

**Evaluación del Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud.
Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.**

María de la C. Rodríguez Driggs, Edilberto González Ochoa y Ana Teresa Fariñas Reinoso

Resumen

La vigilancia en la Atención Primaria de Salud es uno de los pilares fundamentales de la Vigilancia de Salud Cubana. Por lo que se decidió evaluar, la estructura, el proceso y el resultado de dicho sistema en la Atención Primaria de Salud en el Municipio Santiago de Cuba, durante el mes de septiembre del 2002.

Los principales resultados demostraron que la estructura del sistema se evaluó de medianamente suficiente presentando las mayores dificultades los indicadores de; cobertura de profesores del Grupo Básico de Trabajo, de técnicos de Higiene y Epidemiología y los técnicos de Estadísticas con el 85.7%, el 96.4% y el 96.5% respectivamente, así como la no utilización del recurso de informática existente en las áreas seleccionadas, y la deficiente capacitación del personal médico.

El proceso de la vigilancia que toma en cuenta los atributos del Sistema de Vigilancia fue evaluado de funcionamiento regular. El sistema tiene una buena aceptabilidad, es representativo y buena capacidad de autorrespuesta, con el 91.0%, 11.9% y 100% respectivamente. Sin embargo se considero poco flexible y poco capaz de detectar los casos verdaderamente enfermos.

Al evaluar los resultados del sistema se plantea la poca capacidad que tiene de transmitir información (54.5%), la escasa utilización de los resultados para la toma de decisiones (50.6%), así como la pobre valoración de la información que brinda el

sistema y la capacidad que tiene el mismo de detectar brotes o epidemias. Evaluándose de aceptable.

De forma general se evaluó el Sistema de Vigilancia en el municipio como de no buena calidad.

Palabras claves

Evaluación, sistemas de vigilancia. Atención Primaria

Introducción

Vigilancia es la acción o efecto de vigilar y esto no es más que velar cuidadosamente a una persona o cosa, fin de que no le sobrevenga ningún mal. Atender, cuidar. Según plantea el diccionario de Lengua Española Grijalbo (1).

Sin embargo la vigilancia en general, cualquiera que sea el campo o disciplina que la emplee, corresponde a un proceso ordenado y planificado de observación y medición de ciertas variables definidas, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar tales observaciones y mediciones con propósitos definidos. La vigilancia puede por lo tanto centrarse en el ambiente, en el ser humano, en otros organismos vivos, en instituciones, en un elemento particular etc. Si su interés está en las enfermedades de la población se denomina vigilancia epidemiológica, que constituye por si misma una etapa previa al desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades (2).

El desarrollo de la vigilancia epidemiológica —el reflejo más inmediato y común de la práctica de esta disciplina científica— surge apenas 600 años, cuando en Venecia se apostaron tres guardias responsables de detener las embarcaciones que arribaban al puerto en caso peste o provenían de lugares sospechosos (3).

La versión moderna sobre vigilancia epidemiológica fue introducida por el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga y por el centro 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, la viruela, entre otras) (4).

Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta de los Estados Unidos han introducido la denominación de Vigilancia en Salud Pública para expresar estos cambios que van ocurriendo en el campo de las aplicaciones de la epidemiología. De este modo la vigilancia en salud pública consiste en la "recolección continuada y sistemática, el análisis, interpretación y diseminación de datos de desenlaces de salud en forma oportuna para aquellos responsables de la prevención y control de los problemas de salud que así lo necesitan" (4,5).

A partir del triunfo de la revolución, en 1959, se instrumentaron sostenidas acciones de vigilancia, dirigidas en la primera etapa al reconocimiento rápido de los principales problemas de salud lo que permitiera la toma de acciones oportunas para su control y erradicación. En esos años predominaban las enfermedades transmisibles como causas de muerte y enfermedad. La vigilancia pasa a ser una parte intrínseca de cada programa de control, destacándose el papel que juega la información completa y oportuna (4). En septiembre de 1962, en el Primer Forum Nacional de Higiene y Epidemiología se establecieron las bases para la implantación de un Sistema Nacional de Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) (4,6).

En la segunda mitad de la década de los 70 se introdujeron el Sistema de Información Directa (SID) y las técnicas del proceso "centinela" como sistemas alternativos de información (4, 5).

El desarrollo alcanzado por la Salud Pública en la década de los 90, la implementación del documento programático: "Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud cubana hasta el año 2000 (OPD/2000), además, la aparición de enfermedades emergentes como la Neuropatía Epidémica y otras reemergentes, así como el desarrollo e implementación de programas y estrategias de trabajo en el MINSAP (4,8). Da lugar a que a partir del primer semestre de 1993 se defina un grupo de estrategias por el área de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo central de dar una respuesta mucho más eficiente a la situación sanitaria del país, una de las cuales fue dirigida al establecimiento de un Sistema de Vigilancia en Salud Cubano que con su componente estratégico, táctico y evaluador, permitiera una mayor integración de la información de la vigilancia (9).

Actualmente y en fase de reestructuración y fortalecimiento se encuentra el sistema de vigilancia en la Atención Primaria de Salud con el propósito de contribuir al conocimiento de las incidencias agudas y relevantes y al análisis de la situación de salud en la población atendida por los médicos de familia, por los Grupos Básicos e Trabajo y al nivel de Área de Salud. La actividad de vigilancia en la atención primaria opera básicamente a partir de la que realiza el médico y la enfermera de la familia como "Guardianes de la Salud" (9, 10).

La vigilancia como todo proceso vinculado a velar por la salud de las comunidades, esta también sujeto a un sistema de evaluación con el objetivo de verificar si esta es eficaz y eficiente en la detección de eventos adversos a la salud.

La OPS define la evaluación como recolector de información, datos, variables, observaciones directas en la comunidad, o conversaciones y consultas con la población y analizarla. Supone también discutir los datos con el personal que realiza el trabajo; así como con los que lo patrocinan, los que dirigen la unidad administrativa y los que toman las decisiones. Es un conjunto de acciones o actividades organizadas y sistemáticas que se realizan para reconocer los avances y logros de un programa, que sirven para reforzarlos y continuarlo o para detectar los problemas y obstáculos, y hacer modificaciones y evitar errores. Como resultado de una evolución, se puede renovar el programa o discontinuarlo (11-14).

Para evaluar es necesario el establecimiento de criterios y estándares, así como el diseño de instrumentos para la captación de la información, lo que conlleva a que en ocasiones el estudio de la calidad se haga técnicamente laborioso (14). La evaluación de los Sistemas de Vigilancia debe promover el mejor uso de los recursos de Salud Pública y asegurar que estén bajo vigilancia aquellos programas que lo meriten y que los sistemas funcionen eficientemente. Es aconsejable siempre que se evalúen los sistemas de vigilancia incluir recomendaciones que permitan mejorar la calidad y la eficiencia de éstos. Aún más importante: la evaluación debe valorar si el sistema desempeña una función útil para Salud Pública y si cumple sus objetivos al ser analizados tanto los componentes de estructura, del proceso, como los resultados del sistema objeto de vigilancia (15).

Es por ello que nos hemos propuesto realizar la evaluación de la vigilancia en el nivel primario de atención, con el objetivo de dar respuesta a nuestra interrogante. ¿Es el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud adecuado, que permita cumplir los propósitos para lo que fue diseñado?

Objetivo general

General: Evaluar el Sistema de Vigilancia en La Atención Primaria de Salud en el Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Específicos:

- Determinar si la estructura para el Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud esta bien definida.
- Evaluar los atributos del Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud.
- Evaluar la utilidad del Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud.

Material y Método

Se realizó un estudio descriptivo para evaluar el Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud (APS), en el municipio Santiago de Cuba, durante el mes de Septiembre del 2002. Para ello se utilizó la metodología diseñada por los doctores Batista Moliner R y González Ochoa (10).

Población Objeto de Estudio

El universo de este estudio estuvo constituido por los 1690 médicos que laboran en la APS, así como los Directores, Vicedirectores de Higiene y Epidemiología, y los de Docencia, los Jefes de personal, los responsables de Laboratorio Clínico, los Jefes de Departamento de Estadística de las 17 áreas de salud del municipio. Así como los 26 presidentes de los Consejos Populares.

Diseño de la Muestra

De las 17 áreas de salud con que cuenta el municipio Santiago de Cuba, se escogió por factibilidad de la autora las 11 áreas urbanas, manteniendo la división de los cuatro distritos como estrato, de cada uno de ellos se seleccionó al azar un área de salud, y de cada área de salud seleccionada se escogió un Grupo Básico de Trabajo (GBT), de ellos se encuestaron a todos los médicos de familia y a los profesores de GBT, que se encontraban trabajando al momento de realizar la encuesta, así como al presidente del consejo Popular seleccionado. Además se entrevistó y encuestó al Director, al Vicedirector de Higiene y Epidemiología, al Vicedirector de Docencia. Se entrevistó al Jefe de Personal, al Jefe del Departamento de Estadística, al Jefe de Departamento de Laboratorio. Total de entrevistados, 81.

Operacionalización de las variables

Para dar salida al objetivo número uno (Estructura), se tuvieron en cuenta cuatro variables fundamentales, cobertura de los recursos humanos, si los mismos estaban capacitados o no para desempeñar la función de vigilancia, cobertura de recursos materiales y si estos eran utilizados en la actividad de vigilancia.

Se consideró: Estructura Insuficiente si alcanzaba entre 0 y 7 puntos. Estructura medianamente suficiente entre 8 y 14 y estructura adecuadamente suficiente entre 15 y 22 puntos.

Para dar salida al objetivo número dos (Proceso) las variables que se tuvieron en cuenta fueron: Simplicidad, Flexibilidad, Aceptabilidad, Integralidad, Valor

Predictivo Positivo (VPP), Sensibilidad, Oportunidad, Representatividad y Capacidad de autorespuesta.

Se consideró el proceso: Funcionamiento Deficiente, si alcanzaba entre 0 y 8 puntos. Funcionamiento Regular, entre 9 y 16 y Buen Funcionamiento, entre 17 y 26 puntos.

Para dar salida al objetivo número 3 (Resultados), se evaluaron las preguntas: Capacidad del sistema de vigilancia de transmitir información: Capacidad del sistema de vigilancia de detectar brotes y epidemias, Valoración de la información que brinda el sistema de vigilancia y Utilización de la vigilancia para la toma de decisiones.

Los resultados se evaluaron de la siguiente manera: De 0 – 2 puntos: No útil. De 3 - 5 puntos: Aceptable. De 6 – 8 puntos: Muy útil.

Se consideró de forma general un Sistema de Vigilancia de buena calidad cuando la estructura fue considerada como suficiente, el proceso como bueno en su funcionamiento y los resultados como muy útiles.

Técnicas y Procedimientos

Técnicas cualitativas. Revisión bibliográfica observación participante, entrevistas y encuestas autoadministradas. Técnicas cuantitativas frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados

La Tabla 1 muestra la puntuación alcanzada por la estructura. De los 22 puntos asignados obtiene 13 puntos, siendo la capacitación del recurso humano el criterio más afectado al obtener cero puntos, la cobertura del recurso humano ocupa el segundo lugar y en tercer lugar la cobertura del recurso material y la utilización de los mismos en la vigilancia por lo que se alcanzó una evaluación de Estructura medianamente suficiente.

Tabla 1. Puntuación obtenida en la Estructura. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Criterios	Puntos a Obtener	Puntos Obtenidos
<i>Cobertura de los recursos humanos</i>	10	7
Capacitación de los recursos humanos	2	0
Cobertura de los recursos materiales	5	3
Utilización de los recursos materiales en el proceso de la vigilancia en salud.	5	3
Total	22	13

Con relación a la cobertura del recurso humano en el Municipio Santiago de Cuba, no se alcanzó el estándar establecido para los profesores del Grupo Básico de Trabajo, con un 85.7% y los Técnicos de Estadísticas y los Técnicos de Higiene y Epidemiología con 96.5 y 96.4% respectivamente.

En cuanto a la capacitación (Tabla 2) no se alcanzó el estándar establecido en ninguno de los dos aspectos, con un 19.8% los adiestramiento y un 54.7% las competencias, contra el 50% y el 70% que debían obtenerse, por lo que se les dio cero puntos como evaluación. Las áreas seleccionadas se comportaron de forma similar aunque el área Carlos J Finlay (30.7%) y el 30 de Noviembre con (31.0%) fueron las que mejor puntuación obtuvieron respecto al adiestramiento dado a los médicos; ambas áreas obtuvieron también el mayor porcentaje

respecto a la competencia profesional con el 57.1% y el 58.8% respectivamente (Tabla 3).

Tabla 2. Capacitación de los Recursos Humanos. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Criterio	Indicador	Estándar	Real	Puntuación Obtenida
Adiestramientos Realizados	22/111	> de 50%	19.8%	0
Competencia Profesional	40/73	> de 70%	54.7%	0
Total de puntos obtenidos				0

Tabla 3. Capacitación de los Recursos Humanos en el Municipio Santiago de Cuba según áreas seleccionadas. Septiembre 2002.

Criterio	Áreas de Salud							
	Julián Grimau		Carlos J. Finlay		Municipal		30 de Noviembre	
	Indicador	Real	Indicador	Real	Indicador	Real	Indicador	Real
Adiestramientos realizados	2/28	7.1%	8/26	30.7%	3/28	10.7%	9/29	31.0%
Competencia Profesional	9/19	47.3%	8/14	57.1%	13/23	56.2%	10/17	58,8%

En la Tabla 4 se observa la distribución de respuestas adecuadas e inadecuadas según los Ítems y la categoría ocupacional. De las 438 respuestas dadas, 250 fueron evaluadas como adecuadas. En las preguntas destinadas a medir los aspectos generales de la vigilancia fueron los Dirigentes lo que mejor calificación obtuvieron con el 59.0%, los que obtuvieron la menor calificación fueron los Médicos de Familia con el 52.7%. En los aspectos destinados a evaluar los conocimientos sobre los problemas de salud específicos de interés a vigilar fueron los de mejor calificación los Médicos de Familia con el 52.8% y los

que obtuvieron el mayor porcentaje de respuestas inadecuadas fueron los Profesores de GBT con el 53.9%.

Tabla # 4. Distribución de respuestas según los Items y categoría profesional. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Items	Respuestas Adecuadas								Respuestas Inadecuadas							
	Dirigentes		Profesores de GBT		Médicos de Familia		Total		Dirigentes		Profesores de GBT		Médicos de Familia		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Aspectos Generales de la Vigilancia	23	58.9	22	47.8	78	47.2	123	49.2	16	48.5	12	46.1	68	52.7	96	51.0
Problemas de salud específicos de interés a vigilar.	16	41.1	24	52.2	87	52.8	127	50.8	17	51.5	14	53.8	61	47.3	92	48.9
Total.	39	100.0	46	100.0	165	100.0	250	100.0	33	100.0	26	100.0	129	100.0	188	100.0

Respecto a la cobertura de recursos materiales no había en existencia modelos de hojas de cargo, aunque se continuaba utilizando en la vigilancia. A pesar de existir microcomputadoras en las áreas de salud estas no eran utilizadas en el proceso de la vigilancia y no contaban con correo electrónico. Por lo que se obtuvo 6 puntos de los 10 que debía obtener.

La Tabla 5 muestra el comportamiento de los criterios cualitativos del proceso de la vigilancia, solo alcanzó el estándar establecido el criterio de aceptabilidad del Sistema de Vigilancia con un 91.0%, con 2 puntos, los criterios de Simplicidad e Integralidad obtuvieron un punto cada uno y la flexibilidad, con el 34.2%, se le dio una puntuación de cero, por lo que de los 8 puntos que debía obtener, alcanzó 4 puntos.

Tabla 5. Comportamiento de los atributos cualitativos del Sistema de Vigilancia en Salud en la Atención Primaria. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Criterio	Indicador	Estándar	Real	Puntuación Obtenida
Simplicidad	110/219	> 70%	50.2%	1
Flexibilidad	75/219	> 70%	34.2%	0
Integralidad	87/146	> 70 %	59.5%	1
Aceptabilidad	133/146	> 70 %	91.0%	2
Total de puntos obtenidos				4

En la tabla 6 se muestran los resultados de los criterios cuantitativos. La Sensibilidad con dos aspectos a evaluar, se observó que de las enfermedades seleccionadas como las de mayor representatividad en el proceso de la vigilancia sólo la Sífilis obtuvo el estándar establecido con el 100%, la Hepatitis un 79.4% y la Tuberculosis un 33.3%, al no cumplirse en estas dos últimas entidades el estándar propuesto se dio cero. En el segundo aspecto sobre la presencia de canales endémicos con el 75.0% se obtuvo un total de 2 puntos para la sensibilidad de los 3 que debía obtener.

En el Valor Predictivo Positivo la Hepatitis con el 63.1%, la Tuberculosis el 0.2% y la Sífilis el 11.7% quedando por debajo del estándar propuesto por lo que se obtuvieron cero puntos.

La Oportunidad con dos aspectos logró en el primero, la entrega de las hojas de cargo al departamento de estadísticas, un 46.0% por lo que obtuvo un punto, y en el aspecto de los reportes de los brotes, los dos ocurridos se reportaron antes de las 24 horas, con 3 puntos.

En la Representatividad no se reportaron diagnósticos en blanco y en la presencia de diagnósticos imprecisos se logró el 11.9%, por lo que se obtuvieron los 4 puntos designados para este criterio.

En cuanto a la Capacidad de autorrespuesta se obtiene el 100% del estándar propuesto por lo que alcanzó los 2 puntos. Por lo que los criterios cuantitativos obtuvieron 12 puntos de los 23 que debían obtener.

Tabla 6. Comportamiento de los criterios cuantitativos del Sistema de Vigilancia en Salud en la Atención Primaria Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Criterio	Indicador	Estándar	Real	Puntuación Obtenida
Sensibilidad Hepatitis Tuberculosis Sífilis	89/112 4/12 97/97	100% 70% 100%	79.4% 33.3% 100%	0
Existencia de Canales Endémicos	3/4	>70%	75%	2
Valor Predictivo Positivo Hepatitis Tuberculosis Sífilis	30/44 4/1531 106/901	> 91% >91% > 91%	68.1% 0.2% 11.7%	0
Oportunidad Hoja de Cargo	163/354	> 70%	46%	1
Brotos	2/2	> de 24 horas	100%	3
Representatividad - Diagnósticos en Blanco. - Diagnósticos Imprecisos.	0/636 76/636	< 70% < 70%	- 11.9%	2 2
Capacidad de autorrespuesta	2/2		100%	2
Total de puntos obtenidos				12

En el proceso los criterios que alcanzaron la máxima puntuación son la Aceptabilidad, la Representatividad y la Capacidad de autorrespuesta. Los criterios como la Flexibilidad y el Valor Predictivo Positivo obtuvieron cero puntos. De los 26 puntos que debía obtener alcanza 16 puntos por lo que se evalúa como funcionamiento regular (Tabla 7).

Tabla 7. Puntuación obtenida en el Proceso de la Vigilancia en Salud en la Atención Primaria. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

Criterio	Puntos a obtener	Puntos Obtenidos
Simplicidad	2	1
Flexibilidad	2	0
Integralidad	2	1
Aceptabilidad	2	2
Sensibilidad	3	2
Valor Predictivo Positivo	1	0
Oportunidad	5	4
Representatividad	4	4
Capacidad de auto-respuesta	2	2
Total	23	16

Al evaluar la utilidad del Sistema de Vigilancia en Salud en la Atención Primaria se observó que el 64.9% respondió que el sistema es capaz de detectar brotes y epidemias, el 58.4% consideró que la información que les brindaba el sistema era buena para su trabajo diario, el 54.5% respondió que era capaz de transmitir la información analizada y el 50.6% plantearon que utilizaban la información generada por el sistema para la toma de decisiones. Por lo que alcanzó un total de 4 puntos de los 9 que debía obtener y se calificaron los resultados de aceptable.

La Tabla 8 muestra el resultado de la evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud, donde la estructura de 22 puntos obtiene 13 dándose evaluación de medianamente suficiente, el proceso con 16 puntos de los 23 que debía obtener se evalúa de funcionamiento regular y los resultados de 9 puntos obtuvo 4 puntos para calificarlos como aceptables. Por lo que se evaluó el Sistema de Vigilancia en la APS en el municipio Santiago de Cuba de no buena calidad.

Tabla 8. Resultado de la evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud en la Atención Primaria. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002.

	Puntos a obtener	Puntos obtenidos	Evaluación
Estructura.	22	13	Estructura mediana existe suficiente
Proceso.	23	16	Funcionamiento Regular
Resultado.	8	4	Aceptable

Discusión

Al analizar la cobertura del recurso humano con que cuenta la Atención Primaria de Salud para la Vigilancia en Salud, se encontró un déficit en los profesores de los Grupo Básico de Trabajo, sobre todo en especialidades de Ginecoobstetricia y Medicina Interna, debido a la escasa formación de profesionales en estas especialidades que afecta a todo el municipio, estas plazas aunque han sido cubiertas por especialistas de Medicina General Integral capacitados, estos no contaban con la experiencia y las habilidades necesarias para la vigilancia y solución a los múltiples problemas que se presentaban en estas especialidades básicas. Tampoco se logró la cobertura en los Técnicos de Estadística e Higiene y Epidemiología, debido a jubilaciones por edad laboral y trámites de jubilación por enfermedad, por lo que se observa en ocasiones mala distribución de este personal a nivel de las áreas de salud, sin embargo otras categorías ocupacionales como los trabajadores de la campaña y los mensajeros sobrepasaron el estándar propuesto, esto se podía deber a que las plantillas asignadas eran insuficientes para lograr cubrir las necesidades de trabajo por lo que se hace necesario contratar personal para cumplir con estas funciones. Este comportamiento no difiere al encontrado a los trabajos

realizados por la Dra. Lozada (16), Pérez Pileta (24) y la Dra. Laraid Pérez (17), sin embargo en otros trabajos los resultados de la cobertura del recurso humano ha sido buena (17, 18).

Cuando se analizó la capacitación del personal de salud, se observó que el total de actividades docentes programadas sobre vigilancia era muy bajo con relación a otros temas tratados; la competencia profesional no alcanza el 70% de los evaluados satisfactoriamente, coincidiendo con lo planteado por otros autores (15-20), que refieren la insuficiente capacitación de los profesionales para desempeñar adecuadamente la función de vigilancia, si se tiene en cuenta que son ellos los que diariamente se enfrentan a la atención del paciente y pueden detectar oportunamente los eventos de salud que los afectan. Donavedian, coincide con otros investigadores cuando plantea que la calidad de la atención no deberá ser divorciada de la educación de los profesionales de la salud y viceversa, las relaciones entre ambas constituyen un ciclo interactivo que puede convertirse fácilmente en un círculo vicioso: A menor calidad en una menor calidad en la otra. El reto es vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica (20, 21).

La aceptabilidad como atributo del sistema, refleja la voluntad e interés de los individuos para participar en el sistema de vigilancia (22) fue el más aceptado en los trabajos revisados (16-18). Este atributo fue el que alcanzó el mayor porcentaje de las respuestas de los encuestados a diferencia de la flexibilidad que tuvo la menor puntuación de los criterios cualitativos. Esto se podría debe a que ante un nuevo evento de salud se incrementan los datos a entregar a diferentes niveles de salud y las reuniones que se producen por esta causa, lo que disminuye el tiempo dedicado a otras labores del consultorio. A diferencia de otro trabajo (16) donde este criterio se calificó como flexible por el personal encuestado.

En los atributos cuantitativos, la sensibilidad no alcanzó el estándar establecido, lo que coincide con otros autores (16, 18). Es llamativa la situación presentada en la Tuberculosis en la cual el número de captaciones que se realizaron en el área de salud fue muy baja con relación al número de casos reportados en el municipio lo que significa que esta enfermedad considerada como reemergente por el Dr. Valdéz (31), no esta siendo vigilada adecuadamente. En el Valor Predictivo Positivo es también la Tuberculosis la que tuvo el indicador más bajo por lo que se consideró que no se tienen en cuenta los factores de riesgo de la enfermedad para realizar la vigilancia de la misma. En el caso de la Sífilis el número de casos reportados a Estadística fue inferior al número de casos reportados por laboratorio como reactivos, aunque se planteo que esta prueba puede dar falsos reactivos, es necesario que se realice una revisión del programa pues la diferencia encontrada es significativa.

La comunicación estadística eficaz de los resultados de la Vigilancia en Salud Pública es el vínculo clave para trasladar la información científica a la práctica de la salud pública (23). La oportunidad dada por la llegada del reporte diario de casos (hojas de cargo) al departamento de estadística de las áreas de salud seleccionadas reportó que el mismo sólo alcanzó el 46.0% lo que fue calificado de regular, situación que puede estar dada entre otras cosas por el déficit de este recurso como se planteó anteriormente así como la poca exigencia por parte de los directivos. Esta situación coincide con Lozada (16), que reporta que no es oportuno pues no alcanza el 95% de los reportes diarios. Situación similar encontrada por Heckmann (24), quien en análisis realizado sobre registros de notificación en una unidad sanitaria de Río Grande (Brasil) observó deficiencias en los registros estadísticos de vigilancia epidemiológica en la atención primaria como fueron: subregistro de casos en un 23%, subnotificación del 75% de enfermedades venéreas y que sólo las tres cuartas partes de los boletines de notificación fueron remitidas al nivel central.

La capacidad de autorrespuesta considerada como la posibilidad del sistema de accionar con los recursos propios ante un evento que afecte la salud de la comunidad que atiende fue considerada como buena en las áreas donde se detectaron brotes de enfermedades transmisibles, el accionar de los médicos de familia y los decisores de dichas entidades trajeron consigo el control de los mismos, además coincidió que fueron las áreas que habían realizado mayor número de actividades docentes relacionadas a estos eventos.

En cuanto a los resultados por el Sistema de Vigilancia en Salud se consideró el mismo como aceptable, sin embargo no existe conciencia de que la vigilancia en salud debe ser utilizada en la toma de decisiones y se manifiesta poca capacidad del sistema de transmitir la información. Lozada consideró en su trabajo la utilidad del sistema como pobre (16).

Conclusiones

La estructura que debe garantizar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en la APS en las áreas de salud seleccionadas fue evaluada de medianamente suficiente, llamando la atención el pobre nivel de conocimientos del personal encuestado.

En el Sistema de Vigilancia en la APS destaca su nivel de aceptabilidad, representatividad y capacidad de autorespuesta, sin embargo fue considerado poco flexible y poco capaz de detectar los casos verdaderamente enfermos.

La Utilidad del Sistema de Vigilancia en la APS muestra su poca capacidad de detectar brotes o epidemias, la escasa utilización de la información en la toma de decisiones y por tanto, una valoración inadecuada de la información que brinda el sistema.

Recomendaciones

Reformular y ejecutar un proceso de intervención dirigido a los proveedores del Sistema que abarque desde la capacitación y adiestramiento, la motivación y el reconocimiento de la utilidad de la vigilancia en el nivel primario de atención.

Referencias

1. Grijalbo: gran diccionario enciclopédico ilustrado de la lengua española. Barcelona: Grijalbo Mondadori; 1997.
2. Del Puerto Quintana C, Barceló Pérez C, Cañas Pérez RC, Cepero Martín JA, Concepción Rojas M, González Ochoa E, et al. Manual de vigilancia sanitaria del agua de consumo. La Habana: INHEM; 2000.
3. Tapia Conyer R. La importancia de la vigilancia epidemiológica [editorial]. Salud Pública Mex 1996;38(5):315-6.
4. Fariñas Reinoso AT. La vigilancia en la Salud Pública. Ciudad de La Habana: Facultad de Salud Pública; 2001.
5. González Ochoa E. Vigilancia en salud. Ciudad de La Habana: Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí; 1999.
6. Del Puerto Quintana C, Ferrer Gracia H, Toledo Curbelo G. Higiene y epidemiología: apuntes para la historia. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2002.
7. González Ochoa E. Sistemas alternativos para la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas en Cuba [tesis doctoral]. Ciudad de la Habana; 1997.
8. Cuba. MINSAP. Carpeta metodológica TECAINE. Ciudad de la Habana: Área de Higiene y Epidemiología; 1999.
9. La práctica de la vigilancia en salud pública: un nuevo enfoque en la República de Cuba. [citado de 6 de enero de 2003]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/uats/articulos_files/LaPractica.pdf
10. Batista Moliner R, González Ochoa E. Evaluación de la vigilancia en la atención primaria de salud: una propuesta metodológica. Rev Cubana Med Trop 2000; 52(1):55-65.
11. Evaluación para el planteamiento de programas auxiliares de Programas de evaluación para la salud. Washington, DC: OPS; 1996.
12. Sucedo-Valenzuela AL, Durán-Adral L, Hernández B. Evaluación de un programa de monitoreo de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental. Salud Pública Méx 2000;42:422-30
13. La importancia del monitoreo y la evaluación de los programas de SIDA. En: Programas nacionales de SIDA: guías para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000. p. 4-5.
14. Valenti Pérez C. Administración y evaluación de programas en atención primaria de salud: apuntes para el programa de estudio [tesis de maestría en Atención Primaria]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública "Dr. Carlos J. Finlay"; 2000.

15. Gómez de Haz H, Fariñas Reinoso AT. Evaluación de la vigilancia de la sífilis congénita en ciudad de La Habana, 1996. Rev Cubana Salud Pública 1998;24(2):73-7.
16. Lozada Concepción MC. Evaluación del comportamiento del sistema alerta-acción en la atención primaria de salud, municipio Santiago de Cuba [tesis de Maestría en Atención Primaria de Salud]. Santiago de Cuba; 1997.
17. Laird Pérez R, Ricardo Pavón R, Avila Vázquez M, Reyes Almaguer ME. Evaluación del programa nacional de prevención y control del parasitismo intestinal. Rev Cubana Hig Epidemiol 1995;(3):189-94.
18. Lóriga Bencomo A. Evaluación rápida del sistema de vigilancia de la sífilis congénita, municipio Pinar del Río [tesis de maestría en Salud Pública]. Ciudad de la Habana; 1996.
19. Pérez Pileta C. Evaluación del Programa de Control de la sífilis, Municipio Güira de Melena [tesis de maestría en Salud Pública]. Ciudad de la Habana; 1996.
20. Armas Rojas N, Ramos Valle I, Murla Alonso P, Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salva A. Evaluación de algunos aspectos del programa nacional de prevención de la conducta suicida, municipio Playa 1995. Rev Cubana Hig Epidemiol 1998;36(2):105-12.
21. Saturno PJ. Hacia una evolución de la calidad de la asistencia en los centros de salud. Foro Mundial de la Salud 1995;16(2):166-72.
22. Cuba. MINSAP. Guía para la evaluación del sistema de vigilancia en salud. La Habana: MINSAP; 1995.
23. Goodman RA, Remington PL, Howan RI. Cómo comunicar información para la acción en salud Pública. Bol Of Sanit Panam 1995;119(1):43-9.
24. Heckmann IC, Santánna VL, Bordin R. Análise dos registros notificados de uma Unidade Sanitaria. Rev ANRIGS 1989;33(2):157-64.

Sobre los autores

María de la C. Rodríguez Driggs. Doctora en Medicina. Especialista en Medicina General Integral. Master en Epidemiología. Directora del Policlínico Santiago de Cuba.

Edilberto González Ochoa. Doctor en Ciencias. Profesor titular. Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri.

Ana Teresa Fariñas Reinoso. Doctora en Medicina. Master en Salud Pública. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Auxiliar en Higiene y Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. alastor@infomed.sld.cu

Recibido: 8 agosto 2007

Aprobado: 16 agosto 2007

Cita sugerida (Vancouver): Rodríguez Driggs MC, González Ochoa E, Fariñas Reinoso AT. Evaluación del Sistema de Vigilancia en la Atención Primaria de Salud. Municipio Santiago de Cuba. Septiembre 2002. Reporte Técnico de Vigilancia 2007 [Consultado: día/mes/año]; 12(3). Disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/vigilancia/rodriguezdriggs.pdf>