

CARTAS AL DIRECTOR

Novedades en Vigilancia Epidemiológica

Sr. Director:

La Vigilancia Epidemiológica experimentó un notable avance en Andalucía tras la constitución del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA) por el Decreto 66/1996 de que fue efectivo el 1 de enero de 1997. Se han experimentado avances en la mejor cobertura y rapidez en la disponibilidad de información del sistema básico de vigilancia (Enfermedades de Declaración Obligatoria, EDO), detección e intervención rápida ante alertas epidemiológicas, difusión de la información, e integración de distintas fuentes de información (EDO, altas hospitalarias, información microbiológica, centinelas de gripe etc).

De especial interés consideramos que ha sido el esfuerzo realizado para la publicación del «SVEA. Informe Semanal» cuya edición electrónica pueden recibir los profesionales sanitarios que lo soliciten, a las 15.00 horas de todos los viernes mediante una lista de distribución en Internet.

Aunque la estructura y principios básicos del SVEA siguen vigentes, se han producido cambios tanto en el marco nacional como internacional y especialmente europeo, que han recomendado introducir modificaciones en el sistema básico de vigilancia (la declaración de EDO). Estos cambios se refieren a las enfermedades incluidas en vigilancia, los plazos máximos en los que se debe realizar la declaración de casos y el nuevo carácter urgente que se da a la declaración de algunas enfermedades. Estas modificaciones están recogidas en la Orden de 17 de junio de 2002 por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (Disponible en <http://www.csalud.junta-andalucia.es>).

Después de publicarse la anterior Orden sobre vigilancia epidemiológica se ha producido un desarrollo normativo importante de la vigilancia epidemiológica en la Unión Europea: se ha creado la Red Europea de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles que incluye la Red Europea de Alerta Precoz, de los que formamos parte a través del Centro Nacional de Epidemiología.

Este impulso en la vigilancia epidemiológica en Europa se ha visto acrecentado por los acontecimientos del 11 de septiembre que han condicionado la decisión de tener operativo para el año 2005 un centro europeo de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles. Todas estas medidas supondrán un esfuerzo adicional a las redes de vigilancia nacionales y regionales.

Por otra parte se ha publicado la relación de enfermeda-

des que deberán incluirse en la vigilancia a nivel europeo y se han establecido unas definiciones comunes de caso a efectos de vigilancia par toda la Unión Europea, la mayoría de las cuales ya estaban contempladas en el SVEA. En la ampliación de las enfermedades a vigilar se han incluido las derivadas de la norma europea y otras enfermedades emergentes:

Aspergilosis, Anisakiasis, Campilobacteriosis, Criptosporidiasis, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH), Infección por Escherichia Coli O157 y Tularemia.

De acuerdo con los requisitos de la Red Europea de Alerta Precoz, y las tendencias a la vigilancia de síndromes o situaciones como complemento a la vigilancia de enfermedades definidas, se introduce la declaración de:

«Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo en el territorio de Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública».

La normativa hasta ahora vigente establecía que la declaración de casos de EDO ordinaria debería realizarse preferentemente el mismo día de la sospecha diagnóstica, y como máximo antes de finalizar la semana epidemiológica. Al establecerse por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica la declaración de las EETH en un plazo máximo de 48 horas, con la finalidad de no establecer una nueva categoría en los plazos de declaración, se ha optado por establecer este plazo máximo para todas las EDO de declaración ordinaria.

Esta disminución de los plazos tiene la finalidad de poder identificar e intervenir lo antes posible ante cambios en la situación epidemiológica. Para cumplir estos plazos es preciso que se generalice la declaración electrónica de EDO según la opción que para ello se dispone en el TASS. Se está desarrollando una aplicación informática que permitirá que cada noche se incorporen a las bases de datos del SVEA las declaraciones electrónicas realizadas en cada consulta durante el día anterior; de esta forma la declaración se realizará en un plazo menor a 24 horas.

Durante unos meses es necesario enviar al Distrito Sanitario el impreso que genera dicha aplicación; posteriormente se informará cuando ya no sea necesario que se haga el envío en papel al estar en pleno funcionamiento la nueva aplicación que captura la declaración electrónica (previsto para finales del 2002).

En cuanto a la declaración urgente no hay modificaciones: esta se realizará de una forma inmediata al Distrito Sanitario en el horario laboral habitual y fuera del mismo

(día o noche) al teléfono habilitado por la EPES en cada provincia para recibir la declaración de alertas epidemiológicas. Hay modificaciones para algunas enfermedades que pasan a ser de declaración urgente: el sarampión de cara a su eliminación (ya que requiere un diagnóstico y acción inmediata) y otras enfermedades cuando se sospeche sean de transmisión alimentaria (Hepatitis A, Brucelosis y Fiebre Tifoidea).

Javier García León
Epidemiólogo
D.G. Salud Pública y Participación
Consejería de Salud.
jgarcia@csalud.junta-andalucia.es

Médico de familia, botica y la «mosca» de la Administración

Sr. Director:

Tras la lectura del editorial reciente [M. Gálvez Ibáñez. «Libertad de prescripción, libertad de dispensación». *Medicina de familia Andalucía*, mayo 2002; 3 (2): 77-78] fueron varias las respuestas personales que ello suscitó.

Inicialmente el deseo larvado de «caza de brujas» o de «depuración interna» que subyace en su contenido me llamó la atención. Es una especie de incitación a realizar un cónclave interno en lo que a los médicos de familia respecta, para depurar las toxinas que parece que la industria farmacéutica nos inocular. No creo que sea por completo negativa su existencia, pues gracias a su apoyo económico son muchas las acciones que nuestras sociedades pueden sacar adelante en temas tan cotidianos como la distribución de publicaciones o apoyos en congresos o reuniones científicas de diferente índole. No creo que yo deba ser el que incite a la vergüenza de ninguno de mis colegas por su acciones, pues ¿acaso soy yo el «sumum de la perfección»? Para ello están los comités de ética profesional de nuestros colegios, de los que deberíamos de hacer uso en caso de que creyéramos que fuera preciso.

En cuanto al tema de la *prescripción por principio activo*, pienso que caerá por su propio peso, pues si su existencia se debe a una medida para el control del gasto farmacéutico, se puede demostrar en un momento que esta forma de actuar es más gravosa que la prescripción mediante nombres comerciales. El motivo de ello es por todos conocido: hay un alto porcentaje de fármacos que se encuentran bajo el precio de referencia que nunca se entregan a los pacientes cuando se les prescribe por principio activo al ser desplazados por otros de precio superior al primero y sin sobrepasar el de referencia. El boti-

cario no es baladí y sabe que a mayor precio mejor margen de beneficio. Todo ello sin entrar a comentar el tema de la sensación de descontrol que induce en el paciente (máxime en niveles socioculturales muy bajos) el ver que todos los meses le cambian la presentación de sus pastillas de la tensión ...

Pienso que lo mejor en este tema sería abandonar la prescripción por principio activo y *tan solo financiar un nombre comercial* de un fármaco por cada tipo de presentación del mismo, con lo que se llevaría las ventas tan solo un laboratorio farmacéutico para ese tipo de presentación y se conseguirían importantes descuentos en su licitación a nivel nacional o autonómico. Con ello se evitaría ciertas «argucias de marketing» dudosas y la proliferación de nombres comerciales para una misma presentación en nuestras consultas con consabidas discusiones con nuestros pacientes o usuarios en las consultas por modificaciones de prescripción sin cambio de principio activo ni presentación.

Buena razón tiene nuestro compañero cuando argumenta (con buen atino y peso) el que sea bien visto por nuestras «mentes pensantes politicomparlantes» el que *al médico se le fustigue con el peso de la ética* y al boticario se le apruebe con su afán de lucro empresarial. No dejemos de lado el hecho de que no somos pocos los médicos empresarios o autónomos que debemos ser bien vistos desde tal punto de vista por ampliación, ¿no? Bueno, y sin mencionar que a diferencia de ellos que pueden ser desplazados por un mancebo para «despachar» las pastillas, el médico no puede ser desplazado por nadie en sus menesteres; de lo cual me enorgullezco a pleno pulmón. Harina de otro costal sería el que nos metiéramos en comentar el tema de la dispensación de fármacos sin prescripción alguna a diestro y siniestro de lo que somos testigos en las farmacias ...

Acertado punto de vista en el tema de la «*doble moral*» a la que nos vemos sujetos con la salida de nuevos fármacos para que después sean denostados por las agencias de evaluación de los medicamentos. Es como al niño que tras enseñarle el caramelo con todo el beneplácito del mundo, se le prohíbe comer por desconocer si luego le caerá bien.

Recordemos que los denominados «*gastos de representación*» es una realidad del día a día del comercio y a ello todos nos atenemos en mayor o menor cantidad. Y si no miremos a esos políticos que tanto nos atosigan y acusan con su dedo por temas de gastos en sanidad cuando ni Dios mismo sabrá el alto precio que su existencia nos depara en tales conceptos cuando tienen que inaugurar un tramo de carreteras y luego para celebrarlo se van todos a un afamado restaurante de la zona para incrementar los lípidos que después tendremos que reducir con una receta por principio

activo. ¿No son estos «viajes pseudopolíticos»? Y a esto no contraatacamos!!!!

La *respetabilidad social* que estamos perdiendo la podemos recuperar con medidas tan simples tales como el recoger las riendas de la prescripción al evitar que se les

cambie en las farmacias los productos que prescribimos y se nos menosprecie con tales acciones tan lucrativas para el boticario.

*Dr. Manuel M.ª Ortega Marlasca
Especialista en medicina familiar y comunitaria*