

## NOVO REAL DECRETO SOBRE VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA

**N**o *Boletín Oficial del Estado* do 24 de xaneiro de 1996, publicouse o Real Decreto 2210/1995, do 28 de decembro, que crea a Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica (RNVE), feito que, dado o seu carácter de norma básica, vai repercutir tamén na ordenación da vixilancia epidemiolóxica en Galicia. A continuación resúmese o máis salientable do contido no dito decreto.

**Consideracións xerais.** Segundo vén recollido na exposición de motivos, a creación da RNVE xorde no eido do Tratado da Unión Europea, que "veu xerar unha dinámica orientada á harmonización das lexislacións nacionais tendente á creación, no espazo europeo, dun marco legal que posibilite, entre outras, as actividades para preservar e promove-la saúde da poboación (...) mediante actividades de coordinación e intercambio de información entre os países membros, no que constituirá unha rede de vixilancia epidemiolóxica de ámbito europeo".

Mais, como queira que, en España, a intervención sanitaria descansa de xeito preferente nas comunidades autónomas (CC.AA.), fanse necesarias "actividades de coordinación e intercambio de información epidemiolóxica, así como a súa homologación, análise e avaliación". Resultado disto é a "modificación do actual sistema de notificación de enfermidades, transformándoo na RNVE.

O decreto concibe a RNVE como "instrumento para o control dos procesos transmisibles e outros procesos agudos de interese supracomunitario, é dicir, nacional e internacional"; e sinala as que serán as súas funcións principais:

1. Identificación de problemas de saúde.
2. Participación no control individual e colectivo deses problemas, garantindo, de xeito preciso, o enlace entre vixilancia e toma de decisións cara á prevención e ó control.
3. Realización de análises e investigacións epidemiolóxicas.
4. Aporte de información operativa á planificación.
5. Difusión da información.

Pola súa vez, para cumprir estas funcións, cualifícanse como actividades propias da RNVE a recollida sistemática de información epidemiolóxica, a súa análise e interpretación, e a difusión dos resultados e recomendacións.

**Estructura.** A RNVE estará constituída por tres sistemas que, pola súa vez, conterán una serie de subsistemas; a saber:

- I. O sistema básico de vixilancia epidemiolóxica, composto pola:
  - Declaración obrigatoria de enfermidades.
  - Notificación de epidemias e brochos.
  - Información microbiolóxica.
- II. Sistemas específicos de vixilancia epidemiolóxica, baseados en rexistros de casos, enquisas de seroprevalencia, sistemas centinelas e outros, aplicables á vixilancia da SIDA, infección VIH e ás enfermidades inmunoprevenibles.
- III. Outros sistemas que se teñan por necesarios en función de problemas específicos ou como complemento de intervencións sanitarias.

### Sistema básico da RNVE

**Declaración obrigatoria de enfermidades.** Este subsistema integra a tradicional declaración obrigatoria de enfermidades, das que mantén as características xerais: tódolos médicos en exercicio, sexa no sector público ou no privado, teñen a obriga de declarar tódolos casos novos das enfermidades cualificadas como EDO. A declaración fíxose ante a sospeita clínica, e utilizará como unidade temporal a semana, que rematará ás 24 horas dos sábados.

No decreto sinálanse as enfermidades que serán consideradas de declaración obrigatoria en todo o estado, a partir do 1 de xullo de 1996. Esta lista, reproducida na táboa 1, virá substituír á que hoxe está en vigor.

Xa que son as CC.AA. as que teñen que establecer as canles específicas de información, o decreto só indica como terán que face-la declaración as CC.AA. ó *Ministerio de Sanidade*. Neste sentido, as CC.AA. declararán sema-

### SUMARIO

- **Novo Real Decreto sobre vixilancia epidemiolóxica.**
- **Situación das E.D.O. na cuadrisemana 7/95.**
- **EN BREVE...: PGPVST: Enquisa entre os médicos de Atención Primaria do SERGAS.**
- **Formación continuada: Curso sobre análise de supervivencia.**
- **ANEXO: Axudando ós meus pacientes a deixar de fumar.**



nalmente tódalas EDO de xeito numérico, e, segundo se- xa unha ou outra, cuberta con:

- As EDO que na táboa 1 están recollidas no apartado DU, consideraranse de declaración urxente. Esta declaración farana as CC.AA. polo medio máis rápido posible, cun conxunto mínimo de datos epidemiolóxicos.
- A declaración semanal das EDO que na táboa 1 están recollidas no apartado DS, farase cun conxunto mínimo de datos epidemiolóxicos.
- Das EDO que na táboa 1 están recollidas no apartado IA, as CC.AA. terán que elaborar un informe anual homoxéneo.
- As EDO que na táboa 1 están recollidas no apartado SE, declararanse por medio dun rexistro.

Cara á súa declaración, unha serie de enfermidades sinaladas na táboa como ER, teñen un tratamento diferente. Nelas, a declaración limitase a un informe anual, confeccionado polas CC.AA. nas que son endémicas.

Táboa 1

	GRUPO	ENFERMIDADE
Enfermidades de declaración obrigatoria	DU	Cólera
		Febre amarela
		Peste
		Difteria
		Poliomielite
Rabia		
DS	Botulismo	
	Lexionelose	
	Paludismo	
IA	Triquinose	
	Brucelose	
	Díscuteria	
	Febres tifoidea e paratifoidea	
	Enferm. meningocócica	
	Hepatite A	
	Hepatite B	
	Hepatites víricas, outras	
	Parotidite	
	Rubéola	
	Sarampelo	
	Tose ferina	
	Tuberculose respiratoria	
Meninxite tuberculosa		
Tétano		
SE	Lepra	
	Rubeola conxénita	
	Sífilis conxénita	
	Tétano neonatal	
Só numérica	Gripe	
	Infección gonocócica	
	Sífilis	
	Varicela	
ER	Carbunco	
	F. recorrente por carrachas	
	Febre botonosa	
	Hidatidose	
		Leishmaniase

**Situacións epidémicas e abrochos.** Catro son as situacións que o decreto considera epidémicas ou como abrocho:

1. Incremento significativo no número de casos en relación co esperado. Pola súa vez, considerárase indicativa a simple agregación de casos dunha enfermidade nun territorio.
2. A presenza dunha enfermidade, problema ou risco para a saúde nunha zona ata entón libre dela.

3. A presenza de calquera proceso relevante de intoxicación aguda colectiva, imputable a causa accidental, manipulación ou consumo.
4. A presenza de calquera incidencia de tipo catástrofico que afecte, ou poida afectar, á saúde dunha comunidade.

Todas estas situacións son de **declaración obrigatoria urxente**; estando obrigados a declarar, tanto os **médicos en exercicio** como os **centros sanitarios**, sexan do sector público ou do privado.

Pola súa vez, as CC.AA. quedan obrigadas a declarar ó Ministerio de Sanidade, tamén de xeito urxente, os abrochos que teñan carácter supracomunitario; a saber, os abrochos de enfermidades de declaración urxente, os de calquera enfermidade que afecte ou poida afectar a máis dunha C.A., ou os debidos a produtos que poden ser comercializados a alén da C.A..

**Información microbiolóxica.** Recollerá datos sobre patoloxía infecciosa confirmada por un laboratorio, cos obxectivos seguintes:

- Coñece-la circulación dos diferentes axentes etiolóxicos, as súas características e patróns de presentación.
- Caracterizar abrochos.
- Identificar novos axentes e patoloxías emerxentes.
- Incorporar novos elementos de vixilancia, como resistencias bacterianas ou marcadores.

Neste subsistema, as fontes de información son os laboratorios de diagnóstico microbiolóxico, xa que a notificación será de casos de infección recente confirmados microbioloxicamente. Esta, que terá que facerse cun conxunto mínimo de datos, referirá os casos á data na que se confirmou o diagnóstico.

As CC.AA. terán que dispoñer dunha estrutura para recolle-la información microbiolóxica que, nun prazo de cinco anos, se incorporará no sistema básico da RNVE.

### Sistemas específicos de vixilancia

**Rexistros da SIDA.** O decreto fai obrigatoria a inmediata notificación, directamente ó rexistro, de tódolos casos da SIDA. Ata agora, en Galicia a notificación era obrigatoria en tanto que a SIDA tiña carácter de EDO.

**Sistemas centinelas.** O decreto contempla a posibilidade de que o sistema básico da RNVE poida cubrirse con redes de médicos centinelas e a definición de enfermidades trazadoras e territorios centinelas. Destes dise que a autoridade sanitaria, ante un risco específico para a saúde dos habitantes, pode cualificar un territorio como centinela e establecer nel sistemas de vixilancia de enfermidades trazadoras vinculadas ó risco.

### Implicacións para a vixilancia epidemiolóxica en Galicia

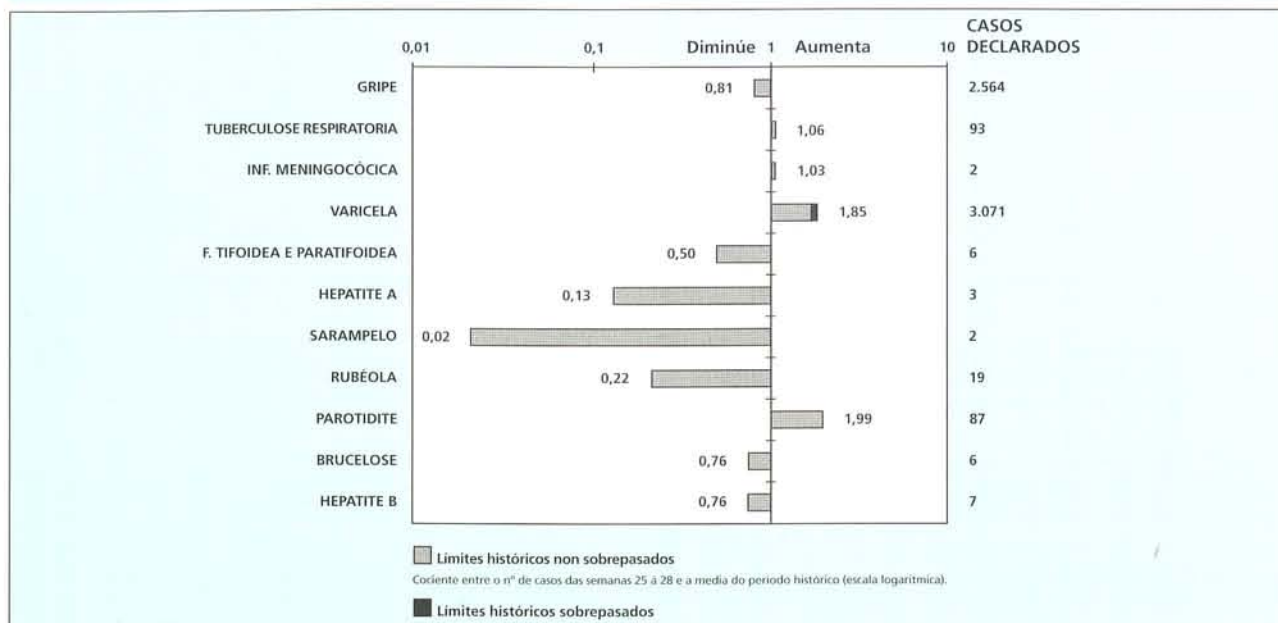
Antes do 1 de xullo de 1996, data de entrada en vigor deste Real Decreto, a C.A. de Galicia adaptará a súa lexislación co fin, entre outros, de garanti-la colleita e difusión de información epidemiolóxica nos termos que específica o Real Decreto.

A dita adaptación lexislativa difundirase, entre outros medios, no BEG. Mentres tanto, a operatividade da vixilancia epidemiolóxica en Galicia non sofre modificación ningunha.





## GRÁFICO DE LÍMITES HISTÓRICOS



## EN BREVE...

### PGPVST: ENQUISA ENTRE OS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DO SERGAS

Entre o 20 de novembro e o 20 de nadal de 1995, no desenvolvemento do Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco (PGPVST), o departamento de Psicoloxía Clínica e Psicoloxía da Universidade de Santiago levou a cabo unha enquisa entre os médicos de atención primaria (AP) do Sergas co fin de recoller información sobre:

- Difusión e valoración da guía "Axudando ós meus pacientes a deixar de fumar" (APDF).
- Xeneralización do consello médico sistemático ós pacientes para que abandonen o hábito tabáquico.
- Prevalencia do hábito tabáquico entre os médicos de AP.

Para face-la enquisa, quitouse unha mostra aleatoria simple de médicos de AP dependentes do Sergas, coa intención de acadar un tamaño mostral de 400, que garantise, con corrección de poboación finita, un erro inferior ó 4% cun nivel de confianza do 95.

Fixéronse ata 3 intentos para localiza-los médicos seleccionados. No caso de non localizar a algún deles, substituíuse por outro seleccionado do mesmo xeito.

En total, foron localizados 410 médicos, dos que 403 responderon á enquisa e 7 rexeitaron facelo.

#### Resultados:

1. O 40 % dos enquisados coñecían a guía APDF, aínda que só un 30 % a recibiran. Tendo en conta esta baixa difusión, e a valoración positiva que lle deron os que a coñeceron (un 70 % considerárona útil), o PGPVST decidiu reeditar e difundila de novo con este número do BEG. Esta nova edición non sufriu modificacións xa que foron moi poucos dos enquisados os que o consideraron necesario.

Un 70 % dos médicos enquisados afirman que sempre lles preguntan ós seus pacientes polo hábito tabáquico.

co. A meirande parte dos restantes fano ás veces, e só un 3 % non o fai nunca. Estas porcentaxes reproducense cando se trata de dar consello antitabáquico de xeito sistemático, mais soben moito cando é de darllo a un paciente cunha patoloxía vencellada ó tabaco (97 %) ou a unha muller embarazada (83 %).

2. Dos 274 médicos que fumaron durante máis de 6 meses na súa vida, hoxe só 128 (31,7 % do total) seguen a fumar tódolos días. Dos que fuman, unha pequena porcentaxe fuma habitualmente na consulta e diante dos pacientes. A porcentaxe sobe ata un 10 % ó engadir-lles os que o fan ás veces. Pódese dicir, pois, que un  $3 \pm 3$  % dos médicos de AP do Sergas seguen a fumar na consulta.
3. Como cabería esperar, a enquisa amosou diferencias, entre os médicos fumadores e non fumadores, na disposición a aconsellar ou non o abandono do hábito tabáquico. Nembargantes, se ben as diferencias son estatisticamente significativas en tódolos supostos estudados, agás no das mulleres embarazadas, non son moi importantes, non sendo cando é de aconsella-lo abandono a pacientes con patoloxía non vinculada ó consumo de tabaco.

#### Comentario

Os resultados amosados, unha prevalencia de fumadores diarios do  $31,7 \pm 4$  % entre os médicos de AP do Sergas e a xeneralización do consello antitabáquico ós seus pacientes, especialmente cando a enfermidade ten que ver co consumo de tabaco, semellan que os médicos de AP están a segui-la tendencia xa observada no mundo anglosaxón: o abandono do hábito tabáquico dos profesionais e o consello sistemático ós pacientes.

Ámbalas dúas situacións favorecerán, ben directa ou indirectamente, o abandono do hábito na poboación e, polo tanto, unha mellora na súa saúde ó previ-la morbilidade e mortalidade que lle vén asociada.

**Formación continuada.** Entre os días 15 e 19 do vindeiro mes de abril, celebrarase en Santiago de Compostela o curso "Análise de supervivencia", impartido por Álvaro Muñoz Villegas, Ph.D., profesor do departamento de epidemioloxía da Johns Hopkins School of Public Health. Para máis información, pódese dirixir ó Servicio de Información sobre Saúde Pública da Dirección Xeral de Saúde Pública (Tlf. 981-54 29 29).

### BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública

Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA

Telf.: 981 - 54 29 29 - Fax: 981 - 54 29 70