

guardias 7/24/365. El 53% dispone de Planes de preparación y respuesta para algunas de las amenazas. El 16% cuentan un mecanismo formal de comunicación intersectorial en la gestión de las alertas. Las fuentes de información para detección de alertas son la vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria, laboratorios y vigilancia animal. El 68% disponen de laboratorio de referencia para alertas; el 21% tienen plan de comunicación de riesgos y el 53% disponen de planes de formación continuada para la adquisición de competencias.

Conclusiones/Recomendaciones: El estudio rebela la variabilidad entre CC.AA. en disponibilidad de un sistema estructurado de alertas. En general, todas disponen de elementos claves de preparación y respuesta frente a alertas. La existencia de un sistema organizado de guardias 7/24/365, la disponibilidad de planes de comunicación y de formación solo están disponibles en algunas CC.AA. Las debilidades evidenciadas se tendrán en cuenta para el desarrollo de un SIAPR eficiente y homogéneo en todo el territorio nacional.

884. ANÁLISIS ESTATAL DE LA SITUACIÓN DE LAS TIC EN LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

F.D. Rodríguez Cabrera, E.V. Martínez Sánchez, S. Rivera Ariza, P. Soler Crespo, P. Vigilancia Epidemiológica, M.J. Sierra Moros, F. Simón Soria

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; Ponencia de Vigilancia Epidemiológica.

Antecedentes/Objetivos: La reciente Estrategia de Vigilancia en Salud Pública remarca la necesidad de estudios técnicos que analicen la situación actual para describir y mejorar la coordinación e interoperabilidad entre los niveles de actuación. El análisis de situación de las herramientas TIC forma parte, junto con otros tres estudios, de este análisis global. En este trabajo, evaluamos los desarrollos actuales y planificados de estas herramientas de vigilancia a nivel autonómico y del nivel central (MS, ISCIII).

Métodos: Este análisis se realizó en el segundo semestre de 2022 y se estructuró en tres etapas. En primer lugar, una revisión que incorporó informes previos, literatura científica y publicaciones en los medios sobre herramientas tecnológicas en los Servicios de Vigilancia. Se incluyeron todas las licitaciones disponibles en los portales autonómicos y del nivel central en la última década. Posteriormente, se consensuó un cuestionario que incluía aspectos como el acceso a fuentes de datos, las terminologías, la resiliencia de la herramienta, seguridad y apoyo informático. En la última fase, se desarrollaron entrevistas semiestructuradas con las diferentes instituciones, para aclarar dudas y recoger información sobre la evolución esperada de las diferentes aplicaciones.

Resultados: Se incluyeron cuestionarios sobre 101 herramientas pertenecientes al nivel central y autonómico, así como 27 entrevistas a las 19 autonomías y 5 unidades del nivel central. Del total, el 39,6% de las herramientas recogían exclusivamente enfermedades transmisibles. El 50% fueron desarrolladas por empresas externas, de las que únicamente en el 3% se conserva la propiedad intelectual. De ellas, todas son mantenidas también por empresas externas. En el 74% el acceso se realizaba solo por usuario y contraseña. Solo el 30% disponía de un PNT para asegurar la calidad de los datos, aunque el 70% sí disponía de alguna validación en la carga de datos. Si bien en las entrevistas se expresó interés en la estandarización, especialmente con SNOMED-CT, pocas herramientas las incorporan actualmente salvo en enfermedades raras y cáncer.

Conclusiones/Recomendaciones: Los Servicios de Vigilancia afrontaron con desigualdad tecnológica la pandemia de COVID-19, remarcando la necesidad en algunas de una actualización de sus herramientas, que asegure la calidad y la oportunidad de la información en todos los niveles. La alta proporción de desarrollos y mantenimientos por parte de empresas externas sugiere una importante deuda

tecnológica, que podría arriesgar la sostenibilidad de estas herramientas si la financiación y los recursos humanos no se mantienen.

Financiación: estudio financiado con fondos del PRTR.

669. ANÁLISIS FUNCIONAL E INTEROPERABILIDAD PARA EL DESARROLLO DE UNA RED DE VIGILANCIA DE SALUD PÚBLICA EN EUSKADI: EXPERIENCIA DE LOS FONDOS EUROPEOS

P. Latasa, F. González-Carril, A.H. Aginagalde, C. Castells, P. Sancho
Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

Antecedentes/Objetivos: En 2022, el Ministerio de Sanidad distribuyó fondos europeos a través de la Comisión interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud en el marco del Plan de recuperación, transformación y resiliencia. Euskadi presentó un proyecto para desarrollar una red de Vigilancia en Salud Pública propia con interoperabilidad con la red nacional. El presente resumen presenta la experiencia de este proyecto.

Métodos: El proyecto comenzó con una revisión de la documentación y la identificación de los agentes implicados en la gestión de los distintos sistemas de información, así como el análisis de los flujos de intercambio de información. Se llevaron a cabo ocho entrevistas en profundidad a 24 agentes distintos y dos sesiones de trabajo presenciales con la participación de 25 personas para definir las integraciones necesarias entre los distintos sistemas de información y orientar su funcionamiento al desarrollo de las actividades de la vigilancia en salud pública.

Resultados: El resultado fue la caracterización de nueve subsistemas más el sistema de alertas siguiendo el esquema de la ley 33/2011, y la definición de necesidades para avanzar hacia un modelo de futuro. El desarrollo de una explotación común a todos los subsistemas fue identificado como una de las principales dimensiones a trabajar, lo que implica seguir profundizando en la integración y la interoperabilidad, la definición de catálogos unificados, procesos comunes y la automatización de los intercambios de información entre agentes.

Conclusiones/Recomendaciones: Se deben explorar nuevos marcos para mantener relaciones e intercambios de información entre distintos agentes (acuerdos marco, contratos programa, convenios...) que permitan una relación más fluida y flexible. Es necesario elaborar un plan de acción a medio plazo para abordar estas necesidades y prioridades identificadas en el proyecto. La experiencia del proyecto de Euskadi puede servir de guía para otros proyectos de vigilancia en salud pública con interoperabilidad a nivel nacional.

714. LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: NECESIDAD DE UNA NUEVA POLÍTICA

S. Rivera, C. Peralta, F. Simón, M.J. Sierra, R. Cano, P. Soler,
P. Vigilancia Epidemiológica,
G.T. Declaración de Zaragoza-Vigilancia
en Salud Pública (Subgrupo1)

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), Ministerio de Sanidad; Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

Antecedentes/Objetivos: La Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (VSP) del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la Declaración de Zaragoza de 2022 sobre VSP establecen la necesidad de una política de recursos humanos que garantice la efectividad y la calidad de la VSP. Uno de los objetivos de la Estrategia es hacer un análisis de la situación de la VSP, y como parte de este análisis, coordinado por el

Ministerio de Sanidad se ha realizado un estudio del marco de recursos humanos y formación con la participación de las CC.AA. y el nivel central.

Métodos: Encuesta estructurada a CC.AA., MS e ISCIII de enero a marzo de 2023. El estudio se centra en seis ámbitos: 1) Ordenación de personal, 2) Plantillas de recursos humanos en VSP en número y funciones, 3) Retribuciones y desarrollo profesional 4) Formación, 5) Ofertas de empleo público y convocatorias públicas de plazas (OEP) y 6) Mecanismos de refuerzo de plantillas de VSP ante situaciones de alerta.

Resultados: Han respondido a la encuesta 16 CC.AA., el MS y el CNE (ISCIII). Los resultados definitivos del estudio estarán disponibles en junio de 2023. Se presentarán resultados sobre los perfiles de los profesionales que trabajan en VSP: número de profesionales (plazas cubiertas dotadas y ocupadas, cubiertas sin dotar, vacantes y cedidas), género, edad, régimen profesional, distribución territorial (local, provincial, autonómico), tipos de plazas que ocupan en el SNS, evolución de estas plazas en los últimos 5 años y formación. Además, se presentarán resultados relativos a las condiciones laborales: carrera profesional, retribuciones y guardias, así como a los distintos mecanismos de ordenación de personal que existen en las administraciones públicas para realizar las funciones de VSP.

Conclusiones/Recomendaciones: Como se ha demostrado durante la pandemia de COVID-19, para llevar a cabo una vigilancia de calidad, una prioridad es contar con los recursos humanos adecuados. Para ello, es necesario adecuar las plantillas actuales a los nuevos requerimientos de la VSP, tanto en número de efectivos y capacitación para asumir nuevos retos, como en la incorporación de nuevos perfiles profesionales. Es preciso impulsar una política de recursos humanos en todo el SNS para dar solución a estos déficits y fortalecer la VSP y el desarrollo coordinado en todo el SNS de estructuras de salud pública dotadas de los recursos humanos, tecnológicos y presupuestarios necesarios para el desempeño eficaz de sus funciones.

Financiación: estudio financiado con fondos del PRTR.

ME 07. Abordajes clínicos, diagnósticos, epidemiológicos y modelizables del brote internacional de Mpox en España

Coordinan: Jordi Casabona i Barbarà y Juan Carlos Galán

693. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL BROTE DE MPOX EN ESPAÑA

V. Hernando, L. Simón, M. Ruiz-Algueró, M. Sastre, B. Suárez, B. Guzmán, A. Díaz, P. Grupo de Respuesta Nacional frente a mpox

Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII; CIBERINFEC; Centro Coordinador de Alerta y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad.

Antecedentes/Objetivos: Hasta mayo de 2022 en que se inicia el brote actual de mpox, los casos anteriores fuera de zonas endémicas habían sido importados o vinculados a un caso importado, o por animales procedentes de zonas endémica. A nivel mundial, España es el tercer país del mundo con mayor número de casos.

Métodos: Estudio descriptivo de los casos de mpox notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) desde el inicio del brote hasta el momento actual (28 de marzo de 2023).

Resultados: Hasta la fecha se han notificado 7.545 casos confirmados, de ellos el 97,8% eran hombres. La mediana de edad fue de 37 años (rango intercuartílico (RIC): 31-44 años) y el 46,1% eran españo-

les. El máximo de casos del brote se produjo a mediados de julio de 2022, disminuyendo de manera continua desde entonces. En 2023, se han notificado 36 casos. El 72,1% presentó sintomatología general, el 47,0% linfadenopatías localizadas y el 4,8% generalizadas, y el 63,4% exantema anogenital. Desde el inicio de síntomas al diagnóstico transcurrieron una mediana de 7 días (RIC: 4-10). El 40,6% eran personas con infección por VIH. El 8,3% presentó complicaciones a lo largo del proceso clínico, siendo la infección bacteriana secundaria la más frecuente (22,3%). El 3,7% fue que ser hospitalizados, con una mediana de 5 días (RIC: 3-7). Seis casos fueron ingresados en UCI y 3 casos fallecieron, dos con diagnóstico de meningoencefalitis y otro con infección diseminada de mpox. Seiscientos veintiuno dijeron estar vacunados en la infancia y 65 habían sido vacunados en el contexto del brote actual. En estos últimos, desde la fecha de vacunación al inicio de síntomas, habían transcurrido una mediana de 5 días (RIC: 0-16). Respecto a la exposición, el 76,8% eran hombres que habían tenido sexo con otros hombres (HSH). Para el 77,8% de los casos con información, el mecanismo de transmisión más probable fue un contacto estrecho en el contexto de una relación sexual, en 6,4% un contacto cercano no sexual, 2 casos de exposición ocupacional en el ámbito sanitario. En relación a la asistencia de eventos multitudinarios, el 19,1% de los casos con información habían acudido a algún evento en fechas previas al inicio de síntomas.

Conclusiones/Recomendaciones: El brote actual ha afectado mayoritariamente a HSH por contacto estrecho en el contexto de relaciones sexuales. Aunque la sintomatología ha sido leve, se han producido 3 fallecimientos por complicaciones graves de la infección por mpox. Aunque el número de casos que actualmente se notifican es muy pequeño debemos estar alerta de un posible rebrote.

382. EGOCENTRIC SEXUAL NETWORK ANALYSIS AMONG MSM WITH AND WITHOUT MONKEYPOX INFECTION

I. Sonmez, H. Martínez-Riveros, C. Folch, C. Suñer, Y. Díaz, L. Alonso, C. Agustí, O. Mitjà, J. Casabona, *et al.*

CEEISCAT; IGTP; CIBERESP; 5, Fundació Lluita contra les infeccions.

Background/Objectives: Sexual networks can play a vital role in the spread of communicable diseases and the recent outbreaks of monkeypox virus (MPX) has been detected in dense sexual networks of men who have sex with men (MSM). The objective of this study is to (1) identify and compare the characteristics of the sample and (2) identify and compare the sexual network characteristics based on MPX infection.

Methods: We conducted a case-control (MPX diagnosed (MPX-P)-MPX negative (MPX-N), respectively) study (MOVIE-CC) which was based on surveys conducted via phone in Spain. Cases were confirmed MPX patients in the last 15 days. Controls were recruited through the nomination from cases, general consultations at participating centers, or via promotional video online. We asked all participants (egos) to name up to five people (alters) with whom they had sex in the last six months. We assessed the attributes of each of alters through ego, including: demographics, relationships, sexual acts, drug use, and risk factors. Egos were also asked if they knew whether alters named have had sex with each other, as a proxy of density of their sexual network.

Results: Among the 102 participants, 35 (34.3%) were MPX-P. MPX-P individuals had travelled less (MPX-P: 20.0%; MPX-N: 68.6%), had more sexual contact with MPX-diagnosed individuals (MPX-P: 14.3%; MPX-N: 1.49%), had syphilis (MPX-P: 31.4%; MPX-N: 13.4%) and HIV (MPX-P: 45.7%; MPX-N: 16.4%), did not know the sexual partner before (MPX-P: 62.9%; MPX-N: 32.8%), and had less prevalence of MPX vaccine (MPX-P: 22.9%; MPX-N: 56.1%). MPX-P individuals had greater sexual network size than MPX-N (5.40 and 4.97 in means, respectively) but this difference was not significant. Having foreigner