigación, vigilancia de brotes epidémicos y los modelos de presentación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, factores de comportamiento, accidentes y exposición a sustancias tóxicas o agentes ambientales perjudiciales para la salud. (30)

Estas funciones fueron medidas en un ejercicio regional (período 2000-2002) en el que participa un grupo importante de países de la región de Las Américas, los principales resultados demuestran que la función de vigilancia presenta uno de los mejores desempeños, se destacan como sus principales fortalezas, el nivel alcanzado en la existencia de sistemas de vigilancia adecuados para identificar amenazas a la salud pública, la capacidad de los laboratorios y el apoyo a los niveles subnacionales. La principal debilidad la representa la falta de capacidad de respuesta oportuna y eficaz sobre el control de problemas de salud pública. (24)

A finales del año 2007, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó el informe de la salud de Las Américas, por el cual se pudo valorar el papel de la vigilancia en los sistemas sanitarios. (31)

Esta se comportó de manera muy heterogénea y prevalecieron sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles, como ejemplos, en Bolivia, Perú, Ecuador, México, Nicaragua, Venezuela. (32)

En algunos casos como en Ecuador los sistemas de vigilancia están verticalizados por programas. (21)

Bolivia se caracteriza por la utilización del escudo Epidemiológico (control y prevención de enfermedades de mayor prevalencia, como la malaria, chagas, tuberculosis, fiebre amarilla y leishmaniasis, con la participación activa de la medicina familiar), mientras que en Perú, el Ministerio de Salud, mediante la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), ha establecido un sistema de vigilancia ambiental y sanitaria del manejo de los residuos sólidos a nivel nacional, en el que se enfatiza la disposición final y la cobertura de servicios. Como se observa en estos países se subraya todavía hoy, la vigilancia epidemiológica y la ambiental.

Brasil (33) y Costa Rica, (34) presentan sistemas de vigilancia de salud como parte de los Ministerios de Salud Pública, los que abordan además de la vigilancia epidemiológica, la ambiental, los laboratorios sanitarios y los sistemas de información epidemiológica. En Brasil existe otro sistema de vigilancia denominado Sistema Sanitario que se encarga del control sanitario de la producción y comercialización de productos y servicios de interés para la salud, procesos, insumos y tecnología a nivel federal, estatal y municipal.

En los Estados Unidos de América, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) del Departamento de Servicios de Salud y Humanos en cooperación estrecha con Departamentos de Salud estatales y territoriales, son responsables de llevar a cabo la vigilancia de enfermedades humanas, la seguridad de los dispositivos, la seguridad en el lugar del trabajo, además de responder a los brotes de enfermedades y otras situaciones sanitarias de emergencia, como los desastres. El Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, así como la Administración de Alimentos y Medicamentos,

monitorean estrechamente la vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos. A los centros de control de las enfermedades también se les atribuye un protagonismo en el desarrollo de investigaciones, incluidas las que se ocupan de las enfermedades infecciosas emergentes, las amenazas ambientales (agentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares), el envejecimiento de la población y las opciones de modos de vida. (36)

Otra característica de la vigilancia en la región es la utilización de los sitios centinelas para los eventos emergentes y reemergentes (rotavirus, VIH/SIDA, influenza, vigilancia de febriles, vigilancia de desastre), como en Bolivia, Costa Rica y los Estados Unidos de América, mientras que Ecuador y Venezuela desarrollan otros sistemas de alertas. Lo que distingue a Costa Rica es la creación de la Unidad de Análisis de la Situación de Salud, mientras que el empoderamiento de las comunidades en las actividades de vigilancia se pone de manifiesto en Ecuador y Brasil, respondiendo a los modelos teóricos creados en estos países.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Argentino está conformado por subsistemas generales y específicos. El subsistema general corresponde a la consolidación semanal de la información de enfermedades de notificación obligatoria. Los subsistemas específicos comprenden la notificación de enfermedades transmisibles mediante fichas específicas que incluyen información de laboratorio. (19)

La Agencia de Salud Pública, organismo federal de Canadá, trabaja en estrecha colaboración con otros departamentos y organismos federales, las provincias y los territorios. Las iniciativas apoyan las actividades de vigilancia e investigación de salud pública y protegen al público de las consecuencias de situaciones sanitarias de emergencia. (35)

Canadá, es un buen ejemplo de sistema de salud con enfoque ecológico. Como parte de la vigilancia de la salud ambiental se monitorea los niveles de sustancias químicas ambientales en los seres humanos, por medio del programa de contaminantes y las radiaciones ambientales. Se ha creado el Comité de Salud y Medio Ambiente, un

órgano federal, provincial y territorial para fortalecer la vigilancia gubernamental en múltiples niveles de la contaminación transmitida por el agua. El mantenimiento y mejoramiento de los servicios de cuarentena en los principales aeropuertos internacionales de Canadá es una prioridad. En este país se ha desarrollado el *Canadian Integrated Public Health Surveillance* (CIPHS) diseñado para soportar la recolección sistemática y el cotejo de datos de vigilancia de salud como un subproducto del trabajo normal de profesionales públicos de salud. (4)

En la región de Las Américas en la mayoría de los países existe un laboratorio nacional de referencia que encabeza una red de laboratorios de salud pública incorporados o no al sector hospitalario, como parte del sistema de vigilancia. Las instituciones de salud pública y los servicios de laboratorios en particular, son esenciales para la vigilancia de las enfermedades e intervienen como elemento central en la cadena de investigación de epidemias.

La Unión Europea (UE), desde 1998 creó una red de vigilancia epidemiológica para el control de enfermedades infecciosas para todos los miembros de la unión. (16) En el 2005 se consolida el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC), que tiene entre sus propósitos el de mantener la comunicación para los profesionales de la salud, la comunicación para el público y los medios noticiosos y el soporte para los países en el campo de comunicación de salud. Actualmente, un número de servicios de información están funcionando o se está desarrollando en el ECDC, entre ellos, el sitio Web ECDC, la publicación *Eurosurveillance*, *TESS* y -el nuevo sistema integrado de vigilancia europeo de enfermedades objeto de declaración obligatoria, *EPIS* -el portal de inteligencia epidémico, y el conocimiento y el servicio de información *KISatECDC* -sistema administrativo que contiene los documentos científicos en el ECDC. (1)

La red de vigilancia de la UE es actualmente apoyada por la Red de Trabajo de Vigilancia Básica (BSN), y otras redes de enfermedades específicas para el control de enfermedades infecciosas. Otro soporte de vigilancia con que cuenta la UE es la red de Inteligencia Epidémica (EI). Este sistema, basado en la vigilancia centinela, abarca todo

lo relacionado con las actividades que identifican las enfermedades infecciosas potencialmente peligrosas, su verificación, valoración e investigación para recomendar medidas públicas de control de salud. Sus salidas son el boletín semanal y la publicación *Eurosurveillance*, mediante una "alerta electrónica." (26)

Se destaca como sistema ya consolidado en la región el *British Paediatric Surveillance Unit* (BPSU) iniciado en el Reino Unido e Irlanda, el que tiene como objetivo la vigilancia de condiciones raras e infecciones en la infancia (0 a 15 años). Esta red ahora cubre 14 países (8 dentro de la Unión Europea). (18)

En la región se mantienen otros sistemas de vigilancia, en este caso el del monitoreo a las adicciones a drogas.

A pesar de existir el sistema regional, cada país cuida su independencia a la hora de abordar la vigilancia: por ejemplo, en Francia, desde 1984 existe un sistema de vigilancia diseñado sobre una plataforma Web, denominada *SentiWeb*, el que pone a disposición de los médicos franceses, la información recolectada desde ese año hasta la fecha de las enfermedades transmisibles más frecuentes en el país, con una frecuencia semanal. El sistema es interactivo, pues son los propios médicos los que van ingresando los datos de los casos que van atendiendo. (11)

En España, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica está constituida desde el año 1995, integrada por el sistema básico de la vigilancia de notificación obligatoria de enfermedades, notificación de situaciones epidémicas y de brotes y la información microbiológica, además de los sistemas específicos de vigilancia epidemiológica basada en sistemas de registros de casos, encuestas, seroprevalencia, sistemas centinelas y otros. (28)

Otros problemas graves de salud han conducido a la implementación de sistemas de vigilancia para emergencias y enfermedades sujetas a notificación de grandes poblaciones refugiadas como consecuencia de la guerra. En el año 2002 la República

Albanesa diseñó e implementó un sistema de vigilancia para poder monitorear a más de 442 000 kosovares que arribaron como refugiados. (40)

Un principio básico que está tomando auge en todas las regiones del planeta, es la creciente opinión de considerar la vigilancia de la salud pública como una actividad científica.

En términos prácticos, la vigilancia se entiende como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población. Todo sistema de vigilancia debe estar amparado por un marco legal propio del Estado que garantice la operación eficiente de dicho sistema.

Este concepto tiene dos componentes prácticos:

La medición sistemática de problemas prioritarios de salud en la población, el registro y la transmisión de datos.

La comparación e interpretación de datos con el fin de detectar posibles cambios en el estado de salud de la población y su ambiente.

Esta definición destaca tres características de la vigilancia:

- 1) Es un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo, ni se puede ejecutar sin métodos;
- 2) Es un proceso de escrutinio de tendencia; y,
- 3) Es un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población. (25)

Por tal, la vigilancia resulta esencial para las actividades de prevención y control de enfermedades y es una herramienta en la asignación de recursos del sistema de salud, así como en la evaluación del impacto de programas y servicios de salud.

Para Berkkelman y Buehler, el carácter pragmático y dinámico de la vigilancia depende de la cooperación continua del personal de salud en los diferentes niveles de los servicios de salud. El análisis e interpretación de los datos de la vigilancia debe someterse a los límites de la oportunidad, el tiempo, la cobertura geográfica y número de individuos requeridos para que estos sean útiles. (3)

2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica es una de las principales herramientas que se dispone en Salud Pública para establecer la ocurrencia, distribución y factores condicionantes en los procesos de salud-enfermedad-atención. Además abarca el desarrollo de intervenciones que modifiquen la problemática observada. También es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.

Es sin lugar a dudas, una de las bases fundamentales para cumplir, con eficacia, eficiencia y equidad, las demás tareas y actividades que realiza el equipo de salud en todos los niveles, especialmente en el nivel local.

La vigilancia epidemiológica no es un proceso adicional sino inherente a todas las acciones que buscan la prevención y el control de los problemas de salud, por lo tanto, todos (as) los (as) funcionarios (as) de salud, en su quehacer diario, son partícipes de este proceso, ya sea generando información, analizándola, tomando decisiones o ejecutando las decisiones mediante la realización de las intervenciones de manera coordinada con el equipo de trabajo institucional, interinstitucional y con la comunidad.

Se desprende que la vigilancia epidemiológica se ejecuta en todos los niveles de atención del sistema de servicios de salud, lo que varía entre ellos es el ámbito geográfico de acción y la especificidad de las acciones a ejecutar. (41)

La vigilancia epidemiológica está constituida principalmente de cuatro elementos:

1. Un sistema de información, definido como el proceso sistemático de recolección, recuento y clasificación, presentación y análisis de los datos de la epidemia de sida en la población; que además cumpla con los requisitos básicos de calidad como: la integridad, la exactitud, la oportunidad y la comparabilidad.
2. Recursos humanos instruidos en epidemiología capaces de estimar la magnitud que representa, detectar epidemias o subepidemias, documentar la distribución y propagación de los padecimientos, detectar y efectuar el seguimiento de casos y realizar el diagnóstico de laboratorio.
3. Laboratorios que garanticen la confirmación o descarte de diagnósticos de los padecimientos sujetos a vigilancia.
4. Un sistema de evaluación y supervisión con asesoría técnica en los distintos niveles técnico-administrativos. (37)

2.4.OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

El objetivo general es ofrecer orientación técnica permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control, facilitando a tal efecto, la información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, los factores condicionantes y las poblaciones definidas “de riesgo.

Los objetivos específicos son:

- Actualizar de forma permanente el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en un país región, localidad o área.
- Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo Vigilancia.

- Plantear la necesidad de implementar medidas de control adecuadas a cada nivel de resolución y evaluar su impacto.
- Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud.
- Determinar la necesidad de investigación en salud. (14)

2.5. LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SVE)

Se establecen dependiendo la cobertura que se quiera tener, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestales, humanas y del interés de Organismos Gubernamentales o no Gubernamentales.

- **SVE de carácter universal**, en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema. Se conoce como "basado en la población", y toma en cuenta todos los casos que se presentan. Requiere del concurso de las instituciones que por una razón u otra recolectan información sobre los eventos.
- **SVE basado en muestras de casos**, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos. Se necesita garantizar la representatividad que permita hacer inferencias sobre todos los posibles casos que ocurran en la población.
- **SVE basado en revisión de registros institucionales**, en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés. Hay que identificar adecuadamente las instituciones y las fuentes dentro de ellas, tales como historias clínicas, registros de urgencias, egresos hospitalarios o denuncias presentadas a las instituciones de policía o de familia. Debe definirse con precisión la periodicidad, mecanismos de recolección, manejo de la información, evaluación y difusión de los datos así como las variables a seleccionar.

- **SVE por encuestas** en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un período de tiempo y a intervalos predefinidos. Esta metodología se combina con las de las muestras de población o se usa para áreas pequeñas, tiene como finalidad identificar elementos importantes de un problema que puede ser epidémico o de gran importancia para una comunidad durante un tiempo definido. Ejemplos: brotes de suicidios, aumento inusitado de un número de crímenes con características específicas. No todos los datos corresponden a "casos".
- **SVE de carácter centinela** en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar actividades de VE y sugerir intervenciones preventivas. En general no tiene representatividad poblacional pero sí el mérito de llamar la atención en forma especial sobre situaciones de riesgo y cumplen por ello una función clave para la toma de decisiones. En el caso de lesiones, cuando el problema es de gran magnitud, los hospitales con mayor número de heridos, o las Comisarías de Familia donde se denuncian casos de violencia intrafamiliar, son sitios en los que este sistema se puede establecer.
- **SVE de laboratorios**, a través del cual se puede obtener información, se usa para confirmar diagnósticos o para evidenciar factores de riesgo adicionales. Su importancia se incrementa si el objetivo primordial de la recolección de información es la obtención de datos de laboratorio que puedan servir para establecer un posible riesgo de interés a la comunidad. (5)

2.5.1. Recolección de Información

En los tipos de SVE mencionados la información se recolecta básicamente de dos formas: pasiva y/o activa:

- La recolección *pasiva* se realiza cuando los miembros del SVE recolectan los datos con base en casos que las instituciones rutinariamente registran.

- La recolección *activa* es aquella en la cual, los encargados del SVE contactan a quienes reportan la información y la solicitan directamente de ellos, o acuden a la fuente primaria de los datos, en primera instancia o para comprobar datos dudosos o incompletos.
- Los SVE *centinela* tienen una característica especial. Generalmente y dependiendo de la magnitud, área cubierta e importancia del problema, su diseño puede variar entre obtención pasiva y/o activa.

2.6.COMONENTES Y ATRIBUTOS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

2.6.1. Componentes

De los sistemas de vigilancia epidemiológica se resaltan tres componentes:

1. Mecanismos de recolección de información.
2. Mecanismos de procesamiento, análisis e interpretación de las informaciones.
3. Mecanismos para divulgar estas informaciones interpretadas hasta asegurar que las mismas son utilizadas en los procesos de decisión sobre las intervenciones de prevención y control.

Estos componentes del sistema de vigilancia deben estar presentes en todos los niveles de decisión del sistema de salud.

2.6.2. Atributos

1. Se recolecta información en forma **sistemática y continuada**. Así pues de todos los problemas de salud que acontecen en una población, se deben de priorizar aquellos que se vayan a poder vigilar de forma permanente y por largo tiempo.

2. La información es **específica y selectiva**. No se espera recoger toda la información disponible sino aquella que es útil para mantener una permanente vigilancia de los problemas seleccionados. **La información debe ser oportuna**. Las decisiones, para ser útiles, deben ser adoptadas a tiempo. Por lo tanto, en la elección de la información que se recoja para la vigilancia hay que tener en cuenta la cantidad de información, los procedimientos para obtenerla y el tiempo que se va tardar en recoger teniendo siempre presente que esta información debe de ser útil para la toma de decisiones.

 3. La información debe estar **vinculada a acciones de control y prevención** no se trata sólo de recopilar y almacenar información. Son diferentes los sistemas de registro de mortalidad y morbilidad, por ejemplo, que un sistema de vigilancia. Se deben vigilar problemas de salud en poblaciones determinadas para los cuales se tienen programas de prevención y control o problemas para los que se espera desarrollar este tipo de programas.

 4. **La vigilancia epidemiológica en una función de Estado**. Debe de estar respaldada por legislación adecuada que favorezca la obtención de la información y las intervenciones de control y prevención de los problemas en la comunidad.
- (13)

2.7.FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica, es un pre-requisito para los programas de prevención y control, y abarca por lo tanto todas las actividades necesarias para adquirir el conocimiento que debe fundamentar las actividades de controles eficientes y eficaces. Por ello solo es útil si puede proporcionar la información recurrida en el momento y lugar en que se necesiten. Así mismo su utilidad dependerá de la capacidad de los servicios de salud para tomar las medidas recomendadas. La vigilancia epidemiológica constituye el sub sistema de información del sistema de información-decisión-control de las enfermedades específicas, que sirve de base para hacer recomendaciones, para evaluar las medidas de control y para realizar la planificación.

Las funciones de la vigilancia epidemiológica son:

- Reunir toda la información necesaria y actualizada.
- Procesar, analizar e interpretar los datos.
- Hacer las recomendaciones pertinentes que deriven de las funciones anteriores para realizar las acciones de control inmediato o a más largo plazo.
- En determinadas circunstancias y en funciones de las estructuras existentes y del grado de su desarrollo, la vigilancia podrá incluir funciones ejecutivas de decisión y de control.
- La vigilancia epidemiológica se agrupa en cuatro rubros correspondientes:

1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA

Esta información deberá ser precisa, completa oportuna y recibirse con la regularidad y continuidad deseable, por lo tanto, la vigilancia epidemiológica deberá:

- a) Seleccionar los datos necesarios para cada una de las enfermedades consideradas.
- b) Establecer las normas de periodicidad con la cual debe informarse y los canales a utilizarse.
- c) Identificar las fuentes de información: servicios de atención médica y de salud pública, laboratorios, y otros organismos que por sus funciones constituyen fuentes valiosas de datos sobre el saneamiento ambiental, las características demográficas, las condiciones socioeconómicas, etc.
- d) Recibir las notificaciones e informes que llenen las condiciones señaladas en a), b), y c).
- e) Realizar investigaciones especiales, complementarias que contribuyan a configurar y precisar el cuadro en estudio.
- f) Reunir y compaginar toda la información que permita el análisis del problema y su interpretación.
- g) Reunir los datos necesarios para coordinar y controlar el funcionamiento del sistema de información.

2. PROCESAMIENTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En ella se incluyen las actividades siguientes:

- a) Elaborar tablas y gráficos.
- b) Calcular tasas específicas y establecer razones y proporciones.
- c) Fijar patrones de comparación.
- d) Analizar la información y compararla con los patrones establecidos para su debida interpretación.
- e) Redactar y presentar a los organismos competentes interesados, informes que reúnan todos los elementos de juicio de la situación en estudio, los problemas identificados y la interpretación que se le dé.

3. RECOMENDACIONES E INFORMES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

a) La unidad de Vigilancia Epidemiológica informará al organismo o entidad de decisión superior oportunamente: haciendo una descripción detallada de la situación confrontada e indicando las medidas de control que propone y recomienda. Una vez tomada la decisión y ejecutadas las medidas de control, o en vías de ejecución, la unidad de vigilancia seguirá informando al nivel superior, los resultados obtenidos y la evolución del problema.

b) La unidad de Vigilancia se encargará de publicar un boletín semanal, con el fin de informar a todos los servicios de salud y otros interesados, incluyendo organismos internacionales, sobre la situación epidemiológica del país, estado o área sometidos a vigilancia. Ese boletín, además de incluir descripciones del problema con cuadros, tasas, gráficos, etc. Comenzará la información presentada, analizándola e interpretándola. También señalará las medidas de control aplicadas y los resultados obtenidos. El contenido del boletín podrá ampliarse con datos e información de situaciones que afecten a otros países o regiones, por ser de interés y por que aportan conocimientos y experiencia.

c) La unidad de vigilancia tiene la responsabilidad de establecer y actualizar normas, Pautas, y procedimientos referentes al sistema de vigilancia, a las medidas de control y a la evaluación de esas medidas.

4. ACCIONES DE CONTROL

Dependiendo de las condiciones de estructuración y desarrollo de los servicios de salud, el organismo de vigilancia podrá tener la responsabilidad de participar en, o de realizar las actividades de control:

- a) Proteger los susceptibles (quimioprofilaxis, prevención inmunológica y otras medidas apropiadas).
- b) Interferir un brote (vacunación en masa en tiempo corto, tratamientos preventivos, y otras medidas de control).
- c) Orientar o bien realizar el tratamiento y aislamiento de los casos.
- d) Vigilar el cumplimiento de las normas, sobre todo de aquellas acciones (como de saneamiento ambiental, por ejemplo) que no dependen directamente del organismo de vigilancia.

2.8.EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA

La evaluación de sistemas de vigilancia en salud debe promover el mejor uso de los recursos sanitarios, asegurar que sólo problemas importantes y para los que se dispone de medidas de control y prevención están bajo vigilancia, en definitiva hacer de los sistemas de vigilancia una herramienta eficiente.

Es fundamental que todas la personas que forman parte de los Sistemas de vigilancia tengan una misma idea de lo que se vigila, para lo cual es recomendable la utilización de definiciones operativas que permitan disponer de información estandarizadas y comparable en cualquier nivel del sistema de vigilancia.

La OMS, promueve que el funcionamiento efectivo de los sistemas de vigilancia epidemiológica dependa de la presencia y desempeño adecuado de las siguientes actividades:

1. Detección (de casos y brotes).
2. Registro sistemático de datos.
3. Confirmación (apoyada por laboratorio y epidemiología).
4. Comunicación oportuna de los casos (sospechoso o confirmado) entre los distintos niveles operativos (local, municipal, regional, estatal, federal, etc.)”.
5. Análisis e interpretación periódica de datos en los distintos niveles operativos, particularmente en aspectos de tiempo, lugar y persona.
6. Mecanismos de respuesta establecidos y protocolizados tanto para casos como para brotes identificados (actividades de intervención para control o prevención, definidas y plausibles de ser realizadas tales como: identificación de contactos, vacunación, administración de profilaxis, actividades educativas e informativas para la población en riesgo, público en general y medios de comunicación).
7. Actividades de seguimiento (monitorización) y evaluación.

Por su parte, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de los EE.UU, sugieren un grupo de atributos que, idealmente, deben identificarse en un sistema de vigilancia epidemiológica en el momento de realizar una evaluación:

1) **Simplicidad o sencillez** (en estructura y funcionamiento). Los sistemas de vigilancia deben ser tan sencillos como sea posible en su estructura y funcionamiento mientras cumplan sus objetivos.

2) **Flexibilidad**. Un sistema flexible de vigilancia debe tener capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de información tanto en la forma de registrarla como de obtenerla. Los sistemas flexibles pueden adaptar los cambios en las características de salud y enfermedad de una población, los cambios en las definiciones de eventos a vigilar, las variaciones en las coberturas, etc.

3) Calidad de los datos (validez de los datos).

4) **Aceptabilidad.** Refleja el consentimiento de individuos y organizaciones para tomar parte en el sistema de vigilancia. Es un atributo en gran parte subjetivo que indica el grado de implicación de las personas que tienen que participar en el sistema y de quienes depende que la información sea exacta, coherente y completa y además en tiempo oportuno.

5) **Sensibilidad.** Es la capacidad del Sistema de Vigilancia epidemiológica de identificar la mayor proporción posible de casos que ocurre en la población. La sensibilidad se ve afectada por la probabilidad de que los individuos consulten un servicio de salud.

6) **Valor predictivo positivo.** Es la proporción de personas que al sistema se notifican como casos y que son realmente casos.

7) **Representatividad.** Cuando describe exactamente la ocurrencia de problema de salud que se vigilan en el tiempo, cómo se distribuyen en la población según lugar y persona.

8) **Oportunidad.** Tiempo que transcurre desde que ocurre el problema de salud hasta que se conoce en los diferentes niveles del sistema de vigilancia epidemiológica.

9) **Estabilidad.** Fiabilidad en función de la consistencia del trabajo de recolección de información y disponibilidad de la información recolectada en el momento de ser requerida

Tal y como indican los CDC “el propósito de evaluar los sistema de vigilancia en salud Pública es asegurar que los problemas con importancia de salud pública están siendo monitorizados con eficiencia y efectividad”. (13)

2.9.INDICADORES DE SALUD

Un indicador de salud es “una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud, la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud o de un factor asociado con la salud, el estado de salud u otro factor de riesgo en una población especificada. En términos generales, los indicadores de salud representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla”. Un indicador es una variable cualitativa o cuantitativa cuya función permite objetivar cambios para la toma de decisiones en salud Pública también permite detectar o medir total o parcialmente un comportamiento y evaluar el grado de cumplimiento de actividades y objetivos propuestos en un determinado tiempo. En consecuencia, sin ellos se tendría dificultades para efectuar comparaciones. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se puede determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, relación pondoestatural), las coberturas de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil. “La OMS define como variables que sirven para medir cambios.” (23)

2.9.1. INDICADORES DE GESTIÓN

Es conveniente partir del interrogante ¿Qué es un indicador de gestión?, para Beltrán (2004:35), un indicador es “la relación entre las variables cuantitativas o cualitativas, que permite observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el objeto o fenómeno observado, respecto de objetivos y metas previstos e influencias esperadas”. (2)

Los indicadores, entonces son necesarios para conocer el desempeño de las instituciones hospitalarias a partir de la información obtenida después de su análisis. Aquí no se debe perder de vista que, dentro de las etapas para la elaboración de un sistema de indicadores es imprescindible la etapa del análisis y seguimiento de los resultados obtenidos. Son en este sentido apoyo para el control de la gestión y guía en la toma de decisiones. Dicho apoyo y guía es más efectivo cuando se tome en consideración los siguientes elementos para establecerlos:

Nombre o denominación. La identificación clara y precisa del indicador es necesaria a los fines de que se pueda descubrir la característica o hecho que se medirá. Ejemplo: porcentaje de camas ocupadas.

Naturaleza. Los indicadores de acuerdo a su naturaleza se clasifican según los factores clave de éxito especificados para la institución. Factores que se convierten en criterios de gestión tales como: eficiencia, eficacia, efectividad, productividad, para los cuales se calcularán los indicadores correspondientes de esta forma encontramos para el criterio de eficiencia indicadores de uso de la capacidad instalada, indicadores de costos operativos, indicadores de actividad; y para el criterio productividad encontraremos indicadores de productividad de consulta externa, indicadores de egresos (altas o salidas) hospitalarios.

Propósito. Expresa el ¿para qué? Se quiere generar el indicador seleccionado. El propósito del indicador, “Expresa el lineamiento político, la mejora que se busca y el sentido de esa mejora.... Permitirá tener claridad sobre lo que significa mantener un estándar en niveles de excelencia y adecuarlo permanentemente ante los diversos cambios, así como proponerse nuevos retos”.

Patrón de comparación. El indicador será comparado con un estándar o un patrón de referencia definido previamente a fin de establecer si existe o no desviación. De existir desviación –sobre todo cuando es desfavorable– las personas encargadas del control de gestión tomarán las decisiones correspondientes a fin de solucionar o resolver el problema causante de la misma. Existen diversos patrones de comparación o niveles

contra el cual vamos a comparar el indicador, tales como: el nivel histórico, el técnico, el teórico, el nivel de requerimiento de los usuarios, nivel de competencia y el nivel de planeación.

Fórmula para el cálculo. Cuando se trata de indicadores cuantitativos se debe precisar la fórmula con la cual se realizará el cálculo de su valor. Es decir se identificarán en ella los factores que se relacionan, expresando las unidades en las cuales se expresa el valor del indicador.

Vigencia. En entornos cambiantes los indicadores deben ser revisados periódicamente para que la información suministrada por estos sea pertinente y oportuna. Lo cual quiere decir que se deben actualizar tomando en consideración los cambios del entorno y las necesidades reales de información de la institución a fin de no agotar esfuerzos y recursos en calcular indicadores que no generan valor agregado a la institución.

Valor agregado. Se refiere a la utilidad que para la institución tiene la generación de la información suministrada por el indicador. Se relaciona con la oportunidad para la toma de decisiones a partir de la información que éste proporciona.

Nivel de generación: “Se refiere al nivel de la organización, estratégico, táctico u operativo, donde se recoge la información y se consolida el indicador” (Beltrán, 2004:43) (2). Aquí es importante referirse a la persona responsable de la recogida del dato y de la persona responsable del cálculo del indicador.

Nivel de utilización. Se refiere al nivel organizacional donde se usa el indicador para la toma de decisiones gerenciales. Se refiere a las personas para las cuales se genera el indicador e indica los responsables de la toma de decisiones en función de la información transmitida por el indicador y su posible desviación respecto a los niveles de referencia escogidos.

Periodicidad. Al establecer un indicador se debe especificar el período de tiempo en el que se generará, es decir se debe señalar cada cuánto tiempo, el nivel responsable debe realizar la medición para el cálculo del indicador.

2.9.2. INDICADORES DE RESULTADOS

Los indicadores de resultados miden el resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Pero también apunta a que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes.

Miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Son los Indicadores más usados en el Sistema de Salud. El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos los llamados “**indicadores Centinela**” y los “**Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados**”.

Indicadores centinela, son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca.

Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención.

En ocasiones se distingue entre “evento centinela” e “indicador centinela”. Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela. Por ejemplo: el número de muertes maternas por número de partos ocurridos en un período se considera un indicador centinela pero el suceso o evento centinela es la muerte materna.

Indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral).

Umbral de cumplimiento

- El nivel óptimo de cumplimiento del indicador debe estar definido por la autoridad competente.
- Este nivel óptimo debe ser acorde a lo aceptable de acuerdo a los requerimientos establecidos por las normas, reglamentos o leyes que rigen el proceso.

Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos. (2)

PALABRAS CLAVE

EPIDEMIOLOGÍA.- Disciplina científica dedicada al estudio de los determinantes, la distribución, la frecuencia, las predicciones y el control de los factores vinculados a la salud y la enfermedad de los seres humanos

VIGILANCIA EN SALUD.- Es la recopilación, análisis, interpretación y difusión, en forma sistemática y constante, de datos específicos sobre eventos de salud-enfermedad en una población para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la salud pública. La vigilancia es información analizada para la acción y su objetivo es obtener información actualizada y oportuna para ofrecer orientación técnica a quienes tienen responsabilidad de decidir acciones de prevención y control.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- Es el conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir, con el fin de recomendar oportunamente las medidas indicadas que lleven a la prevención y el control de la enfermedad.

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.- Se establecen dependiendo la cobertura que se quiera tener, de los objetivos que se quieran cumplir, de las posibilidades presupuestales, humanas y del interés de Organismos Gubernamentales o no Gubernamentales.

EVALUACIÓN.- La evaluación de sistemas de vigilancia en salud debe promover el mejor uso de los recursos sanitarios, asegurar que sólo problemas importantes y para los que se dispone de medidas de control y prevención están bajo vigilancia, en definitiva hacer de los sistemas de vigilancia una herramienta eficiente.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta; entidad que tiene como objetivo brindar servicios de asistencia médica, proteger y conservar la salud de la ciudadanía manabita.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

El período de investigación abarcó el año 2010.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 Recursos Humanos

- ✓ Investigador.
- ✓ Tutor.

3.1.3.2 Recursos Físicos

- ✓ Laptop Dell
- ✓ Impresora Epson T50
- ✓ Fotocopias
- ✓ Hojas de papel formato A4 de 75 gr.
- ✓ Tinta de Impresora (sistema continuo)
- ✓ Bolígrafos y lápices
- ✓ Cámara digital
- ✓ Carpetas

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1. Universo

El universo estuvo conformado por 40 personas, que corresponden al personal de salud y directivos del Hospital involucrados en el proceso de Vigilancia Epidemiológica.

3.1.4.2. Muestra

La muestra fue igual al universo.

3.2. MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue un trabajo:

- Descriptivo.

3.2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

- No Experimental.

3.2.3. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Se utilizó encuestas y talleres participativos para la Evaluación y Diagnóstico de la Vigilancia Epidemiológica.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. DEMANDA Y OFERTA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO

4.1.1. DEMANDA DE PROGRAMAS

4.1.1.1. PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Sintomáticos Respiratorios Esperados	1650	70.21%
2	Sintomáticos Respiratorios Identificados	685	29.15%
3	Sintomáticos Respiratorios BK+	15	0.64%
	Total	2350	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En el Programa de Control de Tuberculosis, el 70.21% correspondió a la atención de sintomáticos respiratorios esperados, el 29.15% a sintomáticos respiratorios identificados y el 0.64% a sintomáticos respiratorios BK+.

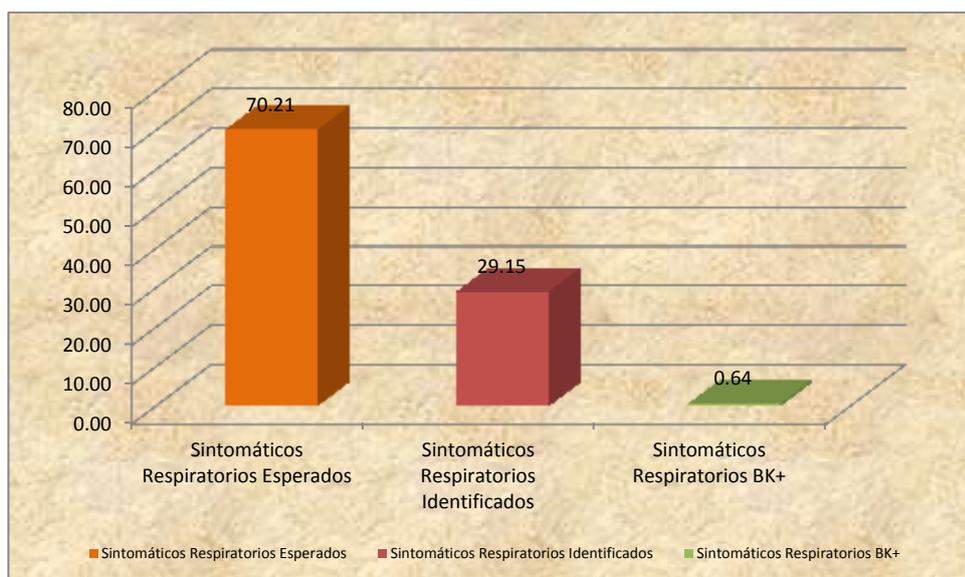


Gráfico No.1.- Demanda del Programa de Control de Tuberculosis

4.1.1.2. PROGRAMA DEL VIH

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Reactivos	71	26.20
2	Pacientes con VIH en tratamiento con Antirretrovirales	33	12.18
3	Pacientes con VIH en seguimiento	28	10.33
4	Embarazadas con VIH	10	3.69
5	Niños expuestos perinatales	9	3.32
6	Pacientes con VIH fallecidos	14	5.17
7	Pacientes nuevos atendidos	106	39.11
	Total	271	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En el Programa de VIH, los casos que recibieron tratamiento antirretroviral fueron aquellos que tuvieron niveles de CD4 inferior a 200, registrándose un 12.18%. Los casos en seguimiento tuvieron niveles de CD4 superiores y no recibieron tratamiento. Se indicó tratamiento a los casos de VIH que presentaron niveles de CD4 inferiores a 350. Los niños expuestos perinatales recibieron la prevención de transmisión vertical en un 3.32%, es decir que a las madres se les practicó cesárea y se indicó profilaxis antirretroviral y luego de los controles no presentaron la enfermedad. Fueron 271 casos reportados en este Programa, atendándose a 106 pacientes nuevos correspondientes al 39.11%, el 26.20% reactivos, pacientes con VIH en seguimiento el 10.33%, reportándose un 5.17% en pacientes con VIH fallecidos.

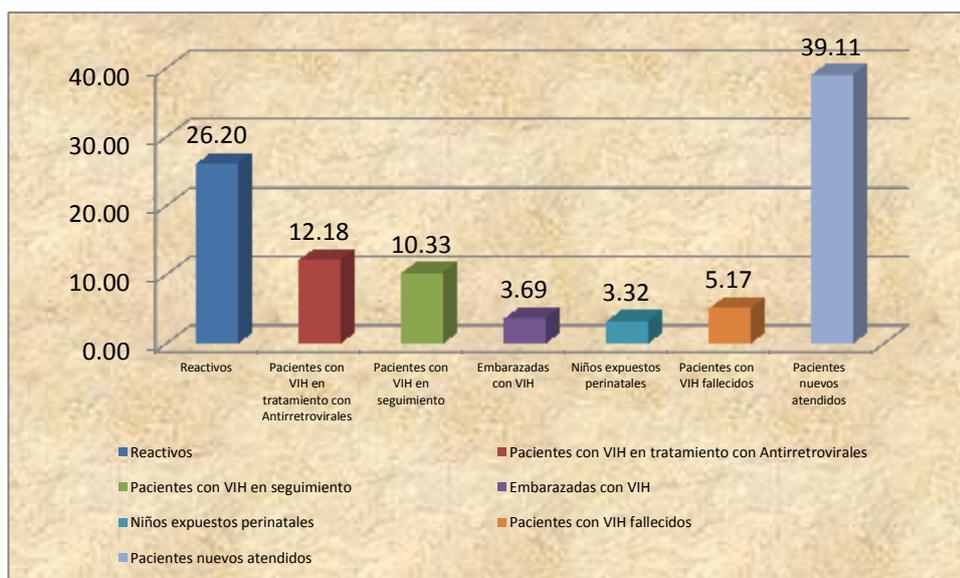


Gráfico No.2.- Demanda del Programa del VIH.

4.1.1.3. PROGRAMA DE SIVE ALERTA

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Dengue	295	69.09
2	Varicela	48	11.24
3	IRAG	38	8.90
4	ETI	20	4.68
5	Dengue grave	16	3.75
6	Influenza AH1N1	9	2.11
7	Leptospirosis	1	0.23
	Total	427	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: El programa SIVE ALERTA ingresa la información de cada paciente notificado con alguna enfermedad de interés epidemiológico en un software que permite concentrar la información de cada ficha de investigación. Esta información es transmitida a autoridades superiores para la respectiva monitorización y análisis de las diferentes variables. Se registraron 295 casos de dengue con el 69.09%, con el 11.24% Varicela con reporte de 48 casos; el 8.90% fue reportado con IRAG con 38 casos, las ETI se presentaron en 20 casos con el 4.68%, en menores escalas se presentaron el dengue grave con el 3.75%, Influenza AH1N1 con el 2.11% y 0.23% Leptospirosis.

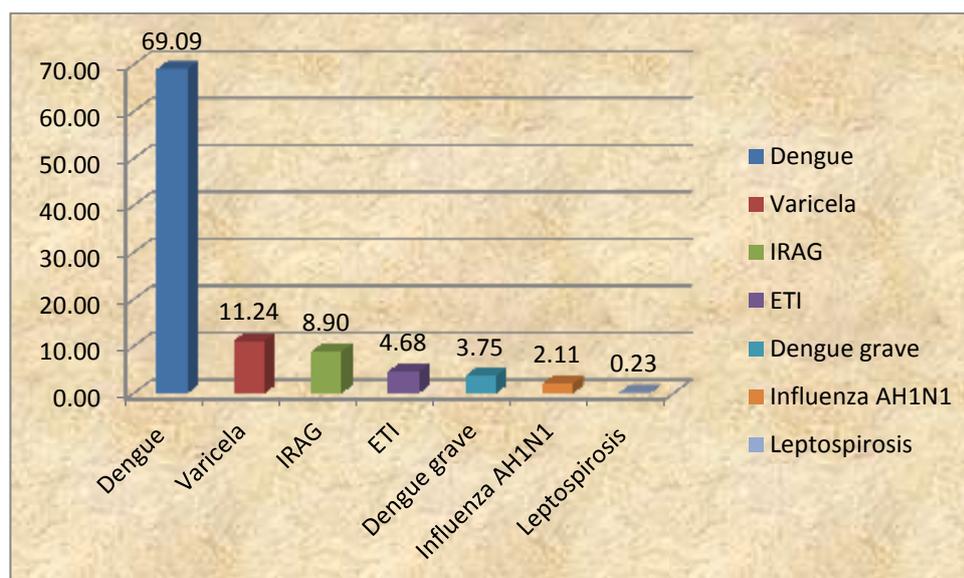


Gráfico No.3.- Demanda del Programa SIVE ALERTA

4.1.1.4. PROGRAMA DE VIGILANCIA CENTILENA DE INFLUENZA ESTACIONAL

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	FLU AH1N1	0	-
2	FLU A y otros VR	1	100%
3	NEG-FLU A	0	-
	Total	1	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En este programa se tomaron muestras a los pacientes ambulatorios con sospecha de Influenza Estacional, los resultados reportados en el año 2010 fueron en un 100% FLU A y otros VR, reportándose un caso.

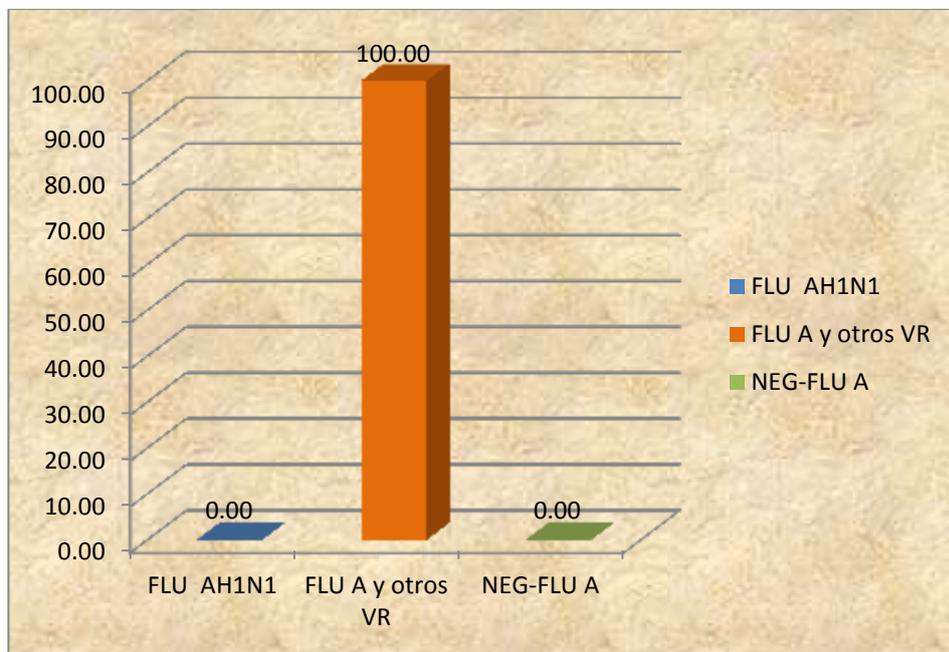


Gráfico No.4.- Demanda del Programa de Vigilancia Centinela de Influenza Estacional

4.1.1.5. PROGRAMA DE INFLUENZA AH1N1

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Influenza AH1N1	9	13.43%
2	ETI Leve/Moderada	20	29.85%
3	IRAG	38	56.72%
	Total	67	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: No se registraron casos de fallecimiento por Influenza AH1N1 en el período en estudio. Se reportó atención a pacientes con AH1N1 en un 13.43%, con el 29.85% se registró ETI Leve/Moderada y con el 56.72% pacientes con IRAG.

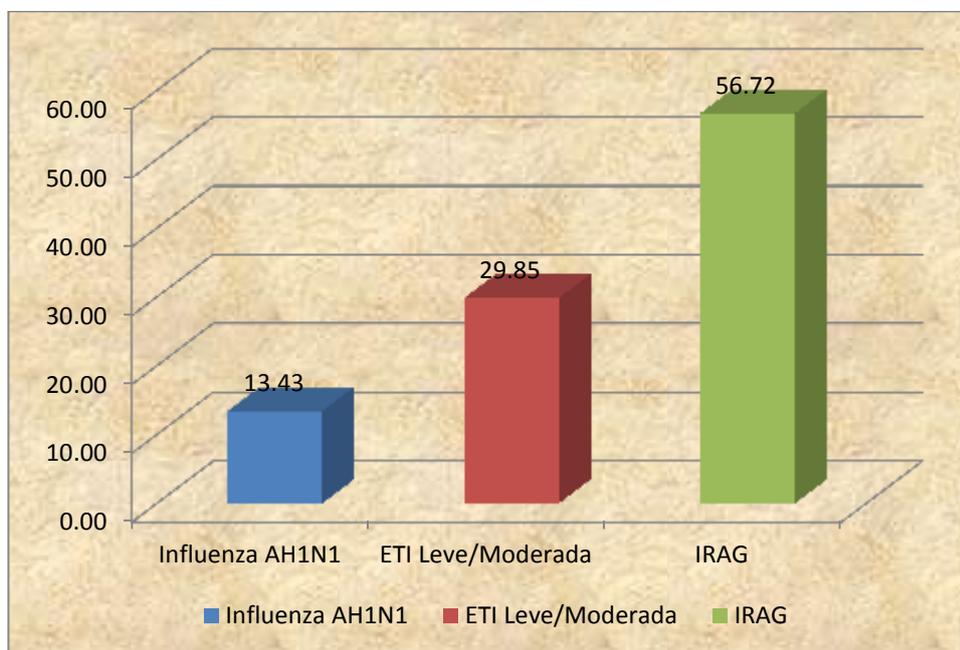


Gráfico No.5.- Demanda del Programa de Influenza AH1N1

4.1.1.6. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRAZADORAS

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Dengue	295	82.17
2	IRAG	38	10.58
3	Dengue grave	16	4.46
4	Influenza AH1N1	9	2.51
5	Leptospirosis	1	0.28
	Total	359	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En el Programa de Control de Enfermedades Trazadoras propias de la época lluviosa se monitorizaron las patologías de interés epidemiológico y se coordinó con el Servicio de Epidemiología del Área de Salud N° 2 para la ejecución de los cercos epidemiológicos respectivos manteniendo informada a las autoridades. Se registraron 295 casos de dengue con el 82.17%, IRAG con el 10.58%, dengue grave con el 4.46%, Influenza AH1N1 con el 2.51% y el 0.28% con Leptospirosis.

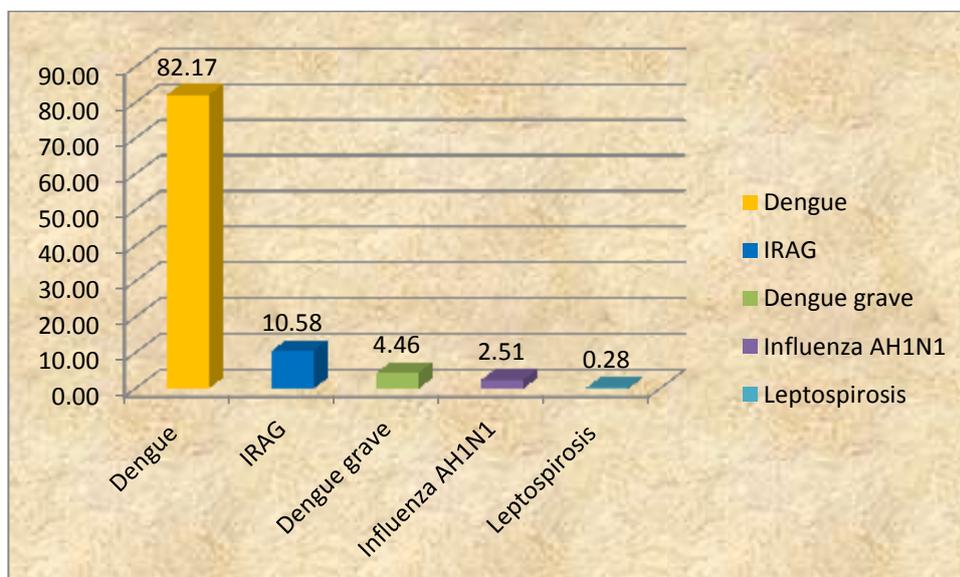


Gráfico No.6.- Demanda del Programa de Vigilancia de Enfermedades Trazadoras.

4.1.1.7. PROGRAMA DE VIGILANCIA DEL BOCIO ENDÉMICO

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Sospechosos	-	-
2	Confirmados	-	-
	Total	0	0

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: No se reportaron casos sospechosos ni confirmados en los resultados de tamizajes en el Hospital en el período en estudio.

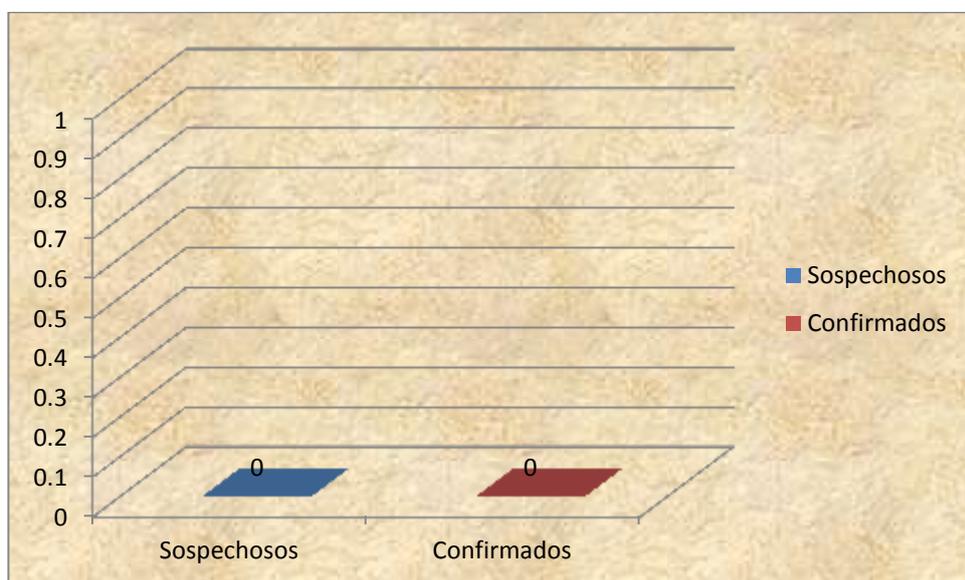


Gráfico No.7.- Demanda del Programa de Vigilancia del Bocio Endémico

4.1.1.8. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE MUERTE MATERNA

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Cesárea por embarazo gemelar	1	20.00
2	Embarazo + infección respiratoria aguda	1	20.00
3	Cesárea por eclampsia. Evento cerebro vascular- hemorragia	1	20.00
4	Aborto séptico. Legrado uterino, shock séptico, coagulopatía de consumo	1	20.00
5	Cesárea por pre eclampsia. Síndrome de Hellp.-empaquet hepático	1	20.00
	Total	5	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En el Programa de Vigilancia de Muerte Materna, se reportaron 5 defunciones, Cesárea por embarazo gemelar se reportó con el 20%; Embarazo+infección respiratoria aguda con el 20%; Cesárea por eclampsia-Evento cerebro vascular- hemorragia reportó el 20%; Aborto séptico-Legrado uterino, shock séptico- coagulopatía de consumo el 20% y Cesárea por pre eclampsia-Síndrome de Hellp.-empaquet hepático el 20%.

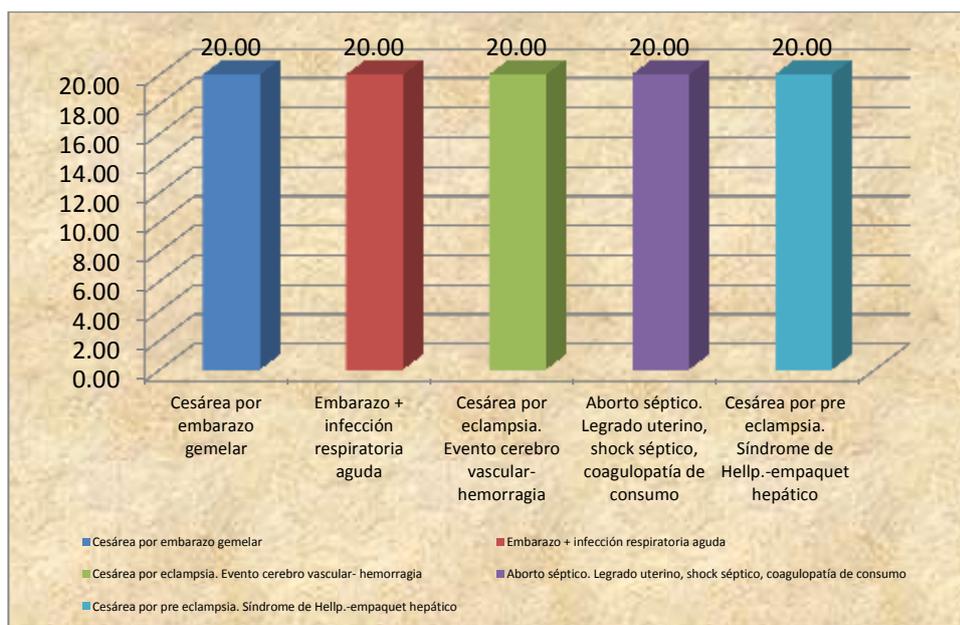


Gráfico No.8.- Demanda del Programa de Muerte Materna

4.1.1.9. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE MUERTE NEONATAL

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Precoz	32	78.05
2	Neonatales	5	12.20
3	Infantiles	4	9.76
	Total	41	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: En el Programa de Muerte Neonatal, se reportaron al Área de Vigilancia Epidemiológica, 41 casos de muertes infantiles, el 78.05% correspondió a defunciones precoces el 12.20% fueron muertes neonatales y el 9.76% se registró en muertes infantiles.

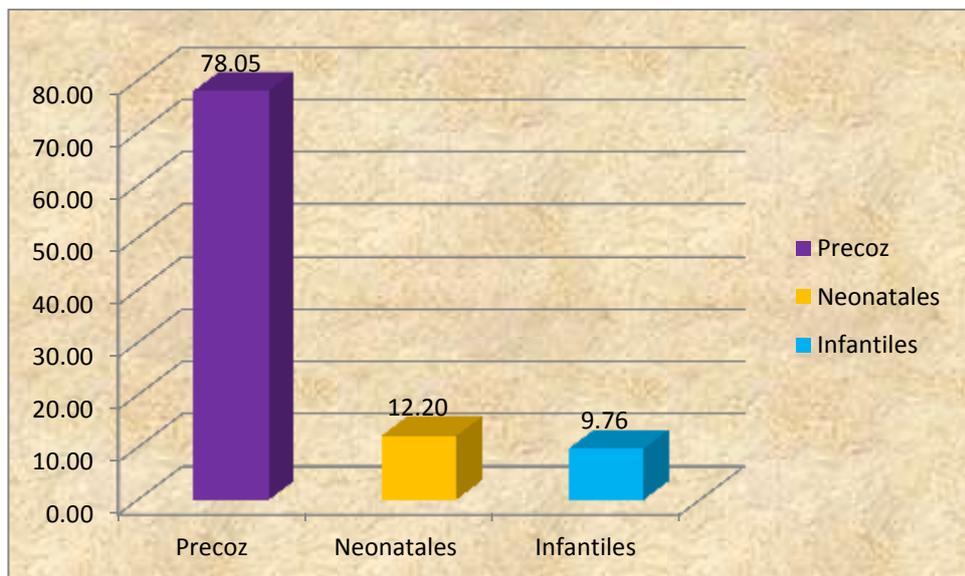


Gráfico No.9.- Demanda del Programa de Muerte Neonatal

4.1.1.10. PROGRAMA DE VIGILANCIA DE AGUA SEGURA

No.	Casos	Frecuencia	Porcentaje
1	Reportes recibidos	8	100%
	Total	8	100%

Fuente: Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión: Este programa monitoriza la concentración de cloro en el agua que se distribuye desde la cisterna a los servicios del Hospital. La concentración de cloro debe ser 0.3 hasta 1.5, reportándose un promedio de medición de la concentración de cloro de 0.9 PPM (partes por millón). Cabe indicar que Durante el año 2010 los reportes fueron escasos, ya que se esperaba 52 reportes (1 por semana).



Gráfico No.10.- Demanda de Vigilancia de Agua Segura

4.1.2. OFERTA

Los servicios que oferta el Área de Vigilancia Epidemiológica lo efectúa a través de los siguientes Programas:

- Programa de Control de Tuberculosis – PCT. Ubicado en la planta baja, en el Área de Consulta Externa, entre el Departamento de Vacunación y un Consultorio Médico.
- Programa Clínica del VIH. Funciona en un Departamento ubicado en la Planta Baja diagonal al Servicio de Emergencia.
- Programa de SIVE ALERTA, se encuentra en el Área de Estadística, cuyo responsable trabaja con un equipo de computador de estadística.
- Programa de Vigilancia Centinela de Influenza Estacional.
- Programa de Influenza AH1N1 funciona en Epidemiología, en el tercer piso.
- Programa de Vigilancia de Enfermedades Trazadoras, funciona en Epidemiología – tercer piso.
- Programa de Vigilancia del Bocio Endémico, recibe información de Neonatología.
- Programa de Vigilancia de Muerte Materna, trabaja en conjunto con Estadística
- Programa de Vigilancia de Muerte Neonatal, que recibe información del Área de Neonatología.
- Programa de Vigilancia de Agua Segura, desarrollada en el área de mantenimiento.

Cada programa tiene su responsable, quien debe transmitir su información de forma semanal a Epidemiología hospitalaria, sin embargo esto no se cumple con todos los Programas.

Estos programas se llevan a cabo con la participación del Director y Subdirector, Jefes de Servicios Hospitalarios, Jefes de Enfermería, Médicos Tratantes, Médicos Residentes, Personal de Salud, Coordinadora de Administración y Coordinadora de Recursos Humanos, quienes reportan los casos al área.

Para ofertar el servicio se cuenta con: Un Epidemiólogo y un responsable del Programa de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias, que concentran su trabajo en un departamento que cuenta con un espacio de aproximadamente 3x4 metros, ubicado en el tercer piso alto en el Área de Traumatología, está equipado con un computador de varios años de uso en el programa de Infecciones Intrahospitalarias que permanentemente provoca dificultades debido a su poca capacidad de almacenamiento de información. El Epidemiólogo trabaja con un computador que pertenece al Programa de Medicina Transfusional.

Cada responsable tiene aliados con los que se apoya para hacer la Vigilancia, en su mayoría son los Médicos Residentes o Internos de Medicina, Enfermeras, Internas de Enfermería, etc.

Permanentemente se mantiene informadas a las autoridades del Hospital (Director y Subdirector), quienes reciben la información de la situación de las Enfermedades de Interés Epidemiológico, pero se debe mejorar la calidad de la información y concentrar el resultado de todos los Programas de Epidemiología en pocos indicadores, para que de esta manera sirva para tomar decisiones adecuadas.

4.2. ESTABLECIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ASIGNADO A LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL

4.2.1. POR EDAD

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	20-30	18	45,0%
2	31-40	9	22,5%
3	41-50	11	27,5%
4	51 +	2	5,0%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano/2010

Análisis y Discusión.- El personal de Vigilancia Epidemiológica, oscila entre 20 a 30 años con un 45%, de 31 a 40 años con el 22.5%, el 27,5% representa edades de 41 a 50 años, y el 5% de 51 y más años.

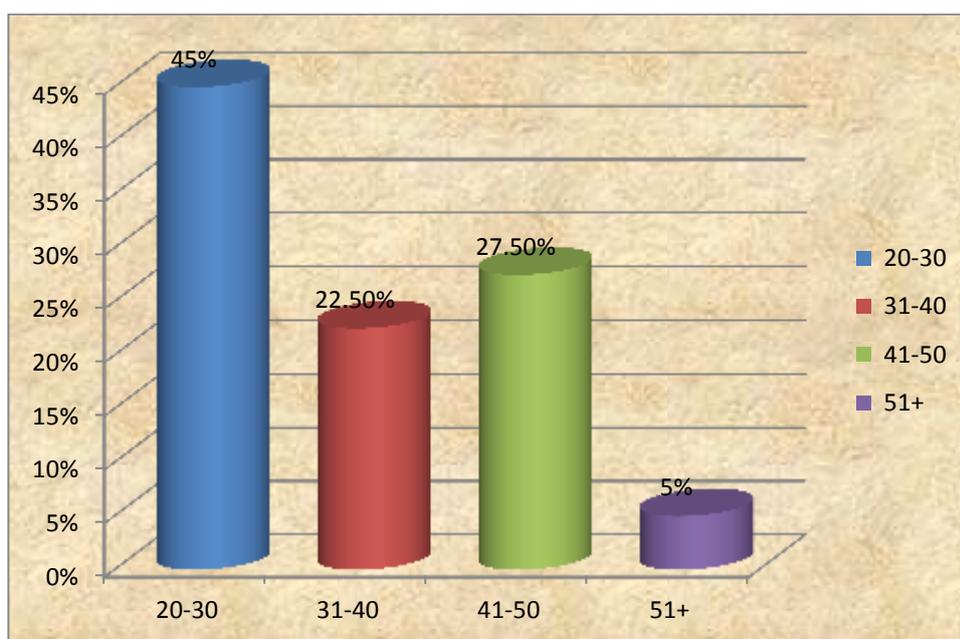


Gráfico No.11.- Edad del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.2. POR SEXO

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Masculino	8	20%
2	Femenino	32	80%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- El sexo femenino es que le predomina en el personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, en un 80%. El 20% corresponde al sexo masculino.

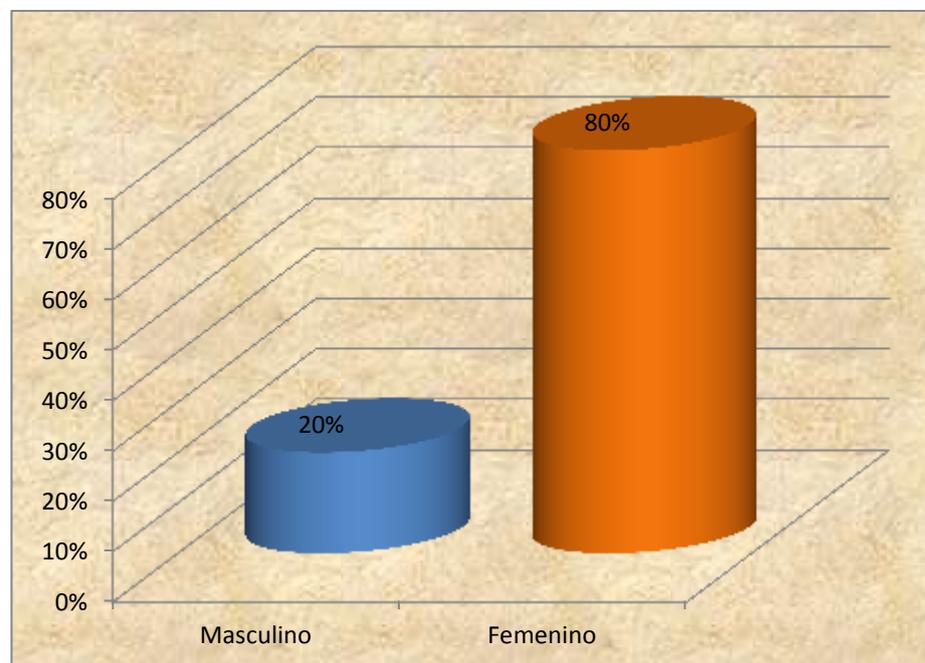


Gráfico No.12.- Sexo del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.3. POR AÑOS DE SERVICIO

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	0-5 años	19	47,5%
2	6-10 años	4	10,0%
3	11-20 años	12	30,0%
4	21+ años	5	12,5%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- El personal de salud asignado a Vigilancia Epidemiológica del Hospital, en un 47.5% oscilan entre 0 a 5 años prestando sus servicios en la institución, se destaca que el 30% del personal tienen de 11 a 20 años trabajando, lo que indica que es un personal con mucha experiencia al servicio del hospital, al igual que el 12.5% que tiene entre 21 y más años.

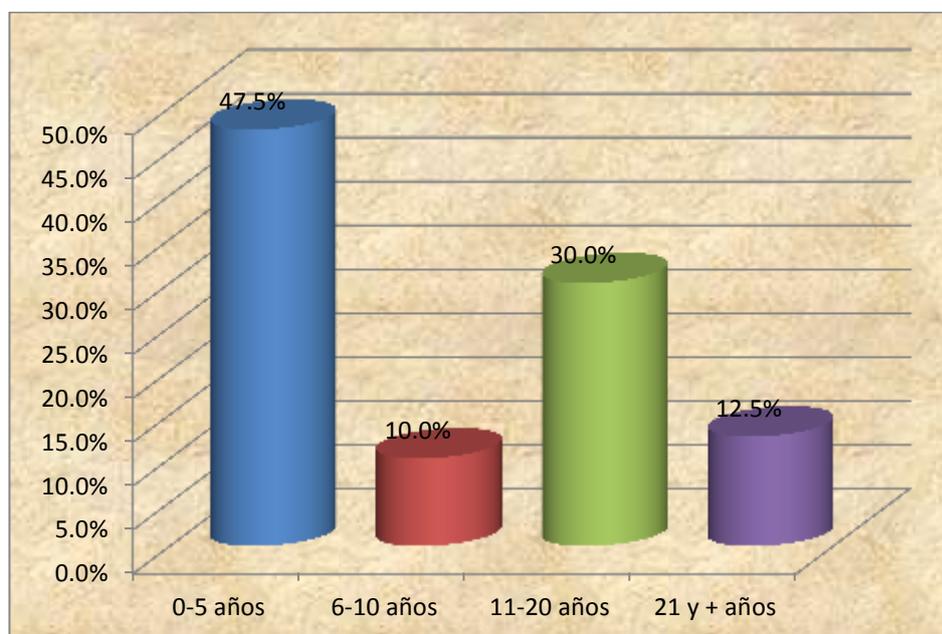


Gráfico No.13.- Años de Servicio del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Secundaria	6	15%
2	Superior	26	65%
3	Maestrías	6	15%
4	Postgrados	2	5%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- El personal de salud encuestado, en un 65% cuenta con estudios superiores, el 15% tiene Maestrías en diferentes especialidades y en postgrados el 5%. Cabe mencionar, que el 5% corresponde a personas que aún no adquieren un título profesional de tercer nivel, lo que representa una desventaja, ya que en la actualidad se requieren perfiles profesionales competitivos para la oferta de un servicio de calidad con calidez.

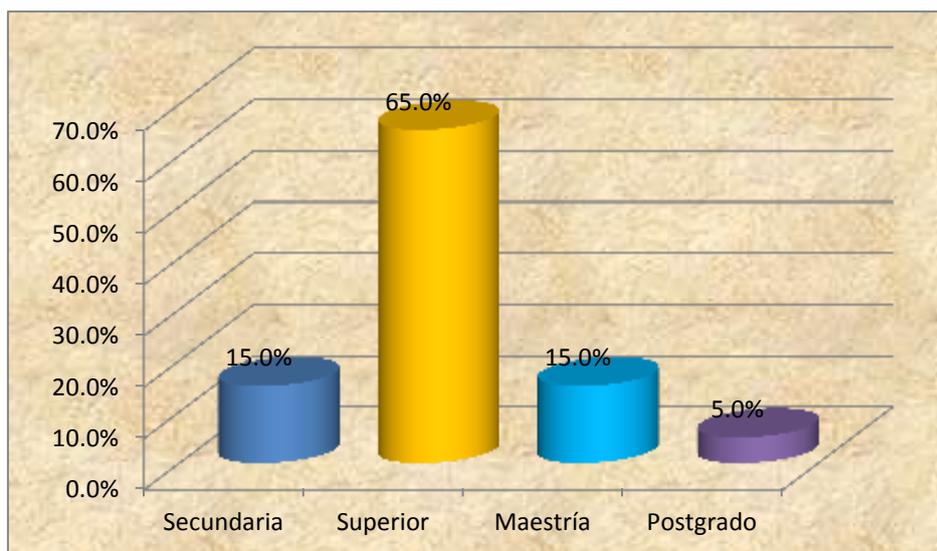


Gráfico No.14- Grado de Instrucción del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.5. CARGO, ÁREA O DEPARTAMENTO

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Director	1	2.5%
2	Subdirector	1	2.5%
3	Jefe Departamental	7	17.5%
4	Otro	31	77.5%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- El Director y Subdirector del Hospital, son autoridades relacionadas a Vigilancia Epidemiológica, se cuenta con el 17.5% que equivale a 7 Jefes Departamentales y el 77,5% son médicos, residente, internos, enfermeras/os, secretarias, coordinadores, auxiliares administrativos, asignados al área epidemiológica en control de epidemias, reporte de casos, detección de casos sospechosos, educación para la salud, etc.

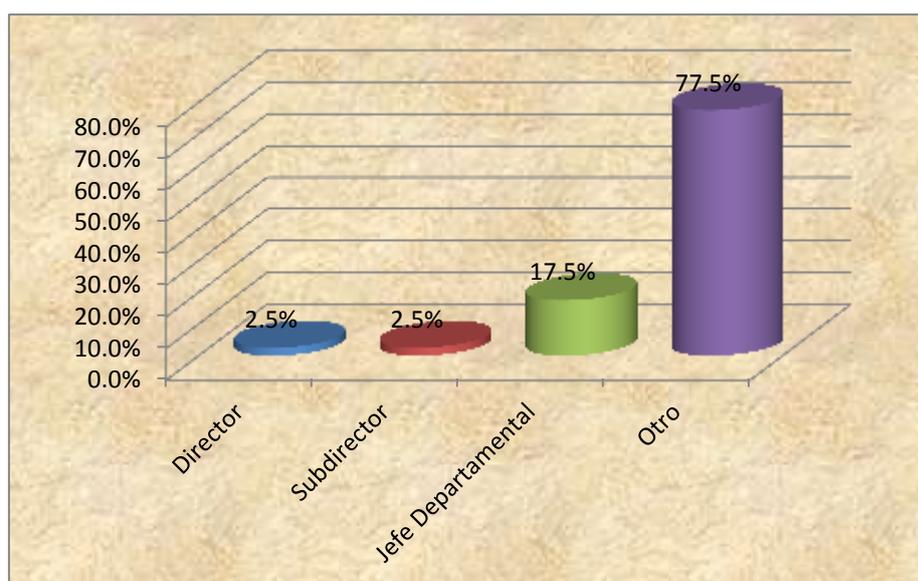


Gráfico No.15.- Cargo, Área o Departamento de del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.6. CAPACITACIÓN

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	8	20%
2	No	32	80%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- El personal de salud, en un 80% responde en el momento de ser encuestados que no reciben capacitación por parte de la institución en cuanto a los programas que tienen a su cargo para informar a Vigilancia Epidemiológica. Se evidencia insuficiente planificación de las capacitaciones, lo que conlleva a un sin número de inconvenientes como tener escaso conocimiento de formularios y el llenado de los mismos, déficit en el conocimiento de todos los programas del MSP, debido al débil compromiso de los responsables de los servicios, generando desmotivación y poca comunicación en el equipo multidisciplinario de salud. Un 20% resume que de las escasas capacitaciones que han recibido no asiste todo el personal al que hay que involucrar en la Vigilancia, en todo caso se ha aprovechado al máximo las pocas que han recibido.

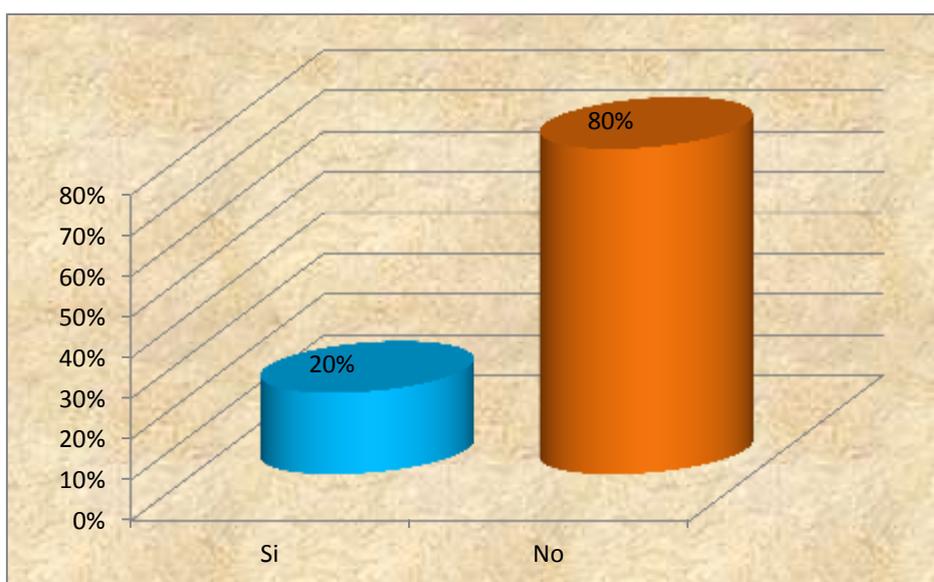


Gráfico No.16.- Capacitación del Personal de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.7. ORGANIZACIÓN

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Excelente	2	5.0%
2	Muy Buena	3	7.5%
3	Eficiente	10	25.0%
4	Deficiente	25	62.5%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- En un 62.5% del personal respondió que la organización de Vigilancia Epidemiológica en el Hospital, es ineficiente, situación que preocupa mucho a todos los involucrados de una u otra manera en el sistema de vigilancia, ya que siendo la vigilancia el monitoreo de eventos de salud que pueden tener un impacto significativo en la salud pública, es importante se realice inmediatamente un cambio positivo que genere información oportuna y veraz. Sin embargo se produce un 25% que considera que la organización es eficiente en comparación a la de hace años atrás, en sí consideran que se ha avanzado favorablemente.

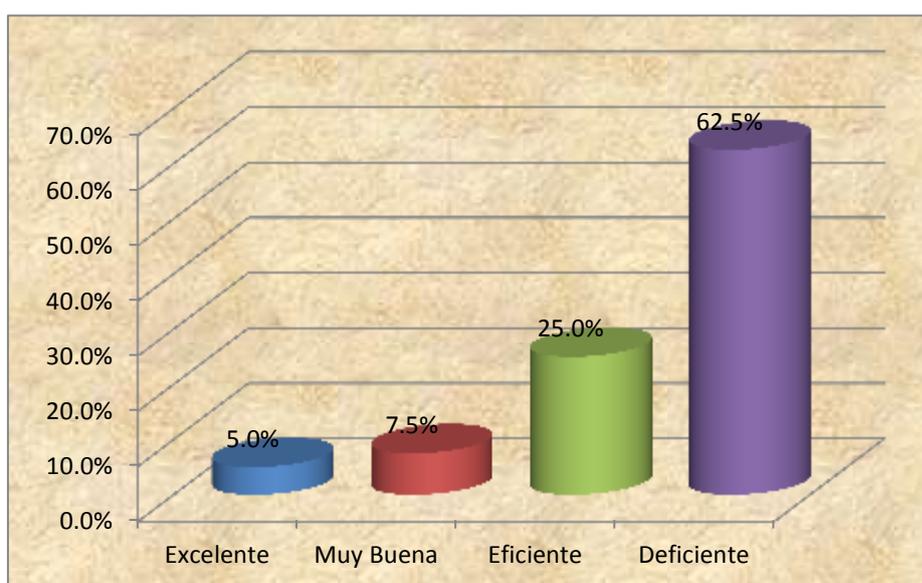


Gráfico No.17.- Organización del Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.8. INFORMACIÓN QUE BRINDA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Inmediata	12	30%
2	Tardía	28	70%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- Del personal de salud asignado a Vigilancia Epidemiológica, el 70% coincide en manifestar que la información que reciben de Epidemiología es tardía, ya que tienen conocimiento que el departamento solo posee un computador y una impresora, el epidemiólogo y una secretaria, lo que influye en la entrega de información, sugiriendo se dote de equipos tecnológicos y de personal al área para una eficiente y oportuna entrega de información, ya que esto redundaría en beneficios a la institución y a la ciudadanía en general. Un 30% manifiestan que si han sido atendidos en forma inmediata en el área, por cuanto no tienen quejas del servicio.

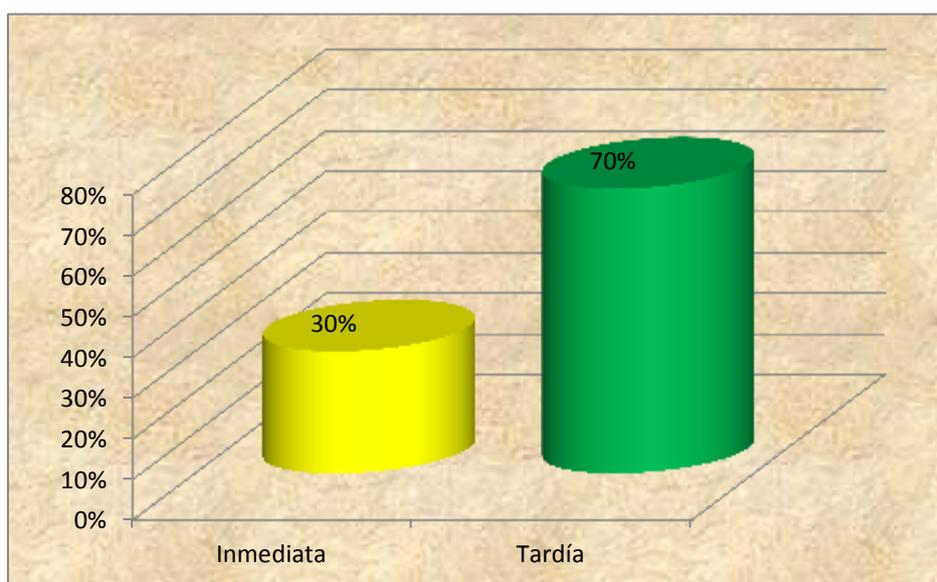


Gráfico No.18.- Información que brinda el Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.2.9. ESTARÍA DE ACUERDO EN QUE SE REALICE UNA REORGANIZACIÓN EN EL ÁREA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

No.	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
1	Si	40	100%
2	No	0	0%
	Total	40	100%

Fuente: Encuestas realizadas a personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano /2010

Análisis y Discusión.- En su totalidad, los encuestados opinan que si se debería realizar una reorganización en el Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, ya que esto le permitirá reunir la información indispensable, para conocer en todo momento la historia natural de la enfermedad y las intervenciones que se realicen, detectar o prever cualquier cambio de los factores condicionantes, con el fin recomendar las medidas que lleven a prevenir o controlar la enfermedad o efecto productivo indeseable.

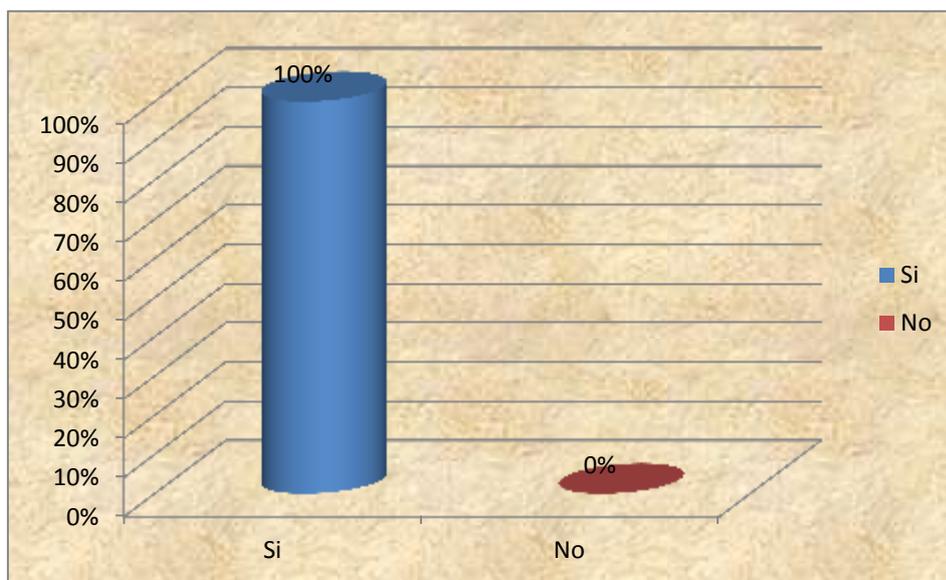


Gráfico No.19.- Reorganización del Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano

4.3. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ

Para dar cumplimiento al Objetivo N° 3, se realizó un diagnóstico de la situación de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital, la que se detalla a continuación.

4.3.1. ANTECEDENTES

El Hospital "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano" de Manta está localizado en el Barrio Santa Martha, Calle 12, empieza sus actividades en su nueva edificación en el año 1988, desde el año 1989 se inician las primeras actividades del proceso de Vigilancia Epidemiológica a cargo de la Lcda. Zoraida Vélez de manera limitada, en abril del año 1992 se asigna esta función a la Lcda. Yubagni Rezabala, con el Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias, quien también estuvo a cargo del Programa de Control de la Epidemia del Cólera en los años 1991 a 1993, desde ese entonces este proceso funciona en una oficina localizada en el tercer piso en el Servicio de Traumatología.

En enero del 2007 se asigna el Programa de EFENV (Enfermedades Febriles no Vesiculares: Sarampión, Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita) y el Programa ESAVI (Vigilancia de Enfermedades Atribuibles a Vacunas). Desde el año 2008 se asigna también el Programa de Vigilancia Centinela de Meningitis, Neumonías y Rotavirus.

En noviembre del 2008 se designa al Dr. José Matute como Epidemiólogo, en el año 2009 se le asignó el Programa de Control de la Epidemia de Influenza, y por necesidad emergente, la autoridad de ese entonces dispuso desarrollar las actividades en una oficina suficientemente amplia ubicada en el 1er. piso diagonal a la Subdirección Médica del Hospital. Este espacio físico se había adecuado para el Área del Programa de Medicina Transfusional (Hemoteca), sin embargo, se cedió momentáneamente a Epidemiología, este espacio fue recibido con un computador (CPU, monitor, impresora) equipos que pertenecían al área antes mencionada.

Se asignó a la señorita Jessenia Chóez, como Asistente en Secretaría de Epidemiología desempeñando esta función por un lapso de tres meses por contrato, luego de esto apoyó con su labor sin tener contrato por varios meses más. Luego apoyó según las necesidades de este servicio y del tiempo que ella disponía debido a que no se pudo conseguir contratarla pese a insistir en esta gestión.

En el 2010 se asigna la Vigilancia de Enfermedades Trazadoras (Dengue, Paludismo, Leptospirosis, Varicela, etc.). En ese mismo año inicia el funcionamiento de la Hemoteca, decidiendo que la oficina de Control de Infecciones (ubicada en el 3er piso) a cargo de la Lcda. Yubagni Rezabala sea compartida con el Dr. José Matute, Epidemiólogo de la institución. Además desde las DPS indican que Epidemiología debe Coordinar con Programas como PTC, VIH y otras relacionadas.

Históricamente se han evidenciado dificultades para desarrollar de manera eficaz la Vigilancia Epidemiológica en aspectos como: Espacio físico, personal de apoyo para digitación de información y equipos informáticos, necesidades que con el pasar de los años se han vuelto emergentes, más aún con la sumatoria de otras dificultades.

Para poder cumplir con uno de los objetivos de la investigación, en Agosto del año 2010 se realizó un diagnóstico participativo del proceso de Vigilancia Epidemiológica a través de Talleres Participativos, con la asistencia de Autoridades del Hospital, Médicos Tratantes, Residentes, Enfermeras, Secretarias y personal a cargo de los diferentes Programas de Salud que se llevan en el Hospital.

Este proceso de diagnóstico se desarrolló por etapas y con varias mesas de trabajo de grupos con el fin de identificar problemas y elaborar la respectiva propuesta.

4.3.2. DESARROLLO DEL DIAGNÓSTICO

La ejecución de esta Metodología tuvo el apoyo del Director y Subdirector de la institución. Se planificó la intervención participativa de las dificultades de la Vigilancia Epidemiológica en 2 fases. La **primera**, consistió en trabajar en una lluvia de ideas

para identificar los problemas de la Vigilancia, determinar prioridades e identificar por medio de un Árbol de Problemas el Análisis Causal. La **segunda** fase, se desarrolló un proceso de profundización del diagnóstico.

4.3.2.1. PRIMERA FASE

A continuación se detalla el contenido del trabajo desarrollado.

1. Problemas priorizados

Este ejercicio se realizó a través de una lluvia de ideas plasmadas en tarjetas, en la cual participaron los responsables y delegados (as) de los diferentes Programas relacionados con Epidemiología: Sive Alerta, Infecciones Intrahospitalarias, Programa de Control de la Tuberculosis, Clínica del VIH, Vigilancia Centinela de la Influenza, Vigilancia del Bocio Endémico, Influenza AH1N1, Vigilancia de la EPV. Además, con la participación de Jefes de Servicios Hospitalarios, Jefes de Enfermería, Médicos Tratantes, Médicos Residentes, Personal de Salud, Coordinadora de Administración y Coordinadora de Recursos Humanos.

Los aportes definieron las dificultades o problemas en la Vigilancia Epidemiológica en los diferentes niveles de participación y se agruparon en cuatro ejes: Organización, Capacitación, Notificación y Evaluación.

a) Organización:

- **Limitaciones para el desarrollo de actividades de Vigilancia Epidemiológica.**
- Escaso apoyo político que priorice la Vigilancia Epidemiológica.
- Insuficiente apoyo de directivos.
- Carencia de apoyo financiero.
- Falta de recurso humano de apoyo.
- Desconocimiento.
- Poca coordinación.

- Pobre comunicación asertiva.
- Escasa planificación.

b) **Capacitación:**

- **Insuficiente planificación de las capacitaciones en la institución.**
- Falta de monitoreo de las capacitaciones.
- Insuficiente conocimiento de formularios y el llenado de los mismos.
- Limitadas capacitaciones en el llenado de formularios.
- Escasa difusión de los programas del Ministerio de salud.
- Poco conocimiento de todos los programas del MSP.
- Inexistencia de recursos económicos para capacitaciones.
- No se entregan refrigerios.
- Pobre compromiso de los responsables de los servicios.
- Desmotivación del personal.
- Poca comunicación en el equipo multidisciplinario.
- Escasa asistencia a capacitaciones y no asiste todo el personal al que hay que involucrar.

c) **Notificación:**

- **Limitada delegación de responsabilidades en el personal de Laboratorio para las Enfermedades de Interés Epidemiológico.**
- Demoras y desfases en entrega de resultados en laboratorio.
- Demoras en toma de muestras por personal de laboratorio.
- La estadística no concuerda por resultados negativos de laboratorio pese a que la clínica es positiva.
- No se conoce cuales son los responsables de tomas de muestra de los diferentes turnos en laboratorio.
- Carencia de insumos y reactivos en laboratorio.
- Pérdida de resultados en laboratorio.
- Escasa participación del personal de salud en la notificación de EIE.

- Poco conocimiento del personal de salud.
- Escasa asistencia oportuna de la Vigilancia Epidemiológica.
- Con frecuencia el llenado de fichas de investigación es incompleto.
- Limitado conocimiento de enfermedades de Vigilancia Epidemiológica.
- Pobre conocimiento de llenado correcto de formularios.

d) **Evaluación:**

- **Falta de evaluadores de los diferentes procedimientos y programas.**
- Insuficientes capacitaciones de los programas existentes de los cuales se va a ser evaluado.
- Limitado conocimiento de los formularios existentes y de su correcto llenado.
- Inadecuado uso de formularios.
- Poco cumplimiento de protocolos a seguir en los diferentes servicios.
- Falta de diagnóstico oportuno para realizar un buen llenado de formularios.
- Falta de sanciones e incentivos para quienes cumplan o no las obligaciones establecidas.
- Pocos recursos económicos o recursos humanos para evaluar sin compromiso al personal.
- Escaso compromiso para cumplir con los programas.
- Limitada promulgación de resultados de las evaluaciones.
- Pobre interés en el cumplimiento de los programas y de su evaluación.

2. **Trabajo de Grupos**

A partir de los ejes definidos, se conformaron CUATRO grupos, los cuales trabajaron en tres productos:

- a) Análisis Causal: Árbol de Problemas.
- b) Análisis de obligaciones y brechas de capacidades.
- c) Cambios y líneas prioritarias.

Este proceso de reflexión permitió una primera aproximación en el análisis de las dificultades de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital. También permitió explorar las posibles líneas de acción que se requerirán para intervenir las dificultades de manera eficaz y eficiente.

A continuación se presentarán los esquemas en los que trabajaron los cuatro grupos.

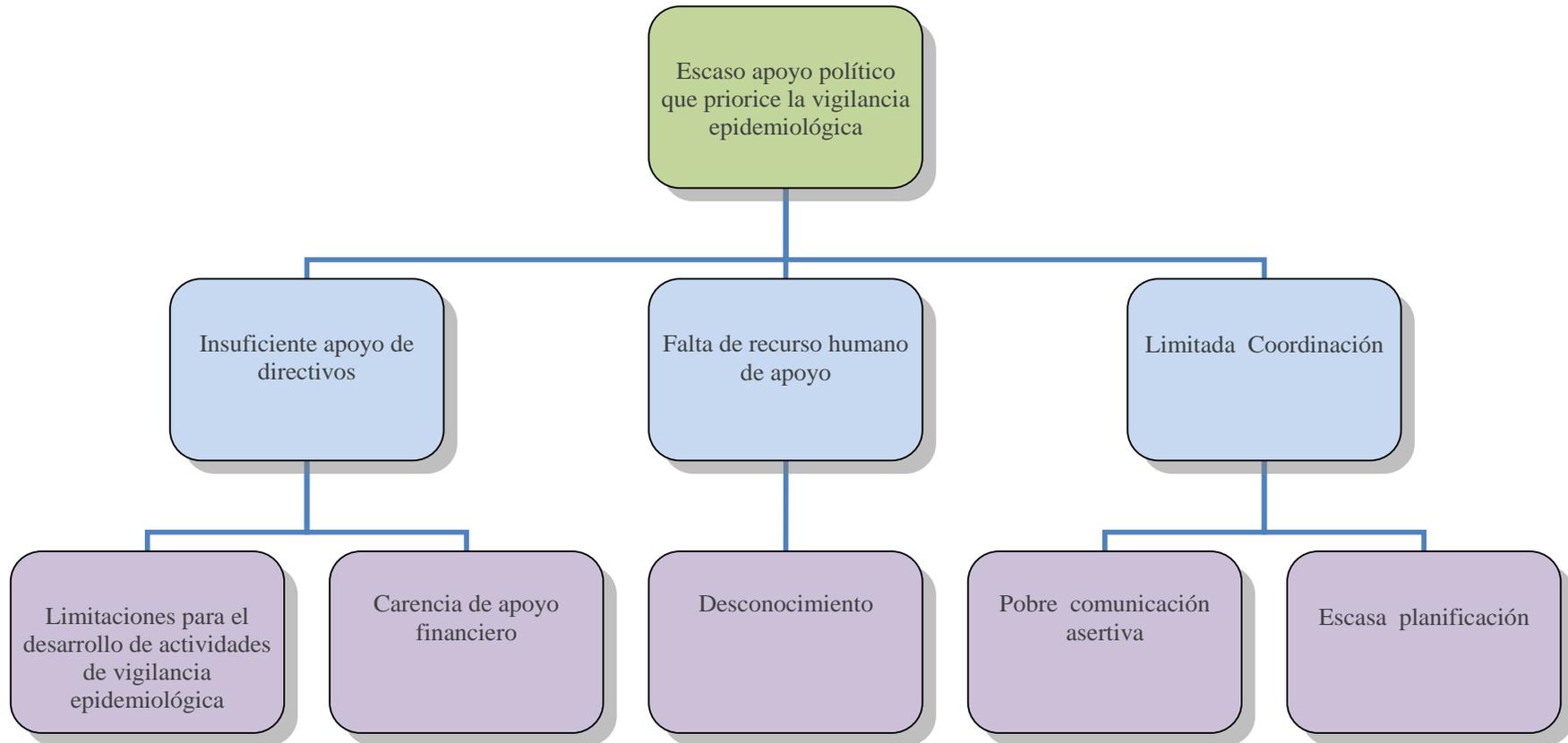
GRUPO 1: ORGANIZACIÓN

Gráfico No. 11.- Análisis Causal: Árbol de Problemas

De la organización:

Análisis de obligaciones y brechas de capacidades:

Tipo de actor	Rol	Brecha de capacidades
<p>Titulares :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal de salud. • Epidemiólogo. • Resp. de Programas. • Médicos Trat. / Resp. • Enfermeras/os. • Laboratoristas. • Infectólogos. • Educ. para la Salud. • Estadísticos. • Secretarias. • Obstetricas. • Trabajadoras Sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar su trabajo. • Empoderamiento. • Participar en los talleres y reuniones para mejorar la organización. • Cumplir con los protocolos • Trabajo en equipo • Planificar • Exigibilidad • Motivación 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de presentación de informes de la organización de su trabajo. • Insuficientes capacitaciones en vigilancia epidemiológica. • Falta de capacitación en planificación • Laborar organizadamente • Insuficiente motivación y exigibilidad • Falta de distribución de tareas asignadas al personal sobre vigilancia epidemiológica
<p>Directivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director. • Subdirector. • Jefes de Servicio. • Líder Administración. • Líder Recursos Humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar el proceso continuo de reorganización. • Incluir al personal a organizarse por competencias. • Conocer, analizar y aprobar • Responsabilizar el diseño de organización del personal a su cargo • Liderar la capacitación en organización y plan para el buen vivir, Comunicación y trabajo en equipo • Coordinar , evolucionar, reinventar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso reinvento de los procesos de organización • Débil sistema de organización. • Poco monitoreo del cumplimiento de los procesos de organización. • Escasez de capacitación en organización, Plan para el Buen Vivir, Comunicación y Trabajo en equipo.

Cambios y líneas prioritarias:

Cambios	Líneas prioritarias de acción
Titulares:	
<ul style="list-style-type: none">• Generar capacidades, motivación y participación.• Fortalecimiento organizacional.	<ul style="list-style-type: none">• Comprometerse y participar en la elaboración de la organización de sus actividades en Vigilancia Epidemiológica.• Iniciar el proceso de capacitación para organizar su trabajo en relación con la vigilancia epidemiológica.
Directivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Crear Programa de Reorganización.• Invocar a la participación.• Motivar al personal.	<ul style="list-style-type: none">• Priorizar el apoyo a la Vigilancia Epidemiológica.• Disponer la creación del Departamento de Epidemiología en un espacio adecuado.• Asignar recurso humano que asista a Epidemiología.

GRUPO 2: CAPACITACIÓN

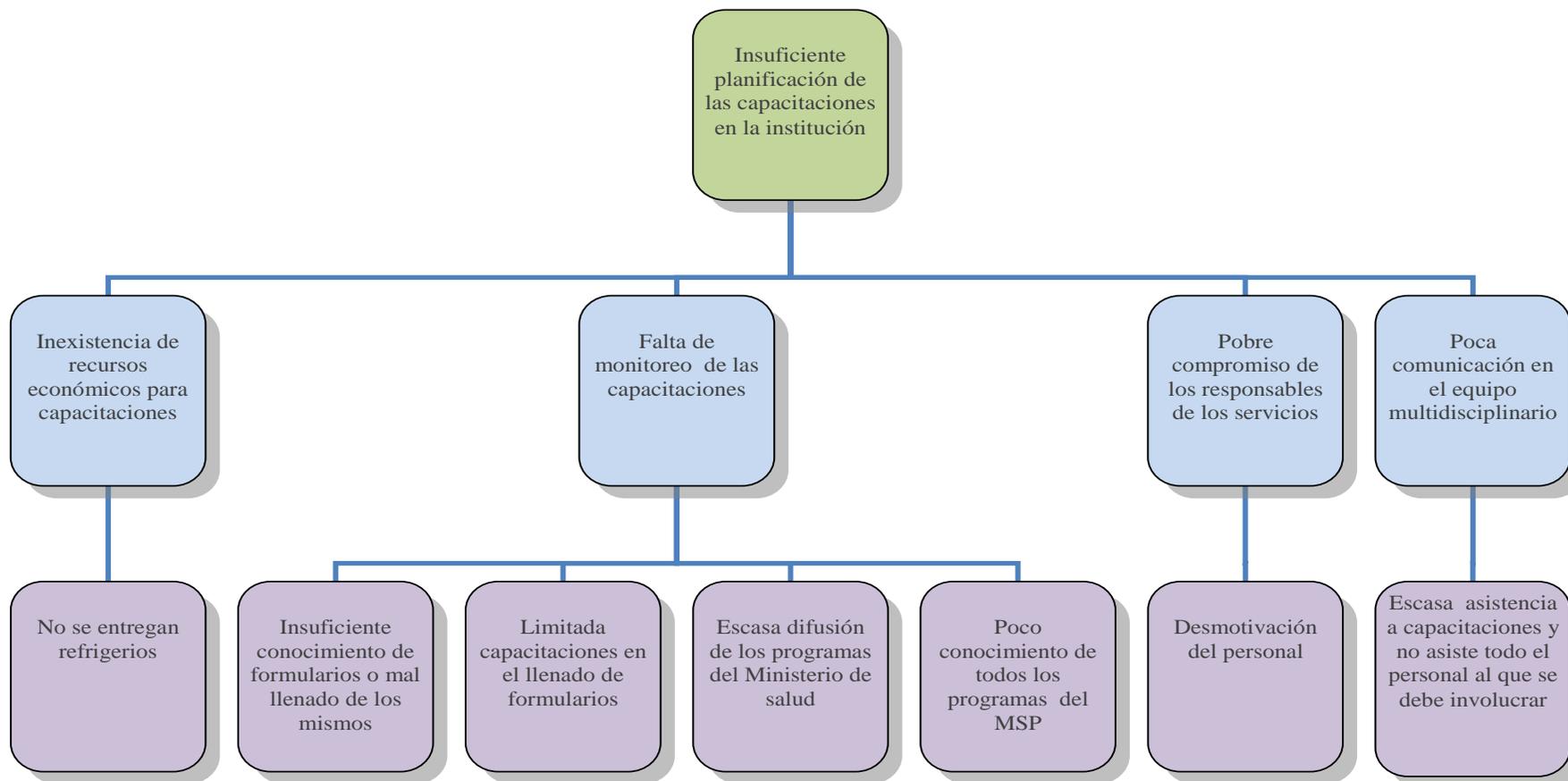


Gráfico No. 12.- Análisis Causal: Árbol de Problemas

De la Capacitación:

Análisis de obligaciones y brechas de capacidades:

Tipo de actor	Rol	Brecha de capacidades
Titulares: <ul style="list-style-type: none">• Todo el personal de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Asistir a las capacitaciones.• Poner en práctica lo aprendido.• Participar en las conferencias expresando las interrogantes que se presenten.• Establecer compromisos y responsabilidades en el personal.	<ul style="list-style-type: none">• Falta conocer la importancia de poner en práctica lo que se aprende.• Faltan incentivos.• Falta Compromiso del personal.• Falta una publicación de la planificación anual con temas, fechas y personal invitado.• Falta mejorar coordinación con los servicios para que el personal invitado a las conferencias no tenga pendiente otras labores como consultas, atención a pacientes, etc.
Directivos: <ul style="list-style-type: none">• Director.• Subdirector.• Administración.• Recursos humanos.• Líderes de servicio.	<ul style="list-style-type: none">• Planificar capacitaciones.• Organizar capacitaciones.• Monitorear ejecución.• Monitorear el cumplimiento.• Evaluar el impacto.	<ul style="list-style-type: none">• Falta priorizar las capacitaciones.• El proyector tiene defectos en su cableado.• Falta establecer mecanismos para que el personal invitado acuda a capacitarse.• Escasa planificación y Monitoreo.

Cambios y líneas prioritarias:

Cambios en los titulares	Líneas prioritarias de acción
Titulares:	
<ul style="list-style-type: none">• Amor a las tareas encomendadas.• Compromiso con la institución.• Principios de calidez y calidad.	<ul style="list-style-type: none">• Plan de incentivos al personal.• Llamados de atención por RRHH al personal que no asista a capacitarse.
Directivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Priorizar mecanismos de acceso a la información del personal de salud.	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración del Plan Anual continuo de capacitaciones.• Equipamiento adecuado del Auditorio con asignación de recursos económicos para refrigerios y materiales.• Disponer el uso del Auditorio.• Monitorear la ejecución de cada capacitación y el cumplimiento del Plan Anual en capacitaciones

GRUPO 3: NOTIFICACIÓN

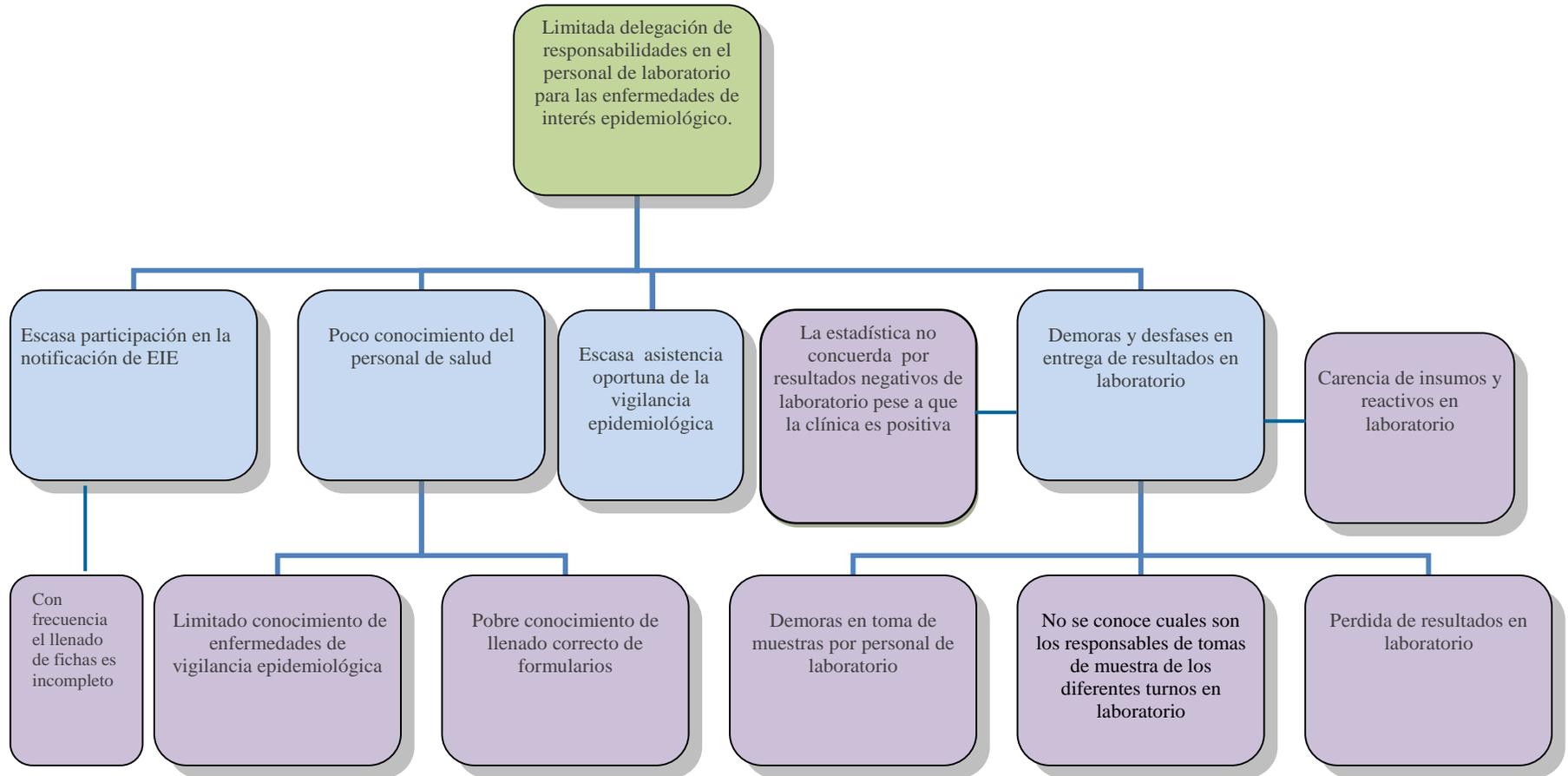


Gráfico No. 13.- Análisis Causal: árbol de problemas

De la Notificación:

Análisis de obligaciones y brechas de capacidades:

Tipo de actor	Rol	Brecha de capacidades
Titulares:		
<ul style="list-style-type: none">• Médicos tratantes.• Médicos Residentes.• Personal de Enfermería.• Internos Med./Enf• Personal de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Llenar formularios de registros en forma oportuna.• Confirmar resultados en los formularios.• Informar en forma oportuna.	<ul style="list-style-type: none">• Falta de compromiso.• Escaso conocimiento de llenado correcto de formularios.• Escaso conocimiento de la obligatoriedad de la notificación.• Escaso conocimiento del aporte positivo de las notificaciones en el control de enfermedades.
Directivos:		
<ul style="list-style-type: none">• Director.• Subdirector.• Epidemiólogo.• Líderes de servicio.• Jefe de Recursos Humanos.	<ul style="list-style-type: none">• Gerencia y Coordinación.• Capacitación.• Seguimiento de casos.• Monitorear el cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Escasa distribución de responsabilidades.• Falta incluir por disposición al personal que participará en cada nivel de notificación.• Escasa continuidad en el seguimiento y monitoreo del correcto cumplimiento de notificación de EIE.

Cambios y líneas prioritarias:

Cambios	Líneas prioritarias de acción
Titulares:	
<ul style="list-style-type: none">• Notificaciones correcta y oportuna de enfermedades.• Motivación.	<ul style="list-style-type: none">• Integrar y Comprometer a más miembros del personal a que participen en la notificación de EIE.• Asistir todos a las capacitaciones sobre notificación de EIE.• Promover una conducta permanente de notificación de las EIE en los respectivos formularios de investigación.
Directivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Motivar y establecer compromisos.• Disponer la correcta notificación de EIE.	<ul style="list-style-type: none">• Integrar y comprometer al personal que participará en las notificaciones de EIE.• Distribuir responsabilidades en el personal de salud.• Capacitar sobre el proceso de notificaciones.• Reorganizar el procedimiento de notificaciones en los servicios.• Vigilar el cumplimiento de notificación.• Definir una reunión mensual con responsables de los programas para análisis situacional .

EIE: Enfermedades de Interés Epidemiológico.

GRUPO 4: EVALUACIÓN

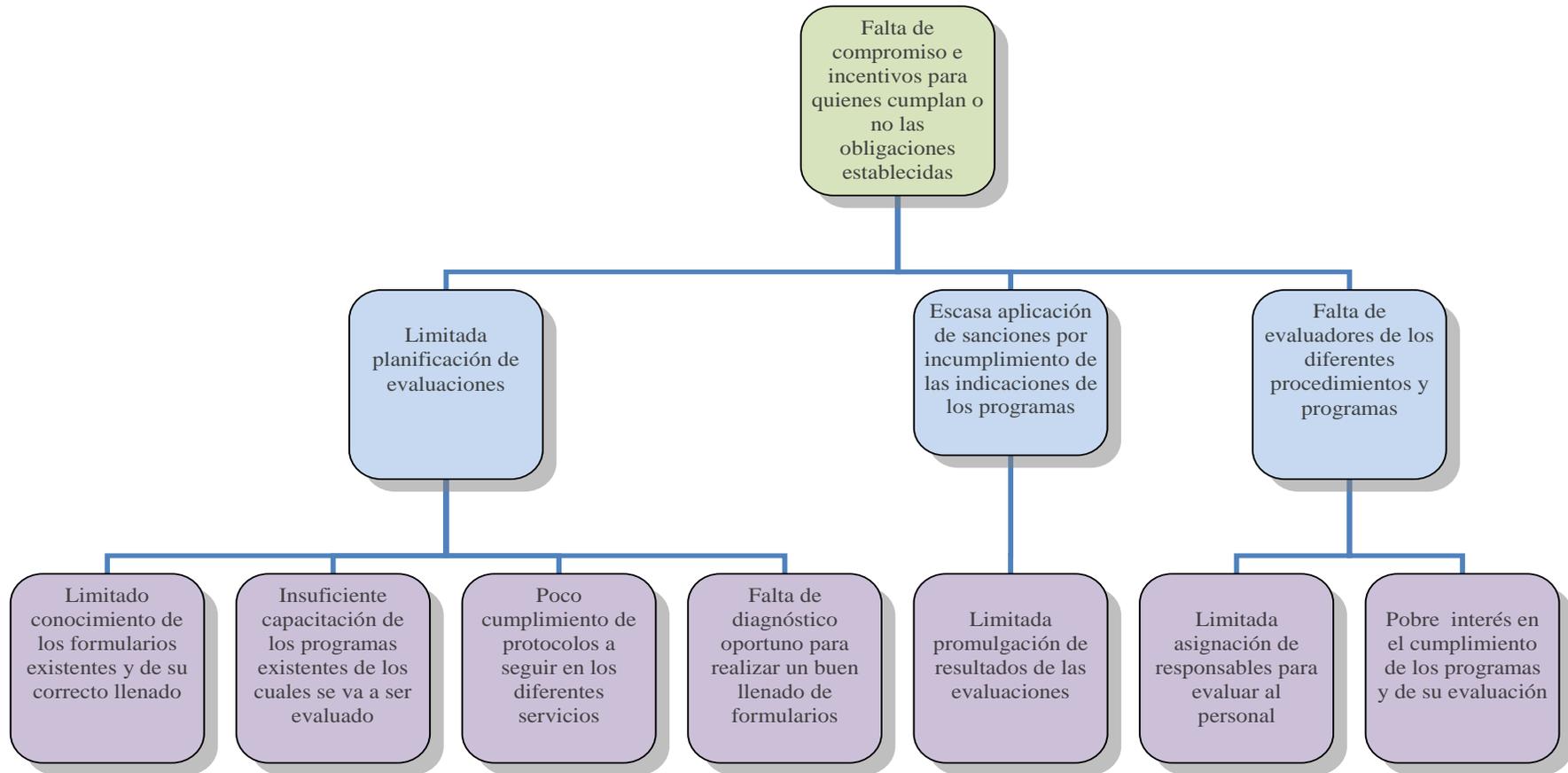


Gráfico No. 14.- Análisis Causal: Árbol de Problemas

De la Evaluación:

Análisis de obligaciones y brechas de capacidades:

Tipo de actor	Rol	Brecha de capacidades
Titulares: <ul style="list-style-type: none"> • Responsables de Programas. • Dep. Estadística. • Jefes Departamentales • Médicos Tratantes • Médicos Residentes • Enfermeras/os. • Laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de tiempos de la evaluación. • Manejo de información para toma de decisiones. • Evaluar y disponer correctivos. • Dar todas las facilidades para la evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de planificación de las evaluaciones. • Falta de análisis de resultados de evaluaciones. • Escasa evaluación de los Programas.
Directivos: <ul style="list-style-type: none"> • Director. • Subdirector. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer y guiar la evaluación. • Coordinar la evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasa disposición de evaluaciones de cumplimiento de programas. • Escasa coordinación.

Cambios y líneas prioritarias:

Cambios	Líneas prioritarias de acción
Titulares:	
<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de seguridad de cumplimiento de las tareas. • Generar conducta de afinidad por las evaluaciones. • Mejoramiento e innovación de actividades laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposición y participación del personal en las evaluaciones de los programas de epidemiología. • Mejorar los resultados de las evaluaciones.
Directivos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar las evaluaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de evaluación anual. • Plan de monitoreo de evaluaciones. • Plan de incentivos y sanciones. • Ejecución de estos planes. • Difusión de resultados de las evaluaciones.

PROXIMOS PASOS:

Luego de este análisis, se establecieron ciertos compromisos para el desarrollo del proceso de elaboración de la Propuesta de Mejora Organizacional en Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano.

1. Elaboración de la memoria del Taller (15-Septiembre-2010)
2. Reinstalación de mesas de trabajo (20-Septiembre al 30-septiembre-2010): con dos objetivos:
 - a. Profundizar el Diagnóstico.
 - b. Avanzar en la Programación: Realizar una exploración por Mesas de Trabajo de los objetivos, estrategias, planes.
3. Intercambio experiencias (octubre-2010): Capitalizar aprendizajes
 - a. Experiencias de Epidemiología Provincial: Portoviejo
 - b. Experiencias de Epidemiología Hospital Jipijapa: Jipijapa
4. Taller de Diseño del Plan Estratégico (Segunda quincena de Noviembre-2010)

3. Mesas de trabajo

En el Taller se decidió conformar cuatro mesas, las cuales debían realizar un trabajo de profundización del diagnóstico y de avances en la programación de los objetivos, programas y planes, que serían validados en el Taller de Diseño del Plan Estratégico, a realizarse la última quincena de Noviembre del 2010. Las mesas de trabajo que se conformaron fueron las siguientes:

- a) Empoderamiento en la notificación de enfermedades.
- b) Evaluaciones.
- c) Capacitaciones.
- d) Planificación.

4.3.2.2. METODOLOGÍA DE LA SEGUNDA FASE

Una vez realizado el Taller de Diagnóstico el 26 de agosto del 2010, se procedió a ejecutar la Segunda Fase del Plan con la conformación de cuatro mesas de trabajo:

1. Organización.
2. Capacitación.
3. Notificación.
4. Evaluación.

Los **Objetivos** que se plantearon fueron:

- a. **Profundizar el diagnóstico** respecto a la problemática específica que va a abordar cada una de ellas.
- b. **Avanzar en la programación** de principios, objetivos, programas y proyectos, para intervenir en la problemática específica que se diagnostique.

Los objetivos planteados, implicaron que el trabajo de las mesas se dividieran en dos grandes momentos, el primero orientado a realizar o profundizar en el diagnóstico iniciado en el taller; y, el segundo, básicamente para desarrollar la programación.

El resultado de este trabajo se detalla a continuación:

HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Misión:

En la ejecución de los procesos de Vigilancia Epidemiológica informamos y asesoramos a las autoridades de salud sobre la situación sanitaria; aplicamos estrategias de prevención y control de casos, brotes, epidemias y pandemias, procurando dar una respuesta adecuada y oportuna en nuestro entorno.

Visión:

El Servicio de Epidemiología dispone de talentos altamente calificados y equipados para la vigilancia, el análisis de la situación de salud y la investigación epidemiológica aplicada; mediante una gestión sanitaria basada en evidencias científicas, con la participación integral, activa y organizada del personal hospitalario contribuyendo al mejoramiento de la salud de los usuarios internos y externos.

Valores de la Vigilancia

Epidemiológica:

- ✓ Tolerancia.
- ✓ Compromiso.
- ✓ Responsabilidad.
- ✓ Calidez.
- ✓ Predisposición.
- ✓ Ética.
- ✓ Oportuno.
- ✓ Seriedad.

Principios de la Vigilancia

Epidemiológica:

- ✓ Eficiencia.
- ✓ Eficacia.
- ✓ Efectividad.
- ✓ Organización.
- ✓ Comunicación.
- ✓ Trabajo en equipo.
- ✓ Continuidad del proceso (sin dejar pendientes tareas).

Programas de Vigilancia Epidemiológica

- Programa de Organización de la Vigilancia Epidemiológica.
- Programa del Proceso de Notificación de las Enfermedades de Vigilancia Epidemiológica.
- Programa de Aprendizaje y Capacitaciones.
- Programa de Evaluación de los Procesos relacionados con Epidemiología.

<p style="text-align: center;">MESA DE TRABAJO No. 1 (ORGANIZACIÓN) PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</p>
--

Fecha: 20/09 /2010 – Primer momento

Problema priorizado:

Escaso apoyo institucional que priorice la vigilancia epidemiológica.

Descripción del problema:

En la Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rodríguez Zambrano participan: Un Epidemiólogo y un responsable del Programa de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias, que concentran su trabajo en un departamento que cuenta con un espacio de aproximadamente 3x4 metros, ubicado en el tercer piso alto en el Área de Traumatología, está equipado con un computador de varios años de uso en el programa de Infecciones Intrahospitalarias que permanentemente provoca dificultades debido a su poca capacidad de almacenamiento de información. El Epidemiólogo trabaja con un computador que pertenece al Programa de Medicina Transfusional.

Además existen varios Programas de Vigilancia Epidemiológica y estos son:

- Programa de Control de Tuberculosis – PCT. Ubicado en la planta baja, en el Área de Consulta Externa, entre el Departamento de Vacunación y un Consultorio Médico.
- Programa Clínica del VIH. Funciona en un Departamento ubicado en la Planta Baja diagonal al Servicio de Emergencia.
- Programa de SIVE ALERTA, se encuentra en el Área de Estadística, cuyo responsable trabaja con un equipo de computador de estadística.
- Programa de Vigilancia Centinela de Influenza Estacional.
- Programa de Influenza AH1N1 funciona en Epidemiología, en el tercer piso.
- Programa de Vigilancia de Enfermedades Trazadoras, funciona en Epidemiología – tercer piso.
- Programa de Vigilancia del Bocio Endémico, recibe información de Neonatología.
- Programa de Vigilancia de Muerte Materna, trabaja en conjunto con Estadística

- Programa de Vigilancia de Muerte Neonatal, que recibe información del Área de Neonatología.
- Programa de Vigilancia de Agua Segura, desarrollada en el área de mantenimiento.

Cada programa tiene su responsable, quien debe transmitir su información de forma semanal a Epidemiología hospitalaria, sin embargo esto no se cumple con todos los Programas, por las múltiples funciones como: Responsables de uno o más Programas, atención en Consulta Externa, atención en Hospitalización, Coordinación, Evolución Médica, entre otras, esta plurifuncionalidad del Personal de Salud hace que se sature su trabajo.

Cada responsable tiene aliados con los que se apoya para hacer la Vigilancia, en su mayoría los aliados son los Médicos Residentes o Internos de Medicina, Enfermeras, Internas de Enfermería, etc., pero son pocos los que participan.

Permanentemente se mantiene informadas a las autoridades del Hospital (Director y Subdirector), quienes reciben la información de la situación de las Enfermedades de Interés Epidemiológico, pero se debe mejorar la calidad de la información y concentrar el resultado de todos los Programas de Epidemiología en pocos indicadores, para que de esta manera sirva de base para tomar las decisiones adecuadas.

Se carece de una serie de elementos básicos para el funcionamiento óptimo de Epidemiología y las necesidades son las siguientes:

- a) Estructura con un espacio amplio, adecuado y de fácil acceso, un lugar en el que se puedan desarrollar reuniones de trabajo una vez por mes con los responsables de los programas para mantenerse informado de la situación de cada enfermedad. Este lugar debe tener climatización.
- b) Equipos de computación completos y de mejor tecnología, destinados específicamente para Epidemiología.
- c) Equipos de proyección de imágenes y diapositivas.
- d) Recursos Humanos de apoyo a la Vigilancia y de Secretaría.

- e) Muebles y Materiales de oficina adecuados para salas de reuniones
- f) Fax y copiadora.

Aunque los recursos son escasos, Epidemiología con gran esfuerzo trata de cumplir con sus actividades, sin embargo para llegar a poseer un sistema eficaz se necesitaría de mayor apoyo institucional para suplir las necesidades.

Efecto en el personal:

El personal le da poca importancia y no se motiva a participar de la Vigilancia Epidemiológica

Efecto en la Vigilancia Epidemiológica:

- Disminuye la calidad y evita su fortalecimiento como instancia orientadora de decisiones.
- Escaso control de enfermedades.
- Aumento de la morbimortalidad hospitalaria.
- Sub-registro de enfermedades.

Fecha: 20 /09 /2010

Primera reunión

Lcda. Gloria Santana	Enfermera
Ing. Melba Pacheco	Líder de Estadística
Ing. Florinda Pazmiño	Administradora

Fecha: 21 /09 /2010 – Segundo momento:

El grupo siguió la guía de trabajo del segundo momento para establecer el objetivo general y los objetivos específicos de acuerdo al esquema elaborado en el árbol de problemas de la Organización, reforzaron con ideas la misión y visión de la Vigilancia Epidemiológica, se plantearon valores y principios y se definieron las líneas estratégicas de acción y posibles proyectos.

Fecha: 21 /09 /2010

Participantes

Segunda reunión

Lcda. Gloria Santana	Enfermera
Ing. Melba Pacheco	Líder de Estadística
Ing. Florinda Pazmiño	Administradora
Lcdo. Tito Pisco	Laboratorista

Objetivo General del Programa de Organización de la Vigilancia Epidemiológica:

- Gestionar el apoyo político e institucional que priorice la Vigilancia Epidemiológica.

Objetivos específicos

- Solicitar la Asignación de recursos humanos de apoyo a la Vigilancia Epidemiológica.
- Fortalecer la Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica.
- Minimizar las limitaciones del desarrollo de las actividades de Vigilancia Epidemiológica.
- Gestionar apoyo financiero.
- Fortalecer la comunicación asertiva en el equipo multidisciplinario.
- Promover la cultura de planificación.

Líneas de acción del Programa de Organización de la Vigilancia Epidemiológica:

- Disponer la creación del departamento de Epidemiología en un espacio adecuado.
- Asignar recurso humano como asistente en Vigilancia Epidemiológica.
- Priorizar el apoyo a la Vigilancia Epidemiológica.
- Comprometerse y participar en la elaboración de la organización de sus actividades en Vigilancia Epidemiológica.
- Iniciar el proceso de capacitación para organizar su trabajo en relación con la Vigilancia Epidemiológica.

<p style="text-align: center;">MESA DE TRABAJO No. 2 (CAPACITACIONES) PROGRAMA DE APRENDIZAJE Y CAPACITACIONES</p>
--

Fecha: 22/09/2010 – Primer momento

Problema priorizado:

- Insuficiente planificación de las capacitaciones en la institución

Descripción del problema:

La vigilancia epidemiológica cuenta con un número aproximado de 20 capacitadores que son los responsables de cada programa y ciertos jefes de servicios, entre otros. En áreas como emergencia y pediatría estas réplicas son dirigidas por los médicos residentes a los internos de medicina y enfermería.

Estas capacitaciones se las realizan en lugares improvisados como son:

- Comedor (incómodo por el olor que se genera en la cocina y poca disponibilidad del tiempo debido a los horarios de las comidas.
- Sindicato de trabajadores.
- Dirección (espacio limitado).
- Subdirección (espacio limitado).
- Salas de Hospitalización.
- Auditorios de facultades de la ULEAM.

El espacio asignado para capacitaciones es un auditorio construido por el Consejo Provincial de Manabí, pero no se encuentra equipado con tecnología apropiada, materiales, mobiliario, ni climatización por lo que no se lo ha utilizado.

No hay recursos económicos destinados a las capacitaciones locales; la movilización y alimentación del personal de salud que asiste a las capacitaciones que se dan fuera de la unidad hospitalaria ya sea en la ciudad de Manta o en otro cantón de Manabí son costeadas por ellos mismos, y las capacitaciones que se dan en la misma unidad por lo general no cuentan con refrigerios ni materiales.

Este Hospital cuenta con un Departamento de Docencia por lo que se debería de coordinar acciones en conjunto.

Efecto:

Desmotivación del personal de salud para asistir a las capacitaciones.

Efecto en la Vigilancia Epidemiológica:

Limitado conocimiento técnico para tratar las enfermedades.

Práctica médica insuficiente.

Subregistro de enfermedades de denuncia obligatoria.

Participantes de la Mesa No. 2 – capacitaciones (22/09/2010)

Ab. Rosa Quijije	Líder de Recursos Humanos.
Dr. Franklin Macías	Responsable-programa de Vigilancia Centinela Influenza.
Dra. Anita Vera	Líder de Emergencia.
Dr. Milton Yagual	Médico Tratante – Emergencia.
Lcda. Narcisa Bailón	Enfermería – Emergencia.
Lcdo. Robert Ormaza	Laboratorista – Microbiología.

Fecha: 23/09/2010 – Segundo momento:

El grupo siguió la guía de trabajo del segundo momento para establecer el objetivo general y los objetivos específicos de acuerdo al esquema elaborado en el árbol de problemas de las capacitaciones, reforzaron con ideas la misión y visión de la vigilancia epidemiológica, se plantearon valores y principios y se definieron las líneas estratégicas de acción y posibles proyectos.

Objetivo general del Programa de Aprendizaje y Capacitaciones en Vigilancia Epidemiológica:

- Planificar con programación anual las capacitaciones en vigilancia epidemiológica.

Objetivos específicos

- Gestionar la disponibilidad de los recursos económico para la capacitaciones.
- Monitorear la ejecución del Plan de Capacitaciones.
- Mejorar el compromiso y motivación de los responsables de los servicios y del personal de Salud.
- Ampliar la comunicación en el equipo multidisciplinario.

Líneas de acción del Programa de Aprendizaje y Capacitaciones en Vigilancia Epidemiológica:

- Elaboración del plan anual continuo de capacitaciones.
- Equipamiento adecuado del auditorio y asignación de recursos económicos para refrigerios y materiales para las capacitaciones.
- Disponer el uso del auditorio.
- Monitorear la ejecución de cada capacitación y el cumplimiento del plan anual en capacitaciones.
- Plan de incentivos al personal.
- Llamados de atención por RRHH al personal que no asista a capacitarse.

MESA DE TRABAJO No. 3

NOTIFICACIÓN

*PROGRAMA DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA*

Fecha: 27/09/2010. Primer momento

Problema priorizado:

Limitada delegación de responsabilidades en el personal de Laboratorio para las Enfermedades de Interés Epidemiológico.

Descripción del problema:

En la notificación de las enfermedades (llenados de formularios y fichas de investigación) participaron básicamente los Médicos Residentes, Internos de Medicina, responsables de Programas, pocos Médicos Tratantes y pocas Licenciadas en enfermería.

El personal que participa en las notificaciones está distribuido en las siguientes áreas:
Con amplia participación en: Emergencia, Pediatría y Neonatología.

Escasa participación en SIVE ALERTA en: UCI, Cirugía, Ginecología, Medicina interna.

En Medicina interna se trabaja mucho en la notificación de VIH y Tuberculosis.

El personal que notifica las enfermedades tiene polifunciones como: Consultas Externas, Atención de Pacientes hospitalizados, responsables de varios Programas, tomas de muestras (hemocultivos), los Médicos Residentes guían y educan a los Internos de Medicina.

Poca participación de los Jefes de Servicios en indicar que se notifiquen obligatoriamente las enfermedades.

En Laboratorio faltan materiales y recursos humanos que fortalezcan la Vigilancia Epidemiológica de los diferentes programas. Y en cierto personal están delegados varios programas.

Efecto en el personal:

- Malestar por que no se puede cumplir con una adecuada notificación.
- Dificultades con los familiares que se preocupan por conocer oportunamente los resultados presionando a los médicos residentes.

- La incongruencia entre el diagnóstico clínico y los resultados de Laboratorio provoca dificultades en la notificación.

Efecto en la Vigilancia Epidemiológica:

- Limitada y tardía notificación de enfermedades.
- Las estadísticas de casos confirmados por laboratorios no concuerdan con los casos de confirmación clínica.

Participantes de la Mesa No. 3 – Notificación (27/09/2010)

Lcda. Mercedes Farfán	Coordinadora Enfermeras - Pediatría
Dra. Anggie Delgado	Medico Residente
Dra. Ivonne Delgado	Medico Residente
Lcda. Rosario Delgado	Enfermería
Lcda. Araceli Macías	Educadora para la Salud
Dra. María Delgado	Medico Residente
Lcda. María Teresa Sión	Secretaria.

Fecha: 28/09/2010 – Segundo momento:

Seguir la guía de trabajo del segundo momento para establecer el objetivo general y los objetivos específicos de acuerdo al esquema elaborado en el árbol de problemas de las notificaciones.

Objetivo general del programa del proceso de notificación de las enfermedades de vigilancia epidemiológica:

- Solicitar que en el Laboratorio se delegue a un responsable de gestión de exámenes de las enfermedades de interés epidemiológico en el personal de Laboratorio.

Objetivos específicos

- Evitar las demoras y desfases en entrega de resultados en Laboratorio.
- Impedir demoras en toma de muestras por personal de Laboratorio.
- Fortalecer las técnicas de diagnóstico de Laboratorio.

- Publicar en los servicios los nombres de los responsables de tomas de muestra de los diferentes turnos en Laboratorio.
- Evitar la carencia de insumos y reactivos en Laboratorio.
- Impedir la pérdida de resultados de exámenes en el Laboratorio.
- Multiplicar la participación del personal de salud en la notificación de EIE.
- Mejorar el conocimiento del personal de salud sobre EIE.
- Promover la asistencia oportuna de la Vigilancia Epidemiológica.
- Evitar que el llenado de fichas de investigación sea incompleta.
- Fortalecer el conocimiento de enfermedades de Vigilancia Epidemiológica.
- Insistir en el llenado correcto de formularios.

Líneas de acción del programa del proceso de notificación de las enfermedades de Vigilancia Epidemiológica:

- Integrar y comprometer a más miembros del personal de salud a que participen en la notificación de EIE.
- Invitar al personal de salud a asistir a las capacitaciones sobre notificación de EIE
- Promover una conducta permanente de notificación de las EIE en los respectivos formularios de investigación.
- Distribuir responsabilidades de notificación de enfermedades en el personal de salud
- Capacitar sobre el proceso de notificaciones de enfermedades.
- Reorganizar el procedimiento de notificaciones en los servicios.
- Vigilar el cumplimiento de notificación.
- Definir una reunión mensual con responsables de los programas para análisis situacional.
- Socializar las dificultades del servicio de laboratorio.

MESA DE TRABAJO No 4 (EVALUACIÓN)

**PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS RELACIONADOS
CON EPIDEMIOLOGÍA**

Fecha: 29/09/2010 – Primer momento

Problema priorizado:

Falta de compromiso e incentivos para quienes cumplan las obligaciones establecidas.

Descripción del problema:

En la actualidad no se realizan evaluaciones de la participación del personal de salud en la ejecución de las actividades indicadas en los Programas de Vigilancia Epidemiológica.

Se observa que el compromiso laboral del personal de salud es escaso, ya que no existe un plan de incentivos que premie el cumplimiento de sus actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica.

Además el personal de salud cumple con múltiples actividades asignadas como: Atención en consulta externa y en hospitalización, funciones administrativas, responsables de programas, etc. Debido a que no se cuenta con el número adecuado de recursos humanos en la institución pese a la gran necesidad de éste, y esto debe tomarse en cuenta en las evaluaciones.

No hay cultura de evaluación, ya que solo cuando vienen a supervisar se adecuan momentáneamente las actividades y esto encubre la realidad.

Efecto en el personal:

- Las múltiples asignaciones de tareas en el personal de salud provocan agotamiento y disminuye su rendimiento y calidad laboral.
- La falta de un plan de incentivos y reconocimientos de ley provoca desinterés y desmotivación en el personal para la participación en los diferentes programas.

Efecto en la Vigilancia Epidemiológica:

- La vigilancia se aleja de la realidad debido a que se produce un sub-registro de enfermedades.
- Disminuye la capacidad del control de enfermedades.

Fecha: 28/09/2010 – Segundo momento:

Se siguió la guía de trabajo del segundo momento para establecer el objetivo general y los objetivos específicos de acuerdo al esquema elaborado en el árbol de problemas de los participantes.

Participantes de la mesa No. 4 – Evaluación (29/09/2010).

Lcda. Ana Cevallos	Líder de enfermería – UCI
Lcda. Monserrate Aveiga	Enfermera – Medicina Interna
Dra. Jennifer Aguilar	Médico residente – Medicina Interna
Dr. César Azúa	Médico residente – UCI
Lcda. Mildred Flores	Enfermera – Pediatría
Lcda. Araceli Macías	Educadora para la salud
Int. Med. Gerardo Salazar	Rotativo/Emergencia notificaciones.

A continuación se mostrarán los aportes dirigidos a orientar estratégicamente la evaluación de la Vigilancia Epidemiológica:

Objetivo general del Programa de evaluación de los procesos relacionados con epidemiología:

- Diseñar un plan de incentivos para quienes cumplan con las normas establecidas.

Objetivos específicos:

- Elaborar un plan de evaluaciones
- Elaborar un plan de sanciones por incumplimiento de las indicaciones de los programas
- Asignar la responsabilidad como evaluadores en los diferentes procedimientos y programas.

- Aumentar el conocimiento de los formularios y demás documentos existentes y de su correcto llenado.
- Capacitar suficientemente sobre los programas existentes de los cuales se va a ser evaluado.
- Mejorar el cumplimiento de protocolos de programas relacionados con epidemiología en los diferentes servicios.
- Promulgar los resultados de las evaluaciones.
- Fortalecer el interés en el cumplimiento de los programas y de su evaluación.

Líneas de acción del Programa de Evaluación de los procesos relacionados con Epidemiología:

- Informar a las autoridades sobre la predisposición y el grado de participación del personal en las evaluaciones de los programas de epidemiología.
- Monitorear la evolución y el mejoramiento de los resultados de las evaluaciones.
- Elaborar el plan de evaluación anual por programas de vigilancia.
- Diseñar un plan de incentivos y sanciones.
- Difusión de resultados de las evaluaciones.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL
DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL
HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO MANTA 2010”**

AUTOR:

DR. JOSÉ LUIS MATUTE QUINTERO

TUTOR:

ING. JOSÉ MATUTE LUCIO

GUAYAQUIL-ECUADOR

2012

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica, es el conjunto de actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas o eventos de salud), detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir, con el fin de recomendar oportunamente las medidas indicadas que lleven a la prevención y el control de la enfermedad.

La investigación que se llevó a cabo en el Área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital, fue factible gracias al apoyo y predisposición de los responsables y delegados(as) de los diferentes Programas relacionados con Epidemiología: Sive Alerta, Infecciones Intrahospitalarias, Programa de Control de la Tuberculosis, Clínica del VIH, Vigilancia Centinela de la Influenza, Vigilancia del Bocio Endémico, Influenza AH1N1, Vigilancia de la EPV, además, con la participación del Director, Subdirector, Jefes de Servicios Hospitalarios, Jefes de Enfermería, Médicos Tratantes, Médicos Residentes, Personal de Salud, Coordinadora de Administración y Coordinadora de Recursos Humanos; también se contó con los elementos necesarios para realizar los talleres participativos desde Agosto a Noviembre del 2010, conformándose cuatro ejes de participación: Organización, Capacitación, Notificación y Evaluación, estos aportes definieron las dificultades o problemas en la Vigilancia, lo que permitió realizar la Propuesta que se detalla a continuación.

JUSTIFICACIÓN

La Vigilancia Epidemiológica del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano se orienta por las políticas del Ministerio de Salud Pública y por las directrices de la Dirección Provincial de Salud conducentes al desarrollo de la Vigilancia en Salud Pública, debiera promocionar y facilitar la formación y entrenamiento continuo en Epidemiología al personal involucrado y brindar asistencia necesaria para la prevención y control de casos, brotes, epidemias y endemias; teniendo la responsabilidad de asesorar a la Dirección, Departamentos y Servicios del Hospital Rafael Rodríguez Zambrano, sobre la Situación de salud y vigilancia epidemiológica de la población de la jurisdicción, tendencias de las enfermedades y dar respuesta oportuna para su prevención y control, a través de la participación organizada del personal de salud del Hospital, siendo fundamental que esta área funcione acorde a las exigencias del medio. Se llevó a cabo la evaluación de la organización de la Vigilancia Epidemiológica de la Institución, esto permitió identificar los problemas, sus causas, y las características a través de encuestas y talleres participativos, donde se involucró a todo el personal que interviene en la Vigilancia Epidemiológica, permitiendo con dichos resultados diseñar la Propuesta de Mejoramiento Organizacional, que beneficiará a la institución y ciudadanía en general.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Formular una Propuesta al Hospital “Rodríguez Zambrano” de Manta, específicamente al Área de Vigilancia Epidemiológica para que sea integrada y ejecutada, y beneficie a la comunidad hospitalaria y a la ciudadanía en general.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Lograr el funcionamiento óptimo de la vigilancia epidemiológica, orientada a la toma de decisiones y planificación de estrategias de prevención y control.
2. Planificar en forma óptima las capacitaciones de los Programas de Vigilancia Epidemiológica
3. Evaluar las actividades del personal de salud en relación con su participación con la Vigilancia Epidemiológica.

**PLAN DE ACCIÓN PARA EL
MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL
DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Objetivo del buen vivir No 3. Aumentar la esperanza de vida
Prioridad: Mejorar la organización de la vigilancia epidemiológica

Fecha: 07 de diciembre del 2010
Mesa de trabajo 1 de Organización

Objetivo específico	Actividades planificadas	Persona responsable	Tiempo de ejecución en trimestres				Recursos	Indicadores	Meta
			I	II	III	IV			
Lograr el funcionamiento óptimo de la Vigilancia Epidemiológica.	Adquisición de una infraestructura física amplia para el funcionamiento de la oficina de vigilancia epidemiológica con sala de reuniones y sala situacional	Director. Administradora Jefe financiero.		x			Materiales Financieros Infraestructura Humano	Nº de espacios físicos para Vigilancia Epidemiológica creados/ espacios esperados	1 = 100%
	Gestión para conseguir el equipamiento con 1 proyector, 1 computador, 1 impresora, 1 telefax, 1 copiadora, 1 aire acondicionado.	Director Administradora. Financiero.	x				Financieros Equipos	Nº de equipos adquiridos/requeridos	6= 100%
	Gestión para conseguir el mobiliario de oficina con 1 archivador, 1 escritorio con gavetas, 1 sillón cómodo, 1 mesa de centro para reuniones, 10 sillas metálicas	Director. Administradora. Financiero.			x		Financieros mobiliarios	Nº de mobiliarios adquiridos/requeridos	14=100%

	Conseguir que se asigne a 2 recursos humanos para secretaria de vigilancia epidemiológica	Director. Recursos humanos. Financiero.	x				Financieros humanos	Nº de recursos humanos asignados / solicitados	2 = 100 %
	Elaborar el cronograma mensual de reuniones con responsables de programas relacionados con epidemiología	Subdirector Coord. Enfermería. Recursos humanos. Equipo de trabajo mesa de organización. Responsables de programas.	x				Sala de reuniones de la subdirección, utilería de oficina, Humanos, financiero	Nº de cronogramas de reuniones elaborados/ esperados	1 = 100 %
	Rediseñar el modelo de gestión de la vigilancia epidemiológica	Epidemiólogo Grupo			x		Sala de reuniones de la subdirección, utilería de oficina, Humanos, financiero	Nº de modelos de gestión diseñados/ esperados	1 = 100 %

Elaborado por: Dr. José L. Matute Q.

Objetivo del buen vivir No 3 Aumentar la esperanza de vida

Fecha: 08 de diciembre del 2010

Prioridad: Mejorar el proceso de vigilancia epidemiológica

Mesa de trabajo No 2 de capacitación

Objetivo específico	Actividades planificadas	Persona responsable	Tiempo de ejecución en trimestres				Recursos	Indicadores	Meta
			I	II	III	IV			
Planificar en forma óptima las capacitaciones de los programas de vigilancia epidemiológica	Elaborar el plan anual de capacitaciones.	Equipo de trabajo. Responsables de programas .	x				Material didáctico Papel Computador Talento humano (grupo 2)	Nº de planes elaborados / esperados	1 = 100%
	Identificar un ambiente para el funcionamiento del auditorio del Hospital.	Equipo de trabajo. Director.		x			Oficina de reuniones	Nº de ambientes identificados/esperados	1=100%
	Adquisición de mobiliario, 1 escritorio, 60 asientos individuales, 1 aire acondicionado, 2 baterías sanitarias	Director. Financiero. Administradora. Dra. Carofilis.	x				Financieros	Nº de mobiliarios adquiridos / esperados	66 = 100 %

	Adquisición de equipamiento, 1 proyector, 1 computador portátil, 1 señalador, 1 televisor, 1 pantalla para proyección, 1 DVD, 1 impresora/copiadora	Director. Financiero. Administradora.	x				Financieros	N° de equipos adquiridos / esperados	7 = 100 %
	Monitorear la ejecución de las capacitaciones	Equipo No 2		x		x	Componente humano Matriz de monitoreo, Papel	N° de monitorizaciones ejecutadas/esperadas	2 = 100 %
	Conseguir la disponibilidad de recursos económicos para las capacitaciones	Directora. Financiero. Equipo No 2.	x				500 CDS Material didáctico (100 pliegos de papel, 500 papeles A4, 100 carpetas folder, 10 marcadores de tiza líquida, 10 resaltadores) Pizarra líquida 550 Refrigerios 550 Agua	N° de recursos conseguidos/ esperados	3320 = 100%
	Llamado de atención por RRHH al personal que no asiste a las capacitaciones	RRHH.	x	x	x	x	Componente humano, papelería, Computador	N° de llamados de atención ejecutados / esperados	4 = 100 %

Elaborado por: Dr. José L. Matute Q.

Objetivo del buen vivir No 3 Aumentar la esperanza de vida

Fecha: 09 de diciembre del 2010

Prioridad: Mejorar el proceso de vigilancia epidemiológica

Mesa de trabajo No 3 de Notificación

Objetivo específico	Actividades planificadas	Persona responsable	Tiempo de ejecución en trimestres				Recursos	Indicadores	Meta
			I	II	III	IV			
	Solicitar que en Laboratorio se delegue a un responsable de gestión de exámenes para los diferentes programas relacionados con Epidemiología.	Equipo No 3, Líder de laboratorio, Subdirector	x				Componente humano, sala de reuniones de la subdirección,	N° de delegaciones asignadas/ejecutadas	1 =100%
	Gestionar una reunión con Laboratorio para dar solución a demoras en toma de muestra.	Equipo No 3, Líder de laboratorio, subdirector		x		x	Componente humano, sala de reuniones de la subdirección, Proyector y computador, paleógrafos, cartulinas, herramientas técnicas para detección de problemas	N° de reuniones ejecutadas/programadas	2 = 100 %

	Gestionar una reunión con Laboratorio para dar solución a retraso en emisión de resultados.	Grupo No 3, líder de laboratorio, subdirector		x		x	Componente humano, sala de reuniones de la subdirección, Proyector y computador, paleógrafos, cartulinas, herramientas técnicas para detección de problemas	No de reuniones desarrolladas/programadas	2=100%
	Gestionar una reunión con Laboratorio para dar solución a pérdidas de exámenes.			x		x	Componente humano, sala de reuniones de la subdirección, Proyector y computador, paleógrafos, cartulinas, herramientas técnicas para detección de problemas	No de reuniones desarrolladas/esperadas	2=100%
	Capacitar al personal hospitalario sobre la importancia y obligatoriedad de notificar EIE.	Grupo No 3, subdirector	x		x		Componente humano, sala del comedor, proyector, y computador portátil	No de capacitaciones ejecutadas/esperadas	2=100%

	Solicitar reunión para ampliar las responsabilidades en el personal en los diferentes servicios para notificar EIE.	Grupo No 3, directora, Subdirectora	x				Componente humano, sala de reuniones de la dirección, computador y proyector	N° de reuniones desarrolladas/esperadas	1/100%
	Gestionar una evaluación diagnóstica sobre el conocimiento sobre VE que tiene el personal que trabaja en Laboratorio.	Grupo No 3, Líder de laboratorio, Subdirector	x				Componente humano, matriz de evaluación.	N° de personal evaluado/programado.	10 = 100%
	Socialización y capacitación de resultados de la evaluación.	Grupo No 3, Subdirector	x				Componente humano, sala de reuniones de la subdirección, Proyector y computador.	N° de socializaciones ejecutadas /esperadas.	1 = 100%

Elaborado por: Dr. José L. Matute Q.

Objetivo del buen vivir No 3 Aumentar la esperanza de vida
Prioridad: Mejoramiento de la vigilancia epidemiológica

Fecha: 10 de diciembre del 2010
Mesa de trabajo 4 de evaluación

Objetivo específico	Actividades planificadas	Persona responsable	Tiempo de ejecución en trimestres				Recursos	Indicadores	Meta
			I	II	III	IV			
Evaluar las actividades del personal de salud en relación con su participación con la Vigilancia Epidemiológica	Elaborar una matriz de evaluación de la ejecución del plan de intervención de la vigilancia epidemiológica	Epidemiólogo. Grupo No 4 Subdirector. 1 Delegado de cada grupo.			x		Materiales Legislatura vigente Sala de reuniones de la Subdirección	Nº de matrices elaboradas/esperadas	1 = 100%
	Diseñar un plan de incentivos para motivar a quienes consigan los más altos puntajes en las evaluaciones de vigilancia epidemiológica.	Director. Financiero. Recursos humanos. Grupo No 4. Epidemiólogo			x		Sala de reuniones de la Subdirección Materiales	Nº de planes elaborados/esperados	1= 100%
	Elaborar matrices de evaluación de la participación del personal de salud en los diferentes programas relacionados con epidemiología.	Subdirector. Epidemiólogo. Grupo No 4. Responsable de cada programa.			x		Sala de reuniones de la Subdirección Materiales de oficina	Nº de matrices elaboradas/esperadas	14=100%

	Socializar al personal de salud sobre el proceso de evaluación de la participación en la vigilancia epidemiológica y capacitar sobre los protocolos de los diferentes programas relacionados con Epidemiología	Grupo No 4. Director. Subdirector.				x	Sala del comedor Materiales de oficina	Nº de reuniones ejecutadas / esperadas	2 = 100 %
	Ejecutar la evaluación del cumplimiento de actividades delineadas en el plan de intervención de la Vigilancia Epidemiológica.	Subdirector. Epidemiólogo. Grupo no 4. Responsables de programas.				x	Sala de reuniones de la subdirección Materiales de oficina	Nº de evaluaciones realizadas/programadas	1=100%
	Ejecutar la evaluación de la participación del personal de salud en los diferentes programas relacionados con Epidemiología	Subdirector. Grupo No 4. Responsables de programas.				x	Diferentes servicios del hospital Materiales de oficina	Nº de evaluaciones realizadas/programadas	13=100%
	Convocar al personal de salud para dar a conocer los resultados de las evaluaciones (año 2012)	Subdirector. Epidemiólogo. Grupo No 4.	x				Sala del comedor	Nº de convocatorias realizadas / programadas	2 = 100 %

	Gestionar el acceso sin costos a congresos, seminarios y cursos a quienes califiquen con los mejores puntajes en las evaluaciones	Director. Financiero. Grupo No 4. Epidemiólogo.			x		Sala de reuniones	Nº de congresos o cursos financiados/esperados	10=100%
	Comunicar a las autoridades locales y provinciales los resultados de las evaluaciones (2012)	Grupo No 4 Epidemiólogo			x		Materiales de oficina Sala de reuniones	No de comunicaciones realizadas/esperadas	2=100%

Elaborado por: Dr. José L. Matute Q.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. La demanda que se presentó en el Área de Vigilancia Epidemiológica en el año 2010, por programa fue: Control de Tuberculosis 2350 reportes; VIH con 271 casos; SIVE ALERTA con 427 casos; Vigilancia Centinela de Influenza Estacional con 1 reporte; Influenza AH1N1 con 67, Enfermedades Trazadoras con 359; Muerte Materna 5 casos; Muerte Neonatal con 41 reportes y 8 reportes del Programa de Vigilancia de Agua Segura, desarrollada en el área de mantenimiento. En la oferta se determinó cada programa del Ministerio de Salud Pública, y quien está a cargo de ellos.
2. En cuanto a las encuestas, se determinó que el personal de salud oscila entre 20 a 30 años con un 45%, el sexo femenino es el predominante con el 80%, se destacó que el 30% del personal tiene de 11 a 20 años laborando en la institución siendo un personal con mucha experiencia, el 65% tienen estudios superiores, el 15% Maestrías en diferentes especialidades y en postgrados el 5%. A través de los talleres participativos realizados en el área, se determinó que existe insuficiente planificación en capacitación de parte de la institución, limitado conocimiento de formularios y el llenado de los mismos, poco conocimiento de todos los programas del MSP, inexistencia de recursos económicos para capacitaciones y pobre compromiso de los responsables de los servicios, generando desmotivación en el personal.
3. El diagnóstico que se realizó en el Área de Vigilancia Epidemiológica en el período en estudio, se llevó a cabo en cuatro fases, Organización, Capacitación, Notificación y Evaluación, detectándose limitaciones para el desarrollo de actividades de Vigilancia Epidemiológica, insuficiente planificación de las capacitaciones en la institución, limitada delegación de responsabilidades en el personal de Laboratorio para las enfermedades de interés epidemiológico y falta de evaluadores de los diferentes procedimientos y programas.

4. Para tener bases en el diseño de la Propuesta de Mejoramiento Organizacional, se efectuaron talleres participativos y encuestas al personal y autoridades asignadas al área de Vigilancia Epidemiológica, con esta metodología se determinó que a pesar de que los recursos son escasos, Epidemiología ejecuta un gran esfuerzo para cumplir con sus actividades, sin embargo para llegar a poseer un sistema eficaz se necesitará de mayor apoyo institucional para suplir las necesidades.

5.2. RECOMENDACIONES

2. Se hace preciso recomendar a los directivos del Hospital, se dote de recursos humanos y físicos para atender la gran demanda de información que se genera en Vigilancia Epidemiológica, esto permitirá satisfacer la demanda y dotar a los directivos de información ágil y oportuna para la toma de decisiones.
3. En cuanto a capacitación institucional para el personal de salud, es necesario se planifique en forma óptima las capacitaciones de los programas de vigilancia epidemiológica, se monitoree la ejecución de las capacitaciones, se lleve un listado del personal para corroborar su asistencia, se adecue y se habilite el Auditorium para las capacitaciones, lo que conllevará a la participación integral, activa y organizada del personal hospitalario contribuyendo al mejoramiento de la salud de los usuarios internos y externos.
4. El diagnóstico a Vigilancia Epidemiológica ha permitido definir las posibles líneas de acción que se requerirán para intervenir las dificultades de manera eficaz y eficiente, por lo que se recomienda a las autoridades y al personal asignado a vigilancia, tomen en consideración la Memoria del Taller que oportunamente será entregada al Hospital como constancia de dicha actividad, que ha servido de base para formular la propuesta de mejoramiento organizacional.
5. Se ejecute la Propuesta de Mejoramiento Organizacional que se ha diseñado, con el afán de mejorar la gestión sanitaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. BALKANYI L. Terminology services an example of knowledge management in public health. Euro Surveill [serie en Internet]. [citado Dic 2007];12(5)
Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3211>.
Consultado el 14/04/2011. 14h00.
2. BELTRÁN, Jesús. Indicadores de Gestión. Herramientas para lograr la competitividad. 3R Editores. Bogotá, Colombia. 2004
3. BERKELMAN RL y BUEHLER JW. Public health surveillance of non-infections chronic diseases: the potential to detect rapid changes in disease burden. International Journal of Epidemiology 1990.
4. Canadian Integrated Public Health Surveillance. [Monografía en Internet]. Canada; Public Health Agency of Canada; 2007 [citado Diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/04vol30/dr3005eb.html> [Canada. Public Health Agency;2007]. Consultado: 03/13/2012. 15h00.
5. CASTAGNA, Adelia. Universidad Católica "Andrés Bello". Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud. Epidemiología y Estadística. Caracas 2010.
6. CASTELLANOS PL. Epidemiología, salud pública, situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. Santo Domingo: OPS/OMS;1995.
7. CASTELLANOS PL. Proyecto de un sistema de Vigilancia de Salud según Condiciones de Vida y el impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus tendencias. Washington, D.C.: OPS;1992
8. Centers for Disease Control. Case definitions for public health surveillance. MMWR. 1990;9 (RR-13):1-43.

9. COREY G. Vigilancia Epidemiológica Ambiental. México: ECO;1988
10. Detectives de Enfermedades del Epidemic Intelligence Service (EIS). Compendio de los Principales Eventos e Investigaciones. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [sitio en Internet]. [actualizado 2002, citado 8 Mayo 2002]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/Spanish>. Consultado: 01/13/2012. 14h00
11. EVEILLARD P. SentiWeb: un outil de recueil et une banque de dones. La Revue du Praticien Médecine Générale [serie en Internet] 2003 Sep [citado May 2007];623. Disponible en: <http://www.sentiweb.org.htm>. Consultado: 03/13/2012. 15h00.
12. FRERICHS RR. Epidemiologic Surveillance in Developing Countries. Ann Rev Pub Health. 1991;12:80-257
13. IBÁÑEZ MARTÍ, Consuelo. Marco teórico de la Vigilancia Epidemiológica y de la evaluación del sistema. 2007.
14. JARA, Juan Dr. Vigilancia. Estrategia para un Sistema Nacional de Vigilancia. Instituto Nacional de Epidemiología. Mar de Plata. 2003.
15. LANGMUIR AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. N Engl J Med. 1963;268(4):182.
16. LENGLET A, Hernández Pezzi G. Comparison of the European Union Disease Surveillance Networks' websites. Euro Surveill [serie en Internet]. 2006 [citado Dic 2006];11(5). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n05/1105-227.asp>. Consultado: 03/14/2012. 15h00.
17. LÓPEZ-Moreno S, Garrido-Latorre F, Hernández-Ávila M. Desarrollo histórico de la Epidemiología, su formación como disciplina científica. Salud Pública Méx. 2000;42(2):133-43.

18. LYNN R, Pebody R, Knowles R. Twenty years of active paediatric surveillance in the the UK and Republic of Ireland . Euro Surveill [serie en Internet]. 2006 [citado Nov 2006]; 11(7).
Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3005>.
Consultado: 03/12/2012. 16h00.
19. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública de la República de Argentina;1999
20. MÉNDEZ EV. Planejamento e programação local da vigilância da salud no distrito sanitario. Brasilia: OPS;1994. [Serie Desenvolvimento de Serviços de Saude No.13].
21. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Mejoramiento y Control de la Salud Pública. Situación de la salud del Ecuador. Quito: MSP; 2006.
22. MORO ML, McCormick A. Surveillance for communicable diseases. In: Eylesbosch WJ, Noah ND. Editors. Surveillance in health and disease. Oxford: Oxford University Press; 1988. p.165-82
23. OMS. "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" 1981. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/21124480/Guia-General-Indicadores-de-Gestion-en-Salud>. Consultado: 02/10/2011.
24. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en Las Américas. Nuevos conceptos. Análisis del desempeño y base para la acción. Washington: OPS;2002. Publicación Científica y Técnica No. 589.

25. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el control de enfermedades. II Edición. Vigilancia en Salud Pública. 2002.
26. PAQUET C, Coulombier D, Kaiser R, Ciotti M. Epidemic intelligence: a new framework for strengthening disease surveillance in Europe. Euro Surveill [serie en Internet]. 2006 [citado Nov 2006];11(12). Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=665>. Consultado: 03/12/2012. 15h00.
27. RASKA K. National and international surveillance of communicable diseases. WHO Chron. 1966;20:315-21.
28. REAL DECRETO 2210/1995, de 28 de diciembre. Creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1995
29. REPORT FOR DRAFTING COMMITTEE. Terminology of malaria and of malaria eradication. Geneva: WHO;1963
30. RESOLUCIÓN CD42.R14. Funciones Esenciales de Salud Pública. 42' Consejo Directivo de OPS. Washington, D.C.: OPS. [25 al 29 de Septiembre de 2000].
31. Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. [citado Dic. 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regional.html> [Washington: OPS;2007. Vol. Regional. Cap. IV]. Consultado: 03/12/2012. 23h00.
32. Organización Panamericana de la Salud. Salud de Las Américas. [citado Dic. 2007]. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/EcuadorSpanish.pdf> [Washington: OPS;2007. Vol. Países. Ecuador]. Consultado: 03/12/2012. 23h00

33. Organización Panamericana de la Salud. Salud de Las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesespBrasilSpanish.pdf> [Washington: OPS;2007. Vol. Países. Brasil]. Consultado: 03/12/2012. 23h00
34. Organización Panamericana de la Salud. Salud de Las Américas. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/CostaRicaSpanish.pdf> [Washington: OPS;2007. Vol. Países. Costa Rica]. Consultado: 03/12/2012. 23h00
35. Organización Panamericana de la Salud. Salud de Las Américas. Washington: OPS
Disponible en: <http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/CanadaSpanish.pdf>
[Vol. Países. Canadá]. Consultado: 03/12/2012. 23h00
36. Segundo Foro Mundial FAO/OMS de Autoridades de Reglamentación sobre Inocuidad de los Alimentos. 2004 Oct [citado 14 octubre 2004].
Disponible en: <http://www.fao.org/docrep0/meeting/008/ae085s.htm>.
Consultado: 03/11/2012.14h00.
37. Servicios de Salud de Yucatán. Gobierno del Estado. Disponible en:
<http://www.salud.yucatan.gob.mx/content/view/25/8/>. 03/15/2012. 14h00.
38. STOLLEY PD, Lasky T. Investigating disease patterns: The Science of epidemiology. Nueva York: Scientific American Library;1995
39. TEXEIRA Fontes C, Silva Paim J, Vilasboas AL. Sus modelos assistenciais e vigilancia da saude. Brasil: Instituto de Saude Colectiva;1998
40. TISSOT F. From epidemiological surveillance to European integration. Euro Surveill [serie en Internet]. 1999; [citado Nov 2007];4(9). Disponible en: http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=83_LanguageId=3.
Consultado: 03/12/2012. 16h00.

41. Universidad de Costa Rica. C.C.S.S.. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de la Salud. Módulo DIEZ: Vigilancia Epidemiológica. San José – Costa Rica : EDNASSS, 2004.

42. VICTORIA D, Bergonzoli G. Rectoría y Vigilancia de la salud. San José: OPS;1994

7. ANEXOS

ANEXO No. 1

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

MAESTRÍA EN GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN DE SALUD

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**“EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010”**

ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD Y AUTORIDADES ASIGNADAS A

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Edad:
 - 20 - 30 _____
 - 30 - 40 _____
 - 40 - 50 _____
 - 50 - y más _____

2. Sexo:
 - Masculino: _____
 - Femenino: _____

3. Instrucción:
 - Primaria _____
 - Secundaria _____
 - Superior _____
 - Maestrías _____
 - Postgrados _____
 - Otros _____

4. Años de trabajo en la Institución:
 - 0 - 5 _____
 - 5 - 10 _____
 - 10 - 20 _____
 - 20 y más _____

5. ¿Qué área o departamento representa en la Vigilancia Epidemiológica?
 - Director (a) _____
 - Subdirector (a) _____
 - Jefe Departamental _____
 - Otro _____

9. ¿Cómo considera la organización de la vigilancia epidemiológica en el Hospital?
Excelente _____ Muy Buena _____ Eficiente _____ Ineficiente _____
10. ¿Cuándo vigilancia epidemiológica requiere información acerca del Programa de Salud a su cargo, qué tan oportuna es?
Inmediata _____ Tardía _____
11. ¿Recibe usted capacitación y entrenamiento en Vigilancia Epidemiológica?
Sí _____ No _____
12. ¿Considera oportuno se realice una reorganización de la vigilancia epidemiológica del Hospital para que se realice una propuesta?
Sí _____ No _____

ANEXO No. 2

EJECUCIÓN DE LA PRIMERA FASE DEL IER. TALLER DE DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO ENFOCADO A MEJORAR LA ORIENTACIÓN ORGANIZACIONAL DEL PROCESO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN EL HOSPITAL RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA

PRESENTACIÓN DE EVIDENCIA FOTOGRÁFICA







ANEXO No. 3

***EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA SEGUNDA FASE
REUNIONES DE TRABAJO DE LAS MESAS CONFORMADAS PARA ABORDAR
LOS TEMAS DE: ORGANIZACIÓN, CAPACITACIÓN, NOTIFICACIÓN Y
EVALUACIÓN. CORRESPONDIENTES AL PLAN DE INTERVENCIÓN DE LA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRIGEZ
ZAMBRANO” AÑO 2010***







Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: "EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL HOSPITAL RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO Y PROPUESTA DE MEJORAMIENTO ORGANIZACIONAL. MANTA 2010".

AUTOR/ES:
DR. JOSÉ LUIS MATUTE QUINTERO

REVISORES:
ING. JOSÉ MATUTE LUCIO (TUTOR)
DIPLOMADA CLARA NARCISA MACÍAS CEDEÑO
(GRAMÁTICA)

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: GERENCIA Y ADMINISTRACIÓN EN SALUD

FECHA DE PUBLICACIÓN:

No. DE PÁGS: 133 Páginas

ÁREAS TEMÁTICAS: EVALUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PALABRAS CLAVE: EPIDEMIOLOGÍA, VIGILANCIA SALUD, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, EVALUACIÓN.

RESUMEN: En el área de Vigilancia Epidemiológica del Hospital "Rafael Rodríguez" de Manta, se identificó como problema que el proceso del manejo de información sobre la situación de las enfermedades de interés epidemiológico se ha venido desarrollando en medio de dificultades y limitaciones en el orden organizacional, lo que atenta contra el adecuado control y prevención de las enfermedades en el usuario interno y externo repercutiendo en la eficaz toma de decisiones. Para llevar a cabo la investigación se planteó como **Objetivo General:** Evaluar la organización de la Vigilancia Epidemiológica del Hospital, y como **Objetivos Específicos:** Indicar la Demanda y Oferta de Vigilancia Epidemiológica, establecer cuál es el personal de salud asignado a la Vigilancia Epidemiológica, por edad, sexo, años de servicio, grado de instrucción, cargo y capacitación; Desarrollar un diagnóstico de situación de Vigilancia Epidemiológica del Hospital y el Diseño de una Propuesta de Mejoramiento Organizacional. El universo estuvo conformado por 40 personas correspondientes al personal de salud y directivos del Hospital involucrados en el proceso de vigilancia epidemiológica; la muestra fue igual al universo. El tipo de investigación fue Descriptivo y No Experimental. Abarcó el período 2010. Para el diagnóstico se emplearon talleres participativos y encuestas que involucraron al personal de salud y autoridades, a quienes se les aplicó cuestionarios preestablecidos para el manejo de la información, los resultados determinaron que hubo una demanda de 3.529 reportes de pacientes atendidos a través de la ejecución de los diferentes Programas del Ministerio de Salud Pública, el diagnóstico se llevó a cabo en cuatro fases, Organización, Capacitación, Notificación y Evaluación. Se llegó a la conclusión general, que existen limitaciones para el desarrollo de actividades de Vigilancia Epidemiológica, insuficiente planificación de las capacitaciones en la institución, limitado conocimiento de formularios y el llenado de los mismos, escaso conocimiento de los programas del MSP, limitada delegación de responsabilidades en el personal de Laboratorio para las enfermedades de interés epidemiológico, inexistencia de recursos económico y falta de evaluadores de los diferentes procedimientos y programas, para lo cual se formuló la Propuesta de Mejoramiento Organizacional.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono: 0994585707

E-mail: jose.matute@hrz.gob.ec
josematute76@hotmail.es

CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:

Nombre: Secretaria de la Escuela de Graduados

Teléfono: 2288086 E-mail: egraduadosug@hotmail.com

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/1; y en la Av. 9 de octubre 624

y Carrión, edificio Promete, teléfonos 2569898/9. Fax: (593 2) 2509054