

El ejercicio de la autoridad sanitaria: los principios, lo reglamentado y la incertidumbre

Joan R. Villalbí / Meritxell Cusí / Joan A. Caylà / Júlia Duràn / Joan Guix
 Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España.

(On the exercise of health authority: principles, regulations and uncertainty)

Resumen

El ejercicio de la autoridad sanitaria es un servicio básico de la salud pública. Parte de la responsabilidad de los gestores de la salud pública es hacer cumplir normas. Éstas se desarrollan cuando se dan circunstancias que llevan a considerar inadmisibles ciertos riesgos. El grueso del ejercicio de la autoridad sanitaria se basa en la aplicación relativamente sistemática de normativas detalladas de referencia, aunque siempre hay cierta incertidumbre, ejemplificada en la frecuente adopción de medidas cautelares por un inspector sanitario aplicando el principio de precaución. Pero la vigilancia epidemiológica plantea de forma intermitente situaciones de afectación de la salud humana sin normas de referencia, en las que la autoridad sanitaria debe actuar según su criterio, contrapesando los riesgos de intervenir con los de no actuar. En este manuscrito presentamos 3 casos de este tipo: la coerción en el tratamiento de enfermos con tuberculosis bacilífera; la regulación de actividades con haba de soja que plantean riesgos de asma; y la limitación del ejercicio profesional de un médico infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Palabras clave: Autoridad sanitaria. Regulación. Vigilancia epidemiológica. Ley.

Abstract

Implementing health authority is a basic public health service. Part of the responsibility of public health managers is to ensure compliance with regulations. These are developed when certain risks are considered inadmissible. Mostly, the exercise of health authority deals with the routine application of detailed norms, although there is always some uncertainty, as shown by the frequent use of cautionary measures by health officers during inspections. However, epidemiologic surveillance periodically involves situations in which human health is damaged and there is no reference regulation; in these situations, health authorities must act according to their own criteria, weighing the risks of intervention against those of nonintervention. In this article, we present 3 such scenarios: using coercion in the treatment of patients with smear-positive tuberculosis, regulation of activities with soy beans posing asthma risks, and setting limits to the professional activity of an HIV-positive physician.

Key words: Health authority. Regulation. Epidemiologic surveillance. Law.

Introducción

El ejercicio de la autoridad sanitaria es un servicio básico de la salud pública¹. Esto no está exento de problemas; por ello, se suele basar en normas legales, sometidas además a principios garantistas para los derechos de las partes afectadas. Es una actividad cotidiana de los servicios de protección de la salud. En situaciones que plan-

tean riesgos inminentes para la salud, la ley orgánica 3/1986 antepone la salud pública a las libertades personales o de empresa, y otorga a la autoridad sanitaria cierta capacidad de actuación. Este documento, basado en nuestra experiencia de gestión de los servicios de salud pública, presenta algunas reflexiones sobre este tema, aportando casos concretos.

Conocimiento, libertad y obligación

El constante progreso del conocimiento desvela la influencia que todo tipo de factores tienen sobre la salud. La evidencia científica sobre tal o cual factor se acumula, y el conocimiento se organiza mediante revisiones sistemáticas². Su difusión en medios académicos

Correspondencia: Dr. Joan R. Villalbí.
 Agència de Salut Pública de Barcelona.
 Pl Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
 Correo electrónico: jrvillal@aspb.es

Recibido: 19 de mayo de 2006.
Aceptado: 4 de octubre de 2006.

y profesionales se extiende con frecuencia a la población general. Muchas personas cambian de comportamiento para mejorar su salud o disminuir sus riesgos. Pueden surgir esfuerzos organizados para fomentarlo. En algunos casos, el peso de los riesgos y otras consideraciones llevan a la formulación de regulaciones: ya sea obligando a todos a adecuar su patrón de comportamiento en el sentido favorable a la salud, u obligando a algunos operadores que intervienen a cambiar su forma de hacer para proteger la salud.

Hace décadas se recomendaba hervir la leche cruda y mantenerla refrigerada para evitar infecciones: la responsabilidad de hacerlo recaía en buena parte en los consumidores. Hoy se regula estrechamente la producción lechera y su comercio: los consumidores no suelen tener acceso a leche cruda, y la responsabilidad de la seguridad de los productos radica en los titulares de los establecimientos. Hace una década se intentaba persuadir a los fumadores para que no fumaran en recintos cerrados con otras personas. Actualmente se ha prohibido fumar en lugares de trabajo, y se hace responsable al empresario o directivo de que se cumpla la norma. En ambos casos, la inaceptabilidad social del riesgo (y su persistencia) llevó a formular regulaciones orientadas para eliminarlo. Su existencia permite un uso relativamente sistemático de la autoridad sanitaria para garantizar su cumplimiento.

Hacer cumplir las normas

Es práctica habitual de los servicios de protección de la salud velar por el cumplimiento de normas. Los conceptos subyacentes en la responsabilidad del Estado para la protección de la salud fueron sistematizados entre 1779 y 1817, en un ingente sistema, por Johan Peter Frank, que acuñó el término de «policía médica»³. Hoy esta actividad se basa en la normativa de referencia y en instrumentos pautados con procedimientos bien establecidos en la administración (tabla 1), consagrados actualmente en la ley 30/1992, que establece el régimen jurídico de las administraciones públicas y el procedimiento administrativo común. Su gestión es habitual en el día a día de estos servicios^{4,5}. En esta actividad es clave el carácter de agente de la autoridad que la normativa confiere al empleado público en el uso de sus atribuciones: justamente por este motivo se le otorga la presunción de veracidad (que afecta a las inspecciones, actas e informes que emite), y se suele restringir a personal funcionario.

Acciones y omisiones

En realidad, siempre hay cierto grado de incertidumbre, como cuando un inspector adopta medidas cau-

Tabla 1. Algunos procedimientos de intervención administrativa de uso habitual al ejercer la autoridad sanitaria

Procedimiento	
Inspección	Acción orientada a comprobar la adecuación de establecimientos, productos o procesos con la normativa sanitaria vigente para proteger la salud pública. Puede acompañarse de toma de muestras. De la inspección se puede derivar un informe y/o un acta de inspección
Acta	Documento que recoge el resultado de una actuación, en el que se hacen constar la conformidad o incumplimiento de preceptos, en cuyo caso se notifica y emplaza a su resolución. El acta está firmada por quien la expide, y el titular o representante del establecimiento implicado
Comparecencia	Presencia del titular o representante legal de una razón social ante un representante de la administración como respuesta a una citación previa, con el objetivo de notificarle una situación que debe ser corregida o subsanada. De la comparecencia se deriva un acta, en la que constan los hechos comunicados y los requerimientos formulados
Autorización sanitaria	Resolución previa al funcionamiento que se otorga por la autoridad sanitaria a determinadas instalaciones, establecimientos o servicios sometidos a normativas de protección de la salud
Registro	Ficheros de datos sobre determinados establecimientos o productos de relevancia para la salud de inscripción obligatoria, constituidos por la autoridad sanitaria para facilitar las tareas de control sanitario
Requerimiento	Resolución administrativa en la que se ordena al interesado a ejecutar determinadas acciones para corregir un problema, advirtiéndole que en caso de no hacerlo la administración puede imponerle una multa coercitiva o ejecutar otras acciones, entre ellas ordenar la suspensión de la actividad
Expediente sancionador	Procedimiento administrativo encaminado a la imposición de una sanción por la comisión de una infracción tipificada en la normativa aplicable. Lo generan un acta de inspección y un informe, comporta el nombramiento de un instructor, la notificación al afectado, que tiene derecho a la vista del expediente y a formular alegaciones, y culmina con una resolución formal, que puede ser recurrida
Medida cautelar	Medida destinada a evitar situaciones de riesgo para la población y basada en la inmovilización y/o decomiso de un producto, el cierre preventivo de unas instalaciones, establecimiento o servicio o la suspensión de la autorización de funcionamiento. Además de su adopción como parte de un procedimiento, puede también adoptarse antes de su inicio en caso de urgencia para proteger la salud

telares por el principio de precaución. Pero la vigilancia epidemiológica plantea situaciones para las que no hay normas de referencia: hay que usar el criterio, contrapesando los riesgos de intervenir con los de no actuar. La ley 3/1986 es el marco general, con algunas normativas autonómicas (en Cataluña, la ley 7/2003 de protección de la salud). Presentamos algunos casos.

Tratamiento coercitivo de la tuberculosis

En el marco del programa de control de la tuberculosis de la ciudad, el seguimiento de casos para garantizar su curación llevó a identificar pacientes con la enfermedad que no cumplían con el tratamiento, y que planteaban riesgos a sus convivientes⁶. Las limitaciones de la persuasión se manifestaron con un enfermo bacilífero que convivía con 2 bebés y que nunca inició tratamiento (falleció a causa del sida poco después). A partir de esta situación, se desarrolló un esquema de intervención coactiva para pacientes no cumplidores. Se basa en el requerimiento escrito entregado a domicilio por un enfermero de salud pública acompañado de un policía municipal uniformado. Se advierte al enfermo que en caso de incumplimiento se informará al poder judicial, que podía ordenar el internamiento forzoso. Desde su adopción, este esquema se ha utilizado en 10 pacientes (menos del 0,5% de los casos), y se documentó un buen cumplimiento del tratamiento en 7.

Suspensión y limitación de la actividad industrial

La investigación de epidemias de asma en la ciudad llevó a identificar que una proteína del haba de soja era la causa de este problema, que afectó a centenares de personas con algunas víctimas mortales⁷. La descarga de haba de soja de barcos en el puerto era la operación causante de la emisión del alérgeno, bajo la forma de polvo transportado por el viento al casco urbano. El polvo emitido por las instalaciones implicadas era inferior al regulado como polvo general, y no había una normativa ambiental ni sanitaria específica para el de haba de soja (ni para los riesgos de salud ambiental por alérgenos, fuera del campo ocupacional). Sin embargo, la demostración de causalidad llevó a decretar la suspensión de las operaciones mediante un decreto municipal en 1986 y en 1996, y a limitarlas mediante un criterio sanitario, incorporado a las condiciones de las licencias de actividades expedidas en 1999⁸. Aunque la suspensión fue recurrida judicialmente, los tribunales la ratificaron. Además, condenaron a las empresas a compensar económicamente a los familiares de algunas de las víctimas.

Limitación del ejercicio profesional

La investigación epidemiológica de una posible transmisión iatrogénica del virus de la inmunodeficiencia humana llevó a identificar un médico seropositivo con ejercicio clínico privado que implicaba riesgo de transmisión⁹. Tras una valoración sanitaria y jurídica y de común acuerdo con el Colegio de Médicos, se le requirió a una comparecencia en la Agencia de Salud Pública. En su curso se le informó de la situación, se le advirtió de que su práctica debía limitarse a actividades sin riesgo de transmisión, y se le solicitó un listado de pacientes para poder convocarlas y ofrecerles una analítica por sospecha de posible exposición iatrogénica. Acudió con asesoramiento jurídico, firmó el acta de comparecencia y colaboró con la intervención y la investigación de posibles expuestos (se confirmó que no hubo otros casos de transmisión). Todo el proceso se llevó con estricto respeto de la confidencialidad. Sigue en activo, sin actividad quirúrgica.

Comentarios

Estos ejemplos documentan la oportunidad y la necesidad de actuar de forma proporcionada a los riesgos. En estas situaciones, el bien social del derecho colectivo a la salud tiene prioridad sobre otros derechos personales, y es obligación de los poderes públicos actuar¹⁰. Con normativas sectoriales se reduce la incertidumbre y se facilita la acción de las autoridades¹¹. Pero su actuación proactiva no puede obviarse por la ausencia de desarrollo normativo en situaciones específicas, habitualmente marcadas por la existencia de personas afectadas. Obligar a tener criterio propio, a valorar la proporcionalidad de las actuaciones, y a ser sensible a los derechos de los afectados, pero no puede incapacitarnos para actuar: hacerlo forma parte del núcleo esencial de nuestro catálogo de servicios.

Bibliografía

1. Public Health Functions Working Group and Steering Committee. Essential Public Health services, 1994 [citado 30 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>
2. Kelly MP. Public health guidance and the role of the new NICE. *Public Health*. 2005;119:960-8.
3. Rosen G. A history of public health, expanded edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
4. Francisco-Polledo JJ. Gestión de la seguridad alimentaria. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 2002. p. 116-44.
5. Ramoneda M, Guillen M, Duran J, coordinadores. Control sanitari dels establiments alimentaris. Manual per a l'inspector. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2004. Dis-

- ponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/Controlsanitari_establiments_alimentaris.pdf
6. Villalbí JR, Galdós-Tangüis H, Caylà JA. El control de la tuberculosis basado en la evidencia. Una aproximación de salud pública. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl 1:111-6.
 7. Antó JM, Sunyer J, Rodríguez-Roisin R, Suárez-Cervera M, Vázquez L. Community outbreaks of asthma associated with inhalation of soybean dust. *N Engl J Med*. 1989;320:1097-102.
 8. Villalbí JR, Plasencia A, Manzanera R, Armengol R, Antó JM. Epidemic soybean asthma and public health: new control systems and initial evaluation in Barcelona, 1996-98. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:461-5.
 9. Mallolas J, Arnedo M, Pumarola T, Erice A, Blanco JL, Martínez E, et al. Transmission of HIV-1 from an obstetrician to a patient during a caesarean section. *AIDS*. 2006;20:285-7.
 10. Segura A. Salud pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices? *Gac Sanit*. 2002;16:205-8.
 11. Martínez-Ferrando R, García-López de Sa A, Gómez-Juárez Molina F. Posibilidades legales de actuación en la inspección sanitaria de establecimientos públicos alimentarios. *Aten Primaria*. 1991;8:530-5.