

SEE DESTACA

A raíz de la crisis del girasol la Junta de la SEE, además de participar en las actividades de SESPAS, envió una nota a los medios de difusión que no ha sido todavía publicada en ninguno de ellos.

La Junta también se posicionó frente a la reestructuración de la Salud Pública realizada en la Comunidad de Madrid y el 30 de abril envió una carta, que no obtuvo respuesta, a la Presidenta de la Comunidad, Doña Esperanza Aguirre Gil de Biedma, y al Consejero de Sanidad, Don Juan Güemes Barrios, en la que se manifestaba su preocupación por este hecho.

Creemos que es importante que conozcáis las actividades que hace la Junta, por ello incluimos los documentos en este SEENota. Ambos documentos están también en la página web.

A PROPÓSITO DE LAS CRISIS

“A propósito de las últimas crisis relacionadas con la salud pública, es oportuno y necesario reflexionar sobre los motivos que las ocasionan, las respuestas de la administración sanitaria y la reacción de la opinión pública, muchas veces independientes del riesgo real.

Los sistemas de vigilancia existentes en la actualidad abarcan prácticamente todos los ámbitos de la salud pública (epidemiología, sanidad ambiental, alimentaria,...) e implican a muchos profesionales, en un contexto multidisciplinar. Estos sistemas se agrupan en dos grandes apartados con objetivos diferentes, los que recogen información sobre los riesgos, de modo que permiten valorar la exposición de la población y tomar decisiones que los minimicen, y los que lo hacen sobre la salud. Un aspecto clave de la vigilancia es la comunicación de la información hacia los profesionales y la población. Es necesario compaginar el derecho a la información, la confidencialidad y la transparencia obligada de las Administraciones Públicas, con la difusión de las informaciones necesarias para la protección de la salud de los ciudadanos y mensajes que deben ser claros, explícitos y transparentes, especialmente cuando su participación activa es necesaria en el control del riesgo.

SEE NOTA es una publicación de



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Presidenta

Teresa Brugal

Vicepresidenta

Rosa Ramírez

Secretaria

Vicenta Escibà

Tesorera

Anna Schiaffino

Vocales

Juan de Mata Donado Campos

Socorro Fernández

Antònia Galmés

Secretaría

Suport Serveis, S.A.

Calvet, 30 - 08021 Barcelona

Tel.: 93 201 75 71

Fax: 93 201 97 89

E-mail: see@suportserveis.com

Editoras

Socorro Fernández

Antònia Galmés

<http://seepidemiologia.es>

Esta circunstancia, difícil y compleja, se complica con la existencia de varias administraciones con competencias en los diferentes sistemas de vigilancia; no olvidemos que estamos en un estado con 17 CCAA, y resulta evidente que las actuaciones no son eficaces sin la debida coordinación. Una coordinación que tiene dos etapas, la primera entre distintas consejerías de las CCAA y entre diferentes ministerios con competencia en los temas objeto de la vigilancia, y la segunda entre las CCAA y la Administración del Estado. Las actuaciones de otros ámbitos de la Administración repercuten en la salud pública y, de forma especial, en las crisis.

Habitualmente las informaciones, gestiones y acciones que se suceden dentro del ámbito de la salud pública y que no llegan a la opinión pública no generan crisis. En el día a día de la Salud Pública se gestionan y solucionan problemas potencialmente causantes de crisis, que se resuelven en el terreno estrictamente profesional y de las personas, empresas o entidades involucradas. Tampoco se generan crisis cuando la información se hace pública con una correcta comunicación del riesgo.

El momento en que la información se hace pública es el punto de inflexión de las crisis, de ahí la vital importancia de la correcta comunicación tanto en la forma, como en la oportunidad y la transparencia. Engranar estos tres aspectos a los que hay que añadir los medios de comunicación, un factor independiente, externo al ámbito de la Salud Pública, no es fácil.

Cuando la información se transmite de forma alarmista, o poco clara, puede desencadenar una crisis con independencia del riesgo y la gravedad. Sólo con una respuesta rápida, clara y contundente es posible contrarrestar la posible alarma social y reconducir la crisis potencial, y para ello es necesaria una perfecta coordinación entre Administraciones.

La relación de las Administración con los medios de comunicación no siempre es fácil. La prensa busca informar y contrastar la información, lo que en ocasiones lleva a un debate en los medios que no

siempre es oportuno, ya que se pueden divulgar mensajes contradictorios, para los que a veces la Administración no dispone de una respuesta clara y contundente por causas diversas.

En las crisis los ciudadanos buscan respuestas a sus dudas y preguntas, pero la población tiene que entender y asumir que en muchos casos sólo se dispone técnicamente de una respuesta con mucha incertidumbre, sin que ello implique falta de preparación de los profesionales ni insuficiencia de medios. Por su parte, los medios de comunicación no deben facilitar debates estériles que pueden generar confusión y preocupación en la población y los organismos competentes deben evitar mensajes confusos, contradictorios, e incluso inoportunos o innecesarios.

La gestión de las crisis de salud pública no puede encerrarse en el Ministerio de Sanidad y las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas, pero son las autoridades sanitarias quienes deben liderarlas, y será a ellas a quien se responsabilizará en última instancia de la situación. Por ello, la mejor respuesta es siempre una información clara, transparente, profesional y coordinada.”

La Junta de la SEE

LA SALUD PÚBLICA EN LAS ESTRUCTURAS ADMINISTRATIVAS. CARTA A LA C.A. DE MADRID

Ilustrísima Sra.:

En la Comunidad de Madrid ha tenido lugar un trascendental cambio en la organización de la Administración de Salud Pública, que preocupa enormemente a muchos profesionales de este ámbito, y también a aquellos que, desde ámbitos distintos, entienden y comparten la necesidad de contar con un servicio de Salud Pública visible, cohesionado, con objetivos claros y capacidad de decisión e intervención. Los

decretos que regulan esta nueva estructura no explicitan las razones de tales cambios, sino que se limitan a vagas referencias, a la mayor eficiencia de la nueva organización, por lo que no podemos más que especular sobre tales razones. Por ello no vamos a entrar a juzgarlas, sino a exponer las consecuencias que, a nuestro juicio, puede tener el cambio en el ejercicio de las funciones encomendadas a la Administración de la Salud Pública.

Desde nuestro punto de vista, este cambio organizativo no responde a las necesidades de la Administración de Salud Pública, sino que constituye una amenaza para el ejercicio de sus funciones y responsabilidades, que no son otras que la promoción y la protección de la salud de la población madrileña, a través de acciones necesariamente coordinadas entre las distintas instituciones implicadas, que permitan monitorizar el estado de salud de la población y sus determinantes, así como instaurar intervenciones efectivas para la promoción y protección de la salud de la población de la Comunidad de Madrid. La fragmentación de funciones y la dispersión entre organismos diferentes, la desmembración de un organismo cohesionado y con objetivos y visiones comunes entre sus diferentes departamentos, y la inclusión de éstos servicios en organismos cuyas funciones y características están muy consolidadas y no tienen entre sus principales prioridades (puesto que sus responsabilidades son otras) la salud pública, no puede sino debilitar ésta última y, consecuentemente, a las actividades que constituyen su razón de ser. Por una parte, es evidente que una mayor complejidad organizativa conlleva mayores dificultades de coordinación. Por otra, y más relevante, implícitamente se niega entidad propia a la Salud Pública y, por tanto, se niega también la importancia de las políticas de Salud Pública.

Todo ello ocurre, además, en un momento en que hay poderosas razones que deberían hacernos avanzar en el sentido contrario, en el sentido de dotar de mayor contenido, recursos, profesionalidad, y visibilidad a la Administración de Salud Pública. Desde las crecientes demandas de la población en relación

a todo aquello que percibe como una amenaza para su salud, hasta el reconocimiento de que las políticas de salud pública van mucho más allá del ámbito sanitario y, sobre todo, mucho más allá del cuidado de la salud individual. Asimismo, la orientación de la Salud Pública en la mayoría de organismos e instituciones internacionales y nacionales lleva a este mismo camino. Cabe destacar que otras comunidades autónomas han instaurado acciones que refuerzan la entidad e instituciones de salud pública. Un ejemplo de ello es la Comunidad Valenciana, en la que se ha promulgado una ley de salud pública y se ha regulado un cuerpo profesional de salud pública. En cambio otras comunidades autónomas han intentado este cambio negativo y tras meditarlo lo han desechado. Es evidente que la existencia de un organismo específico para la Salud Pública que englobe todas sus funciones no es en sí misma una garantía del cumplimiento de las actividades que le son encomendadas, pero a nuestro juicio constituye una condición necesaria para garantizar una organización lógica que pueda proporcionar coherencia, objetivos claros, unidad de acción entre los diversos actores y transparencia, y contribuir a la mayor capacitación de los profesionales que la integran. Todo ello, con un objetivo final que no es otro que influir en políticas de salud favorables a la población, y en dar la mejor respuesta posible a las demandas y retos que se presentan en Salud Pública, y que en la sociedad actual no pueden sino aumentar y hacerse más complejos, por lo que es necesario también disponer de las mejores para hacerles frente.

Finalmente, no podemos olvidar la relevancia social y política de la Comunidad Autónoma de Madrid, que puede constituir un ejemplo para muchas otras, y ello en este caso no hace sino aumentar las amenazas mencionadas.

Por todo ello la Junta de la SEE manifiesta su preocupación hacia las consecuencias negativas que pueda tener tal decisión. La Salud Pública no puede ser marginada, sino que debe potenciarse su prestigio, visibilidad y recursos. Ello repercutirá directa-

mente en la mejora de la salud de toda la población. Pedimos a los responsables políticos que reconsideren su postura, que inicien un diálogo con los actores de este ámbito: sus propios profesionales, las sociedades científicas, expertos de instituciones de prestigio, y todo el que pueda aportar puntos de vista interesantes para la mejor organización posible, que no hará sino contribuir a una mejor salud y a una mayor confianza de nuestra población.

M. Teresa Brugal

**Presidenta de la Sociedad Española de Epidemiología
Barcelona 30 de Abril 2008**

SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD DE LAS MUJERES QUE ABORTAN.

Hace pocas semanas el Gobierno anunció (El País de 12 de julio) la promulgación de medidas legales específicas para la protección de la intimidad de las mujeres que abortan, para evitar situaciones como las que se han dado últimamente. Estas medidas, según las informaciones de prensa, consistirían básicamente en crear un código encriptado que sustituiría la identificación de la mujer en la historia clínica. La relación entre la historia clínica y los datos personales de la mujer solamente podría hacerse por orden judicial.

A nuestro juicio, esta legislación especial debería ser muy sopesada antes de promulgarse, ya que podría resultar no solo innecesaria sino contraproducente, por diversos motivos.

El primer lugar, existe legislación para la protección de datos personales, y entre ellos todos los relacionados con la salud merecen ya una consideración especial. Por lo tanto, o la legislación es suficiente para garantizar dicha protección, o no lo es. Si lo es, déjense las cosas como están, extrémese la vigilancia de su cumplimiento y aplíquense las correspondientes sanciones cuando haya vulne-

ración de la norma. Si no lo es, corríjase lo necesario para que lo sea, pero la corrección debe entonces referirse a todo lo relacionado con la salud, sin excepciones.

En segundo lugar, la publicación de una ley no va a evitar que alguien (cargos públicos, funcionarios, policías o jueces) haga un mal uso de la autoridad que le confiere la legislación, o que cometa errores en la investigación de la supuesta vulneración de alguna norma. Lo lógico sería entonces aumentar los mecanismos de control para minimizar este riesgo.

En el aspecto de la práctica clínica diaria seguramente se crearían situaciones cuando menos extrañas. La mayoría de los centros no se dedican exclusivamente a la práctica de abortos. Por ello, en un mismo archivo habrá dos clases de historias: una con la identificación encriptada y otra plenamente identificada. Y aún más raro: cuando en los antecedentes de una paciente figure un aborto voluntario, ¿se encriptará esta parte de la historia?

Finalmente, el anuncio del Gobierno nos parece un mal precedente que puede afectar a otros registros de enfermedades con datos igualmente confidenciales y para cuyo buen funcionamiento, es imprescindible tener identificación del paciente. Se trata de registros que contienen también información personal altamente sensible y que el profesional necesita para realizar el tratamiento del paciente, conocer la evolución de la enfermedad, realizar la prevención y el despistaje de otros casos, etc.... Los afectados podrían pedir el mismo tratamiento que se ofrece a las mujeres que abortan y, ¿qué haría entonces el Gobierno? Con tal precedente sería ciertamente muy difícil argumentar en contra. Y, sin duda, el anuncio afectará también negativamente a todos aquellos estudios que precisen datos confidenciales de pacientes, es decir, prácticamente de todos los estudios epidemiológicos.

Por todo ello pedimos, desde aquí al director general de Salud Pública y Sanidad Exterior que tras-

lade al Gobierno nuestra preocupación por este asunto y nuestra petición de que se reconsidere el anuncio realizado, valorando en profundidad las repercusiones y consecuencias que una norma específica como la que se propone podría conllevar, tanto en el ámbito asistencial como, especialmente, en el de Salud Pública. Sin duda podrán instaurarse otro tipo de medidas para la imprescindible protección de la intimidad de las mujeres que realizan un aborto voluntario, como de cualquier otra persona o colectivo en que se considere que el riesgo de vulneración de la misma es elevado.

La Junta de la SEE

SECRETARÍA INFORMA

PROCESO ELECTORAL PARA LA ELECCIÓN DE LOS CARGOS DE VICEPRESIDENCIA, TESORERÍA Y DOS VOCALÍAS DE LA JUNTA DE LA SEE

Os recordamos que en la próxima reunión de la SEE (Girona, 15 – 17 de octubre de 2008) se renovarán los cargos para la vicepresidencia, tesorería y dos vocalías de la Junta Directiva de la SEE debido a que ya han pasado 4 años desde que Rosa Ramírez Fernández, Anna Schiaffino Rubinat, Socorro Fernández Arribas y Juan de Mata Donado Campos fueron elegidos. Las candidaturas pueden enviarse a la Secretaría Técnica de la Sociedad (Suport Serveis. Calvet, 30 08021 Barcelona) hasta el día **26 de agosto de 2008**. Para presentarse a las candidaturas hay que estar al corriente del pago de las cuotas.

La Junta Directiva recomienda que en la presentación de la candidatura se incluya el nombre, dirección, lugar y puesto de trabajo, una muy breve reseña curricular con foto y una breve descripción de los objetivos a desarrollar en la Junta Directiva (no debería ocupar más de media página). A partir del día **1 de septiembre de 2008** la secretaría de la Sociedad enviará a todas las personas asociadas las

candidaturas presentadas, junto con la papeleta de voto y el sobre electoral.

La votación podrá realizarse por correo postal o personalmente en la Asamblea General Extraordinaria que debe convocarse el día **16 de octubre de 2008** para el acto electoral. Para ser válidos los votos por correo deberán recibirse en la secretaría técnica de la Sociedad el **8 de octubre de 2008 como fecha límite**.

Desde estas páginas os animamos a que os presentéis para trabajar directamente en la nueva Junta y, por supuesto, a que todos y todas sigáis colaborando y participando en las actividades de la SEE.

SEE-ANUNCIA

XXV REUNIÓN CIENTÍFICA SEE

¿Quién es quién frente a las emergencias en la salud pública?

Girona, 14 al 17 de octubre de 2008 <http://seepidemiologia.es/>

| Programa Científico | | | |
|---|---|--|--|
| Martes 14 octubre | Miércoles 15 octubre | Jueves 16 octubre | Viernes 17 octubre |
| <p>Cursos precongresos</p> <p>1. Diseños epidemiológicos alternativos en la investigación de brotes. Docente: Fernando Simon. CNE. Centro Nacional de Epidemiología</p> <p>2. Estadística espacial y sistemas de información geográfica (SIG) en ciencias de la salud. Docente: Marc Sáez. Dpto. de Económicas. Universidad de Girona.</p> | <p>8:00-9:00 Acreditación y entrega documentación</p> <p>9:00-11:00 Comunicaciones orales</p> <p>11:00-11:30 Pausa/café</p> <p>11:30- 13:30: Inauguración oficial</p> <p>Conferencia inaugural "Emergencias de Salud Pública en Europa. Algunas experiencias recientes". Denis Coloumbier. Head of Preparedness and Response Unit. ECDC</p> <p>Modera: Carmen Amela. Centro de coordinación de alertas y emergencias. Ministerio de Sanidad y Consumo</p> | <p>9:00-11:00 Comunicaciones orales</p> <p>11:00-11:30 Pausa/café</p> <p>11:30- 13:30: Mesa 2: "Aprendiendo de la historia. Ejemplos cercanos y lejanos de emergencias." Los brotes masivos por la comercialización de alimentos: Salvador de Mateo. Área de Vigilancia de Salud Pública. CNE</p> <p>Aspectos claves en los brotes comunitarios de legionelosis. El caso de Murcia: Ana M^a García Fulgueiras. Sección de Vigilancia Epidemiológica. Región de Murcia</p> <p>Implicaciones legales. El brote de hepatitis C de Valencia: Hermelinda Vanaclocha Luna. Área de Epidemiología. Comunidad Valenciana</p> <p>La preparación y respuesta frente a la gripe aviar en las CCAA. Evaluación de la situación: Alberto Malvar Pintos. Servicio de Epidemiología. Xunta de Galicia.</p> <p>Modera: Josep Maria Jansà. Dirección General de Salud Pública. Generalidad de Cataluña.</p> | <p>9:00-11:00 Comunicaciones orales</p> <p>11:00-11:30 Pausa/café</p> <p>11:30- 12:30: Conferencia clausura "Vigilancia de la Salud Pública en un mundo global". John Rullán Jefe de Dirección Médica Humana. Puerto Rico</p> <p>12:30-14:30: Comunicaciones Poster Mesas espontáneas</p> |

| | 13:30-15:00 Comida | 13:30-15:00 Comida | 13:30-15:00 Clausura y comida |
|-------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| | <p>15:00-17:00 Comunicaciones Poster Mesas espontáneas</p> <p>17:00-17:30 Pausa/café</p> <p>17:30-19:30 Mesa 1: “Los diferentes actores en las alertas.” Los profesionales: Elena Delgado Torralba. Servicio de Salud Pública. Delegación Provincial de Salud de Sevilla. Los medios de comunicación: Milagros Pérez Oliva. Diario El País. La comunidad: Alfonso Carvajal García-Pando. Instituto de Farmacología. Universidad de Valladolid. Los representantes políticos: Antoni Plasència. Dirección General de Salud Pública. Generalidad de Cataluña. Modera: Neus Camps. Servicios Territoriales de Salud de Girona</p> | <p>15:00-17:00 Comunicaciones orales</p> <p>17:00-17:30 Pausa/café</p> <p>17:30-19:30 Mesa 3: La “emergencia” de las enfermedades crónicas. Sistemas de vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: Iñaki Galán. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Impacto de la detección precoz en la incidencia y supervivencia del cáncer: Xavier Castells. Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica. Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria (IMAS) Vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas. El caso del cáncer en Andalucía: María José Sánchez Pérez. Registro Poblacional de Cáncer de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Impacto de las enfermedades crónicas en el sistema sanitario: Rafael Bengoa. Kroniker – Observatorio Internacional de Calidad y Gestión de Enfermedades Crónicas</p> | |
| 20:00 Recepción y bienvenida | 19:30 Visita a Girona | 19:30 Asamblea SEE 21:00 Cena | |

Fechas importantes

31 de julio: Fecha límite para inscripción a precio reducido

14 a 17 de octubre: Reunión científica

Sede de las Jornadas

Auditori – Palau de Congressos de Girona
Passeig de la Devesa, 35
17001 Girona

Secretaría Técnica

Información e inscripciones

Suport Serveis

Tel 93 20175 71 Fax 93 201 97 89

Correo electrónico see2008@suportserveis.com

Calvet, 30

08021 Barcelona

SEE-HACE

JORNADA DE SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DEL XI CONGRESO NACIONAL DE INFORMÁTICA DE LA SALUD: “DE LA SALUD PÚBLICA A LA SALUD POBLACIONAL”

En el marco del XI congreso nacional de informática de la salud se celebró, como en ediciones anteriores, la Jornada de Salud Pública. Este año bajo el lema “De la salud pública a la salud poblacional”. En la Jornada se desarrollaron dos mesas redondas:

1. Los sistemas de Información y el análisis de la salud de la población. Fuentes de información. Problemas y propuestas de soluciones. La mesa fue moderada por José Jover y los ponentes fueron:

- “Los sistemas de información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Presente y futuro. Sra. D^a María Santos Ichaso Hernández-Rubio. Subdirectora adjunta del Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- “Las fuentes de información demográficas en los sistemas de información sanitaria. Potencia-

lidades y oportunidades de mejora” Sr. D. Ricard Génova Maleras. Demógrafo. Servicio de informes de salud y estudios de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

- “Los sistemas de información en la elaboración del Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid”. Sr. D. Jenaro Astral Mochales. Jefe de servicio de informes de salud y estudios de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Comunidad de Madrid.

María Santos presentó y comentó las características de las principales fuentes de información y de los indicadores del Instituto de Información Sanitaria y del futuro portal estadístico. La Encuesta Nacional de Salud (ENS), comentando las novedades introducidas en la ENS de 2006, la accesibilidad a los microdatos a través de la web, la encuesta de salud europea y la encuesta con examen de salud. El Barómetro Sanitario, enfocado a conocer la satisfacción, la opinión y las expectativas de los usuarios.

Se hizo referencia a las fuentes de las CCAA, a la historia clínica digital, a la extensión del CMBD a los hospitales privados, y en un futuro a las consultas ambulatorias. Se refirió también al trabajo de la Subcomisión del Sistema de información para conseguir un CMBD de AP y mencionó los datos de mortalidad que se podrán encontrar en el futuro portal estadístico.

Finalmente habló de los cuatro grupos de indicadores clave: Población, estado de salud, determinantes y sistema sanitario indicando que el objetivo del MSC es que se actualicen cada seis meses.

Ricard Génova habló sobre los nuevos indicadores y la importancia de su desagregación a nivel de zona básica de salud, municipio, secciones censales,... y sobre la alta exigencia de información y gestión. Remarcó la importancia de la homogeneidad y coordinación metodológica en la estimación de indicadores, en la estimación de denominadores, en

estadísticas vitales. Explicó el funcionamiento del SISPAL (sistema de información en salud pública y alimentación) de la Comunidad de Madrid que permite disponer de una información actualizada y de fácil acceso que resulta útil a los técnicos del Sistema de Salud y a los gestores y planificadores.

Jenaro Astray habló sobre los Informes de salud de la Comunidad de Madrid, cuyo origen se sitúa en los Objetivos de Salud 21. En estos informes se evalúan los objetivos del 1 al 12. El ponente fue explicando las características de los diferentes objetivos y las fuentes de información, todas incluidas en el SISPAL, del que se obtienen los resultados necesarios para los informes permitiendo que estos puedan realizarse en poco tiempo. Se refirió a la seguridad y confidencialidad de las bases de datos incluidas en el SISPAL y al trabajo conjunto con la Agencia de protección de datos para poder conseguir un sistema de información que unifique las diferentes bases de datos.

2. Epidemiología e innovación. Historia de salud electrónica: “entrada de individuos y salida de poblaciones” moderada por Juan de Mata Donado Campos en representación de la Presidenta de la SEE. Los ponentes de esta mesa fueron:

- “La historia clínica electrónica única por pacientes y la vigilancia de la salud pública. Experiencias en la Comunidad Valenciana”. Sr. D. Francisco González Morán. Jefe de servicio de vigilancia y control epidemiológico. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana.
- “Implantación de la historia clínica electrónica y cambios en los sistemas de información epidemiológica”. Sr. D. Xurxo Hervada Vidal. Subdirector general de información, prevención y control de enfermedades. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.
- “Historia de salud electrónica e investigación epidemiológica”. Sra. D^a Rosa María Miñarro del Moral. Unidad de calidad y documentación

clínica. Hospital Reina Sofía de Córdoba. Junta de Andalucía.

- “Retos de la innovación en epidemiología. Oportunidad de mejora en la investigación y riesgos para la seguridad y confidencialidad”. Sr. D. Julio Moreno González. Vocal de la junta directiva. Sociedad Española de Informática de la Salud.

Francisco González explicó la experiencia de la Comunidad Valenciana en la consecución de una historia clínica electrónica con objetivos de vigilancia en Salud Pública, obteniendo una historia epidemiológica de los pacientes que incluye AP, los centros de especialidades y las consultas externas de los hospitales y los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales. Los datos epidemiológicos que se recogen son: datos de la persona que notifica, datos sociodemográficos, microbiológicos, de vacunación, datos clínicos y de factores de riesgo. La declaración de las patologías es bajo sospecha, excepto para gripe y varicela. No existe demora en la información ya que es *on-line* y se obtiene un 96% de exhaustividad.

Xurxo Hervada presentó el modelo de historia clínica electrónica en el que se está trabajando en Galicia, todavía en desarrollo y que contempla integrar la información procedente de Salud Pública sobre enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo, información medioambiental y de la inspección de salud pública, información de cribados, así como la información del sistema de vigilancia: red de alerta, GIS,... A toda esta información se sumará la procedente del sistema sanitario y la de sistemas de información externos al Sistema de Salud.

Rosa María Miñarro comentó los diferentes niveles de aplicación de la historia clínica electrónica andaluza (DIRAYA) e indicó las diferentes necesidades de información, los temas que en este momento no recoge la historia así como la dificultad para integrar los datos por la falta de interrelación de las

bases. Se refirió al modelo canadiense como ejemplo y referencia para la mejora de la situación actual.

Finalmente Julio Moreno en su presentación sobre “Retos de la innovación en epidemiología” habló en primer lugar sobre las oportunidades de mejora en la investigación. En este apartado hizo énfasis en que la historia clínica electrónica (HCE) va a facilitar la investigación en atención primaria, según se recoge de la experiencia en Holanda donde un 80% de los médicos de atención primaria utilizan la HCE, por ejemplo mediante estudios retrospectivos que permitan analizar y detectar reacciones adversas a medicamentos, incluso aquellas que pasaron desapercibidas como tales en su momento (fármaco-epidemiología). Asimismo, comentó que las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa, financiadas por el Fondo de Investigación Sanitaria, en el marco del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I), representan buenos ejemplos de esfuerzos de coordinación entre HCE y recursos científicos.

La segunda parte de su presentación versó sobre riesgos para la seguridad y confidencialidad. Los principales puntos expuestos fueron:

- 1) Los datos de los pacientes son importantes para la investigación, así como para el análisis estadístico de grupos de pacientes, para la planificación y la mejora del ejercicio de la medicina y de interés social.
- 2) La legislación española sobre protección de datos establece claramente que los datos personales incluidos en cualquier tipo de soporte, ficheros manuales, informatizados, públicos, privados, nacionales o internacionales, sólo pueden utilizarse para la finalidad que motivó su recogida y sólo pueden utilizarse con otro objetivo previo consentimiento del interesado.
- 3) Por lo tanto, uno de los principales aspectos de la seguridad de los datos, incluye el equilibrio de la demanda de información sobre atención de salud

y los derechos de privacidad de los pacientes y el establecimiento de principios justos de privacidad para los datos individuales.

Socorro Fernández y Juan Donado
Vocales de la Junta de la SEE

“COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DEL CÁNCER” - GRUPO DE TRABAJO SOBRE CRIBADO DE CÁNCER DE LA SEE

Participantes:

Nieves Ascunce

Montserrat Casamitjana (representante SEE)

Andrés González

Francisco Pérez

Lola Salas

El grupo de trabajo de cribado de cáncer de la SEE se aprobó en la Junta realizada en el mes de octubre pasado. Este grupo pretende contribuir en la mejora de la calidad y la efectividad de los programas y acciones que se desarrollen en el ámbito de la detección precoz del cáncer, especialmente en el ámbito poblacional.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, establece como uno de sus objetivos prioritarios “mejorar la atención a los pacientes con enfermedades prevalentes de gran carga social y económica”, en esta línea se aprobó la ESTRATEGIA DEL CÁNCER y se constituyó el Comité de seguimiento y evaluación de la estrategia del cáncer “cuyo objetivo ha sido, además de evaluar, plantear sugerencias o modificaciones para la mejora”, y ha sido presentado y aprobado en el Consejo Interterritorial del SNS realizado el pasado 18 de junio.

La SEE ha estado representada en este Comité y, además, han participado varias de las personas que

pertenecen al grupo de trabajo constitucional, algunas como representantes del Comité Institucional de las CCAA y otras como expertos en el Comité Técnico.

Estas personas han aportado sus conocimientos en todas las líneas estratégicas pero de una manera especial en la línea 2 “Detección Precoz”, en la que se han abordado ampliamente los objetivos, se han incorporado indicadores de detección precoz de cáncer de mama, de colon y recto y de cuello uterino, especialmente detallados en el primero, y se han evidenciado las características de los programas respectivos en las distintas CCAA.

Todas las CCAA han desarrollado programas de cribado de cáncer de mama. La información suministrada coincide con la del estudio DESCRIC y apunta a una alta tasa de cobertura entre las mujeres de 50 a 69 años aunque no se puede determinar con exactitud, debido a que la obtención de información no está estandarizada.

En relación al cribado de cáncer de colon y recto, sólo algunas CCAA disponen de un programa organizado, con características similares y participaciones bajas.

Respecto al cribado de cáncer de cuello uterino no se dispone de información asistencial, la información procede de estudios transversales y encuestas de salud que apuntan que las mujeres con más riesgo, se someten menos al cribado. La inclusión en el calendario vacunal de la vacuna frente al papiloma virus (VPH) no debería interferir con las estrategias de cribado en la población de alto riesgo. La mayoría de la población tiene acceso a Unidades de Consejo Genético, bien en su propia Comunidad o a través de mecanismos de derivación.

Línea estratégica 1 “Promoción y protección de la salud” - los primeros resultados reflejan la mejora de situación con la disminución de la prevalencia del hábito tabáquico en la mayoría de CCAA y un

aumento de ex fumadores. Estos resultados reflejan también la necesidad de impulsar e intensificar intervenciones para combatir la obesidad.

Línea estratégica 3 “Asistencia en adultos” – destacan, por una parte, la gran dificultad en establecer estándares de demora diagnóstica y, por otra, la gran implantación de comités de tumores en los centros hospitalarios.

Línea estratégica 4 “Asistencia a niños y adolescentes” - la mayoría de CCAA tienen unidades de Hematooncología Pediátrica.

Línea estratégica 5 “Programas de Cuidados Paliativos” - la mayoría de CCAA tienen desarrollados planes coordinados de Cuidados Paliativos y se espera mejorar la información en la próxima evaluación.

Línea estratégica 6 “Calidad de vida” - no ha sido posible evaluar las características del apoyo psicológico ni el perfil de los profesionales que lo prestan.

Línea estratégica 7 “Investigación” - se constata que las actuaciones para promover la investigación en cáncer se han incrementado, mediante la ampliación de los recursos invertidos y los proyectos relacionados con esta patología.

En global la situación epidemiológica ha mejorado, han disminuido las tasas de mortalidad y aumentado la supervivencia. Hay que destacar la necesidad de desarrollar un sistema de información sobre cáncer, unificando las definiciones y estableciendo estándares de calidad únicos o similares

Referencia: Evaluación. Estrategia en Cáncer del Sistema nacional de Salud. Sanidad 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Montserrat Casamitjana
Coordinadora del grupo

PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA.

Con el objetivo de conseguir reducir a la mitad la prevalencia y la mortalidad por Tuberculosis (TB) en el año 2015 en comparación con los niveles de 1990, la Alianza “Alto a la tuberculosis” de la OMS ha desarrollado el “*Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015*”.

En el conjunto de la Región Europea de la OMS la TB continúa siendo un problema importante de salud pública, con una amplia variabilidad entre regiones. Además, los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de TB y las condiciones de vida a las que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado el aumento de la TB en muchos de los países de la Unión Europea en los últimos años.

Ante esta situación, en octubre de 2007, los países de la Región Europea de la OMS firmaron la Declaración de Berlín, con los objetivos de promover el desarrollo de planes nacionales frente a la TB, mejorar el control de la enfermedad en los grupos de alto riesgo, fortalecer la estrategia de “Alto a la Tuberculosis” para un control efectivo de la enfermedad, potenciar y mejorar los sistemas sanitarios, reforzar el uso de técnicas de diagnóstico de calidad, mejorar el tratamiento y mejorar el control de la tuberculosis multirresistente, extremadamente resistente y de la coinfección TB/VIH.

Recientemente en España, el cambio demográfico debido a la llegada masiva de personas procedentes de países en vías de desarrollo ha propiciado un cambio en el patrón epidemiológico, también observado en otros países de Europa Occidental, con alto porcentaje de casos de personas de esos países. Los nuevos desafíos para el control de la TB en España son mejorar el cumplimiento del tratamiento y los estudios de contactos en estas poblaciones y detectar tempranamente localizaciones inhabituales y resistencias a los fármacos antituberculosos.

En el año 2005, según los datos aportados por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la tasa global de TB en España fue de 18,02 casos/100.000 habitantes. La evolución de la TB siguió una tendencia descendente desde 1999 hasta 2004 y una tendencia a la estabilización desde entonces. También se detecta una gran variabilidad en las tasas de TB por Comunidad Autónoma. Aunque en los últimos años se ha producido una importante mejora en la notificación, es posible que exista una infradeclaración a nivel global, ya que la OMS estima para España (2005) una incidencia global de TB de 27 casos/100.000 habitantes.

Con el objetivo de fortalecer la prevención y el control de la TB en España y de potenciar el desarrollo de planes autonómicos, la Comisión de Salud Pública acordó constituir un Grupo de trabajo, integrado por técnicos de las Comunidades Autónomas, para elaborar un Plan de Acción que unificara las estrategias clave en el control de la enfermedad.

De forma paralela, la Dirección General de Salud Pública en coordinación con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), constituyó un grupo de expertos en tuberculosis, en el que se integraron 11 Sociedades Científicas involucradas en el control de la tuberculosis (entre ellas la SEE), el Instituto de Salud Carlos III y tres CCAA (Cataluña, C. Valenciana y Galicia).

El trabajo de ambos grupos, a lo largo del pasado año, ha permitido elaborar el Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España. En él se han desarrollado los siguientes aspectos: Detección precoz y diagnóstico, tratamiento, vigilancia y estudio de contactos.

1) Detección precoz y diagnóstico de enfermedad tuberculosa

Actualmente existe un importante retraso diagnóstico y se considera prioritario reducirlo a menos de un mes. En este sentido es necesario, entre otras medidas, poner en marcha sistemas de sensibilización de

los profesionales de Atención Primaria y de la población general.

Se debe elaborar también un protocolo con las medidas de aislamiento adecuadas para cada caso de TB y se especificarán los criterios básicos para la detección precoz y diagnóstico de la enfermedad tuberculosa.

2) Tratamiento de la enfermedad tuberculosa

Se debería ofrecer tratamiento gratuito a todos los enfermos de tuberculosis en todo el territorio del Estado.

La pauta estándar que se debe utilizar en todos los casos en los que no exista contraindicación para alguno de los fármacos que la componen es de 2 meses de isoniacida (H), rifampicina (R), piracinamida (Z) y etambutol (E). La fase de continuación consistirá en 4 meses de H y R. **(2HRZE+4HR)**.

Se recomienda utilizar preparados farmacológicos en combinación fija. Actualmente disponemos de preparados que incluyen 4 fármacos (RHZE), 3 fármacos (RHZ) y 2 fármacos (RH).

Todo programa deberá incluir un subprograma de tratamiento directamente observado (TDO) para aquellos pacientes en que se sospechan dificultades para adherirse al tratamiento (indigentes, presos, toxicómanos, etc.), y para los casos de TB multirresistente o extremadamente resistente (MDR/XDR). El objetivo es controlar el cumplimiento del tratamiento, para ello se establecieron un número fijo de visitas a realizar. Éstas serán, como mínimo, a los 15 días, al mes, y en los meses 2º, 4º y 6º del inicio del tratamiento. Los profesionales sanitarios y los servicios de salud pública vigilarán la asistencia a todas las visitas y contactarán con los pacientes en caso de no asistencia.

Se registrará la composición del tratamiento administrado al paciente, los resultados de los controles realizados y el resultado final del tratamiento de acuerdo con las categorías establecidas por los

organismos internacionales, y que figuran en el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

3) Vigilancia de la enfermedad tuberculosa

Con el objetivo de mejorar el control de la TB se fortalecerá el sistema de vigilancia actual mediante la creación de un registro nacional. Este registro permitirá mejorar la recogida y el análisis de la información ante nuevos casos y brotes, incluirá información microbiológica y sobre resistencias antimicrobianas, e integrará la información procedente de los diversos sistemas. Como parte de la vigilancia de la enfermedad es importante considerar:

• **Definición de caso de tuberculosis**

La definición vigente es la incluida en el Protocolo de vigilancia (<http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/procedimientos/modificacion-protocolo-TBC.pdf>). La nueva definición propuesta por el Centro Europeo de Control de Enfermedades (ECDC), aprobada en diciembre de 2007 por el Comité de la Red Europea está pendiente de su publicación para entrar en vigor.

• **Notificación de los casos de TB**

Los casos previamente tratados será declarados de nuevo sólo después de 12 meses desde la última vez que recibieron tratamiento completo.

La notificación se realizará dentro de la primera semana del diagnóstico, especialmente en los casos contagiosos.

Con el fin de obtener información integrada e individualizada, los casos nuevos se incorporarán al registro nacional de TB.

Se elaborará un protocolo para vigilancia, seguimiento y finalización del tratamiento.

• **Vigilancia de brotes de TB**

La vigilancia epidemiológica de los brotes de TB permite valorar la efectividad de las medidas de

control y proporciona información sobre los mecanismos de transmisión. En el protocolo actual de vigilancia se define como brote la aparición de uno o más casos de TB a partir del primer caso detectado y se establece la notificación del mismo.

Todo caso de TB en un niño puede ser indicativo de la existencia de un brote, por lo que se deberá realizar la investigación oportuna.

Las técnicas de epidemiología molecular facilitan la información genética imprescindible para el estudio de brotes y resultan de gran utilidad para descartar falsos positivos. Su utilización de forma coordinada resulta de utilidad para la identificación de cepas altamente transmisibles, para completar y validar el estudio de contactos a escala poblacional, así como para el estudio de cepas multirresistentes.

- ***Vigilancia de resistencias antimicrobianas***

Se considera necesaria la recogida sistemática a nivel nacional de los resultados de las pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos para todas las cepas aisladas de los casos de TB, tanto sensibles como resistentes que se realizarán en el laboratorio de referencia correspondiente, tal como recomiendan los organismos internacionales.

- ***Vigilancia activa de casos***

Además de la vigilancia de la TB a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, y con el objetivo de recuperar los casos no detectados por este, es conveniente realizar búsqueda activa de casos a través de otras fuentes complementarias, como los Servicios de Microbiología, las altas hospitalarias, registros de SIDA y de mortalidad, instituciones penitenciarias, etc. La información de estas fuentes debe cruzarse a nivel local para evitar duplicidades antes de la notificación de los casos al Centro Nacional de Epidemiología.

4) Estudio de contactos

Todo programa de control de la TB debe profundizar en la realización del estudio de contactos, ya que en el entorno del paciente puede haber otros infectados o enfermos.

En los países con recursos sanitarios adecuados como España, se debería realizar un estudio de contactos en cada caso diagnosticado de TB, siendo prioritario en los casos de TB pulmonar con baciloscopia o cultivo de esputo positivo. También se deben estudiar los contactos de los menores de 15 años con prueba de la tuberculina positiva en busca de la fuente de infección, y de los contactos de los convertidores recientes de la prueba de tuberculina.

El estudio de contactos debe seguir el esquema de los círculos concéntricos, que establece prioridades según la probabilidad de infección de TB y los resultados potenciales de esta infección. Existe alta prioridad en la investigación de los contactos en enfermos bacilíferos.

Los Servicios de Salud Pública coordinarán los estudios de contactos que se realicen tanto en el ámbito asistencial como en colectividades. Conviene iniciar el estudio de contactos lo antes posible, aprovechando el impacto que produce el diagnóstico de la TB.

En la siguiente dirección web <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/planTuberculosis.htm> puede obtenerse la versión completa del documento.

Este documento constituye una buena aproximación a la necesaria coordinación para la prevención y el control de la tuberculosis en nuestro país. En este sentido, hay que reconocer el esfuerzo de la Dirección General de Salud Pública y de todas las sociedades e instituciones implicadas. Os animo a consultarlo y darle la máxima difusión.

Pere Godoy
Representante de la SEE

IV JORNADAS CONJUNTAS DE EPIDEMIOLOGÍA Y BIOMETRÍA

Los pasados 19 y 20 de junio tuvo lugar en Valencia la IV jornada científica conjunta de las Sociedades Españolas de Epidemiología y Biometría, conocidas como Gudo 4, en honor del malogrado catedrático de Estadística Juan Ferràndiz, inspirador de las primeras jornadas en el año 2000. El programa completo y las presentaciones se pueden encontrar en la web de la jornada <http://www.uv.es/gudo>.

Las jornadas contaron con un interesante curso previo a cargo del profesor Alan Geldanf de la Universidad de Duke sobre el análisis de datos temporales y espacio-temporales, que desde la primera edición ha sido el tema preponderante en estas jornadas. El primer día hubo una interesante sesión sobre herramientas computacionales de vigilancia epidemiológica con instrumentos más o menos desarrollados que en un breve espacio de tiempo pueden ser de gran utilidad. Después de la inauguración por parte de los representantes de ambas sociedades, el decano de la Facultad de Matemáticas y el director general de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, tuvo lugar la exposición de las conferencias magistrales de Alan Geldanf sobre la modelización de la contaminación atmosférica y de Ana Díez-Roux de la Universidad de Michigan sobre la modelización de las desigualdades en salud. Cada uno en su vertiente más biometra o más epidemiológica suscitaron la discusión sobre la medida de la exposición ambiental o social en los estudios epidemiológicos en diferentes áreas geográficas.

Por la tarde se expusieron las comunicaciones orales y pósteres que presentaron los participantes a las jornadas que iban desde la medición del aumento de la temperatura en la Antártica hasta los problemas en estudios espaciales pasando por una interesante exposición de nuestro socio Javier Nieto sobre la apnea del sueño que suscitó numerosas preguntas en una sala que podía estar somnolienta por la hora de la sesión en una calurosa tarde del mes de junio valenciano.

El viernes 20 contó con la presentación de una excelente revisión sobre los métodos en cartografía de la enfermedad por de Berta Ibáñez de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF), y la presentación sobre el uso de métodos que permiten flexibilizar la forma de la relación entre las exposiciones continuas sobre las respuestas de interés por parte de Carmen Cadarso de la Universidad de Santiago de Compostela. Las jornadas finalizaron con una exposición de resultados, problemas y soluciones metodológicas en el marco del proyecto MEDEA.

Las jornadas contaron con más de 50 participantes entre los que había mucha gente joven mayoritariamente con formación en estadística y quizá las comunicaciones y conferencias tuvieron un ligero exceso de letras griegas en sus exposiciones. Algunos comentarios de pasillo entre socios de la SEE que acudimos a las jornadas versaban sobre que se echaba en falta una mayor participación de los epidemiólogos. En este sentido, estas jornadas que comenzaron como un lugar de encuentro entre profesionales de la Biometría y la Epidemiología, en las que ambos colectivos contaran sus problemas y sus puntos de unión, se han escorado quizás a mostrar de forma exhaustiva métodos estadísticos, sobretodo de análisis. Así, se echó de menos una mayor presencia de problemas epidemiológicos y de las soluciones metodológicas que se proponen. En este sentido, creo que debería animarse a los socios de la SEE a proponer y presentar nuevas ideas para futuras ediciones de estas jornadas que a pesar de todos los “peros” que se les pueda poner, se han consolidado como un lugar de encuentro entre biometras y epidemiólogos que debería abrirse más a todos los asociados de ambas sociedades.

Santiago Pérez-Hoyos
Representante de la SEE en las GUDO

SEE-PREMIA

El jurado designado para la concesión de las becas de la SEE para epidemiólogos jóvenes para el European Educational Programme In Epidemiology que tiene lugar en Florencia, y que financian Novartis y la SEE, constituido por Elena Rivero, Rosa Cano, María José López, Virginia Lope, Olatz Garin y coordinado por Antònia Galmés ha decidido conceder las becas a los siguientes candidatos:

- Pablo Fernández Navarro
- Enrique Vidal Ocabo

Enhorabuena a los premiados

SEE INFORMA

En la página web: http://www.cioms.ch/080221feb_2008.pdf podéis encontrar el último borrador del documento 'International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies' elaborado por el Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), en colaboración con la OMS y en el que ha participado también la IEA.

Publicación de la nueva edición de *A dictionary of epidemiology*

En junio Oxford University Press publicó la 5ª edición de "A dictionary of epidemiology", el diccionario de referencia global para los epidemiólogos y para muchos otros profesionales de las ciencias de la salud, la vida y la sociedad. Desde sus inicios hace 25 años la obra había sido dirigida por John Last, actualmente catedrático emérito de la Universidad de Ottawa (Canadá). Desde 1983 la obra ha sido traducida a una veintena de idiomas. En 2000 el consejo directivo de la International Epidemiological Association (IEA) eligió a Miquel Porta, ex-presidente de la SEE, para suceder a Last. Éste ha continuado como editor asociado, junto con Sander Greenland,

catedrático de la Universidad de California en Los Angeles (UCLA); Greenland ha efectuado numerosas aportaciones a los términos sobre metodología y bioestadística.

Además de revisar completamente los contenidos, esta quinta edición los ha ampliado más hacia los métodos epidemiológicos en investigación clínica, la práctica de la salud pública, la genética y las ciencias sociales. Hay, pues, términos revisados y términos nuevos procedentes de la bioestadística, la epidemiología clínica, la sociología, la epidemiología del ciclo vital, la epidemiología genética y molecular, la medicina preventiva, la economía de la salud y la bioética. No obstante, la obra sigue siendo un diccionario general, no un diccionario especializado en cada una de estas ramas.

La preparación de esta nueva edición ha sido posible en parte gracias a la colaboración de la Fundación Dr. Antonio Esteve. En ella, como en ediciones anteriores, han participado profesionales españoles entre los que se encuentran: Miguel Á. Hernán, Julia del Amo, José A. Tapia, Mohamed Farouk Allam, Ildelfonso Hernández y, como ayudantes del editor, Joan Paul Mollet, Eva Morales y Tomás López.

SEE ANUNCIA

4th CONFERENCE OF EPIDEMIOLOGICAL LONGITUDINAL STUDIES IN EUROPE (CELSE).

Fecha: 11-14 Noviembre 2008
Lugar: Bergen, Noruega
Más información: <http://kongress.no/kongresser/kongresser-2008/celse—and-the-16th-norwegian->

EUROPEAN CONFERENCE ON HUMAN BIOMONITORING.

Fecha: 4-5 Noviembre 2008
Lugar: París, Francia
Más información: http://www.invs.sante.fr/display/?doc=agenda/biosurveillance_2008/info

XIX ESCUELA DE VERANO DE SALUD PÚBLICA

Lazareto de Maó (Menorca), del 22 al 27 de septiembre de 2008.

La XIX Edición de la Escuela de Verano de Salud Pública se celebrará en el Lazareto de Maó durante la semana del 22 al 27 de septiembre de 2008.

Cursos: el programa de este año ofrece seis Cursos de formación en investigación cualitativa, la elaboración de proyectos de investigación europeos, cómo redactar un artículo científico, o evaluar las intervenciones en salud pública. Como colaboración internacional cabe destacar los cursos "Social Epidemiology" (Profs. Thomas A. Glass y Manuel Franco, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health), y "Environmental Health and Society: from research to decision-making" (Profs. Maria Mirabelli y Laura Pérez, CREAL, CIBERESP).

Encuentros: 18 encuentros que abordan temas relacionados con los avances en las actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria, la atención integral a la salud sexual desde el enfoque de género, las estrategias poblacionales para la prevención de la obesidad, la investigación en servicios sanitarios o la reforma de la salud pública, con la participación de diversas Sociedades Científicas y Redes de Investigación.

Más información:
Escuela de Verano de Salud Pública
<http://www.evsp.cime.es/>
escola.salutpublica@cime.es

XVIII IEA World Congress of Epidemiology *Epidemiology in the Construction of Health for All: Tools for a Changing World*

Se celebrará (junto con el VII congreso Brasileño de Epidemiología) del 20 al 24 de septiembre de 2008 en Porto Alegre, Brasil.

Organizan: International Epidemiological Association y ABRASCO, Brazilian Association of Collec-

tive Health la Podéis encontrar toda la información en <http://www.epi2008.com.br/ingles/index.php>

Muestra Internacional del Audiovisual en Ciencias de la Salud, VideoSalud. La Habana (Cuba)

Con el lema "El audiovisual por la salud y la integración de nuestros pueblos" y convocada por el Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, INFOMED, se celebrará la Muestra Internacional del Audiovisual en Ciencias de la Salud, VideoSalud 2008 del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2008 en La Habana. Este encuentro, que tendrá una VERSIÓN VIRTUAL, tiene como objetivos estimular la creación y difundir obras audiovisuales de carácter científico, de alto valor ético y estético, orientadas principalmente a las prioridades de la salud en Latinoamérica y el Caribe, y a los avances y desafíos de la salud mundial. Toda la información en: <http://videosalud2008.sld.cu/>

15TH ANNUAL CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY OF LIFE RESEARCH (ISOQOL)

El Congreso anual de la **Sociedad Internacional de Investigación en Calidad de Vida (ISOQOL)**, tendrá lugar este año en Montevideo, Uruguay, entre el 22 y el 25 de octubre de 2008. El idioma del evento es el inglés, pero las sesiones plenarias y algunas conferencias tendrán traducción simultánea al castellano para facilitar la participación del mayor número posible de personas de Latinoamérica.

Además, se realizará una reunión del capítulo Iberoamericano (21 de octubre por la tarde), así como 2-3 talleres en español (22 de octubre mañana y tarde).

La información sobre los abstracts se encuentra en la página web: www.isoqol.org

XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS)

El Congreso, bajo el lema "Tiempos para la Salud Pública" se celebrará en Sevilla del 4 al 6 de marzo de 2009. Podéis encontrar toda la información en la página web: www.sespas.es



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:see@suportserveis.com

Fecha de cierre del próximo S.E.E. Nota:
20 de noviembre de 2008

Con la colaboración de



GlaxoSmithKline