

# Propuesta de Reingeniería de la Red de Vigilancia de la Salud / DGVS MSP Paraguay

Asunción 6-13 de mayo de 2015

Consultores: Enrique Vázquez e Iván Allende

## Contexto

La presente propuesta de reingeniería se enmarca en un proceso de trabajo iniciado en 2010. Contempla la adopción de un nuevo organigrama de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) que reemplazará el aprobado en 1998, que ya sufrió algunas modificaciones como la separación del Servicio de Erradicación del Paludismo (SENEPA) y del Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP) que en un momento dado se convirtieron en Direcciones Generales si bien conservaron dependencia técnica de la DGVS.

En el nuevo organigrama está previsto incorporar estructuras, como Investigación, e incrementar las competencias de otras como el desarrollo del Centro Nacional de Información Epidemiológica, para gestión y análisis de datos, a partir de la actual Unidad de Gestión de Datos. Se pretende mantener las actuales Direcciones de Enfermedades Transmisibles y No transmisibles. Se agregarían áreas de comunicación, planificación, monitoreo y evaluación. Se valora crear una Dirección de Alerta y Respuesta que incluya al Centro Nacional de Enlace) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Se crea además la Dirección de Vigilancia de Salud Ambiental, con el objetivo de vigilar factores biológicos, químicos y físicos, usando fuentes de información secundarias. La Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DVENT), inserta en la DGVS, tiene aprobado su organigrama.

La reingeniería que nos ocupa se circunscribe a la propia DGVS, abriendo un proceso de diálogo y consenso con otras áreas del Ministerio de Salud Pública.

El LCSP se encuentra inmerso en un trabajo similar, por lo que consideramos necesario que ambas propuestas estén articuladas.

Está prácticamente finalizado el Manual de Procedimientos de Vigilancia, dirigido a la vigilancia de agudos. Aspectos claves de dicho manual, como los flujos de datos e información se discutieron e incorporaron a esta propuesta. En el segundo semestre de 2015 se tiene previsto presentar el Plan Estratégico de la DGVS, para lo cual estos productos –el manual de procedimientos y la propuesta de reingeniería- se utilizarán como insumos. Como fuente de financiamiento se utilizan recursos del proyecto Ronda 9, Fondo Mundial.

## Metodología de trabajo.

El grupo de trabajo optó por usar una metodología participativa con los distintos actores y colaboradores del sistema de vigilancia. Sin aplicar metodologías cualitativas en sentido estricto sí nos inclinamos por mantener conversaciones abiertas con los actores, explorando su punto de vista, los problemas percibidos y las posibles soluciones apuntadas.

Tras una reunión general para exponer los objetivos del grupo de trabajo mantenida con los/as Directores DGVS, Directores de Programas, Directores de LCSP, SENEPA, Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), Centro Nacional de Toxicología (CENTox), Servicios de Salud, Asesoría Jurídica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se fijó la agenda de reuniones y entrevistas con las áreas técnicas y gerenciales de dichas áreas y direcciones, que se desarrollaron la tarde del día 6, 7, 11 y 12. El día 8 se mantuvo una reunión-taller con representantes de algunas Regiones Sanitarias y hospitales regionales y los programas.

## Situación actual de la vigilancia.

### Aspectos estratégicos.-

- No existe una categoría profesional para la especialidad de epidemiología. Las funciones las realizan mayoritariamente médicos y enfermeras con remuneraciones ligadas a la formación de origen y no a las funciones y responsabilidades desempeñadas. Esta falta de profesionalización facilita la alta rotación de profesionales.
- En el nivel regional, los profesionales adscritos a la vigilancia epidemiológica dependen directamente del nivel político-gerencial lo que contribuye a su inestabilidad laboral.
- El proceso de descentralización llevado a cabo hasta ahora, a pesar de su conveniencia objetiva, todavía requiere ajustes de procesos requeridos por el sistema de vigilancia.
- La vigilancia de algunas enfermedades transmitidas por vectores (Chagas, leishmaniosis, malaria) está bajo la responsabilidad del SENEPA y la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación depende del Programa Integrado de Inmunizaciones (PAI).
- No existen, ni en el nivel central ni en el regional, unidades de análisis de información epidemiológica. En la DGVS la función de análisis la desarrolla parcialmente el CNE. La escasa capacidad de análisis es una falencia importante del sistema de vigilancia.
- Las Unidades Epidemiológicas Regionales (UER) tienen desarrollos muy dispares y vinculación débil con la DGVS.
- El sistema de información está fragmentado, los datos son incompletos y, en ocasiones, redundantes.
- Es todavía incipiente la función de vigilancia de los programas adscritos a la DGVS y se percibe la desvinculación entre dichos programas y dicha dirección, expresando un débil sentido de pertenencia.

- La vigilancia y análisis rutinarios compiten, por falta de recursos, con eventos inusuales y emergencias de salud pública.
- Se cuenta con un manual de procedimiento –guía- para la vigilancia totalmente actualizado y pendiente de difundir e implementar.
- A pesar de que los servicios de salud constituyen la columna vertebral de la vigilancia, no hay una comunicación fluida entre ambas áreas ministeriales.

### **Aspectos operativos.-**

- Existen actualmente 19 UER, habilitadas en 18 regiones sanitarias.
- Unidades Notificadoras (UN).- Se consideran como unidades notificadoras aquellos servicios de salud seleccionados por las UER, sin criterios normalizados. El más habitual consiste en considerar como UN aquel servicio de salud que notifica habitualmente. Los que no notifican o lo hacen de forma irregular (sin definir dicho concepto) se dan de baja como UN. De un total de 1.550 establecimientos de salud (UN potenciales) habilitados y registrados por el MSPyBS, 999 son actualmente UN. Si se considera además que tiene el mismo tratamiento como UN un puesto de salud que un hospital general y que la consolidación de datos se realiza en las UER, se entiende la dificultad o imposibilidad del nivel central para evaluar la cobertura del sistema.
- En las UER se consolidan en una tabla única los datos que provienen de las distintas unidades notificadoras de la región.
- Los datos consolidados se remiten a la Unidad de Gerenciamiento de Datos (UGD) de la DGVS, lo que imposibilita el análisis desagregado en el nivel central, a excepción de los datos de enfermedades bajo programa y síndrome febril.
- La UGD/DGVS no utiliza, salvo para procesar la información de febriles, los sistemas expertos diseñados por la DIGIES.
- Los 3 principales programas de enfermedades transmisibles dependientes de la DGVS (VIH-Sida, Tuberculosis y Lepra) tienen desarrollados sistemas de información propios:
  - El programa de TB dispone de un sistema experto, elaborado en colaboración con la DIGIES, que no intercambia información con la DGVS. El sistema se alimenta desde las UN que disponen de sistema informático con conexión y voluntariamente ingresan los datos. El programa de TB cuenta con 245 UN activas, que cargan los datos en el sistema experto a los que acceden los responsables del programa en las regiones y en el nivel central pero no los profesionales de vigilancia de cualquier nivel. Paralelamente a dicha carga y ante la falta de cobertura del sistema, el propio programa mantiene el registro de fichas en papel que siguen el circuito UN-región-programa nacional, donde se graban en hoja Excel.
  - Por su parte, el programa de VIH-Sida produce fichas triples en papel químico: una para la UN, otra para el programa regional y la tercera para el programa nacional, que

- procesa los datos (aproximadamente 1.300 fichas por año); tampoco hay comunicación en ningún nivel con el área de vigilancia.
- El programa de lepra procesa todas sus fichas de casos nuevos (aproximadamente 400/año) a nivel central.
  - Los programas adscritos al SENEPA (Chagas, leishmaniosis y malaria) mantienen flujos de información diferentes, desde Chagas, que se apoya en las USF para el diagnóstico rápido con confirmación en hospitales regionales y reporte desde el programa nacional a la DGVS, hasta malaria que focalizaba el diagnóstico y tratamiento a nivel de agentes comunitarios y reportaba desde el programa nacional a la DGVS.
  - El programa de Malaria se encuentra en el proceso de certificar la eliminación. Este año se tiene la posibilidad de contar con recursos del Fondo Global para el plan de prevención de la re-introducción.
  - Vigilancia de enfermedades no transmisibles.- Como se indicaba más arriba la DVENT tiene aprobado su organigrama por resolución ministerial de 3 de julio de 2014. Incluye los Programas Nacionales de control de accidentes y lesiones por causas externas, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, prevención cardiovascular y registro y vigilancia de tumores, además, dentro del área técnica, del Departamento de Prevención y Control de Factores de Riesgo y del Departamento de Vigilancia e Información. El país dispone de datos de sendas encuestas poblacionales de factores de riesgo de ENT en 2011, en población general y en indígenas. No se dispone de datos de vigilancia de morbilidad y los datos de mortalidad –estadísticas vitales- adolecen de problemas de cobertura y calidad. Las coordinaciones regionales de los programas están en manos de profesionales asistenciales ubicados en hospitales regionales y no de profesionales de salud pública, Se cuenta con un formulario integral (diabetes, cardiovasculares, enfermedad respiratoria crónica y obesidad) para su uso en las Policlínicas de ENT.
  - El laboratorio del Centro Toxicológico Nacional (CENTox) está ubicado en una unidad de atención a drogodependientes. Trabajan a demanda sin mantener un sistema de vigilancia articulado.

## **Propuesta de reforma de la vigilancia.**

### **Aspectos estratégicos.-**

- Desarrollo de un marco jurídico que permita jerarquizar la epidemiología como una categoría profesional, abierta a profesionales de salud que acrediten formación –a determinar- en el área. En el proceso deben participar la DGVS, DGSS, DGRH y Asesoría Jurídica.
- Desarrollar y fortalecer las UER para convertirlas en la imagen regional de la DGVS, aglutinando la vigilancia y los programas especiales de enfermedades transmisibles y no transmisibles e integrando la información del SENEPA y LCSP como elementos funcionales fundamentales de las UER. Crear Coordinaciones Regionales de Información en Salud (CRIS) bajo la que se encuentren las UER y las Unidades Regionales de la DIGIES, con una coordinación de perfil político dependiente del Director Regional.

- Profesionalizar el equipo integrante de las UER, para garantizar continuidad operativa que trascienda cambios políticos.
- Aprobación por resolución ministerial del Manual de Vigilancia.
- Proponer la ley de notificación obligatoria de enfermedades que extienda la obligatoriedad de participar en el sistema de vigilancia a todos los establecimientos de salud registradas del país.
- Crear un Centro de Información Epidemiológica (CIE) vinculado a la UGD dentro de la DGVS con responsabilidades de análisis de datos, elaboración de informes epidemiológicos, análisis de situación de salud y de desigualdades en salud, en la perspectiva de mejorar la capacidad colectiva de análisis de información.
- Propiciar un acuerdo marco con la DIGIES para consensuar los desarrollos de sistemas expertos y optimizar los ya existentes.
- Desarrollar acuerdos de colaboración permanentes con la DGSS como actor principal en el proceso de vigilancia, alerta y respuesta a enfermedades y eventos de salud pública.
- Consolidar la Dirección de Vigilancia de Salud Ambiental (DVSA), como una estructura que articule datos intersectoriales y los integre para prevenir y controlar enfermedades.
- Fortalecer el CENTox dotándolo de medios técnicos; desde el CIE apoyar y capacitar al personal del CENTox en proceso y análisis de datos. Establecer, una vez que se dote el laboratorio, un sistema de monitoreo de los trabajadores expuestos (SENEPA y agricultura).

### **Aspectos operativos.-**

- Mantener el flujo de la unidad notificadora a la UER, de donde se dirige a la UGD/DGVS, a excepción de los datos correspondientes a VIH, TB y Lepra, que se canalizarían de la UER a los programas correspondientes y de ahí al CIE.
- Es necesario organizar la red de información: Definir qué funciones a nivel local, regional, nacional. Definir los términos de referencia de los profesionales de las UER.
- Definir los términos de referencia de los profesionales del CIE y de la UGD.
- Fortalecer las unidades de análisis epidemiológicas en los programas de VIH, TB, Lepra, ENT y CENTox. El Plan Estratégico Institucional debería contemplar la localización de profesionales con competencias en análisis epidemiológico en los programas citados. Este vínculo ayudaría a integrar los programas en las acciones de vigilancia.

- De forma inmediata, utilizar el aplicativo informático experto programado por la DGIES, para el consolidado semanal en las UER y la DGVS.
- Transferencia de las competencias de vigilancia epidemiológica de los programas de enfermedades zoonóticas, vectoriales e inmunoprevenibles, a la DGVS.
- Las enfermedades sujetas a vigilancia de notificación inmediata debe quedar bajo competencia de la Dirección de Alerta y Respuesta (propuesta en el nuevo organigrama de la DGVS)
- A medio plazo sería recomendable garantizar el espacio físico integrado en todos los niveles de la red de vigilancia.
- La vigilancia basada en laboratorio debería incorporar las áreas de VIH y lepra, hoy en día independientes. Se propone la incorporación inmediata del laboratorio de VIH del PRONASIDA al LCSP y la integración del laboratorio de lepra a la red de laboratorios de TB.
- Incorporar a la vigilancia resultados de laboratorio de enfermedades parasitarias, ETA's y RAM que en la actualidad no se analizan. Sobre la base de la propuesta de la Red Nacional de Laboratorios, revisar junto con el equipo de DGVS si están incluidos todos los estudios necesarios para la vigilancia, atendiendo a cada nivel, regional o central.
- Apoyo y coordinación con la DGIES para proseguir con la mejora de cobertura y calidad de los subsistemas de estadísticas vitales, orientado especialmente a mejorar los indicadores de mortalidad de las ENT.
- Coordinar con la DGSS el apoyo a la vigilancia de morbilidad de la de información y vigilancia de las ENT, focalizando en los policlínicos de ENT.
- Seguir las indicaciones del IARC y las experiencias de otros registros en la región a la hora de iniciar un proceso de registro de tumores. Garantizar el apoyo político e institucional a medio-largo plazo antes de iniciar dicho subsistema.
- La DVSA deberá realizar un mapeo de las fuentes de información secundarias, sus variables, circuitos de datos, niveles de desagregación y periodicidad. A continuación definir las variables de interés para la vigilancia a recoger de cada subsistema mapeado. Posteriormente deberá identificar brechas y otras necesidades de información, pactando con los respectivos programas sus necesidades de información. Los datos obtenidos por la DVSA de otros subsistemas se procesarán en la UGD del CIE.

Como primeros pasos para avanzar en estas líneas, la DGVS debe disponer de forma inmediata de:

- Listado de unidades notificadoras, con código y ubicación (Fuente UGD)
- Listado de establecimientos de salud, con código y ubicación (Fuente DIGIES)
- Estimación del número de profesionales con formación en epidemiología, en Nivel Central, Programas y UER.
- Composición, estructura y capacidades de las UER. Términos de referencia de los profesionales de las UER.
- Propuesta de normativa legal de enfermedades notificación obligatoria.
- Propuesta de nuevo organigrama.
- Propuesta de coordinación con el Plan de Reingeniería del LCSP.
- Conformar un grupo de trabajo DGVS-DIGIES-DTIC para optimizar el uso del SAA y los sistemas expertos en la vigilancia