

### SEE DESTACA

#### LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD PÚBLICA

La sociedad española es consciente de que han acontecido algunas «catástrofes sanitarias: cólera, síndrome tóxico, «vacas locas», centrales nucleares, efectos secundarios de algunos fármacos, etc.; y de que van a seguir probablemente apareciendo.

El reciente caso de la «epidemia» de meningitis en diversas regiones españolas suscita, una vez más, la necesidad de una serena pero pronta reflexión sobre la correcta manera de comunicar los riesgos en medicina y salud pública en aras de minimizar el clima de alarma social y mediática que como efecto secundario se genera y sobre la responsabilidad de los profesionales implicados en este proceso. Pues entendemos que no sólo hay que estar preparados para resolver problemas sanitarios sino también el de la alarma social que a veces éstos conllevan.

El problema de la percepción y comunicación de riesgos relacionados con la salud pública incluye diversos campos sustantivos: los derivados de los resultados hallados en investigaciones médicas (ambientales, fármacos, factores de riesgo comportamentales, etc.), en situaciones de epidemias detectadas por sistemas rutinarios u ocasionales de vigilancia sanitaria...; realizamos unas breves reflexiones en torno a las líneas generales sobre la manera en que la población percibe los riesgos y el modo en que deben comunicarse los mismos.

La percepción ciudadana del riesgo es una realidad legítima que debemos aceptar y aprender a manejar mejor entre todos. No todo depende de lo cognitivo, de la información. Así, algunos riesgos son percibidos más intensamente, irracionalmente dicen algunos expertos, que otros de incomparablemente mayor magnitud; mas la magnitud estadística de un problema no es sino uno de los factores que influyen en la percepción y no precisamente el más importante. Las emociones y el contexto social juegan también un papel. En general, lo desconocido y lo inesperado causan una mayor sensación de angustia que lo cotidiano, aunque en esto último esté implícito un riesgo de mayor magnitud. Así, el riesgo de morir en un accidente en carretera es mayor que el de morir en una catástrofe aérea, y ésto no se corresponde con la percepción subjetiva que incluso los grandes usuarios experimentan al subir a un avión. Piénsese también en otros ejemplos paradigmáticos como el del tabaquismo frente a la contaminación atmosférica. Sólo reconciliando y objetivando estas influencias no cognitivas podremos manejar mejor el problema.

En la percepción del riesgo incide, finalmente, de modo especial, las actitudes de los profesionales sanitarios, de los medios de comunicación social y de las asociaciones de consumidores.

El no siempre buen tratamiento de las «crisis sanitarias» explica, en parte, el recelo de los ciudadanos hacia los que manejan el problema en nombre de todos. Pero es que todos somos responsables, aunque unos más que otros. Profanos y expertos estamos, pues, involucrados seriamente en la comunicación del riesgo: el modo de comunicar el riesgo no sólo debe estar basado en *nuestra* evidencia «objetiva» sino también en *su* percepción «subjetiva» (incluidos los afectados y nosotros mismos como ciudadanos de a pie).

La comunicación del riesgo no sólo es, pues, responsabilidad de la Administración Sanitaria, que sólo en una estrecha visión estaría constituida por sus dirigentes, sino de los propios profesionales de la salud pública que, no lo olvidemos, trabajamos a sueldo de los ciudadanos. En la medida que nos compete como sanitarios, es importante procurar aprender de las experiencias pasadas, de los errores, ajenos y propios, y anticipar un manejo más razonable de futuras situaciones deletéreas.

Sin embargo, las administraciones sanitarias deberían ser conscientes de que van a ser las principales beneficiarias de las críticas y anticipar e implicar a otros colectivos en la resolución de los problemas que surjan.

Las experiencias de algunos grupos de consenso y de buena práctica clínica son un buen ejemplo que proporciona la base objetiva para elaborar útiles mensajes para transmitir riesgos, a extender en el terreno de la salud pública; de hecho, hay felices iniciativas en algunas administraciones sanitarias (Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas) en este sentido. Debemos progresar hacia la salud

SEE NOTA es una publicación de



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
EPIDEMIOLOGÍA

Presidente

Miquel Porta Serra

Vice-presidente

M<sup>a</sup> Victoria Zunzunegui

Secretario

Jesús Vioque

Tesorera

Hermelinda Vanaclocha

Vocales

Carme Borrell

José Ramón Banegas

Enrique Vázquez

Secretaría

Support Serveis, S. A.

Paris, 150 - 08036 Barcelona

Tel. (93) 322 64 45

Fax (93) 410 97 42

E-mail: suport@deinfo.es

Editora

Carme Borrell



pública basada en la evidencia científica, si bine teniendo en cuenta que ésta es «sólo» un elemento primordial de las decisiones y comunicación de riesgos, anclados, en último término, en el sincero debate, con argumentos no sólo evidenciales sino psicosociopolíticos (sobre las percepciones, las consecuencias de nuestra comunicaciones e intervenciones...), entre los implicados en el problema.

La frecuente controversia o diferente valoración de los riesgos por diversos profesionales, incluidos los expertos, que es inevitable en muchos casos, resalta la necesidad del debate crítico con la consiguiente elaboración de normas consensuadas y objetivas para anticipar el manejo y comunicación en situaciones que son muchas veces previsibles (¿no podemos prever a corto plazo problemas similares con otras enfermedades infecciosas o peligros medioambientales?). No se trata sólo de anticipar respuestas a situaciones catastróficas sino también a circunstancias que, aunque se puedan calificar de epidemias «fantasmas», generan auténticas «epidemias» de miedo: hay también que vacunar contra la ansiedad como nos han recordado, sonrojándonos, algunos medios de comunicación. No es ésta tarea fácil, pues incluso la información más preparada puede mostrarse incapaz de eliminar la ansiedad y frustración de la gente, pero esto no excusa de una labor sistemática, profesionalizada que, como en otros trabajos sanitarios, nos augure un éxito razonable.

Tampoco se trata de tenerlo todo planificado por adelantado ni de tener idénticas actuaciones en diferentes sitios con distinta situación epidemiológica, misión imposible e incorrecta, mas sí de disponer de algunas directrices mínimas, provisionales y por tanto modificables, pero que permitan el manejo más razonable de los principales problemas conocidos a la luz de las experiencias habidas y la reflexión teórica; debatidas entre grupos no sólo de expertos sino de los interesados debidamente informados.

Esto no es óbice para la reunión *ad-hoc* de grupos para el examen de situaciones específicas. Pero tales comités deberían estar previstos e incluso funcionando periódicamente, como ocurre con algunos buenos ejemplos en diversas comunidades.

Una cuestión que no es fácil de manejar es la traducción de las medidas epidemiológicas que utilizamos en salud pública para presentar y difundir los resultados de nuestros estudios en términos inteligibles y no falsamente alarmistas o ingenuamente tranquilizadores a la hora de comunicar riesgos. Hay que tratar de debatir y encontrar vías más razonables para su manejo: magnitud del riesgo, en términos relativos y absolutos, beneficios (sanitarios y económicos) y efectos secundarios de la intervención o de su ausencia, sin olvidarnos de otras cuestiones como la estimación de la transcendencia que concede la población y los *media* al tema, etc.

Es también importante tratar de responder a las preguntas que las personas de la calle hacen, por muy disparatadas que parezcan, y no informar sólo sobre las características técnicas de un problema, como el de la meningitis, qua a nuestro «experto» juicio constituye la información adecuada, por muy razonables y bien fundamentadas que estén nuestras «respuestas». Es ejemplar en este sentido un documento con una colección de respuestas a preguntas sobre vacunación infantil de la Asociación Española de Pediatría.

Por último, el reconocimiento por «todos» de la autoridad técnica y moral de las autoridades sanitarias, cuestión que en la práctica tienen que tener ganadas ellas mismas de antemano, posibilitaría la desafiante misión que tienen de impulsar, coordinar y financiar eficazmente la reunión de los grupos de expertos y otros profesionales. Esto es especialmente relevante en un país plurinacional como España, donde las legítimas competencias

autónomas no deben impedir una voz razonablemente uniforme en problemas sanitarios, que, como las epidemias, no reconocen la existencia de fronteras.

Todo ello facilitaría la diligente y consistente información a los profesionales y a la población, y evitaría las perniciosas demoras y consejos contradictorios de los médicos.

En definitiva, creemos que debemos asumir nuestra alicuota parte de responsabilidad como profesionales (epidemiólogos o sanitarios): aprender técnicamente a comunicar riesgos a la población, a los *media* y a nuestros colegas del mismo modo en que aprendemos a diseñar un estudio o a analizar datos. La SEE puede colaborar en el impulso de estas iniciativas y motivar a los profesionales en este sentido.

Lógicamente este proceso habría que extenderlo a la formación de estudiantes de medicina, y quizás de una manera más asequible en posgrado, dentro de áreas de conocimiento como la medicina preventiva y la bioética. Sería deseable contar en este esfuerzo con la colaboración de psicólogos, periodistas y usuarios. No se trata en ningún caso de sobrecargar una formación ya de por sí excesivamente prolija sino de discutir críticamente la integración de estas cuestiones en materias ya existentes. Para ello es necesario, por supuesto, un entrenamiento de los formadores (¿cuántas cuestiones han empezado sin disponer de un acabado modelo pedagógico!) y la generosa actitud de muchos profesionales que imparten sus temas «insustituibles» en pro de una realista economía de la enseñanza.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica deberían contemplar estas cuestiones. Experiencias como las de Galicia en el caso de la meningitis o la del sistema español de farmacovigilancia han sido ejemplares y una inestimable ayuda para organizar algunas de las ideas comentadas anteriormente. La inclusión en los sistemas de vigilancia de pretensiones educativas podría redundar en un mejor manejo de estos problemas.

Es tarea inexcusable de la administración sanitaria coordinar los esfuerzos entre las diversas comunidades para emitir mensajes consistentes aunque la acción pueda diferir en los diversos sitios. Y no sólo coordinar, tarea que ya se hace en cierto grado, sino anticipar, en lo posible, el manejo de situaciones como la de la meningitis. No se trata de establecer unidades de acción inmediata sino de estar preparados profesionalmente para responder a problemas percibidos como tales por segmentos importantes de la sociedad: temores puede que «infundados» pero reales.

Pero para lo anterior es esencial investigar cómo piensa el público acerca del riesgo y cómo responde al mismo. Sin esto, las políticas para el manejo y comunicación del riesgo no serán efectivas y sólo serán declaraciones de buenas intenciones.

Es, además, de interés que la discusión abierta en foros de estos problemas implique no solo a profesionales sanitarios, sino a los medios de comunicación social y asociaciones de consumidores: ¡invitémoslos al debate!

Quizás todo ello nos permita ganar la confianza de una sociedad de la que formamos parte, también como legos en otras materias, y que debe a su vez asumir la diaria convivencia con un cierto nivel de riesgos compatibles con el desarrollo, salvo que se decida «entre todos» no aceptarlo.

Esperemos que en la próxima reunión científica de la SEE (y en otros foros) podamos debatir fructíferamente este problema. En ello, como miembros de la sociedad y como profesionales preocupados en este problema, estamos comprometidos (ver asimismo artículos en las págs. 3 y 8).

José R. Banegas

## La Carta de Miquel La «meningitis C» y España, nuestra casa común\*

«¿Quién manda aquí?»  
pregunté. Me dijeron:  
«El pueblo, naturalmente.»  
Dije yo:  
«Naturalmente el pueblo  
pero ¿quién  
manda realmente?»  
Erich Fried  
Cien poemas apátridas

*Apreciada socia, apreciado socio:*

Confío en que los tres artículos que a propósito de la «crisis de la meningitis» publicamos en este boletín habrán merecido tu atención (páginas 1 y 8). Son las respuestas que hemos obtenido tras recabar la opinión de diversos socios. El agradecimiento que la Junta Directiva siente hacia los autores de dichos comentarios no es superficial, ni la queja que sigue puede separarse del problema que hoy nos atañe (y que probablemente nos seguirá concerniendo en los próximos meses): no resulta infrecuente observar una relación inversamente proporcional entre la locuacidad de cafetería y/o pasillo, por una parte, y el mutismo ágrafo, por la otra, cuando es menester formalizar con seriedad unas opiniones. Es éste un primer aspecto que quiero destacar, un aspecto «comunicativo» y «menor», si quieres, pero no baladí. Acepto que pueda considerarse «menor» en el sentido de que en parte echa raíces en *actitudes individuales*, subrayar la importancia de las cuales goza hoy de poco crédito. Sin embargo, creo que coincidirás en lo siguiente: expresar opiniones con rigor, valentía y tranquilidad suele resultar menos difícil a quienes poseen un fundamento *técnico*, una preparación más sólida.

Aunque en lo anterior hay una dimensión moral y una dimensión técnica, por encima de la problemática individual existe una dimensión clara y fuertemente *política*: el papel que en la Administración pública española se permite jugar a los técnicos; papel que condiciona la articulación de posturas y el desarrollo de prácticas profesionales. Condiciona, por ejemplo, la obtención de información de calidad, el tratamiento que se da a la información disponible, la mayor o menor opacidad interna y externa. A menudo, los técnicos sufrimos una notable desconfianza por parte de las autoridades políticas. Aunque, obviamente, quienes más sufren las consecuencias son los ciudadanos y ciudadanas (además de los propios políticos y del sistema político, en sus diferentes niveles). Lo apunto sólo como un elemento en el que es imperioso profundizar ante esta y ante tantas otras «crisis». Deberíamos saber ir más allá de los planteamientos coyunturales y localistas, para plantear la cuestión en términos de organización administrativa —probablemente, de derecho administrativo y de derecho político— y proponer unas reglas de juego que ayudasen a lograr un mejor engarce entre epidemiología y política (municipal, regional, estatal, etc.).

Ciertamente, el problema no es exclusivamente español; por ejemplo, en los últimos meses, también la prensa británica ha planteado la misma cuestión a propósito de los brotes de infección por *Escherichia coli* en Escocia (editorial de *The Guardian Weekly*, 22 diciembre 1996). Y el *British Medical Journal* del 15 de febrero planteaba cuestiones no menos serias tras un brote de meningitis en la Universidad de Gales.

De momento, sería importante que superásemos la queja y el chascarrillo para ahondar en el análisis formal (si pudiésemos, con la ayuda de expertos en administración y en organizaciones) de las carencias que la administración sufre cuando se trata de

prevenir y, en su caso, gestionar correctamente «crisis epidemiológicas». Los incipientes avances que en este sentido se están dando deben progresar con mayor dinamismo (ver el resumen de la Jornada organizada por SESPAS el 3 de octubre pasado en *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 41-42).

\* \* \*

Mientras tanto, la Junta Directiva considera que sigue habiendo espacio para paliar tales carencias: aumentando el número, la responsabilidad y la preparación técnica de los epidemiólogos que trabajan en la administración, así como su interrelación con quienes trabajan en otros ámbitos (fundamentalmente, la universidad y los organismos públicos de investigación, así como las empresas privadas con productos en el mercado de la salud pública y de la sanidad). Creemos que ello podría conllevar una mayor legitimación de los técnicos, una relación más fluida entre éstos y las autoridades políticas; cuando menos, con aquéllas que posean una visión a medio y largo plazo, que no son pocas.

\* \* \*

Los tres artículos adjuntos tienen fuertes puntos en común y también alguna diferencia de enfoque y opinión, lo cual —para la SEE— no sólo es aceptable sino deseable. Además, en la página 10 reproducimos la noticia que el diario ABC (en su edición de Madrid) dio del comunicado emitido por la SEE. En muchas otras ocasiones hemos comentado la necesidad de expresar nuestros criterios a la opinión pública (puedes ver, por ejemplo, opiniones de consocios en el SEENota de enero/abril de 1995). También durante la última «crisis de la meningitis C» diversos socios manifestaron que «habría que decir algo». Por todo ello, la Junta Directiva emitió dicho comunicado. Plenamente conscientes de que las cuestiones que tenemos planteadas son complejas y de que vienen de lejos. Convencidos de que las sociedades científicas debemos hacer un esfuerzo por analizar con coraje cuestiones de calado y, modestamente, promover una reflexión pausada, desde presupuestos técnicos, no personalizadora ni partidista ni beligerante.

De modo que, por mi parte, sólo me queda trazar aquí algunas pinceladas, para no cansarte repitiendo lo ya dicho por otros o por mi mismo en otros lugares\* (ver nota final).

En el contexto hay varios elementos que a mi juicio agudizan el preocupante proceso en el que surgen «crisis» como la actual. En primer lugar, *los clínicos españoles* (y, con ellos, muchos otros profesionales de la salud, y los ciudadanos en general) *han perdido, en gran medida, el referente de la salud pública*. A menudo parece que, entre el médico clínico, por un lado, y las autoridades políticas y mediáticas, por el otro, sólo exista el vacío. El tejido de la salud pública española parece descosido en muchas de sus costuras; en otras partes hay evidentes desgarros. La red de salud pública, en todas sus acepciones, es a veces tan débil, tan tenue, que apenas se ve. Por ejemplo, en la práctica clínica, apenas incide.

La difuminación de la salud pública como referente comunitario (nuestra «casa común») tiene múltiples causas. Causas culturales, como las ideologías que reducen la sociedad a un sinfín inconexo de individuos. Causas educativas, como los currículos de las facultades. Causas socioeconómicas, industriales y corporativas, como la hegemonía de la medicina curativa. Y muchas otras en las que debemos ahondar (puedes ver, por ejemplo, el



artículo de Manzanera *et al.* en *Gac Sanit* 1996; 10: 299-310; o su reciente informe «Salud pública: retos para el siglo XXI», Ayuntamiento de Barcelona, 1996). En cualquier caso, una actitud positiva —no complaciente ni doliente— debe llevarnos a articular mejor el mensaje de la salud pública: quienes somos, qué hacemos, para qué servimos. Al cabo, para un ciudadano (y para un periodista) «lo nuestro» suele resultar más comprensible que muchas noticias que a diario se emiten sobre, por ejemplo, los mecanismos genéticos y fisiopatológicos de muchas enfermedades. «Debemos mejorar nuestra capacidad de realizar *pedagogía científica* y nuestra aptitud para obtener, evaluar y gestionar información sobre una gran variedad de riesgos. De ello depende el papel que juguemos en los procesos de *construcción social de riesgos*.»\*

Hay un segundo elemento contextual que está directamente relacionado con el anterior: los medios de comunicación se interesan —cada vez con mayor intensidad— por las cuestiones que afectan a la calidad de vida de los ciudadanos, por la salud, por la investigación científica. Es, en principio, un interés saludable, propio de una sociedad democrática avanzada. Pero tiene consecuencias funestas cuando no existe un liderazgo fuerte en salud pública y cuando la administración esconde la cabeza bajo el ala. Personalmente, no creo que lo segundo haya ocurrido de forma generalizada en la reciente «crisis de la meningitis», cuando menos en lo que concierne a las autoridades estatales. Es más, he visto una selección de las intervenciones en televisión a lo largo de las principales semanas de crisis, y no me cabe la menor duda del ingente esfuerzo realizado por dichas autoridades. Es cierto que existen aspectos comunicativos que merecerían ser comentados (el origen de la crisis mediática, el papel de los rumores, de algunos clínicos, quizá de algún sector industrial); su análisis escapa al propósito de esta carta (ver el artículo de José Ramón Banegas en la pág. 1). Pero el esfuerzo comunicativo fue loable.

Precisamente por ello, más allá de todo ello —dado que la crisis fue la que fue, a pesar de la buena voluntad de las altas autoridades sanitarias—, la Junta Directiva desearía que profundizásemos en los aspectos no coyunturales. Con la esperanza de incentivar dicho análisis de fondo expresaré sintéticamente tres opiniones:

- España necesita un liderazgo más nítido y firme en salud pública.
- La coordinación e integración de las políticas de salud pública que por activa o por pasiva desarrollan sus Comunidades Autónomas es insuficiente.
- La debilidad del sistema español de salud pública es impropia de una sociedad europea compleja como la española.

Permíteme que ahora sólo desarrolle estas opiniones mediante una «metáfora»: Estados Unidos. Un país con una fuertísima estructura e identidad federal (una analogía podría ser: en algunas CC.AA. existe la pena de muerte, en otras no). Con servicios de salud pública muy desarrollados, tanto a nivel local como «autónomo»; a pesar de la hegemonía de una medicina curativa altamente tecnificada y, a veces, reduccionista. Con una fuerte conciencia del impacto que la salud pública tiene sobre la salud individual (a pesar de la ensalzación del individuo). Con más de veinte facultades de salud pública, amén de otras muchas instituciones académicas y técnicas. Con unos sólidos departamentos municipales y estatales de salud pública. Con una administración acostumbrada —más o menos a regañadientes: a la fuerza ahor-

can— a trabajar cotidianamente, codo a codo, con los técnicos y a proporcionar información de calidad a los ciudadanos; a ser transparente en sus decisiones y a dar razón (a menudo, técnica) de ellas; a ser «accountable» ante los ciudadanos, ante la prensa y ante las instituciones. Y, por citar sólo otro elemento-clave de la metáfora, con un referente para todo el país: los CDC y, como buque insignia, el *Morbidity and Mortality Weekly Report* (cuyo número de 14 de febrero ha sido estos días, no casualmente, un elemento de referencia importante para nosotros). EE.UU. tiene 6,5 veces más habitantes y 18,6 veces más extensión geográfica que España. Si esa coordinación es necesaria y posible ahí ¿por qué no habría de serlo en nuestro país?

¿Se trata, entonces, de centralizar recursos, información y decisiones? No necesariamente; en cualquier caso, esa es una decisión política. Pero la actual diversidad de sistemas de información y decisión es dañina. Para los ciudadanos, para el sistema político. El razonamiento y las capacidades propias de los técnicos en salud pública introducen una componente de racionalidad en la dinámica política; entre otros efectos beneficiosos, alivian las presiones localistas que todo político debe atender. Durante la crisis mediática, las altas autoridades sanitarias hicieron una referencia constante al protagonismo de los expertos, lo que es encomiable; pero el apoyo mútuo entre políticos y expertos debería ser habitual, y quizá no sólo deberían creer en él las altas autoridades del Estado.

A juicio de la Junta Directiva, es pues necesario definir y legitimar vigorosamente una política de salud pública más armónica entre todas las CC.AA. Nos preocupa particularmente que —desde hace años y ya con gobiernos anteriores— la dinámica política no esté otorgando el papel que corresponde a los expertos en epidemiología, al Centro Nacional de Epidemiología y a la propia Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial.

La coordinación y la integración de políticas de salud pública es absolutamente compatible con la provisión de respuestas a la medida de cada situación local (municipal, regional, autonómica, etc.). Y con el respeto a las leyes vigentes. Pero no olvidemos algo que los agentes microbiológicos —y físicos en general— saben perfectamente: España existe. Es un marco físico tangible; es un espacio cultural, socioeconómico, epidemiológico y sanitario común.

Con el ruego de que disculpes la extensión de esta carta, con la esperanza de saber de ti en el próximo SEENota y con nuestros mejores deseos para la primavera y el verano, recibe un cordial saludo y un fuerte abrazo. Que el otoño nos sea propicio...

Miquel Porta Serra

\*El título sólo desea significar el deseo de no repetir —y, a su vez, la necesidad de explicar tenazmente— lo que todos hemos dicho otras veces. En este caso, el título refiere al prólogo (titulado «El SIDA y nuestra casa común, la salud pública») al *Informe sobre la investigación epidemiológica en VIH/sida en España* (SEE / CEESCAT, 1996), así como a una reelaboración del mismo (titulada «Epidemiología, ecología y epistemología: nuevas prácticas y paradigmas para la salud pública en la aldea global»), que sirve de pórtico al volumen 5 de *Revisión en Salud Pública* (1997). Varias de las cuestiones aquí esbozadas las traté también en: «Pasando la maroma con John Major a cuestras. Apuntes imaginarios sobre la implausible responsabilidad de una sociedad científica ante la inverosímil crisis de las «vacas locas»». *Quark* 1996; 1 (4): 19-32, al artículo completo puede accederse en: <http://www.imim.es/quark/qk0402.htm>. Finalmente, recomiendo el siguiente trabajo: Otway H. Risk analysis and pharmaceuticals: a guide for decision-makers. En: Hartzema AG, Porta M, Tilson HH, eds. *Pharmacoepidemiology. An introduction*. 1ª edición. Cincinnati: Harvey Whitney Books, 1988: 57-62.

## ACTIVIDADES SEE

Desde la última reunión científica de Zaragoza y una vez incorporados los nuevos miembros de la Junta, hemos realizado un esfuerzo y adoptado una nueva estrategia de distribución de tareas. Probablemente algunos de los temas se verán reflejados en este SEENOTA por tener un matiz especial o bien por su relevancia e interés para los socios.

A continuación, y a riesgo de aburrirnos, nos permitimos destacar algunos de los múltiples temas que se vienen abordando desde la junta. Como siempre tratamos de garantizar el éxito y la calidad científica de las reuniones, en la próxima de Oviedo, contando con la experiencia de reuniones previas y recogiendo las sugerencias de muchos socios, estamos intentando mejorar la consideración de los posters y de los tiempos de debate, a costa incluso de reducir los tiempos de las presentaciones en las sesiones. Este mensaje debe ser tenido en cuenta por los distintos comités organizadores y científicos de las reuniones, incluidos los de la próxima reunión en Sevilla a celebrar en 1998. Por cierto, esperamos que en Oviedo se pueda presentar un folleto informativo sobre esta reunión.

La junta apuesta decididamente por los tiempos actuales. Por ello, se está trabajando con la ayuda de un informático en la puesta al día de una página WEB para facilitar la comunicación y la transmisión de información entre los socios. Hacemos un llamamiento para que presentéis propuestas para ser consideradas en la presentación definitiva de la SEE en la red (ver pág. 7).

Como vienen siendo habitual se está acabando de constituir los comités y cerrando las fechas para la concesión de los premios de Gaceta Sanitaria y MSD, y de las becas de Florencia. Se están realizando los contactos para crear un nuevo premio o incentivos al mejor trabajo publicado en relación al tema de vacunas.

La junta sigue muy de cerca, con la colaboración del prof. L.I. Gómez, los trabajos de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. En este boletín se ofrece información detallada de los logros más recientes en el tema (ver pág. 13).

Ante la alarma social recientemente ocurrida en relación a la meningitis, y ante sucesos similares ocurridos con anterioridad, el tema de la comunicación de riesgos adquiere una especial relevancia para nuestra sociedad. Se está trabajando para delimitar el papel que debe jugar la SEE y en general los profesionales de la Salud. Se impone asimismo continuar la reflexión sobre las relaciones de la SEE con los medios de comunicación (ver pág. 1).

Se está trabajando en la formación de grupos de trabajos para la realización de informes o tareas de interés.

Se trabaja en la futura introducción de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, en incineradoras, en salud laboral, en política antitabaco, en planes de salud, en salud internacional, en el envejecimiento y en integridad en el proceso de investigación epidemiológica. Todos los interesados en participar en alguno de estos grupos, no dudéis en poneros en contacto con nosotros.

Además se están realizando contactos con otras sociedades científicas para la realización de tareas comunes. Concretamente, cabe destacar los realizados con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria con la finalidad de trabajar algunos temas en común, como por ejemplo el estudio de la aplicación de la propuesta de clase social de la SEE en la atención primaria y también la realización conjunta de una Mesa en el Congreso de Oviedo.

Por último, y como siempre, aprovechamos la oportunidad para realizar un llamamiento a los socios para que propongáis iniciativas a apoyar desde la junta.

**Jesús Vioque**

## GRUPOS DE TRABAJO:

### Información sociosanitaria de utilidad para una sociedad que envejece

El envejecimiento de la población es un nuevo fenómeno que se produce en las sociedades desarrolladas. Se plantean dos grandes retos:

1) Evitar desigualdades en salud y bienestar en la población de personas mayores, independientemente de género y clase social;

2) Conseguir equidad y calidad en los servicios sanitarios y sociales que las atienden y todo ello, en un momento donde es necesario reducir costes en la provisión de servicios.

La información es una herramienta clave en la toma de decisiones. Las intervenciones que puedan ser eficaces en la disminución de las desigualdades sociales, la equidad en el acceso a los servicios y la garantía de calidad en los servicios necesitan de una buena información tanto para la detección de los problemas como para la evaluación de las medidas de intervención. Además, la baja calidad está asociada a los costes innecesarios y a las medidas ineficientes. Por el contrario, también suele verificarse el viejo adagio: si es bueno no es caro. Aquellas medidas efectivas que cubren las necesidades mientras que satisfacen al público en general y a los profesionales no tienen que ser necesariamente más costosas que otras

que van dirigidas a crear nuevas necesidades y satisfacer intereses de grupos concretos.

Como respuesta al rápido envejecimiento de la población española y a las nuevas situaciones que este fenómeno plantea, se han llevado a cabo varios estudios rigurosos sobre el envejecimiento de poblaciones mayores de 65 años en varias Comunidades Autónomas de España. En este momento se cuenta con información que puede orientar en la formulación de políticas de atención socio-sanitaria.

Ahora bien, la información se encuentra dispersa y se hace necesaria una estrategia para su difusión, un mecanismo para que sea útil en la resolución de problemas concretos y una evaluación de su impacto. Establecer los vínculos entre los investigadores y los usuarios de la información, conseguir que la información disponible responda a las preguntas sobre efectividad y costes que preocupan a aquellos con responsabilidades políticas es parte de nuestro trabajo como investigadores y profesionales de la salud pública.

El grupo de trabajo que aquí se presenta tiene como principal objetivo diseñar un sistema de información con carácter dinámico e interdisciplinar que sea útil en la formulación de políticas de atención social y sanitaria dirigidas a las personas mayores.

Si tiene interés de formar parte de este grupo, póngase en contacto con:

María Victoria Zunzunegui. Escuela Andaluza de Salud Pública. Apartado 2070. Granada 18080. Tel: 958-161044. Fax: 958-16142. e-mail: mvz@easp.es

### Grupo de trabajo sobre docencia de la epidemiología

Tras la experiencia del Taller sobre Docencia de la Epidemiología celebrado en el marco de la XIV Reunión de Zaragoza, que fue valorado muy positivamente por los participantes, se animó desde la Junta de la SEE a configurar un Grupo de Trabajo que continúe la dinámica iniciada. Si bien el Taller tuvo una importante participación y el trabajo fue provechoso, no es menos cierto que la limitación del tiempo fue el primer inconveniente, por lo que quedaron en el tintero otros temas más allá de las programaciones de los cursos de epidemiología en Facultades de Medicina, Escuelas Universitarias y Escuelas de Salud Pública, que fue el principal objetivo del taller de Zaragoza.

Por todo ello, y con la convicción que desde la SEE se debe continuar este proceso, están madurando nuevas actividades que den vida al Grupo de Trabajo. En primer lugar, existe el deseo de poder contar con la participación

del mayor número de epidemiólogos posible que aporten su experiencia en los diferentes ámbitos docentes. La concreción –acaso en forma de documento programático– del trabajo ya realizado en la XIV Reunión debería ser el primer objetivo del Grupo, sin desdeñar la importancia de establecer puntos de encuentro para compartir materiales y nuevas experiencias docentes, reflexionar sobre la integración de la docencia de la epidemiología con otras disciplinas, etc. Como puntos de encuentro «naturales» cabría pensar, entre otras posibilidades, en la Reunión Anual de la SEE y en la Escuela de Salud Pública de verano en Menorca, dado que son polos de atracción suficientemente interesantes y abiertos a actividades de este tipo.

Aquellas personas interesadas en promover el Grupo de Trabajo pueden ponerse en contacto con Javier Jiménez o Esteve Fernández. Desde estas mismas páginas o a través de otros medios (como la Web de la SEE) os tendremos puntualmente informados.

Esteve Fernández

Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya

Tel.: (93) 402 4250; Fax: (93) 402 4258; E-mail: efernandez@bell.ub.es

F. Javier Jiménez

Centro Universitario de Salud Pública

Tel.: (91) 564 2499; Fax: (91) 411 6696; E-mail: javier.jimenez@uam.es

### Grupo de trabajo sobre la clasificación internacional de enfermedades -10ª revisión

Como continuidad a la reunión que se celebró el pasado año en A Toxa (Pontevedra) y respondiendo al interés de la junta de la SEE por impulsar grupos de estudio sobre temas específicos, surge la idea de poner a andar uno sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10ª). Después de los primeros contactos están definidos los objetivos del informe que elaborará el grupo, que son:

- Divulgar entre los potenciales usuarios españoles las principales características de la CIE-10ª.
- Caracterizar la CIE-10ª.
- Analizar el cambio de revisión.
- Minimizar el impacto del cambio.

Para ello se ha estructurado un guión con los siguientes capítulos :

- Las revisiones de la CIE-10ª.
- Principales características de la CIE-10ª.
- Panorama internacional.
- Implantación en España.

- Impacto del cambio de revisión.
- ACME
- Centros internacionales de referencia.

La última junta de la SEE aprobó la formación del grupo de trabajo, que está constituido por: Lluís Cirera, Gloria Pérez, Miguel Ruíz, Antonio de Lucas, Covadonga Audicana y Sara Cerdeira. Desde aquí animamos a aquellos socios/as que estén interesados en colaborar o integrarse en los trabajos del grupo, a que se dirijan a la dirección de contacto.

Enrique Vázquez  
Tf. : 981-542916/Fax :981-542970  
e-mail: enriquev@arrakis.es

## XV REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SEE

Del 24 al 27 de septiembre se celebrará en Oviedo la XV reunión científica de nuestra sociedad. Aunque el programa provisional que estaréis recibiendo pueda parecer apretado, siguiendo e intensificando la línea de las últimas reuniones, el comité científico quiere impulsar al máximo la participación de los socios/as. Por ello animamos a todos a organizar mesas de comunicaciones sobre temas de actualidad e interés. Con el programa recibiréis las normas para presentar «mesas espontáneas».

Por otra parte, existe un compromiso de ambos comités para no sobrecargar las sesiones de comunicaciones orales y dejar el máximo espacio posible a la presentación de posters. Se pretende dar a este formato un espacio de presentación y discusión acorde con el nivel de trabajo, esfuerzo y calidad alcanzado en este tipo de presentación en nuestras últimas reuniones. No dudamos que todo ello contribuirá a lograr un buen nivel científico y, sobre todo, a conseguir la máxima participación de los socios.

**Enrique Vázquez**

Comité Científico XV Reunión Científica de la SEE

## SALUD INTERNACIONAL

Se ha creado una base de datos con los datos de identificación y áreas de experiencia de aquellos miembros de la SEE que tengan interés en colaborar en proyectos de investigación, docencia y asesoría en Epidemiología en países en vías de desarrollo. Si deseas ser incluido en esta lista, puedes ponerte en contacto con María Victoria Zunzunegui.

## DIRECTRICES PARA UNA BUENA PRÁCTICA EPIDEMIOLÓGICA

La SEE ha recibido un borrador avanzado de dichas directrices, que está elaborando un grupo de la IEA-Europa en el que participan Paco Bolúmar y María José Tormo, junto a Jorn Olsen, Henrique Barros, Rolv Skjaerven y Merette Osler, entre otros. Ahora se trata de que la SEE, al igual que otras sociedades estatales del continente, recabe comentarios y críticas de entre sus socios, y las transmita al grupo de trabajo. Como el documento es largo (30 páginas, aprox.) y no todo el mundo está interesado en efectuar comentarios, no se distribuirá a la totalidad de los socios; sin embargo, con mucho gusto te lo mandaremos, si llamas a la Secretaría (Suport) solicitándolo. Por favor, dirigid vuestros comentarios a María José Tormo o a Paco Bolúmar. Esperamos que este importante documento europeo reciba un buen número de aportaciones de calidad por parte de los epidemiólogos españoles.

## LA SEE ESTÁ YA EN INTERNET

La SEE ya tiene página WEB en Internet. La dirección es: <http://www.dsp.ua.es/see>. Actualmente la información que está introducida es:



**Sociedad Española de Epidemiología**

---

Numero de accesos a esta página desde el 10 de Febrero de 1997

**000137**

Bienvenido a las paginas web de la Sociedad Espanyola de Epidemiologia. A continuación se detallan algunos aspectos accesibles desde estas páginas:

- [Información sobre la SEE](#)
- [SEE-Nota](#)
- [XV Reunión de la SEE: Mejorando la Salud](#)
- [Calendario](#)
- [Buzon de sugerencias](#)

---

Última modificación: lunes, 29 de Enero de 1997  
[webmaster@dsp.ua.es](mailto:webmaster@dsp.ua.es)

Esperamos vuestras sugerencias para que poco a poco pueda ir mejorando.

## LA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA C. LA PERSPECTIVA DESDE GALICIA

Pensamos que la situación creada ante la enfermedad meningocócica en el estado español nos obliga a compartir algunas reflexiones sobre esta enfermedad, sobre lo que se conoce y se desconoce y sobre las políticas de actuación e información. Lo sucedido en las últimas semanas merece un tratamiento mucho más profundo que escapa al marco de SEENOTA, pero trataremos de puntualizar algunos aspectos.

Conocer la situación y la dinámica de la enfermedad meningocócica en una comunidad no es sencillo. No existe un conocimiento «cierto» ni de los mecanismos de por qué un organismo enferma ni de por qué una población sufre una epidemia. En demasiadas ocasiones, y no sólo en nuestro país, el ciclo de planteamiento –solución de un problema de salud pública pasa por: problema– alarma social – solución técnica o remisión natural. En Galicia y en el caso de esta enfermedad, hay que reconocer que en un principio no se escapó a esta secuencia, con una ventaja: ocurrió en una población relativamente pequeña (9.000 hbts.), la alarma social fue limitada y la actuación técnica creemos que correcta. Insistir en esto creemos que es necesario pues se está transmitiendo la idea de que en nuestra Comunidad se vacunó porque sí y de forma precipitada. El brote que originó toda la actuación posterior se declaró en febrero de 1995. Se vacunó al entorno escolar de los 5 afectados, de acuerdo con el protocolo existente. A raíz de este episodio se estableció un sistema específico de vigilancia de la enfermedad meningocócica C, que se intensifica en febrero de 1996 ante el incremento inusual de casos. Se pasó de 107 casos en la temporada 94/95 a 306 en la 95/96, subida que reprodujo miméticamente lo sucedido en la epidemia que comenzó en el 71 y que alcanzó el 79 más de 800 casos (tasa de 31/100.000). Nuestra predicción nos indicaba que esta temporada se producirían más casos, superándose la tasa de 20/100.000 al final de la misma. Analizamos diferentes estrategias posibles de actuación con la vacuna (seguir con el mismo protocolo, ampliar la definición de población a riesgo para incluir, por ej., todo el colegio donde se produzca un caso, vacunar por comarcas a partir de que se alcanzara una tasa determinada, vacunar preventivamente en unas y a partir de una tasa en otras –estrategia mixta–, vacunación masiva). Simulamos su efecto con los datos del 95/96, que nos mostraron que, únicamente la vacunación masiva o la mixta aportaban claras ganancias al protocolo que se estaba utilizando. La decisión de cuanta morbi-mortalidad se puede permitir una comunidad antes de intervenir, cuando se dispone de una medida de control aceptable, es una decisión política en la juegan muchos otros aspectos, de los que no es desdeñable la valoración que la sociedad hace de una vida a estas edades.

Es necesario tener presente las características de la vacuna: segura y eficaz, en mayores de 18 meses, pero con corta duración de la inmunidad provocada (3-5 años dependiendo de la edad), lo que podría hacer necesaria la revacunación, dependiendo de la dinámica de la cepa en la población y de como se vea influida por la propia vacunación. Este hecho, también en nuestro caso, generó polémica, ya que la literatura deja claro que no existe efecto booster en la revacunación, pero sí se produce un efecto protector de intensidad semejante al de la primo-

vacunación, siempre que nos refiramos a niños mayores de 18 meses, que pensamos serían la población objetivo.

Como vemos, los aspectos técnicos de una decisión en este terreno tienen unos puntos de apoyo no incuestionablemente establecidos, lo que, unido a la conocida e histórica alarma social que la enfermedad provoca, complica la toma de decisiones. Pero el no disponer de esta absoluta seguridad no exime de tener que decidir (no hacer nada es ya un modo de actuar), sobre todo cuando se dispone de una vacuna aceptablemente eficaz y segura.

Creemos que nuestra postura es clara: mejorar los sistemas de vigilancia epidemiológica, analizar la estrategias desde la óptica de salud pública y actuar. Si la conclusión es que estamos ante una sucesión de brotes de una nueva cepa distribuidos por la mayoría de nuestro territorio, tendremos que vacunar y, según de que Comunidad Autónoma se trate, la estrategia puede ser poblacional. Si no existe situación epidémica, extremar la vigilancia, ya que probablemente en la próxima temporada podrá presentarse.

Lo que tenemos muy claro es que la alarma social no se combate provocando más alarmismo sobre alguno de los aspectos de la actuación quizás menos cuestionables. Nos referimos a la vacuna y los mensajes que sobre ella se han dado en los medios de comunicación. Uno se debe resistir a creer que algunos de estos mensajes (vacuna «nueva», efectos secundarios..), que ponen en boca de autoridades sanitarias, se hayan podido dar. Las vacunas son demasiado valiosas en salud pública como para polemizar sobre ellas en medio de una situación de importante alarma social. Pero si es difícil de creer eso, lo que si parece evidente es que no se supo transmitir información objetiva con acierto, lo que pensamos contribuyó a la gran ceremonia de la confusión que se originó.

Esto nos lleva a otro aspecto a resaltar en esta enfermedad: la necesidad de una política informativa muy clara, establecida con anterioridad a que estalle la polémica, y previamente comunicada a los profesionales sanitarios. Sólo así podremos algún día romper el peligroso círculo de desconfianza hacia las autoridades sanitarias, que periódicamente parece alimentarse desde aquel tristemente célebre 1 de mayo de 1981.

Xurxo Hervada Vidal  
Alberto Malvar Pintos  
Pilar Farjas Abadía

## ¿ ESTAMOS ANTE UNA EPIDEMIA DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA?

La segunda quincena de febrero de 1997 pasará a la historia de la Salud Pública española por la situación de gran alarma social y desconfianza de la población hacia la capacidad del sistema de salud pública, para dar soluciones a los problemas que se les presentan. El desencadenante ha sido las informaciones alarmistas aparecidas en los medios de comunicación apropiadas aparentemente por las declaraciones de algunos responsables sanitarios, en relación a la supuesta epidemia de enfermedad meningocócica.

La pregunta que nos hacemos es, ¿ cuáles han sido los elementos que han hecho saltar la alarma?. En nuestra opinión, no



ha sido ni una onda epidémica de enfermedad meningocócica ni la posibilidad de aplicar masivamente una vacuna, que fuera costo-efectiva.

La enfermedad meningocócica se caracteriza por presentar ondas epidémicas polianuales y hace ya algunos años que debería haber ocurrido una. En este sentido, cualquier incremento de tasa anual, podría ser interpretado como su inicio. Los hechos que hasta ahora conocemos son: 1) en España, ha habido un incremento de tasa de incidencia de casos notificados en 1996 (2,45 por 100.000 en 1995 a 3,5 por 100.000 en 1996); 2) este aumento se encuentra sobre todo en determinadas CC.AA. (Galicia y Cantabria); 3) hace ya unos años que la incidencia por serogrupo C aumenta. No obstante, desconocemos cuál es la tasa de incidencia para este serogrupo incluso en las CC.AA. que parecería que tienen un mayor porcentaje de C que de B. Todos estos hechos, creemos que razonablemente apuntarían hacia conseguir una mejora en el sistema de información sobre serogrupos y a realizar un seguimiento y análisis cuidadoso y tranquilo de la situación. En absoluto, estaría justificado hacer pública esta situación ambigua, cuando además, no se dispone de una solución clara y aceptada del problema (en España lo ideal sería disponer de una vacuna activa frente a los serogrupos B y C y asegurar un rápido cumplimiento de los programas de quimioprofilaxis a los contactos).

La vacuna que, en este momento, se dispone en las respectivas Direcciones Generales de Salud Pública, es la vacuna con polisacáridos A/C. Sobre el serogrupo C se sabe, que la eficacia de la vacunación, está en relación con la edad siendo del 75 % entre 1 y 2 años y del 90% en adultos. El nivel de anticuerpos protectores frente a la enfermedad, se acepta que no va más allá de los tres años, en adultos, y en niños hasta los 4 años, empezaría a disminuir a partir del año de la administración. También se sabe, que no tiene efecto «booster» al administrar una segunda dosis. Lo que se consigue, en todo caso, es el mismo título que en la primovacuna. Los estudios sobre la efectividad, son pocos, y encuentran que se sitúa de manera global sobre un 75%, siendo esta menor en los niños y mayor en adultos. La experiencia de vacunación masiva, del Quebec, en el año 1993 y 1994, en la que se administraron 1.800.000 dosis de vacuna a la población de 6 meses a 20 años, encontró una efectividad, en el año 1994, del 79%<sup>1</sup>. A partir del año 1995 y hasta la actualidad (dos años), la tasa de incidencia para el serogrupo C, ha ido aumentando hasta situarse al mismo nivel en el que se tomó la decisión de vacunar masivamente. Esta información además, no ha sido publicada, se conoce únicamente a partir de informes internos. Así pues la pregunta de si ¿es eficiente administrar una vacuna, a un grupo grande de población para prevenir una posible onda epidémica de esta enfermedad?, todavía no tiene una respuesta evaluada, pero los resultados de Quebec, apuntarían hacia una respuesta negativa.

Además las recomendaciones que algunos países disponen sobre el uso de esta vacuna, hacen referencia a situaciones de brotes en escuelas o instituciones y sólo, y curiosamente desde el 14 de febrero (fecha del inicio de la alerta social en España), los CDC en Estados Unidos, recomiendan su uso, en brotes comunitarios que cumplan la característica, famosa ya y hecha pública por los medios de comunicación, de «los 10 casos de

enfermedad meningocócica por serogrupo C por 100.000 habitantes». Pero esta tasa no se refiere a una incidencia anual, como las que se están dando. Los CDC, hablan del cálculo de una tasa de ataque *trimestral* por 100.000 habitantes, de casos confirmados como serogrupo C primarios<sup>2</sup>, y esta tasa trimestral, obviamente, siempre será inferior a 10/100.000 si la tasa de incidencia anual es de 10/100.000.

Los motivos iniciales de la alarma entre los responsables sanitarios, los desconocemos, pero, en nuestra opinión, no se basaron en criterios epidemiológicos (en ninguna CC.AA. se han documentado 10 casos de serogrupo C por 100.000 habitantes, como tasa de ataque en un trimestre, a pesar de lo cual, en algunas se ha optado por vacunar a amplios grupos de la población).

Creemos que la alarma social y la desconfianza de la población, en cambio, si que han sido justificadas. Dentro del desconocimiento de los aspectos técnicos de la enfermedad, ¿cómo no reaccionar como lo ha hecho, si algunas Autoridades dicen que se inicia una epidemia, que se dispone de una vacuna que es eficaz, pero que ésta solo se administrará con limitaciones, que no hace falta darla, pero que se podrá comprar en las farmacias...? No es de extrañar que en Madrid, por ejemplo, hubieran grandes colas de gente que querían vacunarse, aunque la tasa de enfermedad meningocócica por serogrupo C era insignificante.

En el río revuelto de las opiniones de los médicos, de los potenciales pacientes, de los intereses de la industria farmacéutica y de los medios de comunicación, una primera consecuencia de esta presión, ha sido la compra de tres millones de vacuna por el Ministerio de Sanidad, además de la posibilidad de poderla adquirir en farmacias, sin ninguna indicación médica, solo por la indicación del miedo que se ha logrado crear hacia este tema.

Finalmente la experiencia de Galicia, la Rioja y Cantabria deberá responder a preguntas sobre coste-beneficio. Y la de Madrid a, ¿cuál ha sido la justificación de las vacunaciones realizadas? Mientras tanto, los acontecimientos de estos días permiten concluir que la epidemia de enfermedad meningocócica esta por confirmar, mientras que la epidemia de pánico, si se ha confirmado plenamente.

**Helena Pañella  
Joan A. Caylà**

Servicio de Epidemiología  
Instituto Municipal de la Salud de Barcelona

#### Referencias Bibliográficas

1. De Wals P, Dionne M, Douville-Fradet M, Boulianne N, Drapeau J, De Serres G. Impact of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcus in the Province of Quebec, Canada. WHO Bulletin OMS. 1996; 74:407-411.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Control and prevention of meningococcal disease and control and prevention of serogroup C meningococcal disease: evaluation and management of suspected outbreaks: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1997; 46 (nº RR-5): 1-21.



## Los epidemiólogos cuestionan la eficacia de la Sanidad pública tras la crisis de la meningitis

Piden mayor coordinación, menos politización y criterios más técnicos

Madrid. S. S. E.

«No hay epidemia de meningitis», pero la ausencia de un liderazgo y de una postura común de todas las Comunidades autónomas ha creado en el ciudadano «sensación de desamparo y estado de ansiedad». Tal es la opinión del doctor Miquel Porta Serra, presidente de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), que reclama mayor protagonismo para los expertos en estas crisis y acusa a la Sanidad pública de politización y descoordinación.

«Si reforzáramos técnicamente el tejido de la salud pública, resolveríamos mejor problemas como el que se ha creado con la crisis de la meningitis», declaró ayer a ABC el doctor Miquel Porta, presidente de los epidemiólogos españoles, al reclamar mayor protagonismo para los expertos dentro del sistema de salud pública.

La SEE divulgó ayer un comunicado en el que los epidemiólogos consideran que la reciente crisis de la meningitis C ha puesto de relieve que «España sigue careciendo de un liderazgo firme en salud pública; no existe una buena coordinación e integración de las políticas de salud pública que desarrollan sus Comunidades autónomas, y que la debilidad del sistema español de salud pública es impropia de una sociedad europea compleja como la española».

### «¡Sálvese quien pueda!»

Porta insistió en que «no es una crítica a las autoridades actuales, porque es un defecto que arrastra nuestra Sanidad desde la época de la transición. El Estado de las Autonomías ha llevado a que cada una vaya por su cuenta y ¡sálvese quien pueda! Si se coordinasen un poco más, habría un liderazgo común que podría desempeñar la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial o el Centro Nacional de Epidemiología en este caso. Por ejemplo, la recogida de datos es un *maremágnum*, porque la fiabilidad varía mucho entre unas Comunidades y otras».

«Nos hace falta ese punto de referencia técnico, no precisamente para centralizar, sino

para trabajar codo a codo con las Comunidades autónomas, coordinando».

Ante el caso concreto de la meningitis C («no hay nada que indique epidemia»), el doctor Porta considera que «tanto el Ministerio como los consejeros de Salud y los directores generales de Salud Pública deben reflexionar a ver si es posible trabajar de forma más armónica».

Algunas de las «estridentes» que subraya la SEE: falta de claridad, disyuntivas (vacunar masivamente, no vacunar), vender vacunas que no se administran, no investigar cada brote con rigor, no determinar de qué tipo de meningitis se trata, vacunar erróneamente a todo un grupo ante un caso de meningitis vírica (lo cual resulta inútil) y olvidarse de la quimioprofilaxis, de la prevención.

Todo ello «ha llevado al ciudadano a una cierta sensación de desamparo y a un estado de ansiedad en el que se ha puesto el énfasis en la vacuna, cuando sólo se debe vacunar en caso de meningitis A o C, y sólo a las personas que han tenido contacto con el enfermo. Pero para ello lo primero que hay que hacer, claro, es determinar el serogrupo de la meningitis. Y recordar que, entre el político y el pediatra no hay un vacío; estamos los epidemiólogos».

□ El Instituto Nacional del Consumo concederá a lo largo de 1997 más de 225 millones de pesetas a las entidades sin fines de lucro y de ámbito nacional para la realización de programas y actividades de información, defensa y protección de los derechos de consumidores y usuarios.

## EL INE OPINA SOBRE EL ACCESO A LOS DATOS DE MORTALIDAD CON FINES DE INVESTIGACIÓN

El pasado número del boletín Fuentes Estadísticas (nº 23) correspondiente a Febrero de 1997 tenía como tema monográfico las Estadísticas Sanitarias. Esta publicación periódica del INE, la Universidad Autónoma de Madrid y la agencia Eurostat hacia un resumen de algunas de las fuentes habituales de información socio-sanitaria que generan el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Ministerio de Economía y Hacienda, el INE y las Consejerías de Sanidad de las CCAA.

En la página 16, el Subdirector General de Informática del INE (Sr. Villan Criado) contribuía al debate con el tema «El problema del secreto estadístico en la investigación científica y sanitaria». El autor repasa las leyes que regulan el acceso a los datos personales, especialmente los sometidos al secreto estadístico. El autor confirma el nuevo contexto que se va a crear cuando la Directiva Europea (95/46/CE) del Parlamento Europeo relativa a la protección de las personas físicas, en lo que respecta al tratamiento de datos personales y su libre circulación, sea traspuesta sobre las leyes actuales de nuestro país. Esta Directiva contempla de forma inambigua la compatibilidad en la utilización de datos personales especialmente protegidos (salud, hábitos, etc.) para fines estadísticos, científicos, etc. siempre y cuando los Estados miembros establezcan las garantías oportunas. Esta Directiva debería comenzar a aplicarse a finales de 1998, aunque la velocidad de incorporación de Directivas en los países europeos es muy desigual. Al margen de esta situación de obligado cumplimiento para los servicios estadísticos europeos, el Sr. Villan Criado plantea las alternativas que el INE viene barajando en la actualidad para permitir el acceso a datos protegidos por el secreto estadístico a los investigadores que lo necesiten. Estas alternativas son, tal como textualmente aparecen en el artículo:

a) **el tratamiento de los datos identificados se realiza por personal del servicio estadístico**, con lo que se lograría la máxima protección. Esto suele ser inviable en la práctica, por falta de recursos de los servicios estadísticos.

b) **los investigadores reciben los datos identificados** para realizar la investigación, alternativa que difícilmente encaja con la legislación actual.

c) **los investigadores acceden a los datos identificados en la sede del servicio estadístico**, supervisados por su personal, y bajo estrictas medidas de seguridad.

Cuando la **alternativa a** sea inviable, **la c** podría ser la solución, aunque debería aplicarse solo en casos de interés social plenamente justificado, bajo condiciones en las que se asegure la preservación del secreto estadístico, y con la aprobación previa de la Agencia de Protección de Datos.

Otra medida que podría permitir algunas investigaciones, al facilitar como mínimo el estado vital, sería la creación de un índi-

ce nacional de mortalidad, que podría ser gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, o por la Dirección General de Registros y Notariado y construirse a partir de la información de los Registros Civiles, y que en tanto estos no se informaticen viene siendo grabada por el INE.

Hay que felicitarle porque un alto cargo del INE comparta la opinión que los epidemiólogos venimos defendiendo desde hace años. Ahora sería deseable que este cambio de punto de vista se materialice pronto, ofreciéndose a los investigadores una vía legal y rápida de acceso a los datos que justificadamente precisen.

En el mismo número (pg. 19-20), nuestro compañero de la SEE, Enrique Regidor expresa, muy elocuentemente, en su artículo «La confidencialidad de los datos y la investigación médica en conflicto» las limitaciones que tiene la investigación en salud en España. Su claro testimonio, oportunamente situado en esta publicación, merece ser leído en foros más amplios, profesionales pero también no profesionales. Este tipo de comentarios puede facilitar la creación de un clima de opinión pública favorable. Animamos a su autor a que envíe una versión similar de este texto a diarios/revistas de amplia difusión. Gracias, Enrique, por expresar de una forma tan clara la opinión de muchos epidemiólogos/as.

M<sup>a</sup> José Tormo

A la revista Fuentes Estadísticas se puede acceder a través de internet ([www.festadisticas.fguam.es](http://www.festadisticas.fguam.es)).

## LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: UNA OPORTUNIDAD PARA LA SALUD PÚBLICA

En el anterior número de SEE Nota, Luis Gómez y Fernando G Benavides presentaban la promulgación de la ley de prevención de riesgos laborales como un desafío profesional para la práctica de la medicina preventiva y salud pública, consideración que compartimos plenamente.

La aparición del reglamento de los servicios de prevención, el primero y probablemente más importante de los que han de desarrollar la ley, supone otra aportación legal de gran calado. El reciente reglamento posee una espina dorsal coherente y algunos aspectos confusos y contradictorios. Entre ellos, nos parece importante referirnos a dos: los relacionados con la formación requerida para el desempeño de las funciones preventivas de nivel superior en los servicios de prevención, y los referentes a la prevención de riesgos laborales en los hospitales y centros sanitarios públicos.

Las dos disposiciones legales obligan a la multidisciplinariedad en las estrategias de prevención en los centros de trabajo. La prevención en la empresa, legalmente hablando, ya no es cosa de médicos o de higienistas industriales: es cosa de todos. Y se citan cuatro especialidades: medicina del trabajo, higiene, segu-



ridad y ergonomía y psicología aplicada. Si bien la primera es una de las especialidades y titulaciones que ofrece nuestro sistema educativo –aunque no es la única de las especialidades médicas que debería haber sido contemplada– las otras tres no existen como título universitario homologado, por lo que el propio reglamento prevé, en tanto las autoridades educativas no lo regulen, los contenidos formativos que tales especialistas deberán acreditar. En cuanto a la *ergonomía y psicología aplicada* hay que preguntarse qué es: no conocemos definición ni sociedad científica alguna con ese nombre, aunque si existen para la ergonomía, y, por supuesto, la psicología y la sociología. Cada una de estas disciplinas tiene mucho que decir en la prevención de riesgos laborales, pero la confusión de la *especialidad* no ayuda a ello: ¿podrá ser considerado, por ejemplo, el diseñador de sillas ergonómicas también experto en psicología del trabajo?. Por otro lado, existen profesionales capacitados para la prevención de riesgos laborales que quedan excluidos: los másters en salud pública, por ejemplo, que no tengan a su vez las titulaciones exigidas para las funciones de nivel superior.

Para acabarlo de aclarar, el reglamento dispone que los artículos referentes a las funciones preventivas de nivel superior y sus correspondientes exigencias de contenidos formativos no entrarán en vigor hasta un año después de la vigencia del resto de los artículos. O sea: durante el primer año cualquiera puede realizar una evaluación de riesgos o un plan de prevención.

Por otro lado, el reglamento dispone que, en los centros sanitarios la prevención de los riesgos laborales «seguirá gestionándose con arreglo a los criterios y procedimientos hasta ahora vigentes», y aunque más adelante dice que «se coordinarán las actividades de medicina preventiva con las demás funciones relacionadas con la prevención en orden a conseguir una actuación integrada e interdisciplinaria» no deja de ser un redactado incoherente con el contenido y la filosofía de la ley.

Nos tememos que, en el fondo, la no referencia a la especialidad de medicina preventiva y salud pública como una de las especialidades preventivas, y la citada referencia a los centros sanitarios responde más a conflictos corporativos entre especialidades –médicas, entre ellas– que al interés multidisciplinario de la prevención en las empresas. Por lo menos se puede tener esta impresión después de ver ciertas reacciones y comentarios que alguna prensa ha publicado.

Probablemente ambas disposiciones representan hoy una de las más completas bases legales para la práctica de la prevención de problemas de salud comunitarios. En otras palabras: representan una oportunidad para la práctica de la salud pública. Sería una pena que los conflictos corporativos entre especialidades médicas entorpezcan el camino. Hay trabajo para las dos especialidades. ¡Y más!

**Salvador Moncada**

Médico especialista en medicina del trabajo

**Lucía Artazcoz**

Médica especialista en medicina preventiva y salud pública.

Las personas interesadas en participar en actividades de la SEE relacionadas con la epidemiología laboral podéis contactar con Fernando G. Benavides [Fax. (93) 542 26 44].

## ¿DESGRAVA LA CUOTA DE SOCIO EN EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA?

Cuando llega el momento de realizar la declaración de la renta, una pregunta habitual entre nosotros es la que encabeza este comentario: ¿la cuota de socio en una sociedad científica es deducible del impuesto sobre la renta?. La respuesta de los asesores fiscales consultados ha sido unánime: *no* podemos desgravarnos la cuota de socio porque la SEE es una sociedad científica sin ánimo de lucro. Sólo son deducibles del impuesto sobre la renta las donaciones a Fundaciones legalmente reconocidas o Asociaciones declaradas de interés público.

## RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASTILLA-LA MANCHA

El pasado mes de diciembre, la Conserjería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha envió al presidente de la SEE el proyecto de Decreto de la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla-La Mancha con objeto de que nuestra sociedad expusiera su parecer razonado sobre el mismo.

El Decreto consta de cuatro capítulos:

En el primero se explicitan las funciones, actividades, y la estructura funcional y orgánica de la Red de Vigilancia. En el artículo 9 se hace referencia al sistema de información de la red constituido por un sistema básico (declaración obligatoria, notificación de situaciones epidémicas y brotes e información microbiológica), y los sistemas específicos. Se hace especial mención a la incorporación a la Red de datos de otros sistemas de información de morbilidad, tanto hospitalaria como en Atención Primaria, y de mortalidad.

El segundo capítulo desarrolla el sistema básico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El desarrollo de los sistemas específicos de vigilancia, como el registro de SIDA, los sistemas centinela y el registro de cáncer, figuran en el tercer capítulo.

Por último, el cuarto capítulo desarrolla el régimen sancionador ante el incumplimiento de lo dispuesto en el Decreto.

La junta Directiva de la SEE ha felicitado a la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha por la sensibilidad que ha mostrado al entender la vigilancia epidemiológica, desde su concepción más amplia, como la vigilancia del estado de salud de la población y no solamente como el conjunto de actividades encaminadas a controlar determinadas enfermedades transmisibles y los brotes epidémicos.

**H. Vanaclocha**

Junta Directiva SEE



## ESPECIALIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA: NOVEDADES FORMATIVAS

En el último Pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas de 21 de Febrero de 1997 se aprobaron los nuevos requisitos para la acreditación de unidades docentes para la formación de M.I.R. de las 49 especialidades médicas existentes en la actualidad. Quedan por tanto aprobados los correspondientes a la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, estando únicamente pendientes de su publicación para su definitiva puesta en marcha, que se producirá, salvo imprevistos, a lo largo de este año y el que viene.

Así mismo, durante el mes de febrero pasado se ha repartido el Libro del Residente, diferenciado para nuestra especialidad, y en Junio de 1996 se editó la Guía de Formación de Especialistas, Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades de 25 de Abril de 1996, que contiene los programas de formación de aplicación ya para los residentes que comenzaron su formación en el año 1996.

Estos tres hechos (Programa, Libro del Residente y Procedimiento de Acreditación) nos sitúan en un nuevo periodo en el devenir formativo de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, queriendo presentar en esta nota alguno de los aspectos más relevantes del mismo.

Respecto al programa cabe resaltar una serie de hechos. En primer lugar la duración ha pasado a cuatro años, con lo cual puede plantearse su reconocimiento en la U.E.(Directiva 93/16/CEE), sirviendo esta modificación no solo a esta finalidad sino como es evidente a ampliar los contenidos formativos, esencialmente en el campo de la epidemiología y la administración y gestión sanitarias. Así queda configurada una especialidad de base adaptada a las actuales tendencias de especialización médica en Salud Pública y con la posibilidad de ser ampliada mediante áreas de capacitación específica, hecho que ya se está configurando para otras especialidades en el seno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, del que nuestra especialidad no debería quedar aparte.

Por otro lado se ha procedido a la adaptación definitiva al Real Decreto 127/84, en el que se reconoce la formación básicamente extrahospitalaria de la especialidad, por lo que se han especificado claramente en este sentido las rotaciones y los objetivos formativos que deben alcanzarse en ellas, quedando así configurados los cuatro años con sus rotaciones, para dar respuesta a este criterio normativo.

El Libro del Residente, del cual se entrega un ejemplar a cada uno de los futuros especialistas, contiene los elementos básicos de evaluación de la formación. Así quedarán ya reflejadas de una forma normalizada las actividades

realizadas a lo largo de la residencia, con mención expresa al lugar y tiempo de las mismas y también los de las actividades complementarias, todo ello con el VºBº del tutor correspondiente.

El libro curricular del residente, de cumplimentación obligada, está todavía sujeto a posibles modificaciones conforme a los resultados prácticos que se obtengan de su ejecución, pero va a permitir seguir de forma continua el proceso de formación para todos y cada uno de los residentes, analizándose así si se alcanzan los objetivos propuestos en el programa a la finalización del mismo.

Todo este proceso no sería completo, tanto en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública como en las restantes, no se procediese de nuevo a la acreditación de las unidades para la docencia postgraduada MIR, de acuerdo a criterios adecuados a los programas actuales de las especialidades. Insisto que los criterios están todavía pendientes de publicación y por tanto de desarrollo.

En Medicina Preventiva y Salud Pública se ha definido la Unidad Docente, como el conjunto de Unidades Clínico-Asistenciales que, dentro de un territorio determinado, permiten desarrollar los programas de formación especializada para nuestra disciplina y otras afines, creándose por tanto la figura de Coordinador de la Docencia, además de la del tutor, al igual que existe en otras especialidades con formación extrahospitalaria. Tanto el Coordinador como el Tutor deberán ser médicos especialistas.

Los nuevos requisitos de acreditación presentan de forma precisa cuales son los mínimos requeridos para solicitar la creación de una Unidad Docente, tomando como referencia básica la existencia de programas propios o vinculados que garanticen la rotación mínima en cada una de las áreas de formación intra y extrahospitalaria.

También se ha elaborado el formulario que deberá presentarse conjuntamente con la solicitud de acreditación, en el que quedará evidenciado el organigrama funcional y el cronograma de las rotaciones previstas y otros aspectos referentes a recursos tanto personales como materiales, con especial referencia a los documentales.

Con todo ello quedan configurados los elementos básicos para la reforma de la especialidad en sus aspectos formativos, no dudando que del interés que se ponga en el proceso de acreditación dependerá en gran parte la calidad de nuestros especialistas y por ello su futuro profesional.

**Luis I. Gómez López**

Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública



## PROGRAMA DE ACCIÓN COMUNITARIO DE PROMOCIÓN, INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y FORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD

El Parlamento Europeo y el Consejo de la UE, a propuesta de la Comisión Europea han adoptado un programa de acción comunitario de promoción, información, educación y formación en materia de salud, dentro del ámbito de la salud, para el período 1996-2000.

Este programa tiene como fin contribuir a garantizar la protección de la salud de la población y para ello se plantea acciones como:

- Tener como base el concepto de «promoción de la salud» en las políticas de salud pública de los Estados miembros.

- Apoyar acciones de cooperación, intercambio de experiencias, proyectos piloto, redes europeas, etc., entre los Estados miembros.

- Fomentar la adopción de estilos de vida saludables

- Conocer tanto los factores favorables a la promoción de comportamientos sanos como los de riesgo para la salud.

- Favorecer enfoques intersectoriales y pluridisciplinarios de promoción de la salud teniendo presente las condiciones socioeconómicas y ambientales necesarias para la salud de la población, especialmente para los grupos desfavorecidos.

Estas acciones se concretan en estos cinco apartados:

- Estrategias y estructuras de promoción de la salud
- Acciones específicas de prevención y promoción de la salud
- Información sobre la salud
- Educación para la salud
- Formación en materia de salud pública y de promoción de la salud

La dotación financiera para la ejecución del programa durante el período de estos cinco años es de 35 millones de ecus (4.725 millones de pesetas).

Hay creado un comité compuesto por dos representantes de cada Estado miembro para asistir a la Comisión. El Presidente del Comité es un

representante de la Comisión, cuya labor es presentar al comité proyectos de medidas referentes a:

- El reglamento interno del comité
- Un programa de trabajo anual
- Las modalidades, criterios y procedimientos para seleccionar y financiar proyectos
- El procedimiento de evaluación
- Las modalidades de difusión de los resultados

Además, la Comisión podrá consultar al comité sobre cualquier otra cuestión relativa a la aplicación del programa.

El programa de trabajo para 1997 contará con un presupuesto de 7 millones de ecus. En él se dará prioridad a actividades coordinadas a escala europea, apoyando el intercambio de información y experiencias en los ámbitos de la promoción de la salud, e iniciativas que tengan por objeto llevar a la práctica los conocimientos ya existentes.

En cuanto a los temas prioritarios para este año serán la dieta sana, peso corporal, actividades relacionadas con el ejercicio físico, abuso del alcohol en el lugar de trabajo, enfermedades cardiovasculares y salud mental. Los grupos de población diana serán los jóvenes, los ancianos y los grupos más desfavorecidos.

Los plazos para la presentación de proyectos son el 15 de marzo y 15 de septiembre.

Dentro de los criterios de selección y financiación de los proyectos destacaríamos los siguientes:

- que el proyecto tenga relación con las acciones previstas en el programa de acción y con las prioridades del programa de trabajo anual,
- que implique la participación y actividades realizadas conjuntamente en varios Estados miembros,
- que puedan ser llevados a cabo a gran escala, y
- que puedan garantizar la evaluación, difusión y aprovechamiento de los resultados

Los interesados en presentar proyectos para ser financiados por el Programa de Acción Comunitario pueden encontrar información en el Diario



Oficial de las Comunidades Europeas de 17 de enero de 1997 o dirigirse a la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (tel. 91.596.41.82)

**Enrique Gil López**  
Subdirección General de Epidemiología  
Ministerio de Sanidad y Consumo

## IV PREMIO M.S.D. EN EPIDEMIOLOGÍA

La SEE y Merck, Sharp & Dohme de España, S.A. se complacen en convocar el «IV Premio M.S.D. en Epidemiología» a los dos mejores artículos de investigación en epidemiología publicados durante el año 1996. La dotación destinada al primer premio será de 500.000 pesetas y de 200.000 pesetas al segundo premio.

Sólo podrán concurrir a él autores españoles; en el caso de artículos efectuados en colaboración con autores de otros países, el primer autor deberá ser español. Los artículos podrán versar sobre cualquier área temática y haber sido publicados en cualquier revista nacional o internacional, pero el enfoque y el contenido deberán poseer una clara dimensión epidemiológica. El jurado del Premio, que estará formado por representantes designados por la Junta Directiva de la SEE y por el patrocinador, valorará primordialmente la calidad científica, las innovaciones metodológicas y la relevancia sanitaria, clínica, biológica o social de los resultados. En esta nueva edición se ha decidido otorgar un primer y segundo premio, aunque el jurado podrá otorgar menciones honoríficas a otros dos artículos. El jurado establecerá unos criterios de evaluación y su decisión será inapelable. La presentación al Premio implica la aceptación de estas bases.

Para estimular la presentación de trabajos al premio, en esta edición se ha acordado que las nominaciones de artículos candidatos al Premio puedan ser realizadas por cualquier socio de la SEE, recomendándose que la misma cuente con la aceptación de los autores del artículo. Todas las nominaciones serán tratadas de forma confidencial. Las personas que efectúen una nominación

deberán enviar 1 separata original y 7 fotocopias de calidad, junto con una carta certificando que se cumplen los requisitos de la presente convocatoria. Las nominaciones se enviarán por correo a: «IV Premio M.S.D. en Epidemiología», Sociedad Española de Epidemiología, París 150, 08036 Barcelona. La fecha límite para la recepción de las nominaciones es el **15 de junio de 1997**.

El anuncio de la decisión del jurado y la entrega del Premio tendrán lugar en un acto específico durante la celebración de la XV Reunión Científica de la SEE (Oviedo, 25 al 27 de septiembre de 1997). La entrega de los premios y de los correspondientes Diplomas acreditativos se efectuará, en nombre de todos los autores, al primer autor del artículo o, en su caso, al autor que hubiese presentado la nominación. Durante el acto de concesión el jurado, preservando la confidencialidad del proceso, hará público el número de trabajos presentados y sus características generales, así como los criterios de evaluación aplicados.

## ¿ES EL PLOMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA?

A partir de la sesión sobre el tema que tuvo lugar en nuestro pasado congreso de Zaragoza, un grupo de socios de la SEE están organizando una reunión sobre la investigación acerca de los efectos del plomo en España, que probablemente se celebrará la primavera próxima en Madrid. Las personas interesadas podéis poneros en contacto con José Jesús Guillén, de Cartagena (teléfono 968 502573).

## VII CONGRESO SESPAS. LA SALUD PÚBLICA Y EL FUTURO DEL ESTADO DEL BIENESTAR

### Objetivos

- Analizar la situación actual de la salud pública y los servicios sanitarios en España.



- Discutir el efecto que los cambios en las políticas de bienestar pueden tener sobre la misma.
- Proponer criterios de actuación para afrontar con éxito los retos del futuro

## Fecha y lugar

19 al 21 de noviembre de 1997 en la Universidad Pública de Navarra. El Congreso EUPHA se celebrará en el mismo lugar los días 20 al 22 de noviembre. La inscripción en uno de ellos permite el acceso a las sesiones de ambos. Se realizarán sesiones conjuntas con traducción simultánea.

## Áreas temáticas

### Salud Pública

- Organización de servicios de salud pública
- Desigualdades en salud y en servicios sanitarios.
- Medio ambiente y salud pública.
- Salud laboral.
- Envejecimiento y estado de bienestar.

### Administración sanitaria

- El futuro del sistema sanitario en España.
- La financiación del sistema sanitario.
- Nuevas experiencias en gestión sanitaria.
- La medicina basada en la evidencia.
- La coordinación general sanitaria.
- El desarrollo científico y tecnológico.
- El papel de los ciudadanos en el sistema sanitario.

Información:

Secretaría del VII Congreso SESPAS  
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales  
Universidad Pública de Navarra  
Campus de Arrosadía  
31006 Pamplona  
<http://animal.upna.es/economia/sespas>

## CALENDARIO

### 1997

**Mayo 10:** Fecha límite presentación comunicaciones XV RC SEE Oviedo

**Junio 13:** Madrid. Encuentro Marcelino Pascua. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Información: Juan Fernando Martínez Navarro. Tel. (91) 387.78.22.

**Junio 15:** Fecha límite para nominaciones al Premio MSD (pág. 15).

**Junio 18-20:** Barcelona. Tercer Seminario de Epidemiología Clínica y Molecular del Cáncer (ASEICA / SEE). Información: Secretaría de ASEICA. Tel. (94) 464 88 00, ext. 2731. Fax (94) 464 89 66. e-mail: gcpviva@lg.ehu.es

**Junio 29-Julio 3:** Montreal Canadá. The 4th international Conference on Preventive Cardiology

**Septiembre 24-27:** Oviedo XV Reunión SEE.

**Octubre 1-4:** París. Congreso sobre la Salud Pulmonar Mundial. Información. SOCFI/VICTMR, 14 rue Mandar 75002 París. Tel (33 1) 44882525 - Fax (33 1) 40260444

**Noviembre 20-22:** Pamplona. Congreso de la SESPAS.

**Noviembre 17 - 21:** Caracas. I Congreso Venezolano. II Congreso Andino. II Congreso Latinoamericano. III Congreso Iberoamericano. Información: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección Gral. Sectorial de Epidemiología, Torre sur piso 8, ofic. 818. Centro Simón Bolívar, El Silencio. Caracas DF. República de Venezuela. Telfs. (58)02-4817915, Fax (58)02-4827686 y 4827146.

### 1998

Sevilla. Reunión Científica de la SEE.

Correspondencia: Secretaría de la SEE -  
Suport Serveis - París, 150. 08036 Barcelona  
Tel. (93) 322 64 45 - Fax: (93) 410 97 42.  
e-mail: suport@deinfo.es  
Fecha de cierre del próximo SEE NOTA:  
1 de junio 1997.