



La coordinación entre redes centinelas y las nuevas etapas de la vigilancia epidemiológica

Sr. Director:

En referencia a las redes centinelas de las comunidades autónomas (RC-CA), creemos que si en algo han avanzado en los últimos años ha sido precisamente en coordinación y colaboración. Por ello nos sorprenden afirmaciones como las de Mateo y cols.¹, que reclaman un esfuerzo por parte de las personas e instituciones implicadas en las RC-CA para alcanzar un nivel mínimo de coordinación. Colaborar es esencial en la definición de una red centinela, y un comportamiento natural en un sistema basado en la participación voluntaria de sus notificadores de «primera línea». De hecho, la participación de los mismos sólo es sostenible si se les garantiza la utilidad de la información para su trabajo y para la investigación en salud pública, y concretamente la epidemiológica².

Desde hace años, las RC-CA han desarrollado fructíferos contactos entre ellas, plasmados por ejemplo en la celebración de una sesión espontánea en la XII Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología (Alicante), titulada «Redes Centinelas en Información Epidemiológica». En 1995, tres de las redes centinelas (Castilla y León, País Vasco y Comunidad Valenciana) se coordinaron para registrar un problema de salud («trastorno de ansiedad») con idéntica definición de caso y variables a recoger³. En 1996, las redes de Castilla y León y de la Comunidad Valenciana colaboraron en la recogida de casos de «demanda y prescripción del test VIH», contando también con idénticos protocolos de definición de caso y variables⁴.

La colaboración sigue durante 1997, y continuará en 1998, ya que cinco de las redes están registrando la valoración de la fragilidad en ancianos. No tenemos noticia de otra actividad en el campo del envejecimiento realizada en cinco comunidades autónomas simultáneamente. En la temporada 1996-97, y continuando en 1997-98, las redes se han coordinado entre sí, y en esta ocasión también con el Centro Nacional de Epidemiología, para el desarrollo de un programa de vigilancia de la gripe en nuestro país, integrado además en el «European Influenza Surveillance Scheme».

La colaboración no se restringe a nuestro país ni a la técnica empleada. Tres redes españolas (Castilla y León, Madrid y País Vasco) han trabajado conjuntamente con otras redes europeas en proyectos de investigación sobre enfermedades vacunables en la infancia y prescripción del test VIH (programas financiados por la Comisión Europea)⁵, que han permitido sentar las bases metodológicas y de funcionamiento de las redes centinelas. Desde los primeros contactos, además, se han usado medios telemáticos para la comunicación entre las redes: primero fuimos «hospedados» por Maraños BBS (Sevilla), y posteriormente mediante un foro de intercambio en Internet (Canarias) que nos permite mantener contacto permanente.

Las RC-CA han sido impulsadas, desarrolladas y financiadas desde las administraciones autonómicas, incluso en momentos en que desde otras instancias no se comprendía sufi-

cientemente su rentabilidad. Están operativas desde años antes de la publicación del Real Decreto de creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica⁶, y han realizado proyectos en común surgidos de su propia coordinación, e incluso, en la mayoría de los casos, sin fuentes de financiación específica para dichos proyectos. No estamos en condiciones de desaprovechar el enorme capital humano que sustenta estas redes, en las que, a lo largo de estos años, se han implicado, de forma voluntaria, más de 500 médicos generales, pediatras y enfermeros.

Por ello, ahora es oportuno y deseable potenciar la colaboración y recoger sus frutos, contando con la participación de todas las redes centinelas, y desarrollando en la práctica los tres escuetos artículos del Real Decreto, y siendo conscientes, en todos los niveles de la vigilancia, de que se han diversificado los sistemas de información epidemiológica, y que no sólo se apoyan en la notificación obligatoria de las enfermedades.

El desarrollo futuro de la colaboración debería apoyarse en la vitalidad e independencia de las redes, cada una de las cuales, para tener continuidad, necesita trabajar en lo que se revela como deseable para sus integrantes: informadores, epidemiólogos, salubristas, administradores y políticos. Así, las acciones coordinadas deberán facilitar e impulsar el trabajo conjunto de las redes, logrando la colaboración no a través de la unanimidad, sino mediante la flexibilidad, el diseño imaginativo, el esfuerzo de todos y algo de financiación. Los responsables de la vigilancia epidemiológica a nivel nacional están en una posición única para contribuir a fortalecer las redes centinelas y para desarrollar la coordinación reclamada, partiendo de la solidez y rigor que han alcanzado las redes actualmente en funcionamiento. En la medida en que las redes sean el resultado de una política institucional clara, decidida e innovadora en el ámbito de la vigilancia en salud pública, no podrán ser consideradas como producto de esfuerzos personales sino que se acercarán cada vez más a su objetivo de ser herramientas útiles de información sanitaria.

**A. Tomás Vega Alonso¹ / Rosa Ramírez Fernández² /
Maribel Larrañaga Padilla³ / Juan Urbina Torija⁴
Óscar Zurriaga Lloréns⁵ / Lucas González Santa Cruz⁶**

¹ *Coordinador de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León. Servicio de Epidemiología. Direcc. Gral. de Salud Pública y Asistencia. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.*

² *Coordinadora de la Red de Médicos Centinela de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.*

³ *Coordinadora de la Red de Médicos Vigía del País Vasco.*

⁴ *Coordinador de la Red de Médicos Centinelas de Guadalajara.*

⁵ *Coordinador de la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Servicio de Epidemiología. Direcc. Gral. de Salud Pública. Consellería de Sanitat. Valencia.*

⁶ *Coordinador de la Red Centinela Canaria. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de Salud.*

Bibliografía

1. Mateo S. De, Regidor E, Martínez Navarro JF, Gutiérrez-Fisac JL, Tello O, Pachón I y cols. Creación de la red nacional de vigilancia epidemiológica. ¿Fin, comienzo o continuación de una etapa? *Gac Sanit* 1997;11:190-7.
 2. Chauvin P, Valleron AJ. Monitoring the compliance of sentinel general practitioners in public health surveillance: which GPs persevere? *Int J Epidemiol* 1997;26:166-72.
 3. Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urtiaga M, Marco J. Trastornos de ansiedad en atención primaria. *Gac Sanit* 1996; 10 supl 2: 118.
 4. Calabuig J, Vega AT, Zurriaga O, Gil M, Peñalver X. Demanda y prescripción del test VIH en los servicios de atención primaria en dos comunidades autónomas. *Gac Sanit* 1997; 11 supl 1:51.
 5. Van Casteren V, Leurquin P, Bartelds A, Gurtner F, Massari V, Maurice-Tison S y cols. Demand patterns for HIV-test in general practice: information collected by sentinel networks in 5 European countries. *Eur J Epidemiol* 1993;2:169-75.
 6. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm. 21, 24/01/1996.
-

¿Es oro todo lo que reluce?

El hecho de que se haya recibido una carta de respuesta a nuestro artículo de opinión acerca del Real Decreto por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica^{1,2} (RENAVE) nos ha sorprendido, ya que es poco frecuente la discusión en el campo de la vigilancia de la salud pública en nuestro país. Además, resulta significativo el detalle de que la carta al citado artículo tenga su fundamento en un breve comentario que se hace en el mismo a un corto párrafo de ese Real Decreto que aporta metodología novedosa en este ámbito. De ahí la relevancia que, sin duda, tiene esta carta.

En un artículo de opinión, la afirmación de que la creación de redes centinela ha sido producto de esfuerzos personales más que el resultado de una política clara y explícita de los departamentos de salud² es, exclusivamente, una opinión de los autores del artículo. De igual manera, el comentario acerca de la necesidad de alcanzar un nivel mínimo de coordinación² es una apreciación de esos mismos autores basada en su experiencia personal. Concretamente, algunos de ellos, por razones de su trabajo, colaboran con esas redes con el objetivo de fortalecerlas para que lleguen a ocupar el importante papel reservado a las mismas en la vigilancia de los problemas de salud de la población³.

Ahora bien, dado que nuestro interés no es cuantificar el grado de esfuerzo personal ni el nivel de colaboración existente que, por otra parte, en las actuales circunstancias podría ser suficiente, pensamos que puede ser más interesante proporcionar otra vez elementos de discusión en un ámbito en el que se originan muchas noticias pero escaso debate. Nos anima, todo hay que decirlo, el deseo de emular la apasionada controversia que suscitó un corto artículo, publicado no hace mucho tiempo, sobre el funcionamiento y forma de difusión de la información de una red de médicos centinela consolidada en un territorio nacional como Francia^{4,6}, y que abre muchos puntos de discusión. Por ello, aprovechamos el espacio que de nuevo nos brinda *Gaceta Sanitaria* para comentar el papel que pueden jugar las redes centinelas en la actual RENAVE, pero matizando las bon-

dades que a juicio de los autores de la carta parecen tener esas redes.

Así, si nos ceñimos, por razones de espacio, a las redes o sistemas médicos centinela —el término sistema centinela, como procedimiento de vigilancia, es muy amplio—, y a su utilidad en la vigilancia de las enfermedades transmisibles, deberemos tener en cuenta algunos hechos derivados de las limitaciones de estas redes. En primer lugar, las enfermedades de baja incidencia y aquéllas en las que son necesarias medidas locales de control no pueden ser sometidas a vigilancia por estos sistemas —enfermedades prevenibles por inmunización en fase de control o erradicación, enfermedad meningocócica, brotes, etc.—. En segundo lugar, estas redes adolecen de falta de especificidad, atributo cada vez más requerido en los sistemas de vigilancia. Y, en tercer lugar, persiste la subdeclaración propia de cualquier sistema de notificación, aunque seguramente no tan grande como en los sistemas de notificación universal, y, además, se añaden los problemas derivados de la falta de precisión en la definición de poblaciones de referencia y la dificultad en la interpretación de algunos datos, como consecuencia del comportamiento diferente de la población en el acceso a los servicios médicos.

Si la vigilancia se define como intervención y los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles precisan de una mayor especificidad, es obvio que las redes de médicos centinela no son un procedimiento ideal. Por contra, pueden emplearse, y se emplean de hecho, en la vigilancia de enfermedades de elevada incidencia como la gripe donde proporcionan información sobre la capacidad de difusión de la enfermedad en la comunidad, con ahorro de tiempo y recursos. Pero, ¿qué haríamos con esa información si no fuese acompañada de la especificidad que supone el aislamiento e identificación de virus gripales en esa población? Por otra parte, estas redes, para ser consideradas como tales, necesitan cumplir unos criterios adecuados de tamaño y representatividad y éstos son difíciles de lograr y mantener con sistemas de participación voluntaria⁷.