

DE LA INFORMACIÓN A LA ACCIÓN: LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

J. Ferran Martínez Navarro

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

INTRODUCCIÓN

La salud pública es percibida¹ como «un punto de encuentro», constituyendo no sólo un cuerpo de conocimiento sino, también, una organización social dirigida hacia la resolución de los problemas de la enfermedad en la comunidad y/o en el individuo, que necesita asumir decisiones en competencia con otros sectores públicos. Es, por tanto, una organización político-técnica cuya principal característica es que opera a través del estado, dependiendo su alcance no sólo de sus posibilidades técnicas, ni tampoco de las condiciones socioeconómicas dominantes sino, también, de la orientación de sus acciones².

Estas, como sabemos, están determinadas por el dominio de la práctica médica, por ello la enfermedad se convierte en la categoría central de la salud pública y el individuo en la unidad de intervención. Cualquier otra orientación, como la de considerar a la enfermedad como una respuesta biológica históricamente determinada es o bien excluida o bien limitada. De esta forma, los determinantes sociales son limitados, cuando no excluidos, en la construcción científica del proceso salud-enfermedad y, en consecuencia, se produce un alejamiento de toda práctica social del marco de la salud pública, cuya intervención queda, por tanto, reducida a una actividad preventivista, con una orientación biologis-

ta, ahistórica y asocial de los problemas de salud. Estas orientaciones determinan las características de los servicios de salud, de sus sistemas de información y su utilidad en la toma de decisiones. La producción de la información es, por estas razones, un proceso colectivo de aceptación o rechazo del hecho susceptible de ser transformado en información y la acción deriva de la información así generada.

La información para la acción no es, por tanto, un tópico ni una consigna, más o menos feliz, sino una actividad consustancial con la orientación de la práctica políticoadministrativa de la salud pública. Pero, la producción de la información no es suficiente para que ésta se convierta en acción, es necesario que se integre en un sistema de decisión-control que garantice la viabilidad de las medidas a tomar. Esto refuerza su carácter político ya que, como proceso colectivo, su uso es el resultado de las elecciones que se dan en el marco de las organizaciones sociales, en este caso de la salud pública.

Así determinada, la salud pública, aceptará aquellos hechos relacionados con la gestión de las actividades desarrolladas para el control de la enfermedad (prevención, atención, costes, etc.), diseñando indicadores basados en la historia natural de la enfermedad; las variables biológicas de género y edad; la utilización de series temporales de datos consistentes con la validez diagnóstica en el tiempo; y, en la medición del impacto de la intervención médica dirigida al control de la enfermedad en los individuos y sus grupos. Esto es, las variables que incorporamos en el estudio de la enfermedad se hace en función de los criterios de inter-

Correspondencia:
Ferrán Martínez Navarro
Centro Nacional de Epidemiología
C/ Sinesio Delgado, 6
28071 Madrid

vinción en los niveles políticoadministrativos de la salud pública y, estos, muestran una manifiesta tendencia a la aplicación de las medidas médicas que sólo son capaces de asumir las consecuencias de los fenómenos colectivos pero no su causalidad estructural³.

De todos los sistemas de información sanitaria generados para la toma de decisiones el más paradigmático es el de la vigilancia epidemiológica, que por otra parte es, algo más que, un sistema de información conformado a partir de la estrategia para el control de los procesos transmisibles. Aquí se sitúa el énfasis en el control individual de los enfermos infecciosos, identificados mediante la declaración obligatoria, que tradicionalmente se aplica aquellas enfermedades en que la declaración implica la acción sobre el caso⁴. Su evolución hacia un sistema de vigilancia epidemiológica, que se inicia en los años 30 mediante el análisis estadístico de los datos aportados por la declaración y la encuesta consiguiente⁵, culminó en los sesenta cuando se formulan dos definiciones claramente diferenciadas:

1. la de Langmuir⁶ centrada en la recogida y posterior análisis de los datos, considera que es «la observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia a través de la recogida sistemática, consolidación y evaluación de la morbilidad y mortalidad y otros hechos relevantes, junto a la difusión regular y rápida a todos los que necesitan conocerlos»;
2. la de Raska⁷, radicalmente holística, que la considera como «el estudio epidemiológico de la enfermedad visto como un proceso dinámico en el cual intervienen la ecología del agente infeccioso, del huésped, los reservorios, los vectores y el medio, así como los mecanismos complejos de los que depende la propagación de la infección y la difusión de esta propagación».

Realmente ambos son parte de la misma actividad, una, la de Raska, la orienta hacia la historia natural de la enfermedad infecciosa; la otra estructura un sistema de información para recoger, procesar y analizar la información. En

cualquier caso ambos forman parte de la estrategia para el control de los procesos transmisibles.

Los sistemas de vigilancia conformados en esta época necesitan sistemas de información del tipo de sistemas de procesamiento de transacciones (SPT) que realiza operaciones elementales como la recogida, registro, revisión, corrección, procesamiento y elaboración de informes, lo que les convierte en útiles para la adopción de decisiones bien estructuradas, repetitivas, rutinarias, fáciles de automatizar. Corresponde, por tanto, a un nivel básico de análisis, que incluye el análisis de series temporales, la elaboración de mapas de incidencia, las estimaciones y proyecciones y elaboración de informes. En ellos, se necesita que la información tenga una base común, sea fiable, oportuna, flexible y global, exigencias todas ellas incluidas en los atributos de los sistemas de vigilancia⁸.

La posterior consideración, en 1986⁹, de que «un sistema de vigilancia incluye la capacidad funcional para la recogida, análisis y difusión de los datos ligada a los programas de salud pública» explicita de forma clara que la vigilancia es un elemento estratégico de la salud pública, al constituir parte de su sistema de decisión y control. Desde el ámbito de actuación, si bien se amplía la atención a los procesos no transmisibles, lo más significativo es su incorporación a los programas médico-preventivos con la finalidad de seguir su gestión y evaluar sus resultados¹⁰.

Por ello, los requerimientos para la toma de decisiones son, por lo tanto, mayores no siendo suficiente un SPT, sino sistemas para soporte de la decisión (SSD) que son de apoyo a la dirección en el proceso de toma de decisiones, por lo que están diseñados para atender problemas mal estructurados, complejos, no repetitivos, diferentes que no pueden disponer de reglas o procedimientos válidos para adoptar las decisiones. Funcionan mediante la integración de la información con nivel de detalle respecto a los diferentes centros de decisión y sus principales componentes son: gestión de las bases de datos; gestión de la base de modelos matemáticos y de técnicas de análisis; y los sistemas de interacción y diálogos, que se refieren al intercambio de información entre el usuario y el sistema.

Los sistemas de vigilancia de salud pública, como parte del sistema de decisión-control, se están dotando de un grado creciente de complejidad y en función de sus necesidades y orientaciones, de una estructura de información capaz de integrar, al menos, los datos procedentes de individuos y poblaciones, con datos procedentes de los servicios sanitarios y de otras administraciones, con la finalidad de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones.

Igualmente, deben de dotarse de niveles políticotécnicos capaces de soportar los procesos de decisión de tipo operativo y táctico. La forma tradicional de trabajo en la vigilancia epidemiológica es sobre problemas bien estructurados, con actividades de observación, procesamiento y análisis de la información epidemiológica, por ello los soportes de SPT son adecuados para cualquiera de sus niveles operativos. Los niveles estratégicos, que se corresponden a los niveles de dirección y decisión, son más exigentes ya que trabajan sobre los sistemas mal estructurados y necesitan los SDD.

Por tanto, los sistemas de vigilancia de salud pública deben ser capaces de participar activamente:

1. en la mejora del estado de salud de la población identificando y aportando análisis ajustados a la dimensión del problema y de la intervención;
2. en el desarrollo de los sistemas información para la toma de decisiones en los problemas bien y mal estructurados;
3. en la transformación de la información científica en información político-técnica para la toma de decisiones adecuadas a todos los niveles del sistema de salud, de manera que exista una correspondencia entre los niveles del sistema y los de decisión políticoadministrativa.

LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. UN RETO PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

La reforma de 1995, por la que se crea la Red nacional de Vigilancia Epidemiológica,

representa la capacidad de modernización, sobre este tema, al que ha llegado el Sistema nacional de Salud, ya que es una reforma de consenso. Se planteó tanto como una adecuación a los cambios estructurales del Estado, como al proceso de la Unión Europea, pero sobretudo para sentar las bases que permitieran la transformación del tradicional sistema de vigilancia en un sistema de vigilancia de salud pública.

Las bases para ello están explícitas en la red cuyas funciones son, además de las tradicionales de la vigilancia epidemiológica, la de contribuir y participar en las medidas de control de las enfermedades (artículo 1, 2 y 4), donde la vigilancia enlaza con la toma de decisiones (artículo.2), e indica la correspondencia entre los niveles de vigilancia y los niveles administrativos y asistenciales del sistema nacional de salud (artículo.5); pero sobretudo, señala, que la producción y uso de la información será específica para cada uno de los niveles de decisión (artículo.5); es decir, la red se plantea como parte integrante del sistema de decisión-control del sistema nacional de salud. En mi criterio esta explicitación, de la relación entre la vigilancia y los niveles para la toma de decisiones es la esencia de la red, ya que posibilita su transformación en vigilancia de la salud pública.

Otros aspectos que proponen algunos autores¹¹ como la ampliación a riesgos no biológicos; la incorporación de los métodos cualitativos, como el método DELPHI; el estudio y control de brotes no infecciosos; la incorporación de enfermedades trazadoras; y el seguimiento y evaluación de las políticas de salud, son contemplados, a veces explícitamente, como ocurre con los brotes epidémicos¹²; a veces implícitamente, al hacer referencia a la creación de otros sistemas de vigilancia orientados a los «problemas específicos» o a ser complemento de las intervenciones sanitarias para el control de las enfermedades¹³, que no es otra cosa que los planes de salud y su seguimiento. Igualmente, se debe de estudiar la viabilidad de integrar los otros sistemas de información sanitaria que existen en España, concretamente de 16, como mínimo¹⁴, a ellos hemos de incorporar la información demográfica, económica, social, etc.

Estas son posibilidades abiertas por la Red siendo necesario para su aplicación real incidir sobre:

1. la mejora de la práctica de la vigilancia epidemiológica
2. la progresiva ampliación del uso de la vigilancia epidemiológica a otros ámbitos de la salud pública
3. crear los mecanismos que articulen a la vigilancia con los niveles políticos administrativos, como única forma de asegurar que se lleva a cabo la información para la acción.

La práctica de la vigilancia

La práctica de la vigilancia epidemiológica, aunque ha experimentado en los últimos cinco años una progresiva mejora, presenta unas condiciones de trabajo excesivamente burocratizada, con una limitada capacidad para el estudio de los brotes y para la intervención. Otros elementos necesarios para la vigilancia como son los Protocolos han sido recientemente aprobados. Sin embargo, estamos hablando de una actividad tradicional de los servicios de salud pública, con un elevado nivel de aceptación, pero con escasa atención.

La disponibilidad de sistemas de información, limitada a los sistemas de información de procesamiento y transferencia de datos y emisión de informes, está aplicada a las enfermedades de declaración obligatoria y a la información microbiológica. Los estudios de evaluación de la vigilancia no son frecuentes, si bien durante los últimos años se han realizado estudios parciales referidos a algunas enfermedades y limitadas a algunas provincias, a veces a algunas Comunidades Autónomas. Estos estudios han permitido identificar la variabilidad de la declaración según las enfermedades, el lugar de diagnóstico, la subdeclaración y el valor predictivo, si bien la principal dificultad que han presentado ha sido la no disponibilidad de las definiciones de caso, ya que los Protocolos fueron aprobados a finales de 1966.

Igualmente, a pesar del elevado número de brotes epidémicos estudiados se observa como domina la declaración de las toxiinfecciones alimentarias, indicativo de la ausencia de criterios para la identificación de brotes. Se refleja

también una escasa atención al estudio de los mismos, como podemos observar en la evaluación de los brotes hídricos y de los alimentarios. En una mayoría de los brotes estudiados no existe correspondencia entre el establecimiento de una hipótesis causal y las medidas aplicadas.

Los instrumentos creados recientemente como son la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, en el ámbito de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial, el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, la implantación de sistemas de transmisión de datos, y la puesta en funcionamiento de las Áreas de Salud, abren las posibilidades de renovación y mejora de la vigilancia.

La ampliación del uso de la vigilancia

Otros sectores de las administraciones sanitarias y, concretamente, la salud penitenciaria, militar y laboral se han incorporado a la reforma de la vigilancia y desde hace algunos años están desarrollando y mejorando la vigilancia en sus ámbitos de responsabilidad. La salud laboral constituye el sector donde este proceso se encuentra con un mayor retraso, pero donde se están desarrollando, en los últimos años, los esfuerzos más intensos, apoyados legalmente por la ley general de sanidad y la ley de salud laboral.

La articulación de la vigilancia con los niveles político administrativos para la toma de decisiones

El desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica desde 1982 ha sido en el marco de un estado descentralizado, mejorando su funcionamiento y la mayor disponibilidad de recursos. Sin embargo, no están bien precisados, en la actual legislación, la correspondencia entre los niveles politicoadministrativos y los de la vigilancia necesarios para poder intervenir en el control de los problemas de salud detectados, al contrario de los que ocurría en la legislación anterior, al menos desde 1925, donde los niveles ejecutivo y consultivo estaban bien regulados y permitía la intervención comunitaria así como la coordinación horizontal de los recursos.

La legislación actual, tanto la ley Orgánica de medidas especiales en materia de salud pública (Ley 3/86) como la Ley General de Sanidad, contemplan la aplicación de medidas para el control de los problemas sanitarios como materia de competencia estatal. No quedando, sin embargo, clara las condiciones para la intervención ni tampoco quién la debe de hacer. La práctica cotidiana nos está aportando indicios de que este es un problema que debe de resolverse. Los conflictos entre diferentes servicios de la administración, entre los niveles técnicos y los políticos y la tendencia a reducir la intervención a las meramente médicas son expresivos de la necesidad de resolver esta cuestión capital para un sistema de decisión-control.

A nivel de Area de Salud, que es el primer nivel operativo de la vigilancia epidemiológica, la coordinación entre los niveles de análisis de la información y la intervención políticoadministrativa sólo fue contemplada, de manera genérica, en la Red nacional de Vigilancia Epidemiológica. La necesidad de definir, de una manera operativa, la intervención comunitaria es fundamental ya que aquí el desplazamiento de los procesos de toma de decisión hacía el interior del Sistema nacional de Salud es muy evidente, lo que prima las intervenciones medicalizadas. Al dominar la enfermedad como elemento básico el sistema prioriza la gestión de la enfermedad y no la intervención comunitaria como ocurriría si su elemento básico fuera el riesgo.

El desarrollo de una normativa legal basada en la Ley 3/86 nos dotaría, con toda seguridad, con un instrumento legal que haría más eficaz la respuesta de la administración sanitaria, tanto general como autonómica, ante las situaciones epidémicas de cualquier etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk J: La nueva salud pública, en VV.AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.
2. Menéndez EL: Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible, en VV.AA: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington: OPS; 1992.
3. Menéndez EL: op. Cit.
4. Thacker SB, Berkelman RL: Public health Surveillance in United States. *Epidemiol Rev* 1988,10: 164 -90
5. Martínez Navarro JF:
6. Langmuir AD: The surveillance of communicable diseases of national importance. *N Engl J Med* 1963;268:182-92.
7. Raska K: Le concept de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, en *Seminaire Interregional sur les méthodes de surveillance épidémiologique des maladies transmissibles*. Praga: OMS. CD/WP/70.1.
8. Klaucke DN: Evaluating Public Health Surveillance Systems, en Halperin W, Baker EL, Monsosn RR (editores): *Public Health Surveillance*. New York: Van nostrand Reinhold 1992.
9. Centers for Disease Control. *Comprehensive plan for epidemiologic surveillance*, Atlanta: Centers for Disease Control;1986.
10. Thacker SB, Stroup DF: Future Directions for Comprehensive Public Health Surveillance and Health Information Systems in the United States. *Am J Epidemiol* 1994; 140,5:383 -97
11. García Benavides F, Segura A, Grupo sobre Sistemas de Información en salud pública: La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud pública. *Gac Sanit* 1995; 46, 9: 53 -61.
12. Real Decreto 2210/95 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, art. 15
13. Real Decreto 2210/95 por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica, art.4.3
14. García Benavides F, Segura A, Grupo sobre Sistemas de Información en salud pública: La reconversión de la vigilancia epidemiológica en vigilancia de la salud pública. *Gac Sanit* 1995; 46, 9: 53 -61.