

Evaluación del Programa de Control Sanitario Internacional en el Policlínico "Nguyen Van Troi" de Centro Habana, La Habana, 2007

Evaluation of the International Health Control in the "Nguyen Van Troi" polyclinic of Centro Habana municipality, La Habana, 2007

Yuri Arnold Domínguez^I; Yanet Chappi Estévez^{II}; Addys Díaz Piñera^{III}; Sandra Rodríguez Uribe^{IV}; Ángel Alberto Trimiño Fleitas^V

^I Máster en Salud Ambiental. Especialista de II Grado en Higiene Escolar. Investigadora y Profesora Auxiliar. Doctora en Medicina. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de II Grado en Higiene Escolar. Especialista de I Grado en Pediatría. Investigadora Auxiliar. Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Bioestadística. Investigadora Agregada. Asistente. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{IV} Máster en Salud Ambiental. Licenciada en Tecnología de la Salud. Investigadora Agregada. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^V Técnico en Higiene y Epidemiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En 1962 se estructuró un Programa de Control Sanitario Internacional para puertos y aeropuertos, y en 1980 se puso en vigor el primer Programa Nacional de Control Sanitario Internacional que preveía acciones de control a realizar por una parte de la red de servicios de salud y que sirvió de base para ser modificado en 1985, cuando se extendió la vigilancia a toda la red de atención médica primaria y secundaria del país, con la incorporación de los primeros médicos de familia al programa.

OBJETIVO: Evaluar el programa de Control Sanitario Internacional en el Policlínico "Nguyen Van Troi" durante el segundo semestre del año 2007, en cuanto a estructura, proceso y resultados.

MÉTODOS: Se realizó un estudio evaluativo de tipo descriptivo. El universo estuvo constituido por el personal que participó en el Programa de Control Sanitario Internacional. Se tomó una muestra por conveniencia del 50 % de los consultorios tipo 1, donde se revisó el 10 % de las historias clínicas de los viajeros.

RESULTADOS: En la evaluación de la estructura, el 52,9 % encontró aceptable el funcionamiento del programa. La evaluación del proceso es de no aceptable porque no son satisfactorios los criterios esenciales, ni tampoco el 50 % restante. Los criterios de resultados fueron satisfactorios porque durante el año no se reportaron casos de dengue ni de paludismo introducidos.

CONCLUSIONES: La dimensión estructura resulta insuficiente y el proceso no aceptable, por lo que podemos plantear que el Programa de Control Sanitario Internacional en el área evaluada durante el 2008 resultó No satisfactorio.

Palabras clave: Control sanitario de fronteras, control sanitario de aeropuertos y aeronaves, control sanitario de puertos y embarcaciones, control sanitario de viajeros.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In 1962 The International Health Control Program was structured for ports and airports and in 1980 took effect the first National Health Control Program to plan actions of control to be carried out by a part of the health services network and was the base for its modification in 1985 when this type of surveillance was widen to all the primary and secondary medical care network of our country, with the incorporation of the first family physician into program.

OBJECTIVE: To evaluate the International Health Control Program in "Nguyen Van Troi" clinic area during the second semester of 2007 related to structure, process and results.

RESULTS: An evaluative and descriptive study was conducted. Universe included the staff involved in the International Health Control Program. By convenience a sample of 50% of type 1 consulting room was taken, where the 10% of medical records of travellers was reviewed. In the evaluation of structure, the 52,9 % considered as acceptable the program' functioning. The evaluation of process is not acceptable due the non satisfactory of the essential criteria, neither the remainder 50 %. The criteria of results were satisfactory due to throughout the year there were not reports of introduced cases of dengue or malaria.

CONCLUSIONS: The structure's dimension was insufficient and the process was not stable, thus, it impossible to propose that the International Health Control Program in the evaluated area during 2008 be non-satisfactory.

Key words: Health control of borders, airports and airplanes health control, port and ships health control, travellers' health control.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos y del comportamiento humano, en la tecnología y la industria, los económicos y de utilización de la tierra, en el comercio internacional, así como la adaptación, el cambio y la resistencia a los antibióticos de los agentes

biológicos, el debilitamiento de las actividades de salud pública y los recortes presupuestarios en este sector, han sido factores causales de la emergencia y la reemergencia de las enfermedades infecciosas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido claramente los conceptos de enfermedades emergentes y reemergentes y alerta sobre la ocurrencia espontánea o la introducción de estas en diferentes países. Se consideran enfermedades emergentes aquellas de carácter transmisible, cuya incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos 25 años, o que tienen las condiciones para aumentar en un futuro cercano. Entre las enfermedades emergentes se encuentran las *Cryptosporidias*, las enfermedades diarreicas agudas por *Campylobacter jejuni*, *Rotavirus* y *Escherichia coli* o 157 H 7, Legionelosis, fiebres hemorrágicas africana (virus Ébola y Marburg), argentina, venezolana, y boliviana, Gastritis (*Helicobacter pylori*), Hepatitis C, Delta (E y GB), Neumonía (Morbillivirus), Neuropatía epidémica, SIDA, fiebre hemorrágica y afección respiratoria por Hantavirus. Las enfermedades reemergentes son las transmisibles, previamente conocidas, que reaparecen como problema de salud pública, incluso con más virulencia que antes, tras una etapa de significativo descenso de su incidencia y aparente control. Entre las enfermedades re-emergentes se encuentran la tuberculosis, la leptospirosis, el cólera, el dengue, la rabia, la escabiosis, la erisipela, la fiebre amarilla, el paludismo, la pediculosis y la peste.¹

El tráfico Internacional se ha desarrollado de manera intensa, lo que ha significado un incremento del riesgo de importación de personas enfermas o portadores, vectores u hospederos intermediarios, que han hallado en nuestro ecosistema un hábitat favorable para su ulterior desarrollo. La posibilidad de transmisión de enfermedades desconocidas o erradicadas de nuestro medio es una poderosa razón que nos obliga a mantener y a reforzar la vigilancia epidemiológica de enfermedades exóticas.

El Reglamento Sanitario Internacional fue adoptado por primera vez en 1969 para vigilar, informar y controlar seis enfermedades transmisibles: cólera, peste, fiebre amarilla, viruela, fiebre recurrente y tífus. En 1973 se enmendó para incluir provisiones adicionales para el cólera, y en 1981 se revisó, una vez más, para descartar la viruela, erradicada por un esfuerzo internacional sin precedentes en 1979. En consecuencia, las enfermedades notificables a la Organización Mundial de la Salud (OMS) fueron desde entonces sólo cólera, peste y fiebre amarilla. La última modificación fue en el 2005, aprobada por la 58 Asamblea Mundial de la Salud.

La finalidad y el alcance de este Reglamento son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública, así como evitar al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico internacional.

En Cuba fueron establecidas las regulaciones sanitarias de fronteras en el año 1899, las que contaron a partir de 1902 con las orientaciones del Dr. *Carlos J. Finlay*. En 1924 se adoptó el Código Sanitario Internacional, vigente hasta hoy con algunas modificaciones técnicas. Este se refiere principalmente a regulaciones de cuarentena a nivel de los puertos y aeropuertos con tráfico internacional.

En 1962 se estructuró un Programa de Control Sanitario Internacional (CSI) para puertos y aeropuertos, y en 1980 se puso en vigor el primer Programa Nacional de Control Sanitario Internacional, que preveía acciones de control a realizar por una parte de la red de servicios de salud. Este Programa fue modificado en 1985, cuando se extendió la vigilancia a toda la red de atención médica primaria y secundaria del país, y que incorporó a los primeros Médicos de Familia al Programa.

Como resultado de las medidas aplicadas, en el país no se han introducido enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional (fiebre amarilla, cólera y peste) ni otras sujetas a vigilancia por la OMS.¹⁻⁴

El Programa de Control Sanitario Internacional tiene como objetivo general reducir el riesgo de introducción en el país de agentes biológicos, sus reservorios, vectores u hospederos intermediarios de las enfermedades sujetas a control sanitario internacional, y de otras enfermedades exóticas de interés para Cuba. Este Programa se ejecuta en todo el territorio nacional y a todos los niveles, a través de actividades específicas a cada nivel. A nivel del policlínico, es el subdirector de higiene y epidemiología el que desarrolla el programa y controla el cumplimiento de las actividades. A nivel de consultorio, el médico de familia y la enfermera ejecutan las actividades del programa a ellos asignadas, y constituyen la base del desarrollo de las actividades.

Dentro de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica internacional, el paludismo o la malaria han sido las que mayor riesgo de introducción han presentado en los últimos años y contra las cuales se han tenido que adoptar medidas de control especiales.

Durante el año 2007 hubo 70 casos de dengue importados, 47 de ellos provenientes de Venezuela, y 33 casos de paludismo, 23 importados, 10 introducidos, dos fallecidos con serias deficiencias clínicas, epidemiológicas, de control de criaderos, de riesgos y de vigilancia entomológica.

Cuba mantiene relaciones, no solamente de comercio y turismo, sino también de colaboración internacional con los países donde esas enfermedades son endémicas. Esto representa un riesgo para su introducción en este país dada la presencia del vector en el territorio nacional (mosquito *Anopheles* y *Aedes Aegypti*), por lo que es imprescindible mantener una vigilancia epidemiológica permanente de las enfermedades seleccionadas objeto del CSI. En este sentido, la vigilancia del médico y la enfermera de la familia, y de las Vicedirecciones de Higiene y Epidemiología de las áreas de salud ocupan un lugar protagónico.⁵⁻⁸

El objetivo de este trabajo fue evaluar el programa de Control Sanitario Internacional en el Policlínico "Nguyen Van Troi", de Centro Habana, durante el segundo semestre del año 2007, en cuanto a estructura, proceso y resultados.

MÉTODOS

Se realizó un estudio evaluativo de tipo descriptivo. El universo estuvo constituido por el personal que participa en el programa de control sanitario internacional: director, vicedirectores docentes, de Higiene y Epidemiología, jefes de laboratorio, jefes de personal, médicos y enfermeras de la familia, técnicos de laboratorio, personal de estadísticas del policlínico y los jefes de programa a nivel municipal. Se tomó una muestra, por conveniencia, del 50 % de los consultorios tipo 1, donde se revisó el 10 % de las historias clínicas de los viajeros.

Para obtener la información se hizo una revisión documental del material antes mencionado y se realizaron entrevistas semi-estructuradas a todos los trabajadores relacionados con el Programa.

El cuestionario aplicado constó de dos preguntas de competencia. Las restantes preguntas estuvieron dirigidas a conocer aspectos generales de capacitación y aceptabilidad. La valoración de las respuestas de cada pregunta se realizó a partir de lo establecido en el Programa de Control Sanitario internacional vigente. La puntuación por preguntas se realizó teniendo en cuenta criterios de expertos.

Se elaboraron 40 criterios (con sus respectivos indicadores), de ellos el 50 % pertenecen a la Estructura (con 11 criterios esenciales), 42,5 % al Proceso (con 12 criterios esenciales) y el resto a los resultados (todos los criterios son esenciales).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis de la Estructura: Respecto a la cobertura, encontramos que hay déficit de médicos (solo cuentan con el 35 % del total que debe existir) y de enfermeras de la familia (50 % del total que debe existir). No hay déficit del resto del personal. En cuanto a la capacitación, el 100 % del personal encuestado refirió no haber recibido en los últimos dos años cursos, entrenamientos u otro tipo de actividad docente en relación con el programa. Respecto a la competencia, solo el 60 % de los médicos encuestados fueron competentes; el resto del personal resultó no competente. El 52,9 % encontró aceptable el funcionamiento del programa. Las deficiencias referidas fueron: la falta de personal, la falta de capacitación y las indisciplinas de los viajeros. En relación con los recursos materiales, no hay déficit de materiales de laboratorio, pero no se dispone de transporte para trasladar las muestras; no hay disponibilidad de modelos y no existen medicamentos en el policlínico para la quimioprofilaxis y el tratamiento radical antipalúdico.

Análisis del Proceso: Aunque el mayor porcentaje de los viajeros fue notificado al policlínico antes de las 72 horas (72,4 %), este criterio es no satisfactorio dado que existe un 18 % que fue notificado entre 72 horas y 7 días, e incluso 10 % notificado después de 7 días.

En relación con el control de los viajeros, es decir, con la valoración clínico-epidemiológica que debe realizar el médico de familia, no existen informes o registros donde se recoja este dato; no están reflejadas las consultas en las historias clínicas revisadas y los médicos de familia refieren que en los viajeros solamente indican gota gruesa y vigilan la aparición de fiebre. Por tanto, tampoco se pudo evaluar el tiempo transcurrido entre el arribo del viajero y su control. En cuanto a la localización de los viajeros, hubo un total de 6,2 ilocalizables, fundamentalmente por problemas en la dirección notificada.

Con respecto al tiempo transcurrido entre el arribo del viajero y la realización de gota gruesa, de un total de 165 se realizaron antes de las 72 horas solo el 5 %; el mayor porcentaje fue entre las 72 horas y los 7 días (68 %) y el resto después de 7 días (27 %).

La calidad de Control de foco no se evaluó porque no hubo casos de Paludismo en ese período. En los consultorios visitados se encontró que no existe dispensarización de viajeros internacionales. No se reportaron casos de dengue introducido, ni de paludismo introducido o inducido.

La estructura del Programa de Control Sanitario Internacional en las áreas evaluadas es insuficiente, ya que no son satisfactorios los criterios esenciales ni el 50 % de los

restantes criterios. La evaluación del proceso es de no aceptable, ya que tampoco resultan satisfactorios los criterios esenciales ni el 50 % restante.

Los criterios de resultados fueron satisfactorios porque durante el año 2007 no se reportaron casos de dengue introducido, ni de paludismo introducido o inducido. Sin embargo, en otros estudios realizados durante ese mismo año, en los meses de enero a noviembre, la Dra. *Tejadilla Mendoza*, perteneciente al Policlínico "Ramón González Coro", del Municipio de Marianao, obtuvo resultados que difieren con el nuestro, ya que las tres dimensiones estudiadas fueron inadecuadas, al estar la incidencia de paludismo en 0,6 % por encima de la norma, que es de cero. Se presentó un caso de paludismo importado en el área, que aunque fue aislado y tratado en el Instituto de Medicina Tropical, no se cuenta con los registros de su seguimiento. En este estudio la satisfacción, tanto de los trabajadores como de la población, fue evaluada de insatisfactoria.⁹

CONCLUSIONES

La evaluación general del Programa de Control Sanitario Internacional en el policlínico es *No Satisfactoria* porque, aunque los criterios de resultados son satisfactorios, la estructura es insuficiente y el proceso no es aceptable. Por tanto, consideramos que existe en esta área el riesgo de introducción de enfermedades sujetas a control sanitario internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Control Sanitario Internacional [Internet]. La Habana: MINSAP, 1998 [citado: agosto 2010]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/E/procsi.html>
2. Reglamento Sanitario Internacional 2005 [Internet]. Washington DC: OPS; 2005 [citado: agosto 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/gb/ghs/s/index.html>
3. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. Washington DC: Asociación Estadounidense de Salud Pública; 2001.
4. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Alcance en Cuba [citado: agosto 2010]. Disponible en: http://who.int/mdg/publications/MDG_Report_08_2005.pdf
5. Pineault R. La Evaluación en: La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson. S.A; 1989.
6. Colectivos de autores. Métodos y Estrategias. Barcelona: Masson. S.A; 1989.
7. Toledo C. Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
8. Suárez Miranda CJ, Cruz Oramas G, Alfonso Berrio L. Evaluación del Programa de Control Sanitario Internacional en el municipio Playa en el periodo de enero a diciembre de 2001. Bol Epidemiol Sem del IPK [Internet]. 2002 [citado agosto 2010];12(30). Disponible en: bipk@ipk.sld.cu

9. Tejadilla R. Evaluación del Programa de Control Sanitario Internacional en el Policlínico "Ramón González Coro", del municipio de Marianao, enero-diciembre 2007. [Trabajo práctico para optar por el Título de Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología]. La Habana: INHEM; 2007.

Recibido: 20 de octubre de 2010.

Aprobado: 5 de diciembre de 2010.

MSc. *Yuri Arnold Domínguez*. Instituto Nacional de Endocrinología (INEN). La Habana, Cuba, Correo electrónico: yuri.arnold@infomed.sld.cu