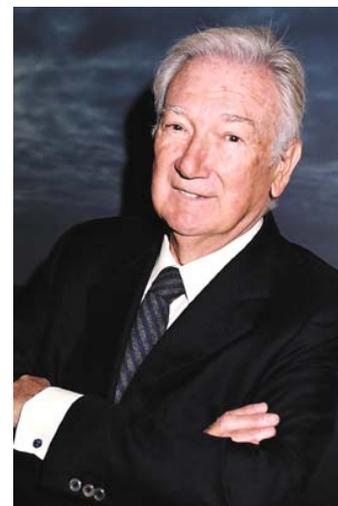


PRESENTACIÓN



Un análisis con perspectiva de los principales temas sanitarios permite avanzar que su evolución está completamente mediatizada por factores como la globalización, la mayor difusión de los medios de comunicación o la influencia de los organismos internacionales.

El ejemplo más reciente de ello es la epidemia de SARS, que fue la noticia con mayor impacto en la prensa de nuestro país durante los meses de marzo y abril del 2003.

Me atrevería a decir que, en otros tiempos, el SARS hubiera sido un problema local, con toda probabilidad circunscrito al ámbito territorial del Sudeste asiático, al modo de una gripe que hubiera evolucionado con un porcentaje de muertes algo superior y afectando básicamente a gente mayor. No debemos olvidar que su medio de contagio es parecido al de un resfriado.

Situándonos ya en nuestros días, hemos visto cómo los medios de comunicación dan la noticia y alertan «globalmente» de esta enfermedad desconocida para el mundo. Se dan, entonces, unos referentes sociológicos intrínsecamente ligados al siglo XXI.

En primer lugar, los medios de comunicación tienen gran facilidad para conocer los hechos con rapidez, lo que les otorga la concurrencia de informar del binomio prevención-alarma, algo que, en principio, consideramos positivo. (Desde el punto de vista del análisis Quiral, se elogian aquellas infor-

maciones que logran mejorar la comprensión de la realidad.)

En segundo lugar, la situación de alarma viene dada por las formas de vida actuales, en que la velocidad prima sobre la seguridad, con desplazamientos de población en aumento, medios de transporte más rápidos, uso del aire acondicionado generalizado en el mundo desarrollado, etc. Todo ello hace que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se defina en su diligencia por prevenir y, en el caso del SARS, tomara – con una rapidez extraordinaria – medidas y recomendaciones. Consideramos, por tanto, que las medidas dictadas para evitar la propagación de la infección fueron oportunas y se tomaron acertadamente.

La reflexión que da paso a nuestro debate es que, ante cualquier tema sanitario, es importante que la información sea tratada de forma prudencial y objetiva, y que cuente con el apoyo firme de las administraciones públicas. Todas estas circunstancias se dieron en el SARS.

La colaboración entre prensa e instituciones, contando con expertos que investiguen y comuniquen objetivamente, es primordial para tratar los temas de salud. Para hablar de ello con mayor autoridad, hemos convocado a personas que viven o han vivido este tema desde distintas atalayas.

Antoni Vila Casas
Presidente de la Fundación Privada Vila Casas

Sumario	2
Presentación	2
ANTONI VILA CASAS	
SARS: una nueva estrategia contra las enfermedades infecciosas emergentes	
Ponentes	
Ana Pastor	5
Ferran Morell Brotad	6
Rafael Fernández Muñoz	7
Antoni Trilla	8

Joan A. Caylà	9
Miquel Vilardell	10
Debate	11
Conclusiones	15

CUADERNOS QUIRAL

AÑO 7 • NÚMERO 18 • PUBLICACIÓN CUATRIMESTRAL • DICIEMBRE 2004

Edita: Observatorio de la Comunicación Científica, UPF

Fundación Privada Vila Casas, Ausiàs Marc, 20 - 08010 Barcelona

Coordinación: Àngeles Canals

Producción editorial: Rubes Editorial, S.L.

ISSN: 1578-6056

SARS: UNA NUEVA ESTRATEGIA CONTRA LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EMERGENTES

A una sala de redacción de un periódico llegan diariamente cientos de comunicados de prensa. Una gran parte de ellos son descartados, algunos archivados y otros se convierten en noticia, según ciertos parámetros que en periodismo son llamados *valores noticia*. Los elementos que conforman los «valores noticia» podrían tener cierta similitud con los parámetros de diagnóstico clínico, al someter a análisis el relato de un acontecimiento y, según sea el caso, clasificarlo como publicable, según su novedad, su potencial impacto en la vida de los ciudadanos, su interés humano, etc. Muchos de los elementos que permiten valorar un acontecimiento como noticiable varían tanto de país en país como, inclusive, entre cada medio de comunicación.

Pero cuando comenzaron a aparecer los primeros comunicados de prensa sobre una extraña gripe que estaba afectando a algunas zonas de China y que sería conocida como la epidemia del SARS (de *Severe Acute Respiratory Syndrome*, síndrome respiratorio agudo grave), quedó extraordinariamente patente que los periodistas en áreas científicas perciben hoy un mismo acontecimiento sanitario como noticiable ya se encuentre en España, Brasil o en Hong-Kong. El caso del SARS, ante todo, demostró que la globalización, en este caso sanitaria, ha llegado hasta las salas de redacción de todo el mundo y, por consiguiente, a todos los consumidores de noticias en la mayoría de las sociedades. El amplio análisis de este caso que han realizado tanto periodistas como médicos y expertos en sanidad pone de manifiesto una nueva forma de trabajar entre ambos grupos: mientras unos se centran en las labores de investigación y gestión de crisis para acotar la enfermedad y detener una posible epidemia, trabajando «hacia dentro», otros extienden la información y alertan sobre su posible propagación, trabajando «hacia el exterior». Esta nueva estrategia de comunicación y apoyo a la epidemiología y a la virología, entre otras especialidades ha resultado de gran utilidad en este caso, aunque posiblemente de alcances poco sospechados hasta ahora.

Cronología de la epidemia

La posibilidad de una epidemia mundial por un virus que se transmite por el aire y de una alta tasa de mortalidad significó, desde el primer informe de prensa transmitido por la Or-

APUNTES SOBRE EL SARS

- El término SARS ha sido adoptado como símbolo de la nomenclatura internacional para definir una enfermedad respiratoria viral causada por un Coronavirus llamado SARS-CoV. Es interesante destacar que la utilización del adjetivo *severo* deriva de una traducción literal del inglés *severe*, aun cuando debería haberse utilizado la palabra *grave*, que es la correcta y más apropiada en el lenguaje médico. La difusión masiva de esta nomenclatura parece haber perpetuado esta traducción, mostrando cómo los medios de comunicación pueden incluso influir en la propia comunidad médica.
- El virus del SARS afectó de forma especial el Sudeste asiático, pero se documentaron casos en 32 países, en especial en China, Canadá, Taiwán y Hong Kong, aunque también en Francia, Brasil y el Reino Unido, entre otros. La extensión de la epidemia fue controlada casi por completo en julio del 2003, aunque durante el invierno del 2003 y principios del 2004 aparecieron algunos casos aislados que fueron controlados. Durante el primer período de la enfermedad, entre marzo y julio del 2003, se confirmaron más de 8000 casos, de los que 774 murieron.
- Según la información del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, su sintomatología empieza generalmente con fiebre alta (superior a los 38 °C), dolor de cabeza, sensación general de incomodidad y dolor en el cuerpo. Algunas personas experimentan síntomas respiratorios leves al principio de la enfermedad, y cerca del 10 al 20 por ciento de los pacientes sufren de diarrea. Después de 2 a 7 días, los pacientes pueden presentar tos seca y, la mayoría de los pacientes contrae neumonía. Se calcula que el porcentaje de mortalidad global ha sido cercano al 15%, con un rango de 0 a 50 % dependiendo del grupo de edad. Los trabajadores de la salud fueron los más afectados (21 % de los casos, rango de 3 a 43% en los distintos países). Otros factores de riesgo identificados fueron: sexo masculino, edad avanzada y presencia de comorbilidad.
- El descubrimiento del virus se anunció justo al cumplirse un mes de la primera alarma de la OMS, y según informó en abril del 2003, la principal vía de propagación del virus es, según el CDC, «el intercambio de gotitas respiratorias», ya sea a través del aire o por contacto directo con pacientes.

ganización Mundial de la Salud (OMS) una noticia de primer orden, al margen de que se tratase de una enfermedad al otro lado del mundo. Casi al mismo tiempo, todas las redacciones de los principales medios de comunicación en el mundo se hicieron eco de la extraña neumonía que afectaba al este de China, en un proceso tan poderoso que ha generado el interés de diferentes estudios en el mundo.

Documentada en, al menos, cinco países (España, Reino Unido, Francia, Italia y China), la cobertura mediática de esta nueva enfermedad infecciosa mostró que los medios de comunicación tuvieron una participación primordial en la estrategia global de actuación. Según el *Informe Quiral*, sólo en España se publicaron 1208 registros sobre la enfermedad, con la mayor cantidad de portadas de los últimos siete años, lo que lo convirtió en el tema de mayor importancia y difusión de todo el año 2003.

Así, mientras en España el primer registro periodístico sobre la epidemia es publicado el día 13 de marzo, en Italia (utilizando métodos de estudio de gran similitud con el *Informe Quiral*, es decir, monitorizando diariamente los cinco periódicos de mayor cobertura nacional de ese país) los primeros textos periodísticos aparecen el 16, al igual que en el Reino Unido, según un estudio basado en la revisión de un mes de las ediciones de domingo de los periódicos de alcance nacional. Otro estudio similar se realizó en Francia, analizando la prensa escrita francesa y, en particular, los cinco periódicos diarios de mayor difusión a escala nacional, entre el 17 de marzo y el 31 de julio del 2003 y, además, en China se realizó otro estudio sobre la prensa, aunque con una metodología diferente.

Los primeros casos se habrían detectado en noviembre del 2002 en el sudeste de China, en un brote que el Gobierno chino habría controlado de forma autónoma, y se le reconoce internacionalmente en febrero del 2003. El 12 de marzo de ese año, la OMS publica una alerta global relativa a un «síndrome respiratorio agudo severo» (SARS) en Vietnam, Hong Kong y la provincia china de Guangdong. Tres días después, y por primera vez en su historia, la OMS recomienda posponer cualquier viaje no esencial a las zonas afectadas y, además, la revisión médica de todos los viajeros que se embarcaran en ellas.

Según se describe en el *Informe Quiral*, en los días siguientes al anuncio de la OMS se notifica que la enfermedad ha alcanzado también Taiwán, Hong Kong, Singapur, Tailandia, Canadá y Alemania. La OMS pidió también a todos los aeropuertos y líneas aéreas mantenerse en alerta y notificar de inmediato cualquier caso confirmado o sospecha. Un juego de falsas alarmas y desmentidos se iría repitiendo desde entonces hasta el final de la crisis. Mientras tanto, se inicia una frenética búsqueda del origen de la enfermedad y la manera de contener su avance, lo que da sus frutos de manera muy rápida: un grupo internacional de científicos descubre en marzo que el síndrome es causado por un virus y encuentran un test capaz de detectarlo. Entre ellos se encontraba Carlo Urbani, investigador italiano que identificó el virus en la ciudad de Hanoi, Vietnam, y que moriría en Bangkok a causa de la enfermedad a finales de marzo.

A destacar que el mes de abril es el de mayor cantidad de textos informativos en todos los estudios realizados. Así, el *Informe Quiral* señala que durante ese mes se produjo la segunda mayor cantidad de textos informativos sobre un tema en toda la historia del Proyecto Quiral, superada sólo por la crisis de vacas locas. A 30 de abril, el SARS había contagiado a 5462 personas y causado 429 muertes. De aquí en adelante, tanto la epidemia como su variante periodística irán dismi-

nuyendo. A inicios de mayo, las autoridades chinas anuncian medidas que pueden llegar hasta la ejecución para quienes propaguen el SARS de forma intencionada y suspende el programa de adopciones internacionales, la OMS comienza a levantar las recomendaciones de no viajar a Hong Kong y otros destinos asiáticos, y el 1 de junio China dice haber controlado la epidemia, ante la mirada escéptica de la OMS, algo sobre lo que esta organización internacional no se pronunciará hasta el 6 de julio, cuando declara que el síndrome está controlado en todo el planeta. Aún habrá algunos brotes más que afectarían a personal sanitario chino, pero su contenido noticioso será tratado de forma muy diferente, sin la magnitud sostenida entre marzo y mayo del 2003.

Actuaciones de agencias de salud nacionales e internacionales

Es destacable, entre muchas áreas de análisis, la rapidez con que los organismos de salud pública mundiales y locales coordinaron esfuerzos para controlar una enfermedad que, en teoría, presentó una tasa de mortalidad y morbilidad mayor que la famosa gripe española. Muchos analistas no dudaron en compararlas: brevemente, la conocida como gripe española (de 1918) fue la última gran epidemia que afectó al continente europeo, causando una cifra cercana a los 20 millones de muertos. La comparación demuestra que, pese al alto grado de alarmismo del SARS, su expansión es mínima si pensamos en las densidades poblacionales de las zonas asiáticas donde surgió. Además, se muestra también que, junto a los avances en biomedicina, salud pública, virología y epidemiología, las redes de información existentes permiten hoy día actualizar conocimientos en horas y minutos, e informarse tanto de forma general como especializada sobre problemas reales que, hoy por hoy, pueden afectar a todo el planeta en cuestión de días (el caso de Canadá fue una prueba de ello).

El caso del SARS muestra la importancia de contar con estructuras preparadas para eventuales emergencias sanitarias como la acaecida. Estructuras que han permitido una estrecha cooperación entre gobiernos, expertos en sanidad y agencias internacionales, en las que los medios de comunicación han cumplido su papel de la mejor forma posible.

Y entre los efectos más poderosos de la prensa en el desarrollo de la crisis del SARS, además de la gran cobertura de la información, podemos contar uno en particular: la cobertura periodística dada a los protagonistas (los gobiernos chino y canadiense, y la OMS entre otros) logró que se influyese tanto en las agendas políticas como en las individuales. Ello tuvo los efectos positivos y negativos que ya se conocen, modificando conductas, planes sanitarios e incluso produciendo una crisis económica en el Sudeste asiático y en algunas ciudades canadienses. El temor al contagio, la herramienta básica de prevención, fue multiplicado por el planeta cerrando fronteras, disminuyendo al mínimo la posibilidad de contagio, e informando a la población mundial sobre el peligro que el SARS significaba. Y de paso, creando un nuevo modelo de actuación frente a nuevas enfermedades infecciosas emergentes.

PONENTES

ANA PASTOR

Licenciada en Medicina y Cirugía.

Ex ministra de Sanidad y Consumo.

Actualmente es coordinadora de Participación y Acción social del Partido Popular.

El debate que organiza la Fundación Vila Casas sobre el SARS es una ocasión idónea para resaltar, y además hacerlo junto a colegas de la profesión, que ante una alarma importantísima en materia de salud pública como fue ésta, nuestro país reaccionó con rigurosidad técnica y preparación. Se demostró que España dispone de profesionales altamente cualificados, algo que en esos días fue incluso destacado por técnicos estadounidenses, gratamente sorprendidos del nivel científico de nuestros virólogos. Como ya sabrán, nuestros antecedentes han creado una larga tradición en virus de la gripe que ha dado los mejores expertos y una gran solidez científica. Todo ello permitió actuar desde campos muy distintos (médico, gestión, epidemiología...) para poner en marcha, apenas en 24 horas, todo el sistema sanitario español. (...) Hemos tenido oportunidad de demostrar cómo funciona nuestro sistema sanitario en otro hecho desgraciado, como fueron los atentados del 11 de marzo, cuando los servicios de salud de todas las comunidades autónomas se pusieron a disposición inmediata, de tal manera que tuve que salir a los medios, a las ocho y cuarto de la mañana a decir que no se necesitaba sangre ni órganos... Se trata de un sistema sanitario consolidado, con una cartera de servicios amplia, y un conjunto de profesionales, entre público y privado, de más de 600 000 que viven intensamente la profesión médica.

De mi experiencia como ministra de Sanidad y Consumo he aprendido que en la vida pública (y, por supuesto, en la privada también) hay que decir toda la verdad conocida. Por otro lado, en política uno también tiene la obligación de no generar alarma indebida. Saber encontrar el complicado equilibrio entre la alarma y lo que has de informar es la clave fundamental: debo decirles que cuando el SARS irrumpió el 12 de marzo en las agendas mundiales adelgacé unos tres kilos, debido a la tensión que significa el deber de informar lo adecuado y hacerlo como máximo responsable del sistema: si algo va mal, la culpa la tienes tú –algo de lo que no tengo la menor duda–, puesto que tus colaboradores habrán hecho lo que han podido, pero al final tú eres el responsable del sistema sanitario.



La clave, por tanto, está en transmitir en lenguaje común un problema sanitario, valiéndose de información ponderada, contrastada técnica y científicamente, y transmitiendo siempre sensación de confianza, sobre todo en los profesionales.

Valoraciones aparte, los hechos más notables que ocurrieron en el SARS, fueron que el día 12 de marzo la OMS emite una alerta mundial –difundida tan sólo a través de su web sin comunicación oficial alguna– y que el día 15 dicha alerta fue ampliada con las primeras recomendaciones para viajeros. Se trató de unas recomendaciones *light*, en las que no se pedía taxativamente a los gobiernos que cerraran fronteras ni que ejercieran controles. Nosotros tomamos la decisión del control a la entrada, porque vas aprendiendo de la experiencia de otros casos (marea roja gallega, *Prestige*, etc.): el ciudadano espera respuestas anticipatorias ante las crisis.

Hay que destacar también que la rapidez en la identificación del agente fue el resultado de la colaboración internacional, concretamente de 13 laboratorios de 10 países, como parte del plan global de la OMS para la cooperación técnica frente a esta pandemia. La falta de un método de diagnóstico de laboratorio fue una limitación, mientras que la definición clínica del caso sí se llevó correctamente.

El SARS y sus consecuencias nos muestran algunos puntos determinantes a tener en cuenta en el futuro: en primer lugar, la elevada tasa de mortalidad (50 %) de esta enfermedad sin vacuna, y cuyas únicas medidas de control son el aislamiento y la cuarentena, pueden causar una importante *disrupción social*. En segundo lugar, deberemos tener en cuenta las consecuencias de su *impacto internacional*, y en tercer y último, no saber reaccionar ante la *incertidumbre* que generan estos casos.

Hasta febrero de este año, se han confirmado cuatro nuevos casos, en Singapur, Taiwán y China, y de algunos de éstos se desconoce la fuente de infección... Qué duda cabe que la alerta y las medidas de control son importantes, pero lo más importante es la *prevención* y el estar preparados y disponibles para que la propagación de cualquier enfermedad, ya sea reemergente o nueva, pueda ser detenida.

FERRAN MORELL BROTAD

Doctor en Medicina.

Jefe del Servicio de Neumología del
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

En 1992 fue galardonado con el Primer Premio
Fundación Vila Casas.



El SARS como nueva entidad infecciosa con una mortalidad de hasta el 11 % (908 muertes de 8422 afectados) (WHO EB 113/33) produjo una importante preocupación tanto en el mundo sanitario como en el resto de la opinión pública. Las medidas sanitarias de control de la infección y aislamiento llevaron finalmente a una solución de la epidemia y, en la actualidad, la infección en el hombre parece controlada. El miedo a lo desconocido y la contagiosidad del germen sembraron el pánico en la población, si bien esta alarma fue cediendo al conocerse el virus causante y su mecanismo de transmisión, que es por contacto directo y cercano con la persona infectada, lo que permitió adoptar una serie de medidas que finalmente evitaron la transmisión de la enfermedad.

Debemos recordar, sin embargo, que las neumonías hasta ahora conocidas ocurren con una incidencia anual entre 2 y 6 casos por 1000 habitantes, y que la mortalidad de la neumonía adquirida en la comunidad, no ingresada, está entre el 1 y el 5 % de los casos. En los pacientes que ingresan en el hospital por neumonía, la mortalidad llega al 12 % («Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia». *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1730-54), cifra que aún es mayor en aquellos pacientes con comorbilidad asociada, como los que provienen de residencias de la tercera edad, que con frecuencia están infectados por gérmenes gramnegativos. Así pues, a pesar de que para la gran mayoría de las neumonías que se diagnostican en nuestro medio tenemos un tratamiento considerado efectivo, en los pacientes con factores de riesgo, la mortalidad es tan alta como lo fue en el SARS.

El germen causante de las neumonías, en la práctica diaria únicamente se identifica en un 40 % de los casos, ya que un buen porcentaje son víricas (influenza, parainfluenza, adenovirus y virus sincitial) y, además, porque los métodos de cultivo e identificación de los gérmenes, en la actualidad aún proporcionan falsas negatividades. Los gérmenes más fre-

cuentemente hallados corresponden a los llamados «atípicos» como es *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia* y *Legionella*, esta última bien conocida en nuestro país, no tanto por ser frecuente como causa de neumonía (entre el 1 y el 13 % del total de las neumonías), sino por su repercusión en los medios públicos. El neumococo es la bacteria más frecuentemente aislada en las neumonías «típicas»; siendo, además, el germen que a menudo se identifica en los pacientes diagnosticados de neumonía y que tienen criterios de ingreso hospitalario. Como hemos mencionado antes, aún tenemos problemas de diagnóstico causal, pero, además, también tenemos dificultades para conseguir la erradicación del agente microbiano. En efecto, por un lado, la resistencia de algunos gérmenes a los antibióticos, que va en aumento a medida que se ha generalizado el uso de estos fármacos y, por otro, la eliminación del microbio en ocasiones se complica al encontrarnos con gérmenes de tratamiento difícil, como por ejemplo *Pseudomona*.

Por tanto, las características diferenciales del SARS con las neumonías usuales de nuestro medio serían que, en un principio, la infección de aquella era producida por un germen desconocido, también que el contagio de persona a persona se llevaba a cabo por contacto íntimo, por lo que se deduce que el contagio se produce a través de las gotas de aerosol producidas al toser, estornudar o hablar, y que en un 20 % el cuadro se acompañaba de diarrea. Al igual que por la clínica no puede diferenciarse un tipo de neumonía de otro, ni tampoco es posible diferenciar de un modo fiable las «típicas» de las «atípicas», no parece que por sus manifestaciones clínicas pueda distinguirse el SARS del resto de las neumonías.

Por último, cabe mencionar que la gripe aviar causada por el virus de tipo A HsN1 ha producido brotes en humanos, también en el Sudeste asiático; esta infección —que produjo una mortalidad aún mayor— no debe confundirse con el SARS.

RAFAEL FERNÁNDEZ MUÑOZ

Licenciado en Farmacia y en Ciencias Químicas.

Jefe del Departamento de Virología del
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Presidente de la Sociedad Española de Virología.



SARS, también denominada *neumonía asiática*, es una enfermedad respiratoria viral causada por un Coronavirus recientemente identificado como Coronavirus asociado a SARS (SARS-CoV), detectada por primera vez en China en noviembre del 2002. En pocos meses, el SARS se extendió por más de 30 países en Asia, América del Norte, Europa y América del Sur, y hasta el mes de julio del 2003 más de 8000 personas fueron diagnosticadas de SARS, contabilizándose cerca de 800 muertes. Podemos afirmar, pues, que el SARS es la primera pandemia surgida en el siglo XXI.

Posteriormente se han detectado unos pocos casos asociados, principalmente, a contaminaciones de laboratorio donde se trabaja con el virus sin que hasta el momento se haya detectado circulación amplia en la población.

El virus causante del SARS fue aislado en seguida de muestras de pacientes en cultivos celulares e identificado por microscopía electrónica como un Coronavirus. Dichas investigaciones fueron realizadas, en primera instancia, por virólogos del Hospital de la Universidad de Hong Kong, mediante técnicas tradicionales para poder detectar nuevos virus, y posteriormente en el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de Atlanta (Estados Unidos), y en Hamburgo (Alemania) y Rotterdam (Países Bajos), en el Departamento de Virología de la Universidad Erasmus.

Coordinados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en pocas semanas, once laboratorios de virología especializados en Coronavirus lograron secuenciar por completo el RNA genómico del nuevo virus (SARS-CoV), filíandolo filogenéticamente como un nuevo Coronavirus distinto de los Coronavirus animales y humanos hasta ahora conocidos, lo que supuso un rápido avance en el conocimiento de su estructura y biología.

Este logro sin precedentes ha sido posible gracias a la experiencia acumulada durante décadas por los laboratorios que venían estudiando, principalmente, Coronavirus animales. Trabajos en curso actualmente permitirán disponer de antivirales y vacunas frente a este nuevo virus.

A pesar de que todavía no se conoce con certeza el origen del virus del SARS, hay indicaciones de que –como ocurre en la mayoría de las infecciones virales emergentes– se trate de un virus animal que ha cruzado la barrera entre especies y ha pasado a humanos.

Hasta este momento no se conoce cuál puede ser el animal reservorio del SARS-CoV, aunque se baraja la posibilidad de que haya sido a través de las civetas, aunque estos felinos no constituyan quizás el reservorio en el que se mantiene el virus.

Dado que la transmisión del virus causante del SARS requiere un contacto cercano con las personas infectadas, cabe decir que su transmisibilidad es baja en comparación con otros virus respiratorios, como los de la gripe o el sarampión. Ello ha facilitado junto a la no detección de infectados asintomáticos el hecho que medidas de prevención por aislamiento de los pacientes y sus contactos llevadas a cabo con eficacia por las autoridades sanitarias hayan permitido, por el momento, el control de la epidemia.

En el debate organizado por la Fundación Vila Casas se discuten los distintos aspectos hasta el momento conocidos sobre infecciones por Coronavirus animales y humanos en relación con las expectativas de control de la epidemia del SARS en comparación con otros virus causantes de pandemias como los virus de la gripe, en especial de los virus de la gripe aviar.

ANTONI TRILLA

Médico epidemiólogo,
Hospital Clínic de Barcelona.

Profesor Asociado de Salud Pública,
Universidad de Barcelona (UB).

Miembro del Observatorio de
Salud Internacional de la UB.



Se ha escrito mucho sobre las denominadas infecciones emergentes, y sobre su relación con la globalización, el turismo internacional, el comercio de alimentos, bienes o animales, el cambio climático, el abuso de antibióticos, la aparición de nuevos microorganismos o la evolución genética de algunos de ellos, más virulentos o más resistentes a los tratamientos. El deterioro de los sistemas de salud pública y vigilancia epidemiológica en muchas partes del mundo tiene que ver también, y mucho, con algunos de los problemas globales de salud que padecemos. Al inicio del nuevo milenio, el mundo tuvo que hacer frente a una epidemia singular, el SARS.

Nunca antes se había producido un despliegue de medios tan importante y un seguimiento tan directo e inmediato de un brote de una nueva enfermedad. Los avances y resultados científicos, las declaraciones de afectados, médicos, responsables sanitarios y políticos, el recuento del número de casos y fallecidos, las zonas de extensión, las medidas de control y las distintas recomendaciones y precauciones para viajar, fueron omnipresentes durante toda la epidemia.

Existen aún interrogantes sobre el modo de transmisión, las medidas de control a emplear y cumplimiento de las mismas, especialmente en los hospitales (recordemos que el personal sanitario fue uno de los colectivos más castigados por la epidemia) o sobre las pruebas diagnósticas, posibles vacunas y tratamiento a considerar, que no están todavía resueltos. En el lado positivo, el intercambio de información y la colaboración internacional contribuyeron sin duda a acelerar la obtención de resultados en las investigaciones básicas sobre la enfermedad y a mejorar su control.

Una vez controlada, por lo menos temporalmente, la epidemia de SARS, podemos evaluar con cierta perspectiva algunas de las intervenciones realizadas en el ámbito de la salud pública.

La rápida identificación de casos y contactos, combinada con las medidas de aislamiento y cuarentena más clásicas fueron sin duda las medidas más eficaces para lograr el control de la enfermedad. Las restricciones y advertencias respecto a los viajes internacionales fueron eficaces, aunque se desconoce si

resultó más eficaz la información oficial que las noticias aparecidas en los medios de comunicación. En las fronteras se usaron (de marzo a julio del 2003) métodos pasivos y activos para informar y detectar posibles casos. Se emplearon avisos, vídeos, declaraciones oficiales y encuestas de salud a los viajeros. También se realizó inspección visual para detectar posibles síntomas y empleo de detectores térmicos. Los resultados combinados de China (incluyendo la Región Especial Administrativa de Hong-Kong), Canadá y Singapur indican que no se logró detectar ningún caso de SARS en más de 35 700 000 viajeros en la llegada, sometidos a cribaje con detectores térmicos a su llegada. En Taiwán, 80 813 viajeros procedentes de áreas endémicas fueron sometidos a distintos procesos de detección. Se identificaron 21 casos probables de SARS (0,03 %) y ninguno de ellos fue detectado por las pantallas térmicas empleadas.

Las medidas de aislamiento y control en los hospitales son más conocidas. Sin embargo, llama poderosamente la atención la extraordinaria falta de medios y recursos en nuestros centros, donde el número de camas de aislamiento con ventilación especial (presión positiva) es mínimo, y donde en algunos casos no disponemos de equipo protector suficiente para tratar con la seguridad adecuada a estos pacientes.

La prioridad actual, para un país como España, debería ser realizar una evaluación de la efectividad y costes de las medidas aplicadas en otros países, incluyendo la valoración cuidadosa de las medidas y métodos de cuarentena y aislamiento.

Los sistemas de salud pública, incluido el español, deben modernizarse, dotarse de recursos suficientes y adecuarse a las nuevas realidades, contextos y amenazas. Hay que dejar de lamentarse, como casi siempre, del papel de *cenicienta* que la salud pública juega en el contexto de la sanidad, y hay que dejar de repetir frases tópicas como la de que «*una onza de prevención vale tanto como una tonelada de tratamiento*». Simplemente hay que creérselo, e invertir decididamente recursos en mejorar la medicina preventiva y la salud pública española en su conjunto, especialmente los sistemas de vigilancia e intervención epidemiológica.

JOAN A. CAYLÀ

Licenciado en Medicina.

Jefe del Servicio de Epidemiología de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.



El síndrome respiratorio agudo grave (SRAG o *Severe Acute Respiratory Syndrome*, SARS) es una enfermedad infecciosa emergente, reconocida en febrero de 2003 en Hanoi (Vietnam), cuyos primeros casos se remontan a noviembre de 2002 en la provincia de Guandong (China). Sus repercusiones han sido extraordinarias tanto a nivel sanitario como económico, psicológico o en los medios de comunicación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por primera vez en su historia, recomendaba el 15 de marzo de 2003 posponer los viajes a las zonas afectadas y revisar a los pasajeros procedentes de las mismas. Sólo habían pasado tres días desde que este organismo lanzara una alerta global sobre el SARS. Enseguida los periódicos presentan grandes titulares tipo «La OMS alerta del peligro mundial de una extraña neumonía». La población ha podido seguir al momento, merced a los medios de comunicación, la evolución de la epidemia, sus principales características y las medidas de prevención y control. El SARS pasará a la historia también por ser la primera epidemia *online* registrada a escala mundial; incluso cada día la OMS publicaba en su web el mapa mundial con las actualizaciones de los casos notificados, especificando incluso la hora de actualización. Da la impresión de que la OMS, con el SARS, prioriza claramente las estrategias de comunicación a la población como forma de implicarla en su control.

El SARS se convierte rápidamente en un tópico sanitario de gran interés para los medios de comunicación, y ha sido el tema periodístico que más artículos y portadas produjo durante el 2003 en España (según la base de datos *Informe Quiral 2003*). El impacto en los medios audiovisuales también ha sido extraordinario, siendo primera noticia de forma repetida en los telediarios. La crisis favorece que los portavoces de las fuentes expertas y otros representantes de la OMS, y diversos ministros se conviertan en personajes conocidos por el gran público.

Pero, ¿a qué se debe el gran impacto del SARS en los medios de comunicación? Es una nueva enfermedad infecciosa emergente y que pone en peligro a la población por su difusión epidémica. Se han descrito numerosos factores favorecedores de estas enfermedades (crecimiento de la población mundial, facilidad y rapidez de los viajes, invasión de zonas

selváticas, recolocación de animales, cambio climático, proliferación de guarderías y de centros sociosanitarios, abuso de antibióticos, guerras, bioterrorismo), varios de los cuales se podrían aplicar al SARS. También son numerosas las enfermedades emergentes descritas en las últimas décadas: la fiebre Ebola, el sida, la tuberculosis multirresistente, la hepatitis C, la legionelosis, la gripe aviar, etc., y todas ellas han tenido amplio eco en los medios de comunicación. En el caso del SARS, este eco se ha amplificado porque se añaden factores como la elevada letalidad inicial, aislamiento estricto de los enfermos, transmisión a sanitarios, miles de individuos sujetos a cuarentenas, controles masivos en algunos aeropuertos, el misterio que rodea a una enfermedad epidémica y el gran impacto económico. Igualmente generó gran preocupación la aparición de casos en Estados Unidos, Canadá y Europa, lo que favorece que los medios de comunicación la presenten como una epidemia que avanza de país en país.

También es de resaltar la progresión de los artículos científicos sobre SARS que se registran en el índice *Medline*. En total son 2248 publicaciones entre enero del 2003 y el tercer trimestre del 2004. A éstas deberíamos sumar las que se irán publicando en los próximos meses —hay un retardo lógico debido a que estas publicaciones suelen ser evaluadas por revisores externos— y aún deberíamos sumar las numerosas publicaciones en las revistas médicas no indexadas en *Medline* —son la mayoría—, por lo que no es descabellado suponer que por cada caso de SARS hay, como mínimo, un artículo científico.

En resumen, el SARS afectó al crecimiento económico a corto plazo, pero también fue un aviso a gobiernos y a organizaciones de salud pública. El impacto del SARS en los medios de comunicación ha sido extraordinario y el papel de éstos es controvertido ya que, en ocasiones, pueden haber generado alarma social y haber ejercido una influencia negativa en la economía de algunos países, pero sin duda la presión sobre autoridades políticas, responsables de salud pública, sanitarios y población general, ha ayudado a eliminar esta epidemia en un tiempo record. La experiencia del tratamiento del SARS, pues, conlleva lecciones a largo plazo y nos hace pensar en cómo los medios de comunicación pueden ayudar más en el control de enfermedades.

MIQUEL VILARDELL

Catedrático de Medicina. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona.

Director de la revista *Medicina Clínica*.

Vicerrector de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Patrón de la Fundación Vila Casas.



El papel de epidemiólogo, entendido como médico de cabecera de la sociedad, es el del profesional que toma las constantes de esa sociedad (usuarios, clientes, enfermos), mediante las tasas. Partiendo de esta idea, probablemente habría que replantearse que, si nuestra comunidad está dividida en territorios, cada territorio debería tener un epidemiólogo, y que de él dependieran varios centros de atención primaria. Así, en primer lugar, el hecho de descentralizar la sanidad, mediante la territorialización de la epidemiología clínica, permitiría un control más minucioso de zonas determinadas, conociendo en cada momento las tasas para comunicarlas a los profesionales de cabecera, por un lado, y al sistema epidemiológico, por otro. Con una buena informatización del proceso tendríamos de información de calidad, obtenida con rapidez, algo fundamental si el objetivo que se pretende es controlar enfermedades no sólo emergentes como el SARS, sino también las reemergentes, como la tuberculosis o cualquier otra enfermedad infecciosa, con un gran contagio.

En segundo lugar, creo que es imprescindible que esta información se conozca y que el ciudadano acceda a la información con transparencia, es decir a todo aquello que esté demostrado y sea verdad, porque esto realmente es lo que transmite confianza, un factor muy importante.

En tercer lugar, en nuestro país hay expertos –y muy buenos– en todos los campos. Por ello es fundamental que los protocolos sean elaborados por expertos en virología o en enfermedades infecciosas, en salud pública, según sea el caso, sin presión de tipo alguno; los políticos tienen que confiar totalmente en comisiones de expertos independientes.

Por último, en lo que atañe a la gestión del proceso, es importante que los profesionales sanitarios estemos informados perfectamente, y no sólo el especialista o el experto en el tema. ¿Qué grado de información tenían los profesionales sanitarios en los grandes hospitales? Es cierto que se dispone de información más o menos actualizada a través de la red, con webs de la OMS que informan al momento, etc., pero sabe-

mos que esto es insuficiente. El profesional requiere información directa, para conocer en cada momento cómo está la cuestión.

A mí me preocupa especialmente, la gestión de las camas hospitalarias. Hoy más que nunca, este problema se arregla con servicios aislados que, a mi entender, deben estar en los propios hospitales pero en unidades de aislamiento específicas, con entrada y salida distinta de la entrada común del centro hospitalario. Estas camas aisladas podrían ser utilizadas para casos de infección tuberculosa, de sida o de cualquier enfermedad infecciosa emergente o reemergente.

Nos hemos referido también a que las publicaciones sobre el SARS han sido muchas durante este período, con mucha bibliografía epidemiológica clínica, porque interesa hacer currículums rápidos (...). Lo cierto es que ahora ya son menos las referencias: ha llegado el momento de hablar de inmunoprofilaxis, de cómo evitar la infección o prevenirla, lo que significa «comunicar» sobre anticuerpos monoclonales e investigación contra el Coronavirus, tareas mucho más costosas y para las que se precisan más recursos.

Finalmente, hay que destacar un factor socioeconómico fundamental para comprender algo más sobre el SARS: las prioridades en salud en China –tema tratado recientemente en un editorial de *The Lancet*–. Evidentemente, el grado de desarrollo en las zonas urbanas chinas ya es muy importante y no debería ser motivo de preocupación sanitaria, pero en China el problema es la desigualdad en zonas rurales, fundamentalmente, donde la infección nace. Es allí donde debe plantearse el campo de actuación.

Pienso que tuvimos la suerte de que nuestro país no se viera afectado por la epidemia de SARS. Aun contando con grandes profesionales virólogos y expertos epidemiólogos, nunca sabremos qué hubiera ocurrido, realmente, si se hubiera producido un elevado número de casos en nuestros centros hospitalarios, porque el temor a que pudiera ocurrir sí existía.

DEBATE

En esta ocasión, el debate sobre el SARS se realizó en dos turnos, debido a compromisos de la ex ministra Ana Pastor. La primera pregunta la planteó Marta Ricart a Pastor sobre si realmente se realizaron los debidos controles en nuestro país y qué hubiera pasado si hubiese habido algún caso de SARS en España: «¿Lo habríamos podido parar?». La ex ministra respondió que se realizaron los controles necesarios de dos fases; en la primera se encuestó a los pasajeros, comprometiéndoles a ponerse en manos del personal sanitario en el caso de aparición de síntomas y, en la segunda se incluyeron medidas como la toma de la temperatura. Cabe decir que, en el momento de implementar esta actuación, «hubo un problema, ya que no estaban disponibles los aparatos de control de temperatura». Además, y comparando las medidas españolas con las desarrolladas por Francia y Portugal, la ex ministra fue rotunda: «Hubo un control, sí que lo hubo».

Ricart preguntó igualmente sobre la capacidad de respuesta de los hospitales españoles, a lo que Pastor, elogiando la profesionalidad y competencias de los profesionales del sistema sanitario español, reconoció que «se tiene que reforzar el sistema, sobre todo en el tema de instalaciones de salas de presión positiva», ante cualquier enfermedad infecto-contagiosa. Recordó, además, que las medidas adoptadas durante la crisis del SARS se realizaron con el propósito de generar la menor alarma posible, a lo que agregó que «los medios de comunicación, con el SARS, tuvieron una actuación muy equilibrada», y que aunque el SARS fue noticia de portada durante semanas, «fue llevada muy bien» por los medios de comunicación.

El debate prosiguió de la mano de Àngels Gallardo, quien le preguntó a la ex ministra Pastor sobre las medidas del sistema sanitario español frente a

una posible pandemia de gripe, un tema que ha sido nombrado de forma recurrente en los medios de comunicación durante los últimos meses. Pastor dijo que, entre las medidas más positivas adoptadas durante la crisis del SARS, estuvo la creación de una comisión en la que estaban representadas las distintas administraciones con responsabilidades, y «que sigue reuniéndose a día de hoy». Recordó que el Consejo de Ministros aprobó «una disposición para la constitución de un sistema especial para la posible reapari-

«La globalización y la entrada masiva de personas que vienen de otras latitudes generan, lógicamente, una globalización también en materia de salud pública.»

ANA PASTOR

ción de una mutación del virus de la gripe» y que se ha implementado, en algunas de las comunidades autónomas, un sistema de médicos centinelas, cuya misión es recoger y evaluar los casos de gripe, por lo que «hay un sistema preparado para este tema», matizó la ex ministra de Sanidad y Consumo.

Por último, Ana Pastor agregó que sería necesario plantear la extensión de la vacuna a más población, que hay un grupo de investigadores que trabaja en controlar las cepas circulantes del virus de la gripe, y que virólogos del Laboratorio de Virología de Majadahonda están trabajando con una muestra de SARS facilitada por Estados Unidos.

Para Débora Happ, una parte importante del problema de las enferme-

dades reemergentes se debería a la inmigración, por lo que le preguntó a la ex ministra si se están tomando todas las medidas para controlar a este grupo de población. Pastor comentó a la periodista de la agencia Efe que su posición es que «la globalización y la entrada masiva de personas que vienen de otras latitudes generan, lógicamente, una globalización también en materia de salud pública», por lo que «habría que estar alerta sobre algunas patologías que pudieran haber existido anteriormente» en nuestro país. Para ella, continuó, no se trata de un problema de un grupo humano en particular, sino del sistema sanitario y de los reglamentos de control de enfermedades. En este sentido, recordó que el Reglamento Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la Salud, que establece los controles internacionales de enfermedades, se redactó hace más de 50 años y que debería ser actualizado.

Frente a las enfermedades de la población inmigrante, Pastor destacó el nivel de la sanidad española y dijo que «la población que viene de otros países —donde no tienen cubierta su asistencia sanitaria— es la mayor frecuentadora del sistema sanitario, y hace bien», recordando que fue ella quien cambió la ley de inmigración, cuando estaba en Interior, para que «todos los ciudadanos tuvieran derecho a la asistencia sanitaria». Destacó que en España se realiza una adecuada detección de las enfermedades emergentes, y que «no vivimos en riesgo», sino que es «un problema que tiene mucho más que ver con la salud pública del futuro y con los temas epidemiológicos del futuro». Para la ex ministra, lo más importante se centra en la necesidad de realizar una vigilancia permanente y de reformar el Reglamento Sanitario Internacional.

Otro de los temas tratados durante la reunión fue la utilidad de los hospitales monográficos, a lo que Miquel



Vilardell pidió a la ex ministra su opinión, teniendo en cuenta la contagiosidad de enfermedades como el SARS, en especial, entre el personal sanitario. Planteado por la mayoría de los presentes debido a la preocupación que genera, fue unánime la opinión que los centros hospitalarios actuales deben tener la capacidad para hacer frente a posibles epidemias infecciosas. De la Serna, por su parte, recordó que en Shanghai tuvo la oportunidad de observar el funcionamiento de su sistema sanitario y que los pacientes con SARS eran tratados en dos hospitales especializados, con un excelente resultado.

Carmen Fernández agradeció a la ex ministra su labor y le pidió «que siga ejerciendo de Pepito Grillo» dentro de la política sanitaria española. Acto seguido, la animó a continuar con su trabajo y le pidió que, frente a la existencia de enfermedades reemergentes, se mejoren los controles en la población, especialmente en los casos de niños no escolarizados y en enfermedades como la hepatitis A, con el fin de mejorar la protección de la población. Pastor le agradeció las palabras de apoyo y dijo que en estos momentos se están ha-

ciendo esfuerzos para mejorar el sistema sanitario, tanto en apoyo a la población extranjera como en la investigación sanitaria. Para ella, un factor importante de los actuales avances es el trabajo en red, tanto en la investiga-

«Precisamente la denuncia en periódicos de la categoría, el impacto y la fuerza de *The New York Times* fue uno de los elementos determinantes para el control de la enfermedad en tan poco tiempo.»

JOSÉ LUIS DE LA SERNA

ción como en los aspectos médicos y epidemiológicos. Por último, la ex ministra comentó que su equipo ha realizado proposición, no de ley, sobre un plan integral de atención a la población inmigrante en salud, el que debería debatirse próximamente.

Después de una pausa para despedir a la ex ministra, el debate prosiguió con la participación de Àngels Gallardo y de José Luis de la Serna, quienes comentaron la participación de los medios de comunicación en el desarrollo del SARS. Para Gallardo, durante la crisis, una parte de los especialistas pensaron que los titulares eran sensacionalistas, mientras que otra parte opinó que no reflejaban la magnitud de la crisis. De la Serna recordó a uno de los editores médicos de *The New York Times*, Lawrence Altman, «quien dijo en público que si no llega a ser por ese periódico, a lo mejor en junio del 2003 todavía seguíamos teniendo la epidemia de SARS». El periodista agregó que «las dos o tres primeras páginas que dedicó Altman y el corresponsal de Hong Kong al tema del SARS –las primeras que empezaron a hablar de este tema con contundencia–, fue lo que puso en marcha, sin género de dudas, todo el mecanismo de la OMS» y... del Gobierno chino.

Según De la Serna, fue «precisamente la denuncia en periódicos de la categoría, el impacto y la fuerza de *The New York Times*» uno de los elementos



determinantes para el control de la enfermedad en tan poco tiempo.

Antoni Trilla, por su parte, comentó que «al menos para mí, Lawrence Altman es una persona particularmente conocida y venerada, por razones históricas y he de confesar que, como epidemiólogo, *The New York Times* es una fuente de información tan buena o mejor que el CDC o la OMS». Trilla añadió que, al margen de quien informó primero, si fue la OMS o *The New York Times*, «la buena relación de la transmisión de la información es bidireccional. (...) La prensa muchas veces se entera o sabe cosas que quizás algunos de los profesionales desconocemos o no estamos al caso», dijo Trilla, «y nosotros, a la vez, podemos reaccionar frente a noticias», por lo que consideró muy positiva la relación entre la prensa y los organismos sanitarios.

Asimismo, el Dr. Trilla comentó que aún faltan buenos canales de información entre médicos, que permitan que, por ejemplo, todos los protocolos de actuación logren llegar a los implicados. «El papel de la prensa como generador de la información y a la vez

transmisor de la información es fundamental, al menos para nosotros», continuó, destacando «que las relaciones de cómo fluye esta información entre la Administración, la propia prensa y los profesionales, aunque no están mal, son susceptibles de mejora.»

«Las relaciones de cómo fluye la información entre la Administración, la propia prensa y los profesionales, aunque no están mal, son susceptibles de mejora.»

ANTONI TRILLA

Posteriormente, José Luis de la Serna preguntó sobre la etiología y la evolución del SARS, que habría afectado de manera muy leve a niños, mientras que en adultos se mostró con una alta mortalidad, especialmente a pulmones de forma muy grave. El Dr. Morell Bro-

tad comentó que los daños pulmonares del SARS se atribuyen «a un supermecanismo inmunológico de defensa que acababa autodestruyendo el pulmón», y el Dr. Fernández Muñoz comentó que, aunque se está descubriendo cómo actúa el virus en proteínas, aún no se conoce cómo se puede combatir el virus del SARS. Sin embargo, destacó que entre los factores que han permitido controlar rápidamente la enfermedad está la relativamente baja infectividad del virus, y que, además, existen pocas variantes de este Coronavirus en comparación con el de la gripe, por ejemplo.

La mayoría de los ponentes y periodistas comentaron, nuevamente, si la capacidad hospitalaria permitiría una atención eficiente de pacientes por alguna enfermedad infecciosa como el SARS o una epidemia de gripe. Aunque la ex ministra destacó las actuales medidas potenciales, el Dr. Caylà explicó que, por su experiencia, dentro de Cataluña no se apreciaban cambios importantes tras la epidemia de SARS. Además, y complementando las preguntas iniciales de las periodistas sobre si el SARS había influido positivamente



te a escala española en el control de las enfermedades infecciosas en hospitales, dijo que existen datos de que la mejora ha sido mínima, y que en el caso de «camas adecuadas para tuberculosos multirresistentes, tenemos las mismas que teníamos hace muchos años, o sea, muy pocas». En su opinión, las mejoras en sistemas de información y en el control de infección hospitalaria han sido mínimas.

Para Antonio Vila Casas, la peligrosidad real de la neumonía asiática es, como destacaron otros ponentes, opinable, y probablemente podría haberse hecho mucho más de lo que se ha hecho hasta ahora en medidas de prevención e implementación. A partir de esta reflexión, destacó que el caso del SARS ha servido para el avance de la ciencia desde diferentes perspectivas, y que la relación entre los medios de comunicación y los organismos sanitarios ha salido fortalecida. En todo caso, destacó que aún existen otros temas en los que no se ha avanzado lo suficiente en la relación publicidad e interés público, como es en el caso del sida. Precisamente sobre este síndrome y sobre la tuberculosis, Trilla comentó que es necesario mejorar la vigilancia epidemiológica, ya que falta mucha información y desarrollo al respecto, por lo que

habría que invertir en la implementación de sistemas adecuados de información y vigilancia.

A la pregunta formulada por Antonio Vila Casas sobre si se está trabajando para conseguir la vacuna contra el SARS, el Dr. Fernández Muñoz comentó que en nuestro país se está trabajando en vacunas para otros Coronavirus como el porcino y que, aunque se está avanzando, aún falta un largo camino por recorrer. Sobre ello, Débora Happ preguntó a Fernández Muñoz sobre si existe una relación eficaz entre veterinarios y biólogos, puesto que la mayoría de estos Coronavirus son transmisibles entre especies. Fernández Muñoz respondió que, dentro de la comunidad de virólogos españoles, los veterinarios participan desde hace más de 20 años en los congresos de la Sociedad Española de Virología y destacó que la virología española ha avanzado mucho en los últimos 25 años.

Para terminar, frente a la peligrosidad de los virus sobre los que se debatió, la mayoría de los contertulios estuvo de acuerdo en que la baja infectividad del virus del SARS fue un factor determinante en su control, así como la gran participación de los medios de comunicación. Con el comentario

en tono humorístico de Antonio Vila Casas sobre que, al parecer, «si espantas la gente cumple, y si no espantas a lo mejor no cumple», se dio por finalizado el debate sobre el SARS.

Fundación Vila Casas 16 de noviembre del 2004

Ponentes

Ana Pastor
Ferran Morell Brotad
Rafael Fernández Muñoz
Antoni Trilla
Joan A. Caylà
Miquel Vilardell
Antonio Vila Casas

Participantes

José M^a Fernández Rúa (*ABC*)
Marta Ciércoles (*Avui*)
Carmen Fernández (*Diario Médico*)
Débora Happ (*EFE*)
José Luis de la Serna (*El Mundo*)
Àngels Gallardo (*El Periódico*)
Marta Ricart (*La Vanguardia*)
Vladimir de Semir (Observatorio de la Comunicación Científica)
Gemma Revuelta (Observatorio de la Comunicación Científica)
Raimundo Roberts (Observatorio de la Comunicación Científica)
Ángeles Canals (Fundación Privada Vila Casas)

CONCLUSIONES

El SARS es el mejor ejemplo de cómo las instituciones sanitarias, el Estado y los medios de comunicación han sabido reaccionar con prontitud ante el peligro de una pandemia. En este caso, hay que concluir que la sociedad fue informada con más o menos tonos dramáticos, pero al fin y al cabo informada.

Del debate organizado por esta Fundación sobre el SARS y sus consecuencias, destacamos algunos puntos clave:



- El SARS puede provocar un 10 % de las muertes de los infectados.
- De momento, no se dispone de vacuna ni tratamiento específico.
- El enfermo debe ser puesto en cuarentena.
- Ese aislamiento se debe a que la contaminación es de persona a persona.
- Nuestro país, y concretamente el Ministerio de Sanidad y Consumo, reaccionó con prontitud editando un protocolo de actuación frente al SARS, de gran ayuda en caso de repetirse una situación similar en el futuro. Entendemos que el país estaba alertado de cómo debía actuar y se actuó para evitar la pandemia.
- En enfermedades emergentes o reemergentes, la epidemiología tiene que ejercer un papel preponderante y estar lo más cerca posible del ciudadano, es decir, actuar desde los CAP o centros de asistencia primaria.
- La división en zonas epidemiológicas debería facilitar la difusión de la información, incentivando la completa comunicación entre expertos, mediante las herramientas informáticas de que disponemos hoy en día.

En cuanto a los medios económicos, creemos que el sistema hospitalario debería gestionar camas hospitalarias específicas para este tipo de enfermedades, entendidas éstas como unidades de aislamiento, a pesar de que ello requiera destinar más recursos e inversiones en este capítulo sanitario. España cuenta con equipos de profesionales excelentes, pero hay que dotarles de medios para realizar un buen trabajo.

Entre los temas relacionados con la epidemiología, la Fundación Vila Casas aprovecha la ocasión para recordar que el sida, una enfermedad reemergente, debe ser tarea prioritaria. A pesar de los últimos avances con tratamientos que prolongan la vida del enfermo, las estadísticas todavía arrojan números muy altos en el porcentaje de infecciones.

Nuestra filosofía como analistas de la información médico-sanitaria siempre es evitar las alarmas: no alarmemos, pues, pero seamos conscientes que los problemas sanitarios del mundo aumentan (tanto en nuevas enfermedades como en número de afectados) al tiempo que lo hacen sus gastos. Es (una vez más) el tiempo de reivindicar una sanidad sostenible.