
Alerta pandémica por gripe. Implicaciones en la organización de la salud pública

José M^o Mayoral Cortés^a

y Elvira Fernández de la Mota^b

^a*Epidemiólogo. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.*

^b*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio Andaluz de Salud.*

La alarma social y mediática como respuesta ante la percepción de un riesgo potencial para la salud colectiva, constituye un fenómeno de frecuencia creciente en las últimas décadas y en el conjunto de las sociedades occidentales. En este sentido, la amenaza de pandemia relacionada con el virus de la gripe aviar A/H5N1, y la actual pandemia por la nueva variante del virus gripal A/H1N1 son en la actualidad claros ejemplos de situaciones generadoras de crisis en el ámbito de la salud pública. Su frecuencia ha aumentado en los países desarrollados a medida que se incrementaba la actividad investigadora y la regulación relacionada con factores ambientales, alimentarios o biológicos, que pueden suponer un riesgo para la salud. También, paralelamente,

te, y de modo paradójico, a medida que mejoraba la disponibilidad de servicios sanitarios de cobertura universal, tecnológica y científicamente mejor dotados, donde los dispositivos de emergencias presentan, en general, una capacidad de respuesta eficaz ante situaciones de amenazas colectivas complejas. Son todos ellos elementos que contribuyen a mejorar los niveles de salud, aumentando la esperanza de vida. Puede decirse, por tanto, que “hemos ganado en seguridad objetiva a costa de mayor inseguridad subjetiva”.

Si la actitud que adopta la población frente a la percepción de un riesgo para la salud tiene un fuerte respaldo cultural, influido por argumentos morales, políticos, económicos o científicos es esta “representación social

del riesgo” la que finalmente determina el debate público en el contexto de las crisis sanitarias, donde el conocimiento científico puede llegar a perder una parte importante de sus “privilegios” para explicar la realidad, y convertirse en un punto de vista más, entre los argumentos para explicar el origen del problema y sus consecuencias¹.

Entre los factores que influyen de manera decisiva en la conformación de las crisis sanitarias están los relacionados con el desconocimiento del problema o la presentación de sus distintas vertientes (riesgo para la salud, gravedad, transmisión, repercusión nacional e internacional, etc.), así como la resistencia social a asumir un cierto nivel de riesgo, aunque este sea inherente a nuestra forma de vida, o esté relacionado, de manera directa, con los beneficios que nos aporta. Tal es el caso de los riesgos de origen alimentario, derivados de las técnicas actuales de producción y distribución centralizada de alimentos, de los riesgos ambientales, o de los desastres naturales, relacionados con los procesos anómalos de urbanización o industrialización. Asimismo, es frecuente comprobar cómo por temor a lo desconocido

se genera alarma social ante situaciones que no suponen, en una población determinada, un riesgo inminente para la salud, o ante los que no existen suficientes evidencias científicas sobre sus efectos nocivos, tal ocurre con la exposición a ondas electromagnéticas, con la gripe por el virus aviar A/H5N1 o con la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, entre otras, y sin embargo, se aceptan sin temor otras situaciones con un riesgo elevado y demostrado sobre la salud presentes en la vida cotidiana, como ocurre con el tabaquismo². De igual modo, en la percepción social del riesgo para la salud influye decisivamente el derecho y el acceso a la información y el papel que desempeñan los medios de comunicación en las sociedades democráticas. También los fenómenos derivados de la globalización, especialmente, aquellos relacionados con los movimientos rápidos y masivos de poblaciones y de mercancías han posibilitado que nos afecten crisis sanitarias por riesgos que se generan en cualquier parte del planeta. En estos últimos años la percepción del riesgo de propagación inminente de nuevas enfermedades en nuestro medio se ha producido con el síndrome agudo

respiratorio severo (SARS), el riesgo de pandemia de gripe por el virus de la gripe aviar A/H5N1, la aparición en nuestro entorno próximo de enfermedades emergentes, como la epidemia reciente de Chikungunya en Italia³, el aumento de la frecuencia de enfermedades transmisibles erradicadas en nuestro medio, como el paludismo importado, o de la incidencia de enfermedades vacunables con programas de control como el sarampión⁴. Esta sensación de vulnerabilidad social, real o sólo percibida, ante riesgos cuyas repercusiones sobre la salud no siempre son bien conocidos, exige de los servicios de salud pública un planteamiento equilibrado que responda a la demanda de protección colectiva mediante una gestión eficaz, orientada a:

1. Iniciar un proceso de negociación y confianza con la población afectada o sus representantes.
2. Establecer marcos socialmente aceptables para la valoración del riesgo y sobre las medidas para su control.
3. La adaptación constante y compleja del enfoque de riesgo.
4. Aplicación de protocolos de actuación que incorporen las evidencias científicas disponibles.

5. Mejorar la capacidad de respuesta incorporando estrategias de comunicación y de coordinación efectiva entre los sectores e instituciones implicados en la investigación y control del problema causante de la crisis.

6. Información y consenso sobre las medidas que deberán adoptarse en condiciones de incertidumbre.

La crisis por pandemia frente a la gripe A (H5N1). Un ensayo general

La persistencia en la aparición de casos de gripe en seres humanos por el virus aviar A/H5N1 en países del Sudeste Asiático, hizo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevara en el año 2003 a fase 3 el nivel de alerta ante la posible aparición de una pandemia de gripe⁵. A partir de ese momento, en España se comenzó a trabajar en un Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe, coordinado con los planes operativos que las comunidades autónomas (CCAA) pusieron en marcha para su desarrollo en el nivel local^{6,7}. Desde el liderazgo de la autoridad sanitaria se creó durante estos años una estructura organizativa estatal y en las

CCAA^{8,9} que contó con diferentes comités encargados de elaborar protocolos de actuación y organización de servicios en vigilancia epidemiológica y virológica, definición de criterios para el uso de antivirales y vacunas y preparación de una respuesta eficaz desde los servicios asistenciales a la emergencia, en diferentes escenarios y fases de alerta pandémica de la OMS, asegurando la participación de profesionales del ámbito de la salud pública, de la gestión de servicios y de la asistencia.

Tras la declaración del brote de gripe por el nuevo virus AHINI como una emergencia de salud pública internacional por la OMS el 25 de abril de 2009, notificado en México y Estados Unidos, la aplicación en los primeros días de los protocolos ya disponibles facilitaron una rápida y ordenada respuesta ante la crisis en el conjunto del sistema sanitario, que ha permitido disponer de información oportuna sobre las características clínicas y la epidemiología de la enfermedad, y ha favorecido una estrategia de comunicación generadora de confianza en la población sobre las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria. Durante los primeros días del brote se pusieron en mar-

cha planes de actuación y contingencia basados en la vigilancia epidemiológica y la adopción de medidas de control a través de sistemas de alerta precoz y respuesta rápida, con protocolos que integraron las actividades realizadas desde los servicios de salud pública y asistenciales con el apoyo de los laboratorios. Tuvieron como objetivo frenar inicialmente la propagación de la infección mediante la identificación, con criterios clínicos y epidemiológicos, y la notificación de los casos importados de primera generación y su tratamiento, así como la puesta en marcha de las medidas para impedir la aparición de casos secundarios y los brotes, con la búsqueda activa de los contactos, su tratamiento o inmovilización^{10,11}.

Tras la declaración de las fases 5 y 6 de pandemia por parte de la OMS, en donde ya no es factible detener la propagación del nuevo virus pandémico, las estrategias de salud pública se han orientado a definir escenarios que ayuden a dar una respuesta a la emergencia, orientando la planificación de servicios preventivos y asistenciales para hacer posible reducir la transmisión, el número total de personas afectadas, garantizar la

atención de los pacientes con la enfermedad e identificar y proteger a los grupos más vulnerables.

Ha supuesto, por tanto, la vertebración de una respuesta en el conjunto del sistema sanitario, garantizando un trabajo coordinado entre profesionales de distintos ámbitos, y ha puesto de manifiesto la enorme potencialidad de un enfoque de integración de servicios para responder a nuevos problemas de salud pública en el futuro. Se dispone en estos momentos de una oportunidad inmejorable para orientar y avanzar en la organización de los sistemas de vigilancia y de alerta.

¿Son las crisis sanitarias una oportunidad para desarrollar los servicios de salud pública?

Es una creencia compartida y generalizada entre muchos profesionales en el ámbito de la salud pública que las crisis sanitarias suponen una oportunidad para fortalecer los servicios de salud pública, cuando los resultados de su gestión, independientemente en ocasiones de los resultados obtenidos, ponen en primera línea de atención su utilidad social y sanitaria para proteger la salud colec-

tiva, identificando igualmente sus posibles deficiencias organizativas y de recursos y su margen de mejora.

Efectivamente, las situaciones de crisis pueden ayudar a mejorar los servicios de salud pública, siempre que en su gestión se tenga presente que los recursos que se pongan a disposición para su preparación, además de su utilidad para resolver el problema que se aborda, puedan servir para avanzar en el desarrollo futuro del conjunto de las funciones que deben realizarse desde la salud pública. En el mismo sentido, deben llevarse a cabo evaluaciones posteriores de las intervenciones realizadas que permitan extraer enseñanzas para mejorar y reforzar los servicios de salud pública ante situaciones similares en el futuro. Las consecuencias del brote de SARS en Canadá son un ejemplo que puede servir de referencia, ya que supuso el desarrollo de una estrategia nacional de salud pública, con un replanteamiento organizativo que llevó a la creación de la Agencia de Salud Pública de Canadá¹².

Sin embargo, en las situaciones de crisis también existe el “riesgo” de encontrarse ante un espejismo, el que supone conformarse con el protagonismo social y mediático del momen-

to que suele producirse. Este es un hecho que ocurre con frecuencia, y que ha contribuido a identificar el trabajo de la salud pública con la gestión de las crisis sanitarias, dejando en un plano difuso los ámbitos del trabajo propios y el liderazgo que debe tener en la vigilancia, la prevención o protección ante riesgos y problemas de salud que afectan de manera cotidiana a nuestra población.

Una de las competencias básicas pendientes de desarrollar en los actuales servicios de salud pública en España, cuyo déficit se pone de manifiesto ante situaciones de crisis como la actual, es la necesidad de disponer en el conjunto del Estado de sistemas de alerta precoz y respuesta rápida ante cualquier evento, independientemente de su origen o etiología, que pueda constituir una emergencia para salud pública, incluyendo desde los que afectan a un ámbito local hasta los de importancia internacional, siguiendo las directrices organizativas y de respuesta que establece el Reglamento Sanitario Internacional aprobado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2005¹³. Estos dispositivos deben configurarse como un servicio con capacidad para dar respuesta inmediata,

aportando además la información oportuna para organizar y evaluar la intervención, y contar con la capacidad para detectar precozmente (sensibilidad) y anticiparse en la preparación ante emergencias sanitarias colectivas para evitar, o delimitar en lo posible, la génesis de crisis sanitarias. Responder de manera continuada, independientemente del momento en que se presenten, a eventos que generalmente son leves y con efectos autolimitados sobre la salud colectiva, pero a la vez, deben estar preparados y entrenados para intervenir en situaciones complejas, como son los brotes epidémicos extensos, incluida la situación de pandemia que vivimos en la actualidad.

Los sistemas de alerta precoz deben organizarse teniendo en cuenta la necesidad de la colaboración entre los distintos ámbitos implicados en la gestión de alertas sanitarias (ciudadanos, empresa, administración pública, etc.), en la medida que aumenta la complejidad y la información que demanda la sociedad, en el contexto de los estados democráticos. Deben por tanto desarrollar protocolos de actuación y estar preparados para actuar de manera coordinada en el conjunto del sistema sanitario,

y para movilizar precozmente los recursos necesarios que les permita intervenir en el control de alertas independientemente de su origen o etiología, contando con la integración con otros dispositivos existentes de preparación y actuación ante emergencias colectivas con posibles consecuencias sanitarias.

Hoy en día es incuestionable que la gestión de alertas de salud pública tiene que apoyarse en sistemas de información avanzados, con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, por las oportunidades que estas abren para el uso eficiente de fuentes de datos, compartir, intercambiar y acceder de forma rápida a la información, además de ampliar la capacidad del análisis epidemiológico para evaluar los riesgos y los problemas de salud de la población. Estos sistemas deben integrar modelos de análisis automatizado de información relevante para actuar con antelación en la prevención de alertas, mediante herramientas predictivas que identifiquen precozmente agrupaciones temporoespaciales de casos o riesgos y comportamientos aberrantes de eventos, basados en métodos de análisis geográficos y la vigilancia sindrómica¹⁴.

Un elemento fundamental para dar soporte a la vigilancia y sistemas de alerta precoz es contar con una red de laboratorios de salud pública en el conjunto del Estado, con capacidad de detectar precozmente el riesgo y apoyar en la investigación etiológica ante brotes epidémicos por enfermedad infecciosa, con integración en los sistemas de información de vigilancia, que hacen posible incorporar la información epidemiológica y compartir datos con otros niveles e instituciones.

La actual crisis por alerta pandémica también ha puesto de manifiesto la importancia y la necesidad de trabajar coordinadamente con los servicios sanitarios y el liderazgo que la salud pública debe ejercer. Para ello, es necesario contar con procesos de trabajo comunes que trasciendan los servicios de salud pública y que contemplen las actuaciones que deben adoptarse desde otros servicios o profesionales¹⁵. Debe asegurarse la preparación del personal de los servicios sanitarios, particularmente del área de urgencias, con equipos profesionales entrenados y dotados con los medios necesarios para aislar, controlar y tratar enfermedades infecciosas emergentes y en conexión con

la red de vigilancia epidemiológica. Así como una adecuada infraestructura que incluya medidas para el aislamiento de pacientes, en centros hospitalarios de referencia, en respuesta a emergencias sanitarias por enfermedades infecciosas.

Finalmente, hay que tener presente que no es posible mantener sistemas complejos y eficientes de alerta sin que exista la posibilidad de un desarrollo profesional en el ámbito de la salud pública. Para ello, además de la identificación de las compe-

tencias necesarias para el desempeño de funciones específicas (capacidad para caracterizar las alertas, estimar el riesgo para la colectividad, actividad investigadora, adopción de medidas de control, comunicación de resultados, evaluación de las actuaciones realizadas en la investigación e intervención, etc.), debe asegurarse su adquisición y evaluación tanto del desempeño individual como en su contribución a la capacidad resolutive de estos servicios de salud pública.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Arnaiz M. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgénicos. *Rev Nutr.* 2004; 17(2) Campañas abr./jun.
2. Peretti-Watel P, Moatti J-P. Understanding risk behaviours: How the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking. *Social Sci Med.* 2006; 63:675-9.
3. Angelini R, et al. An outbreak of chikungunya fever in the province of Ravenna, Italy. *Eurosurveill.* 2007; 12(36):
4. Nieto-Vera J, et al. An outbreak of measles in Algeciras, Spain, 2008 - a preliminary report. *EuroSurveill.* 2008; 13(20).
5. Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Geneva, Switzerland: WHO, Department of Communicable Disease Surveillance and Response; 1999. p. 66. (WHO/CDS/CSR/EDC/99.1).
6. Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Documento técnico. Ministerio de sanidad y Consumo; mayo de 2005. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripeAviar/planes.htm>
7. Preparación y respuesta ante una posible pandemia de gripe. Documento técnico. Consejería de Salud: Junta de Andalucía; octubre de 2005. Disponible en: <http://www.csalud.juntaandalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=gripeaviar>
8. Real Decreto 1131/2003, de 5 de septiembre, por el que se crea el Comité ejecutivo nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe. BOE núm. 214, sábado 6 de septiembre de 2003.
9. Decreto 100/2009, de 27 de abril, por el que se modifica el Decreto 232/2005, de 25 de octubre, por el que se crea el Comité Ejecutivo para el Control, Evaluación y Seguimiento de la gripe aviar y se regula su composición y funciones. Consejería de Presidencia. Junta de Andalucía. BOJA, núm. 81; 29 de abril de 2009.
10. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. Geneva: WHO; 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/PIPGuidance09.pdf>
11. Mitigation and delaying (or 'containment') strategies as the new influenza A(H1N1) virus comes into Euro-

- pe. ECDC Interim Guidance; June 2009. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Health_topics/090606_Delaying_vs_Mitigation_Interim_ECDC_Guidance.pdf
- 12.** Learning from SARS. Renewal of Public Health in Canada. A report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health; October 2003. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf>
- 13.** Reglamento sanitario internacional (2005). 2ª edición. Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: http://www.who.int/csr/ihr/IHR_2005_es.pdf
- 14.** Framework for Evaluating Public Health Surveillance Systems for Early Detection of Outbreaks. Recommendations from the CDC Working Group. MMWR. Recomm Rep. 2004; 53(RR05):1-11. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5305a1.htm>
- 15.** Legionelosis. Consejería de Salud: Junta de Andalucía. DL: SE-6814-2008.

