

**RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS PARA
VIGILANCIA Y RESPUESTA
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL. RSI (2005)
Perú. Mayo 2010**

1. GENERALIDADES

Período de diagnóstico: 17 al 21 de mayo de 2010

Áreas y representantes entrevistados:

Área	Representantes	Área	Representantes
Dirección General de Epidemiología	Luis Suárez	Oficina General de Defensa Nacional	José Zeña y Mónica Manchego
Dirección Ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica	Aquiles Vilchez	Dirección General de Salud de las Personas	Magaly Rodríguez
Dirección Sectorial Vigilancia de Salud Pública	René Leiva	Estrategia Nacional de Inmunizaciones	Fernando Pérez
Dirección Sectorial de Alerta y Respuesta	Juan Arrasco Ada Palpan	Ministerio de Agricultura/SENASA	Lily Palomino
Coordinación de Vigilancia Sanitaria Internacional/RSI	María del C. Reyna	Dirección General de Insumos y Drogas	Marisa Papen
Instituto Nacional de Salud	Eduardo Falconi Blanca Huapaya Manuel Céspedes Ricardo López Ana Cecilia Ortiz Sara Morales Rosa Sacsquispe Magna Suarez Giovanna Mendoza Nancy Arróspide Luis Ascencio Dana González Soledad Romero María Luz Samudio	Dirección General de Promoción de la Salud	Stalin Romero
		Dirección General de Salud Ambiental	Berta Muñoz Wilfredo Arque Carolina Correa
		Centro de Investigación toxicológica de la UNMSM	Angélica Salazar
		Instituto Nacional de Defensa Civil INDECI	Walter González Abel Montecinos
		Oficina General de Comunicaciones	Rosa del Piélagos Jorge Moreno

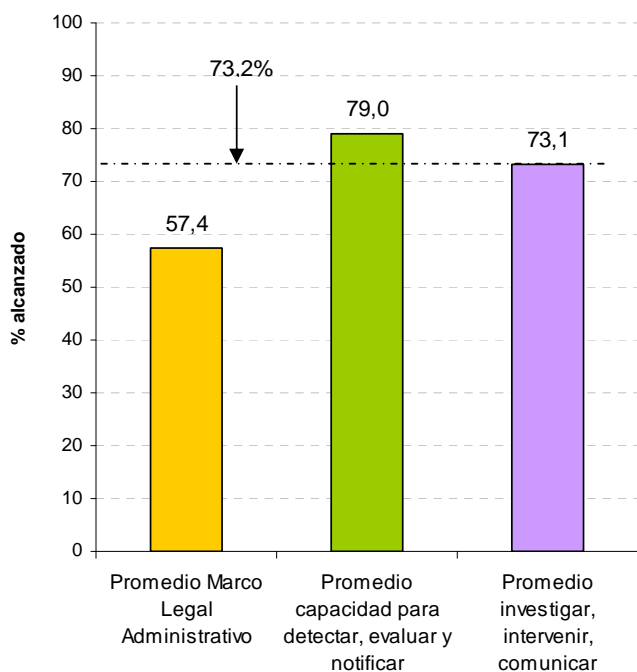
Facilitadores: Fernando González (OPS-PER), Elena Pedroni (OPS-PAR).

2. INDICADORES BÁSICOS DE PERÚ

Demográficos		Socio-económicos		Recursos, acceso y cobertura		Mortalidad	
Población 2010	29.461.933	Producto bruto interno (US\$ miles de millones) 2007	109	Médicos x 10000 hab. 2007	6,3	Tasa de bruta mortalidad (x 1000 hab) 2005	5,5
Crecimiento poblacional anual 2007	1,5	% Población con agua potable 2008	68,6	Enfermeros x 10000 hab 2007	6,6	Mortalidad infantil (x 1000 NV) 2007	18,5
% Población urbana 2007	75,9%	Población alfabeta (15 y + años)% 2008	88,6	Camas hospitalarias x 1000 hab. 2007	8,5	Mortalidad materna (x100000 NV) 2000	185
Razón de dependencia (x100 hab.) 2009	58,5		% DPT3< 1 año 2008	98,8	Tasa mortalidad por enfermedades transmisibles ajustada (x 100000) 2003-2005		
Esperanza de vida al nacer 2010	74,1		% BCG < 1 año 2008	100	% Causa mal definida e ignorada 000) 2003		
Tasa global fecundidad (hijos/ mujer) 2005	2,4		% uso anticonceptivo (mujeres, todo método) 2007	71,8	% Sub-registro de mortalidad 2003		
Tasa bruta natalidad (x 1000 hab) 2010	19,4		Fuente: Situación de salud del Perú. Indicadores básicos 2008. Ministerio de Salud de Perú. DGE				

3. RESULTADOS GENERALES

Gráfico 1: Promedio general de las capacidades básicas para vigilancia y respuesta. RSI (2005). Perú, mayo 2010



En el gráfico 1 se observan los promedios en las áreas relacionadas al Marco Legal / Administrativo (57.4%); Capacidad para detectar, evaluar, notificar (79.0%) y la de Investigar, intervenir y comunicar (73.1%) alcanzados en el diagnóstico realizado al nivel nacional, así como del promedio general de país (73.2%).

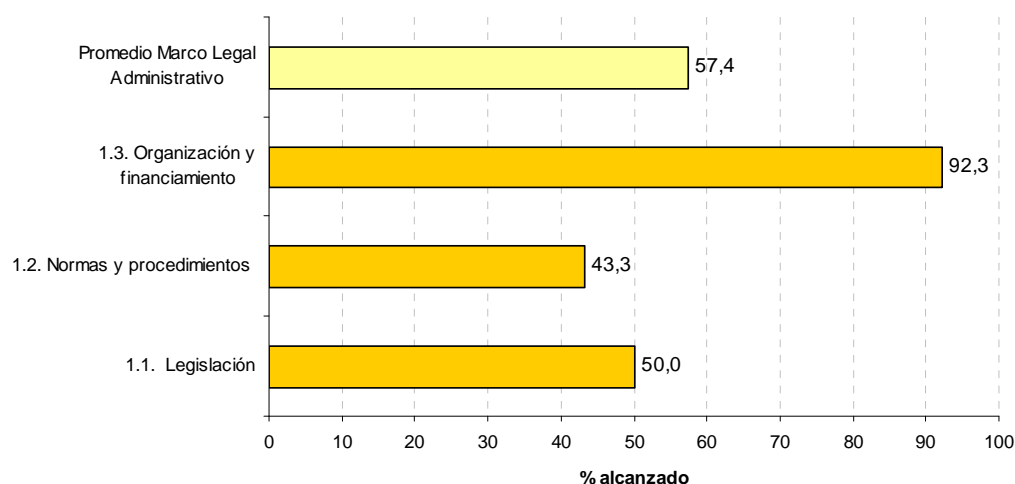
En el área de **“Marco Legal y Administrativo”** presenta porcentajes menores al promedio esperado debido a que a la fecha se no ha culminado la revisión de los marcos legislativos y normativos vigentes para ser actualizados y armonizados con los mandatos establecidos en el nuevo RSI (2005).

La **“capacidad de detectar, evaluar y notificar”** obtiene los mayores porcentajes promedios, se identifica como causal de brecha la necesidad de incorporar otras fuentes de datos al sistema de vigilancia. Finalmente, la capacidad de investigar, intervenir y comunicar presenta valores similares al promedio general del país, destacándose las áreas con mayor debilidad las relacionadas con la capacidad de los servicios de salud, comunicación de riesgo,

recursos físicos y protocolización de la respuesta

3.1. MARCO LEGAL ADMINISTRATIVO

Gráfico 2: Cumplimiento del “Marco legal administrativo”. Perú, mayo 2010



El promedio para el país del cumplimiento del marco legal y administrativo alcanza el 57,4 %. Los resultados alcanzados a nivel del área relacionada con la “Legislación”, se encuentra por debajo del promedio esperado. El país a la fecha cuenta en vigencia con un marco legislativo sobre: Obligatoriedad de la notificación, Ley General de Salud N° 26842/06, esta última en proceso de revisión y aprobación por el Congreso de la República; si bien existe la Ley Nacional de Emergencias

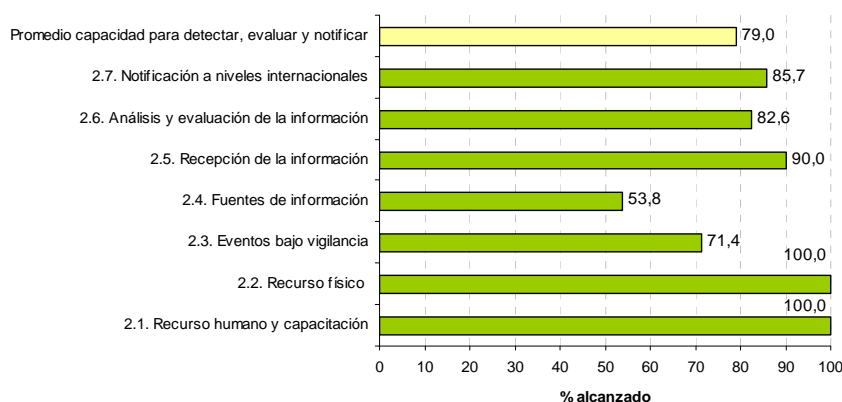
y desastres N° 19338/04, a la fecha aún no ha sido revisada y armonizada a la luz del nuevo RSI (2005).

Con respecto a los resultados alcanzados en el dominio de **“Normas y Procedimientos”**, se encuentra por debajo del promedio esperado. El país cuenta con protocolos de vigilancia epidemiológica y control para diferentes enfermedades humanas; así como, de enfermedades zoonóticas según listado de la OIE; para inocuidad de alimentos (D. Ley N° 1062/08). Cuenta además con normativas para funcionamiento de los laboratorios de salud animal y alimentos, procedimientos ante emergencias sanitarias, organización y funcionamiento de los laboratorios de salud humana, vigilancia y control sanitario de puntos de entrada, salud para los viajeros, entre otras. Algunas de estas normas se encuentran en proceso de revisión y actualización según el nuevo RSI (2005), y otras aún no se han sometido a revisión. Se evidencia la necesidad de contar con documentación técnica relacionada a la vigilancia y control sanitario de fronteras terrestres y servicios de vigilancia ambiental (suelo, aire y torrentes de agua naturales). Los protocolos de investigación de los eventos de notificación obligatoria se encuentran en proceso algunos de elaboración y otros de actualización de los existentes. Es necesario consolidar las guías de prácticas clínicas y completar la guía de salud para los viajeros.

Los resultados obtenidos en el área de **“Organización y financiamiento”** es el más elevado de este campo. Existe una amplia cooperación e interacción con diferentes agencias y organismos internacionales. El país participa activamente en la red Andina de vigilancia epidemiológica (RAVE), sin embargo no recibe la información epidemiológica en oportunidad y forma del resto de los países que la integran. Con respecto a la disponibilidad de presupuestos extraordinarios para atender las emergencias de salud pública, en ámbitos sanitarios donde el nivel de gobierno correspondiente no decreta la situación de emergencia, logran acceder con dificultad, dado que el país se encuentra a la fecha en un proceso de descentralización sanitaria hacia las regiones de salud, sin embargo, cuentan con recursos limitados para atender brotes en forma inmediata.

3.2. CAPACIDAD PARA DETECTAR, EVALUAR Y NOTIFICAR

Gráfico 3: Cumplimiento de la “Capacidad para detectar, evaluar y notificar” RSI. Perú, mayo 2010.



El promedio a nivel país, para del cumplimiento de la **capacidad para detectar, evaluar y notificar**, alcanzado fue de **79,0 %**.

A nivel del área relacionada con **“Recursos humanos para la vigilancia”** alcanza la capacidad básica. Se cuenta con un equipo nacional multidisciplinario para realizar las actividades de detección y evaluación de riesgo, que contempla todas las áreas involucradas. El equipo ha recibido capacitación formal en el uso y manejo del “Instrumento de Decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (anexo 2 del RSI), en epidemiología básica e intermedia, actualizaciones en vigilancia y análisis de riesgo. Cuentan con un plan de evaluación de las capacidades específicas de vigilancia del RRHH del equipo de evaluación nacional y de los equipos regionales.

El **“recurso físico”** para la vigilancia, también alcanza la capacidad básica (100%). El Centro Nacional de Enlace (CNE) se encuentra debidamente equipado y funciona en un espacio físico adecuado para su actividad diaria.

La evaluación del área relacionada con los **“eventos bajo vigilancia”** alcanza un 71.1% ubicándose por debajo del promedio de este campo. El país cuenta con un listado de los ENO (Eventos de Notificación Obligatoria) inmediatas y semanales, el cual debe ser actualizado y considerar la inclusión de nuevos eventos (gripe por un nuevo subtipo de virus, otras fiebres virales, emergencias químicas y por radiaciones y cualquier ESPIN –Eventos de Salud Pública de Importancia Nacional-).

Con relación al tema de **“fuentes de información”** utilizadas para recabar los datos de vigilancia; alcanza el menor valor del área evaluada correspondiéndole un 53.8%. El subsistema público participa regularmente a nivel del sistema, al igual que la seguridad social (EsSALUD); lo cual no se refleja lo mismo con el subsector privado. La información consignada esta relacionada con datos sobre morbilidad hospitalaria que las regiones pueden analizar mensualmente; con un sistema de vigilancia de mortalidad materna e infantil y reciben también las notificaciones de las defunciones con sospecha de alguna ENO. Además existe una plataforma en línea con datos de laboratorio que gestiona el INS. Con respecto a la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) y el Servicio de Sanidad Agraria (SENASA), cuentan con sistemas de registros, pero que a la fecha no se ha oficializado y sistematizado de acuerdo a las necesidades que demanda el sistema nacional de vigilancia. Con relación a la información producida a nivel del sector educación y de Seguridad nacional, aún no se han integrado al sistema de vigilancia. Se realizan búsquedas en fuentes informales usando procedimientos de captación de datos desde los medios masivos de comunicación que incluyen criterios definidos de búsqueda.

Con relación al rubro de **“recepción de la información”** alcanza el mayor porcentaje logrado a nivel del área con un 90%. Se ha creado e implementado y se encuentra en funcionamiento el Centro Nacional de Enlace (CNE), con Resolución Ministerial del año 2006, funciona las 24 horas los 7 días de la semana, sin embargo a la fecha no se reconoce el pago efectivo de las guardias epidemiológicas. El documento de organización y funcionamiento del CNE donde constan los objetivos, funciones, actividades, integrantes y roles, se encuentra en proceso de aprobación y posterior socialización. La recepción de los reportes y notificación se realiza al teléfono fijo, fax, correo electrónico, teléfono en los turnos establecidos para tal fin. Se cuenta con una plataforma específica, en línea, de carga de datos de las notificaciones inmediatas.

El rubro de **“análisis de los datos y evaluación de la información”** también alcanza un valor elevado, Se usa el anexo II el RSI para hacer la evaluación de eventos. Se realiza en forma semanal el análisis de los datos de las ENO a través de canales endémicos, tasas según semana epidemiológica, sexo, edad, lugar de asistencia y ocurrencia. Se realiza con otra periodicidad la razón estandarizada de morbilidad, el índice epidémico y la diferencia porcentual de tasas y las pruebas estadísticas para comparación de las mismas. Se realiza la verificación de rumores o eventos notificados dando seguimiento a los mismos desde su detección hasta su confirmación, descarte o cierre, sin embargo no se tienen los procedimientos escritos para tal actividad. Se cuenta con una matriz de decisión para clasificar las emergencias a nivel regional, no obstante las regiones no lo usan en una forma rutinaria.

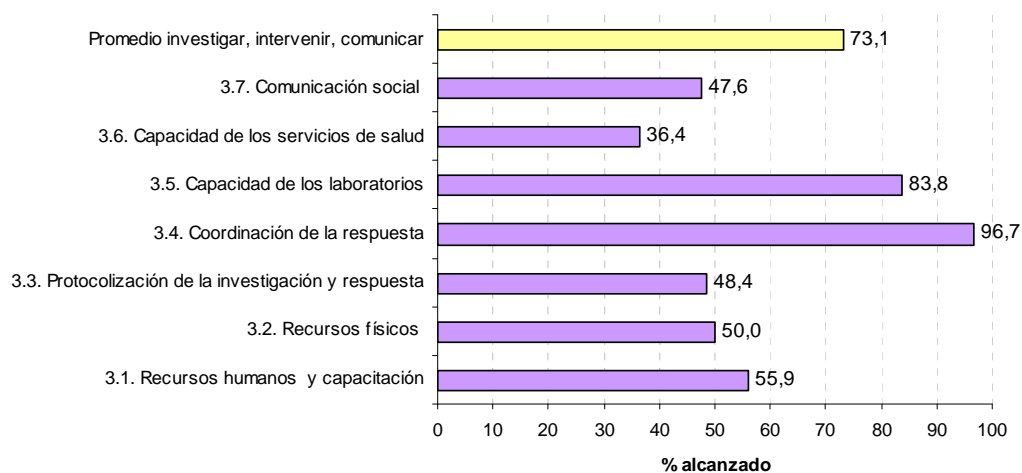
Con respecto a la **“notificación al nivel internacional”** no se observan dificultades para su cumplimiento. Se tiene una línea telefónica con salida internacional, y se realizan las notificaciones a la OMS en un formato definido que requiere complementarse según lo establecido en el inciso 2 del artículo 6 del título II del RSI.

3.3. CAPACIDAD PARA INVESTIGAR, INTERVENIR, COMUNICAR

El promedio del cumplimiento de la **Capacidad para investigar, intervenir y comunicar** para el país alcanza un **73,1%**.

El tema de **“recurso humano”** alcanza un valor por debajo del valor medio para este campo. Se cuenta con equipos de respuesta rápida (ERR) nacionales y regionales. El Centro Nacional de Enlace (CNE) se encuentra actualizando el directorio con expertos internacionales en los eventos destacados en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Con respecto a la disponibilidad de técnicos y profesionales para atender las diferentes emergencias, son suficientes para la atención de aquellas emergencias de grandes magnitudes de tipo alimentarias e inmunoprevenibles; sin embargo, es necesario fortalecer en número e idoneidad los RRHH técnicos para atender la emergencias de grandes magnitudes vectoriales, zoonóticas, toxicológicas y radiológicas.

Gráfico 4: Cumplimiento de la “Capacidad para investigar, intervenir y comunicar” RSI. Perú, mayo 2010



El **“recurso físico para la respuesta”** también se encuentra por debajo del promedio general del campo. Cuentan con una unidad de respuesta rápida que coordina el Equipo de Respuesta Rápida (ERR) nacional, y se ha adquirido parte del equipamiento necesario para atender las emergencias, con excepción de teléfonos satelitales y grabadores para las entrevistas en profundidad. No cuentan con un stock estratégico de insumos y medicamentos estimado para el nivel nacional y armonizado en forma conjunta con las regiones de salud y de acuerdo a diferentes escenarios de riesgo.

Con respecto al tema de **“protocolización de la investigación y de la respuesta”**, se cuenta con procedimientos para investigación y control de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) pero deben actualizarse y completarse, y estaría pendiente la elaboración de procedimientos para eventos relacionados con la viruela, otras fiebres virales, emergencias químicas y radiológicas, y otros eventos. Deben elaborarse los planes de contingencia para emergencias toxicológicas, bioterrorismo, y otros. No se cuenta con protocolos de evaluación de impacto de las intervenciones.

El valor alcanzado en el tema de **“coordinación de la respuesta”** se encuentra dentro de lo más elevados para este campo. Existen coordinaciones para la respuesta con los organismos internacionales. El país cuenta con un comité nacional de emergencias intersectorial con las coordinaciones establecidas; si bien se ha conformado, instalado y esta en funcionamiento el comité de salud para las emergencias, amerita elaborar un documento donde constan las coordinaciones y responsabilidades de cada área de salud.

Con relación al tema de **“capacidad de los laboratorios”** también alcanza uno de los valores más elevados. El país cuenta con laboratorios de referencia nacional para salud humana (INS), para agua y alimentos, y para salud animal (SENASA). Tanto el INS como el SENASA cuentan con Bioseguridad nivel 3. Los laboratorios desarrollan técnicas de virología, bacteriología, parasitología, micología. El país cuenta con capacidad para las pruebas toxicológicas, pero es necesario certificar el laboratorio que actualmente realiza estas pruebas y fortalecerlo para garantizar la sostenibilidad. No se identifican dificultades para acceder a los controles de calidad internacionales de los patógenos y pruebas que realizan actualmente en el laboratorio de salud humana. Cuentan con los documentos sobre procedimientos para toma, conservación y envío de muestras, y con las normas de bioseguridad. Los insumos para transporte de muestras a los laboratorios internacionales son insuficientes para las tareas de rutina y para las emergencias. Se ha elaborado un plan para atender a las emergencias y existe un mecanismo establecido para la recepción de muestras durante las 24 horas los 7 días de la semana. También se cuenta con un programa de verificación del equipamiento que necesita extenderse a otros equipos existentes en el INS. No se observan mayores dificultades en la disponibilidad de reactivos e insumos con algunas excepciones. El país realiza actualmente el diagnóstico de todos los agentes indagados con excepción de *Legionella*. Se están incorporando otras técnicas necesarias para mejorar diagnóstico.

La **“capacidad de los servicios de salud”** alcanza el menor valor para este campo. Se cuenta con las Normas de Infecciones Hospitalarias actualizadas y socializadas. Existen normativas

sobre bioseguridad en forma individual y separada para DGSP, INS y DIGESA, por lo que es necesario realizar normas nacionales únicas para distribuir y capacitar al personal de los establecimientos de salud. No hay una guía para capacitar en la elaboración de los planes hospitalarios ante emergencias con víctimas múltiples o gran cantidad de pacientes para atención. Es necesario realizar una evaluación de las capacidades hospitalarias.

Con respecto a **comunicación de riesgo** es otro de los temas evaluados que alcanza valores bajos. Se utilizan reportes de prensa ante emergencias, cuentan con un plan de comunicación de riesgo elaborado bajo el contexto de influenza pandémica. Se sugiere elaborar un plan genérico. No cuentan con una guía para que las Regiones puedan elaborar sus planes de comunicación de riesgo. Dicen ser oportunos en comunicar las noticias, y en actualizarlas diariamente. Se tiene la capacidad de administrar y actualizar diariamente la página web durante una emergencia.

4. NECESIDADES DETECTADAS Y PLAN DE ACCION 2010-2013

A continuación se presenta el plan de acción con los problemas detectados y las actividades de acuerdo a las sugerencias. Este plan se ha elaborado con fecha de finalización para el año 2013.

Las principales sugerencias se resumen a continuación:

- Revisión de toda la legislación, normas y procedimientos a la luz del nuevo RSI (2005).
- Elaborar un compendio del Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de eventos de notificación obligatoria, agregando las secciones de investigación para todos los eventos y las acciones ante brotes o emergencias; y actualizar el listado de eventos de notificación obligatoria con su estrategia, periodicidad y modalidad de vigilancia.
- Incorporación del sector privado de salud en el sistema de vigilancia, mejorar la notificación desde DIGESA y SENASA, incorporación del área del sector de educación y de las instituciones responsables de la defensa y seguridad nacional. Incorporar al actual software, en forma de módulos los subsistemas de vigilancia restantes (morbilidad, mortalidad, laboratorio, DIGESA, SENASA, otros).
- Colaborar con los Gobiernos regionales, a través, de las Direcciones Regionales de Salud o sus equivalentes; en temas de sensibilización y concientización de la obligatoriedad de la notificación para los sectores que aún no se hayan incorporado. Recomendar a los Gobiernos Regionales de Salud el ejercicio pleno del rol rector así como del posicionamiento de autoridad sanitaria en torno a hacer cumplir la Resolución correspondiente, a través de recordatorios a los establecimientos privados y de la seguridad social que incumplen con la misma.
- Colaborar con los Gobiernos Regionales, a través, de las DIRESAs para el diseño de una herramienta informática que permita en forma automática realizar los análisis semanales.
- A nivel de la Dirección General de Epidemiología realizar las coordinaciones y gestiones que correspondan para la aprobación del documento sobre funciones y responsabilidades del Centro Nacional de Enlace (CNE).
- Elaboración de documentos sobre funcionamiento de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR).
- Estandarización de los formatos para notificar al nivel internacional; incorporando a través de formato lo contemplado en los mandatos del RSI artículo 6, numeral 2.
- Capacitación al equipo evaluador de riesgo de los Centros Regionales de Enlace (CRE).
- Es necesario establecer un plan de reservas estratégicas (insumos, materiales) 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.
- Elaborar un plan de incorporación de nuevas técnicas de laboratorio.
- Evaluar las capacidades de respuesta de los principales hospitales.
- Revisar los estudios cualitativos de grupos focales realizados por el área de comunicación para tomar en consideración en la elaboración posterior de los mensajes y diagramación de las estrategias de comunicación.

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 la revisión y aprobación del nuevo marco regulatorio, que llevarán un período más prolongado.

