

# Legionelosis, epidemias recurrentes. Brotos en Zaragoza. La desproporción entre el problema de salud y su repercusión

\_\_\_\_\_ Luis Ignacio Gómez López<sup>a</sup> y Juan Pablo Alonso Pérez de Ágreda<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza.

<sup>b</sup>Jefe de Servicio de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública.  
Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón.

*“Por qué esta magnífica tecnología científica, que ahorra trabajo y nos hace la vida mas fácil, nos aporta tan poca felicidad. La respuesta es ésta, simplemente: porque aún no hemos aprendido a usarla con tino”.*

Albert Einstein.

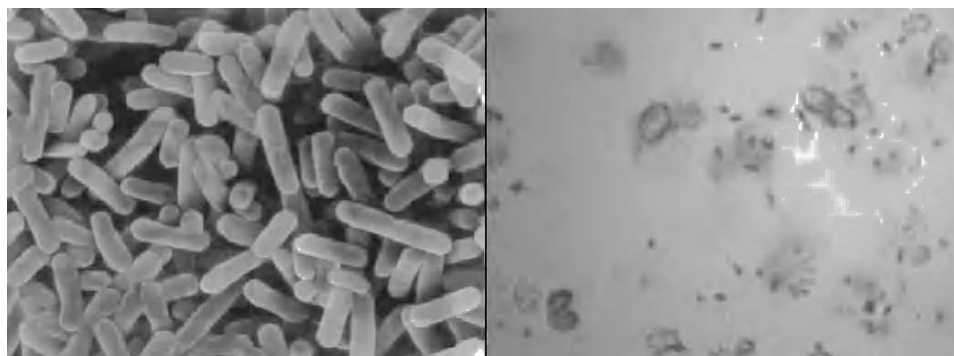
Los brotes de legionelosis han llevado aparejados desde la aparición de la enfermedad un componente mediático y una repercusión social muy importantes. En este artículo (primera parte de dos) se repasan las características básicas de la aparición de la enfermedad, las actuaciones realizadas con motivo de los dos brotes epidémicos que afectaron a la ciudad de Zaragoza en los veranos de 2004 y 2005 y se discuten las amplias repercusiones mediáticas, sociales y políticas que trajeron consigo.

## La enfermedad y su repercusión

---

“Legionelosis es una enfermedad que se considera el paradigma de las enfermedades emergentes relacionadas con el progreso, pues se relaciona con dispositivos y sistemas creados por el hombre, como los sistemas de refrigeración y los complejos sistemas de agua sanitaria. Su relevancia en salud pública viene dada por la aparición en forma de brotes que generan una gran alarma social, su alta letalidad en personas de edad avanzada o con enfermedades subyacentes, la importancia económica en las Comunidades autónomas con turismo y la posibilidad de prevención mediante el control de las instalaciones que utilizan agua”<sup>1</sup>.

Se define como enfermedad bacteriana aguda con dos manifestaciones clínicas y epidemiológicas identificadas

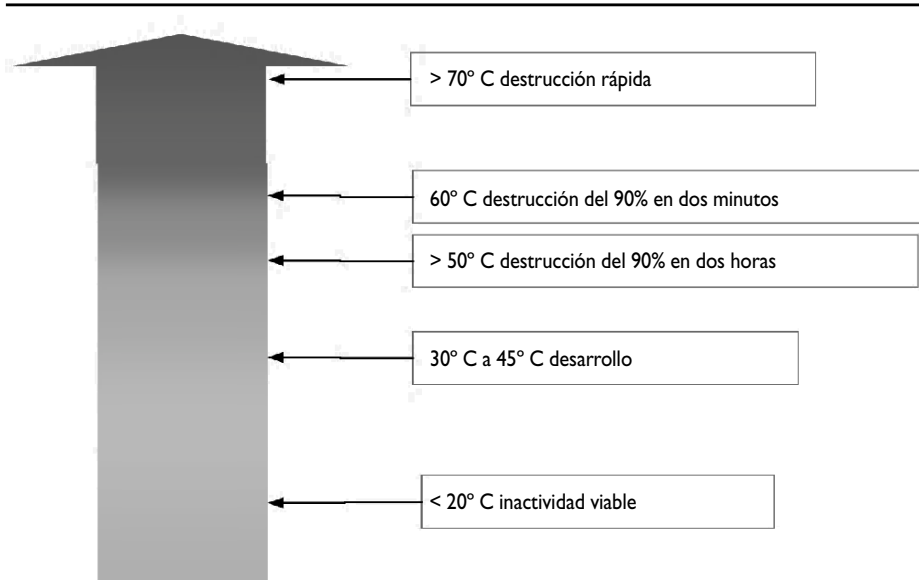


**Figura 1.** *Legionella pneumophila* en cultivo y en secreción.

y diferentes<sup>2</sup>: la “enfermedad de los legionarios” (CIE-10 A48.1) y la fiebre de Pontiac (CIE-10 A48.2). La primera recibe esta denominación por presentarse entre los asistentes a una convención de la Legión Americana en el hotel Bellevue-Stratford de Philadelphia, Estados Unidos, en julio de 1976. Se declararon 221 casos a las autoridades de Salud Pública en Pennsylvania entre los asistentes a la reunión y peatones de la zona. Hubo que hospitalizar a más de dos tercios de los pacientes y fallecieron 34. La investigación del brote fue realizada por los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, y en enero de 1977 se informó de la identificación del agente, al que se denominó *Legionella pneumophila*. Este hallazgo permitió comprobar, contrastando con muestras conservadas, que no

era una enfermedad nueva y que ya se habían dado brotes no etiquetados anteriormente. Asimismo, se constató la existencia de dos formas de presentación, la denominada “enfermedad de los legionarios”, la más grave en forma de neumonía atípica primaria y la fiebre de Pontiac, proceso benigno autolimitado. Se comprueba además que la legionelosis se presenta bien como casos esporádicos, bien como brotes, tanto de origen comunitario como institucional<sup>3</sup>.

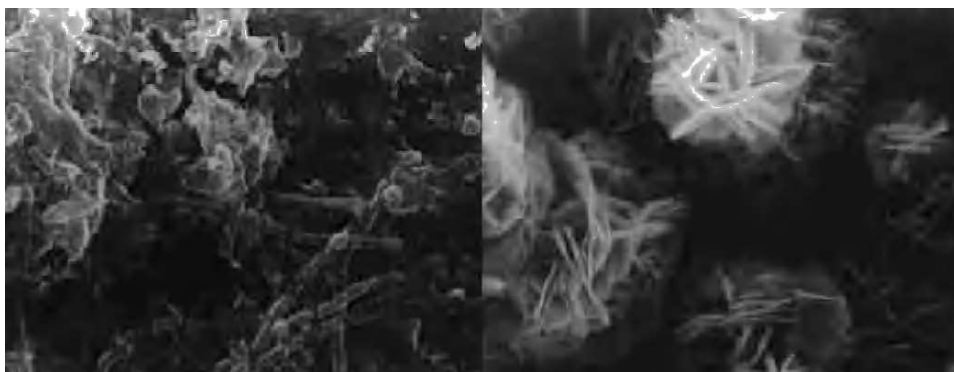
La *Legionella pneumophila* (fig. 1) es una de las 42 especies del género *Legionella*, familia *Legionellaceae*, con tres subespecies y 15 serogrupos. La bacteria necesita de unas condiciones específicas de temperatura<sup>4</sup> (fig. 2), humedad, aporte de oxígeno, pH, dureza, materia en suspensión y existencia de biocapas, que condicionan su presencia y permanencia en circuitos e



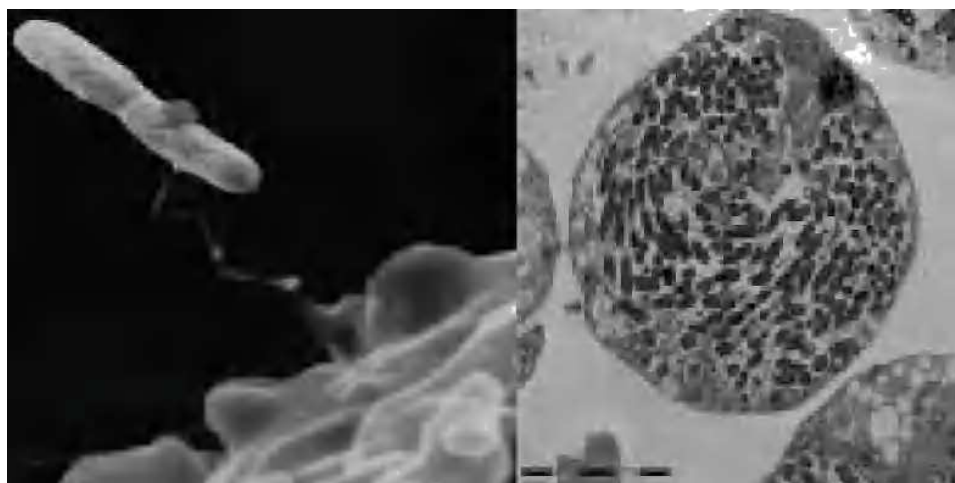
**Figura 2.** Legionella y temperatura del agua.

instalaciones con agua. Las biocapas son el elemento más importante para la persistencia de la bacteria<sup>5</sup>. Se trata de un sedimento viscoso adherente compuesto por

algas, bacterias y protozoos (fig. 3). En concreto, son diferentes especies de amebas las que resultan esenciales para la multiplicación, resistencia y difusión de las le-



**Figura 3.** Biocapa sobre PVC y cobre.



**Figura 4.** Fagocitosis y multiplicación de legionelas en una ameba.

gionelas (fig. 4), estando implicadas además en la difusión de otros agentes bacterianos relacionados con la neumonía.

En los sistemas de captación y distribución de agua, y en otras instalaciones que la utilizan, podemos encontrar componentes en los que la presencia de biocapas es constante y su eliminación difícil. Con las condiciones del agua adecuadas, la supervivencia y proliferación de las legionelas es una constante. En general, puede aislarse de forma intermitente hasta en un 15% de los sistemas, cifra que puede elevarse incluso cerca del 30% cuando nos referimos a los circuitos de agua caliente<sup>6</sup>.

La capacidad colonizadora en el organismo humano de las legionelas se produce únicamente cuando penetran por

aerosoles en vía respiratoria (fig. 5), nunca por otras formas. Así, nos encontramos que las actividades de prevención se centran en este hecho, tanto desde el punto de vista normativo como de los programas de control al respecto<sup>7,8</sup>. La legionelosis comenzó como una enfermedad alarmante por la población afectada, el desconocimiento de su origen y la gran repercusión que tuvo en los medios de comunicación. Esta actitud alarmista todavía no ha desaparecido. Todo ello pese a ser una enfermedad que no se contagia entre personas, en la que la tasa de ataque en los brotes no excede del 5% (siendo normalmente inferior a esta cifra), y que los que la padecen presentan factores de riesgo que comprometen la inmunidad lo-



**Figura 5.** Los aerosoles.

cal (tabaquismo) o general (enfermedades inmunosupresoras), siendo excepcionales los casos en población sana, joven o infantil. Por otro lado, la letalidad con tratamiento es inferior al 5% y generalmente la muerte se produce en personas con una salud muy comprometida anteriormente. En los brotes, los fallecimientos entre afectados hospitalarios no suele superar el 15%, aunque puede alcanzar en ocasiones cifras de hasta el 40% debido a las características de los mismos.

Además, hay otros elementos que se deben considerar y que deberían contribuir a la tranquilidad en la población en lugar de a la inquietud:

**1.** Conocimiento de la enfermedad. Existen procedimientos de diagnóstico

clínico, de laboratorio y de tipificación del agente, adecuados y disponibles para los distintos niveles de atención sanitaria y de vigilancia epidemiológica.

**2.** Se dispone, cuando se requiere, de medios de control y tratamiento, tanto sobre la bacteria como para el cuidado de los pacientes, adecuados y de alto nivel tecnológico.

**3.** Existe un sistema de vigilancia epidemiológico y ambiental que permite detectar los casos rápidamente y tomar las medidas pertinentes, actuando tanto a nivel autonómico como estatal y supraestatal. Por ello se sabe cómo se ha presentado la enfermedad a lo largo del tiempo, dónde se han situado los brotes y cuál ha sido su origen.

4. Existe una red de laboratorios, con el Instituto de Salud Carlos III como centro de referencia, que prestan todo tipo de apoyo cuando es preciso con recursos altamente especializados que están a disposición de todo el sistema de salud.

5. Disponemos de una normativa estatal y autonómica de gran rigor, que incorpora los criterios más actuales para el control de la legionelosis, demostrando su eficacia a en las experiencias vividas estos los últimos años.

6. La transparencia informativa ha sido una constante, así como la cooperación entre instituciones y organizaciones.

Por último, es importante señalar que la utilización cada vez mayor del antígeno urinario como prueba diagnóstica ha llevado sin duda a un aumento en el diagnóstico de la enfermedad, que por sí solo a hecho que se incremente la incidencia recogida de estos procesos.

### Medidas de actuación en los brotes en Zaragoza. Junio de 2004 y agosto de 2005

Aunque el primer brote de legionelosis declarado en Zaragoza se remonta a 1983, y por tanto esta enfermedad estaba ya incorporada al trabajo habitual de salud pública para la ciudad, han sido

Edad	Hombre	Mujeres	Total
15-24	–	2 (1)*	2 (1)*
25-44	–	1	1
45-64	11 (2)*	2	13 (2)*
65+	13 (4)*	3	16 (4)*
Total	24 (6)*	8 (1)*	32 (7)*

\*Fallecidos.

**Tabla 1.** Distribución por sexo y edad de los casos (2004).

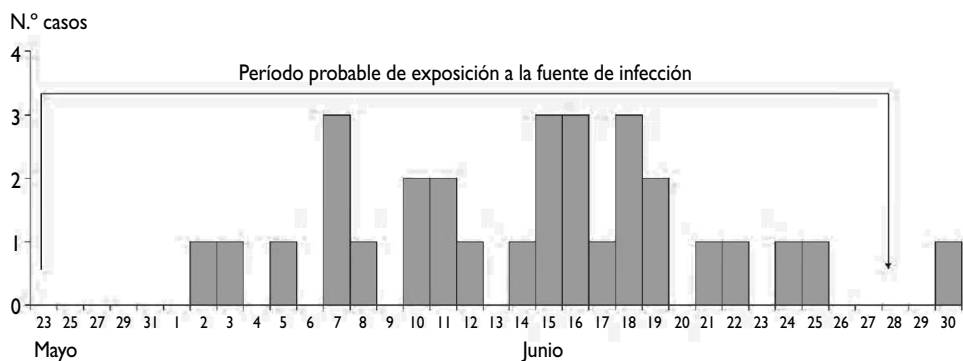
los brotes de 2004 y 2005 los que mayor repercusión han tenido a todos los niveles.

El primero de ellos se presentó en junio del 2004 y estuvo asociado a torres de refrigeración del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. El segundo, en agosto de 2005, se vinculó con torres de refrigeración del edificio central de la entidad de ahorro Ibercaja, también en la capital aragonesa.

Edad	Hombre	Mujeres	Total
40-49	4 (1)*	–	4
50-59	3	1	4
60-69	4	2 (1)*	6
70-79	1	4	5
+80	2	–	2
Total	14 (1)*	7 (1)*	21 (2)*

\*Fallecidos.

**Tabla 2.** Distribución por sexo y edad de los casos (2005).

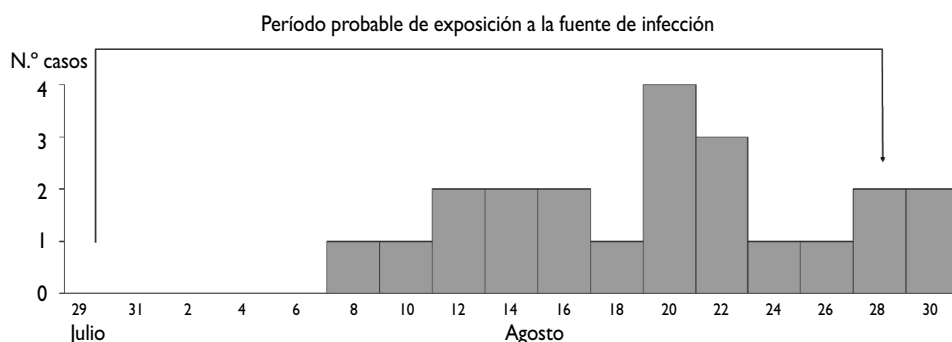


**Figura 6.** Distribución de los casos por fecha de inicio de los síntomas (2004).

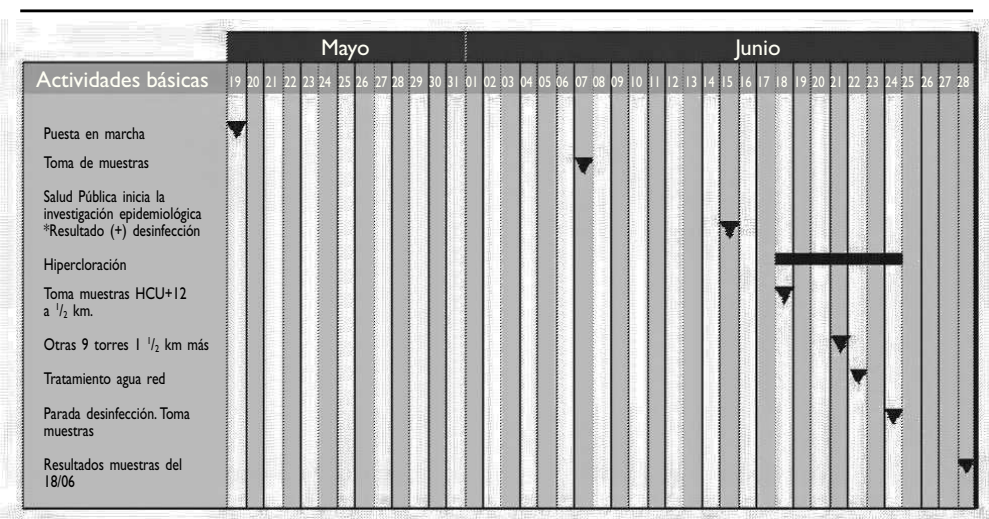
En las tablas 1 y 2 presentamos la distribución por edad y sexo de los casos y fallecidos registrados en cada brote. En ambos casos podemos decir que no se trata de grandes brotes y que su duración (figs. 6 y 7) tampoco fue larga en el tiempo, debido a que las actuaciones realizadas (tablas 3 y 4) permitieron localizar con prontitud el posible origen, to-

mar las medidas de control pertinentes, y por lo tanto, terminar con los mismos.

La estrategia de comunicación seguida fue similar en ambos casos (tabla 5). Ante todo hay que subrayar que la comunicación de la existencia del brote, así como la iniciativa en la labor de información pública, fue en todo momento del Departamento de Salud y Consu-



**Figura 7.** Distribución de los casos por fecha de inicio de los síntomas (2005).



**Tabla 3.** Cronograma de actuaciones 2004.

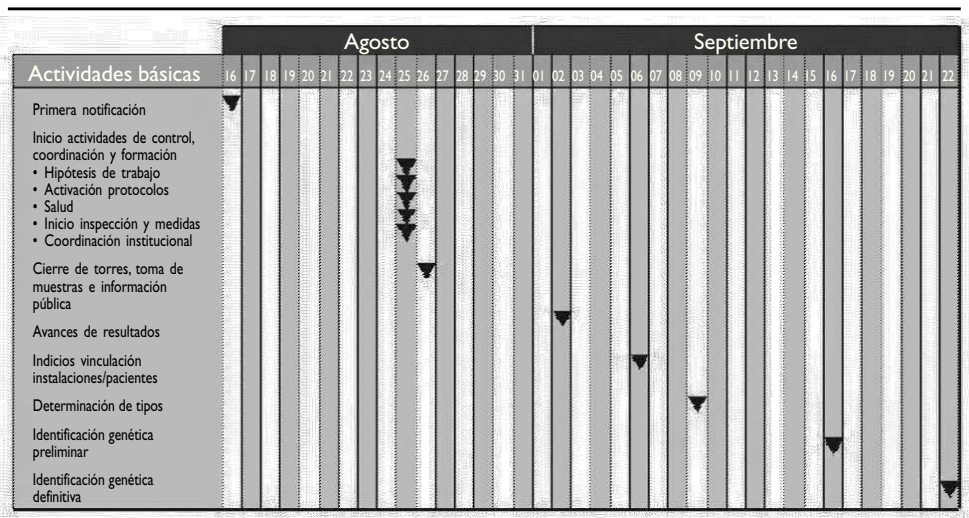
mo a través de la Dirección General de Salud Pública con el apoyo del Gabinete de Comunicación del Gobierno de Aragón.

La política de comunicación se fundamentó tanto en la convocatoria de ruedas de prensa como de notas de prensa. En las primeras se actualizaban todas las novedades concernientes al estudio epidemiológico y la investigación ambiental en curso, la cronología del brote y las medidas aplicadas en cada momento. A los medios asistentes se les entregaba un documento explicativo sobre los puntos tratados en la conferencia de prensa, redactados conjuntamente por técnicos de la Dirección General y periodistas del Gabinete de Comunicación del Gobierno de Aragón, con

objeto de que los medios dispusiesen siempre de material escrito, y no sólo de las declaraciones que pudieran recoger durante la comparecencia. En las notas de prensa se resumían aspectos de lo tratado en estos encuentros informativos o se iban comunicando aquellas novedades que pudieran producirse cada día.

Por otro lado, la información estaba accesible en la página web de la Dirección General y se atendieron numerosas llamadas telefónicas de los ciudadanos. Se mantuvieron contactos, también, con colectivos representativos del tejido social de la ciudad (como la Federación de las Asociaciones de Barrios de Zaragoza o las organizaciones de consumidores) a los que se transmitió puntualmente la información.





**Tabla 4.** Cronograma de actuaciones 2005.

Con motivo del brote del 2004, entre el 18 de junio y el 6 de septiembre, se convocaron 6 ruedas de prensa, en las que informó el Director General de Salud Pública, y se emitieron 15 notas de prensa cuando existía algún cambio que comunicar. En el 2005, entre el 26 de agosto y el 14 de septiembre, hubo 7 ruedas de prensa y 8 notas informativas.

Desde el primer momento se remitió la información epidemiológica pertinente al Centro Nacional de Epidemiología. Desde la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón se estuvo en contacto permanente con la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, a la cual se

le enviaba también la información que se elaboraba para los medios de comunicación.

Se elaboró un resumen del brote del 2004 para la web de vigilancia epidemiológica europea Eurosurveillance. La información retornó, en ambos brotes, a las fuentes declarantes: centros de salud y hospitales zaragozanos a partir del Boletín Epidemiológico de la Subdirección de Salud Pública de Zaragoza.

Especial relevancia tuvo en ambos casos la intercomunicación del Servicio Aragonés de Salud, con el Laboratorio Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Zaragoza y el Instituto de Salud Carlos III, que en todo momento, al igual que la Cátedra de Microbiología de

<b>Brote de junio de 2004</b>	<b>Brote de agosto de 2005</b>
<b>Comparecencias parlamentarias en la Comisión de Sanidad: (4)</b>	<b>Comparecencias parlamentarias</b>
29/06/2004 13/09/2004 04/10/2004 18/10/2004	02/09/2005 18/10/2005
<b>Ruedas de prensa (6)</b>	<b>Ruedas de prensa (7)</b>
18/06/2004: información inicial del brote 24/06/2004: 28/06/2004: 30/06/2004: 05/07/2004 06/09/2004: información final del brote	26/08/2005: información inicial del brote 27/08/2005 29/08/2005 31/08/2005 02/09/2005 05/09/2005 14/09/2005: información final del brote
<b>Notas de prensa (17)</b>	<b>Notas de prensa (8)</b>
21/06/2004 22/06/2004 (2) 23/06/2004 (2) 24/06/2004 25/06/2004 (2) 28/06/2004 30/06/2004 02/07/2004 05/07/2004 13/07/2004 26/08/2004 06/09/2004 29/09/2004 04/10/2004	27/08/2005 28/08/2005 29/08/2005 30/08/2005 01/09/2005 03/09/2005 05/09/2005 14/09/2005
<b>Información en página web Publicaciones de divulgación</b>	<b>Información en página web Publicaciones de divulgación</b>

**Tabla 5.** La información y los medios de comunicación.

la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, dieron apoyo y brindaron su valiosa cooperación en la investigación de ambos brotes.

En el brote de 2005, y a raíz de la aparición del de 2004, ya estaba constituido el Comité Asesor de Prevención y Control (Decreto del Gobierno de Aragón

136/2005): actúa como órgano colegiado para la consulta y asesoría en aspectos técnicos y científicos del control de la legionelosis. También se procedió a contactar con diversas sociedades científicas (Sociedad Española de Sanidad Ambiental, Sociedad Española de Epidemiología, Sociedad Española de Neumología y Sociedad Española de Microbiología), organizando jornadas técnicas con sus representantes para la discusión en el ámbito científico del estudio del brote.

En el ámbito político se informó a la Comisión de Sanidad de las Cortes de Aragón, tanto por parte de la Consejera de Salud y Consumo como del Director General de Salud Pública, en comparecencias a petición propia. Se respondieron las preguntas parlamentarias escritas y las de Justicia de Aragón. A su vez, la Consejera se entrevistó con los grupos políticos representados en el parlamento aragonés, informó a la Ministra de Sanidad y Consumo y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y el Director General de Salud Pública atendió en el primero de los brotes a una comisión de congresistas y senadores del Partido Popular que se desplazaron hasta Zaragoza para interesarse por la situación.

El contacto con los responsables de las instalaciones de refrigeración y su

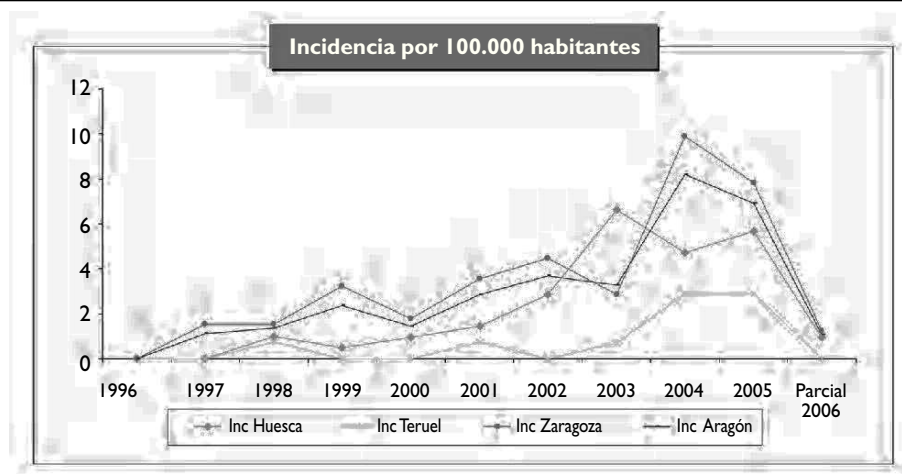
mantenimiento fue constante, y en particular con los titulares de las torres implicadas, que fueron los que se encargaron de transmitir la información a los trabajadores de sus respectivos centros.

De las inspecciones llevadas a cabo y de las revisiones documentales realizadas en las torres durante el brote del 2004 se desprende que las actuaciones previas se ajustaban a las exigencias del Real Decreto 865/2003, y en algunos aspectos, como el que se refiere a la frecuencia en el control de legionela, eran más exigentes por parte del propio centro sanitario implicado en el 2004. En el brote del 2005 las torres afectadas habían sido inspeccionadas y presentaban un mantenimiento correcto, tanto según la normativa estatal mencionada, como atendiendo a la propia de la Comunidad Autónoma de Aragón, y los responsables colaboraron con todos los medios a su alcance con la Dirección General de Salud Pública.

### **¿Crisis?**

---

Como hemos dicho, en la ciudad de Zaragoza se registran todos los años casos de legionelosis de origen comunitario y se han dado diversos brotes de origen institucional. La incidencia para Aragón y sus provincias hasta el año



**Figura 8.** Incidencia de legionelosis en Aragón 1996-2006.

2006 la presentamos en la figura 8. Por ello, existe una experiencia acumulada y las actuaciones preventivas, al igual que las de control, forman parte del diario quehacer de la Dirección General de Salud Pública, tanto en lo que se refiere a vigilancia epidemiológica como medioambiental.

Asimismo, el Instituto Municipal de Salud Pública del Ayuntamiento de Zaragoza tienen una amplia experiencia en el control del agua en sus diversos usos, colaborando de forma continua con la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Aragón en actividades concernientes a la capital aragonesa, no sólo para el ámbito de legionelosis. Ambas instituciones están, por lo tanto, do-

tadas de profesionales capacitados y de recursos materiales adecuados para el desarrollo de los programas de control establecidos normativamente; aun más todavía si añadimos los recursos existentes del Servicio Aragonés de Salud y del Departamento de Microbiología de la Universidad de Zaragoza.

Por otro lado, la coordinación con el Instituto de Salud Carlos III, tanto en los servicios epidemiológicos como microbiológicos, es constante, haciendo uso de sus sistemas de referencia cuando es preciso. El trabajo y los resultados en el control de los brotes de referencia confirman que se han hecho en tiempo y forma adecuados y, sin querer restarles importancia ni minimizar sus consecuen-

cias para los afectados, puede afirmarse que no han sido brotes de una gran magnitud.

Con todas estas premisas, ¿puede decirse que estábamos ante una situación de crisis? Realmente, no. No existían datos que hicieran pensar que los brotes no estaban controlados, ni que hubiera riesgo de una reaparición de los mismos. La situación de trabajo cabe considerarse como urgente, pero no crítica, porque guiándonos por una de las definiciones que hace la Real Academia de la Lengua Española, crisis es la “situación de un asunto o proceso cuando está en duda la continuación, modificación o cese”<sup>9</sup> y no se daban estas circunstancias. Según otra de las definiciones, tampoco parece que fueran una situación particularmente “difícil o complicada” para ninguna de las instituciones que intervinieron en el control de los brotes.

Según otra acepción, el que haya “escasez o carestía” podría hacernos pensar, tal y como se encuentran los presupuestos de Salud Pública en nuestro país en relación con el gasto sanitario total, que trabajamos en una crisis permanente (un hecho por lo demás bastante generalizado a escala mundial).

Este último elemento nos debe hacer reflexionar sobre si efectivamente los recursos disponibles son adecuados al in-

cremento de demanda que se está originando actualmente y, por lo tanto, si no nos estaremos moviendo en un escenario con una cierta tendencia a abocar en crisis cuando aparecen emergencias de salud pública, dado además lo “noticia-ble” de las mismas y la repercusión política que tienen.

### **La opinión pública y la opinión publicada**

---

Frecuentemente se tiende a confundir ambos términos, pero existen claros matices que los diferencian. Desgraciadamente, hoy no es inusual la idea de quienes consideran que la sociedad precisa de la tutela de los llamados “creadores de opinión” para interpretar y comprender la realidad que nos rodea, una actitud a la que no son ajenos muchos profesionales de la comunicación, ni algunos sanitarios.

Sin embargo, el primer objetivo de comunicar no es opinar, sino aportar la información veraz y suficientemente contrastada, explicando los hechos en el contexto de los intereses concretos que subyacen a cualquier fuente informativa (incluidos el propio informador y su empresa de comunicación), para que los lectores, oyentes, televidentes e internautas, puedan sacar sus propias conclusiones.

En el transcurso de ambos veranos, aunque no contemos con indicadores precisos para poder analizar el comportamiento ciudadano, no se detectó en la población un descenso evidente en la frecuentación del hospital implicado (2004), ni en la disminución de la actividad social, comercial o de ocio en la zona urbana bajo sospecha en el segundo de los brotes, un área enclavada en el corazón financiero y mercantil de la ciudad (2005).

Bien es cierto que denotamos que aunque se asume el riesgo de la actividad de refrigeración, también se demanda que se controle, exigiendo a la autoridad sanitaria todo tipo de acciones, peticiones que se canalizaban por las consultas tramitadas, en el correo dirigido a la prensa y en intervenciones en los programas radiofónicos de participación. De un lado, la ciudadanía otorga credibilidad a la comunicación de la Administración, pero no parece aceptar que se hable de asumir riesgos vitales en función de otras necesidades, como la refrigeración, y por lo tanto no puede comprender que existiendo una normativa y aplicándose no se logre el control absoluto del problema.

Esta paradoja alcanzó su máxima expresión en los medios de comunicación social y en algunas organizaciones ciuda-

danas y políticas, cuya presión se canalizó hacia la demanda de una legislación más exigente, y que en este caso dio lugar a la elaboración de una normativa más estricta que la requerida para el conjunto del Estado, marcando unas diferencias que pueden generar a su vez desconfianza pública y la impresión entre la población de que las normas que se establecen no son suficientemente adecuadas, ni rigurosas, ni se hacen cumplir eficazmente.

En el brote de 2005, por ejemplo, se llegó a pedir que se sancionase a la empresa responsable de las torres, una de las entidades financieras más importantes de Aragón, y pensar que si no se hacía era por esa condición de preeminencia económica y social, no porque no hubiera motivo para ello. Esta tesis fue adoptada por alguna formación política, lo cual atizó el fuego de la desconfianza entre la población.

En ambos casos, sin embargo, las entidades responsables de las instalaciones implicadas (un hospital perteneciente al Servicio Aragonés de Salud y el edificio emblemático de Ibercaja), son instituciones en las que la confianza es parte de las reglas del juego, su quebranto genera inseguridad y por lo tanto mayor inquietud en la comunidad.

No obstante, nadie ha comentado con posterioridad que ni siquiera los

propios medios de comunicación han hecho el seguimiento de las consecuencias de este brote para la entidad de ahorro. El interés informativo por sus secuelas, como el presumible cambio de instalaciones técnicas, el número y situación de las reclamaciones, la cuantía de las indemnizaciones solicitadas, etc., concluyó prácticamente al día siguiente de conocerse el nombre de los titulares de las torres que habían generado la contaminación. Un tratamiento bien diferente al todavía hoy mantenido con respecto al hospital implicado en el primer brote.

Se constata, además, que se traslada hacia Salud Pública un problema de jerarquía superior. Nuestra capacidad para valorar el riesgo que las torres presentan para la salud existe, pero para determinar su retirada y prohibir su instalación nos excede, mucho más en el ámbito autonómico. Aún así, habríamos eliminado uno de los riesgos, pero no todos. En instituciones como hospitales, residencias, cárceles etc., los circuitos de agua caliente son una parte muy importante del problema, por no hablar de los existentes a nivel urbano, y por tanto es importante hacer entender lo que implican los riesgos.

Nos hallamos frente una de las contradicciones de la "civilización": activida-

des que mejoran la calidad de vida, el confort o que son necesarias para nuestra forma de vivir generan riesgos para la salud. ¿Qué parte de ellos podemos asumir y controlar y cuáles deberían ser erradicados totalmente?

No hay que olvidar que cualquier medida que se tome tiene repercusiones para la salud: el endurecimiento en las medidas de inspección y control de las instalaciones actualmente lleva, por ejemplo, a un uso mucho mayor de compuestos clorados. Si se opta por cambiar las instalaciones, no sólo tiene un coste adicional, sino que su eficiencia energética es menor, cosa que también tiene consecuencias, así como también las tiene la utilización de acuíferos. Es importante valorar la magnitud de este problema en relación con los recursos destinados a su prevención y control, como en cualquier otro de salud, y actuar según evidencias y no al albur de la presión mediática o política.

Otro elemento que no pudo pasar desapercibido es que los ciudadanos no diferencian claramente entre los servicios asistenciales y los de salud pública y en el primero de los brotes, por consiguiente, entre los distintos niveles de responsabilidad, actuación e interrelación. Pese a que desde el primer momento fueron las autoridades de Salud Pública

las que informaron, insistiendo en su responsabilidad hacia la salud poblacional, independientemente de quien genere el riesgo, se mantiene la idea de que si somos los mismos, ¿cómo podemos controlar a uno de los nuestros?, ¿quién vigila a quien nos guarda?

Tal vez sería preciso establecer una investigación clara y exhaustiva del porqué de algunas respuestas ciudadanas para asumirla como elemento a considerar en la comunicación de riesgos para la salud desde el primer momento. En nuestro caso podemos afirmar que la transparencia informativa fue total, pero no seríamos tan rotundos afirmando que contenga todos los elementos precisos, no de conocimiento, sino sobre los comportamientos y por qué se generan.

Los medios de comunicación son muy importantes en la génesis de la crisis y su evolución. Se ha dicho que para que exista crisis de salud pública, la noticia tiene que saltar a la prensa. Nuestra experiencia nos dice que, mientras radio y televisión utilizan generalmente la información en directo, con declaraciones de los técnicos que trabajan en los brotes o del propio director general, en la prensa bien se reflejan directamente las notas emitidas por el gabinete de comunicación, bien se reelaboran y ponen titulares.

En 2004 los primeros titulares de prensa tanto locales como nacionales coinciden: “Siete casos de legionela”, pero también todos los sitúan “en el Hospital Clínico de Zaragoza” cuando la información que se les dio no era esa<sup>10</sup>. Así, en el desarrollo se comenta que los casos no son del hospital, pero la alarma hacia el centro ya está establecida y se mantiene más de un año en los periódicos locales, terminando con las noticias del cambio de las torres y de que se amplía la normativa contra legionela: “Tras el brote del año pasado, la DGA aprueba un decreto en el que se establecen medidas especiales de control y de prevención”.

Es evidente que la presión mediática no tiene la misma intensidad a lo largo de todo el período, pero fue muy intensa durante 6 meses, y contribuyó a transmitir la sensación de que había un gran problema para la salud, cuyo origen eran las legionelas, manteniendo a éstas entre los agentes alarmantes, tal y como inician su historia. Sin embargo, es fácil comprobar que la incidencia y la gravedad del proceso son bajas.

Por último es noticia el que una persona afectada denuncie el caso por los medios establecidos para ello, o que “El Gobierno de Aragón se enfrenta hoy a la primera denuncia por el brote de legio-



nela”, como anunciaba en titular La Razón del 5 de julio de 2004.

La noticia alarmante finalmente queda mermada por el paso del tiempo, porque los elementos manejados como la normativa y la sustitución de las torres se producen y porque las demandas de los afectados se van canalizando a través de un proceso de acuerdos entre las partes, por los métodos establecidos para ello. Y aún más por la producción de nuevas noticias, el dinamismo de la actualidad.

Pero, ¿qué ocurre cuando después de un año surge el segundo brote?

En un editorial titulado “Combatir la legionela” se dice textualmente “(...) la reiteración de los brotes de legionela en Zaragoza -el último de los cuales provocó siete muertos- tiene que obligar a las autoridades sanitarias a establecer medios de prevención y control más determinantes, especialmente cuando llega la época veraniega en la que estos casos se recrudecen. La limpieza de las torres de refrigeración y otras instalaciones que extienden las bacterias se hace imprescindible si se quieren evitar lamentables consecuencias”<sup>11</sup>.

En otro medio de comunicación, ese mismo día, se argumentaba bajo el encabezamiento de “La legionela... ¿inevitable?” que “Los brotes de legionela que

padecen Zaragoza y otras ciudades son la consecuencia directa de las torres de refrigeración por agua que existen en algunos grandes edificios, y cuyas instalaciones se convierten automáticamente en focos de la enfermedad (...)”<sup>12</sup>.

A partir de ahí, generalmente insistiendo los medios en que Salud Pública comunica, trabaja y actúa adecuadamente y por tanto no parece que haya una crisis de salud pública, el raudal informativo dura unos tres meses y termina con que no se sancionará al organismo titular de la instalación, puesto que cumplía los requisitos de instalación y mantenimiento.

Pero si presentásemos toda la información publicada en la prensa veríamos que la duda sigue en el alero, siempre con la sospecha de que lo que se hace por parte de las autoridades sanitarias en el control de las torres de refrigeración no es suficiente, sin que el hecho de que se tuviesen realizadas las inspecciones pertinentes indicase que sería lo contrario.

Sin embargo, casi nunca se lleva la cuestión fuera del ámbito sanitario, cuando este tema tiene unas claras repercusiones, como mínimo, en los ámbitos de la industria y el comercio. Porque, en caso de que se determinase la sustitución de los equipos de refrigeración que se considerasen de riesgo, no sería al

área de salud a quien correspondería este proceso. Resulta claro el contraste con otros problemas como el uso de maquinaria o la conducción de vehículos, con claras repercusiones para la salud y para los que no se demanda un control por parte de las autoridades sanitarias.

Habría que considerar si la política contribuye a la tranquilidad y al sentido común en el tratamiento de estas situaciones o si, por el contrario, se utiliza como arma partidista, lo cual contribuye al agravamiento de la crisis más que a serenar los ánimos.

¿Eran acaso necesarias todas las comparecencias parlamentarias con su lógica y correspondiente repercusión mediática? El 14 de julio de 2004 el diario ABC titulaba: "La consejera no volverá a comparecer en las Cortes por el brote de legionela. El PP lo cree escandaloso y el PSOE dice que está solo en su petición (del PP)". ¿Es lógico afirmar o sugerir que hubo ocultismo en los brotes de legionela con toda la información procurada, con las comparecencias efectuadas?

En los primeros días del brote de 2004 se personaron en Zaragoza el director general de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y el Subdirector General de Salud Medio Ambiental. Analizaron las medidas adoptadas y la situación, y ofrecieron una rue-

da de prensa conjuntamente con el director general de Salud Pública del Gobierno de Aragón. Esa comparecencia reforzó la imagen de la Salud Pública y tuvo una buena acogida en los medios de comunicación. En síntesis, se puso de manifiesto la coordinación y concordancia técnica total entre estos organismos.

Un poco más tarde, un experto en calidad sanitaria, no en ninguno de los ámbitos de experiencia en relación con las legionelas, como aguas, microbiología o epidemiología, intervino muy activamente, opinando en diversos medios de comunicación y escribiendo a responsables sanitarios (entre ellos la ministra de sanidad) y grupos políticos, poniendo en duda las actuaciones realizadas, y se produjo la siguiente noticia: "La ministra solicita un informe sobre el brote de legionela del Clínico. Salgado pidió esta investigación a raíz de una carta emitida por el Dr..."<sup>13</sup>. Sus técnicos de más alta cualificación estaban, no obstante, en contacto permanente con los similares de la autonomía aragonesa y ella misma había sido informada en varias ocasiones por la titular del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. ¿Es posible que desde esa instancia y otras se tengan presente las opiniones de personas no conocidas en el campo de la salud medio ambiental, ni reconocidos

como expertos en estos temas y que todo esto contribuya a mantener la inquietud y a agravar la desconfianza desde los medios de comunicación?

Por ello, a pesar de que quien opinaba no contaba ni con la experiencia ni la información en los muy diversos ámbitos necesarios, se requirieron informes adicionales, agravando la inquietud y desconfianza de los medios y repercutiendo en la fiabilidad de las actuaciones de Salud Pública y aumentando su quehacer en actuaciones que no incidían en el control del brote. El destinar recursos a necesidades inducidas y no reales, tal vez sí pueda originar crisis.

La visita de un grupo de diputados y senadores del Partido Popular, pertenecientes a la Comisión de Sanidad del Congreso dio pie al siguiente comentario: "Es difícil a veces interpretar algunos gestos políticos, como por ejemplo la visita de diputados y senadores del PP para ofrecer colaboración institucional al Sistema de Salud aragonés para resolver el brote de legionela. Es de agradecer el interés y la preocupación de los parlamentarios, porque todos ellos pertenecen a las comisiones de Sanidad de ambas cámaras y seguro que pueden aportar gran experiencia. Pero si la visita se produce pocas horas después de que la ministra de Sanidad afirmara que la actuación de

las autoridades sanitarias aragonesas ha sido la adecuada, parece como si los parlamentarios albergaran algunas dudas"<sup>14</sup>. Sin temor a equivocarnos se puede decir que los parlamentarios del PP no pusieron en cuestión las acciones de Salud Pública, ni en aquel momento ni en el segundo brote en que ya no ofrecieron de nuevo su ayuda.

Es muy importante que se haga una reflexión seria del papel de los políticos para y en las crisis de salud, aún más cuando sabemos que éstas se pueden seguir produciendo y afectando a la Administración, independientemente del partido o coalición que gobierne en cada momento y que la credibilidad de aquélla no debe ser cuestionada si se demuestra que sus actuaciones son correctas.

En este momento las encuestas poblacionales muestran una amplia satisfacción de los aragoneses con su sistema de salud. ¿A quién puede beneficiar que esta satisfacción se menoscabe? ¿Añadiría algo a la ciudad su reconocimiento como legionelósica? En algunos medios ya se cita a otra donde han ocurrido diversos brotes como ciudad de legionelas, sin pensar en todo el esfuerzo eficaz que se está realizando por controlar la situación por parte de las autoridades de Salud Pública de la Comunidad Autónoma correspondiente, y el apoyo que se prestan

en ocasiones similares entre las direcciones generales autonómicas.

Pero también debemos reflexionar sobre el papel de los medios de comunicación en el debate que, inevitablemente, se genera en estas situaciones. La aportación de opiniones o pareceres distintos sobre la cuestión de fondo debería ir acompañado de un elemental aporte de datos que definan también con transparencia a las personas que emiten esas declaraciones, no sólo en lo que a su perfil profesional, académico o científico respecta, sino a título de qué o quién manifiestan su criterio. No es infrecuente que muchos de esos testimonios correspondan a personas que tienen intereses directos o indirectos en alguno de los aspectos relacionados con estas situaciones (económicos, afectivos, industriales o políticos). El destinatario de la información identifica perfectamente a la Administración y merece conocer también a esos otros portavoces, sus conexiones con el problema y sus intereses en el mismo.

### **¿Podrían las autoridades de salud pública decir esto?**

---

“Hace tiempo que vengo sintiendo una creciente incomodidad ante las campañas de tráfico y el clamor político

y mediático por las muertes en carretera. Año tras año vuelven a verse los mismos titulares y a oírse las mismas voces demandando el endurecimiento de todo lo endurecible: leyes, represión, amenazas, condenas. Y año tras año vuelven a morir centenares de personas. Como si todo ese trompeteo sirviera de muy poco (...) pero se me ocurre que quizá haya un porcentaje de accidentes inevitable, porque la existencia simplemente no es segura, y porque ir en coche aumenta esa inseguridad (como subirse a una escalera para cambiar una bombilla: véanse los accidentes domésticos). Entiendo muy bien que, ante la muerte y el dolor, uno quiera consolarse encontrando culpables; en ese sentido, el borracho es el malo perfecto, y quizá por eso se habla tanto del alcohol. Pero esa culpabilización extrema e irracional es natural en los deudos, no en el Estado. Por favor, enfriemos esta histeria que criminaliza a los conductores y empecemos a admitir la amarga verdad de que la vida mata”<sup>15</sup>.

Complementando la que creo una acertada opinión de la periodista, tenemos morbilidad y mortalidad no prevenibles y no evitables: no es posible poner remedio a todos los problemas de salud porque van indisolublemente unidos a la condición humana, pero sí reducir su im-

pacto mediante medidas de salud pública adecuadas a cada caso y lugar, y comunicar poniendo de manifiesto los riesgos emergentes reales para la salud, reclamando las actuaciones que se consideren pertinentes de acuerdo a la evidencia.

Está claro que se admite el que se busque y sancione al que origina riesgos para la salud, pero la tolerancia es variable en ello, quedando por tanto mucho camino para la aceptación social, mediática y política para algunas medidas de salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/Epi\\_legionelosis.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/Epi_legionelosis.jsp)
2. OPS. El control de las enfermedades transmisibles. 16th ed; 2001.
3. *Legionella* 2003. Update and AWT Statement by the Association of Water Technologies (AWT). Approved by AWT Board of Directors. June 2003. Disponible en: [www.awt.org](http://www.awt.org)
4. van Wolferen H. Legionella in Hot Tap Water Production Industry Workshop. Task 26 Solar Combisystems. IEA Solar Heating and Cooling Programme. TNO-MEP. Apeldoorn: The Netherlands; 2001.
5. <http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/agenBiologicos/legionelosis.htm>
6. Borella PM, Montagna T, Spica VR, Stampi S, Stancanelli G, et al. Legionella Infection Risk from Domestic Hot Water. *Emerg Infect Dis*. 2004;3:457-64.
7. BOE. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. BOE. 2003;171:28055-60.
8. Gobierno de Aragón. Normativa sobre los criterios higiénicos sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. Dirección General de Salud Pública; 2005.
9. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22.ª ed. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
10. Ediciones de Heraldo de Aragón, El Periódico de Aragón, El País, El Mundo y ABC del 19 de junio de 2004.
11. Heraldo de Aragón, 27 de agosto 2005.
12. El Periódico de Aragón, 27 de agosto de 2005.
13. El Periódico de Aragón, 14 de octubre de 2004.
14. El Periódico de Aragón, 2 de julio de 2004.
15. Montero R. Tráfico. El País; 25 de abril de 2006.

