

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



SITUACION DE LOS COMITES DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DE 53 MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

Preparado por: Mónica Lucia Soto Velásquez MD.
Profesional Equipo Técnico Regional Ancón Sur-DSSA

INTRODUCCIÓN

La Vigilancia en Salud Pública como estrategia de gestión, comprensión, evaluación y alerta en salud pública para el mejoramiento de la salud en las comunidades, viene siendo aplicada en el mundo desde tiempo atrás y ha contribuido en las regiones donde esta aplicación ha sido juiciosa y constante al diagnóstico y análisis de la situación de salud, a la monitorización y el seguimiento activo de eventos y procesos objeto de la salud pública, a la comprensión no solo de las causas sino de la dinámica de los procesos de salud y enfermedad y a la evaluación de intervenciones, servicios, programas y tecnologías de la salud. La *Vigilancia en Salud Pública* se puede definir como la recolección, análisis e interpretación continua y sistemática de datos concretos para usarlos en la planificación, implementación y evaluación de la práctica en salud pública. Un sistema de vigilancia incluye la capacidad funcional para generar datos confiables, para la captura y el análisis permanente y crítico de los datos, así como para la oportuna distribución de la información derivada de esos datos a los entes que pueden llevar a cabo actividades de prevención y control efectivas.

En Colombia Los Comités de Vigilancia en Salud Pública, mas conocidos como COVEs, que operan a nivel nacional, departamental y local tienen como propósito fundamental soportar la toma de las decisiones en salud pública que requiere la gestión del plan de atención básica (PAB) en sus etapas de planeación, ejecución, comunicación y evaluación (BIA

DSSA 2004). Un COVE operante y participativo utiliza la información generada desde los diferentes sistemas de información territoriales, y luego de analizarla oportunamente la transforma en el insumo básico para la toma de decisiones, la orientación de políticas públicas, la asignación o reasignación de recursos, la modificación y la inclusión de nuevos planes, proyectos y programas.

En este número del BIA se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis del funcionamiento de los COVE a nivel municipal en el departamento de Antioquia y se sugieren estrategias de mejoramiento. Es amplia la normatividad que en Colombia orienta su funcionamiento y por considerarla de utilidad para los COVE se suministra como anexo del presente documento.

METODOLOGÍA

La fuente de información utilizada para analizar y dar cuenta de la situación de los COVEs fueron los registros de las Actas de los COVE recibidos por la Dirección de Salud Pública Seccional y por los Equipos Técnicos Regionales durante el año 2005. Se recibieron 197 actas procedentes de las reuniones de los COVE de orden municipal e Institucional (ESE) de 53 municipios del departamento. La recolección y el análisis de los datos fue realizada con la ayuda de los programas Excel y epiinfo 6.0. Las actas fueron evaluadas según criterios de marco formal y estructura de fondo.

Marco formal: este criterio incluyó aspectos relacionados con la gestión logística del COVE, el esquema y orden de las reuniones, el número de reuniones, la duración, el número y la representatividad de los asistentes tanto por ente de procedencia como por disciplina de formación.

Estructura de fondo: bajo este criterio se evaluó si las actas daban cuenta del propósito del COVE: apoyar la toma de las decisiones en salud pública que requieren las diferentes etapas de la gestión del PAB.

La evaluación se realizó a través de la lectura y análisis de los registros de asignación de tareas y el seguimiento a los compromisos establecidos, del tipo de participantes, de la calidad de las descripciones en el acta, del análisis de los registros gráficos y de las tendencias presentadas en las actas, de la profundidad que alcanzaban los análisis vistos a través de las relaciones que se proponían entre eventos, factores y determinantes y de las propuestas que se sugerían.

RESULTADOS

De siete (7) de los 53 municipios, se recibieron actas tanto de los COVES de las Empresas Sociales del Estado (ESE) como de las Direcciones Locales de Salud (DLS). De 33 municipios las actas procedían de las DLS y de 13 exclusivamente de las ESEs. En total se recibieron 197 actas, 72 de las ESE (promedio= 3 reuniones al año) y 125 de las DLS (promedio de 4 reuniones al año). Los COVE institucionales hacen en estos 13 municipios las veces de COVE municipal, pues al igual que otros municipios del departamento que carecen de espacio, las ESEs continúan asumiéndolo de forma tradicional y sin que en la mayoría de los casos se hubiese hecho por delegación de la Alcaldía o la DLS (Figuras 1-3).

El tiempo de duración de las reuniones osciló entre 25 y 180 minutos, sin embargo la mayoría duraron entre 60 y 90 minutos.

Figura 1.



Figura 2.

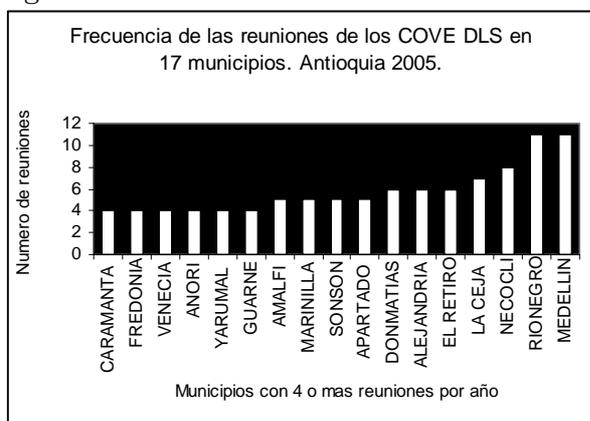
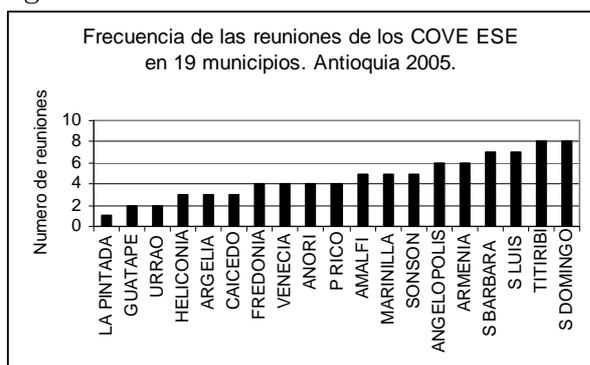


Figura 3.

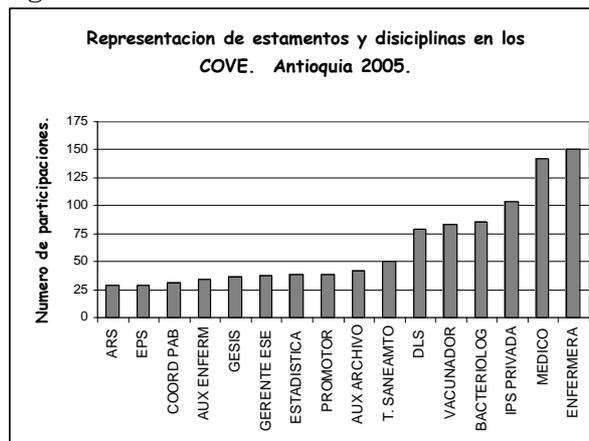


Los trabajadores de las disciplinas de la salud fueron los asistentes mas asiduos a las reuniones, aunque aun no se visibiliza en forma suficiente la presencia de los trabajadores mas vinculados con la salud mental y el ámbito familiar como psicólogos y trabajadores sociales. La asistencia a los COVE del Director local de

salud, del coordinador del PAB, de los responsables de los sistemas de información en salud y de la gestión del saneamiento básico y ambiental dista del nivel ideal. La participación de expertos en epidemiología en las reuniones de los COVE es prácticamente inexistente, solo en dos municipios se contó con este recurso.

El resto de los sectores tuvieron una participación marginal, entre estos cabe mencionar el sector educativo, los representantes de la comunidad, los representantes de la fiscalía y la fuerza pública, otros secretarios del gabinete municipal y los representantes de las empresas de distribución de Agua. La figura 4 representa las disciplinas e instituciones que participaron con más frecuencia en el COVE.

Figura 4.



De las 197 reuniones del COVE registradas, en el 59% (117) las actas fueron realizadas teniendo en cuenta el orden del día y la lectura del acta anterior.

En 70% (137) de las reuniones se verificó la asistencia, en 23% (45) se asignaron tareas y se realizó seguimiento a las tareas y compromisos establecidos. Solo en 5 de las 197 actas la información fue presentada utilizando algún tipo de herramienta gráfica.

Figura 5.

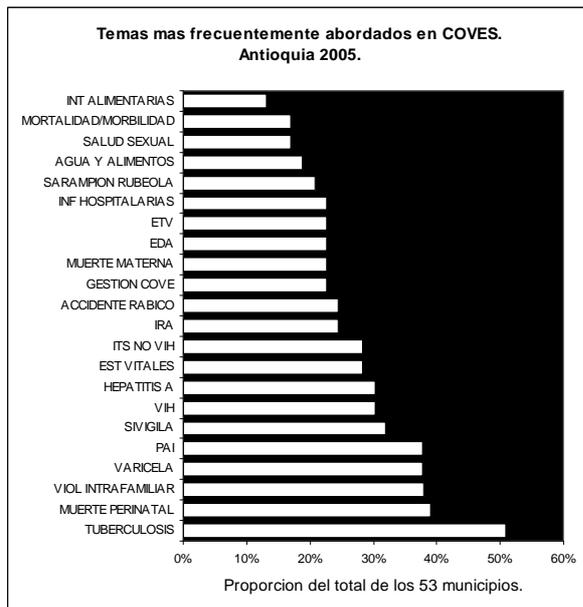
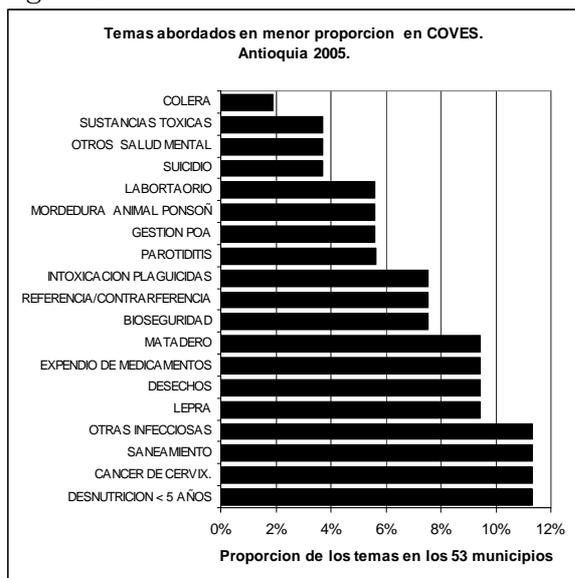


Figura 6.



La presentación y análisis de tendencias no se observó en ninguna de las actas. Las figuras 5 y 6 y la Tabla 1 resumen los temas abordados en los COVE y se describe la distribución de las frecuencias absolutas y proporcionales al número total de 53 municipios analizados.

Tabla 1.

TEMAS ABORDADOS EN COVES DE 53 MUNICIPIOS. ANTIOQUIA 2005.			
TEMA	No.	%	PROBLEMAS y PRACTICAS COMUNES
TUBERCULOSIS	27	51	Preocupación por baja búsqueda activa de casos. Se analizan casos difíciles y los formatos que requiere el programa.

TEMAS ABORDADOS EN COVES DE 53 MUNICIPIOS. ANTIOQUIA 2005.			
TEMA	No.	%	PROBLEMAS y PRACTICAS COMUNES
MUERTE PERINATAL	21	39	Se revisan protocolos, el análisis que se hace de las muertes no logra identificar evitabilidad, causas y determinantes.
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	20	38	Se revisan protocolos y plantillas de registro. Aunque el abordaje del problema aun es superficial, este ya ha sido visibilizado por los COVES.
VARICELA	20	38	Preocupación por brotes.
PAI	20	38	Se presentan las campañas de vacunación, los obstáculos y dificultades. Se socializa la estrategia de canalización.
SIVIGILA	17	32	Es común que las IPS particulares no hagan reportes. Modificación de ficha única para el reporte.
VIH	16	30	Preocupación por la infección, aunque se carecen de datos confiables. Se percibe como una infección en aumento que representa peligro para el orden de la comunidad.
HEPATITIS A	16	30	Preocupación por brotes, pocos estudios de casos. Se atribuyen a las malas condiciones de los acueductos.
ESTADISTICAS VITALES	15	28	Se revisan definiciones y diligenciamiento de los registros.

TEMA	No.	%	PROBLEMAS y PRACTICAS COMUNES
ITS NO VIH	15	28	No se presentan datos. Pero los COVES las perciben como frecuentes y con necesidad de intervención. Se proponen campañas educativas.
IRA	13	25	Socialización de estadísticas y conformación de UAIRACS.
ACCIDENTE RABICO	13	25	Se revisan plantillas de registro. Se analizan y descartan brote sospechoso de rabia bobina.
GESTION COVE	12	23	Se identifica necesidad de mejorar su orden y logística, el compromiso y la representatividad de los asistentes.
ITS NO VIH	15	28	No se presentan datos. Pero los COVES las perciben como frecuentes y con necesidad de intervención. Se proponen campañas educativas.
MUERTE MATERNA	12	23	Similar a mortalidad peri natal. Se socializan los planes de choque. El CLAP hace presencia en uno de los municipios.
EDA	12	23	Socialización de estadísticas y conformación de UROCS.
ETV	12	23	Malaria, Dengue, Fiebre amarilla: socialización de estadísticas, vacunación anti-amarilla. Leishmania y Malaria: socialización de obstáculos en el suministro de medicamentos.
INFECCION HOSPITALARIA	12	23	No se identifican dentro de las cadenas de transmisión los puntos mas susceptibles y los mas vulnerables de intervenir.
SARAM-PION RUBEOLA	11	21	Búsqueda activa de casos
AGUA Y ALIMENTOS	10	19	Diferencias en resultados de muestras entre empresas distribuidoras y técnicos de saneamiento. Control de Trapiches y restaurantes escolares.
SALUD SEXUAL	9	17	Control del embarazo en adolescentes. Socialización de casos de abuso sexual.
MORTALIDAD/MORBILIDAD	9	17	Se presenta resumen de datos estadísticos procedentes de los RIPS. Preocupa la accidentalidad de tránsito.
INT ALIMENTARIAS	7	13	Diligenciamiento de formatos para registrar los eventos.

GESTION P y P	6	11	
DESNUTRICION < 5 AÑOS	6	11	Se presentan casos de morbi-mortalidad.
CANCER DE CERVIX.	6	11	Se ha planteado frente a los costos, volver a la practica del especulo reutilizable para el diagnostico citológico.
SANEAMIENTO	6	11	Control de roedores y vectores. Levantamiento de índices larvarios. Manipulación de alimentos.
OTRAS INFECCIOSAS	6	11	Parálisis flácida, Tosferina, Tétanos, Infecciones virales.
LEPRA	5	9	Dificultad en el diagnostico, requiere segundo nivel.
DESECHOS	5	9	Los problemas mas abordados son los relacionados con el manejo de los desechos hospitalarios y su disposición final
EXPENDIO DE MEDICAMENTOS	5	9	Es común el problema de la formulación de medicamentos por personal no medico.
MATADERO	5	9	Los problemas no son comunes sino particulares como las condiciones locativas y los protocolos de autopsia, etc.
BIOSEGURIDAD	4	8	Se plantean intervenciones a nivel hospitalario y extra-hospitalario en centros de estética.
REFERENCIA/CONTRARFERENCIA	4	8	Este problema se percibe como de muy difícil, tanto como para estar por fuera de la gobernabilidad municipal. En algunos municipios se considera que podría ser la causa principal del retraso en los casos de expulsivo prolongado y sufrimiento fetal.
INTOXICACION POR PLAGUICIDAS	4	8	Se revisan protocolos de vigilancia.

A partir de la información registrada en las actas se puede identificar que en general la definición de los problemas y eventos objeto de la vigilancia en salud pública a nivel municipal se basa más en la percepción de los asistentes a las reuniones, que en el análisis de información por medio de un proceso juicioso y reflexivo de medición y seguimiento. Tal falta de formalidad parece estar ocasionando que el planteamiento de los problemas se reduzca a su presentación en forma de listado, a los que ocasionalmente se asignan causas proximales pero sobre los que no se intenta realizar un análisis más profundo que trate de hacer visibles las relaciones con los determinantes del contexto socioeconómico

Esta definición superficial de los problemas obstaculiza la identificación de grupos susceptibles, reduciendo las posibilidades de tener líneas de base y de plantear estrategias efectivas en el contexto de la salud pública municipal. Las deficiencias en aspectos que aparentemente son solo de forma (reducido número de reuniones, la casi ausencia de participación comunitaria, el escaso seguimiento al cumplimiento de tareas y compromisos) y en aspectos de fondo (abordaje superficial y carente de seguimiento, el bajo seguimiento a la gestión del POA municipal, la falta de inclusión de temas y problemas relacionados con el adulto mayor, la discapacidad, y el cáncer en poblaciones cuya estructura señala un proceso acelerado de envejecimiento) parece estar reflejando la necesidad que presentan los COVEs de coordinadores competentes y comprometidos con la vigilancia en salud pública y de una articulación más oportuna y efectiva entre los diferentes sectores del municipio, entre los COVEs de las regiones y entre estos y el nivel departamental, tal como lo recomendó la DSSA en su BIA del 2004.

Estas carencias son obstáculo para que los entes territoriales se apoyen en los COVEs para orientar la formulación e implementación de políticas públicas, la

asignación o reasignación de recursos, la modificación y la inclusión de nuevos planes, proyectos y programas. Visto así el panorama, parecen bastante lejanas las posibilidades de articular los COVEs en un sistema eficiente y efectivo de vigilancia en salud pública, sin embargo las posibilidades de lograrlo aunque requieren de inversión en tecnología, su mayor necesidad es la de contar con recurso humano competente y comprometido que oriente los diferentes sectores y niveles del sistema.

MEJORAMIENTO

1. La DLS debe asumir el liderazgo de las reuniones expresado en la realización de un número mayor de reuniones, la asistencia permanente a las reuniones del DLS y del coordinador del PAB, la convocatoria de los diferentes sectores y en especial de la comunidad no institucionalizada, y en un nivel más profundo de análisis de los problemas de salud pública municipales. De dicho liderazgo deben dar cuenta tanto las actas como las acciones de salud pública municipales.
2. Organizar la metodología del COVE de tal forma que se puedan abordar con suficiente extensión y profundidad los diferentes objetivos y eventos de la Vigilancia en Salud Pública. Para ello sería conveniente programar las actividades por cronograma anual o semestral de tal forma que se le abra espacio a periódicamente a los diferentes asuntos los cuales podrían ser abordados en mesas de trabajo específicas pero articuladas por el COVE. Ello no quiere decir que todos los temas deben ser abordados en todas las reuniones del COVE, sino que una adecuada organización facilitaría un seguimiento periódico. Se sugiere que las reuniones del COVE se realicen con una periodicidad mensual y que se evite una duración superior a los 90 minutos para mantener la participación activa.

3. Fortalecer la Gestión del COVE y avanzar en el análisis de situación de salud del municipio, a través de la caracterización, medición y explicación del perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud y sus determinantes, ya sean estos del ámbito del sector salud o de otros sectores, identificando los grupos mas susceptibles, planteando intervenciones e indicadores de proceso e impacto que permita la realización del seguimiento.
 - Lectura y aprobación del acta anterior.
 - Lectura de correspondencia
 - Análisis de los problemas de salud y de los eventos de vigilancia en salud pública: este análisis aunque debe incluir el recuento, también debe trascenderlo y debe permitir la formulación de posibles hipótesis sobre las causas determinantes de los problemas de salud pública en el ámbito municipal y la proposición de intervenciones pertinentes y adecuadas a las que se les pueda realizar evaluación y seguimiento.
 - Análisis de estadísticas vitales.
 - Seguimiento a metas del pacto por la salud, PAB y PP.
 - Proposiciones y varios.
 - Establecimiento de compromisos asignando responsables y plazos de cumplimiento.
4. Fortalecer la gestión de un dato confiable y utilizar indicadores epidemiológicos (Incidencias, prevalencias, mortalidad, letalidad, severidad, importancia relativa, índices endémicos, análisis de riesgo, impacto) que den cuenta del estado de los problemas de salud municipales y que puedan ser seguidos a través de las tendencias en el tiempo y comparados con los indicadores regionales, departamentales e incluso mundiales, con el fin de conocer una realidad mas exacta de la salud pública municipal y brindar aportes adecuados a los problemas de salud territoriales.
5. Mejorar las actas de las reuniones del COVE con la inclusión de los siguientes numerales:
 - Encabezar las actas con el nombre y código del ente territorial indicando la fecha y numero del acuerdo o decreto que da origen al COVE municipal.
 - Fecha.
 - Hora inicio y hora de cierre.
 - Lugar.
 - Listado de asistentes que incluya: nombre y apellidos, profesión, cargo e institución, con el respaldo de las respectivas firmas.
 - Orden del día.
6. Estimular la participación de los diferentes sectores del municipio.
7. Las actas del COVE deben hacerse llegar al Equipo Técnico Regional los 10 primeros días hábiles del mes siguiente a la reunión.

INCIDENCIA DE ALGUNOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA. DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA 2006

Evento	INDICADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	TOTAL
Colera	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x cien mil habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sarampion	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x cien mil habitantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosferina	Número	9	8	8	7	20	12	4	5	73
	Tasa x cien mil habitantes	0,16	0,14	0,14	0,12	0,35	0,21	0,07	0,09	1,27
Rubeola	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x cien mil habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Parotiditis	Número	16	35	35	23	44	28	23	21	225
	Tasa x cien mil habitantes	0,28	0,61	0,61	0,40	0,76	0,49	0,40	0,36	3,91
Difteria	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x cien mil habitantes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Meningitis Meningococcica	Número	1	3	1	1	3	1	2	1	13
	Tasa x cien mil habitantes	0,02	0,05	0,02	0,02	0,05	0,02	0,03	0,02	0,23
Tetanos Neonatal	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x 1000 nacidos Vivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tetanos OtrasFormas	Número			1					0	1
	Tasa x cien mil habitantes	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
HIV/SIDA	Número	52	75	88	55	88	57	57	56	528
	Tasa x cien mil habitantes	0,90	1,30	1,53	0,95	1,53	0,99	0,99	0,97	9,16
Infeccion perinatal VIH/SIDA	Número	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Tasa x 1000 nacidos Vivos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hepatitis B	Número	5	9	15	19	18	8	13	12	99
	Tasa x cien mil habitantes	0,09	0,16	0,26	0,33	0,31	0,14	0,23	0,21	1,72
Sífilis Congenita	Número	41	19	29	24	25	37	32	27	234
	Tasa x 1000 nacidos Vivos	0,44	0,20	0,31	0,26	0,27	0,40	0,34	0,29	2,50
Tuberculosis Pulmonar	Número	119	113	133	116	118	100	121	117	937
	Tasa x cien mil habitantes	2,07	1,96	2,31	2,01	2,05	1,74	2,10	2,03	16,26
Hansen	Número	2			1		1	2	0	4
	Tasa x cien mil habitantes	0,03	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02	0,03	0,00	0,07
Dengue Clasico	Número	184	180	239	201	271	223	297	338	1933
	Tasa x cien mil habitantes	3,19	3,12	4,15	3,49	4,70	3,87	5,16	5,87	33,55
Dengue hemorragico	Número	8	17	15	6	8	4	15	6	79
	Tasa x cien mil habitantes	0,14	0,30	0,26	0,10	0,14	0,07	0,26	0,10	1,37
Malaria Total	Número	3128	3341	3415	2952	3645	3521	3770	3451	27223
	Tasa x cien mil habitantes	54,29	57,99	59,28	51,24	63,27	61,12	65,44	59,90	472,53
Leishmaniasis cutanea	Número	134	135	333	240	163	110	92	67	1274
	Tasa x cien mil habitantes	2,33	2,34	5,78	4,17	2,83	1,91	1,60	1,16	22,11
Leishmaniasis mucocutanea	Número	0	2	4	1	0	2	2	4	15
	Tasa x cien mil habitantes	0	0,003	0,007	0,002	0	0,003	0,003	0,007	0,026

FUENTE: SIVIGILA

FUENTE: DANE - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE DEFUNCIONES Y SIVIGILA
D.S.S.A.- DIRECCION DE SALUD PUBLICA

www.dssa.gov.co - salud publica