

Nota de campo

La vigilancia en España 3 años después de la entrada en vigor de la Ley General de Salud Pública



Anxela Pousa*, Pere Godoy, Nuria Aragonés, Rosa Cano, María José Sierra, Francisco González y José María Mayoral

Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de la Sociedad Española de Epidemiología

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2016

Aceptado el 8 de marzo de 2016

On-line el 29 de abril de 2016

Palabras clave:

Salud pública

Vigilancia epidemiológica

Sistemas de información

Legislación

R E S U M E N

En 2014, el Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de la Sociedad Española de Epidemiología llevó a cabo un estudio descriptivo con el fin de evaluar el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, promulgada en España en 2011. Se remitió una encuesta a las 19 comunidades y ciudades autónomas para evaluar la existencia de sistemas de información y otros aspectos de los distintos apartados de vigilancia incluidos en la ley. Todas disponían de un sistema de información para enfermedades transmisibles y en seis para condicionantes sociales; 18 vigilaban al menos una enfermedad crónica y 14 alguno de sus determinantes. El 100% analizaba sistemáticamente la información procedente de la vigilancia de las enfermedades transmisibles. Hay margen de mejora para la vigilancia de la salud pública en España. La acción debe ir dirigida a los principales problemas de salud.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Surveillance in Spain 3 years since the enactment of the Public Health Law

A B S T R A C T

In 2014, the Epidemiological Surveillance Working Group of the Sociedad Española de Epidemiología (Spanish Society of Epidemiology), carried out a descriptive study in order to evaluate the level of development of the Spanish Public Health Law since its enactment in 2011. A survey collecting data on the existence of information systems and other aspects pertaining to each surveillance section included in the law was sent to all 19 autonomous communities and cities. All regional authorities reported the presence of an information system for communicable diseases, and six also reported an information system for social factors. 18 reported that at least one chronic disease was subject to surveillance and 14 confirmed surveillance of some of its determinants. They all systematically analysed the data derived from the communicable diseases. There is room for improvement in Public Health surveillance in Spain, and action should be aimed at the main health problems.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Public health

Epidemiological monitoring

Information systems

Legislation

Introducción

La vigilancia en salud pública se define como la recogida, el registro, el análisis y la interpretación sistemática de datos, seguidos de la difusión de la información a los programas de salud pública para apoyar la toma de decisiones¹. Tradicionalmente, la vigilancia epidemiológica ha estado centrada en las enfermedades transmisibles, y aunque estas siguen suponiendo un importante problema de salud, en la vigilancia en salud pública del siglo XXI urge incorporar y desarrollar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles y de sus determinantes², así como de otros contenidos contemplados en la Ley General de Salud Pública (LGSP) de 2011³. Este desarrollo de la vigilancia necesariamente tendrá que estar orientado a la acción sobre los principales problemas de salud pública^{4,5}. En

2014, el Grupo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica de la Sociedad Española de Epidemiología realizó una encuesta con el objetivo de describir el grado de desarrollo de la vigilancia en salud pública en España respecto a los aspectos recogidos en la LGSP.

Marco de actuación y resultados

Se diseñó una encuesta (véase Material suplementario en el Apéndice *online* de este artículo) que incluyó preguntas sobre la disponibilidad de sistemas de información para la vigilancia de los aspectos recogidos en la LGSP, marco legal, institución responsable, análisis y disponibilidad de la información, así como sobre la evaluación de cada uno de los sistemas. Para las enfermedades crónicas, se preguntó por afecciones concretas, entre ellas cáncer y diabetes, y para sus determinantes, entre otros, vigilancia de la obesidad, tabaquismo y consumo de alcohol. Además, se recabó información sobre la vigilancia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y de las resistencias antimicrobianas, aun sin estar

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: anxela.pousa.ortega@sergas.es (A. Pousa).

Tabla 1

Situación de la vigilancia en salud pública en España (2014). Disponibilidad de sistema de información para cada apartado de vigilancia

Apartado de vigilancia	N (%)
<i>Enfermedades transmisibles</i>	19 (100)
<i>Enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria</i>	6 (32)
<i>Resistencias antimicrobianas</i>	12 (63)
<i>Enfermedades crónicas</i>	18 (95)
<i>Enfermedades crónicas vigiladas</i>	
Cáncer	18 (95)
Diabetes	7 (37)
Enfermedad coronaria	6 (32)
Hipertensión arterial	5 (26)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3 (16)
Otras	8 (42)
<i>Determinantes de enfermedades crónicas</i>	14 (74)
<i>Determinantes de enfermedades crónicas vigilados</i>	
Tabaquismo	12 (63)
Alcohol	12 (63)
Otras drogas	4 (21)
Obesidad	9 (47)
Ejercicio físico	8 (42)
Alimentación	8 (42)
Otros	4 (21)
<i>Condicionantes sociales</i>	6 (32)
<i>Lesiones y violencia</i>	9 (47)
<i>Riesgos alimentarios</i>	18 (95)
<i>Riesgos ambientales</i>	18 (95)
<i>Riesgos relacionados con el trabajo</i>	13 (68)
<i>Sistema de alerta precoz y respuesta rápida</i>	14 (74)
<i>Sistema de 24 horas/365 días</i>	9 (47)

expresamente recogido en la ley, dada su relevancia. La encuesta se envió por correo electrónico a los responsables de vigilancia epidemiológica de todas las comunidades autónomas (CC.AA.) y se recogió entre marzo y julio de 2014. En el cálculo final de los porcentajes de cada una de las preguntas de cada apartado están incluidos los 19 territorios.

El estudio permitió describir el grado de desarrollo de la vigilancia en relación con lo expresado en la LGSP. Respondieron a la encuesta todas las CC.AA. Los resultados de la encuesta muestran un desarrollo muy dispar de los sistemas de información entre CC.AA. Seis de ellas disponen de todos los sistemas de vigilancia esenciales que propone la LGSP. El desarrollo es muy amplio en la vigilancia de las enfermedades transmisibles, único sistema de información implantado en todas las CC.AA. (tabla 1), y mucho menor en otros apartados como los de enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria, condicionantes sociales y lesiones y violencia (tabla 1).

La existencia de una norma reguladora de los sistemas de vigilancia sigue un patrón semejante. Existe normativa para las enfermedades transmisibles en la mayoría de las CC.AA. (95%; N=18), pero el desarrollo es bajo para los demás aspectos; por

ejemplo, solo en el 11% (N=2) para la vigilancia de lesiones y violencia (tabla 2).

Únicamente se realiza una explotación sistemática de la información en todas las CC.AA. para las enfermedades transmisibles. En los otros apartados, aunque dispongan de sistema de información, no se lleva a cabo un análisis sistemático (tabla 2), a excepción de la vigilancia de los condicionantes sociales, en la que todas las CC.AA. en que está implantada sí lo realizan, probablemente porque su desarrollo se ha producido, en muchos casos, vinculado a proyectos de investigación⁶. No obstante, a la hora de que la información esté disponible en una web los resultados empeoran, ya que incluso para las enfermedades transmisibles solo está disponible en el 68% (N=13) y la disponibilidad es más baja en los demás apartados contemplados en la ley (tabla 2), aspecto muy relevante porque limita el uso de la información.

El desarrollo de la vigilancia de las enfermedades crónicas presenta una amplia heterogeneidad, siendo alta para el cáncer (tabla 1), con existencia de algún registro en el 95% de las CC.AA., e inferior al 50% en otras enfermedades, como la diabetes o la enfermedad coronaria. Este dato, junto con los escasos desarrollo normativo y análisis sistemático de la información, apuntan hacia un necesario avance en el desarrollo de su vigilancia. Algunas iniciativas para vigilar la diabetes y la enfermedad coronaria, en siete y seis CC.AA., respectivamente, podrían facilitar la extensión de la vigilancia al resto de las comunidades. Para ello deberían adecuarse a los objetivos de la vigilancia, y definir estándares e indicadores que permitieran impulsar una vigilancia de amplia cobertura, homogénea y oportuna en el tiempo⁷. Ello facilitaría la comparación de la información entre todas las comunidades y ciudades autónomas, y entre España y otros países^{2,8,9}.

Asimismo, se observó heterogeneidad en la vigilancia de los determinantes de las enfermedades crónicas. El tabaquismo y el alcohol son los más vigilados, en el 63% (N=12) de las CC.AA. (tabla 1). Además, ya que estos determinantes se vigilan mediante encuestas¹⁰, sería importante definir, al menos, un núcleo central de variables y su estandarización para permitir la comparación entre CC.AA. Este desarrollo sería igualmente necesario para los apartados de condicionantes sociales, riesgos alimentarios, riesgos ambientales y lesiones y violencia, con numerosos estudios sobre el tema, pero sin conexión con la vigilancia.

Existen sistemas de alerta precoz y respuesta rápida en el 74% (N=14) de las CC.AA. (tabla 1), pero solo en el 47% (N=9) funcionan las 24 horas los 365 días al año y únicamente el 37% (N=7) disponen de norma reguladora (tabla 2). Estos sistemas tienen mucha relevancia por sus implicaciones nacionales e internacionales, y deberían estar disponibles en todas las CC.AA.

Este estudio muestra también que la evaluación de los sistemas de vigilancia es muy escasa, incluso para la vigilancia de las enfermedades transmisibles, en las que no llega al 50%, hecho que dificulta la detección de aspectos de mejora. La evaluación

Tabla 2

Situación de la vigilancia de la salud pública en España (2014). Número y porcentaje de comunidades autónomas que refieren tener cada uno de los aspectos consultados para cada apartado de vigilancia

Apartado de vigilancia	Normativa N (%)	Normativa en web N (%)	Unidad responsable N (%)	Explotación información N (%)	Información en web N (%)
Enfermedades transmisibles	18 (95)	16 (84)	19 (100)	19 (100)	13 (68)
Enfermedades asociadas a la asistencia sanitaria	18 (95)	16 (84)	19 (100)	19 (100)	13 (68)
Resistencias antimicrobianas	5 (26)	0 (0)	13 (68)	4 (21)	5 (26)
Enfermedades crónicas	13 (68)	7 (37)	18 (95)	16 (84)	11 (58)
Determinantes de enfermedades crónicas	9 (47)	7 (37)	14 (74)	13 (68)	10 (53)
Condicionantes sociales	6 (32)	3 (16)	6 (32)	6 (32)	4 (21)
Lesiones y violencia	2 (11)	0 (0)	8 (42)	3 (16)	0 (0)
Riesgos alimentarios	13 (68)	5 (26)	18 (95)	12 (63)	5 (26)
Riesgos ambientales	16 (84)	9 (47)	18 (95)	17 (90)	9 (47)
Riesgos relacionados con el trabajo	9 (47)	5 (26)	12 (63)	6 (32)	3 (16)
Sistema de alerta precoz y respuesta rápida	7 (37)	6 (32)	13 (68)	9 (47)	4 (21)

debería seguir una metodología común y extenderse a todo lo vigilado^{7,8}.

El trabajo presenta algunas limitaciones, como haber enunciado las preguntas de forma general, sin recoger detalles sobre cada uno de los elementos, el desarrollo o la cobertura de los sistemas en cada una de las CC.AA., o no haber explicitado con claridad lo que se entendía por sistema de información, para recoger los datos de una manera más homogénea. Aun así, los resultados de la encuesta permiten disponer de una visión global de la situación que puede servir de punto de partida para la realización de estudios más detallados sobre los sistemas disponibles. También permiten observar que la vigilancia en salud pública deberá ampliar su campo de acción y superar la limitación de estar centrada en las enfermedades transmisibles^{4,5}.

Conclusiones

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el desarrollo de los sistemas de vigilancia esenciales que incluye la LGSP. Se recomienda conocer con detalle los sistemas ya en funcionamiento, las fuentes de información de las que se nutren y el análisis de sus características. Ello debería permitir establecer una vigilancia en salud pública en toda España, con indicadores comparables, y el desarrollo de la evaluación de los sistemas de información. La vigilancia debería orientarse a la acción, con actuaciones asociadas a programas y políticas encaminadas a la mejora de la salud de la población.

Editora responsable del artículo

M^a Felicitas Domínguez Berjón.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as concibieron y participaron en el diseño del trabajo. A. Pousa y P. Godoy analizaron los datos. A. Pousa redactó el manuscrito. Todos/as los/las autores/as colaboraron en la revisión crítica de los borradores del manuscrito con importantes contribuciones, y aprobaron la versión final.

Financiación

Sociedad Española de Epidemiología.

Conflictos de intereses

P. Godoy forma parte del Comité Editorial de GACETA SANITARIA, pero no ha participado en el proceso editorial del artículo.

Agradecimientos

A los responsables de vigilancia epidemiológica de todas las comunidades y ciudades autónomas por la coordinación de la recogida de información para responder a la encuesta y su colaboración para que el trabajo haya podido llevarse adelante.

Apéndice. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2016.03.002](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.002).

Bibliografía

1. World Health Organization. Public Health Surveillance definition, 2012. (Consultado el 27/2/2016.) Disponible en: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Indicators for Chronic Disease Surveillance — United States, 2013. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64:1–246.
3. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE N^o 240/2011 (5 de octubre de 2011).
4. Buehler JW. Centers for Disease Control and Prevention. CDC's vision for public health surveillance in the 21st century. *MMWR Suppl.* 2012;61:1–2.
5. McNabb SJN, Chungong S, Ryan M, et al. Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health.* 2002;2:2.
6. Proyecto MEDEA [Internet]. Barcelona: Ciber de Epidemiología y Salud Pública de España. (Consultado el 1/10/2015.) Disponible en: <http://www.proyctomedea.org/>
7. German RR, Lee LM, Horan JM, et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR Recomm Rep.* 2001;50:1–35, quiz CE1–7.
8. Goodman RA, Posner SF, Huang ES, et al. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E66.
9. Centers for Disease Control and Prevention—Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). [Internet]. Atlanta: CDC. (Consultado el 20/12/2015.) Disponible en: <http://www.cdc.gov/brfss/>
10. Instituto Nacional de Estadística (INE) - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Encuesta Nacional de Salud de España 2011–12. Madrid: INE-MSSSI. (Consultado el 1/10/2015.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.