

# VIGILANCIA SIN APELLIDOS: SUEÑO O REALIDAD

Sr. Director:

La publicación reciente en *Gaceta Sanitaria* de un artículo de opinión acerca de una de las actividades de más larga tradición en Salud Pública, como es la Vigilancia de los problemas de salud en la población<sup>1</sup>, nos ha sorprendido gratamente dada la escasa frecuencia con la que aparecen en las revistas especializadas de nuestro país revisiones, comentarios o reflexiones en relación con esta actividad.

En ese trabajo los autores disertaban sobre la conveniencia de sustituir el término "Epidemiológica" por "Salud Pública" para calificar la Vigilancia, en línea con las ideas aparecidas en los últimos años en la bibliografía internacional<sup>2,3</sup>, proponían la reforma o supresión de algún procedimiento de vigilancia, debido a su escasa utilidad para otro tipo de enfermedades o para detectar nuevos problemas de salud; señalaban algunas transformaciones que, a su juicio, ya se habían producido en España y, por último, describían una serie de sistemas de información disponibles, susceptibles de ser utilizados para actividades de vigilancia. Aunque estamos básicamente de acuerdo con la mayor parte de las apreciaciones señaladas, y asumida también la crisis de la vigilancia en nuestro país<sup>4</sup>, quisiéramos precisar algunos comentarios y manifestar ciertas discrepancias, con el objetivo de contribuir a la apertura de un debate sobre un tema de indudable interés para un gran número de profesionales que trabajan en este campo de la Salud Pública.

¿Vigilancia de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica? Si creyéramos que, cambiando el apellido a la actividad de Vigilancia, fuéramos a disponer de un sistema capaz de lograr algunos de los objetivos señalados en los múltiples artículos y libros dedicados al tema, lo haríamos sin dudar. Pero el problema es que sólo con ese cambio tampoco lograríamos alcanzar alguno de los sueños de las personas que trabajamos en Vigilancia.

¿Es posible la detección de un nuevo problema de salud con un determinado sistema de vigilancia? Los autores mencionan el fracaso del sistema de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria (EDOs) en la detección de situaciones epidémicas de síndromes nuevos acontecidos en nuestro país en los últimos años: síndrome del aceite de colza, epidemia de asma por inhalación de polvo de soja, intoxicación por clembuterol, síndrome de Ardystill. Ahora bien, ¿cuándo un sistema diseñado para problemas de salud específicos sería capaz de detectar la aparición de un problema nuevo? Ejemplos de fracaso de los sistemas de vigilancia tradicionales también se han señalado en los EEUU de América -país que podríamos calificar de modelo para nosotros- y nadie ha optado por eliminar lo que no es más que un elemento de un sistema de Vigilancia: sida<sup>5</sup>, síndrome de shock tóxico<sup>6</sup>, síndrome de eosinofilia-mialgia<sup>7</sup>... no fueron detectados inicialmente, con lo que, posteriormente, tuvieron que desarrollarse sistemas de vigilancia específicos para cada uno de ellos.

¿Es posible la detección precoz de brotes epidémicos de enfermedades ya conocidas? Éste no es un problema de fuentes de información nuevas sino de oportunidad de la información y, sobre todo, de coordinación de las fuentes ya existentes. Sistemas que en este momento en España parecen relacionados y que se complementan, como el sistema de vigilancia de las EDOs y el sistema de información microbiológica, todavía son susceptibles de una mejor coordinación, lo que no impide que se estén produciendo algunos resultados<sup>8,9</sup>. El propio sistema de vigilancia de las EDOs ha detectado precozmente epidemias de enfermedades susceptibles de inmunización, lo que ha permitido la rápida puesta en práctica de medidas de control<sup>10-12</sup>. En cualquier caso, en relación con la oportunidad de la información, conviene señalar que la óptica de la mayoría de las personas ajenas al sistema de vigilancia está distorsionada por la información que estos sistemas ofrecen a nivel central, donde los datos llegan con extraordinario retraso y el análisis se reduce a la mera tabulación de los mismos. Aunque es evidente que con el grado de desarrollo tecnológico en el campo de la informática este problema debería estar solucionado, también es verdad que en los niveles centrales no es muy necesaria la información para la intervención -premisa fundamental de un sistema de vigilancia.

Este requisito de intervención es imprescindible para comprender lo que se entiende por Vigilancia. La recogida "continua y sistemática" de datos sanitarios, el análisis e interpretación de los mismos y su posterior difusión a los responsables de la prevención y control de la enfermedad o lesión, sólo puede considerarse un sistema de vigilancia si está en relación con cambios en la práctica de la salud pública; es decir, un sistema de vigilancia debe estar necesariamente unido a un programa de salud pública. Por esta razón, no compartimos la apreciación de los autores cuando califican como sistemas de vigilancia a determinados informes o publicaciones de instituciones sanitarias cuyo objetivo es la evaluación y seguimiento de la situación de salud de la población<sup>13,14</sup>. Este tipo de informes, que cualquier Departamento de Salud moderno realiza de forma periódica, contienen datos no ligados específicamente a programas de salud pública concretos, aunque a veces esos datos se usen para la evaluación de determinadas políticas de salud. Por el mismo motivo, tampoco nos parece acertada la opinión acerca de la utilidad para la Vigilancia de las bases de datos automatizadas similares a las de Health for All de la OMS o CREDES de la OCDE, con el agravante, en los dos ejemplos citados, de que en la mayor parte de los casos desconocemos la calidad de los datos suministrados y las características de las fuentes de información utilizadas. El seguimiento y evaluación de intervenciones sanitarias (monitoring) podría hacerse con el manejo adecuado de algunas de las fuentes de información propuestas por los autores, pero, salvo que tenga como objetivo la detección precoz de cambios en prácticas de salud<sup>15</sup>, parecería que no tiene mucho que ver con lo que consideramos vigilancia actualmente<sup>2,15,16</sup>.

En cambio, nos parece muy afortunada la distinción que hacen entre sistemas de información sanitaria y sistemas de vigilancia. Es preciso puntualizar que esta diferencia se basa más en la forma en cómo los datos son utilizados que en cómo son recogidos. Así, por ejemplo, aunque los datos definitivos procedentes del registro de mortalidad no están disponibles hasta que han pasado dos o tres años, en algún caso se han utilizado los datos provisionales de mortalidad para la vigilancia de algún problema de salud. De la misma forma que los registros, las encuestas de salud no constituyen un sistema de vigilancia, sin embargo, los datos suministrados por estas encuestas también pueden ser utilizados como parte de sistemas de vigilancia relacionados con cambios en las prácticas de salud pública. Es decir, cualquiera que sea el método de recogida de datos utilizado, lo principal es que sea adecuado para el programa de salud pública al que sirve.

Finalmente, si por algo se caracteriza actualmente la Vigilancia, es por estar abierta a múltiples fuentes de información y a la investigación de nuevos procedimientos, aunque también queda mucho por recorrer en las clasificaciones de enfermedad donde primen criterios etiológicos en vez de sintomáticos, al igual que en la evaluación de sistemas de vigilancia de poblaciones y de riesgos<sup>2,15</sup>. Con todas estas líneas de progreso abiertas, ¿sería sensato malgastar nuestro esfuerzo en suprimir o no contar con alguno de los sistemas de vigilancia actuales? Sinceramente, creemos que sería más provechoso centrarse en tareas que tienen que ver con la forma de difusión y

distribución de los datos y con su uso en la prevención de problemas de salud. Las viejas utopías de los que nos dedicamos o nos hemos dedicado a la Vigilancia, como son la posibilidad de disponer de bases de datos automatizadas con información de variadas fuentes y actualizada, aunque sea con datos provisionales, o la de realizar Boletines Epidemiológicos oportunos con recomendaciones de vigilancia y de práctica sanitaria útiles para epidemiólogos y clínicos puede dejar de ser un dulce sueño y hacerse realidad. Para ello es preciso un poco de ese esfuerzo no malgastado y mucho más de coordinación; el cambio de apellido se producirá por añadidura.

De cualquier forma, para bien o para mal, la salud pública es tanto tradición como ciencia, y aunque ahora tengamos dudas sobre la dirección que debería tomar la Vigilancia, cuando en un futuro lo que se denomine Vigilancia "?" sea algo irreconocible por nosotros, muy probablemente todavía persistirá un procedimiento de notificación de enfermedades.

**Salvador de Mateo**

*Servicio de Información Sanitaria y  
Vigilancia Epidemiológica.  
Consejería de Sanidad, Toledo*

**Enrique Regidor**

*Subdirección General de Epidemiología,  
Promoción y Educación para la Salud.  
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid*

## Bibliografía

1. 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.
2. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 164-90.
3. Thacker SB, Berkelman RL, Stroup DF. The science of public health surveillance. *J Public Health Policy* 1989; 10: 187-203.
4. *Vigilancia Epidemiológica: ¿hacia qué modelo vamos?* Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 1992.
5. Buehler JW, Berkelman RL, Stehr-Green JK. The completeness of AIDS surveillance. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1992; 5: 557-64.
6. Davis JP, Chesney PJ, Wand PJ y cols. Toxic-shock syndrome: epidemiologic features, recurrence, risk factors and prevention. *N Engl J Med* 1980; 303: 1429-35.
7. Swygert LA, Maes EF, Sewell LE y cols. Eosinophilia-myalgia syndrome. Results of national surveillance. *JAMA* 1990; 264: 1698-703.
8. Morgolles M, González A. Brote de fiebre Q en un matadero de Asturias, 1990. *Bol Epidemiol Sem* 1991; (1917): 393-5.

9. Cano R, Usera MA, Blanco C y cols. Estudio de un brote asociado al consumo de leche infantil. *I Conferencia Anual, Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC)*. Madrid, marzo 1995.
10. Morgolles M, Alvares B. Epidemia de sarampión en Asturias, 1990. *Bol Epidemiol Sem* 1991; (1925): 393-5.
11. Castell J. Brote de sarampión en Tomelloso (Ciudad Real). *I Conferencia Anual, Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC)*. Madrid, marzo 1995.
12. Brotes epidémicos de parotiditis en el Área de Toledo, 1993-94. *Bol Epidemiol Toledo* 1995;7: 1-3.
13. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL (dirs). *Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992.
14. Conselleria de Sanitat i Consum. *La salud en la Comunitat Valenciana*. Serie Plan de Salud nº 1. Valencia: Generalitat Valenciana, 1992.
15. Thacker SB, Stroup DF. Future directions for comprehensive public health surveillance and health information systems in the United States. *Am J Epidemiol* 1994; 140: 383-97.
16. Eylesbosch WJ, Noah ND (dirs). *Surveillance in health and disease*. Oxford: Oxford University Press, 1988.

## VIGILANCIA: LO IMPORTANTE ES EL NOMBRE

### Respuesta de los autores:

La carta de de Mateo y Regidor<sup>1</sup> merece, más allá de la cortesía debida a su tono amable y cordial, un sincero

agradecimiento, puesto que uno de los principales propósitos de nuestro trabajo era promover una discusión sobre las cuestiones de información y vigilancia, cuestiones de vital importancia, pero, en opinión compartida, insuficien-