Consejo Interterritorial
SISTEMA NACIONAL DE SALUD

NECESIDAD DE UNA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

Versión 06/09/2019

redacción médica

Objeto

Este documento tiene por objeto presentar a la Comisión de Salud Pública un esquema con los puntos fundamentales que tendría que desarrollar una **Estrategia de Vigilancia en Salud en España** que haga efectiva la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública prevista en el proyecto de Real Decreto actualmente en desarrollo. Se propone que si la Comisión de Salud Pública lo considera, se desarrolle esta estrategia en los próximos meses y se ponga en marcha en el año 2020 con una duración de entre tres y cinco años (2020-2023/5). Una vez aprobada por la CSP, se debería considerar elevarla al Consejo Interterritorial del SNS

Justificación

El proyecto de Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública que en la actualidad se está desarrollando es una medida necesaria para modernizar la vigilancia en España. Sin embargo, posiblemente el RD, aunque necesario, no sea suficiente por sí solo: es preciso establecer un conjunto de medidas planificadas que permitan ponerlo en marcha, de manera armonizada en todas las CCAA, desarrollando sistemas de vigilancia modernos y homogéneos que midan la situación de salud y de sus determinantes, obtener información relevante sobre ellos y, en los casos necesarios, instaurar medidas de salud pública para mejorar la salud de la población de manera ágil y eficaz. Es conveniente, por lo tanto, que dicho RD se enmarque en una Estrategia de Vigilancia en Salud Pública.

A diferencia de otras estrategias del Sistema Nacional de Salud, la de Vigilancia en Salud Pública permitiría ordenar y actualizar los diversos sistemas de vigilancia que se han ido poniendo en marcha tanto en las comunidades autónomas como en la administración general del estado en los últimos años, que en este momento, son heterogéneas, tienen un grado de desarrollo muy diverso, carecen en general de armonización, interrelación y fines compartidos, salvo los que se establecen en la legislación todavía vigente (RD 2295/1995 que establece la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica), y están dedicados en su mayor parte a la vigilancia de enfermedades transmisibles. Así, se han ido estableciendo y desarrollando sistemas de vigilancia de enfermedades crónicas, estilos de vida o riesgos, por citar algunos ejemplos, con diversos grados de desarrollo tanto en sus fines, actividades y resultados, como en las plataformas tecnológicas que los sustentan. En este sentido, conviven hoy sistemas aislados todavía basados en la notificación en papel con sistemas integrados e informatizados. Todo esto ha generado una situación de desarrollo desigual entre las comunidades.

Se plantea además la oportunidad de unir este esfuerzo al que se está realizando en estos momentos en otros países e instituciones de nuestro entorno, que están poniendo en marcha iniciativas similares a la que aquí se propone.

La Estrategia de Vigilancia en Salud vendría a desarrollar en definitiva la Ley 33/2011, General de Salud Pública, en una de sus actuaciones fundamentales (capítulo I del título II), haciendo efectivos los contenidos que se incluyen en el borrador de RD actualmente en preparación. La idea general sería articular una red de vigilancia moderna que dé respuestas a las necesidades reales de salud en la población en el contexto epidemiológico actual.

Siguiendo el esquema tradicional, se pueden resumir un conjunto de debilidades y amenazas: la vigilancia epidemiológica se basa en el desarrollo de sistemas de información potentes y adecuados a la tecnología actual, estos sistemas en la actualidad están, en muchos casos, anticuados y son muy mejorables. La baja prioridad que se ha dado históricamente a la vigilancia a todos los niveles ha provocado que los sistemas de información estén aislados, tengan un deficiente soporte tecnológico, existan diferencias importantes entre CAAA, no haya capas de interoperabilidad con otros sistemas y bases de datos ni un sistema de información único con indicadores comunes. En definitiva, el escaso el uso que se hace de la vigilancia epidemiológica para la toma de decisiones, tanto de responsables y gestores como por la población general para poner en marcha acciones preventivas y la falta de impacto de la información de vigilancia en otras políticas más allá del sector sanitario, hace que el trabajo de la epidemiología sea un gran desconocido. Otro problema que es necesario abordar es la desconexión entre el trabajo de vigilancia y la red asistencial. Todo esto implica que en la actualidad la toma de decisiones basada en la evidencia en nuestro país esté sujeta a muchas limitaciones.

Por otro lado está el problema del relevo generacional de los profesionales, en la actualidad formados y con experiencia y, perteneciente a una generación que se acerca a la jubilación con el riesgo de la pérdida del conocimiento que esto implica, que además no está bien retribuido, en comparación con las labores asistenciales, con diferencias entre CCAA respecto al reconocimiento de la de carrera profesional y en general poco reconocido.

Finalmente es necesario citar el impacto que supone que desde hace muchos años el Centro Nacional de Epidemiología, actual gestor de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, bajo la coordinación de la DGSPCI, sea un organismo que depende orgánicamente de un Ministerio que no es el que tiene las competencias en Sanidad.

Sin embargo también existen fortalezas y oportunidades: la vigilancia en salud tiene mucho potencial para dar información crucial y útil para una toma informada de decisiones, considera la primera función de la salud pública, todo ello además con un balance coste/beneficio muy favorable en comparación con otras medidas sanitarias, la actual Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (de enfermedades transmisibles) es un núcleo bien formado, cohesionado y funcional que puede ser un punto de partida sólido para el desarrollo del resto de los componentes a incluir, hay iniciativas que han tenido éxito en otros lugares que sirven de modelo y referencia, hay mucha experiencia acumulada en sistemas que se han ido creando que se puede compartir y desarrollar, y la iniciativa de hacer un nuevo Real Decreto proporciona una base para que la legislación y la planificación tengan un desarrollo conjunto, al mismo tiempo que genera una energía de innovación e ilusión entre los profesionales que puede dar lugar a este proceso necesario de renovación.

Finalmente, el esfuerzo realizado en el sector salud para hacer interoperables los sistemas de historia clínica electrónica y el propio desarrollo de las tecnologías de la información y las

redacción médica

comunicaciones, juegan a favor de una modernización de las tareas de la vigilancia en salud que demanda este país.

La propia transición generacional en los profesionales de la vigilancia que puede ser vista como una amenaza, se puede convertir en una oportunidad si se hace un proceso de transición planificado permitiendo además la incorporación de otras capacidades que las nuevas generaciones de profesionales traerán con ellas.

Los retos

I Fragmentación	Sistemas heterogéneos. Con diferente grado de desarrollo
	Datos en silos, el punto de vista de la vigilancia escasamente presente. Uso secundario muy costoso
	Datos incompletos
II Ausencia de Planificación	Carencia de objetivos a medio-largo plazo. Se vive a día de hoy
	Duplicidad de esfuerzos
	Despilfarro
III Desigualdades geográficas	En calidad y cantidad
	En exhaustividad
	En uso de los datos

Las soluciones

Coordinación con otros actores mediante alianzas y convenios (inclusiva).
Interoperabilidad
Formación
Planificación estratégica
Recursos e Infraestructuras
Depósitos de datos
Escalabilidad, modularidad, flexibilidad, reusabilidad
Desarrollo normativo del Real Decreto de Vigilancia en Salud Pública

Visión: un conjunto de sistemas de vigilancia en salud modernos, armonizados entre la administración estatal y autonómica, con fines compartidos y niveles equiparables de desarrollo, que proporcionen información crucial, útil y de calidad para la toma de decisiones sobre problemas de salud de cualquier etiología, determinantes, y alertas y emergencias sanitarias a todos los actores que lo necesiten.

Misión: Desarrollar y modernizar los sistemas actuales de vigilancia en un plazo medio (2020-2023/5) de manera que estén informatizados e integrados, y que respondan a las necesidades de información existentes de forma oportuna.

redacción médica

Componentes de la estrategia

Estructura

La futura Red de Vigilancia en Salud que se propone en el borrador del RD necesita una estructura específica, con órganos directivos fijados y coordinados tanto a nivel estatal como autonómico. Entre sus elementos fundamentales, además, se encuentran la legislación específica que se está desarrollando que define y organiza los sistemas, recursos económicos, tecnológicos y humanos suficientes, personal especializado, formación y unos tiempos de desarrollo especificados.

La infraestructura tecnológica es un elemento decisivo, que en una parte importante va a depender de los sistemas de información sanitaria (aunque no únicamente de ellos). Es por tanto fundamental que se tengan en cuenta las necesidades de vigilancia en las decisiones que se tomen sobre ellos.

En el proyecto de Real Decreto se están definiendo en la actualidad algunos elementos: en particular los objetivos que tendría la Red, sus órganos de gobierno (que incluirán Unidades específicas tanto en el Ministerio como en las CCAA y con un Comité Coordinador de la Red con la participación de todas las CCAA), lo que se va a vigilar (problemas de salud de la población en sentido amplio, determinantes sociales de la salud, y alertas y emergencias sanitarias) y los principios de su funcionamiento.

Disponer de personal cualificado, en número suficiente, adecuadamente retribuido y con el reconocimiento social que se merece, es otro elemento esencial. Tradicionalmente en los sistemas de vigilancia han trabajado sobre todo perfiles sanitarios con formación en epidemiología, cuando era posible. Sin embargo, los nuevos sistemas requieren además campos de conocimiento y por tanto personas cualificadas con perfiles nuevos, diferentes a los tradicionales, como pueden ser la estadística, la ingeniería de sistemas, el manejo de datos o la informática. Además, será necesario un plan de formación (incluyendo pre y postgrado), entrenamiento y soporte del personal para atender los nuevos sistemas y que armonice también entre las distintas CCAA y el Ministerio.

Serán necesarios recursos económicos, pero más allá de la cuantificación parece imprescindible la reflexión sobre su papel como elemento de cohesión y que por tanto existan tanto a nivel estatal como en las CCAA, y se destinen de manera racional según las necesidades.

Procesos

Los nuevos sistemas de vigilancia estarán fundamentalmente basados en tecnologías de la información y comunicación, y tendrán que mejorar la oportunidad, calidad, cantidad y pertinencia de la información sobre el estado de salud, los determinantes y las alertas y emergencias. Además, deberán permitir que los servicios de salud pública tengan mayor y mejor interrelación con la asistencia sanitaria y sus profesionales. Será fundamental involucrar en todo el proceso de desarrollo no solo a los profesionales asistenciales y de salud pública, sino también a los gestores y administradores sanitarios sea cual sea el ámbito de su actuación.

Para ello es necesario establecer los proyectos de innovación y mejora de los sistemas de información que den soporte a la vigilancia, de tal manera que se eliminen las brechas entre comunidades autónomas y se dé una interrelación efectiva entre todos a cualquier nivel. Parece por tanto apropiado nombrar un órgano específico que se ocupe de la coordinación a nivel nacional para todos los implicados.

Los desarrollos tecnológicos deberán tender a la normalización, interoperabilidad, utilizar diccionarios comunes y aumentar la racionalización de los sistemas de vigilancia. Estos desarrollos pueden servir para más de un sistema y más de una CCAA. Actualmente vivimos la paradoja que cada CCAA tiene que desarrollar y financiar por separado sus sistemas de vigilancia. Todos nos beneficiaríamos de sistemas comunes, escalables, flexibles y modulares, que serían más racionales, optimizarían recursos y aumentarían la eficiencia y todo ello puede realizarse garantizando la disponibilidad de la información adecuada y necesaria en cada uno de los niveles de la administración sin que afecte a las competencias de cada administración. También habría posibles beneficios de compatibilizar con otras estructuras administrativas y colaborar con las empresas privadas.

Debería haber por otro lado una perspectiva de vigilancia en otros sistemas de información, especialmente los sanitarios, pero también en otros ámbitos, incluyendo diferentes unidades y organismos de las administraciones. Esta perspectiva debería ser bidireccional y poner de manifiesto el beneficio en ambos sentidos: por ejemplo, el interés que tienen para la vigilancia de la salud los sistemas de historia clínica electrónica, pero también el interés que tiene para la asistencia la información (y el punto de vista) de vigilancia. En cualquier desarrollo de sistemas de información de las administraciones debería tenerse en cuenta la perspectiva de la vigilancia en salud.

Para mejorar los procesos, la estrategia de vigilancia debería desarrollar acciones que permitan crear sinergias y añadir valor a los esfuerzos en recogida de datos que se hacen en otros sectores y niveles del sector sanitario. Se necesita un trabajo que busque alianzas con otros actores y los involucre en el esfuerzo por conseguir una mejor información para la acción.

Resultados

El producto fundamental de la vigilancia sería un repositorio de información de vigilancia en salud – en definitiva, un conjunto de indicadores – con distintos niveles de desagregación

redacción médica

según las necesidades, disponible para las diferentes unidades y grupos de trabajo, con la intención explícita de incorporarlo progresivamente a la toma de decisiones sobre la salud de la población a todos los niveles, desde el individual al de la sociedad en su conjunto, tanto para la planificación y gestión como para respuesta oportuna ante situaciones de alerta y riesgo para la salud.

En los plazos fijados se evaluarían los siguientes resultados generales:

- Existe información de vigilancia útil sobre todo lo que se va a vigilar (estado de salud, determinantes, alertas y emergencias), disponible a todos los niveles, cuando se necesite.
- El desarrollo de los sistemas y estructuras de la Red en las CCAA se realiza de forma homogénea, armónica y simultánea, y se utiliza para la toma de decisiones.
- Se han reducido los sistemas de vigilancia aislados y han aumentado las plataformas integradas.
- Se han utilizado más eficientemente los recursos.

Las sucesivas evaluaciones de las distintas estrategias del sistema nacional de salud ponen en evidencia de forma reiterada la necesidad de disponer de un sistema de indicadores que permitan una mejor evaluación del impacto de las mismas.

La vigilancia en salud tiene un potencial evidente que hay que aprovechar y por ello hay que considerarla como esencial para la sociedad. Poner en marcha esta estrategia dentro de los órganos de salud pública, creando estructuras específicas, y en un plazo de 3-4 años, asociada al desarrollo del borrador del RD de vigilancia de salud pública y de otros aspectos de la Ley general de Salud Pública es una oportunidad que merecería la pena aprovechar. La deriva actual de los sistemas de vigilancia, en muchos casos anticuados y que no dan respuesta a las necesidades de información, junto con la brecha progresiva entre CCAA y también con los países más avanzados de nuestro entorno, justifican esta estrategia y la adecuada provisión de medios a todos los niveles para su ejecución y elevan su nivel de prioridad.

La vigilancia de la salud no solo tiene que servir para la gestión, también para el conocimiento de la ciudadanía y para la investigación. Los modelos que se propongan tienen que incorporar elementos que garanticen la transparencia, la accesibilidad, la comprensibilidad y la rendición de cuentas, entre otros.

También puede ser una oportunidad para mejorar la interrelación e integración con otros sistemas. Por ejemplo, de solucionar problemas como la accesibilidad a datos del INE o la conexión con datos ambientales. A este aspecto habría que darle peso y se puede plantear que en la elaboración de la estrategia participen representantes de otros organismos.

Se considera una estrategia prioritaria y transversal. A diferencia de otras estrategias del sistema que tienen un componente asistencial marcado para enfermedades o grupos de enfermedades específicas y por tanto serían verticales, esta propuesta tiene un carácter de salud pública predominante horizontal en este caso.

La Estrategia en definitiva tendrá los siguientes beneficios:

- El conocimiento generado, basado en la mejor evidencia disponible.

redacción médica

- La capacidad de traducirlo en decisiones que mejoren la salud.
- Contar con un sistema moderno, innovador, coordinado y eficiente.

Propuesta de organización y grupos de trabajo

La coordinación general de la estrategia se llevaría desde la unidad correspondiente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y se efectuaría a través del Comité Coordinador de la Red previsto en el borrador del RD en el que participan las CCAA.
La estrategia daría cuentas a la CSP.
Si fuera necesario la estrategia podría contar con la participación invitada de otros miembros (sociedades científicas, universidad, etc.) y se crearían los grupos de trabajo pertinentes.

redacción médica