

Vigilancia en salud pública: una necesidad inaplazable



Public health surveillance: a pressing need

Isabel Noguer^{a,*}, Juan Pablo Alonso^b, José M. Arteagoitia^c, Jenaro Astray^d, Rosa Cano^a, Jesús de Pedro^a, Gonzalo Gutiérrez^e, Xurxo Hervada^f, Mario Margolles^g, Antonio Nicolau^h, Domingo Núñezⁱ, Marina Pollán^a, Julián Mauro Ramos^j, M. José Sierra^k y Hermelinda Vanoclocha^l

^a Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, Madrid, España

^b Dirección General de Salud Pública, Comunidad Autónoma de Aragón, España

^c Dirección de Salud Pública y Adicciones, Comunidad Autónoma del País Vasco, España

^d Dirección General de Salud Pública, Comunidad Autónoma de Madrid, España

^e Dirección General de Salud Pública y Consumo, Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, España

^f Dirección Xeral de Saúde Pública, Comunidad Autónoma de Galicia, España

^g Dirección General de Salud Pública, Principado de Asturias, España

^h Direcció General de Salut Pública i Participació, Comunitat Autònoma de les Illes Balears, España

ⁱ Dirección General de Salud Pública, Comunidad Autónoma de las Islas Canarias, España

^j Dirección General de Salud Pública, Comunidad Autónoma de Extremadura, España

^k Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

^l Dirección General de Salud Pública, Comunitat Valenciana, España

In memoriam de José María Mayoral Cortés, Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, Comunidad Autónoma de Andalucía, España.

La vigilancia en salud pública es el marco óptimo para el control de las enfermedades y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Su definición incluye todos los ámbitos en los que la autoridad sanitaria interviene (análisis de la situación de salud, definición de prioridades, evaluación de políticas e investigación sanitaria)^{1,2}. Además, es el origen de la decisión basada en la evidencia en salud pública y tiene valor incluso cuando no existen intervenciones posibles, ya que sus hallazgos contribuyen a la planificación o inspiran nuevas líneas de investigación².

Conscientes de la necesidad de ir más allá de las enfermedades infecciosas, en 1970, los Centers for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos se reorientaron para incorporar las enfermedades crónicas y los factores de riesgo en sus sistemas de vigilancia, al igual que otros países desarrollados²⁻⁴. La vigilancia en salud pública solo tiene sentido cuando va unida a la puesta en marcha de medidas para el control de las enfermedades y de los riesgos para la salud; su meta es «información para la acción». Para ello, requiere el reconocimiento de la autoridad sanitaria, capacidad ejecutiva y una presencia relevante en las Administraciones sanitarias integrantes del conjunto del Estado.

En España, el concepto de vigilancia en salud pública se ha incorporado recientemente con la Ley 33/2011 General de Salud Pública (LGSP). Dentro de este contexto, tratamos de valorar nuestra trayectoria histórica, así como sus debilidades y fortalezas, para poner en marcha un proyecto de vigilancia en salud pública en España.

Trayectoria histórica

El artículo 43 de la Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud y la responsabilidad de los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública, cuya transferencia a las comunidades autónomas, coincidiendo con sus estatutos de autonomía, fue anterior a la Ley 14/1986 General de Sanidad. Sin embargo, esta ventaja temporal no se asoció a un desarrollo proporcional en recursos y presencia administrativa. Mientras tanto, en otros países, la vigilancia en salud pública, la evaluación de riesgos o la investigación en salud pública fueron elevadas a la categoría de funciones esenciales de salud pública, y se incorporaron a los indicadores de la Organización Mundial de la Salud y de otras agencias para la valoración del desempeño en los países^{5,6}. Más tarde, la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud amplió los espacios de consenso territoriales y de cooperación entre actores sanitarios, dentro del marco de la evidencia científica y de instituciones ya consolidadas en los ámbitos de la asistencia sanitaria (AS) y la salud pública. Sin embargo, a pesar de dar cobertura a toda la población, la vigilancia en salud pública no logró ubicarse en lugares estratégicos donde sus funciones tuvieran credibilidad y peso en las agendas políticas. Así, la contribución y el liderazgo de la vigilancia en salud pública al planificar recursos para la asistencia ha sido limitado o inconstante, relegándose con frecuencia al control de la declaración obligatoria y a brotes infecciosos. Aun así, la relación que une la salud pública y la AS es estrecha e indisoluble, y hoy nadie duda de que solo un enfoque global que incluya la acción sobre los determinantes⁷ puede mejorar el nivel de salud de la población y favorecer la eficacia y la sostenibilidad del sistema sanitario, en especial en un marco demográfico caracterizado por el envejecimiento.

Debilidades y fortalezas

La situación actual es reflejo de la trayectoria descrita, con gran variabilidad territorial. Parte de la información que nutre la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inoguer@isciii.es (I. Noguer).

vigilancia en salud pública procede de la AS, donde se han producido grandes avances tecnológicos. Así, los nuevos desarrollos de la historia clínica informatizada han revolucionado la gestión clínica, facilitando mayores cotas de eficiencia y efectividad asistencial⁸, pero sus beneficios no siempre han rebasado ese ámbito. Algunas comunidades autónomas han logrado conectar los sistemas de vigilancia con la historia clínica informatizada, aumentando las enfermedades y los riesgos sometidos a vigilancia, la exhaustividad de la declaración y la eficiencia de los procesos de la vigilancia en salud pública^{9,10}; en otras, estos beneficios aún están pendientes. Tal progreso heterogéneo y no sincronizado está creando brechas importantes entre comunidades autónomas, que no deberían existir ni mucho menos crecer.

La gran experiencia común en la vigilancia y el control de las enfermedades transmisibles es nuestro mayor capital para emprender la vigilancia de las enfermedades crónicas y un proyecto integrado de vigilancia en salud pública. Aunque somos muy conscientes de las dificultades para integrar la información sanitaria, social o ambiental disponible, es necesario avanzar en este camino a la vez que fomentar progresos equilibrados y coordinados en todo el ámbito territorial.

En España coexisten experiencias autonómicas relevantes de vigilancia en salud pública que precisan articulación y liderazgo nacional¹¹, y conseguirlo reduciría los altos costes de homogeneización que conllevan los desarrollos asimétricos. En este sentido, la LGSP, al incluir el concepto de vigilancia en salud pública en línea con el mandato constitucional, creó grandes expectativas¹² a pesar de lo complejo que puede resultar su puesta en marcha y posterior desarrollo. De hecho, en el ámbito nacional y en muchas comunidades autónomas, la vigilancia, la alerta y la respuesta, las estrategias y los programas de salud, y las fuentes de información sanitaria, se reparten en diferentes unidades administrativas, por lo que la vigilancia en salud pública y el proceso de «información para la acción» requieren ineludiblemente estructuras adicionales de coordinación^{13,14} o un proceso de integración en unidades explícitas de vigilancia en salud pública.

Hasta hoy, la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹⁵ ha mostrado su eficacia y solidez al servicio del conjunto del Estado, admitiendo incluso desarrollos adicionales, pero sería necesario reorientarla y extender su cometido para incluir los principales problemas de salud y sus determinantes. En cambio, la LGSP ofrece el marco más adecuado para las nuevas necesidades, previendo incluso una «Red nacional de vigilancia en salud pública».

En algunas comunidades autónomas, los sistemas de vigilancia ya adoptan la configuración de un sistema de vigilancia en salud pública en su marco legal, e incluso reúnen propiedades para servir de inspiración a otras o al conjunto del Estado^{9,16-19}.

Afrontar el futuro

Aunque en España las necesidades de información a corto plazo quedarían cubiertas con la articulación de los sistemas ya en marcha en las comunidades autónomas y con el análisis sistematizado de las principales fuentes disponibles para el conjunto del Estado, sería deseable diseñar sistemas de vigilancia en salud pública lo más integrados posible. Con esta orientación, para aproximar la situación y la evolución de la salud pública son estratégicos los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmisibles, los registros de enfermedades y de mortalidad, el RAE-CMBD (Registro de Atención Sanitaria Especializada - Conjunto Mínimo Básico de Datos)²⁰, las encuestas de salud, el acceso a datos esenciales a partir de la historia clínica electrónica e incluso la información sobre la intensidad de utilización de recursos sanitarios²¹.

Sin embargo, para avanzar en este camino es preciso fomentar la cooperación de diferentes actores e involucrar a los servicios de

vigilancia en el diseño y el análisis de estas fuentes, como ocurre en otros países y ya ha sido objeto de recomendación en España^{22,23}. Además, es necesario consolidar iniciativas para el control de las enfermedades y de los riesgos basadas en la contribución de todos los actores (clínicos, gestores y epidemiólogos, entre otros), integrando siempre la vigilancia para hacer posible la monitorización, la acción y la evaluación²⁴. El tiempo y la abundante evidencia hoy disponible situarán las cosas en su justo lugar²⁵⁻²⁷. Mientras tanto, es necesario avanzar involucrando a los responsables de la vigilancia epidemiológica en la tarea de incorporar los sistemas de información sanitaria e indicadores de planes y programas de salud en un sistema de vigilancia en salud pública, para que la información disponible sea la base de la toma de decisiones y permita la evaluación sistematizada²⁸.

El entorno europeo es rico en experiencias y fuente de inspiración para el futuro. Así, el Reino Unido lanzó su estrategia de vigilancia en salud pública con una visión integral de enfermedades y riesgos orientada a la toma de decisiones²⁹. Francia acaba de crear su Agence Nationale de Santé Publique, una apuesta integradora entre vigilancia en salud pública, prevención, promoción y educación sanitaria³⁰. En España, el desarrollo de una red de vigilancia en salud pública basada en el principio de «información para la acción», que aporte la mejor evidencia para la toma de decisiones, es una necesidad inaplazable. Contamos con capacidad sobrada para alcanzar posiciones de liderazgo en Europa, y tenemos profesionales con formación para discriminar lo esencial de lo superfluo; solo son necesarios prioridad en las agendas políticas y recursos.

La autoridad sanitaria tendrá que hacer frente a estas necesidades en un contexto de escasez de recursos, pero también de gran oportunidad para emplear las capacidades ya disponibles y buscar una mayor eficiencia y un mejor servicio a los ciudadanos. Partiendo de la experiencia acumulada y de una perspectiva positiva y realista, un proyecto de vigilancia en salud pública con orientación de futuro tendría que contemplar las siguientes acciones:

- Promover el consenso de las autoridades sanitarias del conjunto del Estado para afrontar un proyecto realista de vigilancia en salud pública en España, basado en el valor añadido, la comparabilidad y el uso para la acción y la investigación en salud pública.
- Integrar en todo el Estado los sistemas de vigilancia en salud pública ya en marcha, promoviendo un desarrollo territorial armónico, sólido y coordinado, y dando prioridad a la eliminación de las brechas existentes entre comunidades autónomas.
- Involucrar a los responsables de la vigilancia epidemiológica en la planificación, el diseño, la gestión, el análisis y la interpretación de las fuentes de información sanitarias, dando un uso eficiente a las actualmente disponibles.
- Incorporar la vigilancia en todos los planes y programas de salud, para hacerlos evaluables en términos de eficiencia y efectividad.
- Asignar a la vigilancia en salud pública los recursos necesarios para cumplir con las funciones establecidas en nuestra legislación y fortalecer la toma de decisiones basada en la evidencia.

Contribuciones de autoría

I. Noguera ha elaborado el primer borrador y coordinado el trabajo. Todos los autores han contribuido sustancialmente al texto, han realizado revisiones críticas a su contenido y han aprobado la versión final. Excepto I. Noguera como primera firmante, se acordó que los/las demás autores/as aparecieran en orden alfabético.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Definition Public Health Surveillance. World Health Organization; 2012. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/
2. Lee LM, Thacker SB. The cornerstone of public health practice: public health surveillance, 1961–2011. *MMWR*. 2011;60(Suppl):15–21.
3. Annual Report of the Chief Medical Officer, Surveillance Volume: On the state of the public's health. 2012. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/298297/cmo-report-2012.pdf
4. Chronic Disease Surveillance in Canada. A background paper. Population and public health branch. Health Canada; 2003.
5. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*. 1998;51:44–54.
6. Ten essential public health operations. World Health Organization. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>
7. Health Impact Assessment. The determinants of Health World Health Organization, 2016. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index1.html>
8. El sistema de historia clínica digital del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS.Castellano.pdf>
9. Molina Rueda MJ, Cabrera Castro N, Onieva García MA, et al. Historia de salud digital (Diraya): un recurso en la vigilancia epidemiológica. *Gac Sanit*. 2014;28:341–5.
10. García León FJ, Fernández Merino JC. Aportaciones al desarrollo de un sistema de información en salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(Suppl 1):96–100.
11. Pousa A, Godoy P, Aragonés N, et al. La vigilancia en España 3 años después de la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública. *Gac Sanit*. 2016;30:308–10.
12. Mayoral Cortes JM, Aragonés Sanz N, Godoy P, et al. Las enfermedades crónicas como prioridad de la vigilancia de la salud pública en España. *Gac Sanit*. 2016;30:154–7.
13. Real Decreto de desarrollo de la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. RD N° 200/2012 (23 enero).
14. Real Decreto de desarrollo de la estructura orgánica básica del Ministerio de Economía y Competitividad. RD N° 344/2012 (10 febrero).
15. Real Decreto de creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. RD N° 2210/1995 (28 diciembre).
16. Decreto del Gobierno Valenciano, por el que se crea la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública. D N° 16/1997 (28 de enero).
17. Red Española de Registros de Cáncer. (Consultado el 10/8/2016.) Disponible en: <http://redecan.org/es/index.cfm>
18. Decreto por el que se crea la Red Gallega de Vigilancia en Salud Pública. D N° 177/1998 (26 junio).
19. Decreto por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. D N° 184/1996 (3 de enero de 1997).
20. Real Decreto por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. RD N° 69/2015 (6 de febrero).
21. Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid, 2014. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org>
22. Benavides FG, Segura A, Grupo de Trabajo sobre Sistemas de Información en Salud Pública. La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de salud pública. *Gac Sanit*. 1995;9:53–61.
23. Thacker SB, Qualters JR, Lee LM. Public health surveillance in the United States: evolution and challenges. *MMWR*. 2012;61(Suppl):3–9.
24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Methods for the development of NICE public health guidance. 3rd ed. 2012. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/resources/methods-for-the-development-of-nice-public-health-guidance-third-edition-pdf-2007967445701>
25. País Vasco. Transformando el Sistema de Salud 2009–2012. Departamento de Sanidad y Consumo. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
26. Bengoa R. Transforming health care: an approach to system-wide implementation. *Int J Integr Care*. 2013;13:39–42.
27. Rolka H, Walker DW, English R, et al. Analytical challenges for emerging public health surveillance. *MMWR*. 2012;61(Suppl):35–9.
28. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPrensa20060323Textolntegro.pdf>
29. Public Health Surveillance: Towards a Public Health Surveillance strategy for England. December 2012. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213339/Towards-a-Public-Health-Surveillance-Strategy.pdf
30. Agence Nationale de Santé Publique. Francia. Ministre chargé de la santé. (Consultado el 24/10/2016.) Disponible en: <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Qui-sommes-nous>