
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 coordinación³ 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.

Así pues, no es oro todo lo que reluce, aunque también es verdad que nuestra actividad de vigilar nunca ha requerido ese apreciado metal. En cualquier caso, la vigilancia de la salud pública no se agota en el campo específico de las enfermedades transmisibles e, igualmente, somos conscientes de que no hay un único procedimiento válido en la vigilancia de los problemas de salud. Es responsabilidad de todos fortalecer los instrumentos de vigilancia existentes—incluyendo su coordinación—y crear otros nuevos que permitan responder adecuadamente a las necesidades actuales de la salud pú-

blica. Aun siendo esto difícil, siempre será tarea más fácil que esclarecer las políticas institucionales.

Salvador de Mateo

Centro Nacional de Epidemiología.

Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Enrique Regidor

Subdirección General de Epidemiología, Promoción y

Educación para la Salud: Ministerio de Sanidad y

Consumo. Madrid.

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. BOE núm. 21, 24 enero 1996.

2. Mateo S, Regidor R, Martínez-Navarro F, 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.

3. Desenclos J-C, Bijkerk H, Huisman J. Variations in national infectious diseases surveillance in Europe. *Lancet* 1993;341:1003-6.

4. Boussard E, Flahault A, Vibert JF, Valleron AJ. Sentiweb: french communicable disease surveillance on the world wide web. *BMJ* 1996;313:1381-2.

5. Noah N. How good are the epidemiological data? *BMJ* 1996;313:1382-3.

6. Flahault A, Boussard E, Vibert JF, Valleron AJ. Sentiweb remains efficient tool for nationwide surveillance of disease. *BMJ* 1997;314:1418.

7. Chauvin P. Constitution and monitoring of an epidemiological surveillance network with sentinel general practitioners. *Euro J Epidemiol* 1994;10:477-9.
