

S.E.E. NOTA

Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología

Mayo/Agosto 2006 - N.º 38

SEE DESTACA

EL CIBER DE SALUD PÚBLICA SERÁ UNA REALIDAD

En la página del Instituto de Salud Carlos III ha salido la resolución y el listado provisional de la concesión los CIBERS.

http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/convocatorias/convocatoria_CIBER.jsp

Reproducimos aquí los grupos que formarán parte de este CIBER. La lista podría aumentar ya que en el momento de cerrar la edición del SEE-Nota no se ha cumplido el plazo habilitado para presentar reclamaciones.

LISTADO PROVISIONAL DE LA CONCESIÓN LOS CIBERS

Num. Expediente	Investigador Principal
CB06/02/0001	RODRÍGUEZ ARTALEJO, FERNANDO
CB06/02/0004	MARCOS DAUDER, RICARDO
CB06/02/0007	ECHEVARRÍA MAYO, JUAN EMILIO
CB06/02/0008	HERNÁNDEZ AGUADO, ILDEFONSO
CB06/02/0010	ALONSO FERNÁNDEZ, PEDRO LUIS
CB06/02/0013	BOLUMAR MONTRULL, FRANCISCO
CB06/02/0014	CALDERÓN SANDUBETE, ENRIQUE JOSÉ
CB06/02/0023	MARTÍNEZ GARCÍA, CARMEN
CB06/02/0024	RODRÍGUEZ FARRÉ, EDUARDO
CB06/02/0029	ELOSUA LLANOS, ROBERTO
CB06/02/0031	BALLESTER DÍEZ, FERRÁN
CB06/02/0034	PORTA SERRA, MIQUEL
CB06/02/0041	SUNYER DEU, JORDI
CB06/02/0042	NAVARRO SÁNCHEZ, CARMEN
CB06/02/0045	MORALES SUÁREZ-VARELA, M. MANUELA DEL M.
CB06/02/0046	ALONSO CABALLERO, JORDI

Continúa en la página 2.

SEE NOTA es una publicación de



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Presidente

Ildefonso Hernández Aguado

Vicepresidenta

Rosa Ramírez

Secretario

Santiago Pérez Hoyos

Tesorera

Anna Schiaffino

Vocales

Marina Pollán

Juan de Mata Donado Campos

Socorro Fernández

Secretaría

Suport Serveis, S.A.

Calvet, 30 - 08021 Barcelona

Tel.: 93 201 75 71

Fax: 93 201 97 89

E-mail: suport@suportserveis.com

Editoras

Marina Pollán

Socorro Fernández

<http://as-seepidemiologia.es>



LISTADO PROVISIONAL DE LA CONCESIÓN LOS CIBERS

Num. Expediente	Investigador Principal
CB06/02/0047	KOGEVINAS, EMMANOUIL
CB06/02/0048	PONS RAFOLS, JOAN MARÍA VIANNEY
CB06/02/0050	MOYA SIMARRO, ANDRÉS
CB06/02/0051	BRUGAL PUIG, MARÍA TERESA
CB06/02/0052	BORRELL THIO, CARMEN
CB06/02/0053	BAQUERO MOCHALES, FERNANDO
CB06/02/0055	CAYLA BUQUERAS, JUAN ARTURO
CB06/02/0057	CASABONA BARBARA, JORDI
CB06/02/0058	ESTIVILL PALLEJA, XAVIER
CB06/02/0062	NEBOT ADELL, MANEL
CB06/02/0066	EMPARANZA KNORR, JOSÉ IGNACIO
CB06/02/0068	BERTRANPETIT BUSQUETS, JAUME
CB06/02/0072	DORRONSORO IRAETA, MARÍA
CB06/02/0073	DE SANJOSÉ LLONGUERAS, SILVIA
CB06/02/0074	CASTILLA CATALÁN, JESÚS
CB06/02/0076	DOMÍNGUEZ GARCÍA, ÁNGELA
CB06/02/0077	GÓMEZ DE LA CÁMARA, AGUSTÍN
CB06/02/0079	LÓPEZ SABATER, M. CARMEN
CB06/02/0084	LÓPEZ-ABENTE ORTEGA, GONZALO
CB06/02/0085	MATEO ONTAÑÓN, SALVADOR DE
CB06/02/0086	SARRIA SANTAMERA, ANTONIO
CB06/02/0087	SUÑOL SALA, MARÍA ROSA

PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En marzo de este año la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

Os presento a continuación un resumen de los principios, objetivos y estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Desde la pers-

pectiva de la SEE se señalan en **negrita** los aspectos más débiles así como las estrategias en las que la SEE podría tener un papel destacado.

RESUMEN DE LOS OBJETIVOS DEL PLAN

Los principios que inspiran el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud son los de ofrecer garantías a pacientes, usuarios y profesionales para conseguir un Sistema Nacional de Salud:

SEE DESTACA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

- Centrado en las necesidades de pacientes y de usuarios.
- Orientado a la protección y promoción de la salud y la prevención.
- Preocupado por el fomento de la equidad.
- Decidido a fomentar la excelencia clínica.
- Interesado en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible.
- Capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar la cohesión de los servicios.
- Capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios.
- Transparente para todos los actores.
- Evaluable en el resultado de sus acciones (**éste es uno de los puntos débiles del plan, en el que las sociedades científicas pueden tener un papel importante**).

El propósito de este Plan de Calidad es incrementar la cohesión del Sistema Nacional de Salud y ayudar a garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a todos los ciudadanos, con independencia de su lugar de residencia, al tiempo que ofrecer herramientas útiles a los profesionales y a los responsables de salud de las Comunidades Autónomas en su objetivo de mejorar la calidad. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud ofrece 6 grandes áreas de actuación que pretenden dar respuesta a las cuestiones que afectan a los grandes principios y retos de nuestro sistema sanitario:

1. Protección, promoción de la salud y prevención.
2. Fomento de la equidad.
3. Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud.
4. Fomento de la excelencia clínica.
5. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos.
6. Aumento de la transparencia.

Estas áreas se concretan en 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos de acción.

ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS

PROTECCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

ESTRATEGIA 1. PROTEGER LA SALUD

Objetivo 1.1. Fortalecer los Servicios de Sanidad Exterior.

Objetivo 1.2. Reforzar la vigilancia epidemiológica.

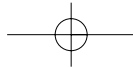
Proyectos a desarrollar:

- Relacionar espacial y temporalmente, a través de la creación de Bases de Datos generadas con criterios homogéneos y poblacionales, los datos e indicadores sintéticos de Salud Pública (determinantes y riesgos de salud) con los Asistenciales (Demanda y Utilización de Servicios).
- Generar nuevos instrumentos de Vigilancia de la Salud: sistemas de Alerta basados en hábitos de frecuentación de determinados servicios y otros sistemas de Información Sanitaria territorializada.
- Incorporar un Sistema de Información Geográfico (SIG) que facilite la utilización, explotación y análisis de Bases de Datos Georreferenciadas.

Objetivo 1.3. Gestión de riesgos ambientales para la salud.

Proyectos a desarrollar:

- Potenciar la Red de Intercambio Rápido de Información sobre productos químicos para favorecer la vigilancia y el control de la seguridad de estos productos una vez comercializados.....
- Evaluar el impacto en la salud de la calidad del agua de consumo humano, mediante la aplicación de la metodología EIS de evaluación de impacto en salud.....
- Elaborar guías para el diseño e implementación de la gestión ambiental en los servicios sanitarios y un manual de gestión ambiental en dichas unidades
- Desarrollar un Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente, con objeto de aumentar la coordinación de las actividades conjuntas en materia de



SEE DESTACA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

medio ambiente y salud, potenciar las actividades de investigación y los mecanismos para mejorar la evaluación del riesgo, y desarrollar un conjunto de indicadores de salud ambiental.

ESTRATEGIA 2. SALUD Y HÁBITOS DE VIDA

Objetivo 2.1. Analizar la evidencia sobre la efectividad de las estrategias de promoción de la salud y de prevención primaria.

Proyectos a desarrollar:

- Elaboración de un plan de revisión de las evidencias de efectividad de las intervenciones de prevención y promoción de salud de carácter comunitario y en la práctica clínica que se desarrollan en el Sistema Nacional de Salud.
- Elaboración de recomendaciones preventivas periódicas sobre: vacunaciones, nutrición, actividad física y prevención de la obesidad en población infanto-juvenil; prevención del tabaquismo; prevención de alcoholismo y de los problemas derivados del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes y prevención de la dependencia en personas mayores, mediante la realización de foros de debate y consenso.
- Desarrollo de acciones preventivas basadas en la evidencia a través del observatorio para la prevención del tabaquismo establecido en la Ley 28/2005 de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Objetivo 2.2. Impulsar el desarrollo de la Atención Primaria

Objetivo 2.3. Prevenir la Obesidad

Proyectos a desarrollar:

- Se creará un grupo de trabajo con participación de las Comunidades Autónomas y las Sociedades Científicas para establecer protocolos en las consultas de Atención Primaria que permitan identificar lo antes posible a los niños con riesgo de obesidad mediante la investigación de los condicionantes familiares y el seguimiento de la situación individual de cada

niño utilizando en la consulta el Índice de Masa Corporal a partir de los 2 años.

- Impulsar la investigación sobre obesidad.

Objetivo 2.4. Prevenir el consumo de Alcohol en menores de 18 años

Proyectos a desarrollar:

- Situar los consumos excesivos de alcohol como un problema para la salud individual y para la salud pública, en particular entre la población menor de 18 años.
- Elaborar un texto normativo cuyo principal objetivo sea la protección de la salud de los menores en relación con el daño asociado al consumo de alcohol, a través de medidas dirigidas a reducir la accesibilidad al alcohol por los menores, que ofrezcan una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y adolescentes a beber, y que apoyen a las personas que eligen no beber.

Objetivo 2.5. Prevenir los accidentes domésticos

Proyectos a desarrollar:

- Realizar la Encuesta DADO2006 sobre prevalencia de accidentes domésticos.

FOMENTAR LA EQUIDAD

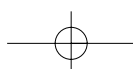
ESTRATEGIA 3. IMPULSAR POLÍTICAS DE SALUD BASADAS EN LAS MEJORES PRÁCTICAS

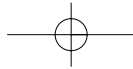
Objetivo 3.1. Describir, sistematizar, analizar y comparar información sobre las políticas, programas y servicios de salud.

Objetivo 3.2. Poner a disposición, y contrastar con las opiniones de los usuarios, los profesionales y los tomadores de decisiones, el conocimiento sobre la evolución, problemas y logros del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo componen.

ESTRATEGIA 4. ANALIZAR LAS POLÍTICAS DE SALUD Y PROPONER ACCIONES PARA REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD CON ÉNFASIS EN LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO

Objetivo 4.1. Promover el conocimiento sobre las desigualdades de género en salud y fortalecer el





SEE DESTACA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

enfoque de género en las políticas de salud y en la formación continuada del personal de salud.

Objetivo 4.2. Generar y difundir conocimiento sobre las desigualdades en salud y estimular buenas prácticas en la promoción de la equidad en atención a la salud y en la reducción de las desigualdades en salud desde el Sistema Nacional de Salud.

APOYAR LA PLANIFICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

ESTRATEGIA 5. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Objetivo 5.1. Estudiar las necesidades de especialistas médicos.

Objetivo 5.2. Apoyar la ordenación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 5.3. Fortalecer las Unidades Docentes y el Programa de formación de residentes.

FOMENTAR LA EXCELENCIA CLÍNICA

ESTRATEGIA 6. EVALUAR LAS TECNOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS COMO SOPORTE A LAS DECISIONES CLÍNICAS Y DE GESTIÓN

Objetivo 6.1. Proponer procedimientos y criterios para detectar y seguir la evolución de tecnologías y procedimientos nuevos y emergentes.

Objetivo 6.2. Diseñar un Plan de evaluación de tecnologías sanitarias para el Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 6.3. Extender la cultura evaluadora entre clínicos y gerentes, y formar profesionales dedicados a la evaluación de tecnologías en salud.

Objetivo 6.4. Fortalecer los instrumentos de que dispone el Sistema Nacional de Salud para evaluar tecnologías y procedimientos en salud.

ESTRATEGIA 7. ACREDITAR Y AUDITAR CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS

Objetivo 7.1. Establecer los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que

deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de Centros Sanitarios a nivel del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 7.2. Garantizar la calidad de los Centros, servicios y procedimientos de referencia del Sistema Nacional de Salud publicando la norma básica y estableciendo un modelo de acreditación.

Objetivo 7.3. Fortalecer el proceso de auditoría docente de los centros acreditados para la formación de postgrado.

ESTRATEGIA 8. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

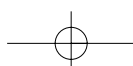
Objetivo 8.1. Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria.

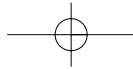
Objetivo 8.2. Diseñar y establecer sistemas para la comunicación de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

Objetivo 8.3. Implantar a través de convenios con las Comunidades Autónomas proyectos que impulsen y evalúen prácticas seguras en 8 áreas específicas:

- Prevenir los Efectos Adversos de la anestesia en cirugía electiva.
- Prevenir fracturas de cadera en pacientes post quirúrgicos.
- Prevenir úlceras por presión en pacientes en riesgo.
- Prevenir el Trombo-embolismo Pulmonar (TEP)/ Trombosis Venosa Profunda (TVP) en pacientes sometidos a cirugía.
- Prevenir la infección nosocomial y las infecciones quirúrgicas.
- Prevenir la cirugía en lugar erróneo.
- Prevenir los errores debidos a medicación.
- Asegurar la implantación y correcta aplicación del consentimiento informado así como el cumplimiento de las últimas voluntades de los pacientes.

Objetivo 8.4. Reforzar los sistemas de calidad para los centros y servicios de transfusión.





SEE DESTACA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Objetivo 8.5. Desarrollar medidas de mejora de la calidad de los procesos de la Organización Nacional de Trasplantes.

ESTRATEGIA 9. MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON DETERMINADAS PATOLOGÍAS

Objetivo 9.1. Mejorar la atención de los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica:

- Estrategia sobre el Cáncer.
- Estrategia sobre Cardiopatía Isquémica.
- Estrategia sobre Diabetes.
- Estrategia sobre Salud Mental.
- Estrategia de Cuidados Paliativos.
- Estrategia sobre el Accidente Vascular Cerebral.
- Estrategia sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Objetivo 9.2. Mejorar la atención de los pacientes con enfermedades raras.

ESTRATEGIA 10. MEJORAR LA PRÁCTICA CLÍNICA

Objetivo 10.1. Documentar y proponer iniciativas tendentes a disminuir la variabilidad no justificada de la práctica clínica.

Objetivo 10.2. Impulsar la elaboración y el uso de Guías de Práctica Clínica vinculadas a las Estrategias de Salud, consolidando y extendiendo el Proyecto Guía-Salud y formando a profesionales.

Objetivo 10.3. Mejorar el conocimiento sobre la calidad de vida de los pacientes.

UTILIZAR LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS

ESTRATEGIA 11. SANIDAD EN LÍNEA

Objetivo 11.1. Garantizar la identificación inequívoca de los ciudadanos en todo el Sistema Nacional de Salud mediante la tarjeta sanitaria y la base de datos de población protegida del SNS.

Objetivo 11.2. Impulsar la historia clínica electrónica y posibilitar el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales, dispositivos asistenciales y Comunidades Autónomas.

Proyectos a desarrollar:

- Impulsar la máxima extensión de las aplicaciones informáticas de historia clínica adoptadas y apoyar la informatización de las consultas en todas las Comunidades Autónomas a través de fondos vinculados al proyecto Sanidad en Línea.
- Definir, con el apoyo de los profesionales y expertos, los criterios de normalización de las Historias Clínicas para el conjunto del Sistema Nacional de Salud en aras de asegurar la interoperabilidad y la validez para los pacientes en cualquier punto del sistema sanitario. Consideramos éste un punto clave ya que la historia clínica electrónica va a ser la fuente de datos primarios de los estudios epidemiológicos. Entendemos que la SEE (y SESPAS en general) deberían ser consultadas en el desarrollo de los posibles diseños que garanticen la realidad de la estrategia 12.

Objetivo 11.3. Impulsar la receta electrónica para su extensión en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 11.4. Ofrecer en el Sistema Nacional de Salud nuevos servicios de relación entre los ciudadanos y los profesionales: cita por Internet, telemedicina y teleformación.

Objetivo 11.5. Garantizar la accesibilidad desde cualquier punto del sistema, la interoperabilidad y la explotación adecuada de la información.

MAYOR TRANSPARENCIA

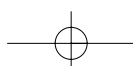
ESTRATEGIA 12. DISEÑAR UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FIABLE, OPORTUNO Y ACCESIBLE

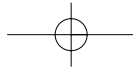
Objetivo 12.1. Seleccionar y definir los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

Objetivo 12.2. Poner en marcha el Banco de Datos del Sistema Nacional de Salud.

Proyectos a desarrollar:

- Revisar, normalizar y validar los datos contenidos en las diferentes operaciones estadísticas sanitarias.
- Incorporar al Repositorio del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Sistema Nacional de Salud los micro-datos depurados.
- Establecer los correspondientes planes de explotación de datos y el diseño de los informes.





SEE DESTACA/SEE ANUNCIA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

- Establecer la política de acceso y uso del Banco de Datos.

Objetivo 12.3. Mejorar e integrar los subsistemas de información existentes

Proyectos a desarrollar:

- Definir los procedimientos de normalización de los sistemas de información.
- Redefinir y/o ampliar los contenidos de determinados subsistemas de información actualmente disponibles.
- Integrar los datos de los diferentes subsistemas desde enfoques organizativos, funcionales, territoriales o cualesquiera otros que se consideren pertinentes.

Objetivo 12.4. Establecer un plan de acceso a los datos y de difusión de la información obtenida

Proyectos a desarrollar:

- Desarrollar una política de gran accesibilidad a la información, con acceso multi-canal utilizando las nuevas tecnologías de la comunicación y, en particular, la página electrónica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

EVALUACIÓN DEL PLAN

Por su propia naturaleza, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud va a involucrar de un modo u otro a una gran diversidad de actores: sociedades científicas, asociaciones de pacientes, Comunidades Autónomas, administraciones locales, instituciones docentes, unidades de investigación, organismos de evaluación, medios de comunicación, y otros.

En consecuencia, el Plan ha de desarrollarse a través una variada gama de instrumentos e iniciativas: promulgación de normas; fortalecimiento de redes de instituciones y grupos; celebración de foros y talleres; convocatoria de conferencias y congresos; suscripción de acuerdos, conciertos y convenios; convocatoria de concursos; apertura de espacios virtuales; organización de cursos y actividades formativas; diseño y lanzamiento de campañas de publicidad y otros.

Dado que el objetivo principal del Plan es construir una alianza en favor de la calidad de la atención sanitaria, el grado de logro del mismo se tendrá que medir en función de este gran objetivo.

Esta evaluación global deberá hacerse con la colaboración de los responsables de los servicios sanitarios, los ciudadanos y los profesionales.

Para ello, se encuestará tanto el grado de impacto global del Plan como el nivel de desarrollo de cada una de las Estrategias que lo componen, usando las encuestas periódicas que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo y, en su caso, encuestas ad hoc. Una primera evaluación global será realizada al término del segundo año de vigencia del Plan.

Además de la evaluación global, cada uno de los objetivos será objeto de una evaluación específica. Estas evaluaciones específicas se realizarán mediante técnicas cualitativas, cuantitativas o mixtas, y podrán ser de proceso o de resultado según el tipo de objetivo de que se trate. En la mayoría de los casos, una primera evaluación del grado de avance de cada objetivo se hará al término del primer año de vigencia del Plan.

Juan de Mata Donado Campos

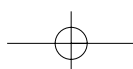
SEE-ANUNCIA

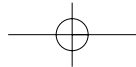
PRÓXIMA REUNIÓN CIENTÍFICA SEE

El 31 de mayo finalizó la recepción de las comunicaciones para la próxima Reunión, Los días 17 y 18 de julio el CC se reunió en Logroño y a partir de esas fechas podremos conocer tanto la aceptación o no de nuestras comunicaciones como la distribución de las sesiones orales y de carteles durante la Reunión. El programa científico, prácticamente definitivo, de la XXIV Reunión es el siguiente.

La inscripción a la Reunión se realizará a través de la página Web (<http://www.see2006.org>). Os recordamos que la inscripción a precio reducido finalizará el día 31 de julio. El precio de la inscripción es el siguiente:

Tipo	Antes 31 de julio	Después 31 de julio
Socios	330 €	390 €
No socios	390 €	450 €
Becario-MIR socios	270 €	330 €
Becario-MIR no socios	330 €	390 €





SEE ANUNCIA/SEE ENTREVISTA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

PROGRAMA CIENTÍFICO SEE				
	Martes 3	Miércoles 4	Jueves 5	Viernes 6
Mañana	Taller precongreso	Apertura e inauguración	Comunicaciones orales	Comunicaciones orales
	Curso de R 8 horas en sesiones de mañana y tarde. Docentes: Joan Valls Aurelio Tobías Ramón Cleries	Comunicaciones orales		
		Café	Café	Café
		Conferencia inaugural Dr. Carlos A. González "Nutrición y cáncer: desafíos para la Epidemiología" Modera: Carmen Navarro	Carteles/mesas espontáneas	Conferencia de clausura Dr. John P.A. Ioannidis "Genetic susceptibility to chronic diseases: where we are, where we go?". Modera: Nuria Malats
		Comida	Comida	Clausura
Tarde	Recepción y entrega de documentación	Comunicaciones orales	Comunicaciones orales	
		Café	Café	
		Comunicaciones orales	Epidemiología y sociedad Dr. Pedro Alonso "La lucha contra la malaria" Modera: Milagros Perucha	
		Comunicaciones orales	Asamblea SEE	
		Comunicaciones orales	Cena de clausura	
Actividades paralelas: Narrativa y salud. Jóvenes epidemiólogos.				

¡Esperamos vuestras inscripciones!

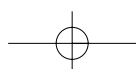
**Los Comités Científico y Organizador,
La Rioja, julio de 2004**

SEE-ENTREVISTA

Entrevistamos en este número a nuestra compañera Karoline de la Hoz que actualmente trabaja en el Centro de Control de Enfermedades europeo (ECDC).

¿Dónde estás trabajando Karoline? ¿Cómo llegaste allí?

Desde septiembre de 2005 estoy trabajando en el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) en Estocolmo. El ECDC es una Agencia de la Unión Europea (UE) que empezó a funcionar el 20 de mayo de ese mismo año y, para contribuir a ponerla en marcha, la Dirección del Centro solicitó a los países de la Unión que cedieran expertos temporalmente. Yo soy funcionaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y tanto el Gobierno Regional como el Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública, apoyaron mi candidatura para que me desplazara a Estocolmo como Experta Nacional Destacada.



SEE ENTREVISTA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

¿Cuáles son los principales objetivos del ECDC?

Las últimas crisis sanitarias como el SARS o la gripe aviar, la desaparición práctica de fronteras y la incorporación de nuevos estados a la Unión, han hecho patente que es necesario un esfuerzo coordinado para hacer frente a las amenazas para la salud relacionadas con las enfermedades transmisibles. El ECDC tiene la misión fundamental de contribuir a aumentar la capacidad de la Comunidad y de los Estados Miembros de la UE para proteger la salud humana a través de la prevención y control de las enfermedades infecciosas.

¿Qué función o actividades realiza un epidemiólogo en este tipo de puesto? ¿Cómo trabaja en general el ECDC?

Yo, concretamente trabajo en la Unidad de Vigilancia y Comunicación donde, en la actualidad, preparamos las bases para asumir la vigilancia europea. Para ello, entre otras cosas, estamos desarrollando un documento estratégico que define la vigilancia europea y sus objetivos en los próximos años, revisamos las definiciones de caso de las enfermedades transmisibles, preparamos la que será la nueva base de datos para la vigilancia europea y evaluamos las redes de vigilancia existentes.

El trabajo en el ECDC se hace en estrecha colaboración con los Estados Miembros, la Comisión y el Parlamento Europeo y con las otras agencias europeas con competencias en salud. Para ello, se constituyen grupos de trabajo o consultas a expertos. Además, periódicamente se rinden cuentas a los dos organismos directivos, el Consejo de Administración y el Consejo Técnico donde están representados los Estados Miembros, la OMS y la Comisión, entre otros.

¿Qué papel juega el ECDC en ámbito europeo?

El ECDC se estableció como una agencia europea independiente con un mandato amplio respecto al control de enfermedades transmisibles, pero no

tiene ninguna competencia reguladora ni legislativa, ya que éstas se mantienen en el seno de la Comisión Europea, aunque el ECDC puede asesorar y sugerir medidas de control. La misión del ECDC es básicamente técnica. Esto quiere decir, que debe identificar, comprobar y comunicar las amenazas para la salud relacionadas con las enfermedades transmisibles existentes y emergentes. Debe proporcionar opiniones y asistencia científica, así como entrenamiento técnico. Tiene que coordinar las redes en funcionamiento y contribuir a mejorar la operatividad de los recursos existentes en la UE facilitando el desarrollo de actividades conjuntas y de buenas prácticas.

¿Cuál es su relación con los Ministerios de Salud de los países miembros? ¿Cómo se estructura esta relación?

Los Ministerios de Salud de los países tienen un representante en el Consejo de Administración del Centro que aprueba el programa de trabajo anual y hace el seguimiento de los presupuestos. Este Consejo se reúne tres veces al año y tiene una participación muy activa en la vida del Centro. Además, se producen comunicaciones siempre que es necesario, bien por requerimiento de los países o a iniciativa del Centro, para hacer consultas o difundir informaciones de interés.

¿Cómo y qué prioriza el ECDC y cómo trabaja?

El ECDC inició su andadura con algunos proyectos prioritarios establecidos por la UE, entre ellos: asumir la vigilancia europea, contribuir a la lucha contra las resistencias antimicrobianas, el VIH/SIDA y enfermedades de transmisión parenteral y la preparación de los países frente a una pandemia de gripe. Este último proyecto, ha ocupado muchos recursos en los últimos meses. Se han desplazado técnicos en todas las misiones internacionales para apoyar a los países con casos de gripe aviar en humanos y en aves en Europa (Rumania, Turquía, Iraq, Chipre...), se han realizado visitas a los países para analizar los planes de preparación y respuesta,

SEE ENTREVISTA



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

se han elaborado diversas guías y recomendaciones (disponibles en <http://www.ecdc.eu.int>).

¿Qué propone y cómo trabaja el ECDC para disminuir las diferencias en salud entre los países miembros?

Una de las prioridades del ECDC es prestar especial soporte a los países con menos recursos que generalmente coinciden con los de más reciente integración en la UE. Esto se está desarrollando, pero puedo poner algunos ejemplos de cómo se expresará. Por una parte, organizando entrenamiento técnico de forma asumible para los países con menos recursos humanos (cursos cortos), desarrollando equipos técnicos de ayuda capaces de desplazarse a requerimiento de los países, coordinando los recursos europeos de modo que países que no dispongan de medios sofisticados puedan acceder a los existentes en otros (por ejemplo determinadas técnicas de laboratorio), desarrollando guías y recomendaciones.

¿Se plantea el ECDC líneas de trabajo y actuación relacionadas con enfermedades no transmisibles?

Hay que tener en cuenta que el ECDC acaba de cumplir un año y que está poniendo las bases para el trabajo relacionado con las enfermedades transmisibles. Esto está suponiendo un esfuerzo muy importante que se lleva cabo con un número de recursos limitado (a final de 2005 había 50 personas, a final de 2006 se esperan 70 y alrededor de 300 para 2012). Sin embargo, en el documento que regula la fundación del Centro ya se plantea que en un futuro no lejano su mandato podrá ser ampliado a otras áreas de la salud pública.

¿Cómo ves el nivel de los epidemiólogos españoles en el conjunto europeo? ¿y la aportación española al ECDC?

El nivel de los epidemiólogos españoles no tiene nada que envidiar al de los demás países europeos. Sin embargo, en el ámbito europeo, son más conocidos los epidemiólogos de otros países ya que

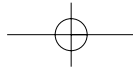
tradicionalmente su colaboración en proyectos europeos es mucho mayor. Tenemos una asignatura pendiente que es el idioma inglés, la llave para participar y también para recibir financiación europea. Respecto a la aportación española al ECDC, en el momento actual trabajamos en el Centro tres españolas, hay un experto español en cada uno de los dos paneles existentes (gripe y vacunas) y hay representantes españoles en todos los grupos de trabajo. El balance es muy positivo, pero tiene que aumentar en el futuro. La participación española es importante por dos razones: por la aportación española a Europa y por lo que Europa puede contribuir a la dinamización de los sistemas en nuestro propio país.

¿Cómo podrían los epidemiólogos españoles incorporarse o participar en las actividades del ECDC?

Hay distintas formas de participar en el ECDC y animo a nuestros colegas a explorarlas. Se puede participar en grupos de trabajo coordinados por el ECDC, para ello, los expertos nacionales suelen ser nominados por los ministerios de sanidad o los institutos de salud pública correspondientes. Para participar de manera individual, existe una base de datos de consultores de donde se seleccionan expertos para proyectos más o menos cortos y remunerados. Para aquellas personas que tengan interés en trabajar unos años en el ECDC, se están anunciando regularmente plazas para contratos de cinco años en las tres unidades operativas del ECDC (Vigilancia y Comunicación, Preparación y Respuesta, Apoyo Científico). La información está disponible en la página web mencionada más arriba. Otra posibilidad es incorporarse al ECDC como Seconded National Expert, esto es en comisión de servicios desde la administración española.

Finalmente en el terreno personal, *¿Cómo ha sido tu adaptación allí? ¿Qué cosas echas de menos?*

A pesar de ser un país Europeo, Suecia resulta exótica para los que procedemos del sur. He pasado



SEE ENTREVISTA/SEE HACE



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

mi primer invierno en Estocolmo, con temperaturas constantemente bajo cero durante varios meses seguidos. Rodeada de nieve, con los lagos y el mar helados. La ciudad presenta una imagen impresionante y de gran belleza. El contraste llega con la primavera cuando se produce una explosión de vida y de alegría. Por otra parte, trabajar en un ambiente internacional y participar en la construcción de la vigilancia europea resulta muy enriquecedor. Naturalmente echo de menos a mi familia, a mis amigos, la facilidad de relación de los españoles. En cualquier caso es una experiencia que merece la pena y que estoy disfrutando.

¿Te llega información de la SEE? ¿Qué acciones podrías proponer a nuestra Sociedad para ampliar los lazos de colaboración con los profesionales de la salud pública en los países de la UE?

La información de la SEE me llega a mi domicilio en Madrid. No se si está previsto enviarla al extranjero. Si eso es así estaré encantada de recibirla. Respecto a acciones a proponer, puedo decir que la SEE ya hizo un ofrecimiento de colaboración al ECDC. La SEE además, puede promover acciones para que se conozca el ECDC en España y facilitar la difusión entre sus socios de los puestos de trabajo que se ofrecen en ésta y otras agencias de salud europeas. Todas aquellas actividades que supongan un intercambio de proyectos o de personas pueden ser muy positivas para los epidemiólogos españoles y desde aquí ofrezco mi colaboración tanto a la SEE como a sus socios.

SEE-HACE

MESA DE LA SEE EN LA JORNADA SESPAS DE CONGRESO INFORSALUD 2006

Como se informó en el pasado SEENota y posteriormente a través de SEElista, la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) organizó el IX Congreso Nacional de Informática y Salud INFORSALUD 2006 en Madrid durante los días 28, 29 y 30 de marzo

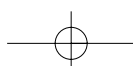
de 2006. Dentro de este congreso se organizó por primera vez una jornada, el día 30, titulada **“Las TIC para la Salud Pública y la Administración Sanitaria”** organizada por SESPAS y en la cual la Sociedad Española de Epidemiología organizó una mesa cuyo lema era **“Retos actuales de la epidemiología de campo: confidencialidad; redes de vigilancia; sistemas de alerta”** La mesa, moderada por Rosa Ramírez Vicepresidenta de la SEE se estructuró en tres ponencias. Cada uno de los ponentes ha elaborado para SEENota un resumen de su presentación que os presentamos a continuación:

Integración de redes de vigilancia epidemiológica en el marco europeo.

Gloria HERNÁNDEZ PEZZI. Jefa de Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Los datos que generan las múltiples redes de vigilancia están actualmente dispersos y atomizados. El reto de su integración es similar para las diferentes redes de vigilancia epidemiológica, afectando a redes más globales como la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en España, o la Red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad Europea. Estas últimas se basan en bases de datos relativas a enfermedades transmisibles, agentes etiológicos y brotes epidémicos y sus fuentes de información básicas son los médicos y los laboratorios de microbiología (tanto clínicos, como de referencia).

Con el desarrollo de la Unión Europea, desde los años noventa han surgido redes que comenzaron como proyectos de investigación y después se integraron en la vigilancia. La red europea se sustenta en una red de vigilancia básica (que obtiene un conjunto mínimo de datos de cada una de las 49 enfermedades sujetas a vigilancia), en redes específicas para determinadas enfermedades y agentes etiológicos y en la red de alertas. La práctica totalidad de estas redes europeas cuentan con un epidemiólogo y un microbiólogo por cada





país, que trabajan en equipo junto a los coordinadores de cada red. Sólo la red básica está formada por un informático y un epidemiólogo por país. Un inventario de estas redes está disponible en la web del Centro Nacional de Epidemiología. Actualmente el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) está evaluando las redes existentes dirigidas a la vigilancia, para considerar su continuidad y normalizar la integración de los datos y los procedimientos de todas ellas. Las modificaciones generadas en este proceso y en el desarrollo de la vigilancia en la Unión Europea están teniendo repercusiones directas en los sistemas empleados en los países.

Las nuevas tecnologías facilitan los procesos, pero son esenciales los acuerdos funcionales para conseguir la eficiencia deseada. Es imprescindible contar con acuerdos pormenorizados sobre el contenido a compartir: 1) enfermedades, agentes etiológicos, brotes y alertas; 2) variables básicas (como identificación, enfermedad, lugar, tiempo, edad, sexo o clasificación de caso) y específicas; 3) códigos; 4) especificaciones y validaciones para el control de calidad y 5) acuerdos para la difusión de información explicitados según ámbito y uso interno o público.

Combinar la integración de datos de enfermedades, agentes y brotes epidémicos procedentes de diferentes fuentes de información, que a su vez se incorporan en diferentes niveles del sistema (local, regional / autonómico, nacional, europeo, mundial) es complicado. Las aplicaciones informáticas contribuyen a solventar algunas dificultades, entre las que destacan: a) posibilitar formularios flexibles; y b) facilitar el intercambio de datos con soportes adecuados. Para conseguir una mayor eficiencia en el intercambio de información, cuando los diferentes ámbitos funcionan mediante consenso (ejemplo: Unión Europea y países), una aceptable opción podría ser la utilización de bases de datos semi on-line. Es decir, combinando en una base on-line la grabación de ficheros validados con la manual.

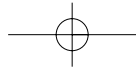
Actualmente, en España las bases on-line son la excepción. La mayoría de los datos individualizados se comparten mediante ficheros de transferencia no debidamente normalizados. Conseguir la deseada estandarización y la ampliación de formularios a todas las enfermedades vigiladas supone un reto importante. Los datos agregados de las Enfermedades de declaración obligatoria y de Gripe cuentan con una automatización normalizada.

La importancia de los tiempos para el intercambio de datos es fundamental para optimizar el aprovechamiento de la información, distinguiendo las necesidades de información respecto a la oportunidad en la acción (importancia de datos provisionales) o al conocimiento de la situación (mayor calidad de los datos definitivos). Los sistemas de los países todavía no están preparados para contar con datos definitivos en los plazos que son requeridos desde instancias internacionales, algunos de ellos solicitados 3 meses después de finalizado el año objeto de los datos. En el intercambio de datos, es imprescindible garantizar la confidencialidad de los datos personales, la seguridad en las aplicaciones y la seguridad en la transmisión.

Como conclusiones se destaca que:

- La eficiencia de la vigilancia epidemiológica, nacional e internacional, hace imprescindible la normalización e integración de los sistemas de vigilancia existentes, lo que supone un reto, tanto para España como para la Unión Europea.
- Está deseable integración, no debería ceñirse a la vigilancia epidemiológica, sino ampliarse a otras fuentes de información en Salud Pública.
- La dotación adecuada de recursos humanos y de soportes informáticos es imprescindible para abordar estos retos.

Las recomendaciones se dirigen a: a) definir y asumir objetivos comunes de integración de sistemas de vigilancia; b) extremar los esfuerzos de normalización; c) conseguir una dotación adecuada de recursos y d) estrechar la colaboración entre epidemiólogos e informáticos.



Los Sistemas de Alerta. El caso de la Gripe Aviar.

Odorina TELLO ANCHUELA. Directora. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

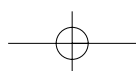
Desde el punto de vista de la Salud Pública muchas veces nos enfrentamos ante la aparición de nuevos problemas o viejos problemas que requieren, además, de una respuesta rápida y organizada, una agilidad en la comunicación entre las diferentes administraciones sanitarias y organismos públicos implicados. Para ello, es importante la organización de sistemas de alerta y respuesta. Los sistemas de alerta tienen como objetivo la detección temprana y una respuesta rápida cuando nos encontramos ante síndromes, enfermedades y otras incidencias que representan un potencial riesgo de exposición y/o de propagación, y que requieren rapidez en la comunicación y en la respuesta.

La gripe aviar es una enfermedad infecciosa que ocurre en las aves y en la cual están implicadas distintas cepas de virus incluyendo la cepa H5N1. A nivel mundial existe una gran preocupación al estar causando, esta cepa, enfermedad en los humanos. Hasta el momento en la transmisión del virus H5N1 no hay evidencia de transmisión persona a persona y, en caso de que ésta hubiera

ocurrido, no ha sido eficiente y no ha implicado transmisión comunitaria. De acuerdo con la situación epidemiológica a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud ha organizado y está usando seis fases, llamadas de alerta pandémica, que se configuran como un sistema de información mundial en relación con la amenaza de una pandemia de gripe. Las fases corresponden a las situaciones que aparecen en el cuadro adjunto. Actualmente nos encontramos en fase 3. La decisión de pasar a cada una de las fases corresponde al Director General de la OMS.

En España, el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe recoge todas las actividades que deben ser desarrolladas en cada una de las fases. Para ello, es imprescindible tener una buena información derivada de la vigilancia de la gripe y ésta será clave para la rápida identificación del inicio de una pandemia de gripe y para la toma de decisiones sobre las intervenciones a desarrollar en cada momento. Los objetivos de la vigilancia de la gripe deben ir modificándose de acuerdo al contexto epidemiológico de la enfermedad y a las posibilidades de intervención. En la fase interpandémica, el objetivo fundamental de la vigilancia es mantener los sistemas activos y asegurarse de que está funcionando un sistema de alerta temprana.

SISTEMAS DE ALERTA		
Fase interpandémica Nuevo virus en animales No casos humanos	Bajo riesgo de casos humanos	1
	Alto riesgo de casos humanos	2
Alerta pandémica Nuevo virus causa casos en humanos	No hay evidencias de transmisión persona-persona eficaz	3
	Hay evidencias de aumento de la transmisión persona-persona	4
	Evidencias significativas de transmisión persona-persona	5
Pandémica	Transmisión eficiente y sostenida persona-persona	6





Una vez iniciada la pandemia, los objetivos principales de la vigilancia serán aportar información sobre las características de la infección en la población, seguimiento de la evolución de la enfermedad y su impacto en la población. Durante una pandemia de gripe es importante que los sistemas de vigilancia sean flexibles, ya que la definición de caso puede modificarse y el sistema de notificación tendrá que ir ajustándose a la situación.

Los distintos organismos internacionales y los países están haciendo grandes esfuerzos en la organización de Sistemas de Alerta, que permitan a nivel internacional la detección temprana de cualquier cambio que pueda ocurrir, mediante la construcción de sistemas informáticos donde priman los componentes de la comunicación y la respuesta al mismo tiempo que permiten la integración de la información dentro del marco de los sistemas de vigilancia epidemiológica funcionantes.

Ante un problema mundial, como es la posible aparición de una pandemia de gripe, la OMS y las agencias internacionales son las que adquieren el liderazgo en el desarrollo de los sistemas y la valoración de la información epidemiológica de la que se dispone. Así en Europa es el Centro para el Control de Enfermedades con sede en Estocolmo, Suecia, el que está desarrollando este liderazgo fundamentalmente desde el punto de vista de la coordinación y la valoración del riesgo.

La Unión Europea ha puesto en marcha distintos sistemas de alerta los cuales son considerados como guardianes del riesgo y permiten cuando un país detecta un riesgo la rápida comunicación a la Comisión y a los otros Estados Miembros. Los sistemas corresponden a dos grupos:

- a) Sistemas para el intercambio de información que permiten detectar riesgos en productos de consumo, alimentos y productos alimentarios. Estos sistemas son: Sistema de Alerta Rápida para los alimentos y productos alimentarios (RASFF) y el Sistema de Alerta Rápida para los productos de consumo no alimentarios (RAPEX).
- b) Sistemas para el intercambio de información que permiten detectar enfermedades tanto en humanos como en animales. Estos sistemas son:

Sistema de Alerta Temprana y respuesta Rápida (EWARS) y Sistema de Notificación de Enfermedades en Animales (ADNS).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) siempre ha mantenido una estrecha vigilancia de la gripe, con el fin de asegurar una rápida identificación de las cepas de virus circulantes y así, a finales de los años sesenta, creó una red internacional de laboratorios que actualmente cubre a 83 países, a través de la colaboración de 112 centros nacionales de gripe (tres en nuestro país) y 4 centros de referencia y sigue siendo la base para el desarrollo del programa de vigilancia actual (Flunet) y las recomendaciones que la OMS hace todos los años sobre la composición antigénica de la vacuna antigripal.

En España la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se configura como un instrumento útil en la vigilancia y en concreto la de la gripe con el sistema de médicos centinela integrado en el sistema europeo: Sistema de vigilancia de la gripe en Europa (European Influenza Surveillance Scheme -EISS-), que en la actualidad integra a un total de 26 redes centinela, pertenecientes a 23 países de Europa, y recoge información que sirve para detectar precozmente el inicio de la actividad gripal en el continente europeo y caracterizar los virus de la gripe circulantes.

Además de estos sistemas específicos de vigilancia (Flunet y EISS fundamentalmente), la disponibilidad en estos últimos años de redes electrónicas de alerta y respuesta permite la difusión rápida de noticias y recomendaciones. Tanto la Red de Alerta Europea (EWRS) como la Red Global de Alerta y Respuesta de la OMS (GOARN) cumplen con ese objetivo y la coordinación estrecha con ambas redes asegurará a nuestro país un perfecto seguimiento de la situación y evolución internacional de la gripe en todo momento.

Confidencialidad de Datos Personales y Salud Pública.

Rafael FERNÁNDEZ-CUENCA GÓMEZ. Jefe de Área de Análisis Epidemiológico y Situación de Salud. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto



de Salud Carlos III Ministerio de Sanidad y Consumo.

El derecho a la intimidad protege la parte más íntima de una persona: sentimientos, creencias (políticas, religiosas), pensamientos o una información (como la relativa a la salud o a la vida sexual) cuya difusión puede producir ciertas reservas al individuo.

Este derecho está recogido en el artículo 18 de la Constitución Española: 1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen; 4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal “tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar”. Supone el desarrollo del mandato constitucional y la adaptación a la legislación española de la directiva europea 95/46/CE. El bien que se protege es el derecho a la autodeterminación informativa, esto es, la facultad del individuo de decidir por sí mismo cuando y dentro de que límites procede revelar situaciones referentes a la propia vida. La Ley define como dato de carácter personal “Cualquier información (numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo, susceptible de recogida, registro, tratamiento o transmisión) concerniente a personas físicas identificadas o identificables. No todos los datos personales tienen en la Ley el mismo nivel de protección: algunos, por su especial sensibilidad, merecen un nivel más alto. Son datos especialmente protegidos los relativos a ideología, religión o creencias (necesitan consentimiento expreso y por escrito), y los que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual (sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo

disponga una ley o el afectado consienta expresamente). Otro derecho fundamental recogido en nuestra Constitución, en su artículo 43, es el de la protección de la salud: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

En salud pública es imprescindible disponer de una buena información para actuar ante riesgos poblacionales como son, entre otros supuestos, solucionar situaciones sanitarias de urgencia o necesidad, realizar estudios epidemiológicos y de brotes o la investigación sanitaria. En determinadas situaciones, es indispensable disponer de la identificación plena e inequívoca de los afectados para el seguimiento de problemas, adopción de medidas de control o cruce con otras fuentes. A modo de ejemplo, ¿qué pasaría si la gripe aviaria empezara a transmitirse por el hombre? ¿o si nos encontráramos con alguna enfermedad transmisible viajera? Sería necesario adoptar medidas de control, y para ello, se necesitaría conocer la identidad de los afectados y de sus contactos, y si estos viajan, sus datos tendrán que viajar. Se trataría entonces de conciliar dos derechos fundamentales: El derecho a la intimidad y el derecho a la protección de la salud.

A los efectos de aplicación de la Ley de Orgánica de protección de datos de carácter personal se entiende como dato de salud la “Información relativa a la salud pasada, presente o futura, física o mental de un individuo, pudiendo tratarse de informaciones concernientes a un individuo de buena salud, enfermo o fallecido, debiendo entenderse que estos datos comprenden igualmente informaciones referidas al abuso de alcohol o al consumo de drogas” (Memoria explicativa del Convenio 108 del Consejo de Europa). El Comité de Ministros del Consejo de Europa, en una recomendación amplía esta definición: “Son datos médicos todos los de carácter personal relativos a la salud de una persona, así como los datos mani-



fiesta y estrechamente relacionados con la salud y las informaciones genéticas”.

Según la Ley los datos relativos a la salud sólo pueden ser recabados cuando expresamente lo determine una ley o el afectado lo consienta de manera expresa. Los datos de salud se podrán tratar cuando sea necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamiento médicos, o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento se realice por un profesional sanitario sujeto a secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.

La Ley prevé la cesión de datos de carácter personal relativos a la salud, cuando ésta sea necesaria para solucionar una urgencia que requiera acceder a un fichero o para realizar estudios epidemiológicos en los términos establecidos en la legislación sobre sanidad estatal o autonómica. Fuera de estos casos cualquier cesión de datos de salud deberá contar con el consentimiento expreso del interesado.

Entre la legislación estatal aplicable podemos citar:

La Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública establece que con el fin de controlar las enfermedades transmisibles la autoridad sanitaria podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en el caso de riesgo de carácter transmisible. Varios artículos de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad son de aplicación a estos efectos, principalmente: El artículo 8.1 considera como actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica. Artículo 23: Las Administraciones

Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los Registros y elaborarán los análisis de información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria.

Artículo 40.12: Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicos y de las zoonosis, así como la coordinación de los servicios competentes de las distintas Administraciones Públicas Sanitarias en los procesos y situaciones que supongan riesgo para la salud de incidencia e interés nacional o internacional.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud dedica el artículo 11 a las prestaciones de salud pública, y contempla que las prestaciones en este ámbito comprenderán (entre otras) las siguientes actuaciones: a) La información y vigilancia epidemiológica; e) La vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la Administración sanitaria competente.

En cualquier caso, para tratar estos datos hay que ajustarse a lo que dice la Ley de Protección de Datos y el Real Decreto 994/1999 de medidas de seguridad.

Como conclusiones, los sistemas de vigilancia de la salud pública necesitan en muchas ocasiones identificar los casos notificados de enfermedades, de forma que se posibilite la detección de problemas y la intervención eficaz. Es necesario utilizar la información que proviene de registros y bases de datos sanitarios y clínicos. Esa información se puede y debe utilizar sin vulnerar los derechos de las personas.

COMENTARIOS SOBRE LA JORNADA DE INFORMACIÓN

El objetivo de la jornada era acercar la problemática y necesidades de los sistemas de información



orientados a la salud pública con los sistemas de información de atención sanitaria y de gestión de recursos sanitarios. Asimismo, esta jornada estaba dirigida a expertos y profesionales de salud pública, administración sanitaria, sistemas de información sanitarios y atención sanitaria. La jornada SESPAS en general y la mesa de SEE en particular se desarrollaron para que durante esta Jornada fuera posible compartir conocimientos y experiencias con los participantes en INFORSALUD 2006, ya que se integraba totalmente en este Congreso, compartiendo salas y momentos de descanso.

Desde mi punto de vista de los objetivos anteriores, la Jornada resultó en fracaso. Aparte de la corta asistencia, de las 30 becas disponibles se cubrieron 10, cada asistente iba a lo suyo, los de Inforsalud a lo suyo y nosotros a lo nuestro. Éramos los que vamos siempre a las Reuniones de la SEE. Que yo sepa no se compartió ningún tipo de conocimientos ni de experiencia con alguien distinto a nosotros mismos.

Esto no quiere decir, que no haya que repetirlo, todo lo contrario. Creo que es fundamental que nos impliquemos en estos aspectos de la informática y la gestión. Propondría que en cada Reunión Científica de la SEE se organizara una mesa con la SEIS que sirviera para presentar las últimas novedades sobre aplicaciones informáticas a los sistemas de información. Obviamente no desconozco que esto se hace en cada una de las reuniones y que hay socios de la SEE muy buenos expertos en el tema, pero muchas veces sus aportaciones quedan en segundo plano. Mi impresión sobre las jornadas es la sensación de que estamos perdiendo el tren de las nuevas tecnologías aplicadas a la epidemiología y a la salud pública.

Juan de Mata Donado Campos

VI JORNADA SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD

La organización de la VI Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud celebradas por ADSP de Andalucía en Cádiz el 13 de Mayo de 2006, quiere proponer las siguientes conclusiones:

- Tal como nos ha mostrado **Paco Casero** el sector agroalimentario es vital para la Comunidad Autónoma de Andalucía y debería ser un motivo de orgullo para sus ciudadanos. Dentro de él la agricultura ecológica ha demostrado que es capaz de producir abundantemente para las necesidades de la población, con garantías ecológicas, preservando la salud y haciendo viables las explotaciones.

La agricultura ecológica se basa en el conocimiento y en la tecnología sostenible, y debería ser una necesidad imperiosa para nuestra sociedad porque no olvidemos que: de 42 pantanos andaluces 40 tienen trazas de plaguicidas, que numerosas investigaciones han demostrado la existencia de plaguicidas en alimentos de consumo habitual, incluyendo algunos prohibidos como el DDT, que la ingesta de plaguicidas está reconocida como factor de riesgo para algunos tumores como el de colon y que, según estudios de las universidades de Rutgers y Madrid, los alimentos ecológicos tienen mayor riqueza en oligoelementos y sales minerales y mayor período de conservación.

Sin embargo, el campo andaluz está en crisis. El 56% de los agricultores tiene más de 55 años y el 73% de los mismos no quiere que sus hijos se dediquen al campo. Aunque la agricultura ecológica ocupa más de 400.000 hectáreas en Andalucía (la mitad de la superficie dedicada en toda España), sigue teniendo grandes déficits, como por ejemplo, cauces de comercialización dirigidos a la exportación y ausencia de industrias de transformación. Por todo ello, y dado que somos lo que comemos y que la salud no puede estar separada de los sistemas productivos, ni el tipo de alimentación es independiente de las relaciones sociales, es necesaria una alianza estratégica de los profesionales de la salud y los agricultores ecológicos. Esta alianza podría tener como objetivos inmediatos el incluir la alimentación ecológica en la agenda de la educación para la salud, exigir menús ecológicos en las escuelas y los hospitales, potenciar la investigación sobre los riesgos de la contamina-



ción alimentaria, y lo que es más importante, trasladar este debate a la sociedad civil.

Con motivo de estas jornadas, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía y la Asociación CAAE (Comité Andaluz de Agricultura Ecológica), manifiestan su deseo de iniciar una colaboración para trabajar sobre los puntos arriba referidos.

- Respecto a las desigualdades en salud y la alimentación humana, **Isabel Larrañaga** nos recordó el concepto de desigualdades sociales en salud como aquellas diferencias innecesarias, evitables e injustas, es decir, producto de la inequidad. En este sentido, presentó un estudio realizado en el marco del Plan de Salud del País Vasco en el que se midió la prevalencia de la Diabetes Mellitus tipo II, sus complicaciones y sus factores de riesgo, función del estatus socioeconómico de una muestra de 65.000 habitantes atendidos por 61 médicos de una red vigía, que identificaron a 3.000 pacientes mayores de 24 años, a quienes se asignó el nivel socioeconómico mediante la sección censal. Este estudio detectó que el riesgo de diabetes tipo II es mayor cuanto menor es el nivel socioeconómico, siendo el OR de 1,5 para hombres y más de 2 para mujeres. La distribución de los principales factores de riesgo para esta enfermedad se distribuye de igual manera, así como algunas de sus principales complicaciones.
- Seguidamente, **Antonio Daponte** nos recordó como hace años no era políticamente correcto hablar de desigualdades en salud. Dijo que era casi como “una traición al Sistema Nacional de Salud”. Sin embargo, hoy se constata que los sistemas públicos de salud eliminan las desigualdades en el acceso a los cuidados, pero no las desigualdades en salud que tienen origen social. En el caso de la obesidad esto es paradigmático. La obesidad es un problema que, en Andalucía, presenta un crecimiento exponencial situándose actualmente en una prevalencia en torno al 15% en hombres y el 22% en mujeres. En niños la prevalencia aumenta con la edad. En un estu-

dio que abarcó desde 1987 a 2003 se constató un aumento general de la obesidad, pero analizando según nivel de estudios crecía ligeramente entre las personas con nivel primario y disminuía entre los universitarios. Estas tendencias eran más acusadas entre las mujeres. Las mismas desigualdades se encontraron analizando según nivel de empleo y clase social. Como explicación se propuso que las personas de clase baja tienen más dificultades para adoptar conductas saludables, especialmente entre las mujeres. Presentan mayor índice de sedentarismo laboral, menor aumento de la actividad en tiempo de ocio (por menor acceso a zonas verdes en su lugar de residencia) y dieta más pobre en frutas y verduras por menor.

Por último, se constató que somos una sociedad en transición. España ha tenido pocas diferencias entre clases sociales en enfermedades cardiovasculares por una dieta básica eminentemente sana, clima benigno y ciudades medianas que permiten el ejercicio físico. Sin embargo, todo esto está cambiando hacia los patrones opuestos.

- **Enrique Marín** nos mostró las conclusiones de un trabajo encargado por la Consejería de Salud, basado en la metodología del grupo de discusión y orientado a saber qué piensan las personas pobres sobre lo que comen y por qué lo comen. Su principal conclusión es que la información no cambia los hábitos. No hay un problema de falta de información. La gente pobre sabe mucho de nutrición, pero no lo aplica. Una de las posibles razones para esto es que hay fuertes constricciones para adoptar comportamientos saludables, tales como los gustos arraigados en nuestra sentimentalidad, la escasa disponibilidad de tiempo sobre todo de la mujer con doble jornada y el recurso psicológico de la adecuación de los discursos a las prácticas. Otra razón es que el nuevo conocimiento se interpreta a partir de esquemas anteriores; así por ejemplo el concepto de “comer de todo”, en el sentido de comer variado, se puede interpretar como una manera de integración en el grupo, un reflejo de la obediencia a los padres



o una defensa frente a la escasez. Por último, una poderosa razón para la no aplicación de los conocimientos sobre la alimentación sana, tiene que ver con la persistencia de la división de género por la que la mujer es antes madre cuidadora que mujer y por tanto, debe relegar el cuidado de su cuerpo en aras del sacrificio por la familia.

Enrique repasó también algunos hallazgos del estudio como son el rechazo al consejo profesional por percibir la población mensajes contradictorios y la percepción generalizada entre las personas pobres de que hacen dieta mediterránea independientemente de la dieta real que estén siguiendo.

- **Isidoro Moreno** habló de “La segunda Modernización de Andalucía” como la acentuación de la subalternidad de Andalucía. Dijo que la exclusión social está de moda. Hasta hace 25 años la sociedad se pensaba dividida entre explotadores y explotados. Hoy en día esto no sirve. La exclusión es lo que caracteriza a nuestro planeta hoy. Exclusión es la no pertenencia a la sociedad. Unos 2.500 millones de personas no son necesarios para el capitalismo. Sobran. No pueden ser ni productores ni consumidores, sobre todo porque el 90% de los movimientos de capital internacional son especulativos y no productivos de bienes o servicios.

Analizó como históricamente los motores de la exclusión han sido las religiones, los estados y los mercados. Hasta el Siglo XVIII la sacralidad religiosa fue el motor principal. Desde esa fecha lo fue la razón burguesa, masculina y blanca, por lo que los excluidos fueron las mujeres, los niños y los “salvajes”. Y lo fueron en base a una razón sacralizada.

Hoy el motor de la exclusión es la sacralidad del mercado, la sacralidad central de nuestra época. La inversión de la relación de poder entre el mercado y el estado surgida de la globalización. Hoy los excluidos son aquellos que no pueden estar en el mercado. El mercado de trabajo y los otros mercados. La exclusión para que sea tal, debe darse como marginalización

grave de varios mercados que organizan la vida social. Así por ejemplo, los inmigrantes ilegales están excluidos de los derechos legales, pero pueden no estarlo en otros ámbitos como el laboral.

En sociedades como la andaluza conviene contemplar tres bloques: los integrados, los precarios y los excluidos o en vías de serlo. No vamos hacia una polarización extrema entre incluidos y excluidos (al sistema no le interesa), sino a una ampliación de los precarios.

El documento sobre “La segunda modernización de Andalucía” publicado en 2004 puede considerarse como el programa de futuro para nuestra comunidad. Este programa evidencia una obsesión de homologación con otras zonas europeas como si hubiera habido una nivelación real en desarrollo económico y social a lo largo de la historia, con dos importantes fetiches: Internet y el idioma inglés. En el discurso oficial, Andalucía ha pasado de ser la California de Europa a la Finlandia del Mediterráneo, abogándose abiertamente por el ensanchamiento de lo precario como el devenir inexorable de las sociedades europeas.

El discurso de “La segunda Modernización” está vacío, puesto que al discurso de las nuevas formas empresariales, los emprendedores, la potenciación de la investigación y la sociedad del conocimiento, se opone la realidad de que la construcción es el principal motor económico con la consiguiente destrucción del litoral y de nuestras ciudades y el aumento de la corrupción. Andalucía como economía extractiva, como expolio de riquezas naturales y destrucción de otros valores económicos como el paisaje o la convivencia.

- En relación al análisis de la pobreza y exclusión social en Andalucía, **José Chamizo** nos indicó como hemos avanzado en los derechos cívico-políticos, pero no en los sociales. Así, desde la oficina del Defensor del Pueblo se ha intentado garantizar una mejor protección de estos derechos sociales en el nuevo borrador de Estatuto de Autonomía, con especial énfasis en la fijación



de la renta básica. Sin embargo, la exclusión avanza.

- **German Jaray**, en nombre de Cáritas de Andalucía, nos habló de la pobreza como el vector más influyente en la exclusión, aunque no es el único. En Andalucía hay de un 23% a un 31% de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza frente a un 19% de la media española. La pobreza afecta más a las mujeres, ancianos y menores de 18 años, parados, jubilados, enfermos y personas con bajo nivel de instrucción. La pobreza se asocia a problemas sociales añadidos y a una percepción de malestar que se relaciona con la exclusión. La exclusión está configurada por la pobreza, pero también por la dependencia y el aislamiento. Las tendencias de la exclusión son: su persistencia pese al desarrollo económico, la intensificación de la dependencia de género, etnia y nacionalidad, la tendencia a la monoparentalidad, el incremento del peso de la salud mental y la infección VIH y la influencia de la vivienda y los barrios marginales.

Respecto al sistema de respuesta, las iniciativas integradoras son minoritarias, siendo la mayoría asistencialistas y realizadas por instituciones privadas.

- **Antonio Vergara** comentó el último informe del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa en el que declara que estos derechos pudieran estar siendo conculcados en las cárceles españolas y propone alternativas a la prisión.

Revisó como la masificación de las cárceles españolas en los últimos 25 años ha llevado a una situación insostenible en la que, entre otras cosas, el 80% de los reclusos lo es por delitos relacionados con el robo o el consumo/tráfico de drogas. Nuestras cárceles están llenas de enfermos, excluidos y toxicómanos.

Además, en las cárceles de Andalucía, muchas personas mueren de SIDA, hepatitis, tuberculosis, patología dual y otras enfermedades. El consumo de drogas es lo habitual llegando los usuarios de drogas por vía parenteral hasta el 50%

de los reclusos. Todo esto con el conocimiento de las autoridades.

Como solución se propone una consulta en la propia cárcel del infectólogo/internista, así como de otros especialistas del Servicio Andaluz de Salud, que, además de la asistencia clínica, realicen informes para la excarcelación. Son necesarias también alternativas para la rehabilitación de la toxicomanía y la acogida. La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía realizará un informe para Instituciones Penitenciarias a través del Defensor del Pueblo en este sentido.

- Finalmente, **José** nos contó su drama personal. Cómo su pasado de reformatorios y drogadicción le llevó a la prisión, donde ha vivido malos tratos, abusos, discriminación y donde adquirió una infección VIH. Esta circunstancia le acarreo marginación personal, familiar y social dentro y fuera de la cárcel. Fue expulsado del ejército por ser seropositivo incluso siendo el primero de la promoción.

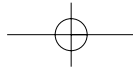
En estas jornadas José abogó por el apoyo a los reclusos y ex reclusos, especialmente para los seropositivos, para que como él, otros puedan rehacer su vida mediante la excarcelación, la ayuda social y el esfuerzo personal. José nos dijo "que no hiciéramos la vista gorda". Nosotros le decimos "muchas gracias".

ADSP Andalucía, 13 de mayo de 2006 VI Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud.

Con la colaboración de:
Sociedad Española de Epidemiología
Universidad de Cádiz
Diputación Provincial de Cádiz

PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE LOS CARGOS DE PRESIDENTE, SECRETARIO Y VOCAL DE LA JUNTA DE LA SEE

La fecha límite para la recepción de candidaturas en la Secretaría Técnica de la Sociedad (Support



SEE CONVOCA/SEE PREMIA/SEE RECIBE



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Serveis) será el día **31 de julio de 2006**. Os recordamos que para poder presentarse a las candidaturas se debe estar al corriente del pago de las cuotas.

La Junta Directiva recomienda incluir en la presentación de la candidatura además del nombre, dirección, lugar y puesto de trabajo una muy breve reseña del Curriculum Vitae, y una breve descripción de los objetivos a desarrollar en la Junta Directiva (máximo una página). Además y para favorecer la identificación de los candidatos por todos los socios estaría bien que incluyeseis una foto.

A partir del día 1 de septiembre de 2006, la Secretaría de la Sociedad enviará a todos los socios las candidaturas presentadas, junto con la papeleta de voto y el sobre electoral. La votación podrá realizarse por correo o personalmente en la Asamblea General Extraordinaria que se convocará el día 5 de octubre de 2006 para el acto electoral. Para ser válidos, los **votos por correo** deberán recibirse en la Secretaría de la Sociedad con **fecha límite del 2 de octubre de 2006**.

Desde aquí os animamos a presentar vuestra candidatura para trabajar directamente en la nueva Junta y, por supuesto, a que sigáis colaborando y participando en las actividades de la SEE.

SEE-CONVOCA

III CONVOCATORIA SEE AYUDA PARA LA INVESTIGACIÓN "ENRIQUE NÁJERA" PARA EPIDEMIOLOGOS JÓVENES

Hasta el momento de cierre de este número de SEEnota se han presentado cuatro candidaturas a la ayuda "Enrique Nájera".

VIII PREMIO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA-GLAXOSMITHKLINE "Vacunación y epidemiología: Prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles desde la perspectiva de la Salud Pública"

Al cierre de este número se habían recibido dos artículos para este premio.

XIII PREMIO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA y MSD AL MEJOR ARTÍCULO EN EPIDEMIOLOGÍA

Éste ha sido el premio con más candidaturas recibidas, trece hasta el cierre del SEEnota. Os recordamos que para participar en este premio el primer firmante del artículo debe ser socio de la SEE.

SEE- PREMIA

Una vez finalizado el proceso de selección para la concesión de las becas para la asistencia al Residential Summer Course del European Programme in Epidemiology que se celebra en Florencia os informamos que las candidatas seleccionadas han sido:

- 1.- Ester Villalonga Olives del IMIM.
- 2.- Maira Bes Rastrollo de la Universidad de Navarra.

Si todos los años el proceso de selección ha sido arduo, éste lo ha sido más, pues hemos tenido que deshacer un empate.

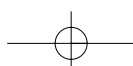
Desde aquí felicitamos a las ganadoras y damos ánimos a los no ganadores de este año para que lo intenten el próximo.

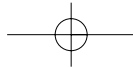
Agradecemos a Novartis su apoyo en la financiación de estas becas.

SEE- RECIBE

"Buenas recetas epidemiológicas en el congreso europeo".

Entre los días 28 de junio y 1 de julio de 2006 se celebró el Congreso Europeo de Epidemiología en Utrecht (Holanda). Nuestra impresión general sobre dicho congreso podría asemejarse a una reunión gastronómica a la que acuden diferentes cocineros a compartir sus nuevas recetas. El menú consistiría en unos aperitivos (en forma de conferencias centrales), entrantes (en forma de pósters), platos principales





SEE RECIBE



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

(en forma de presentaciones orales) y, para aquél que se quedase con hambre, postres (en forma de *workshops*).

Fue un congreso, a nuestro parecer, con escasos (pero muy variados) cocineros en el que dominaron, como era de esperar, los holandeses, seguidos de alemanes, italianos, una pequeña (pero bien cualificada) representación de españoles y unos cuantos brasileños dispuestos a llevarse el menú a Porto Alegre, donde se celebrará el congreso internacional de la IEA en 2008.

Los platos fueron muy variados, dominaron los de cardiovasculares, oncología, infecciosas, "otros" y metodología. Quizá de algunos como teoría, veterinaria o biomarcadores nos quedamos con ganas de repetir. Eso sí, todos los ingredientes de primera calidad.

Las comunicaciones orales fueron muy apetitosas. Lástima que sólo pudiéramos asistir a una de las 5-6 sesiones programadas al mismo tiempo. Quizá, por este motivo, y por los escasos asistentes, algunos ponentes se quedaron sin el público que merecía la calidad de sus trabajos.

Los pósteres no tuvieron que ser presentados, proporcionando los cocineros sus recetas únicamente a aquellos que estaban interesados. Incluso algunos de ellos, por suerte o por desgracia, no tuvieron ni siquiera esa oportunidad ya que, por problemas de localización, apenas tuvieron asistentes.

Quizá por el salero español que nos caracteriza, el programa social nos pareció un pelín soso: ninguna actividad turística, ni baile tras la cena de clausura... menos mal que los españoles supimos encontrar pronto un lugar donde añadir la sal que faltaba.

En resumen, este congreso nos ha permitido conocer lo que se "cuece" a nivel europeo, traernos unas cuantas recetas de allí y, por qué no, entablar ciertas relaciones con otros epidemiólogos especializados en la misma materia.

Pública en Menorca. La amplia oferta de Cursos y Encuentros abarca desde los avances en prevención y tratamiento desde la Atención Primaria de problemas de salud tales como la diabetes o el consumo de alcohol, hasta los nuevos retos que constituyen las dependencias psicológicas a Internet o al trabajo, las políticas de salud frente a la violencia de género, la asistencia geriátrica, o la evaluación del impacto en la salud de las políticas sociales. Este amplio recorrido se completa con actividades específicas dirigidas al área de vigilancia epidemiológica, gestión e investigación de servicios sanitarios, apoyo metodológico a la formación e investigación en salud, y la participación de diversas Redes de Investigación.

Inscripciones e información:

<http://www.cime.es/evsp>

escuela.salutpublica@cime.es

LAS DIMENSIONES DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN ESPAÑA: DE LA ETIOPATOGENIA A LA PREVENCIÓN

Barcelona, **del 20 al 22 de Septiembre de 2006.**

Responsables: Jaume Marrugat y Roberto Elosua.

Lugar: Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB) (seminario planta 1) c/ Dr. Aiguader, 88. 08003 Barcelona.

Secretaría Técnica: (información e inscripciones) Yolanda Ferrer yferrer@imim.es Anna Blasco ablasco@imim.es

Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM). C/ Dr. Aiguader, 80

08003 Barcelona

Tel: 93 225 75 50

Fax: 93 225 75 50

www.regicor.org

CURSOS Y REUNIONES CIENTÍFICAS

XVII ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

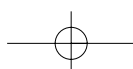
Lazareto de Maó (Menorca), **del 18 al 24 de septiembre de 2006**

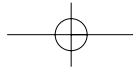
El próximo mes de septiembre, del 18 al 24, se celebra la XVII Edición de la Escuela de Verano de Salud

ADVANCED LEVEL EPIDEMIOLOGY. PROGRAM AT THE UNIVERSITY OF HEIDELBERG.

Summer School 2006. **24 – 28 July 2006**

- o **Clinical Epidemiology** (Mornings 9.00 – 12.30). Prof. Dr. Bill Miller. University of North Carolina at Chapel Hill, USA.





SEE RECIBE



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

- **Methods in Infectious Disease Epidemiology** (Afternoons 13.30 – 17.00).
Prof. Dr. David Weber. University of North Carolina at Chapel Hill, USA.

Date: July 24 – July 28 2006.

Location: German Cancer Research Center, Heidelberg.

Language: English.

Fees: 250 € per course. Members of DGepi: 200 € per course students: 50 € per course.

Participants: Scientists and students interested in research in epidemiology and public health. Limited to 30 participants/course.

Organisation: Prof. Dr. Hermann Brenner.

Sigrid Petersen.

Division of Clinical Epidemiology and Aging Research.

German Cancer Research Center.

Bergheimer Str. 20.

D-69115 Heidelberg

Tel.: ++49 (0)6221 54 81 41

Fax: ++49 (0)6221 54 81 42

e-mail: s.petersen@dkfz.de

- **10th European Nutrition Conference.**

Paris, **10 – 13 Julio de 2007.**

Congress web site www.fens2007.org

Email Contact fens07@b-c-a.fr

Centinelas de Castilla y León y coincidiendo con su VIII reunión bienal. El programa contiene temas de gran interés en Salud Pública y presentará experiencias con redes centinelas españolas y de países europeos de nuestro entorno.

Más información en:

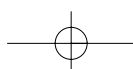
<http://www.sanidad.jcyl.es/reunioncentinelas>

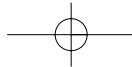
REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE REDES CENTINELAS SANITARIAS & VIII REUNIÓN DE RMCC DE CASTILLA Y LEÓN.

León, **19 y 20 de octubre de 2006.**

Redes centinelas sanitarias. Un modelo para la vigilancia en salud pública y la investigación epidemiológica / Health sentinel networks. A model for public health surveillance and epidemiological research.

La Reunión Internacional sobre Redes Centinelas Sanitarias se celebrará los días 19 y 20 de octubre en León (España), organizada por la Red de Médicos





SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Correspondencia: Secretaría de la SEE
Suport Serveis. Calvet, 30 • 08021 Barcelona
Tel. 93 201 75 71 • Fax. 93 201 97 89
E-mail: suport@suportserveis.com

Fecha de cierre del próximo S.E.E. Nota:
20 de octubre de 2006

Con la colaboración técnica de

