

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS NECESARIAS PARA LAS TAREAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA. REPÚBLICA DE PANAMÁ. Panamá. Marzo de 2009

Y

PLAN DE ACCIÓN NACIONAL PARA ALCANZAR LAS CAPACIDADES BÁSICAS NECESARIAS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA. REPÚBLICA DE PANAMA. AÑOS: 2009-2012

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. RSI (2005).

1. GENERALIDADES

Período de diagnóstico: 02 al 06 de Marzo de 2009

Modalidad: diagnóstico externo

Áreas y referentes entrevistados:

Área	Referente	Área	Referente
Departamento Nacional de Epidemiología	Gladys Guerrero	Calidad de Agua	Vielka Pérez
Epidemiología Caja Seguro Social	Yaribeth Ramos	Virología del ICGES	Mariana García
Programa Ampliado de Inmunizaciones	Itzel Hewit	Laboratorio de bacteriología	Raquel Bolaños
Farmacia y Droga	Miguel Díaz	Laboratorio de químicos	Rosa de Gómez
Dirección General de Salud	Ilka Viejo	Laboratorio de Agua y Alimentos	Deidamia de Mora
Departamento provisión de Servicios de Salud	Enélida Guerra. Blasina Aguilar	Laboratorio de micobacteriología	Jaime Bravo
Departamento de Control de Vectores	Oscar González	Laboratorio de Virología	Rosaura Borace
Departamento de Zoonosis	Damaris Contreras	Medicina nuclear y radioactivos	Eloy Gibbs
Sistema de Salud para Emergencias y desastres	Raúl González	Autoridad Nacional del Ambiente (ANAM)	Efraín Lozano
Departamento de Protección de Alimentos	Rubén Carcache	Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC)	Jazmín Delgado
Dirección de Administración y finanzas	José Madrid	Ministerio de Desarrollo Agropecuario	Bredio Velazco
Comunicación Social	Edwin Ávila	Centro de Investigaciones Médicas UP	Hildauro Patiño
Calidad Sanitaria del ambiente	Oscar Marin	Vigilancia Internacional	Carmen Lange. Lourdes Moreno

Entrevistadores: Enrique Gil (OPS-PAN), Elena Pedroni (OPS-WDC).

Facilitadores: Modesta Haughton, Rosaura de Borace, Enélida Guerra.

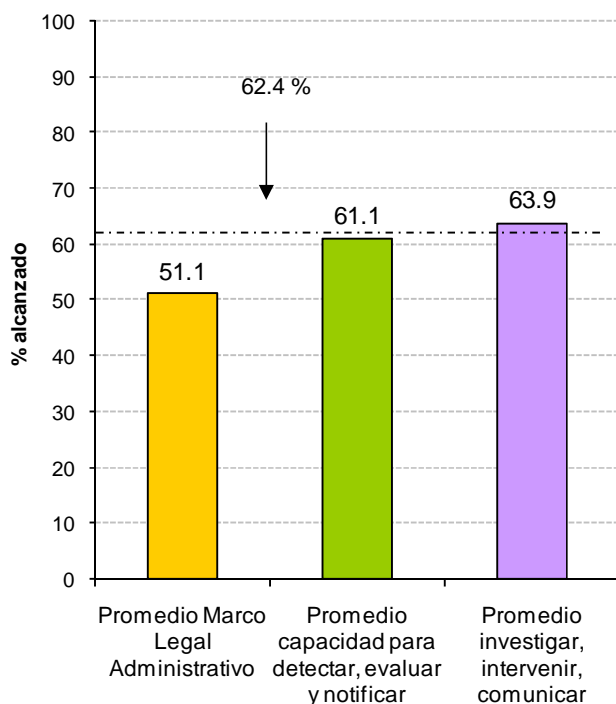
2. INDICADORES BÁSICOS DE PANAMÁ

Demográficos		Socio-económicos		Recursos y cobertura		Mortalidad	
Población*	3,283,959	Población bajo línea de pobreza %*	16.6	Nº establecimientos con internación (MINSA y CSS).**	78	Tasa bruta de mortalidad estimada (x 1000 hab)*	5.1
% < 15 años*	29.9	Casas con agua potable%*	93.7	Nº establecimientos sin internación (MINSA y caja)**	840	Tasa de mortalidad Infantil estimada (x 1000 NV)*	18.9
% > 65 años *	6.1	Analfabetismo (>10 años)%***	7.6	Médicos x 10000 hab**	13.5	Razón de mort. Materna (x100000 NV)*	83.63
				Enfermeros x 10000 hab**	11.3		

Esperanza de vida al nacer en años *	75.3		Población en la Caja Seguro Social %*	70.0	Mortalidad tumores malignos (x 100000)*	73.3
Tasa global fecundidad (hijos x mujer)*	2.4		BCG < 1 año (%)**	90.8	Mortalidad espec. neumonía (x 100000)*	13.8
Tasa bruta natalidad (x 1000 hab)*	21.7		Fuentes: *Dirección de Estadística y Censos 2006. **Ministerio de Salud 2006. ***Dirección de Estadística y Censos 2000			

3. RESULTADOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

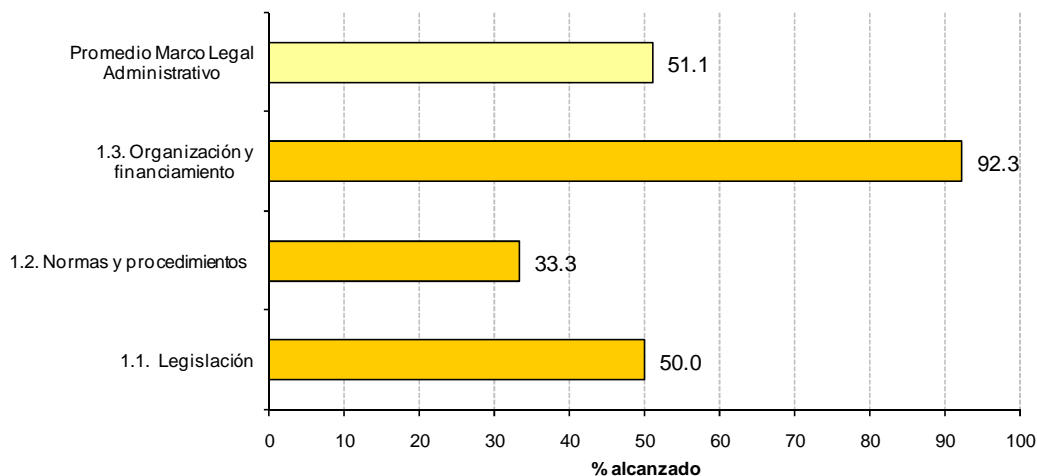
Gráfico 1: Promedio general de las capacidades básicas para vigilancia y respuesta. RSI (2005). Panamá. Marzo 2009



En el gráfico 1 se observan los promedios de los tres campos analizados en el diagnóstico realizado al nivel nacional de Panamá, y el promedio general del país que obtiene 62.4%. El campo "Marco Legal y Administrativo" alcanza 51.1%, debido fundamentalmente al reciente inicio de la revisión de las normativas vigentes para ser actualizadas y adaptadas al RSI (2005). La capacidad de detectar, evaluar y notificar alcanza el 61.1% siendo el recurso humano el que muestra mayor debilidad. Por último, la capacidad de investigar, intervenir y comunicar es de 63.9 %, destacándose como los dominios con mayor debilidad los de recurso humano y físico.

3.1. MARCO LEGAL ADMINISTRATIVO

Gráfico 2: Cumplimiento del "Marco legal administrativo". Panamá. Marzo 2009



El promedio para el país del cumplimiento del marco legal y administrativo alcanza 51.1 %.

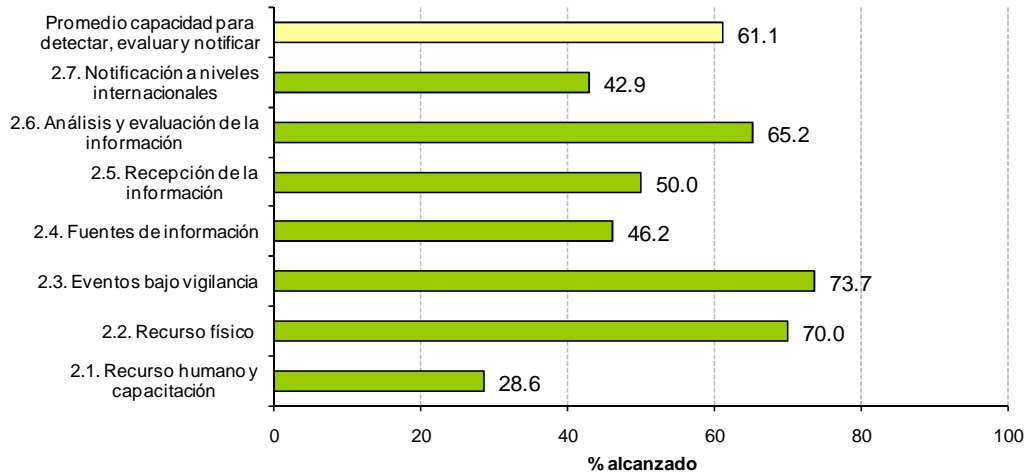
El dominio "Legislación" alcanza el 50,0%. El país cuenta con leyes nacionales sobre la obligatoriedad de la notificación (Código Sanitario y el Decreto 268) y sobre la declaración de emergencia nacional (Ley N° 7). Ambas se encuentran en proceso de revisión y actualización. Con respecto a las enfermedades y eventos de salud de notificación obligatoria, se incorporarán los eventos según lo establecido en el RSI (2005) y se especificará en el decreto cuales son las instituciones con obligatoriedad de notificación, entre otros cambios.

El dominio "Normas y Procedimientos" es el más bajo de este campo alcanzando 33.3% dado por la falta de documentos escritos sobre las normativas de: vigilancia ante emergencia sanitaria, laboratorio de salud humana, control sanitario de puntos de entrada al país, servicios de vigilancia ambiental, salud para los viajeros, entre otras. Se está comenzando el proceso de revisión de las leyes y normas para ser actualizados según el RSI (2005).

El dominio "Organización y Financiamiento" es el más elevado de este campo (92.3%). El Departamento Nacional de Epidemiología no cuenta con un comité nacional asesor externo que colabore con las normativas, procedimientos de intervención y evaluación, investigación entre otros aspectos. Existe una buena coordinación con agencias y organismos intercionales, bilaterales y multilaterales; la red internacional de intercambio de información epidemiológica (INFOCOM) no se encuentra vigente y se solicita su reactivación. El Dpto cuenta con presupuesto para realizar las actividades de vigilancia aunque no es exclusivo.

3.2. CAPACIDAD PARA DETECTAR, EVALUAR Y NOTIFICAR

Gráfico 3: Cumplimiento de la “Capacidad para detectar, evaluar y notificar” RSI. Panamá. Marzo 2009



El promedio para el país, del cumplimiento de la capacidad para detectar, evaluar y notificar, alcanza el 61.1 %.

El dominio “Recurso humano para vigilancia” alcanza el 28.6 %. Se cuenta con un equipo para realizar las actividades de detección y evaluación de riesgo, el cual necesita fortalecer los vínculos, reunirse con mayor frecuencia en el CNE para realizar las actividades de evaluación. Algunos de sus miembros necesitan recibir una capacitación en epidemiología y actualizaciones en vigilancia y análisis de riesgo.

El “recurso físico” para la vigilancia alcanza el 70.0%. Cuentan con una unidad de vigilancia adecuada para las actividades, con un CNE implementado y equipado el cual funciona dentro del Departamento Nacional de Epidemiología. Se necesita fortalecer con procedimientos para la búsqueda de información, y de un teléfono móvil con acceso a internet para los turnos epidemiológicos.

El dominio “eventos bajo vigilancia” alcanza 73.7% del cumplimiento. Se cuenta con el listado de las ENO (Eventos de Notificación Obligatoria) inmediatas y semanales, y reiteran la necesidad de inclusión de otros eventos (fiebres virales hemorrágicas, fiebre por virus del Nilo Occidental y las emergencias químicas y por radiaciones y cualquier ESPIN –Eventos de Salud Pública de Importancia Nacional-). La guía se encuentra en proceso de actualización e incorporación de los eventos. Se sugiere ampliar la guía con acápites sobre la descripción del evento, período de incubación, de transmisibilidad, vectores, reservorios, como asimismo ampliar las secciones de investigación y control. No cuentan con un software de carga de datos. Se sugiere diseñar un software que incluya todos los subsistemas de vigilancia.

El dominio “fuentes de información” utilizadas para recabar los datos de vigilancia alcanza 46.2%. El subsistema público y el de la seguridad social participan regularmente del sistema; en cambio no sucede lo mismo con el subsector privado. Se sugiere iniciar un programa de sensibilización y concientización de la obligatoriedad de la notificación y recomendar a las regiones que hagan valer el Código a través de recordatorios a los establecimientos que incumplan con el mismo. Existe un sistema de vigilancia de la morbilidad que debe fortalecerse,

observando la necesidad de sistematizar la vigilancia de defunciones y laboratorio. Tienen buena comunicación con el área de educación aunque no existe un sistema oficializado de notificación desde este sector ni desde las fuerzas de seguridad, ni desde MIDA y bromatología. Utilizan fuentes informales pero no en forma sistemática, no cuentan con procedimientos de captación de datos en medios no formales que incluyan criterios definidos de búsqueda.

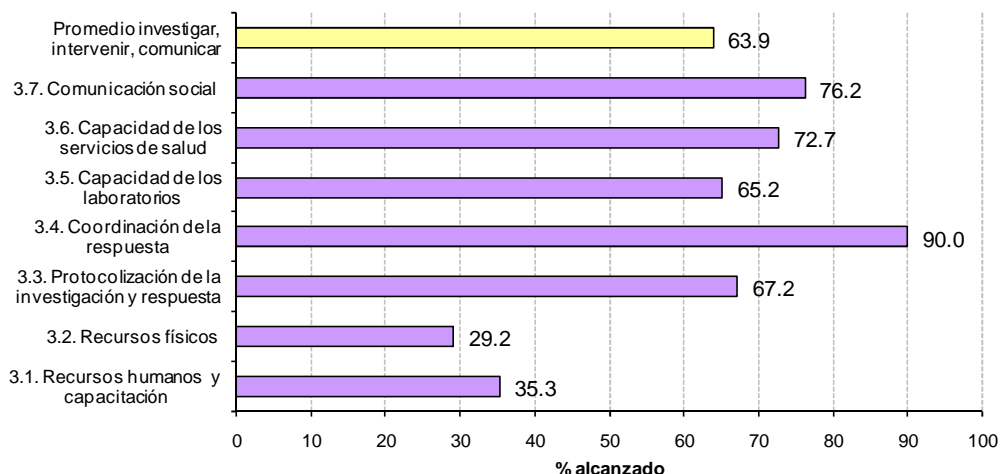
El dominio “recepción de la información” alcanza 50.0 %. La recepción se realiza al teléfono, fax y correo electrónico. No cuentan con teléfono para los turnos. Se ha creado el CNE, cuya resolución ministerial se encuentra en proceso de firma. No cuenta con un documento donde consten los objetivos, funciones, actividades, sus integrantes y roles, y otros componentes. El CNE no funciona actualmente como un centro de alerta y activación de la respuesta. Para optimizar la recepción de datos se sugiere comenzar con un proceso de transición de la carga de datos hacia un software específico de carga en línea con un sistema de alerta a través de correos electrónicos ante la carga de una ENO inmediata en los establecimientos. Cuentan con un sistema de monitoreo de oportunidad y regularidad. Este proceso de cambio significa equipar con PC y otorgar conexión a internet a las regiones y a los grandes hospitales que actuarían como nodos de recepción de la información. Para poder realizar estas actividades, se debería incorporar la figura de un operador para la carga de datos y fortalecer las áreas de estadísticas con personal para que recolecte los datos en forma oportuna.

El dominio “análisis de los datos y evaluación de la información” alcanza el 65.2%. Realizan en forma semanal el análisis de los datos de algunas de las ENO a través de canales endémicos, casos según semana epidemiológica, sexo, edad, residencia. Se sugiere incorporar otras herramientas de análisis epidemiológico y diseñar salidas directas del software de carga que permita en forma automática utilizar las herramientas de análisis. Cuentan con un boletín semanal que puede mejorarse en su estructura, diseño y contenido. Verifican los rumores pero no cuentan con un instrumento sistematizado para tal fin que le permita dar seguimiento a los eventos que ingresan hasta su confirmación, descarte o cierre del evento.

El dominio “notificación al nivel nacional” alcanza el 42.9%. No se realizan los turnos epidemiológicos para cubrir las 24 horas durante los 7 días de la semana. Con respecto a los formatos para notificar al nivel internacional, adoptarán y adaptarán el formato citado en el documento sobre funcionamiento del CNE.

3.3. CAPACIDAD PARA INVESTIGAR, INTERVENIR, COMUNICAR

Gráfico 4: Cumplimiento de la “Capacidad para investigar, intervenir y comunicar” RSI. Panamá. Marzo 2009



El promedio del cumplimiento de la Capacidad para investigar, intervenir y comunicar para el país alcanza el 63.9 %.

El dominio “recurso humano” alcanza un valor de 35.3%. Cuentan con un equipo de respuesta rápida, al cual le resta incorporar el comunicador de riesgo y capacitar a todos sus miembros en epidemiología básica. El equipo ha recibido la capacitación en investigación, control de eventos de importancia de salud pública. Se sugiere realizar actualizaciones, simulacros y simulaciones periódicas. Los miembros del ERR pueden ser localizados en cualquier momento, pero no pueden acudir y permanecer las 24 horas para atender la emergencia. Se sugiere establecer un régimen de turnos semanales.

El dominio “recurso físico para la respuesta” alcanza el 29.2%. No cuentan con una unidad de respuesta rápida que coordine los ERR. Es necesario establecer un plan de reservas estratégicas de acuerdo a diferentes escenarios de riesgo y realizar las estimaciones necesarias y la rotación de la reserva teniendo en cuenta los límites de período máximo de almacenamiento.

El dominio “protocolización de la investigación y de la respuesta” alcanza el 67.2%. Cuentan con procedimientos para investigación y control de las algunas ENO que deben actualizarse y completarse, y restan desarrollar otros como FHV, VNO, y otros eventos, y mejorar la guía nacional de vigilancia y control de las ENO.

El dominio “coordinación de la respuesta” alcanza 90.0 %. Cuentan con un SINAPROC que coordina con otras instituciones, y con SISED dentro del Ministerio de Salud. Dicha Unidad actúa como comité de salud ante emergencias, cuenta con un documento donde constan las coordinaciones y responsabilidades de cada área de salud. No se cuenta con protocolos de evaluación de impacto de las intervenciones.

El dominio “capacidad de los laboratorios” alcanza el 65.2%. Cuentan con un laboratorio de referencia nacional para salud humana y bromatología, y otro para salud animal. Con respecto a la Bioseguridad nivel 3, cuentan con un proyecto elaborado y se encuentran en etapa de aprobación de la licitación. El laboratorio de

salud animal cuenta con bioseguridad 3. El laboratorio de salud humana desarrolla técnicas de virología, bacteriología, parasitología y micología. No cuentan con un laboratorio que desarrolle técnicas para toxicología, y con respecto a la medición de radiaciones deben solicitárselo al Dpto de Salud radiológica. Se identifican dificultades para acceder a algunos controles de calidad de los patógenos y pruebas que realizan actualmente en el laboratorio. Se recomienda elaborar los documentos con procedimientos sobre el funcionamiento del laboratorio en general, de toma, conservación y envío de muestras, las normas de bioseguridad, un programa de verificación del equipamiento, un plan ante emergencias de salud pública, algoritmos de confirmación diagnóstica y ejecución de otras pruebas basados en vigilancia sindrómica, y los mecanismos para recepción de muestras durante las 24 horas los 7 días de la semana.

La "capacidad de los servicios de salud" alcanza 72.7%. Han desarrollado las Normas de Infecciones Hospitalarias, pero se deben actualizar y capacitar nuevamente al personal. No cuentan con protocolos y normativas de manejo de conservación y traslado de muestras biológicas; y han desarrollado una guía para capacitar y para evaluar los planes prehospituarios ante emergencias con víctimas múltiples o gran cantidad de pacientes para atención, restan desarrollar las guías hospitalarias. Se encuentran en proceso de evaluar las capacidades de los hospitales a través de la ficha técnica de hospital seguro.

Con respecto a comunicación de riesgo (76.2%), utilizan reportes de prensa ante emergencias, cuentan con un plan de comunicación de riesgo elaborado bajo el contexto de influenza pandémica, resta incluir las otras emergencias. No cuentan con los lineamientos para los alertas epidemiológicos. Dicen ser oportunos en comunicar las noticias, actualizarlas diariamente. Se sugiere coordinar con SISED la página web ante las emergencias.

4. PROBLEMAS DETECTADOS Y PLAN DE ACCION 2009-2012

Los problemas detectados fundamentalmente se deben a:

- falta de accesibilidad las 24 horas los 7 días del recurso humano,
- falta de un software específico para la notificación, de un sistema de notificación en línea y un programa para análisis de datos,
- poca participación del sector privado en el sistema de vigilancia,
- falta de la figura del operador en todos los establecimientos de salud para carga de los datos.
- normas y guías de vigilancia, control e investigación en proceso de actualización,
- falta de documentos normativos sobre el CNE, el funcionamiento del laboratorio,
- falta de un sistema oficial de vigilancia de laboratorio, desde fuentes formales de otras instituciones y desde fuentes informales.
- Falta de stock estratégico para las emergencias.

Se observa buena coordinación intersectorial, un equipo bien conformado, integrado y disponibilidad para la capacitación

Muchas de las falencias pueden revertirse a corto plazo con un plan de acción apropiado específico para cada debilidad detectada. No obstante, se observan dificultades como las de laboratorio que llevarán un período más prolongado y un costo elevado, al igual que la posibilidad de implementar un sistema de notificación en línea que abarque todos los sub-sistemas.

