

CAPÍTULO 2

RESPONSABILIDAD DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD. EL PAPEL DE LOS DIFERENTES NIVELES DE GOBIERNO. COORDINACIÓN DE LA VIGILANCIA

Ferrán Martínez Navarro
Odorina Tello Anchuela

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

1. Introducción

Este año se cumplen 100 años del primer listado de enfermedades de declaración obligatoria en España. La práctica no era nueva en nuestro país. Sin embargo, su aplicación implicaba diferencias importantes respecto a aquello que venía realizándose hasta entonces: la declaración de casos en épocas epidémicas con la finalidad de conocer el número de afectados y aplicar las medidas de cuarentena.

La novedad consistió en considerar que la identificación y el aislamiento del enfermo –junto a las medidas de vigilancia de los contactos y control del ambiente inmediato– implicaba mayor eficacia que las indiscriminadas medidas de la cuarentena. Además, estaban fundadas en un mejor conocimiento científico del contagio: esto es posibilidad de la transmisión persona-persona. Implicaba, asimismo, desplazamientos en las áreas de interés: de la población y del lugar al individuo.

El primero de estos desplazamientos, de la población al individuo, respondía a la valoración de lo individual, implícita en las nuevas formulaciones de la Epidemiología, al considerar que la enfermedad se transmitía persona a persona, considerando que el objeto de atención no debían ser las poblaciones sino los enfermos (individuos). Por otra parte, las indiscriminadas medidas sobre la población que significaba la cuarentena habían demostrado su inoperancia.

La segunda de las orientaciones de refiere al nuevo valor que se confiere al lugar, una vez superado su determinismo hipocrático. A partir de principios de siglo se le considera como el sitio donde ocurrían los hechos y, por tanto, susceptible de ser analizado en su propia individualidad, al enmarcar la relación entre agente etiológico y persona. Para ello era necesario disponer del criterio causal que aportó la microbiología como disciplina científica, cuyos hallazgos resistían todas las pruebas de verificación. Realmente, lo que ocurrió fue que se desplazó el interés de las in-

investigaciones epidemiológicas hacía la información aportada por el laboratorio como prueba de irrefutable valor causal.

Las áreas de interés fueron completadas por el progresivo desarrollo de los sistemas de información que, desde mediados del siglo XIX, se estaban conformando en Europa.

Sin embargo, las sucesivas reformas de la notificación obligatoria de las enfermedades (1904, 1919) no fueron seguidas por una consolidación de la epidemiología como práctica de la salud pública, ni tampoco por los sistemas de información creados. Era necesario otro tipo de cambio estructural, el que hace referencia a la consolidación de una organización de salud pública, integrada en la administración del Estado que estableciese, de forma fehaciente, la relación entre información y toma de decisiones.

Esta situación sólo se producirá en España después de las reformas de la sanidad municipal y provincial de 1925, que dieron verdadera consistencia al decreto de 1931 por el que se crearon las estadísticas sanitarias, la moderna reforma de la vigilancia epidemiológica en nuestro país, cuyas principales características fueron:

- Un listado de enfermedades infecciosas y el estado del movimiento natural de la población.
- La regularidad en la declaración: la semana y el municipio.
- La existencia de un sistema de información: inspector municipal de sanidad, inspector provincial de sanidad, dirección general de sanidad.
- La existencia de unidades administrativas especializadas: epidemiología y estadísticas sanitarias, así como el laboratorio de análisis higiénico-sanitarios.
- La correspondencia entre los niveles de análisis epidemiológico y de decisión.

La coherencia interna de esta organización fue la razón de su larga duración, a pesar del proceso recesivo que la salud pública española tuvo como organización político-administrativa durante la dictadura.

2. Cambio de modelo de Estado e implicaciones en la vigilancia epidemiológica

Esta coherencia se mantendrá durante la dictadura a pesar del desgaste del sistema producido por la progresiva desprofesionalización de la labor de los epidemió-

logos, la falta de análisis epidemiológico, la fuerte dependencia de una microbiología no exenta de elementos internos de crisis por su escasa modernización, la falta de sistema de control de la vigilancia y, por último, por la escasa capacidad de los diferentes niveles políticos en la toma de decisiones. No pudo, sin embargo, como era lógico esperar, mantenerla a partir de los cambios políticos estructurales de la Constitución de 1978, ni tampoco de nuestra incorporación a la Unión Europea.

Así, la causa del agotamiento del modelo de 1931 no fue su progresiva pérdida de eficacia sino el cambio global de la sociedad española. El sistema de información –así como la toma de decisiones de la vigilancia epidemiológica– no se adaptaban a la nueva realidad político-administrativa del país. Esto es, se pasó de una estructura centralizada al estado de las autonomías; de la coexistencia de dos modelos sanitarios (seguridad social y estado) a uno sólo de integración progresiva; de un sistema de decisión centralizado en cualquiera de los niveles político-administrativos a uno de descentralizado y con diferentes niveles de decisión.

El país estaba construyendo una nueva realidad que, conforme modificaba los diferentes ámbitos del Estado, se hacía más evidente. En efecto, el impacto de las transferencias sanitarias a las recién creadas comunidades autónomas sobre la estructura del también recién creado Ministerio de Sanidad fue total, especialmente para los servicios de salud pública, siendo sus principales razones:

- El propio sentido de las primeras transferencias, basadas en las competencias municipales. La sanidad no fue ajena a la importancia del gobierno local en la práctica política y en la gestión pública existente en la Europa del primer tercio de siglo. En su moderna formulación la sanidad se basa en esta concepción municipalista –Estatutos de Sanidad Municipal y Provincial del año 1925– del gobierno, reconociendo sin embargo la necesidad de una tutela estatal como garantía del cumplimiento de las obligaciones sanitarias, ya que la variabilidad de la realidad municipal limitaba, con carácter general, el cumplimiento de las obligaciones sanitarias en la mayoría de los municipios españoles. Por ello, sobre la misma organización coexistía una dependencia estatal (Inspección Provincial de Sanidad) y otra de las diputaciones (Instituto Provincial de Sanidad).
- En segundo lugar, en el Ministerio de Sanidad se incrementa el ya de por sí importante peso de la asistencia médica al mismo tiempo que se agrava la crisis de la salud pública, que no fue capaz de aprovechar las posibilidades abiertas por la Ley General de Sanidad, 1986. No fue, pues, el proceso de transferencia sino la falta de cultura política sobre el significado y posibilidades de la salud pública lo que evitó que el Ministerio desarrollase la normativa básica de la salud pública y,

en consecuencia, perdiese liderazgo político. En última instancia, ésta fue la consecuencia del largo camino descendente que la Salud Pública recorrió durante el franquismo, en el que la languidez de la Escuela Nacional de Sanidad fue uno de los indicadores más evidentes.

- Un tercer factor fue la existencia de dos movimientos, centrípeto y centrífugo, entre las prácticas de los gobiernos central y autonómicos, situación que generó importantes contradicciones y que debilitó la formulación de políticas de salud pública. El marco de relaciones fue perfilándose a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como elemento coordinador de las políticas de salud, sobre el que se delegan las competencias propias de la Administración Central y sus decisiones son adoptadas por consenso.

En este contexto, la reforma de 1995 responde –15 años después de la transferencia de las competencias en Salud Pública a las comunidades autónomas– a la necesidad del sistema sanitario español de regular el marco legislativo de la vigilancia para que respondiese a la realidad político-administrativa española derivada del Estado de las Autonomías y nuestra incorporación a la Unión Europea. Igualmente, se buscaba reforzar la coordinación de la vigilancia regulando una situación que venía funcionando de forma continuada.

Realmente con la reforma de 1995 acabó el proceso de transición, en el que tanto la Administración Central (1982) como la Autonómica legislaron la vigilancia epidemiológica recién transferida. En efecto, entre 1981 –año en el que Cataluña realiza la primera legislación autonómica sobre este asunto– y 1995, todas las comunidades autónomas, excepto 4, la regularon. En conjunto, la diferente normativa aprobada en forma de decretos o de órdenes, se realizó como forma para asumir la transferencia y crear el circuito de información correspondiente.

La lectura de la legislación elaborada en la época nos permite caracterizar ese período en el que se conformó el circuito de información incorporando los recién creados Centros de Atención Primaria y equiparando la responsabilidad de sus coordinadores a la de los antiguos jefes locales de sanidad, tanto como observadores –es decir, declarantes– como en el estudio de brotes o, como se llamó en la época, en la «cumplimentación de las encuestas epidemiológicas de brotes».

Llama la atención que en ningún caso se vinculó esta responsabilidad a los epidemiólogos ni a las unidades de epidemiología. Pero faltó desarrollar las funciones de cada uno de los niveles del sistema sanitario. Si bien se mantuvo el circuito tradicional: municipio-provincia-nivel central, en este caso se diferenciaba entre el nivel central propio de la autonomía y el del Ministerio. Así como se perdió la referencia a la incorporación

de la información en el circuito de la toma de decisiones de la salud pública.

Además, si bien fuera de este marco legislativo, se apreció un debilitamiento de los laboratorios de salud pública de las antiguas Jefaturas Provinciales de Sanidad.

A pesar de estas consideraciones, el período fue enormemente expansivo generando una dinámica de búsqueda de alternativas a los sistemas existentes que incorporaron experiencias y nuevos elementos en la vigilancia, propuestas desde diferentes instancias (grupos profesionales; administración central, autonómica, o ambas; etc.), que con el tiempo se fueron consolidando, tales como la información microbiológica y los sistemas centinelas.

3. La reforma de 1995

El cambio estructural del Estado: el estado autonómico y la incorporación a la Unión Europea fueron las principales razones formales para la reforma. Es evidente que hubo otros, como la incorporación conceptual de los nuevos elementos de la vigilancia: la información microbiológica, los sistemas centinelas, la ampliación de los sistemas de vigilancia al conjunto de la administración sanitaria y, concretamente, para la vigilancia de los programas de intervención. Marco institucional y nuevos elementos para la vigilancia fueron, pues, la justificación para la reforma.

El marco institucional necesitaba cambiar y remodelar las funciones de la administración central. La aprobación del RD 2210/1995 es el punto de partida de este proceso, que nace con una clara referencia al papel que la nueva situación le confiere a la administración central del Estado. Así, se señala en el citado RD que «dicho proceso debe realizarse de acuerdo con la realidad española enmarcada por una estructura descentralizada que, al situar el peso de la intervención sanitaria en las comunidades autónomas, demanda actividades de coordinación e intercambio de información epidemiológica, así como de su homologación, análisis y evaluación, como instrumento de control...». Las principales características de la reforma fueron:

- Incorporar el concepto de red para expresar una idea de intercambio de la información entre administraciones con autonomía política.
- Configurar la red como un conjunto de sistemas de vigilancia que irían incorporándose de forma progresiva y dependiendo de diferentes administraciones:
 - Sistema básico, integrado por la notificación obligatoria de enfermedades, la notificación de situaciones epidémicas y brotes y la información microbioló-

- gica.
- Sistemas específicos de vigilancia basados en el registro de enfermedades, como el Registro Nacional del Sida; las Encuestas de seroprevalencia; los sistemas centinelas y otros.
 - Otros sistemas de vigilancia que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas dentro de su ámbito de competencias, de acuerdo con la normativa vigente y a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, crean necesario desarrollar en función de problemas específicos o como complemento de las intervenciones sanitarias para el control de las enfermedades.
- Definir como funciones básicas de la Administración del Estado las de coordinación, homologación, análisis y evaluación.
- Universalidad de la cobertura de la red.
- Integrar un sistema de información para la decisión y control. En este sentido exige la correspondencia entre los niveles de integración y el análisis de la información con los de intervención; para ello la información será específica para cada uno de los niveles del sistema.
- Garantizar la confidencialidad de los datos de carácter personal.

El posterior desarrollo de la Red realizado por las comunidades autónomas se centró en el marco normativo de las Redes de Vigilancia Epidemiológica. Una diferencia importante entre este proceso y el precedente ha sido que las comunidades autónomas han aprovechado la ocasión para estructurar los diferentes niveles del sistema de vigilancia, consiguiéndose de esta manera su regulación y –justo es decirlo– la solución de un conflicto que retrasó varios años la reforma. Sin embargo, se aprecian algunos problemas subyacentes en las discusiones previas al consenso logrado en el Real Decreto. El principal, la escasa aceptación que ha tenido la referencia a la información para la toma de decisiones, ya que son muy pocas las comunidades que lo recogen tanto en su formulación general como en el sentido descentralizador que se le dio en la reforma.

Así pues, a los 5 años de la reforma de la vigilancia la situación presenta rasgos cualitativos importantes, indicativos de los cambios sustanciales que se aprecian en su práctica. El principal cambio se refiere al incremento de los profesionales y de la profesionalidad, así como a su continuidad laboral en las actividades de vigilancia epidemiológica. La profesionalidad se manifiesta por una presencia importante, cualitativa y cuantitativa, en las reuniones y en las publicaciones científicas. Ello ha

sido posible porque el proceso abierto por la reforma ha sido uno de los más creativos de los últimos años de la vigilancia epidemiológica y de los que más han fortalecido la profesionalidad de la salud pública.

Igualmente, se ha consolidado la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano colegiado de participación de las comunidades autónomas y del Ministerio, convirtiéndose en el verdadero instrumento de cohesión profesional y administrativa al asumir las funciones de coordinación, homologación, análisis y evaluación, lo que evidentemente ha contribuido a la consolidación de la Red.

Se dispone, por primera vez, de protocolos para la vigilancia y el control de las enfermedades incluidas en la Red; esto significa mayor capacidad de respuesta y la homologación de criterios.

Sin embargo, consideramos necesario enfatizar la necesidad de que se mantenga una evaluación continuada del funcionamiento de los sistemas de información incorporados en los diferentes niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Los estudios realizados acerca de la calidad de la vigilancia epidemiológica muestran una gran variabilidad respecto a la enfermedad y al territorio. Esto indica que los gestores de la Red deben habilitar programas de mantenimiento y evaluación de su calidad, tanto a nivel del Estado como de las comunidades autónomas.

4. Una mirada al futuro

4.1. Objetivos

A pesar de los avances, los elementos analizados no constituyen por sí solos la reforma de la vigilancia: se necesita un mayor desarrollo tanto normativo como estructural. Desde el primer momento se relacionó la creación de la Red con objetivos complementarios, de manera que se pasase de una mera reforma legal a un proceso de reforma estructural. Para ello se consideró necesario llevar a cabo los siguientes objetivos:

- La formación especializada, el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, que se inició en 1994 y que hoy es un programa consolidado orientado a la formación de los epidemiólogos que trabajan o pueden trabajar en las unidades de vigilancia epidemiológica. Este Programa precede en un año al Programa Europeo de Entrenamiento en Epidemiología de Intervención (EPIET), siendo sus objetivos y fines los mismos: un programa de formación en epidemiología aplicada a

los servicios de salud pública con prioridad a la intervención.

- La transmisión telemática de la información epidemiológica, sobre la que existían experiencias en algunas comunidades autónomas –Andalucía, Valencia, Aragón, Castilla-La Mancha, etc.– con diferentes niveles de desarrollo, pero en general muy positivas. Desde la Administración Central se está desarrollando el Programa PISTA, diseñado dentro de un ambicioso proyecto de transmisión de información e imagen en la administración, y con una aplicación orientada a la vigilancia epidemiológica con ámbito estatal.
- La incorporación a este proceso, con carácter prioritario, de otros elementos que transformen la vigilancia en un instrumento eficaz para la Salud Pública:
 - La Red de Laboratorios de Salud Pública y sus Laboratorios nacionales de Referencia. Su ordenación mejorará la eficacia del funcionamiento del sistema básico de la Red Nacional de Vigilancia al incorporar una mayor precisión diagnóstica y, por tanto, añadir especificidad al sistema básico de la Red, fortaleciendo la vigilancia y mejorando la identificación de epidemias a través del análisis epidemiológico.
 - La capacidad de intervención de los diferentes niveles de la Red. Se trata de incorporar a la Red en el circuito de toma de decisiones. Para ello es necesario completar su desarrollo normativo con una disposición legal que defina no solo las medidas para el control de las enfermedades y las responsabilidades de los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud, sino también los enlaces necesarios para asegurar su capacidad de intervención en la comunidad.
- Llenar el vacío legal existente en el caso de las enfermedades infecciosas y en las situaciones epidémicas, que reduce la capacidad de intervención de la Red y le quita independencia. La falta de vigencia de las disposiciones existentes, debida al cambio del patrón epidémico, a la conformación de nuevos factores de emergencia de enfermedades y al cambio de los niveles de decisión, hace inaplazable dicha normativa.

4.2. Acciones

Estas propuestas están orientadas al fortalecimiento de la Red Nacional de Vigilancia en su formulación actual y son imprescindibles para su desarrollo futuro. Pero para que la Red se transforme en un sistema real de vigilancia en salud pública debemos apostar por un ambicioso programa de trabajo que implique una acción colectiva que busque el desarrollo global de la Red mediante, al menos, las siguientes

acciones:

- En relación con la Unión Europea, garantizar la confluencia, armonización y coordinación de la Red Europea de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Transmisibles (Directiva 2119/98/EC) y la legislación española.
- Integrar en la Red otros sistemas de vigilancia existentes para fortalecer la capacidad de respuesta global de la administración sanitaria.
- Crear otros sistemas de vigilancia para desarrollo de la Red, tales como la vigilancia de las infecciones hospitalarias, de las malformaciones congénitas, de los hábitos de vida o de otros problemas específicos y prioritarios.
- Evaluar los programas de intervención. En este sentido, se podría incorporar a la vigilancia actual la información de gestión y resultados de algunos de los programas de intervención, como higiene de alimentos y vacunaciones, ya que la Red recoge sistemáticamente información de enfermedades relacionadas con los mismos. Requiere asumir que la evaluación de la gestión y la valoración del impacto de la intervención son elementos específicos de la Red Nacional de Vigilancia.

4.3. Reformulación de la vigilancia

A nadie escapa que esta mirada al futuro no plantea sólo una ampliación de las funciones de la Red ni la incorporación de nuevos sistemas de vigilancia. Tampoco se limita a buscar una mayor capacidad operativa. Es, fundamentalmente, una propuesta de política de salud pública ya que hablar de vigilancia en salud pública es la incorporación de la vigilancia en el proceso de toma de decisiones con todo lo que ello implica, dentro del Sistema Nacional de Salud, disponer de capacidad operativa y de intervención; y en la comunidad, capacidad normativa, operativa y asumir la autoridad sanitaria. Todo ello desde el reconocimiento a la independencia de su labor. Es decir, lo que la vigilancia necesita es avanzar en el marco del desarrollo conceptual, político y operativo.

Tabla 1**Evaluación de la legislación española sobre enfermedades de declaración obligatoria**

Año	Decisión
1901	Obligación de la declaración de las enfermedades infectocontagiosas
1904	Instrucción general de sanidad
1919	Control de enfermedades transmisibles
1931	Creación del sistema de estadísticas sanitarias
1944	Ley de Bases de Sanidad Nacional
1982	Reforma de la lista de enfermedades de declaración obligatoria
1986	Ley General de Sanidad
1995	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 2**Evaluación de la Vigilancia Epidemiológica**

Enfermedad	Año	Sensibilidad %	Indicadores		Comunidades autónomas
			Valor predictivo positivo	Retraso (días)	
Brucelosis	1994	55	..	28	País Vasco
	1995	35	64	28	Cantabria
		66	88	32	Aragón
Enf. Meningocócica	1996	52	93	26	Galicia
	1994-96	60	100	3	Madrid - Área III
		63	97	3	Madrid - Área V
	1994	94	70	2	Aragón
	1995-99	91	91	2 a 4	Madrid- Área II- H Niño Jesús
75		88	7 a 17	Madrid- Área II- H Princesa	
Fiebre Tifoidea	1995	97	99	17	Extremadura
Hidatidosis	1998-99	52	78	6	Galicia (Pontevedra)
	1994	57	44		Castilla y León (Salamanca)
Sida	1994-96	43	86		Aragón
	1994	60	100		Andalucía (Huelva)
74		100		Cantabria	
88		99		Instituciones Penitenciarias	
Tétanos	1994	71	88	17	Baleares
Tos ferina	1997	12	20		P. Valenciano
Tuberculosis	1996	47	67	30 - 90	Canarias (Gran Canaria)
		63	97		Andalucía (Sevilla)
Tuberculosis / sida	1998	65	86		Andalucía (Sevilla)
Tuberculosis	1999	70	93	74	Extremadura
	1997-99	99			P. Valenciano
	1995-99	100	100	32	Baleares (Menorca)

Fuente: Programa de Epidemiología Aplicada de Campo.

Tabla 3

CCAA	Habitantes	Áreas		Epidemiológicos	
		Número	Unidades de Vigilancia	Serv. central	Serv. periféricos
Andalucía	7.300.000	8	62	7	53
Aragón	1.188.817	5	4	3	7
Asturias	1.093.937	8	9	1	8
Baleares	736.527	3	3	3	2
Canarias	1.606.522	7	2	5	0
Cantabria	527.438	4	1	2	0
Castilla-La Mancha	1.658.000	7	7	4	14
Castilla y León	2.508.496	11	9	3	9
Cataluña	6.059.494	8	6	4	14
País Valenciano	4.009.329	20	15	12	24
Extremadura	1.061.852	8	2		1
Galicia	2.800.000	11	5	3	8
Madrid	4.947.555	11	12	11	15
Murcia	1.094.157	6	2	2	0
País Vasco	2.102.594	3	3	1	10
La Rioja	265.000	1	0	0	0
Centro Nacional de Epidemiología				10	
Total	38.959.718	121	142	71	165

Fuente: Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. 1998.

Bibliografía

1. OMS. *Protocol for the Assessment of National Communicable Disease Surveillance and Response Systems*. WHO/CDC/CSR/ISR/2001.2. website: www.who.int/ecm
2. Langmuir DA: Surveillance of Communicable Diseases of National Importance. *NEJM* 1963: 182-192.
3. Thacker SB, Stroup DF: Future Directions for Comprehensive Public Health Surveillance and Health Information Systems in the United States. *A J Epidemiology*, 1994; 140 (5): 383-396.

4. Teutsch SM. Considerations in Planning a Surveillance System. En: Teutsch MD, Elliot Churchill R. *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. 2ª ed. New York: Oxford University Press; 2000.
5. Chief Medical Getting Ahead of the Curve. *A strategy for combating infectious diseases including other aspects of health protection*. A report by the Chief Medical Officer. Department of Health. Website: www.doh.gov.uk/cmo/publications.htm
6. Decisión 2119/98 del Parlamento Europeo y del Consejo de 24/09/98 por la que se crea una Red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la comunidad.
7. Decisión 2000/96/CE, relativa a las enfermedades transmisibles que deben quedar progresivamente comprendidas en la red comunitaria.
8. Decisión 2000/57/CE, relativa al sistema de alerta precoz y respuesta para la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles.
9. RD 2210/95 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.