



HISTORIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (1978-2014)

JOSEP BERNABEU-MESTRE
(coordinador)



La Sociedad Española de Epidemiología tiene como finalidad “el cultivar y fomentar el estudio y el mejor conocimiento de la epidemiología [...] de tal modo que se contribuya a la promoción de la salud pública”.

Historia de la Sociedad Española de Epidemiología (1978-2014)



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA



FUNDACIÓN
**DR. ANTONIO
ESTEVE** 30
años

© Los autores, 2014

© De esta edición: Sociedad Española de Epidemiología, 2014

Edita: Sociedad Española de Epidemiología

Colabora: Fundación Dr. Antonio Esteve

Diseño y composición: Buena letra

Corrección: María Luisa Abalo

Impresión: Gràfiques Papermuro

1.ª edición: agosto, 2014

ISBN: 978-84-617-0969-4

Historia de la Sociedad Española de Epidemiología (1978-2014)

Josep Bernabeu-Mestre (coordinador)

María Eugenia Galiana-Sánchez

Ferran Martínez Navarro

Nayara Tamayo Fonseca



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA



FUNDACIÓN
**DR. ANTONIO
ESTEVE** **30**
años

Índice

Presentación: La pasión por la epidemiología, el alma de la SEE (A cargo de Fernando García Benavides, presidente de la SEE)	9
El porqué y el para qué de una historia de la Sociedad Española de Epidemiología	11
Antecedentes históricos: la práctica epidemiológica en la España contemporánea (Ferran Martínez Navarro y Josep Bernabeu Mestre)	15
La epidemiología en los inicios de la salud pública (1904-1925)	17
La epidemiología en la etapa de consolidación de la salud pública (1926-1957)	21
La epidemiología en la etapa de retroceso de la salud pública (1958-1980)	24
Los inicios de la SEE	35
La primera etapa (1978-1981)	35
La crisis de 1981	51
La etapa de consolidación (1982-1986)	54
El perfil y la evolución de los socios de la SEE	71
Las juntas directivas de la SEE	89
Las actividades de la SEE	97
El boletín y los mecanismos de comunicación de la SEE	97
Reuniones científicas	108
Grupos de trabajo y monografías SEE	127
La promoción de la investigación y la formación en epidemiología	129
La SEE como experta en epidemiología y salud pública	143
La relación de la SEE con la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y otras sociedades científicas	143
La SEE como interlocutora de la Administración, el Parlamento y el Poder Ejecutivo	152
El tratamiento informativo de las crisis y las catástrofes sanitarias: la presencia mediática de la SEE	158
La SEE en el proceso de profesionalización de la epidemiología y la salud pública	173
Epílogo: la SEE y el proceso de institucionalización de la salud pública española	203
Índice onomástico	209

La epidemiología debe entenderse, ya que en realidad su metodología lo observa, como ciencia de la salud, y por ello se propone definirla como el estudio de todos aquellos posibles factores que parecen influir o determinar la aparición y distribución en la comunidad de cualquier condición que afecte a la salud, si es de forma positiva, para potenciarlos; si es de forma negativa, para tratar de evitarlos

Enrique NÁJERA MORRONDO: «La Sociedad Española de Epidemiología». *Rev San Hig Pub.* 1981: 55: 147-149

La pasión por la epidemiología, el alma de la SEE

Todo ser animado, según la tradición judeocristiana, tiene alma, llamada espíritu por unos o conciencia de sí mismo por otros. A mi parecer nuestra Sociedad, como ser animado colectivo, no podría ser menos. De hecho, lo que aquí se cuenta, bien contado, es la historia de este ser llamado Sociedad Española de Epidemiología. Un sujeto que en sus treinta y seis años de vida ha devenido en un actor significativo, no sé si con o sin significación estadística, de la sanidad española.

La epidemiología, ya sea en el ámbito de la Administración o en el académico, ha sido definida de diferentes maneras. Un asunto que está en el debate metodológico y profesional pero sobre el que no discutiremos, pues no es este el lugar para ello. Pero sí que diré, después de leer la historia de la SEE (1978-2014), que la epidemiología es también una pasión. Sin ella, sin las emociones que sentimos las personas que la hacemos, difícilmente se entiende lo que entre todos hemos construido, disfrutado y trabajado, y lo que continuaremos haciendo mientras el cuerpo aguante.

Una pasión por hacer epidemiología, que se fundamenta en el trabajo artesanal que realizamos con los datos y las ideas, y que nos va arrojando luz, de tanto en tanto, sobre lo que ocurre entre complejos fenómenos biológicos y los tanto o más complejos fenómenos sociales. De ahí surge la energía que nos hace vibrar y sentirnos útiles y deseosos de compartirlo en un informe, un artículo en *Gaceta* o en una reunión científica anual, sea en forma de tabla o figura.

Algo que se siente cuando vemos y oímos las intervenciones que se reproducen el video de promoción de la SEE <<http://www.seepidemiologia.es/video.php#.U4nshZzPW0>>, elaborado a partir de la participación de decenas de socios, de las que finalmente seleccionamos solo algunas para no hacerlo muy largo.

Esta monografía que tenéis entre las manos, dirigida por el profesor Josep Bernabeu-Mestre de la Universidad de Alicante, cuenta la historia de esta pasión, junto con los debates, no siempre fáciles, y las reflexiones que sobre diversos asuntos (orientación académica frente a la profesional, perspectiva médica frente a la de otras profesiones, etc.) han ido afectando a la vida de la SEE en estos años. Años que se inician, no por casualidad, con la transición a la democracia española.

Por todo ello, deseo aprovechar este espacio de memoria histórica para agradecer de manera muy especial a los compañeros y compañeras que tomaron la decisión de constituir la SEE en 1978, algunos por desgracia ya desaparecidos, y optaron por hacer una Sociedad donde primara, junto a la pasión, el debate y la reflexión crítica. Una especie de vacuna frente a un sesgo siempre presente en instituciones como la nuestra, de defensa de los intereses corporativos, legítimos algunos de ellos, pero que nos hubiera llevado por otros caminos. Sin duda, la opción ganadora constituye una de las claves que ha permitido que nuestra Sociedad sea la que es ahora: multidisciplinar, profesional y académica.

Para acabar, decir que la epidemiología, para su suerte sobre todo —también para su desgracia, pero menos, pienso—, es una actividad abierta a profesionales de una amplia diversidad de procedencia académica. Epidemiólogo puede ser una médica, un enfermero, una socióloga, un estadístico, una economista o un biólogo, y así hasta completar el catálogo de grados oficialmente reconocidos. Pero ninguno dice «serás graduado en epidemiología». Para ser un epidemiólogo basta con querer serlo y, claro está, conocer sus marcos conceptuales y sus técnicas.

Formar parte de la SEE es también una manera de hacer pública, y compartir, esta pasión.

Seguimos.

Fernando G. BENAVIDES, presidente de la SEE

Barcelona, 30 de mayo de 2014

P. S. Agradezco a mi hijo Carlos, que tocaba en el piano *My heart will go on*, la inspiración para escribir estas líneas.

El porqué y el para qué de una historia de la Sociedad Española de Epidemiología

El asociacionismo representa uno de los elementos clave en cualquier proceso de profesionalización de una disciplina científica. En el caso que nos ocupa, la decisión de crear en junio de 1978 una asociación que tenía como principal objetivo «cultivar y fomentar el estudio y mejor conocimiento de la epidemiología, posibilitar aquellos medios adecuados a tal fin, defender la dignidad de su ejercicio profesional en todas sus vertientes y favorecer la difusión del contenido y la metodología epidemiológica, contribuyendo de tal modo a la promoción de la salud», ponía de manifiesto que existían importantes deficiencias con respecto a la institucionalización de la epidemiología y la salud pública en la España de la década de 1970.

Los treinta y seis años de existencia de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) justifican una recapitulación conmemorativa como la que pretende aportar la monografía que el lector tiene en sus manos. Sin embargo, más allá de la legítima autocomplacencia que encierra el haber podido realizar semejante recorrido, parece conveniente aprovechar la oportunidad comprehensiva que ofrece una conmemoración de esta naturaleza.

Tras las trayectorias de las sociedades científicas encontramos proyectos de desarrollo disciplinar, modelos de sociabilidad e influencia, retos de transformación y cambio social, criterios de excelencia o impulsos reproductivos, que con el paso del tiempo experimentan cambios y adaptaciones. La complejidad es una de las características que mejor define su desarrollo.¹

Conmemorar las más de tres décadas de actividad de la SEE debería ayudar a identificar las variables que han determinado su evolución y consolidación. Se trata de un recorrido que coincide con una etapa de la historia de España donde las transformaciones de carácter

político, económico, social o cultural permitieron avances muy significativos en el ámbito de la salud, la educación o la ciencia.

El contexto sociosanitario y académico en el que la SEE inició su andadura apenas es reconocible en la actualidad. A lo largo de sus años de funcionamiento, todo un conjunto de circunstancias contextuales y lógicas situacionales han propiciado una transformación paulatina de sus estrategias de actuación. Al mismo tiempo, el proyecto colectivo que representa la SEE constituye un elemento clave para comprender muchos de los cambios que la salud pública española ha experimentado en las últimas décadas.

A partir de las consideraciones que se acaban de exponer, parece adecuado plantear una serie de preguntas: ¿qué ocurrió con la epidemiología y la salud pública en la España de finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX? ¿Existían antecedentes de asociacionismo científico en dicho ámbito? Si ya existían, ¿por qué se optó por la creación de una nueva sociedad científica? ¿Qué novedades aportaba la SEE, creada en 1978, respecto a otras sociedades científicas relacionadas con la salud pública? En su dilatada trayectoria, ¿qué ha aportado la SEE al proceso de institucionalización de la salud pública y a la profesionalización de la epidemiología? ¿Se han alcanzado los objetivos que llevaron a los socios fundadores a poner en marcha la SEE? ¿Se han modificado dichos objetivos con el paso de los años? ¿En qué términos se han reformulado?

Para contestar a estas y otras cuestiones se ha desarrollado un trabajo de investigación donde, a partir del análisis de los antecedentes de la epidemiología y de los intentos de institucionalización que afectaron a la salud pública española contemporánea, se ha abordado la evolución de la SEE, las actividades e iniciativas de carácter científico y profesional que ha impulsado, y su contribución al desarrollo de la sanidad en España.

Los primeros apartados ayudan a responder la pregunta: ¿cuándo y por qué se decidió crear una Sociedad Española de Epidemiología y cómo fueron sus inicios? En concreto, se analizan los primeros años de la SEE, el perfil y la evolución de sus socios y las juntas directivas que han estado al frente de la Sociedad, además de resumir su marco estatutario.

El capítulo dedicado a las actividades desarrolladas por la SEE examina sus instrumentos de comunicación interna, sus reuniones científicas (congresos, seminarios, jornadas, etc.), las desarrolladas por los grupos de trabajo que se han ido creando en su seno, las monografías e informes donde se han plasmado sus resultados y las dedicadas a impulsar la formación y la investigación en epidemiología a través de la convocatoria de becas, premios, etc.

En el apartado destinado a abordar la condición de experta en epidemiología y salud pública que cabe otorgar a la SEE, se ha dedicado una atención particular a su papel en la

creación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y su participación en la misma. También se han analizado las relaciones de la SEE con otras sociedades científicas nacionales e internacionales e instituciones de diversa índole, así como con la Administración, al igual que sus iniciativas de proyección pública y su presencia mediática.

Otro de los capítulos que conforman la monografía está dedicado a la socialización (el proceso formativo) o adquisición de los conocimientos, las técnicas y los métodos epidemiológicos y, en concreto, al debate sobre una posible especialidad de Epidemiología en el contexto del reconocimiento de la de Medicina Preventiva y Salud Pública. Además de afrontar la polémica que suscitó en el seno de la SEE la existencia de las dos vías de especialización, la de los médicos internos residentes (MIR) y la de los médicos especialistas sin título oficial (MESTOS), se abordan sus iniciativas relacionadas con el desarrollo de la carrera profesional en el ámbito de la salud pública.

Por último, desde la condición de observatorio privilegiado de los cambios que se han ido sucediendo a lo largo de las últimas décadas en el contexto sanitario español, el trabajo se completa con un epílogo que recoge el desarrollo de la SEE como sociedad científica, la medida en la que ha alcanzado sus objetivos, los retos que tiene planteados, y sus aportaciones en el avance y consolidación de la salud pública.

Para poder llevar a cabo todo este estudio, junto al análisis de los documentos administrativos y científicos generados por la SEE (estatutos, libros de actas, correspondencia, convenios, registros de socios, informes, publicaciones —libros de ponencias y comunicaciones, monografías e informes—, boletines informativos —*Boletín de la SEE*, *SEENota*, *SEENota-e*—, páginas web, etc.), ha resultado básico recurrir a la historia oral y a los testimonios que nos ha ofrecido todo un conjunto de informantes clave.²

NOTAS

1. Marín Gelabert, M. A.: «Orígenes y primeros años de la Asociación de Historia Contemporánea». *Ayer*, 2013; 92: 239-250.
2. Para el presente trabajo (proyecto *Crónica de la SEE [1978-2014]*. *Archivo de la memoria oral de la SEE*), de acuerdo con la metodología propia de la historia oral (Benadiba, L. [coordinadora]: *Historia oral. Fundamentos metodológicos para reconstruir el pasado desde la diversidad*. Rosario, Editorial Suramericana, 2010), se entrevistó, a lo largo de 2013 y 2014, a Andreu Segura Benedicto (presidente de la SEE entre 1978 y 1979), Ferran Martínez Navarro (secretario entre 1979 y 1982 y presidente entre 1998 y 2002), José Ángel Oñorbe de Torre (tesorero entre 1982 y 1988), Miguel Carrasco Asenjo (vicepresidente entre 1986 y 1992), Josep María Antó Boqué (secretario entre 1986 y 1990), Francisco Bolumar Montrull (presidente entre 1990 y 1994), Miquel Porta Serra (presidente entre 1994 y 1998), Ildefonso Hernández Aguado (presidente entre 2002 y 2006), Teresa Brugal Puig (presidenta entre 2006 y 2009) y Fernando García Benavides (presidente entre 2009 y 2014). También se entrevistó a Rocío Zurriaga Carda (presidenta en 2013 de la Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública [ARES/MPSP] y en 2014 de la Red Europea de Asociaciones Nacionales de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública [Euronet-MRPH]) y a Eva María Navarrete Muñoz (presidenta entre 2013 y 2014 del Grupo de Jóvenes Epidemiólogos Españoles [EJE]).

Antecedentes históricos: la práctica epidemiológica en la España contemporánea¹

Una disciplina como la epidemiología necesita de un marco institucional y normativo que asegure su práctica y su uso social. En el caso español, fue la confluencia del desarrollo político e institucional, además de la incorporación del conocimiento científico y su eficacia en la resolución de los problemas sanitarios, lo que determinó que la práctica epidemiológica pasase a ser asumida por la Administración. Así, durante la primera mitad del siglo XX la actividad epidemiológica se desarrolló básicamente en el ámbito de la Administración sanitaria, como una actividad orientada al control de la enfermedad infecciosa.

Aunque existían algunos antecedentes relacionados con el uso y la aplicación del método epidemiológico,² fue la creación en 1910 de una sección de epidemiología en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII lo que permitió establecer funciones epidemiológicas específicas e iniciar su institucionalización como un espacio de trabajo dentro de la higiene pública.³

En el contexto sanitario español, el inicio de aquel proceso significó un cambio sustancial tanto en sus áreas específicas de interés como en su práctica, y determinó su orientación y pragmatismo. La aceptación por parte de la Administración sanitaria⁴ de la teoría microbiana y de la transmisión de la enfermedad infecciosa, junto con el reconocimiento de la elevada mortalidad por causas de esta naturaleza, se convirtió en el eje central de la política sanitaria.

Aquellos primeros pasos de la epidemiología contemporánea española coincidieron con un período histórico —los años finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX—, donde se vivieron importantes cambios y transformaciones de naturaleza política, económica y social.⁵ Al progreso que estaba alcanzando la actividad científica a través de iniciativas como la creación de la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas⁶ se

sumaría la consolidación de la higiene pública como una cuestión de Estado, y la asunción de su función reguladora.⁷

A principios del siglo XX existía un consenso generalizado sobre el atraso que padecía la sanidad española respecto a otros países de su entorno,⁸ no solo por su insuficiente desarrollo institucional, sino por la situación higiénico-sanitaria que mostraban las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad, y también por la necesidad de responder al peligro epidémico que continuaban representando enfermedades como el cólera o la peste. Los avances científicos, incluida la epidemiología, se consideraban fundamentales para poder superar aquel atraso, al igual que ocurría con los progresos en el reconocimiento de la ciudadanía y su derecho a la salud.⁹

Como señalaba Federico Montaldo Però en un texto de 1902, donde se ocupaba del problema de las epidemias y su tratamiento,¹⁰ el enfermo debía dejar de ser considerado únicamente un foco de infección para pasar a ser considerado un sujeto de acción «no de tutela sanitaria, sino de derecho de defensa para conservar la salud general y disminuir el número de enfermos». Para este autor, la epidemiología era «uno de los dos robustos subtruncos (la demografía sanitaria es el otro) en que puede ser dividida la higiene pública».¹¹

El control de las infecciones era lo que permitía reducir las tasas de mortalidad, tal como había ocurrido en países como el Reino Unido o Alemania.¹² Una vez superadas las explicaciones miasmáticas, la teoría del contagio sistematizaba una lógica de intervención sencilla y entendible basada en la evidencia científica: confirmación microbiológica, rotura de la cadena de transmisión, control del ambiente inmediato del enfermo y de sus contactos, aislamiento, desinfección y desinsectación y, finalmente, vacunación. Esta evidencia fue el argumento justificativo para la creación de unidades administrativas de intervención, que al mismo tiempo mostraban la renovación conceptual que fue experimentando la epidemiología en el ámbito de la Administración sanitaria: la Brigada Sanitaria (1909) y la sección de epidemiología (1910), ambas en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII; la Brigada Epidemiológica Central (1921) denominada posteriormente Servicio Epidemiológico Central (1927) en la Dirección General de Sanidad y, a nivel provincial, las secciones de epidemiología y desinfección (1925), posteriormente secciones de epidemiología y estadística sanitaria (1935).

En síntesis, se puede afirmar que el desarrollo institucional de la epidemiología fue paralelo al que alcanzaron la higiene y la salud pública a lo largo del siglo XX.¹³ En su evolución se pueden distinguir cuatro grandes etapas:¹⁴ un período inicial —el primer cuarto del siglo— que estuvo marcado por la precariedad de la Administración sanitaria, pero donde, a pesar de todas las limitaciones, se sentaron las bases para la profesionalización

de los higienistas. Una segunda etapa de consolidación de la salud pública, que abarcaría el período de entreguerras y se prolongaría hasta finales de la década de 1950. Una tercera etapa de retroceso institucional que se prolongaría hasta los años ochenta, y donde la actividad epidemiológica se retrotrajo hasta los inicios de la década de 1920. Por último, una cuarta etapa de renacimiento de la salud pública y la epidemiología, cuyos inicios coincidieron con la transición democrática y la reforma sanitaria que culminó con la promulgación de la ley general de Sanidad de 1986.

LA EPIDEMIOLOGÍA EN LOS INICIOS DE LA SALUD PÚBLICA (1904-1925)

Las funciones que corresponden a la salud pública estaban asignadas al Ministerio de la Gobernación, a través de una unidad político-administrativa con rango de dirección general que tenía como órgano técnico, siguiendo el ejemplo de otros países europeos, al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.¹⁵

A nivel de la Administración periférica, aunque la organización provincial y municipal estaba desarrollada legislativamente, en la práctica resultaba precaria, especialmente la provincial.¹⁶ Un número escaso de provincias estaban dotadas de inspecciones provinciales de sanidad financiadas por las diputaciones, y solo algunos de los grandes municipios disponían de institutos de higiene de ámbito municipal. En conjunto, se trataba de una estructura sanitaria caracterizada por la falta de servicios y recursos, bajos salarios, con una fuerte dependencia política de los gobernadores civiles y una subordinación técnica a los servicios centrales, que era donde se concentraban los recursos materiales y humanos.¹⁷

En aquel contexto, las funciones asignadas al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII respondían al esquema propio de la higiene pública de principios del siglo XX.¹⁸ La sección de epidemiología tenía como objetivo «intervenir en la resolución de cuantos problemas epidemiológicos se presenten en el país [...] acudir allí donde se presente un foco epidémico cualquiera de enfermedad contagiosa y en el que las circunstancias demanden el estudio de su naturaleza o de las causas que lo determinen».¹⁹

En 1919 se planteó, bajo el impacto de la epidemia de gripe de 1918, la creación de diez hospitales de epidemias (además del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas) y diez institutos regionales de higiene (además del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII).²⁰ Sin embargo, dichos proyectos no llegaron a materializarse debido a la aprobación en 1920 del Reglamento para el Régimen Interior de la Inspección General de Sanidad y el del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad. En este último se les asignaba a los mismos la función de «conocer el estado sanitario de la provincia en lo que respecta a deficiencias

higiénicas que puedan influir en la salud pública, muy especialmente en lo que se refiera a la existencia de enfermedades infecciosas», así como confeccionar una memoria anual que incorporase datos estadísticos y los pertenecientes a situaciones epidémicas, entre otras informaciones.²¹

Ambos reglamentos, junto con el Reglamento Provisional para el Servicio de la Brigada Sanitaria Central (1921), que asumió las funciones que había venido desarrollando desde 1910 la sección de epidemiología del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, ofrecían un espacio normativo para el ejercicio profesional de los higienistas, aunque las funciones desarrolladas se limitaban a actividades básicamente administrativas.

La epidemiología, «guiada por la bacteriología que investiga las causas», se convirtió en una disciplina de intervención para el control colectivo de la enfermedad²² y tuvo su otro apoyo en la estadística demográfica y sanitaria. Sin embargo, a medida que se fue consolidando como una actividad específica que se aplicaba sobre el terreno en actividades de estudio y control, fue diferenciándose de ambas (véase la tabla 1), aunque con cierta dependencia frente a la bacteriología.²³ Esta subordinación fue más acusada en el caso español, lo que explicaría que la producción de trabajos sobre epidemiología fuese muy escasa, superando poco más del 5 % de los artículos publicados en las revistas —boletín y archivos— del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII entre 1905 y 1926.²⁴

Tabla 1. Funciones del epidemiólogo, el bacteriólogo y el estadístico en la higiene pública

	Chapin, 1912 ¹	Winslow, 1920 ²	Palanca, 1928 ³	Ortiz de Landázuri, 1929 ⁴
Epidemiólogo	Estudia sobre el terreno las causas de la enfermedad. Debe utilizar el método estadístico	Investiga las vías de propagación de las infecciones a través de la compleja red de la vida comunitaria	Investiga las condiciones relacionadas con cada caso, para, de ahí, deducir las fuentes esenciales de contagio y los caminos por los que se efectúa su propagación	Estudia las causas, los modos de propagación y los medios de lucha contra las enfermedades infecciosas, así como las causas de las endemias. Utiliza métodos estadísticos
Bacteriólogo	Estudia la relación causal de las bacterias y los protozoos en la enfermedad	Diagnóstico temprano y prepara sueros y vacunas para el tratamiento profiláctico y curativo de estas enfermedades (infecciosas)	Confirmación experimental del método de propagación de cada una de las enfermedades	Diagnóstico etiológico de la enfermedad e investigación microbiológica en las fuentes de infección, ambiente y alimentos
Estadístico		Correlaciona y analiza los registros de nacimientos, muertes y enfermedades	Suministrar conocimiento de la colectividad sobre la que recae la enfermedad, y por otra parte, aportar un método de estudio de las epidemias	

Notas tabla

- 1 Chapin, C.: *The sources and Modes of Infection*. New York, John Wiley & Sons, 1912.
- 2 Winslow, C. - E. A.: «The untilled fields of Public Health». *Science*, 1920; 9 (January) 23-33.
- 3 Palanca, J. A.: «Prólogo». En Vallejo de Simón, A. M.: *Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural*. Madrid, ed. Reus, 1928.
- 4 Ortiz de Landázuri, A.: «La función epidemiológica moderna». *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*. 1929: 277-296.

El predominio del ámbito de la Administración en el momento de desarrollar la actividad epidemiológica limitó los estudios a los brotes epidémicos y al análisis de la situación de las enfermedades infecciosas y parasitarias. En los estudios de brotes se integraban los conceptos clínico, bacteriológico y epidemiológico.²⁵ La tipología de estos estudios, a pesar de su heterogeneidad discursiva, se centraba en la descripción de los hechos más sobresalientes relacionados con la difusión de la enfermedad, básicamente, contacto o uso de instalaciones comunes, las características clínicas de los enfermos observadas de forma individual, aunque a veces se realizaba de forma global, y la caracterización epidemiológica a través del estudio topográfico del territorio epidémico, de la distribución espacial de los casos y su secuencia temporal —algunas veces con medición del intervalo entre ellos en función del período de incubación—,²⁶ el papel de los portadores de gérmenes, y del diagnóstico bacteriológico de los enfermos y del medio.²⁷

Se trataba, en general, de estudios descriptivos, con poca información cuantitativa y escaso tratamiento de los datos. La bacteriología proporcionaba el criterio de verificación al encontrar el mismo germen en el enfermo y en el ambiente, y la acción sobre el entorno dominaba como criterio para intervenir, mediante la desinfección y el aislamiento del enfermo y sus contactos. Los estudios referidos a enfermedades específicas, tales como el kala azar, paludismo, etc., tenían una orientación clínica-microbiológica, así como una valoración del entorno y del huésped referente a «la influencia que, como factores etiológicos, debe atribuirse a la edad, sexo, género de vida y condición social del enfermo».²⁸

Durante esta primera etapa de desarrollo de la actividad epidemiológica estuvieron ausentes tanto la universidad, anclada en el ambientalismo de la higiene,²⁹ como la investigación, lamentablemente poco desarrollada, a pesar de la pujanza y la importancia que alcanzaron otros aspectos de la higiene y la salud pública en instituciones como la Sociedad Española de Higiene³⁰ o en la Academia de Higiene de Cataluña.³¹

Fue a finales de la década de 1920, en el marco del convenio con la Fundación Rockefeller,³² cuando la epidemiología inició un proceso de cambio, especialmente en la investigación de brotes epidémicos, «merced a estudios epidemiológicos fundamentalmente estadísticos». Se trataba de superar un retraso evidente, ya que la incorporación de los métodos cuantitativos en el estudio de las epidemias contaba con una importante tradición en los países del entorno europeo y norteamericano.³³

Tabla 2. Evolución de la estrategia para la investigación de brotes epidémicos

Ruiz Falcó (1917) ⁵	Vallejo de Simón (1928) ⁶	Ortiz de Landázuri, A. (1929) ⁷	Albadalejo, L. (1931) ⁸
1. Historia del brote 2. Estudio epidemiológico a. Curva epidémica b. Plano distribución casos: casas y calles, según orden de aparición c. Contactos casos d. Defunciones 3. Estudio bacteriológico 4. Estudio de portadores 5. Profilaxis: a. Diagnóstico precoz b. Aislamiento c. Portadores d. Desinfección e. Higiene general f. Vacunación 6. Formas clínicas observadas 7. Criterio causal: a. Causas predisponentes: (i) ambiente epidemiológico (higiene vivienda, ventilación, hacinamiento), meteorológicas, locales, (ii) disposición individual (condiciones de vida, estacionalidad, edad) b. causa predisponente: agente etiológico	Ante un caso de enfermedad infecciosa: 1. «Ver el enfermo y hacer un diagnóstico clínico que nos orientará en nuestras investigaciones ulteriores 2. Confirmar biológicamente el diagnóstico analizando todos los productos que sean precisos; y 3. Proceder a la investigación epidemiológica investigando donde, además del enfermo, se encuentra el germen, las vías seguidas para infectar a nuestro enfermo, y las posibilidades de infección para otros individuos, completando cuando sea preciso su estudio con el de los individuos receptivos» Investigación epidemiológica «Es necesario buscar y descubrir las fuentes de contagio y los vehículos del mismo»... «siendo el papel del inspector sanitario»: 1. Diagnosticar el caso o los casos (declaración del caso) 2. Confirmación de laboratorio 3. Estudio de fuentes de infección (personas y portadores) (criterio causal: estudio microbiológico) 4. Vehículo de infección (técnica, recogida y envío de muestras) 5. Aislamiento, cuarentena y vigilancia	1. «Hacer el diagnóstico etiológico de la infección 2. Orientar la epidemia: a. En cuanto al tiempo: distribución cronológica de las invasiones por días, semanas o meses, según los casos b. En cuanto al lugar: distribución topográfica de los casos por vivienda, calles, barrios, zona, etc. del área invadida 3. Estudiar los diferentes grupos de personas atacadas, relacionarlos y clasificarlos proporcionalmente en cuanto a aguas empleadas como bebida, leche, verduras, edad, sexo, relaciones con otros casos, condición social, caracteres y condiciones sanitarias de las viviendas 4. A partir del estudio epidemiológico de todos los hechos anteriores, emitir hipótesis sobre el origen del brote, medios que empleó en su propagación y extensión del mismo 5. Supresión inmediata de las causas origen de la epidemia 6. Adopción de medidas profilácticas que podríamos dividir en dos grupos: urgentes o transitorias y permanentes»	1. Visita a las autoridades 2. Datos del registro civil (mortalidad total, por la enfermedad específica y por enfermedades sospechosas) 3. Datos de la Inspección Provincial de Sanidad (morbilidad y mortalidad total, por la enfermedad específica y por enfermedades sospechosas) 4. Datos del laboratorio para investigar casos no declarados 5. Examen de cada enfermo sospechoso (clínicamente, hemocultivo, seroaglutinación) 6. Educación sanitaria de la familia y proposición de vacunarla (si procede) 7. Recolección ficha epidemiológica de cada enfermo 8. Estudio de abastecimiento de agua (origen, red de distribución, etc.), análisis químico de orientación, bacteriológico, curva de análisis en espacio y tiempo 9. Estudio de abastecimiento de leche 10. Estudio de abastecimientos de verduras, ostras y otros alimentos que puedan ser portadores 11. Estudio de eliminación de excretas y basuras 12. Estudio de portadores convalecientes y sanos 13. Estudio epidemiológico del número de casos investigados 14. Proposición a las autoridades sanitarias de los medios —inmediatos y permanentes— para combatir la enfermedad

Notas tabla

- 5 Ruiz-Falcó, A. y Blanco, J.: «Una epidemia de meningitis cerebroespinal contagiosa en Canet Lo Roig». *Boletín del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII*. 1917:244-248; 1918: 7-38.
- 6 Vallejo de Simón, A. M.: *Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural*. Madrid, Ed. Reus, 1928.
- 7 Ortiz de Landázuri, A.: *La función epidemiológica moderna...*, 1929.
- 8 «Resumen del estudio de fiebre tifoidea y fiebre de malta en los pueblos de Albolote, Otura, Jerez del Marquesado y en Granada (capital)». *Memoria del Servicio Epidemiológico Central*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1929, p. 67-91.

LA EPIDEMIOLOGÍA EN LA ETAPA DE CONSOLIDACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA (1926-1957)

Con la aprobación en 1925 de los estatutos municipal y provincial de sanidad se estableció una ordenación territorial de la higiene pública que resultaba coherente con el resto de la estructura administrativa del Estado. En el marco de aquella reforma se crearon los institutos provinciales de higiene³⁴ como órganos técnicos que dependían económicamente de las diputaciones provinciales y funcionalmente de las inspecciones provinciales de sanidad.

Dichos institutos contaron entre 1925 y 1935 con una sección de epidemiología y desinfección de ámbito provincial que tenía como principales funciones:³⁵

Cuanto se relacione con el diagnóstico y profilaxis de las enfermedades infecciosas e infectocontagiosas, investigación epidemiológica de sus causas y medidas de todo género que deben adaptarse, como, asimismo, será la encargada de practicar las operaciones de desinfección y esterilización precisas en cada caso y de aislamiento y transporte de los de grave urgencia, completando y supliendo las necesidades de los municipios en cuanto a estos servicios se refiere.

A nivel central, en 1927 se suprimió la Brigada Epidemiológica Central y fue sustituida por el Servicio Epidemiológico Central (1927),³⁶ destinado a «combatir las enfermedades evitables de carácter endémico o epidémico existentes en España, a extirpar sus focos y prevenir, en cuanto sea posible, la aparición de otros nuevos».

Al mismo tiempo que se producían aquellas reformas se iniciaba, de la mano de las becas de formación en el extranjero que propiciaron los acuerdos de colaboración con la Fundación Rockefeller,³⁷ una renovación conceptual y metodológica de la epidemiología española que se puede ejemplificar en los aportaciones de Antonio Ortiz de Landázuri³⁸ y de Laureano Albadalejo García,³⁹ que ocuparon la jefatura del Servicio Epidemiológico Central en 1928 y 1929,⁴⁰ sobre el «nuevo método de trabajo del epidemiólogo», o en los estudios de Marcelino

Pascua Martínez⁴¹ y José Sánchez Verdugo⁴² sobre la aplicación de los métodos cuantitativos y el desarrollo de la estadística sanitaria. Como indicaba Antonio Ortiz de Landázuri:⁴³

De todas las prácticas sanitarias modernamente empleadas, la epidemiológica es, sin duda ninguna, la que en estos últimos años ha adquirido una importancia de primer orden, hasta el punto de constituir dentro de la ciencia sanitaria una especialidad perfectamente delimitada en sus funciones y a cuya enseñanza prestan la máxima atención las modernas escuelas de sanidad de todo el mundo [...]. Como sabemos, la epidemiología tiene como base el estudio de las causas, modos de propagación y de los medios de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles; el averiguar por qué esta clase de enfermedades persisten en un lugar determinado, fisionomía especial que adoptan en su marcha invasiva, medios que emplean en su propagación y procedimientos a los que debemos recurrir para conseguir su máxima reducción, y, de ser posible, su total eliminación, son funciones que entran de lleno en la labor del epidemiólogo moderno [...]. Aún no hace muchos años, el sanitario de nuestro país se limitaba a acudir urgentemente a la extinción de cuantos brotes epidémicos se presentaban y, especialmente, de aquellos que por su gran poder de difusión constituían un motivo de alarma e intranquilidad para la población donde aparecían y para las autoridades oficiales; conseguida la extinción de dichos brotes epidémicos y devuelta la tranquilidad a autoridades y vecindario, se solía abandonar toda la labor epidemiológica persistente y la enfermedad infecciosa seguía su curso, que podríamos calificar de normal, durante espacios de tiempo más o menos dilatados, salpicados por nuevos brotes epidémicos, en ocasiones de cierta intensidad [...]. Justo es consignar que las cosas han cambiado de orientación en los últimos años, y que actualmente se sigue prestando por nuestros elementos directores mayor atención a encauzar la función epidemiológica más en armonía con las modernas orientaciones de esta ciencia sanitaria.

Muchos de los planteamientos que defendían estos autores estuvieron presentes en las reformas que se llevaron a cabo en la década de 1930 y que afectaban a la actividad epidemiológica. Así ocurrió en la aprobación de las normas que debía seguir el Servicio de Estadística Sanitaria de la Dirección General de Sanidad,⁴⁴ que hizo posible por primera vez que la Administración sanitaria dispusiese de una estructura administrativa y estadística capaz de recibir, analizar y publicar la información de morbilidad, aunque limitada a las enfermedades de declaración obligatoria (véase tabla 3). Este servicio, junto al de Epidemiología General (1933) que sustituía al Servicio Epidemiológico Central de 1927,⁴⁵ permitió sentar las bases de la moderna epidemiología en la Administración sanitaria española.

A nivel provincial, la integración de la epidemiología y la estadística⁴⁶ en una única sección significó priorizar las funciones de análisis epidemiológico de los datos, al suprimir las secciones de epidemiología y desinfección, cuya eficacia estaba muy cuestionada.⁴⁷ En el capítulo de los recursos humanos se fueron convocando plazas con perfil de médicos epidemiólogos⁴⁸ y de jefes de sección de epidemiología y estadística⁴⁹ en los diferentes institutos de higiene.

Tabla 3. Declaración obligatoria de enfermedades. Diferencias conceptuales

Vallejo de Simón (1928) ⁹	Ortiz de Landázuri (1929) ¹⁰	Normas sobre el Servicio de Estadística Sanitaria (O. M. de 15 de febrero de 1936) ¹¹
a. Poner en conocimiento del personal sanitario que se proceda a las investigaciones complementarias que sean precisas; b. Servir de base para que las organizaciones adecuadas tomen las medidas necesarias para evitar su diseminación; c. Poner en conocimiento de todos las existencia del peligro (declaración de epidemias) para que, individual y colectivamente, se tomen las medidas sanitarias; d. Servir de base a la confección de las estadísticas	a. Disponer de un buen sistema de declaración de dichas clases de enfermedades b. Un «patrón» o «medida» que nos permita comparar en un momento dado la variación en el número de invasiones en relación con la normal (índices o curvas endémicas) c. Método para determinar la marcha epidémica: 1. Curva seguida por la enfermedad en un gran espacio de tiempo 2. Curva o ciclo estacional 3. Ciclo epidémico 4. Movimientos epidémicos irregulares	a. El examen y análisis de las fluctuaciones en la salud pública que las cifras representan en confrontación con las semanas anteriores y con las de los períodos correspondientes en años previos; b. Las grandes variaciones operadas en la totalidad de las enfermedades declaradas, bien a los efectos de revelar anomalías (en más o en menos) en el carácter epidemiológico de las enfermedades, bien en cuanto puedan suponer una muestra de declaración defectuosa de los casos; c. Las investigaciones de tipo epidemiológico que se hayan verificado en las localidades afectadas, bien en la comprobación de los datos o en la práctica de simples medidas sanitarias, o ya, según los casos dentro del estudio completo epidemiológico de las situaciones anormales; d. Vigilancia de lo que ocurre en las provincias colindantes mediante el <i>Boletín Semanal de Estadísticas Sanitarias</i>; e. Controlará la calidad de la información para las capitales de provincia comparando las cifras semanales de defunciones con las cifras de mortalidad mensual publicadas por la <i>Revista de Sanidad e Higiene Pública</i>; f. Controlará mediante un registro la cumplimiento de la notificación obligatoria

Notas tabla

- 9 Vallejo de Simón, A. M.: *Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural...*, 1928.
- 10 Ortiz de Landázuri, A.: *La función epidemiológica moderna...*, 1929.
- 11 Véase el trabajo de Esteban Rodríguez Ocaña y sus reflexiones sobre la tarea estadístico-sanitaria: «La estadística en la administración sanitaria española del siglo XX». En *I Encuentro Marcelino Pascua. Estadísticas Demográficas-Sanitarias*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología/Instituto de Salud Carlos III, 1992, p. 47-72 (69-72).

En 1936 se volvieron a modificar las normas para el funcionamiento del Servicio de Estadística (véase tabla 3), pero en esta ocasión los cambios fueron más allá de ordenar y reglamentar el circuito de información, al introducirse las reglas para el tratamiento de

los datos epidemiológicos: análisis temporales y geográficos orientados a la identificación de zonas endémicas y de epidemias, y clasificación de los casos según las características personales. Es decir, se ordenó el servicio siguiendo los parámetros básicos que posteriormente fueron aplicados en los actuales sistemas de vigilancia epidemiológica. Además de proceder a la recogida de información y remisión al nivel superior, se analizaban los datos epidemiológicos en tiempo y espacio y se aplicaban, consecuentemente, las medidas correspondientes, integrando en cada nivel las funciones de análisis con las de decisión e intervención. La epidemiología española estaba en condiciones de, sin dejar de estar orientada a la acción, asumir su papel en el análisis epidemiológico de la información sanitaria, convirtiéndose en poblacional.⁵⁰ Se pasaba de una epidemiología centrada en el laboratorio y especializada en la intervención desinfectante, a una vertebrada por el análisis de la información poblacional.⁵¹

Todas estas innovaciones fueron posibles, como ya se ha indicado, por los cambios que experimentaron en España la epidemiología y la estadística sanitaria en los años finales de la década de 1920 y la primera mitad de la de 1930, y en concreto, por el papel desempeñado por la Escuela Nacional de Sanidad, al poder incorporar en su cuadro docente a personal cualificado en ambas materias, tal como ocurrió con Marcelino Pascua Martínez, Antonio Ortiz de Landázuri o Francisco Ruiz Morote.⁵²

LA EPIDEMIOLOGÍA EN LA ETAPA DE RETROCESO DE LA SALUD PÚBLICA (1958-1980)

La inercia en el movimiento de modernización de la sanidad se prolongó durante los primeros años del franquismo (1939-57),⁵³ pero fue debilitándose de manera progresiva.⁵⁴

En el ámbito de la actividad epidemiológica, la microbiología volvió a ser la referencia causal en la estrategia del control epidemiológico, al mismo tiempo que mermaban los recursos adscritos a los servicios de epidemiología y no se renovaban las plazas que quedaban vacantes. En el terreno de la formación, la Escuela nacional de Sanidad sufrió de manera importante el impacto del debilitamiento de la salud pública, y no fue capaz de desarrollar programas de formación en epidemiología que fuesen continuación de los que se implementaron en los años treinta. La merma que sufrió su cuadro docente tras la guerra civil, así como la falta de adscripción de recursos, se trasladó a unos programas formativos que tenían básicamente una orientación microbiológica.⁵⁵

A finales de los años sesenta y la década de 1970 se inició un cambio, más conceptual que estructural, que intentaba, por un lado, retomar la tradición de los años treinta, con más

nostalgia que conocimiento, y por otro, introducir los usos modernos de la epidemiología.⁵⁶ A dicho cambio también contribuyeron las ayudas para la formación en estadística y epidemiología de la OMS —Curso de Estadística Aplicada a la Epidemiología y a la Clínica, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas—, que ofrecía la Dirección General de Sanidad a los médicos de sanidad nacional.⁵⁷

Por otra parte, la aparición de nuevos problemas epidemiológicos —las epidemias de enfermedad meningocócica, cólera y brucelosis— y necesidades sanitarias, además de ampliar el ámbito de las luchas sanitarias a las enfermedades no transmisibles (cáncer, cardiovasculares, diabetes), las mentales (alcoholismo y drogadicción) y el medio ambiente (contaminación atmosférica en las grandes ciudades, en el marco del programa de la OMS-Europa, y la vigilancia de la calidad del agua de consumo en las poblaciones turísticas), también pusieron de relieve las limitaciones que ofrecía el sistema sanitario para abordar aquellos retos.⁵⁸

El punto de inflexión se alcanzaría con la epidemia del síndrome tóxico (1981), cuando los servicios de epidemiología, organizados con el modelo de vigilancia epidemiológica tradicional, no fueron capaces de responder de forma adecuada a un problema definido en términos de etiología desconocida,⁵⁹ en contraste con la respuesta a la problemática clásica que acompañó las epidemias de cólera de 1971, 1975 y 1979.⁶⁰

En términos generales, y con las excepciones que se han apuntado, el panorama con el que se encontraron en 1978 los impulsores de la Sociedad Española de Epidemiología se caracterizaba por el retroceso de la práctica epidemiológica, por la ausencia de marcos asociativos que pudiesen acoger sus inquietudes y reivindicaciones,⁶¹ y por la falta de reconocimiento y la marginación dentro del sistema sanitario.⁶²

NOTAS

1. En la elaboración y redacción del presente capítulo han participado Ferran Martínez Navarro y Josep Bernabeu-Mestre.
2. Destacan los precedentes de lo que hoy se denomina como epidemiología de intervención, que se pueden apreciar en la obra del botánico Antonio José Cavanilles cuando analiza la relación entre el paludismo y el cultivo del arroz, o el modelo epidemiológico de dicha patología desarrollado a finales del siglo XIX en el contexto del ambientalismo hipocrático (Martínez Navarro, F. y Bernabeu-Mestre, J.: «Agricultura y paludismo: a propósito de un debate histórico». En Nájera Morrondo, J. A. y González Bueno, A. (comisarios): *Malaria. Exposición celebrada en la Biblioteca Nacional del 17 de marzo al 7 de junio de 2009*. Madrid, Biblioteca Nacional de España, 2009, p. 37-53).
3. Martínez Navarro, F.: «Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX». *Rev San Hig Pub*. 1994; 68: 29-43.
4. Los avances científicos en la construcción de la enfermedad infecciosa, una vez identificada la causa microbiana, afectaban tanto a su conceptualización biológica —contagiosidad, infectividad, patogenicidad, virulencia, inmunidad—, a su medición —incidencia, prevalencia, letalidad, mortalidad, tasa de ataque y de ataque secundario, etc.—, como a la especificidad epidemiológica de la infección reconocible a través de la distribución etaria y, en menor grado, por sexo, de la morbilidad y letalidad, la distribución estacional de la enfermedad y su dependencia de factores climáticos, el rango de distribución geográfico o climático, las formas de transmisión, la inmunidad, la gravedad y contagiosidad, y el período de incubación (Stallybras, C. O.: *The principles of Epidemiology and the process of infection*. London, George Routledge & Son, 1931 [p. 24]).
5. Campos Marín, R.: «La salud de los españoles como problema político y social en el cambio de siglo». En Lafuente, A. y Saraiva, T. (editores): *Imágenes de la ciencia en la España contemporánea*. Madrid, Fundación Telefónica, 2000, p. 62-73.
6. Rodríguez Ocaña, E.: «La JAE y la consolidación de la salud pública en España». En García Velasco, J. y Sánchez Ron, J. M. (coordinadores): *100 JAE: la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas en su centenario*. Madrid, Fundación Francisco Giner de los Ríos, Institución Libre de Enseñanza. Publicaciones de la Residencia de Estudiantes, 2010, tomo 1, p. 600-623.
7. Barona Vilar, J. L. y Bernabeu-Mestre, J.: *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia, PUV, 2008.
8. Rodríguez Ocaña, E.: «La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925». *Rev San Hig Pub*. 1994; 68: 11-27.
9. Martínez Navarro, F.: «La salud pública como referencia histórica». *Rev San Hig Pub*. 1994; 68: 1-4.

10. Montaldo Perú, F.: *Las epidemias: defensa moderna, social e individual, contra las principales*. Barcelona, Manuel Soler, 1902.
11. Montaldo Perú, F.: *Las epidemias: defensa moderna, social e individual...*, 1902: p. 18.
12. *La reorganización sanitaria en España*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1909.
13. Martínez Navarro, F.: «Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX...», 1994.
14. Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F.: *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008.
15. Porras Gallo, M. I.: «Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII». *Asclepio*. 1998; 18: 81-106; Nájera Morrondo, R.: «El Instituto de Salud Carlos III y la sanidad española origen de la medicina de laboratorio, de los institutos de Salud Pública y de la investigación sanitaria». *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80(5): 585-604.
16. Perdigüero Gil, E.: «Hacia una organización sanitaria periférica: brigadas sanitarias e institutos provinciales de Higiene». En Atenza Fernández, J. y Martínez Pérez, J. (coordinadores): *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la Sanidad española de su tiempo*. Talavera de la Reina, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001, p. 43-74.
17. Blanco y Grande, P.: «Institutos y Centros de Higiene». *Rev San Hig Púb*. 1937: 122-127.
18. El nuevo siglo se había iniciado con un reconocimiento a los cambios que experimentó la higiene a finales del siglo XIX al haber sabido «aprovechar los grandes progresos realizados recientemente por las ciencias físico-químicas y biológicas». El desplazamiento de la teoría miasmática proporcionó a la higiene pública un modelo explicativo de la producción de la enfermedad y una estrategia para su control eficaz frente a la ineficacia de la teoría miasmática. Atmósfera y *constitutio* epidémica, doctrina central de la teoría miasmática, dieron paso a las nuevas teorías — bacteriana y del contagio— de la génesis de la enfermedad, completadas por otras evidencias científicas sobre las causas de las enfermedades: carenciales, intoxicaciones o las relacionadas con la herencia o la alimentación. Se abría paso un nuevo paradigma donde el conocimiento científico, a través de la acción del Estado, se convertía en un elemento fundamental para el «mejoramiento del bienestar general, objeto preferente de arduos estudios en todos los países cultos y solución ansiada del problema social, palpitante hoy en el mundo» (Montaldo Perú, F.: *Las epidemias: defensa moderna, social e individual...*, 1902: p. 22).

El conocimiento epidemiológico debía ser incorporado sin demora y ampliar su campo de acción al considerar epidemias «todas aquellas enfermedades colectivas capaces de desarrollar [...] un conflicto entre el individuo invadido y un microorganismo, distinto según la enfermedad, que se multiplica a expensas de aquel apropiándose de su aire, su agua y el oxígeno de su sangre y de sus tejidos, o que lo envenena con los productos de su actividad vital mientras se desarrolla». Por ello, su lucha estaba basada en «la salubridad del medio y la resistencia vital del individuo [...]» (Montaldo Perú, F.: *Las epidemias: defensa moderna, social e individual...*, 1902: p.23). El aumento del campo de acción de la epidemiología no se reducía al de su estudio, sino que afec-

- taba también a su fin: «Que no es otro que disminuir en todas partes los estragos que causan las epidemias y evitar la presencia de estas entre colectividades y comarcas determinadas, susceptibles de utilizar los beneficios que puede proporcionar aquella (la epidemiología)» (Montaldo Perú, F.: *Las epidemias: defensa moderna, social e individual...*, 1902: p. 29).
19. *La reorganización sanitaria en España*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1909; *La obra sanitaria en España durante los años 1910 a 1912*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1914 (p. 121).
 20. Decreto de 10 de enero de 1919 sobre disposiciones generales sobre prevención de las enfermedades (artículos 3 y 5). Se trataba de servicios de apoyo técnico referido al «estudio y combate de epidemias y endemias, así como en la formación de estadísticas sanitarias».
 21. En su artículo 22 se indicaba que debían informar sobre «el estudio de las epidemias ocurridas, marcando su duración, origen, marcha, medidas adoptadas y juicio crítico de los resultados obtenidos».
 22. La aceptación generalizada de la «génesis parasitaria», común a todas las enfermedades infecciosas pero específica para cada una de ellas respecto a la etiología, su difusión, puertas de entrada en el organismo humano, órganos diana, así como la posibilidad de su control mediante vacunas, desplazó el interés de la epidemiología hacia el control de la enfermedad infecciosa, verdadero problema de salud pública por su elevada mortalidad. Durante el siglo XIX la discusión acerca de la etiología específica de la enfermedad, y en concreto, del papel de los microorganismos, fue un tema central únicamente resuelto al final de la centuria. Tres fueron las posiciones respecto a este problema: los miasmas, el contagio y el contagio limitado o contingente (Rosen, G.: *A history of public health*. Baltimore. The Johns Hopkins University, 1993).
 23. Winslow, C. - E. A.: «The untilled fields of Public Health». *Science*. 1920; 9 (January): 23-33. Respecto a las actividades de ambos profesionales se consideraba que «el bacteriólogo en el laboratorio y el epidemiólogo en el campo son dos más de los especialistas necesarios, cuyo trabajo se ocupa principalmente de la guerra contra las infecciones de la comunidad».
 24. Base de datos que recoge los artículos publicados en las revistas *Boletín del Instituto de Suero-terapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII (1905-1919)* y *Archivos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII (1919-1926)*.
 25. A propósito del brote de cólera en Cataluña en el año 1911, se indicaba que se debían «unir al concepto bacteriológico el concepto clínico y epidemiológico como base del diagnóstico y de las medidas de profilaxis que deben desde luego adaptarse» (*La obra sanitaria en España durante los años 1910 a 1912...*, 1914, p. 21).
 26. Se introducía el concepto de pausa de incubación para poder determinar «si la forma de contagio ha sido por contacto y hasta la procedencia de aquel» (Blanco, J.: «Tifus exantemático. Estudio de tres focos epidémicos». *Boletín del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*. 1919; 60: 197 -215 [p. 208]).

27. Tello, J. F. y Ruiz-Falcó, A.: «La peste bubónica en la zona de influencia española en Marruecos». *Boletín del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII*, 1914; 30: 97-143.
28. Pittaluga, G., García del Diestro, J. y Vilà, M.: «Estudios sobre el Kala-Azar infantil y la Leishmania Infantum en España». *Bol. Inst. Higiene Alfonso XIII*. 1912, 32:199-227.
29. Baguena Cervellera, M. J.: «La Higiene y la Salud Pública en el marco universitario español». *Rev San Hig Pub*. 1994; 68: 91-96.
30. Saiz Moreno, L.: «La Sociedad Española de Higiene (Un siglo al servicio de la Salud Pública)». *Rev San Hig Pub*. 1981; 55: 1073-1100.
31. Bernabeu-Mestre, J.: «Medio urbano y salud en el proceso de modernización: los trabajos de la Academia de Higiene de Cataluña, 1892-1922». En Beascochea Gangoiti, J. M. *et ál.* (editores): *La ciudad contemporánea, espacio y sociedad*. Bilbao, Universidad del País Vasco. Servicio Editorial Euskal Herriko Unibertsitatea, 2006, p. 183-200; Escudé, M.: *L'Acadèmia d'Higiene de Catalunya (Segles XIX i XX)*. Barcelona, Arxiu Històric de Ciències de la Salut, 2008.
32. Barona Vilar, J. L. y Bernabeu-Mestre, J.: «La Fundación Rockefeller y la salud pública española». En *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. Valencia, PUV, 2008, p. 89-142.
33. Albadalejo García, L.: «Evolución del concepto de Epidemiología». Reseña de la conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Murcia el 24 de octubre de 1928. *Rev San Hig Púb*. 1929:772 -773.
34. Perdiguero Gil, E.: *Hacia una organización sanitaria periférica: brigadas sanitarias e institutos provinciales de Higiene...*, 2001.
35. Artículo 26 del título III del Reglamento de Sanidad Provincial del 20 de octubre de 1925 (*Gaceta de Madrid* número 297 de 24 de octubre de 1925).
36. Real Decreto de Creación del Servicio Epidemiológico Central de 29 de noviembre de 1927 (*Gaceta de Madrid* número 334 de 30 de noviembre de 1927).
37. Barona Vilar, J. L. y Bernabeu-Mestre J.: *La Fundación Rockefeller y la salud pública española...*, 2008.
38. Sistematiza el trabajo de las secciones de epidemiología y rompe con la forma de trabajo tradicional de la epidemiología al pasar del ambiente al individuo: Ortiz de Landázuri, A.: *La función epidemiológica moderna...*, 1929.
39. La contribución de Albadalejo a la modernización de la epidemiología, tanto conceptual como metodológicamente, fue decisiva. Su estudio sobre la epidemia de poliomielitis en Madrid (1929) está considerado como uno de los primeros estudios modernos de un brote epidémico que se realizaron en España (Martínez Navarro, F., Larrosa, A. y Páez, A.: «Estudio de la epidemia de poliomielitis infantil presentado en Madrid durante el año 1929 por el Dr. Laureano Albadalejo: primera memoria anual de los trabajos llevados a cabo por el Servicio Epidemiológico Central (1929)». En *La medicina ante el nuevo milenio, una perspectiva histórica*. XII Congreso Nacional

- de Historia de la Medicina. Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2002, p. 963-987). También destacan sus trabajos metodológicos sobre contactos eficientes en las epidemias, las líneas de tendencia en epidemiología o la mortalidad por enfermedades infecciosas en distintos países, publicados en 1931 y 1938, que aparecen citados en el trabajo: Blanco y Grande, P.: «La fiebre tifoidea en Madrid. Datos para su estudio epidemiológico». *Rev San Hig Pub.* 1942: 241-289; 351-401.
40. Real orden disponiendo que D. Antonio Ortiz de Landázuri, jefe de la Brigada Sanitaria Central, cese en el cargo de inspector provincial de Sanidad de Las Palmas, reintegrándose a su destino con la nueva denominación de jefe del Servicio Central Epidemiológico (*Gaceta de Madrid* número 280 de 6 de octubre de 1928). En marzo de 1929, Ortiz de Landázuri era nombrado director médico del Preventorio de Niños de Guadarrama y Albadalejo García pasaba a ocupar la jefatura del Servicio Central Epidemiológico.
 41. Además de los trabajos que publicó, muchos de ellos de carácter metodológico, en el suplemento al *Boletín de Estadística Sanitaria*, entre 1933 y 1936, se pueden destacar, entre otras, las siguientes publicaciones: «Periodicidad e incidencia en la influenza epidémica». Tesis de doctorado, Universidad Central (Madrid), Facultad de Medicina, 2 Vols., 1929.; *La mortalidad infantil en España*. Madrid, 1934; *La mortalidad en España por las rúbricas de la lista internacional abreviada de causas de defunción y algunos otros indicadores de movimientos de población*. Madrid, 1934; *Mortalidad específica en España: I. Calculo de Poblaciones. II Mortalidad por sexos, grupos de edad y causas en el período 1911-1930*. Madrid, 1934; *Morbilidades globales*. Madrid, 1935; *Mortalidad específica en España. III Por sexos y causas de defunción de la lista larga internacional en el período 1901-1930. IV Tablas de vida (de mortalidad y supervivencia)*. Baltimore, 1942 (Bernabeu-Mestre, J. «Pascua Martínez, Marcelino. Valladolid, 14.VI.1897 – Ginebra (Suiza), 12.VI.1977. Estadística sanitaria, Epidemiología y Salud Pública. Político socialista». *Diccionario Biográfico Español de la Real Academia de la Historia* [<http://www.rah.es/cdeb.htm>]; Rodríguez Ocaña, E. y Bernabeu Mestre, J.: «El legítimo criterio aritmético: los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800-1936». En Sánchez-Cantalejo Ramírez, E. (editor): *Epidemiología y Estadística*. V Encuentro Marcelino Pascua. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996, p. 9-34).
 42. Sánchez Verdugo, J.: «Mortalidades crudas y estandarizadas en las provincias y capitales de España». *Rev San Hig Pub.* 1935: 337-385.
 43. Ortiz de Landázuri, A.: *La función epidemiológica moderna...*, 1929, p. 277-278.
 44. R. O. de 27 de marzo de 1930 (*Gaceta de Madrid* número 88 de 29 de marzo de 1930). Se establecía un circuito de declaración (municipio, provincia, central), la semana como unidad temporal para la declaración, el boletín semanal de estadísticas sanitarias como retroalimentación, además de una reunificación de los datos a remitir: nacimientos, muertes fetales, defunciones infantiles y total defunciones, así como casos de las enfermedades de declaración obligatoria.
 45. Decreto de 22 de diciembre de 1933 reorganizando la Dirección General de Sanidad. (*Gaceta de Madrid* número 362 de 28 de diciembre de 1933).

46. Reglamento de la ley de Coordinación Sanitaria de 11 de julio de 1934, aprobado por decreto de 14 de junio de 1935 (*Gaceta de Madrid* número 178 de 17 de junio de 1935).
47. Albadalejo García, L.: *Evolución del concepto de la Epidemiología...*, 1929.
48. Orden resolviendo el concurso anunciado para proveer en propiedad las plazas vacantes en los institutos provinciales de higiene que se mencionan, de médicos bacteriólogos, médicos epidemiólogos y veterinarios (*Gaceta de Madrid* número 363 de 29 de diciembre de 1931).
49. Orden disponiendo que por la Dirección General de Sanidad se convoque concurso para proveer las plazas de médicos jefes de la sección de epidemiología y estadística sanitaria de las capitales que se indican (*Gaceta de Madrid* número 264 de 21 de septiembre de 1935).
50. Martínez Navarro, F.: *Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX...*, 1994, p. 40.
51. Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F.: *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI...*, 2008, p. 80.
52. En el marco de los acuerdos con la Fundación Rockefeller (Barona Vilar, J. L. y Bernabeu-Mestre, J.: *La Fundación Rockefeller y la salud pública española...*, 2008), en 1924 se creaba la Escuela Nacional de Sanidad dependiente de la Dirección general de Sanidad (Barona Vilar, J. L. y Bernabeu-Mestre, J.: «La Escuela Nacional de Sanidad». En *La Salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española...*, 2008, p. 173-184). La nueva institución asumió la función docente que anteriormente desarrollaba el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, con el objetivo de preparar a los nuevos cuadros de salubristas y modernizar su formación. En la fase de funcionamiento provisional de la escuela (1924-29), su programación académica respondía a «la necesidad de ofrecer a los médicos jóvenes que pretendían especializarse como funcionarios de la sanidad pública, una enseñanza preparatoria uniforme, cuyas grandes líneas debían estar marcadas por las necesidades del Estado y la situación actual de nuestros conocimientos científicos». El primer curso, celebrado en 1925, respondía a los programas propios de la higiene pública e incluyó una asignatura de «enfermedades infecciosas y epidemiología». Con la reforma del reglamento de la escuela que se aprobó en 1930 (R. D. de 12 de abril), (Pittaluga, G.: «La constitución de la Escuela nacional de Sanidad de Madrid». Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad [número 1], 1930), se implantó el Curso de Oficial Sanitario con una duración de nueve meses y orientado a la formación de los médicos en materias de sanidad, higiene y medicina social y preventiva. Se trataba de la formación previa que debían cursar quienes aspiraban a formar parte de los Cuerpos de Funcionarios de la Sanidad del Estado. En la nueva etapa, Marcelino Pascua Martínez, que en aquel momento dirigía el Servicio Central de Estadística Sanitaria de la Dirección General de Sanidad, se incorporó como profesor titular encargado de Estadística Sanitaria y Epidemiología General, siendo sus colaboradores José Sánchez Verdugo, del cuerpo de estadísticos facultativos y subjefe del Departamento de Estadísticas Sanitarias, como profesor agregado de Estadística, y Antonio Ortiz de Landázuri y Francisco Ruiz-Morote, ambos doctores en Salud Pública por la Johns Hopkins University en calidad de pensionados por la Fundación Rockefeller, como profesores agregados de Epidemiología. Con aquellas incorporaciones, al fortalecer la capacidad de análisis epidemio-

lógico y estadístico, se producía un cambio de orientación en el abordaje de la epidemiología, que resultaba coherente con lo que estaba sucediendo en la propia Administración y con lo que reflejaban las publicaciones relacionadas con la materia. Aunque siguieron predominando los trabajos relacionados con la epidemiología de las enfermedades infecciosas y la microbiología continuó aportando tanto la especificidad etiológica y los criterios de clasificación de los enfermos como la verificación de la hipótesis explicativa, empezaron a recogerse datos de los enfermos para su clasificación y análisis de acuerdo con los criterios descriptivos de tiempo, espacio y persona, y se incorporaron de forma progresiva los métodos de estadística descriptiva, de correlación y series temporales. Desgraciadamente, aquel proceso de renovación formativa y de investigación se interrumpió por la guerra civil (1936 -1939).

En relación con la producción científica que incorporó todas aquellas novedades, además de subrayar el pragmatismo que la caracterizó y que estaba relacionado tanto con la gestión de la salud pública como con los programas de intervención sanitaria, destacan, en primer lugar, las publicaciones relacionadas con los estudios de prevalencia. Se trataba de encuestas epidemiológicas para conocer la prevalencia de enfermedades identificadas mediante pruebas microbiológicas o serológicas realizadas sobre el terreno, similares a las que se habían iniciado en 1927 en el marco de los acuerdos con la Fundación Rockefeller (Bailey, C. A. y Ortiz de Landázuri, A.: «La anquilostomiasis en las minas de España». *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 1927: 9-40), y referidas a enfermedades parasitarias —anquilostomiasis, helmintiasis, leishmaniosis, paludismo, parasitosis intestinales, triquinosis— y bacterianas —fiebre tifoidea, tuberculosis, lepra, brucelosis, etc.—. En dichos trabajos predominaba el determinismo ambiental al que estaba sometida la población que vivía o trabajaba en espacios específicos de riesgo, como las zonas pantanosas, huertas o minas. Los estudios incluían la situación geográfica —topografía, clima, cultivos, flora y fauna— identificando la posibilidad de existencia de vectores u otros factores epidemiológicos relacionados con la enfermedad objeto de estudio, y en algunos casos se establecían diferencias entre factores extrínsecos e intrínsecos. Los casos detectados eran clasificados por edad, sexo y profesión, y mostraban poco análisis estadístico.

En el caso de los estudios de brotes epidémicos, trabajos como los llevados a cabo por Laureano Albadalejo García, responsable del Servicio Epidemiológico Central, proponían un protocolo que escapaba al tradicional (Albadalejo, L.: «Resumen del estudio de la fiebre tifoidea y de la fiebre de Malta en los pueblos de Albolote, Otura, Jerez del Marquesado y en Granada [capital]...», 1929), pero la mayoría de los estudios incluían los casos detectados, los resultados analíticos y de laboratorio, y el descriptivo de los casos, así como aquellas variables presuntamente asociadas, aunque se incorporó el coeficiente de correlación y error probable, con el fin de establecer la asociación. En algunos casos se comparaban zonas geográficas diferenciadas social y económicamente, pero afectadas por el mismo brote (De Apraiz y Buesa, L.: «Dos brotes epidémicos de fiebre de Malta en zonas indemnes. Estudio de la epidemia de fiebre de malta acaecida en los pueblos de Nanclares de Oca y Villodas [Álava], durante los meses de marzo a septiembre de 1933». *Rev San Hig Pub*, 1934, 9[4]: 325-340).

El tercer tipo de estudios que incorporaron algunos de los elementos de la renovación conceptual y metodológica a la que se ha aludido son los referidos a endemias específicas (paludismo, brucelosis, fiebre tifoidea o tuberculosis), con el desarrollo de dos modelos: los que estudia-

- ban la evolución histórica de una enfermedad e incorporaban el análisis de series, así como la correlación entre variables epidemiológicas y la enfermedad (Varo Uranga, R. y Paris Eguilaz, H.: «Contribución al estudio de la epidemiología y profilaxis de la fiebre de Malta en España». *Rev San Hig Pub.* 1935: 337-385; Blanco y Grande, P.: *La fiebre tifoidea en Madrid. Datos para su estudio epidemiológico...*, 1942; Villar Salinas, J.: «Fiebre tifoidea en Santander». *Rev San Hig Pub.* 1945: 10-44); y los que establecían una comparación de la prevalencia de una enfermedad en relación a la caracterización social y económica de diferentes zonas geográficas o por grupos sociales (Beltrán Alonso, A.: «Epidemiología de la lepra en la provincia de Jaén», en el *Libro de Memorias del VI Congreso Internacional de Leprología*, Madrid 1953; Lenzano de la Lastra, R.: «Contribución al estudio de la epidemiología de la tuberculosis en Marruecos». *Rev San Hig Pub.* 1946:37-56).
53. La organización sanitaria apenas cambió después de la guerra civil. La ley de bases de Sanidad (1944) mantuvo la estructura centralizada del Estado, en el que la epidemiología y estadística sanitaria estaban integradas en la Dirección General de Sanidad. A nivel provincial, los servicios de epidemiología se mantuvieron dentro del esquema de los institutos provinciales de higiene, aunque estos últimos se integraron en las jefaturas provinciales de Sanidad tras la supresión de las mancomunidades sanitarias en 1967, y en el marco de una mayor centralización de la organización sanitaria. Las secciones de epidemiología y estadística redujeron su actividad a la rutinaria declaración de casos y a la confección de la estadística sanitaria de las enfermedades de declaración obligatoria, con bajos niveles de análisis epidemiológico. El reglamento para la lucha contra las enfermedades infecciosas, desinfección y desinsectación de 1945 fue una ocasión perdida para profundizar en los cambios introducidos en la década de 1930, al priorizar la intervención sobre el enfermo y su entorno y centrar la evidencia epidemiológica en la microbiología; dejando a su propia inercia las normas para el análisis de los datos epidemiológicos elaboradas en los años previos a la guerra civil (Martínez Navarro, F.: «La Sanidad en España». *Rev San Hig Pub.* 1977; 51: 777-817).
 54. Especialmente por la aparición de la Seguridad Social y por las nuevas necesidades generadas por el desarrollismo. La Dirección General de Sanidad puso en marcha programas específicos de lucha contra las enfermedades infecciosas, pero la precariedad ambiental y de la higiene alimentaria enmarcaron los hitos más relevantes de este período (Maset Campos, P., Rodríguez Ocaña, E. y Sáez Gómez, J. M.: «La Salud Pública en España. [La sanidad durante el franquismo. La creación del modelo sanitario autoritario]». En Martínez Navarro, F. et ál.: *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill Interamericana, 1998, p. 25-47 (41-47); Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F.: *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI...*, 2008, p. 106).
 55. Bernabeu-Mestre, J.: «El proyecto sanitario de la Segunda República y las consecuencias de la cruzada sanitaria del franquismo». En Rodríguez Cortés, P., Torres Fabra, R. C. y Sicluna Lletget, I. (editores): *Juan Peset Alexandre. Médico, Rector y Político Republicano*. Madrid, Eneida/Puntos de Vista, 2011, p. 131-160.
 56. Véase: Zapatero Villalonga, E.: «Concepto actual de Epidemiología. El método epidemiológico». *Rev San Hig Pub.* 1967; 10-12: 283-313; Nájera Morondo, E., LLácer, A. et ál.: «Análisis epidemiológico de la situación actual de la poliomielitis en España». *Rev San Hig Pub.* 1975; 49:

- 953-1025; o Martínez Navarro, J. F.: «Vigilancia Epidemiológica». *Rev San Hig Pub.* 1979; 83: 1205-1261. También hay que mencionar en este capítulo de renovación los trabajos epidemiológicos que se presentaron en los Congresos de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana (véase, entre otros: Miracle, M. R.: «Dinàmica de les poblacions patògens-hostes. Models matemàtics per a una teoria epidemiològica. 1ª Ponència: Dinàmica de la infecció». *Xé. Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Perpinyà, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears/ Societat Catalana de Biologia, 1976, p. 80-102; o Clos Matheu, J. y Segura Benedicto, A.: «Criteris epidemiològics: multicausalitat en els problemes de salut relacionats amb el medi». En *Ecologia i salut. Criteris de decisió. XI Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana*. Barcelona, s. e., 1980, p. 341-356). Igualmente, el proceso de transformación política se empezó a apreciar en la epidemiología a través de las publicaciones sobre la causalidad social de la enfermedad, aspecto que era tradicional en la literatura epidemiológica de los siglos XIX y XX, pero que se fue marginando por la fuerza explicativa de la teoría del contagio y la aplicación de los principios básicos de los estudios empíricos. Se retomaron a partir de la sustitución de la explicación ambientalista propia de la higiene clásica y fueron sustituidos a principios del siglo XX al centrarse en el individuo y en la constelación de variables sociales asociado al mismo. El paso que se genera en este momento es la introducción del concepto de formación social y la caracterización de espacios de convivencia y trabajo, analizando las diferencias en función al desarrollo económico social de las diferentes formaciones sociales (véase Martínez Navarro, F.: «Epidemiologia de la infecció meningocòccica al País Valencià». *XI Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona, s. e., 1980, p. 115-130; Martínez Navarro, F. y Boix, P.: «El procés d'emmalaltir. Aproximació conceptual». *XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona. Institut d'Estudis Catalans, 1984, p. 87-102).
57. Bravo Morate, F.: «Aspectos de la sanidad española en el año 1973». *Rev San Hig Pub.* 1974; 1-82.
 58. Martínez Navarro, F.: *La Sanidad en España...*, 1977.
 59. Segura Benedicto, A. y Oñorbe de Torre, J.: «El síndrome del aceite tóxico». *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(4): 599-606.
 60. Martínez Navarro, F.: *La Sanidad en España...*, 1977.
 61. La Academia de Higiene de Cataluña dejó de funcionar tras la guerra civil y la Sociedad Española de Higiene cambió su nombre tras la posguerra y pasó a denominarse Sociedad Española de Higiene y Medicina Social. Llegó a organizar en la década de 1960 algunas actividades (*Problemas de Educación Sanitaria: curso desarrollado como contribución a la VI Conferencia de la Unión Internacional de Educación Sanitaria/Sociedad Española de Higiene y Medicina Social*. Madrid, Sociedad Española de Higiene y Medicina Social, 1965; *Problemas de Saneamiento Ambiental: curso desarrollado durante 1969*. Sociedad Española de Higiene y Medicina Social. Madrid, Sociedad Española de Higiene y Medicina Social, 1969).
 62. Martínez Navarro, F.: «Evolución del concepto de epidemiología». *Rev San Hig Pub.* 1977; 51: 1001-1008.

Los inicios de la SEE

LA PRIMERA ETAPA (1978-1981)

Como se ha expuesto en el capítulo dedicado a los antecedentes históricos de la epidemiología en España, la disciplina y su aplicación práctica mostraban importantes deficiencias en la década de 1970. Tampoco existía un espacio asociativo capaz de reivindicar el desarrollo de una epidemiología moderna que pudiese responder a los retos sanitarios que tenía planteados la población española.

En aquel contexto, aunque existieron otras circunstancias que ayudan a entender tanto la creación de la SEE como su evolución, la iniciativa de crear una Sociedad Española de Epidemiología surgió en el marco de la oposición libre para cubrir «plazas no escalafonadas de facultativos jefes de sección al servicio de la sanidad nacional, especialidad en Epidemiología». Se convocaron por una resolución de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación de 2 de marzo de 1977 (*BOE* de 5 de abril), con el objeto de cubrir 45 vacantes que correspondían en su mayoría a puestos de jefes de sección de epidemiología de los Institutos Provinciales de Sanidad.

A lo largo del franquismo se habían convocado algunos concursos de traslado y concursos-oposición, como ocurrió en 1957 o en 1962, cuando salieron plazas a concurso a las que podían acceder los médicos diplomados de Sanidad (*BOE* de 19 de diciembre de 1962), pero nunca se habían ofertado tantas. Se trataba de fomentar el desarrollo de la epidemiología, aprovechando la gran cantidad de vacantes que se habían ido produciendo en la estructura de la Dirección General de Sanidad. La iniciativa de convocar la oposición partió de la Subdirección General de Medicina Preventiva y Sanidad Ambiental que dirigía Benjamín Sánchez Fernández-Murias.

La propuesta de incorporar nuevos epidemiólogos formaba parte de las actividades para reorganizar las Secciones de Vigilancia Epidemiológica de las Jefaturas Provinciales de Sanidad y para la reforma del *Boletín Epidemiológico Semanal* —a través de sistematizar

y regularizar su publicación—,¹ que llevó a cabo Ferran Martínez Navarro como jefe de sección de epidemiología, cargo al que se había incorporado en 1975 como sustituto de Manuel Mezquita López.

Para comprender cuáles eran las líneas directrices y el análisis de las circunstancias que guiaban aquellas reformas, puede resultar esclarecedor recuperar algunas de las reflexiones que aportaba Ferran Martínez Navarro en su conferencia sobre la importancia de la epidemiología, que impartió el 18 de febrero de 1977 en el Seminario de Salud Pública organizado por el Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) en el Colegio de Médicos de Barcelona.² En la misma, a partir del documento interno de la Dirección General de Sanidad sobre vigilancia epidemiológica que había preparado en 1975 el propio Ferran Martínez Navarro, se indicaba textualmente que la epidemiología debía considerarse bajo tres aspectos:

- a) La investigación etiológica, de aplicación en el ámbito asistencial, especialmente como una técnica más a utilizar por los médicos clínicos, de acuerdo con una fuerte tradición de integración entre la epidemiología y la clínica.
- b) Como disciplina básica integrada en el sistema sanitario, donde realizará el análisis epidemiológico, la evaluación de la acción sanitaria, así como participará en la planificación sanitaria. Estas funciones exigirán una independencia del centro de planificación y decisión.
- c) Como actividad de vigilancia epidemiológica, es decir, constituyendo un sistema dentro de la administración sanitaria, tal que nos permita diagnosticar las modificaciones producidas en el medio y su repercusión directa en el estado sanitario de la población, ya que considera el [*sic*] hombre como portador de un mensaje de la calidad del ambiente.

En su intervención, Martínez Navarro también denunciaba el momento por el que atravesaba la epidemiología en España:

Es evidente la marginación de la Epidemiología dentro del sistema sanitario actual, que se refleja no solo en una consideración profesional diferente a la de los otros médicos, sino también a [*sic*] una manifiesta insuficiencia de medios y de la utilización de los servicios [...] La disminución del riesgo de las grandes epidemias y del peso global de la prevalencia infecciosa exige un cambio en las competencias de los epidemiólogos [...] este cambio, que no se ha producido en nuestro país al igual que otros muchos países, ha provocado una grave crisis de tipo profesional responsable del actual desconocimiento entre los médicos de la epidemiología, su concepto y sus métodos [...] Actualmente comienza a intuirse su necesidad,

en el actual proceso de tecnificación de nuestros hospitales, donde juega cierto papel en el control de las infecciones en los mismos [...] Igualmente, por su aplicación en la medicina preventiva [...] La realidad de su marginación radica no solo en los aspectos ya señalados, que son importantes, sino también por el potencial crítico que supone la institucionalización de una epidemiología ecológica.

Andreu Segura Benedicto, en un documento de trabajo que redactó en 1986³ sobre docencia e investigación epidemiológica en España, subrayaba la relación que cabía establecer entre las actividades desarrolladas por el GAPS en materia de epidemiología y salud pública y la convocatoria de las oposiciones a facultativos jefes de sección, especialistas en Epidemiología:

Buena parte de los profesionales que, procedentes de Cataluña, ocuparon plazas de epidemiólogos (en la oposición de 1977) tenían una relación directa con el GAPS. Y las personas implicadas en una u otra iniciativa, llegaron a establecer una colaboración, más o menos estrecha y fecunda.

En torno a la aparición del GAPS, una de cuyas primeras actividades fue la organización de un curso de métodos para la investigación clínica y epidemiológica, se aglutinó todo un colectivo de profesionales que estaban decididos a impulsar un nuevo modelo sanitario donde la epidemiología y los sistemas de información debían tener un peso específico tanto en la teoría como en la práctica sanitarias.⁴

En la convocatoria de 1977, para poder optar al puesto de jefe de sección se exigía estar en posesión del título de licenciado o doctor en Medicina y Cirugía, o en condiciones de obtenerlo en la fecha en la que finalizaba el plazo para entregar las instancias. Se presentaron un total de 225 aspirantes (*BOE* de 25 de noviembre de 1977). Para poder aprobar había que superar dos ejercicios, uno teórico y otro práctico, relacionados con los temas que componían el programa para el grupo de plazas de médicos epidemiólogos de la Dirección General de Sanidad (*BOE* de 30 de septiembre de 1975). Se trataba de un temario clásico de epidemiología orientado al tratamiento de patologías de naturaleza infecciosa.

Como recordaba Ferran Martínez Navarro,⁵ ante las dificultades que existían para obtener bibliografía acorde con un programa más actualizado, y con la intención de poder contar con el mayor número posible de candidatos, se decidió no ampliar el programa. Para paliar las deficiencias estaba previsto aprovechar el curso de formación que debían realizar obligatoriamente los opositores que obtuvieran plaza. En la tabla número 1 se recoge la relación de aprobados que fue publicada en el *BOE* de 21 de julio de 1978.

Tabla 1. Relación de aprobados en la oposición libre para cubrir «plazas no escalafonadas de facultativos jefes de sección al servicio de la sanidad nacional, especialidad en Epidemiología», que se convocó por una resolución de la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación de 2 de marzo de 1977 (BOE de 5 de abril)

Número de orden	Apellidos y nombre
1	Segura Benedicto, Andreu
2	García Alonso, María José
3	Gili Miner, Miguel
4	Gil López, Enrique
5	Llácer Gil de Ramales, Alicia
6	García Herruzo, Juan
7	Oñorbe de Torre, Manuel
8	Catalá Villanueva, Francisco Javier
9	Ramos García, Elvira
10	Solano Pares, Ana María del Rosario
11	Azón Soto, Emiliano
12	Navarro Sánchez, Carmen
13	García de Jalón Sanz, Jesús
14	Oromi Durich, Joaquín
15	Maestre Sánchez, Amador
16	Clos Matheu, Joan
17	Sans Menéndez, Susana
18	Peris Bonet, Rafael José
19	Mata de la Torre, José Miguel Serafín
20	Fernández Álvarez, Macario
21	Morales Pascual, José Luis
22	Echevarría Rodríguez, Manuel Vicente
23	Castellano Torralbo, Manuel
24	Sánchez Mozo, María Teresa
25	Navarro Cremades, Felipe
26	López-Peteiro Rodríguez, Francisco Javier

27	Crespo Crespo, Darío
28	Oñorbe de Torre, José Ángel
29	Baillo Falo, María Pilar
30	García Alonso, Eusebio
31	Lamote de Grignón Querol, Esteban
32	Tasende Díaz, José Antonio
33	Pachón del Amo, Isabel
34	Ania Lafuente, Basilio
35	Castro-Girona Campos, Alfredo
36	Tome Panle, Camilo
37	González Pérez, Luis Carlos
38	Riera Alcover, Miguel
39	Comendador Granero, Ricardo
40	Ortega Soto, Celestino
41	Carrasco Asenjo, Miguel
42	Garrido Morales, Patricio José
43	Merina Ortega, Manuel
44	Gaona Ruiz, Álvaro
45	Archanco Fernández, Miguel

El desarrollo de los ejercicios y la resolución de la oposición coincidieron con cambios en la Dirección General de Sanidad, que influyeron en la organización y en los contenidos del curso que estaba previsto impartir en la Escuela Nacional de Sanidad. Los contenidos eran: metodología epidemiológica, bioestadística, demografía, planificación y otras técnicas sanitarias que pudieran resultar de interés para las tareas que tenían que desempeñar los nuevos jefes de sección. En marzo y abril de 1978, Emilio Zapatero Villalonga y Enrique Nájera Morrondo fueron destituidos como director general de Salud Pública y Sanidad Veterinaria y como subdirector general de Medicina Preventiva, respectivamente. Por su parte, Ferran Martínez Navarro dejaba la jefatura de la sección de epidemiología para trasladarse a Valencia como jefe provincial de Sanidad. Todos ellos jugarían un papel destacado en los inicios de la SEE, en su calidad de directivos o socios fundadores.

Finalmente, Fernando Ruiz Falcó dirigió el curso de formación en calidad de director de la Escuela Nacional de Sanidad, pero por los testimonios que han trasladado algunos de los opositores que participaron en el mismo,⁶ ni los contenidos impartidos, ni las estrategias

didácticas empleadas, ni la capacitación del profesorado respondieron a las expectativas que había generado la oferta formativa.

Aquella circunstancia venía a confirmar el estado de precariedad que mostraba la ciencia epidemiológica en la España de la década de 1970, y fue una de las razones que llevó al colectivo de quienes habían superado la oposición a plantear el establecimiento de una sociedad científica que fuese capaz de ayudar a revertir una realidad tan lamentable.

A las reivindicaciones de carácter científico, relacionadas con el malestar generado por la poca calidad del curso, se sumaba el compromiso político con la reforma sanitaria que tenían muchos de los opositores y las exigencias de índole profesional, causadas por la imposición de la lista de puestos vacantes a los que tenían que optar.⁷ También se añadieron las tensiones surgidas de no reconocer el complemento de destino correspondiente al nivel administrativo de las jefaturas de sección⁸ a quienes habían superado las pruebas.

Muchas de aquellas circunstancias no fueron ajenas al proceso de reorganización que estaba experimentando la sanidad española y la Administración del Estado, teniendo como trasfondo la transición democrática. Tres meses después de convocarse la oposición libre para acceder a las plazas de jefe de sección de epidemiología se publicó en el *BOE* de 5 de julio de 1977 el real decreto que establecía la nueva relación de departamentos ministeriales y, entre ellos, el de Sanidad y Seguridad Social. Además, a todos estos cambios se sumaban los derivados de la puesta en marcha de los gobiernos preautonómicos.⁹

Se trataba, en cualquier caso, de una situación muy compleja en la que coincidían muchas dinámicas. Diversos grupos de profesionales presionaban por alcanzar un nuevo modelo sanitario —desde las huelgas de los médicos internos residentes (MIR) de principios de los 70, al movimiento en favor de la atención primaria al final de la década—, pero la Administración solo era capaz de producir una débil respuesta institucional.¹⁰ La perspectiva de modernizar la organización sanitaria hacía necesario disponer de recursos humanos capaces de desarrollar un nuevo tipo de ejercicio profesional de la epidemiología, de acuerdo con un modelo de planificación sanitaria basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.¹¹

La primera constancia documental de la asociación, que el grupo de opositores que compartieron el curso de formación en la Escuela Nacional de Sanidad decidió poner en marcha bajo el nombre de Sociedad Española de Epidemiología, se remonta al 26 de junio de 1978.¹² En aquella fecha se reunió en Barcelona, a modo de comisión gestora, su primera junta provisional. Formaron parte de la misma cinco de los profesionales que habían obtenido plaza de facultativo jefe de sección: Joan Clos Matheu, Patricio Garrido Morales, Miguel Gili Miner, Esteban Lamote de Grignon Querol y Andreu Segura Benedicto, que fue elegido

presidente por haber obtenido el primer puesto tras superar los ejercicios que contemplaba la oposición. Su principal labor fue aprobar los primeros estatutos.

Además de considerar como objetivo primordial de la SEE «cultivar y fomentar el estudio y mejor conocimiento de la epidemiología» o «defender la dignidad de su ejercicio profesional», en los estatutos se destacaba «la necesidad de favorecer la difusión del contenido y de la metodología epidemiológica, con la finalidad de ayudar en la promoción de la salud pública».¹³

Para dirigir la Sociedad se proponía una junta directiva, con una presidencia y una vicepresidencia, una secretaría, el cargo de tesorero o tesorera y las correspondientes vocalías. La duración de los mandatos se establecía en cuatro años y no se podían ejercer más de dos mandatos consecutivos.

Podían formar parte de la nueva asociación quienes simpatizasen con sus fines y desearan colaborar, «siempre que reuniesen las condiciones indispensables a juicio de la junta directiva». Los socios se clasificaban en las categorías de fundadores, numerarios y honorarios. A esta última podían acceder «personas de reconocido prestigio en el campo de la salud pública» que debían ser presentadas por un mínimo del 15 % de los socios numerarios y fundadores.

Una vez reconocidos los estatutos por parte del Ministerio del Interior, la SEE comenzó su andadura en febrero de 1979.¹⁴ Los días 3 y 4 de aquel mes se reunió en Madrid una segunda junta directiva que continuaba teniendo la condición de provisional y cuyo principal cometido era convocar una Asamblea constituyente. Andreu Segura Benedicto continuó como presidente, Luis Carlos González Pérez asumió la vicepresidencia, Joan Clos Matheu la secretaría, a la que había renunciado Ana Solano Pares alegando motivos personales, y Emiliano Azón Soto la tesorería. También formaron parte, en calidad de vocales, Elvira Ramos García, Macario Fernández Álvarez y Alicia Llácer Gil de Ramales. En aquella primera reunión participaron, en calidad de oyentes, José Miguel Serafín Mata de la Torre y Francisco José Catalá Villanueva.

Tras acodar la inscripción como socios de los epidemiólogos que habían obtenido la plaza de jefe de sección en la oposición de 2 de abril de 1977 y establecer una cuota anual de 2000 pesetas, la junta debatió si procedía aceptar a socios que no fuesen epidemiólogos. Se acordó que se podían incorporar profesionales vinculados o próximos a la epidemiología, pero con el aval de dos de los epidemiólogos fundadores.

En la relación de socios fundadores (véase la tabla 2) figuran 36 de los 45 profesionales que superaron las pruebas selectivas de la oposición de 1977 y, entre ellos, los que forma-

ron parte de las dos primeras juntas directivas que asumieron con carácter provisional las riendas de la nueva asociación. La lista, hasta un total de 42, la completaba un conjunto de profesionales que contaban con experiencia en el ámbito de la epidemiología y donde destacaban los nombres de los profesores Enrique Nájera Morondo y Emilio Zapatero Villalonga.

Tabla 2. Relación de socios fundadores de la SEE

Número de orden	Apellidos y nombre	Aprobado en la oposición de jefes de sección de Epidemiología de 2 de abril de 1977	Lugar de residencia
1	Ania Lafuente, Basilio Javier	X	Madrid
2	Archanco Fernández, Miguel	X	Santa Brígida (Las Palmas)
3	Azón Soto, Emiliano	X	Talavera de la Reina (Toledo)
4	Baillo Falo, María Pilar	X	Isona (Lleida)
5	Cabezón Rodríguez de Torres, Argimira		Valladolid
6	Carrasco Asenjo, Miguel	X	Madrid
7	Castellano Torralbo, Manuel	X	Málaga
8	Catalá Villanueva, Francisco Javier	X	Madrid
9	Clos Matheu, Joan	X	Barcelona
10	Comendador Granero, Ricardo	X	Alicante
11	Echevarría Rodríguez, Manuel Vicente	X	Oviedo
12	Enrech Salazar, Joaquín		Lleida
13	Fernández Álvarez, Macario	X	Badajoz
14	García Alonso, María José	X	Talavera de la Reina (Toledo)
15	García Herruzo, Juan	X	Cádiz
16	García de Jalón Sanz, Jesús	X	Pamplona
17	Garrido Morales, Patricio José Antonio	X	Barcelona

18	Gil López, Enrique	X	Madrid
19	Gili Miner, Miguel	X	Barcelona
20	González Pérez, Luis Carlos	X	Salamanca
21	Lamote de Grignón Querol, Esteban	X	
22	Llácer Gil de Ramales, Alicia	X	Madrid
23	Martín Fernández, Nicolás Fernando		Salamanca
24	Mata de la Torre, José Miguel Serafín	X	Madrid
25	Merina Ortega, Manuel	X	
26	Morales Pascual, José Luis	X	Cáceres
27	Nájera Morrondo, Enrique		Sevilla
28	Navarro Cremades, Felipe	X	Elda (Alicante)
29	Navarro Sánchez, Carmen	X	Murcia
30	Oñorbe de Torre, José Ángel	X	Madrid
31	Oñorbe de Torre, Manuel	X	Majadahonda (Madrid)
32	Ortega Soto, Celestino	X	Burgos
33	Pachón del Amo, Isabel	X	Madrid
34	Peris Bonet, Rafael José	X	Valencia
35	Ramos García, Elvira	X	Sevilla
36	Riera Alcover, Miguel	X	Ibiza
37	Sánchez González, J.		León
38	Sánchez González, María Teresa		Madrid
39	Sans Menéndez, Susana	X	Barcelona
40	Segura Benedicto, Andreu	X	Barcelona
41	Tasende Díaz, José Antonio	X	Orense
42	Zapatero Villalonga, Emilio		Valladolid

Fuente: Lista mecanografiada conservada en el legado documental entregado por los herederos de José Miguel Serafín Mata de la Torre

La junta directiva provisional también consideró oportuno, en atención a los principios que crearon la Sociedad, indagar sobre la situación de los epidemiólogos en sus respectivos puestos de trabajo y conocer a través de una encuesta los salarios, la satisfacción profesio-

nal y las funciones que llevaban a cabo. Se trataba de poder debatir todas estas cuestiones en la Asamblea constituyente que estaba previsto convocar en Madrid los días 10, 11 y 12 de octubre de 1979.¹⁵

Finalmente, la junta general extraordinaria que tenía que elegir la primera junta tuvo lugar en Barcelona los días 15 y 16 de diciembre de 1979. Se presentó una única candidatura que obtuvo 36 votos a favor, ninguno en contra y 2 abstenciones. Fue elegido presidente Enrique Nájera Morrondo; vicepresidente, Ricardo Saiegh-Abiad; secretario, Ferran Martínez Navarro; y tesorero, José Miguel Serafín Mata de la Torre. Como vocales fueron elegidos Emiliano Azón Soto, Xavier Bosch José y Carmen Navarro Sánchez. Tres de los miembros de la nueva junta formaban parte del colectivo de opositores que había impulsado la creación de la SEE, los otros cuatro miembros, el presidente, el vicepresidente, el secretario y el doctor Bosch, en su calidad de vocal, aportaban su currículum en el campo de la epidemiología. Como se recogía en las actas de la Asamblea,¹⁶ aunque se recordaba que el objetivo de la Sociedad era el de «promocionar la epidemiología como disciplina y como profesión, haciendo de receptora de todas las inquietudes que esta disciplina produce, tanto en los aspectos científicos como sociales», se subrayaba, igualmente, la condición de institución científica que cabía otorgar a la SEE.

La Asamblea constituyente contó con un pequeño programa de actividades de carácter científico. Estaba prevista una conferencia inaugural a cargo del doctor Hernán San Martín Ferrari y la presentación, por parte de la junta provisional, de la ponencia «La epidemiología y la reforma sanitaria». Ante la imposibilidad de poder contar con la presencia del doctor San Martín, se invitó al epidemiólogo escocés Archibald Leman Cochrane. Este último tampoco pudo estar presente por un problema de salud, por lo que el doctor Xavier Bosch José leyó la ponencia en su lugar. Tanto San Martín como Cochrane fueron propuestos como socios de honor.

En relación con los socios de honor, a pesar de la mención que se acaba de hacer a las dos candidaturas, cuando en 2002 la Asamblea de la SEE¹⁷ acordó a propuesta de 129 socios (que representaban más del 15 % del total de asociados) nombrar a Joan Clos Matheu como miembro honorario de la SEE, se indicó que se trataba de la primera persona que recibía dicha distinción.

Como se recogía en el primer número del boletín informativo de la SEE publicado en noviembre de 1980, las actividades del primer año de mandato de la nueva junta directiva se centraron en consolidar la estructura administrativa de la SEE y en captar nuevos socios numerarios que, como se puede comprobar en la tabla 3, procedían mayoritariamente de Barcelona, Valencia, Madrid, Sevilla, Valladolid y Talavera de la Reina. A la importancia que

tenían las cinco capitales desde el punto de vista sanitario y científico, incluida su condición universitaria, hay que sumar el efecto que pudo tener la incorporación del presidente de la SEE, Enrique Nájera Morrondo, como catedrático de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, o el protagonismo que el secretario de la junta, el profesor Ferran Martínez Navarro, había alcanzado en el ámbito de la sanidad valenciana y de la docencia universitaria de la Medicina Preventiva y Social. En el caso de Talavera de la Reina destacaría la presencia en dicha localidad del Centro Nacional de Demostración Sanitaria, que había comenzado a funcionar en 1976.¹⁸

Tabla 3. Residencia de la primera relación de socios numerarios

		%
Barcelona	22	15,7
Valencia	18	12,8
Madrid	15	10,7
Sevilla	13	9,2
Valladolid	11	7,8
Talavera de la Reina	9	6,4
Cáceres	6	4,2
Murcia	4	2,8
Granada	3	2,1
San Sebastián	3	2,1
Navarra	3	2,1
Palencia	3	2,1
Zaragoza	2	1,4
Salamanca	2	1,4
Badajoz	2	1,4
Ciudad Real	2	1,4
Santa Cruz de Tenerife	2	1,4
Oviedo	2	1,4
Jaén	2	1,4
Almería	1	0,7
Lugo	1	0,7
Ávila	1	0,7
Castellón	1	0,7

Santiago	1	0,7
Huelva	1	0,7
Málaga	1	0,7
No consta	9	6,4

Fuente: Elaboración propia, a partir de los datos recogidos en el listado mecanografiado de socios numerarios, conservado en el legado documental entregado por los herederos de José Miguel Serafín Mata de la Torre

Fue precisamente en el Centro de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina donde tuvo lugar, el 19 de febrero de 1980, la primera reunión de trabajo de la junta directiva que presidía Enrique Nájera Morrondo.¹⁹ Además de acordar la edición de un boletín informativo de la Sociedad, se convocó para diciembre de ese mismo año en la ciudad de Valencia la I Reunión Anual de la SEE con el objeto de abordar la vigilancia epidemiológica y los factores de riesgo en las enfermedades no transmisibles. Aunque la junta desestimó la propuesta de Ferran Martínez Navarro para analizar la situación de la epidemiología en España, acordó iniciar las gestiones para poder participar en el debate parlamentario que estaba tratando la reforma sanitaria propuesta por el gobierno de Unión de Centro Democrático.²⁰

A lo largo de 1980 la junta directiva se reunió en diversas ocasiones en los locales de la Escuela Nacional de Sanidad. Acordó enviar cartas de presentación de la SEE a los médicos de sanidad nacional, catedráticos de Higiene y presidentes de sociedades científicas afines, como la International Epidemiology Association (IEA), la Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF) o la American Public Health Association (APHA) y a organismos como la OPS o la OMS. Asimismo, en la reunión del 12 de abril de 1980, aprobó remitir un escrito relacionado con la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública a la Comisión Nacional de Especialidades. Se iniciaba así un largo y complicado recorrido de posicionamiento de la SEE frente a esta cuestión, que será analizado en el apartado dedicado a estudiar el papel de la Sociedad en el proceso de profesionalización de la epidemiología.

El 20 de diciembre de 1980, tras la celebración de la I Reunión Científica de la SEE, tenía lugar en la sede del Colegio de Médicos de Valencia la primera Asamblea General ordinaria de la Sociedad²¹. En palabras de su presidente, con aquella reunión:²²

La Sociedad Española de Epidemiología coronaba, así, una primera etapa de su desarrollo, esto es, de los esfuerzos y proyectos de un grupo de epidemiólogos que deseaban crear una sociedad que se preocupara de esa ciencia de la salud —la Epidemiología—, que ha sido muy justamente calificada como la ciencia fundamental entre las que pretenden enfocar los problemas de salud de la comunidad.

La junta directiva informó que se estaba trabajando en la elaboración de un informe que analizase la situación actual de la Sociedad Española de Epidemiología frente al logro de sus fines esenciales de cultivar y fomentar el estudio y mejor conocimiento de la epidemiología. El documento en cuestión pasaría a considerarse como oficial de la SEE y pretendía ser «una guía para el enfoque de la situación desde los poderes públicos». Tenía que «expresar y plantear los problemas e intentar hallar soluciones». El papel que tenía que jugar la SEE se consideraba complicado. En las instancias oficiales, en el momento de intentar mejorar y dar prioridad a la promoción de la salud de la comunidad se solía olvidar y relegar la epidemiología, cuando esta debía considerarse la ciencia fundamental o básica de la salud pública. Como se recogía en el libro de actas y en el número del boletín informativo de la SEE de enero de 1981.²³

La modélica organización de la sanidad pública que se había diseñado y puesto en marcha en la década de 1930 en España, ha ido perdiéndose y casi desapareciendo en estos cincuenta años, mermada en recursos y competencias, se ha visto reducida a un mínimo tal en cuanto a cantidad y posibilidades de acción que si no ha desaparecido totalmente ha sido gracias al esfuerzo y dedicación de unas pocas personas que mantienen el máximo de actividad.

Tal como afirmaba Enrique Nájera Morrondo,²⁴ la SEE se enfrentaba desde su creación a dos grandes problemas: «Por un lado, el tratar de conseguir que la epidemiología como ciencia y como actividad de trabajo y de investigación llegue a ocupar el necesario grado de desarrollo en la organización sanitaria, y por otro, que los epidemiólogos puedan desarrollar las líneas de investigación apropiadas a los problemas de salud que la comunidad tiene planteados actualmente».

Para intentar alcanzar aquellos objetivos, se sometió a la aprobación de la Asamblea la elaboración de un documento de trabajo que pudiera «analizar *in extenso* la situación actual de la epidemiología en España en todas sus facetas», y proponer un plan de acción inmediato «para que esta ciencia constituya el elemento de apoyo de la salud comunitaria». Se aprobó la creación de un grupo de trabajo que estaba formado por Francisco Bolumar Montrull, Francisco Javier Catalá Villanueva, Miguel Carrasco Asenjo, Ángel Galán, Elvira Ramos García y Susana Sans Menéndez. Los resultados del informe se publicaron en el boletín informativo de la SEE de marzo de 1981.²⁵

La epidemiología se definía como «el estudio de todos aquellos factores que parecen influenciar o determinar la aparición o distribución en la comunidad de cualquier circunstancia que afecte a la salud (si de forma negativa, para tratar de evitarlos, si de forma positiva, para potenciarlos)». Para los redactores del informe, toda organización sanitaria

debía estar dotada de una infraestructura epidemiológica con el objeto de poder ejercer y mantener:

- a) Un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer los problemas de salud en sus aspectos cualitativos y cuantitativos, a través la descripción de la distribución y presentación de los mismos, y permitir así la orientación y guía de la acción sanitaria.
- b) Una periódica evaluación epidemiológica, como base de la planificación y organización de los servicios, y elemento esencial en la toma de decisiones sobre las acciones sanitarias.
- c) El fomento de la investigación epidemiológica, única forma posible de progreso en el campo de la salud de la comunidad.

Como subrayaba el profesor Enrique Nájera Morondo,²⁶ «la conversión de estos conceptos o elementos teóricos en acciones sanitarias concretas y reales por parte de la Administración sanitaria» tenía que ser «el objeto esencial del trabajo de la SEE».

En el apartado dedicado a describir la situación de la epidemiología en España se indicaba que la función específica de los jefes de sección de epidemiología de los antiguos Institutos Provinciales de Sanidad, en aquel momento Negociados de las Direcciones Provinciales de Salud, eran los únicos puestos de trabajo «realmente de epidemiólogos», pero de los 100 que se habían creado durante la Segunda República solo quedaban 47. Los 53 restantes «habían sido amortizados durante la dictadura de la forma más anárquica imaginable, ya que aunque los servicios centrales del ministerio habían usurpado varios en algunas provincias, todavía existían provincias con dos y, lógicamente, muchas sin ninguno».

En el caso de la función específica, pero indefinida, de los puestos de trabajo de las secciones de epidemiología de los servicios de medicina preventiva de los grandes hospitales, los autores del informe afirmaban que, en estos ámbitos, la epidemiología estaba más centrada en la vigilancia de la infección hospitalaria, además de que su actividad estaba restringida a dicho espacio.

Como función parcial, aunque se reivindicaba que debía ser básica, se mencionaba el trabajo que llevaban a cabo los médicos de Sanidad Nacional (un total de 176 puestos), pero en la práctica, estaban más dedicados a la Administración sanitaria o a la gestión de la salud pública.

Por último, se aludía a la actividad epidemiológica llevada a cabo a título personal como parte o complemento de otras actividades, clínicas, de investigación o de Administración sanitaria.

En resumen, el informe consideraba que la actividad epidemiológica no podía desarrollarse en el marco de una infraestructura mínimamente acorde a las necesidades. Las unidades de epidemiología no pasaban de ser una pequeña oficina encargada de sumar los datos recibidos de los partes semanales de los jefes locales de Sanidad (de aquellos que los enviaban).

Como necesidades inmediatas, aunque con carácter progresivo, se recomendaba la dotación de 500 puestos de trabajo de epidemiología: 400 epidemiólogos de distrito o comarca (uno por cada 100 000 habitantes), 50 jefaturas de sección provinciales, junto con equipos de 3-4 epidemiólogos en cada comunidad autónoma, y otro formado por 5-10 epidemiólogos a nivel estatal.

Ante semejante propuesta, el informe subrayaba la importancia que adquiriría la formación del personal que pudiera ocupar aquellas plazas y cumplir con sus funciones. El problema fundamental radicaba en la ausencia de una infraestructura docente adecuada. Se apuntaba la Escuela Nacional de Sanidad como la mejor alternativa, pero contando con la colaboración institucional de la universidad y de las escuelas de Salud Pública que empezaban a crearse en las diferentes comunidades autónomas.

Como afirmaba Andreu Segura Benedicto, a modo de balance, refiriéndose a la docencia de la epidemiología en la España de aquellos años, el panorama no podía ser más desolador:²⁷

Hasta finales de los años setenta, las actividades de docencia epidemiológica en España eran una rareza. Algunas cátedras de Medicina Preventiva, denominadas entonces de Higiene y en algunos casos de Higiene y Medicina Social, le dedicaban una pequeña atención en los programas de las asignaturas correspondientes al plan de estudios de Medicina. La Escuela Nacional de Sanidad la consideraba también en los programas del curso de oficiales sanitarios y en el de diplomado de Sanidad. Este último, de periodicidad anual, se impartía en las escuelas departamentales dependientes de la Escuela Nacional. En ambos programas se incluía una serie de lecciones de Epidemiología. La oferta, que era escasa en cuanto a cantidad, puede calificarse de raquítica en cuanto a contenido. La concepción de la Epidemiología al uso por aquel entonces ponía de manifiesto la influencia de la Higiene clásica y de las enfermedades transmisibles como objeto casi exclusivo de la disciplina. La cota mayor de modernidad era la referencia a la investigación etiológica y aún de la mano de personalidades heterodoxas como Yuste Grijalba o Zapatero Villalonga. Las aplicaciones a la evaluación de los programas de salud y a la administración sanitaria eran más desconocidas todavía.

Si se mantenía el sistema de ingreso por oposición para poder ocupar las plazas de epidemiólogos, los redactores del informe proponían «un programa amplio pero sencillo» que fuese capaz de permitir la selección de candidatos con una experiencia mínima de

cinco años como médicos. Se llegaba a plantear, como requisito previo para poder opositar, el haber cursado «la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, en Medicina Interna o, por supuesto, en Medicina Preventiva y Salud Pública». Quienes superasen la oposición debían realizar un curso de formación epidemiológica como funcionarios en prácticas, con dedicación exclusiva y de un año de duración. Se proponía como referente el Curso de Epidemiología para la obtención del grado de máster, que se acababa de crear en la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

En aquellos primeros momentos de existencia de la SEE, el contexto de la formación y el acceso a la actividad profesional de la epidemiología solo se contemplaba en el ámbito médico. Sin embargo, como se intentará poner de manifiesto a lo largo de la monografía, aunque el marco normativo ha continuado primando el requisito de la formación en Medicina, aquel posicionamiento inicial de la SEE fue cambiando hacia una concepción más plural y acorde con la naturaleza multidisciplinar de la epidemiología y la salud pública.

También en 1981 la SEE actuó por primera vez como interlocutora experta a instancias del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, al ser consultada con motivo de la ampliación de la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria.²⁸ Junto a las mejoras de carácter técnico relacionadas con la ampliación de la lista, la inclusión de enfermedades no transmisibles o la mejora de mecanismos capaces de garantizar la obligatoriedad de la notificación, el escrito remitido por la SEE reivindicaba, en la línea del informe sobre la situación de la epidemiología en España, la mejora de las infraestructuras epidemiológicas.

Se consideraba esencial proveer con toda urgencia de los recursos humanos y materiales a los 50 servicios de epidemiología del territorio del Estado, al mismo tiempo que se volvía a reivindicar la figura del epidemiólogo comarcal o de distrito. Se proponía, mediante negociación con los entes autonómicos y preautonómicos, dotar a cada servicio de un «equipo mínimo de mecanización (minicomputador) que permita objetivamente manipular cada semana la información recogida con la necesaria rapidez, al mismo tiempo que un análisis epidemiológico básico mediante la incorporación de programas preparados al efecto».

Aquellas reivindicaciones de mejora urgente de las infraestructuras epidemiológicas también estuvieron presentes en la nota informativa que la SEE remitió a la agencia EFE de Valencia²⁹ con motivo de la supresión del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y su incorporación al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

En opinión de la SEE, solo existían dos razones para justificar la medida de la reunificación ministerial: el impulso que estaba previsto dar a las transferencias en el sector sanitario a los gobiernos autonómicos y juntas preautonómicas, o motivos económicos (para reducir los gastos administrativos). En ambos supuestos se hacía más necesario asegurar

una correcta planificación y evaluación sanitaria, tanto a nivel del Estado como de las autonomías. Para ello resultaba clave el papel de la epidemiología y se solicitaba de la Administración pública el impulso de las actividades epidemiológicas que pudieran asegurar una correcta planificación.

Las actividades que desarrolló la SEE a lo largo de 1981 culminarían con la celebración en Valladolid, los días 26 y 27 de noviembre, de la II Reunión Anual, dedicada en este caso a los estudios de morbilidad y mortalidad.

Aunque se planteó la posibilidad de aprovechar la reunión para rendir un homenaje al vallisoletano Marcelino Pascua Martínez, figura clave de la sanidad republicana y con una reconocida trayectoria internacional en el campo de la salud pública y la epidemiología,³⁰ finalmente el reconocimiento no se llevó a cabo. Como se explica en el apartado dedicado a analizar las actividades desarrolladas por la SEE, fue en 1991 cuando se formalizó aquel reconocimiento con la puesta en marcha de los Encuentros Marcelino Pascua Martínez.³¹

LA CRISIS DE 1981

La II Reunión Científica de la SEE (Valladolid, 26 y 27 de noviembre de 1981) estuvo marcada por la polémica y supuso el inicio de una etapa crítica para la Sociedad. En el marco de la reunión se manifestaron discrepancias por la ausencia en la misma de una problemática de tanta actualidad en aquellos momentos como era el síndrome tóxico.³²

Como recordaban Andreu Segura Benedicto y José Oñorbe de Torre en un artículo retrospectivo sobre el síndrome del aceite tóxico, al ocuparse de la respuesta sanitaria, y en concreto, la que se produjo desde el ámbito de la salud pública y la epidemiología, «en la Asamblea de la flamante Sociedad Española de Epidemiología celebrada en Valladolid en otoño de 1981 [...] el abordaje de la epidemia fue objeto de cuitas y subterfugios, más allá del debate técnico y profesional, limitado a una simple comunicación en una recóndita sala».³³ Como recordaba Luis Palomo Cobos al abordar la conciencia social y profesional de la sanidad española de los últimos treinta años:³⁴

Dicha conciencia se acentuó en contacto con compañeros con similares opiniones profesionales y políticas, por ejemplo en reuniones como la segunda de la Sociedad Española de Epidemiología, celebrada en Valladolid en 1981, donde escuchamos las opiniones de San Martín sobre Medicina Comunitaria y donde percibimos las deficiencias de la organización de la Sanidad pública española, la desorientación de las autoridades sanitarias y su falta de respuesta ante la recién aparecida intoxicación por aceite tóxico (colza).

La falta de posicionamiento de la SEE quedaba más manifiesta ante la espectacularidad y el dramatismo que mostró el síndrome tóxico, con sus más de 1000 muertos y 25 000 afectados con secuelas permanentes. Aquellas circunstancias ponían de manifiesto la incapacidad del sistema sanitario para atender a los nuevos problemas que afectaban a la salud de los españoles y, concretamente, la de los sistemas de información sanitaria y de vigilancia epidemiológica para detectar la presencia de riesgos y proponer actuaciones preventivas.³⁵

Pero fue en las Asambleas ordinaria y extraordinaria que tuvieron lugar el 28 de noviembre,³⁶ cuando se oyeron las voces más críticas con el trabajo que había llevado a cabo la junta directiva y cuando se alcanzaron los momentos de mayor tensión.

En la Asamblea de carácter extraordinario se presentó una nueva junta directiva que estaba presidida también por Enrique Nájera Morondo, pero donde no repetía ningún otro miembro de la junta saliente. Como vicepresidenta se postulaba Susana Sans Menéndez, como secretaria, Alicia Llácer Gil de Ramales, y Miguel Carrasco Asenjo, Jorge Mario Sánchez y José Luis Useros Fernández, como vocales.

La candidatura estaba avalada por un plan de actividades donde se proponía la organización de la III Reunión Científica de la SEE en Murcia, se asumía el compromiso de preparar en el mes de marzo de 1982 una reunión sobre el síndrome tóxico, además de continuar insistiendo en el estudio de la situación de la epidemiología en España y solicitar que pasase a ser reconocida como una especialidad médica.

Como alternativa al plan de actividades que se acaba de resumir, el socio fundador Manuel Merina Ortega presentó una propuesta que exigía a la nueva junta la realización, antes del 31 de mayo de 1982, de todo tipo de gestiones (legales, administrativas, medidas de presión, etc.) para conseguir el reconocimiento de la epidemiología como especialidad y reivindicar de forma continuada unas condiciones de trabajo dignas. Reclamaba la realización y el envío a todos los socios de un estudio sobre «la organización conveniente de la epidemiología en los niveles central, autonómico, provincial, comarcal, hospitalario, extrahospitalario, etc., y los recursos necesarios, así como la definición de los puestos de trabajo y sus guías de funciones». También planteaba que antes del 30 de abril de 1982 se remitiese el reglamento de régimen interior, además de solicitar una reestructuración del *Boletín de la SEE*, la creación de grupos de trabajo o el envío de cuestionarios a los socios para conocer sus temas de interés, para así poder convocar las correspondientes reuniones científicas.

Pero, sin duda, la exigencia que escondía la posición más crítica frente a la junta saliente y, tal vez también, frente a la candidatura que se presentaba, era la de solicitar

el pronunciamiento de la SEE ante cualquier suceso que afectase a la epidemiología (tal como ocurría con los baremos del Instituto Nacional de la Salud y, de forma particular, con el síndrome tóxico), dirigiéndose a la Administración sanitaria, medios de comunicación social y grupos parlamentarios.

Se produjo un amplio debate en el que intervinieron varios socios, recogándose en las actas la intervención de Andreu Segura Benedicto, quien solicitó que la SEE asumiera «una actitud acorde con la definición de su propia identidad» o la de Francisco Javier Catalá Villanueva, quien insistió en la conveniencia de contactar con los medios políticos y administrativos para «poder incidir en la reorganización de la epidemiología».

Hubo intervenciones, como la de Pedro Manuel Blasco Huelva, que proponían una síntesis de las diferentes alternativas y la elaboración de un calendario de actividades, nunca superior a un año, para que se publicara en el *Boletín de la SEE*. Al no poder votar a la nueva junta por falta de cuórum, la junta saliente continuó en funciones, comprometiéndose a convocar una reunión sobre el síndrome tóxico en marzo de 1982 y realizar, tras la celebración de la misma, una Asamblea General extraordinaria con el fin de poder proceder a la renovación de la junta.

El 28 de septiembre de 1982, casi un año después de la reunión de Valladolid y tras un paréntesis de inactividad, el secretario de la SEE, Ferran Martínez Navarro, remitía una circular a todos los socios donde indicaba lo siguiente:

La situación de crisis abierta en la SEE, como consecuencia de la imposibilidad, según los estatutos, de renovación de la junta saliente ha supuesto un deterioro en el funcionamiento de la misma, agravado por la imposibilidad de celebrar, como estaba previsto, en Madrid la reunión científica sobre el síndrome tóxico, y la Asamblea General extraordinaria que permitiera salir de la actual crisis. No podemos ofrecer una solución a esta situación como no sea a través de la participación activa de todos los socios, de manera que se ofrezcan alternativas realistas a la situación y que sean capaces de finalizarla, ya que según nuestros datos durante los dos años de funcionamiento no se han realizado otros actos que las reuniones anuales científicas de Valencia y Valladolid, igualmente, y muy recientemente, se ha recibido una sola propuesta para la renovación de los estatutos. Por esta razón, es absolutamente necesario plantearse una renovación no solo de las personas, sino incluso de los objetivos y métodos para dinamizar la Sociedad, y para ello solo queda la posibilidad de hacerlo mediante una Asamblea extraordinaria a celebrar el 13 de noviembre en la Escuela Nacional de Sanidad.

LA ETAPA DE CONSOLIDACIÓN (1982-1986)

La Asamblea extraordinaria que tenía que elegir una nueva junta directiva tuvo lugar en la Escuela Nacional de Sanidad en la fecha señalada.³⁷ Fue elegido presidente Joan Clos Matheu; vicepresidente, Francisco Javier Catalá Villanueva; secretario, Eduardo Spagnolo de la Torre; tesorero, José Angel Oñorbe de Torre y, como vocales, Carmen Moya García, Rafael Nájera Morrondo y José Luis Useros Fernández.

En palabras del nuevo presidente de la SEE, Joan Clos Matheu, recibieron una Sociedad que padecía una doble crisis: administrativa y de identidad. A la falta de documentación, por sustracción de la misma, se sumaba el escepticismo de muchos socios frente a la SEE y un distanciamiento de la misma, la ausencia de recursos económicos por no haberse procedido al cobro de las cuotas de 1982, el lugar inadecuado para la sede de la Sociedad (que continuaba siendo el domicilio de su primer presidente), así como unos estatutos obsoletos.³⁸

En una circular informativa del 8 de febrero de 1983, la nueva junta directiva informaba del plan de actividades que tenía previsto desarrollar a lo largo de ese año. Se proponían diversas actividades, como la I Jornada de Trabajo de la SEE, el 25 de marzo de 1983 en Barcelona, sobre «el soporte informático en la realización de estudios epidemiológicos», el I Seminario Científico de la SEE, en la primera semana de junio de 1983, en Pamplona (de tres días de duración), con el tema: «encuestas de salud» y «registros de tumores», y la III Reunión Anual de la SEE, los días 14 y 15 de octubre de 1983, en Murcia, sobre hepatitis y diabetes. No se hacía ninguna referencia al síndrome tóxico, a pesar del protagonismo que había alcanzado en la crisis de 1981.

De acuerdo con el mandato de la Asamblea de 13 de noviembre de 1982, la junta se comprometía a elaborar una propuesta de modificación de los estatutos con la finalidad de conseguir una mayor presteza en el funcionamiento de la Sociedad, a encargar a un grupo de socios la elaboración de un estudio sobre el estado de la epidemiología en España (a partir de un guion aprobado por la junta), a impulsar, con la Sociedad Catalana de Salud Pública, la realización de un estudio sobre la formación de especialistas en Epidemiología o Salud Pública en los países de la CEE, y a efectuar un análisis sobre los sistemas de especialización en Salud Pública en España. Por último, se anunciaba que el boletín informativo de la SEE aparecería con una periodicidad trimestral.

Aunque algunas de aquellas propuestas no se llegaron a materializar, a partir de 1983 se inició una etapa de consolidación y crecimiento de la SEE.

En relación con la reforma de los estatutos, en octubre de 1983,³⁹ además de cambiar el domicilio de la SEE (que pasó a ubicarse en Madrid, en la sede del Colegio de Médicos),⁴⁰

y contemplar la posibilidad de establecer delegaciones territoriales, se definió con mayor precisión el tipo de socios. Pasaron a ser considerados como fundadores «todos aquellos epidemiólogos que lo solicitaron en el primer año a partir del establecimiento de la Sociedad», y como numerarios a quienes lo hicieron a partir de aquella fecha.

Las reformas más relevantes estuvieron relacionadas con los órganos de gobierno de la Sociedad y con su funcionamiento. En el artículo 21 se indicaba que los miembros de la junta directiva serían elegidos en Asamblea General extraordinaria por períodos de cuatro años, salvo renovación o renuncia, no pudiendo ser reelegidos sus miembros más de dos períodos consecutivos, y en el artículo 22 se explicaba que los cargos de la junta se renovarían por mitades. En el primer turno debían ser renovados el vicepresidente, el tesorero y dos vocales; y en el segundo, el presidente, el secretario y el resto de los vocales. Este modelo de renovación parcial de la junta directiva permitía establecer una cierta continuidad en la gestión de la Sociedad.⁴¹

Durante los cuatro años de mandato de la junta presidida por Joan Clos Matheu, además de impulsar la creación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y coorganizar su primer congreso en 1985 —tal como se puede comprobar con la lectura del apartado dedicado a abordar la condición de la SEE como experta en epidemiología y salud pública—, se realizaron, entre otras actividades, la I Reunión Italoespañola de Epidemiología (Salamanca, 1985) y tres reuniones anuales en Murcia (1983), Granada (1984) y Madrid (1986).

La V Reunión Anual de la SEE que tuvo lugar en Madrid, entre el 22 y el 24 de mayo de 1986, tiene una particular importancia debido al tema que fue objeto de análisis: «La epidemiología en el sistema nacional de salud; situación actual y perspectiva». Conviene recordar que la reforma sanitaria que impulsó el Partido Socialista Obrero Español durante el mandato del malogrado Ernest Lluch Martín como ministro de Sanidad y Consumo⁴² culminó aquel año con la promulgación de la ley general de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril. *BOE*, núm. 102, de 29 de abril de 1986),

Con motivo de dicha reunión, cuyo objetivo era realizar un análisis de la situación que atravesaba la epidemiología española y sus perspectivas, la SEE encargó a Andreu Segura Benedicto y a Joaquín Camprubí García la preparación de dos documentos de trabajo. Uno sobre «docencia e investigación epidemiológica en España»,⁴³ y otro sobre la situación en España de «la epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia».⁴⁴

En el primero de los documentos, el dedicado a analizar la docencia y la investigación, además de destacar «la carencia de bibliografía específica y la penuria de documentación sobre las experiencias españolas», se recordaba que, aunque la epidemiología había adqui-

rido cierta carta de naturaleza en el ámbito sanitario, no había alcanzado la consideración de disciplina científica o de especialidad profesional que tenían otras ramas de la sanidad.⁴⁵

En general, la práctica de la epidemiología aparece envuelta en una nebulosa, de manera que no se tiene una idea clara de lo que implica como dedicación laboral. La figura del epidemiólogo profesional puede ser asumida, bien por unos cuantos sanitarios que se consideran a sí mismos como tales por el tipo de tareas que desempeñan, aun cuando la tipificación oficial de su plazas de trabajo no lo reconozca explícitamente (se trata a menudo de médicos autodidactas o que han seguido cursos de epidemiología en el extranjero) o bien por aquellos sanitarios que trabajan en la Administración sanitaria pública, ocupando los escasos puestos de trabajo oficialmente reconocidos. Aunque en ese caso el perfil funcional de tales plazas no acostumbra a estar bien definido, y todavía es frecuente que se dediquen entre otras cosas a la inspección de *campings* o a la aplicación de la policía sanitaria mortuoria.

Se estaba lejos de alcanzar el objetivo específico de la epidemiología a través del análisis de los problemas de salud de la comunidad y con el propósito de formular leyes y modelos con capacidad predictiva; de poder detectar la influencia de variables explicativas o independientes sobre la salud y la enfermedad y, en la medida en que resultasen modificables mediante intervenciones sanitarias o de otro tipo, «conseguir que su detección se pudiera convertir en una piedra angular de la política sanitaria».⁴⁶

En cualquier caso, como indicaba Joaquín Camprubí García, la idea de que la epidemiología —entendida como el método de recolección, análisis, interpretación y divulgación de los datos que tienen relación con la salud— era un instrumento esencial en la racionalización de la toma de decisiones en la política sanitaria estaba muy arraigada en la SEE.⁴⁷ Se consideraba imprescindible legitimar la práctica profesional mediante una aportación útil a la mejora de los problemas de salud que tenía planteados la población española.⁴⁸

A partir de todas estas consideraciones, la necesidad de disponer de programas adecuados de formación adquiría «una importancia estratégica decisiva». Sin dichos programas «se reducían considerablemente las posibilidades de utilización de conocimientos y habilidades específicamente epidemiológicos». Se consideraba que, en el caso de la epidemiología, como ocurre con la mayoría de las disciplinas orientadas a la acción, las actividades de docencia, de investigación y de ejercicio profesional estaban íntimamente relacionadas.⁴⁹

En el campo de la docencia, aunque se habían producido avances en la última década, en la España de 1986 continuaba siendo complicado «poder acceder al conjunto ordenado de conocimientos y de instrumentos» que caracterizaban la disciplina.⁵⁰

En algunas facultades de Medicina se empezaban a impartir cursos de doctorado específicamente dedicados a la epidemiología, al tiempo que las diversas administraciones sanitarias desarrollaban actividades de formación más o menos institucionalizadas, con la creación, por ejemplo, del Instituto de la Salud de Cataluña, o de la Escuela de Salud Pública de Andalucía en Granada. Otras administraciones establecieron convenios con universidades para organizar cursos de Epidemiología y Salud Pública, como ocurrió con la Generalitat Valenciana y las Universidades de Valencia y Alicante. Paralelamente, otras instituciones mantenían una oferta regular de formación. Así sucedía con el Centro de Estudios Colegiales del Colegio de Médicos de Barcelona y con el Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), entidad privada sin ánimo de lucro, heredera de la mayor parte de los planteamientos del ya citado GAPS, aunque adaptándose a la nueva situación.⁵¹

En el contexto de todas aquellas iniciativas, también hay que destacar, como recordaba Josep María Antó Boqué,⁵² los seminarios de salud pública que se llevaron a cabo en el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona entre 1982 y 1987, en el marco del convenio de colaboración entre dicho ayuntamiento (la subárea de salud pública) y la Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

Como se subrayaba en el documento de trabajo que se debatió en la V Reunión Anual de la SEE,⁵³ se estaba empezando a producir una proliferación de pequeños cursos de carácter introductorio que no respondían a las necesidades formativas. Además de proceder a un análisis detallado de la oferta docente, debía imponerse una reflexión colectiva que permitiera racionalizar la oferta. Se trataba de poder caracterizar objetivamente quiénes eran los ofertantes, qué contenido docente ofrecían, quiénes eran los demandantes de dicha oferta, qué utilidad obtenían o cuál era el coste de las actividades y sobre quién recaían:⁵⁴

Por ello, la Sociedad Española de Epidemiología podría promocionar y, en su caso, llevar a cabo, un inventario crítico de las actividades docentes en la actualidad. Esta investigación se materializaría mediante la recogida y el análisis de los programas docentes, de los recursos dedicados, de la financiación y de los resultados que se obtienen. Debido a la importancia de la universidad y al predominio actual de la medicina como bagaje previo de la mayoría de los epidemiólogos, esta investigación debe comprender, inexcusablemente, las actividades docentes en el período de licenciatura.

El objetivo era poder debatir las necesidades previsibles para poder configurar una estrategia de contenidos y la organización de las actividades docentes.

Existían tres perfiles profesionales que requerían una formación básica en epidemiología como fundamento de la especialización posterior, debido al carácter nuclear que cabía

otorgar a la disciplina respecto del resto de materias que conforman la Salud Pública: el de administración y gestión de servicios, el de epidemiología e información sanitaria y el que corresponde a la medicina preventiva y a la salud comunitaria.⁵⁵

Lógicamente, lo que proponía el documento de trabajo impulsado por la SEE era una oferta docente de la epidemiología que pasaba a integrarse en el marco de la de la Salud Pública. Se contemplaba, como se puede apreciar en la tabla 4, una estructura en bloques modulares, donde figuraban los métodos estadísticos, de tratamiento de la información y epidemiológicos, los de gestión y organización sanitaria para la planificación y administración de servicios, la medicina preventiva y la salud comunitaria como práctica profesional, y, por supuesto, la epidemiología como una especialidad definida.⁵⁶

Tabla 4. Propuesta de bloques para la docencia de Salud Pública
(Sociedad Española de Epidemiología. Documento no publicado)⁵⁷

1. MÉTODOS ESTADÍSTICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS	1.1. Estadística y Epidemiología (I): Introducción y nociones fundamentales 1.2. Estadística y Epidemiología (II): Técnicas estadísticas y epidemiológicas de clasificación y análisis 1.3. Estadística avanzada 1.4. Métodos cuantitativos en Epidemiología 1.5. Estudios epidemiológicos 1.6. Métodos estadísticos y epidemiológicos aplicados a la investigación etiológica 1.7. Métodos estadísticos y epidemiológicos aplicados a la planificación y evaluación de servicios sanitarios 1.8. Métodos estadísticos y epidemiológicos útiles para la gestión de centros y programas sanitarios
2. TÉCNICAS DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	2.1. Introducción a las técnicas de información 2.2. Sistemas de información sanitarios 2.3. Tratamiento mecanizado de la información 2.4. Uso de microprocesadores 2.5. Uso de ordenadores medios y pesados 2.6. Utilización de paquetes de procesamiento: SPSS; BMDP, etc.

3. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	3.1. Introducción a la economía 3.2. Economía aplicada a la salud 3.3. Sistemas sanitarios 3.4. Planificación sanitaria 3.5. Gestión de personal 3.6. Gestión financiera 3.7. Control de gestión 3.8. Control de calidad asistencial
4. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD COMUNITARIA	4.1. Epidemiología de las enfermedades transmisibles 4.2.1. Epidemiología de las enfermedades no transmisibles 4.3. Determinación de factores y grupos de riesgo 4.4. Educación sanitaria 4.5. Usos y limitaciones del cribaje de enfermedades 4.6. Problemas medioambientales 4.7. Higiene laboral y Medicina del Trabajo 4.8. Atención integral de salud

También se valoraban otros aspectos no menos relevantes, como la titulación a la que podía dar derecho la formación —en concreto, la posibilidad de desarrollar maestrías—,⁵⁸ o una cuestión que aparece ligada al devenir de la SEE y que todavía hoy continúa sin ser resuelta: el acceso a la especialidad de profesionales no médicos o de fuera del ámbito de las ciencias de la salud: «Otro aspecto de interés será el de facilitar el acceso a la formación a personas procedentes de otras carreras, cuyo concurso profesional en el ámbito de la salud pública aparece como imprescindible. Desde la Economía y la Gestión de Empresas a la Demografía y la Sociología».⁵⁹

En aquel momento, como ocurre en la actualidad, «la única especialización con algún derecho de uso» estaba restringida a la Medicina Preventiva y Salud Pública, a la Medicina Familiar y Comunitaria y a la Medicina del Trabajo. Se proponía establecer una estrategia que permitiese «la incorporación efectiva de todos los profesionales útiles para la práctica de una salud pública moderna», pero al mismo tiempo se reconocía que una propuesta de aquellas características chocaba con «la mentalidad corporativista, más o menos estrecha,

de parte de la profesión médica». En cualquier caso, como se defendía en el documento que está siendo objeto de análisis, había que superar aquellas reticencias «en aras del desarrollo de la salud pública en España».⁶⁰

En la misma línea de lo propuesto para la docencia, también se solicitaba que la SEE interviniese para poder realizar «un balance crítico de las actividades de investigación».⁶¹ Además del análisis de la producción científica, se debía proceder al examen de los proyectos de investigación, en particular de los que contaban con financiación pública procedente del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS) o de la Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica (CAICYT). Sobre todo, se requería elaborar un directorio «que diera cuenta periódicamente de los proyectos de investigación en curso», con el objeto de poder facilitar «la coordinación y la colaboración de personas y equipos de trabajo»; en línea con lo que ocurre actualmente, y de forma similar, con el CIBER de Epidemiología y Salud Pública⁶² o en su momento con la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (RECESP).

El objetivo era normalizar la investigación epidemiológica, facilitar la coordinación entre las instituciones que desarrollan la investigación y las instituciones docentes —con la finalidad de propiciar doctorados en Epidemiología o Salud Pública—, o aprovechar las aportaciones metodológicas de la epidemiología en las investigaciones que llevaban a cabo los clínicos y sanitarios. Se trataba de considerar las perspectivas de la investigación epidemiológica a la luz de la investigación científica general, de la docencia y de la profesionalización de la epidemiología.⁶³

De ahí la urgencia de formular directrices que permitan un crecimiento congruente de la docencia y la investigación con el crecimiento profesional. Los problemas y las dificultades para conseguirlo no son despreciables y las necesidades sociales y la competitividad profesional impondrán su ley, aun en ausencia de los que hasta ahora nos venimos considerando los epidemiólogos del país.

Pero como ya se ha indicado, en aquella V Reunión Anual de la SEE que tuvo lugar en Madrid en mayo de 1986 también se debatió la cuestión de la epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia.

Como se recordaba en la ponencia encargada de debatir el tema,⁶⁴ hasta la década de 1970 el ámbito de aplicación de la epidemiología había estado reducido a la vigilancia de algunas enfermedades transmisibles. Su utilización para la planificación y evaluación de servicios sanitarios se limitaba «al aporte de información necesaria para avalar la puesta en marcha de algunas luchas y campañas de desigual fortuna y utilidad».

En la década de 1980, aunque se había producido una evolución y la vigilancia epidemiológica se había extendido a todo tipo de enfermedades y factores de riesgo, la utilización de la epidemiología en la planificación de servicios sanitarios y su evolución seguía siendo escasa. Sin embargo, la nueva ley general de Sanidad que se encontraba en proceso de tramitación abría unas interesantes perspectivas al reconocer el papel que tenía que jugar la epidemiología en las actuaciones sanitarias.⁶⁵

Se considera como actividad básica del sistema sanitario la realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

La epidemiología tenía que recoger, analizar, interpretar y difundir información sobre demografía, estado de salud —incluido el nivel de vida—, factores socioeconómicos, recursos para la atención de la salud, utilización de servicios y evaluación sanitaria de las intervenciones.⁶⁶

El desarrollo de todos aquellos elementos tenía que contemplarse, como se indicaba en la ponencia, en el marco del proceso de transformación de un sistema sanitario fuertemente centralizado en otro donde las competencias de las comunidades autónomas incorporasen la vigilancia del estado de salud de la población, la planificación y la evaluación de servicios y actividades.⁶⁷

En relación con la diversidad de situaciones que incorporaba el desarrollo del Estado de las autonomías, Manuel Oñorbe de Torre publicaba en el *Boletín de la SEE* un artículo sobre «epidemiología y autonomías»,⁶⁸ donde reflexionaba sobre cómo afectaba el proceso de transferencias a las tres grandes funciones que, en su opinión, debía cumplir la epidemiología (vigilancia epidemiológica, investigación etiopatogénica y planificación, organización y evaluación de servicios) y las dificultades que estaba encontrando para desarrollarse y consolidarse:

Sobre este concepto amplio de epidemiología que evidentemente penetra en todo el sistema de salud es muy difícil poder concretar que [*sic*] comunidades autónomas tienen competencias sobre la misma y en qué grado y cuáles no. Solo las comunidades que han asumido el Instituto Nacional de Salud podemos considerar que pueden estructurarse para cumplir las tres funciones señaladas aunque algunos aspectos sigan siendo competencia estatal [...] el resto de comunidades tienen competencias sobre vigilancia epidemiológica e investigación epidemiológica [...] Esta asunción de competencias en el campo de la epidemiología debería significar una potenciación de la misma, cosa fácil dada la penuria con la que siempre se ha movido a nivel estatal, pero realmente esta potenciación, si ha existido, ha sido mínima. Nin-

guna comunidad ha creado las bases de docencia y administrativas (plazas de epidemiólogos) para lograrlo. Ningún Estatuto de Autonomía vigente nombra siquiera a la epidemiología en los mismos y a nivel de organigramas de las consejerías, la epidemiología aparece a un nivel equivalente normalmente a sección dentro de unas Direcciones Generales de Salud Pública, Promoción de la Salud, o similares y abarcando únicamente vigilancia epidemiológica (tradicional) y en algunos casos incipientes sistemas de información (existen algunas excepciones que cuentan con servicios de epidemiología como es el caso de Aragón y Valencia).

El autor expresaba su esperanza en un cambio de la situación que se acaba de describir, a partir del «concepto de la integralidad de la atención y de la tendencia a la estructuración administrativa en torno al eje de la atención primaria, integrando en ella parte de la epidemiología». En su opinión, la territorialización en áreas de salud podía ayudar a hacer realidad «la reivindicación de largo tiempo de que la epidemiología tenga un nivel adecuado en un país como el nuestro». Sin embargo, como también se indicaba en el artículo, «hasta la fecha eso no es así, y tampoco las bases que se están poniendo llevan directamente hacia ello; estas bases, como ya hemos apuntado, son necesariamente la comprensión actual de la importancia de la epidemiología en el sistema sanitario, la formación de profesionales de la misma y la creación y dotación de plazas orgánicas de epidemiólogos».

En 1984, el que fuera presidente de la SEE y en aquel momento director general de Salud Pública, el profesor Enrique Nájera Morrondo, ya adelantaba en una nota publicada en el *Boletín de la SEE* la consideración que debía tener la epidemiología en la futura ley general de Sanidad.⁶⁹

La ley creo tiene pues sin duda una marcada orientación epidemiológica en cuanto a que se apoya en el análisis de los problemas de salud actuales y en sus posibles tendencias, lo que permite abordar la organización de los Servicios de forma coherente [...] Por todo ello creo que la promulgación de la ley general de Sanidad va a favorecer en gran medida la modernización de nuestros servicios de epidemiología y su desarrollo futuro, situando a la epidemiología como ciencia en el lugar destacado que debería ocupar. [sic]

Hay que indicar, sin embargo, que Enrique Nájera Morrondo, considerado una de las figuras clave para entender el resurgir de la salud pública en el período democrático, y claro defensor de la epidemiología,⁷⁰ cesó en la Dirección General de Salud Pública en 1985, antes de finalizar la elaboración de la ley y su presentación al Parlamento. Dicho cese debe enmarcarse, como señalan Esteban Rodríguez Ocaña y Ferran Martínez Navarro,⁷¹ en las dificultades para articular el programa de cambios que defendían los socialistas y la voluntad política para aplicarlos.

En opinión de Andreu Segura Benedicto,⁷² a pesar del énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en la práctica, la ley general de Sanidad de 1986 frenó el desarrollo de la salud pública:

Porque no se reconoce como un estamento más del Sistema Nacional de Salud (primaria y especializada) y sus dispositivos quedan en una localización distinta de la del resto de proveedores sanitarios [...] De hecho los salubristas acostumbran a ser identificados más como funcionarios que como profesionales, a pesar de ser tan médicos, farmacéuticos o enfermeras como los que trabajan en el sistema asistencial.

Esta falta de desarrollo de la epidemiología y la salud pública se corroboraba en una editorial de la junta de la SEE que se publicó en 2010 en la *SEEnota-e*, a propósito del proyecto de ley general de Salud Pública:⁷³ «La actual ley general de Sanidad cumplirá el próximo abril 25 años. Su promulgación en 1986 ha servido para impulsar, a pesar de sus limitaciones, un excelente sistema nacional de salud. Sin embargo, y a pesar de la ley de cohesión y calidad del SNS de 2003, la epidemiología y la salud pública no han tenido un desarrollo similar, como bien sabemos desde la SEE».

La ponencia de Joaquín Camprubí García finalizaba reclamando un papel activo de la SEE para poder ampliar la base social del propósito de aplicar la epidemiología a la planificación y evaluación de servicios, y «poder ampliar la vigilancia al conjunto de enfermedades y riesgos, de manera que puedan explicarse los hechos relativos a la salud y predecir su evolución».⁷⁴

Si se comparan los informes sobre la situación de la epidemiología en España que se publicaron en el *Boletín de la SEE* en 1981 y los que se presentaron en 1986 en la V Reunión Anual de la Sociedad, se observa una evolución en los posicionamientos de la SEE frente a los retos que tenía planteados la epidemiología y el papel que podía desempeñar en el proceso de modernización y reforma sanitaria. Dichos cambios reflejan la madurez que estaba alcanzando la SEE y su capacidad para asumir el papel de referencia experta, a pesar de la ausencia de noticias documentales que muestren un papel activo de la Sociedad en relación con la reforma sanitaria del primer gobierno del PSOE, y en concreto, con la ley general de Sanidad y la consideración que debía otorgarse a la epidemiología y la salud pública. Como indicaba Josep María Antó Boqué:⁷⁵ «los epidemiólogos estábamos demasiado comprometidos con el cambio que suponía la ley general de Sanidad y olvidamos la epidemiología».

Tras superar los primeros ocho años de existencia y los problemas propios de cualquier proceso asociativo, la SEE iniciaba en 1986 una dinámica de crecimiento y afianzamiento, y pasaba a convertirse en uno de los elementos clave para entender el desarrollo que han

alcanzado en la España de las últimas décadas, con sus luces y con sus sombras, la epidemiología y la salud pública.

En mayo de 1986 se procedía a la renovación de la junta directiva de la SEE, y el hasta entonces vicepresidente, Francisco Javier Catalá Villanueva, asumía la presidencia con el compromiso de dar continuidad a las iniciativas que se habían puesto en marcha durante el mandato de Joan Clos Matheu. Como se indicaba en el editorial del *Boletín de la SEE* correspondiente a abril-septiembre de ese mismo año,⁷⁶ la Sociedad debía continuar «en su afianzamiento de la epidemiología y en el lento proceso de unión de profesionales de múltiples disciplinas», tal como quedaba reflejado en el programa-resumen que elaboró Josep María Antó Boqué, en calidad de nuevo secretario:

- 1) Mejora de los aspectos informativos dentro de la Sociedad
- 2) Estímulo para la mejora del nivel científico y técnico de la práctica epidemiológica
- 3) Promoción de una mayor presencia pública de la Sociedad en temas relevantes de salud pública
- 4) Promoción de la enseñanza de la epidemiología, tanto en sus aspectos cualitativos como cuantitativos
- 5) Responder a las necesidades profesionales y laborales de los asociados

Asimismo indicaba:⁷⁷ «la SEE era una oportunidad para modernizar la epidemiología, desde el modelo de salud pública, que estábamos desarrollando en el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona, bajo el liderazgo de Joan Clos».

Como se puede comprobar en los siguientes apartados, además de conseguir atraer un número creciente y plural de socios, la SEE ha contado con un grupo, igualmente plural, de directivos. Unos y otros, han sido, en definitiva, los protagonistas indiscutibles de la historia de la SEE que se intentará completar en los sucesivos capítulos.

NOTAS

1. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia. Situación en España». Madrid, 1986. 13 páginas (página 6). V Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología (Madrid, 22 a 24 de mayo de 1986).
2. La conferencia apareció publicada como artículo en la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (Martínez Navarro, F.: «Evolución del concepto de Epidemiología». *Rev San Hig Pub.* 1977; 51: 1001-1008).
3. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España». Barcelona, enero de 1986, p. 6 (15 páginas). Documento de trabajo para la preparación de la V Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología, «La Epidemiología en el Sistema Nacional de Salud. Situación actual y perspectivas» (Madrid, 22 a 24 de mayo de 1986).
4. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...». 1986, p. 8.
5. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
6. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
7. Segura Benedicto, A.: «La fundación de la SEE». *SEENota*. 1998; 15: 1-3.
8. Consulta sobre si las plazas no escalafonadas de facultativos jefes de sección al servicio de la sanidad nacional, especialidad de Epidemiología, deben ser retribuidas con el complemento de destino correspondiente a una jefatura de sección. Informe elaborado por el catedrático de Derecho Administrativo Fernando Garrido Falla a requerimiento de la Sociedad Española de Epidemiología. Madrid, noviembre de 1985. Véase también: «Editorial». *Boletín de la SEE*. 1985; 5: 113-115.
9. Sobre la naturaleza de aquellos cambios y la evolución que ha experimentado el sistema sanitario español en las tres últimas décadas se pueden consultar, entre otros trabajos: Rodríguez Ocaña, E. y Martínez Navarro, F.: «Renacimiento de la salud pública en la España democrática». *Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública/ Consejería de Salud, 2008, p. 115-136; o la monografía colectiva: Palomo, L.: (coordinador): *Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)*. *Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*. Madrid, FADSP, 2011. <<http://adspan-dalucia.es/wp-content/uploads/2014/04/sistemasanitario.pdf>>. Esta última monografía incluye un capítulo de Andreu Segura, Benedicto: «La evolución de la salud pública española en los últimos treinta años». Véanse también las reflexiones que aporta Francisco Bolmar Montrull en su trabajo: «The development of epidemiology: Spain». Holland, W.W., Olsen, J. y Florey, Ch.V.: *The Development of Modern Epidemiology. Personal reports from those who were there*. Oxford: Oxford University Press/IEA, 2007, p. 431-440.

10. Camprubí García, J.: «La epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 5. Sobre la reforma sanitaria que demandaba la sociedad española en la década de 1970, se pueden consultar, entre otras, las monografías: Espasa, R.; Soler Sabarís, F.; Verges, J.; Sans, C.; Pardell, H. y Acarín, N.: *La Sanidad hoy. Apuntes críticos y una alternativa*. Barcelona, Editorial Avance, 1975. Gol i Gurina, J.; De Miguel, J.M.; Reventós, J.; Segura, A. y Soler Sabarís, F.: *La Sanitat als Països Catalans*. Barcelona, Edicions 62, 1978. También De Miguel, J.M. (compilador): *Planificación y reforma sanitaria*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978.
11. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...». 1986, p. 5.
12. Libros de Actas de la SEE (Actas SEE, 26/06/1978). Folios (F.) 2 a 5v.
13. Estatutos de la SEE de 26 de junio de 1978.
14. Actas SEE. 3 y 4/02/1979. F. 5v a 7.
15. Sobre las primeras iniciativas de la SEE y los recuerdos no siempre coincidentes, se pueden leer los testimonios de algunos de los protagonistas en «SEE Comenta. Crónicas de la SEE», *SEENota* 2002; 26: 10-12.
16. Actas SEE. 15/12/1979. F. 9a.
17. «SEEHace»: «Acta de la Asamblea Ordinaria de la SEE». 13 de septiembre de 2002. *SEENota* 2002; 27:3. En el acta se indicaba que «las razones aducidas para la propuesta son la trayectoria profesional centrada en la promoción de la salud traducidas en varias acciones de salud pública».
18. Atenza Fernández, J. (coordinador): *El Centro Regional de Salud Pública. 25 años de servicio sanitario (1976-2001)*. Toledo, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2001.
19. Actas SEE. 19/02/1980. F. 10 a 11a.
20. De las Heras, J.: reportaje «UCD no ha desarrollado la reforma sanitaria aprobada en 1980. El síndrome tóxico destacó los fallos del sistema asistencial». *El País* (Edición electrónica). 2 de octubre de 1982 (consultado el 14/04/2014). Disponible en: <http://elpais.com/diario/1982/10/02/espana/402361204_850215.html>.
21. Actas SEE. 20/12/1980. F. 13 a 16.
22. Nájera Morrondo E.: «La Sociedad Española de Epidemiología». *Rev San Hig Pub*. 1981; 55; 147-149.
23. «Informe de la Junta Directiva». Año 1981. *Boletín de la SEE*, 1981; 2: 1-2.
24. Nájera Morrondo, E.: «La Sociedad Española de Epidemiología»..., 1981.
25. «La Epidemiología en España». *Boletín de la SEE*, 1981; 4: 1-9.
26. Nájera Morrondo, E.: «La Sociedad Española de Epidemiología»..., 1981.
27. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 5.

28. «Contestación al Ministerio de Sanidad y Seguridad Social acerca de la consulta realizada a la Sociedad Española de Epidemiología sobre la ampliación de la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria». *Boletín de la SEE*, 1981; 3: 1-8.
29. «Nota de la Sociedad Española de Epidemiología acerca de la supresión del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y su incorporación al Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social». *Boletín de la SEE*, 1981; 3: 10-11.
30. Actas SEE. 20/12/1980. F. 13 a 16. Sobre la figura de Marcelino Pascua Martínez véase la voz correspondiente en el *Diccionario Biográfico Español de la Real Academia de la Historia* <<http://www.rah.es/cdeb.htm>>.
31. García Benavides, F.: «Epílogo para después de un paseo con Don Marcelino Pascua». *Rev. Esp. Salud Pública* (revista en la Internet). 2000 (citado el 26 de marzo de 2014) v.74, (mon). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL74/74_m_095.pdf>
32. En realidad, fue el análisis epidemiológico de la tuberculosis y la epidemiología de las enfermedades transmisibles lo que centró la mayoría de las ponencias que se presentaron en la reunión, incluida la conferencia invitada del jefe de los servicios de vigilancia epidemiológica de la OMS, el doctor Ian Carter (Useros Fernández, J. L.: «Crónicas de la SEE». *SEENota* 2003; 30: 16-17).
33. Segura Benedicto, A. y Oñorbe de Torre, J.: «El síndrome del aceite tóxico». *Rev Adm Sanit.* 2006; 4(4): 599-606.
34. Palomo Cobos, L.: «Una conciencia social y profesional en la Sanidad Española de los últimos treinta años», en «Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)...», 2011, p. 6.
35. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», p. 8.
36. Actas SEE. 28/11/1981. F. 19 a 21v.
37. Actas SEE. 13/11/1982. F. 22v y 23a.
38. Actas SEE. 18/11/1983. F. 31v y 32a.
39. Actas SEE. 18/11/1983. F. 31v y 32a.
40. En 1993 se procedió a cambiar de nuevo el domicilio, al volver a ubicarse la sede de la SEE en Barcelona, en el edificio del Colegio de Médicos (Actas SEE. 29/10/1993. F. 10v a 11a del libro 2º de actas).
41. El procedimiento de elección de los cargos directivos se completó con la reforma que tuvo lugar en diciembre de 1991, durante la presidencia de Francisco Bolumar Montrull (Actas SEE. 12/12/1991. F. 96 a 99a). En esta ocasión las novedades afectaban al proceso electoral que debía conducir a la elección o a la renovación de la junta directiva. Se establecía la posibilidad del voto por correo, la obligación de la junta de anunciar —con al menos cuarenta y cinco días de antelación— la fecha de la celebración de las elecciones, los deberes de la Secretaría: enviar a todos los asociados los cargos objeto de elección y los requisitos para poder aspirar a

los mismos; día y hora de la celebración del acto electoral y cierre de las urnas, y la puesta a disposición de todos los asociados del listado de los socios con derecho a voto. Se establecía, asimismo, la fecha para la presentación de candidaturas, la constitución de la mesa electoral y cómo se tenía que proceder al escrutinio.

42. Lamata Cotanda, F. y Pérez Andrés, C.: «25 años después de la reforma sanitaria de Ernest Lluch». *Rev Esp Salud Pública* 2011; 84: 421-426.
43. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986.
44. Camprubi García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986.
45. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 2.
46. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 3.
47. Camprubi García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 1-2.
48. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 4.
49. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 4.
50. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 1-2.
51. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 7.
52. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
53. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 7-8.
54. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 8.
55. Segura Benedicto A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 10.
56. Segura Benedicto A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 10.
57. Segura Benedicto A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 14-15.
58. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 12.
59. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 11.
60. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 11.
61. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 9.
62. «CIBER de Epidemiología y Salud Pública». Plan científico. Enero de 2007. Disponible en: www.ciberesp.es/files/PlanCientifico.pdf.
63. Segura Benedicto, A.: «Docencia e investigación epidemiológica en España...», 1986, p. 12-13.

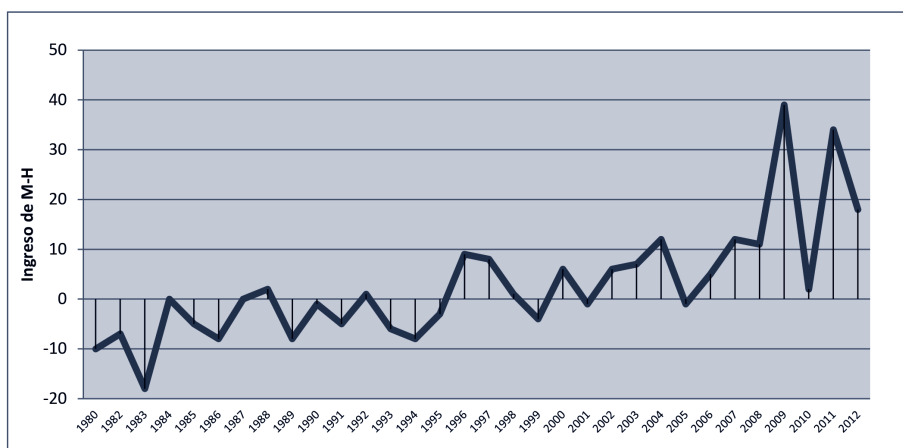
64. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 3-4.
65. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 9.
66. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 11; «Perspectivas de la epidemiología en el Sistema Nacional de Salud». *Boletín de la SEE*. 1986; 1: 2-3.
67. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 12.
68. Oñorbe de Torre, M.: «Epidemiología y autonomías». *Boletín de la SEE*. 1985; 3: 70.
69. Nájera Morondo, E.: «La Epidemiología y la Ley General de Sanidad». *Boletín de la SEE*. 1984; 1: 2.
70. Bolumar Montrull, F.: «The development of epidemiology: Spain...», 2007, p. 435.
71. Rodríguez Ocaña E. y Martínez Navarro F., «Salud Pública en España...», 2008, p. 120.
72. Segura Benedicto, A.: «La evolución de la Salud española en los últimos treinta años». Palomo Cobos, L. (coordinador): *Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)*..., 2011, p. 117.
73. «Editorial». *SEENota* 2010; 1(7/8): 1.
74. Camprubí García, J.: «La Epidemiología aplicada a la planificación y evaluación de servicios y a la vigilancia...», 1986, p. 12.
75. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
76. «Editorial». *Boletín de la SEE*. 1986; 3-4: 57.
77. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.

El perfil y la evolución de los socios de la SEE

De acuerdo con la base de datos disponible,¹ han sido un total de 1849 los socios que han tenido relación con la SEE a lo largo de sus más de treinta y seis años de historia, de los que 1049 se encontraban activos en 2012. La edad de los asociados oscila entre los 24 y 88 años, con una media de edad de 48,24; una desviación típica de 11,23 y una mediana de edad de 52 años.

En la tabla 1 se puede observar la distribución de los socios por sexo y grupos de edad. Aunque las mujeres son mayoría con un 54,2 %, hay que indicar que se trata de una feminización que se ha ido produciendo de forma progresiva, como se puede comprobar en el gráfico 1. De acuerdo con el listado de socios fundadores y numerarios de 1981, del total de socios existentes (183), 135 eran hombres y 48 mujeres, es decir, el 26,6 %. Fue en 1996 cuando se comenzaron a invertir los porcentajes, con un claro predominio de las mujeres.

Gráfico 1. Diferencial por sexo de los socios de la SEE según año de ingreso



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Tabla 1. Distribución de los socios de la SEE por sexo e intervalo de edad

Edad	Hombres	Porcentaje sobre el total de socios en ese rango de edad	Mujeres	Porcentaje sobre el total de socios en ese rango de edad	Total	Porcentaje total	Porcentaje dentro del total de socios Hombres	Porcentaje dentro del total de socios Mujeres	Total
24-39	89	30,2	206	69,8	295	100	18,6	36,3	28,2
40-65	332	49,9	333	50,1	665	100	69,3	58,7	63,6
>66	58	67,4	28	32,6	86	100	13,1	4,9	8,2
Total	479	45,8	567	54,2	1046	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Cuando se analiza la distribución de los socios por sexo e intervalo de edad (tabla 1), se puede observar que casi un 70 % de los socios con edades entre 24 y 39 años son mujeres, al contrario del rango de mayor edad, donde los hombres representan el 67 %.

Al analizar la variable de la residencia declarada de los socios (gráfico 2), los datos arrojan una distribución por comunidades autónomas, donde el mayor porcentaje de socios reside en Cataluña (con un 26 %), seguida de Madrid (con un 18 %) y la Comunidad Valenciana (con un 14,8 %). Sin embargo, cuando observamos la distribución, pero aplicando la tasa de socios por 100 000 habitantes (tabla 2), son Navarra y Aragón las que encabezan el ranquin con el mayor número de socios, seguidas de Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid. Únicamente el 1,6 % de los mismos reside fuera del Estado español, siendo los países de residencia: Alemania, Argentina, Bolivia, Canadá, Chile, EE. UU., Italia, México, Paraguay, Reino Unido y Suiza.

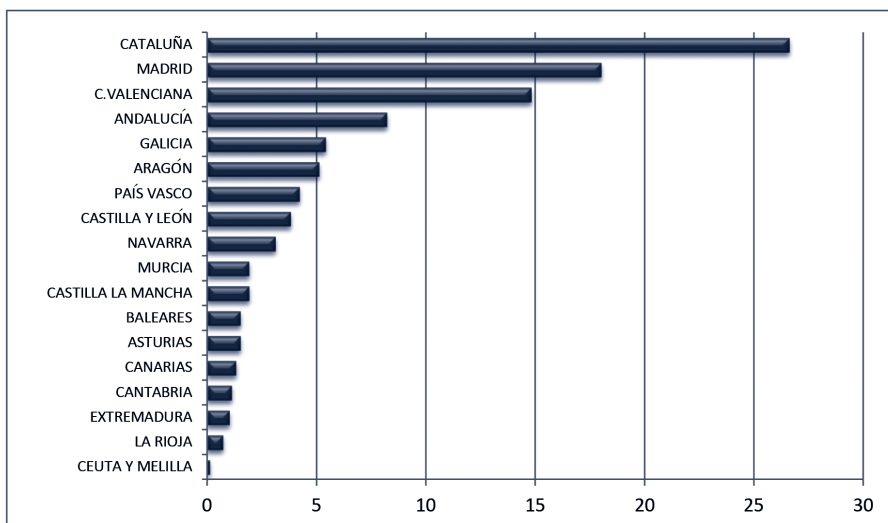
Tabla 2. Distribución de socios de la SEE por CC.AA. en 2012

CC. AA.	Frecuencia	Porcentaje	Tasa de socios por 100 000 habitantes	Ranquin frecuencia	Ranquin tasa
Navarra	32	3,1	4,96	9	1
Aragón	53	5,2	3,93	6	2
Cataluña	273	26,5	3,61	1	3
C. Valenciana	152	14,8	2,96	3	4

Madrid	185	18,0	2,85	2	5
La Rioja	7	0,7	2,16	17	6
Galicia	56	5,4	2,01	5	7
País Vasco	43	4,2	1,96	7	8
Cantabria	11	1,1	1,85	15	9
Castilla y León	39	3,8	1,53	8	10
Asturias	15	1,5	1,39	12	11
Murcia	20	1,9	1,36	10	12
Baleares	15	1,5	1,34	13	13
Andalucía	84	8,2	0,99	4	14
Castilla-La Mancha	20	1,9	0,94	11	15
Extremadura	10	1,0	0,90	16	16
Canarias	13	1,3	0,61	14	17
Ceuta y Melilla	1	0,1	0,61	18	18
Total	1029	100	2,18		

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE) y el padrón de habitantes de 2012

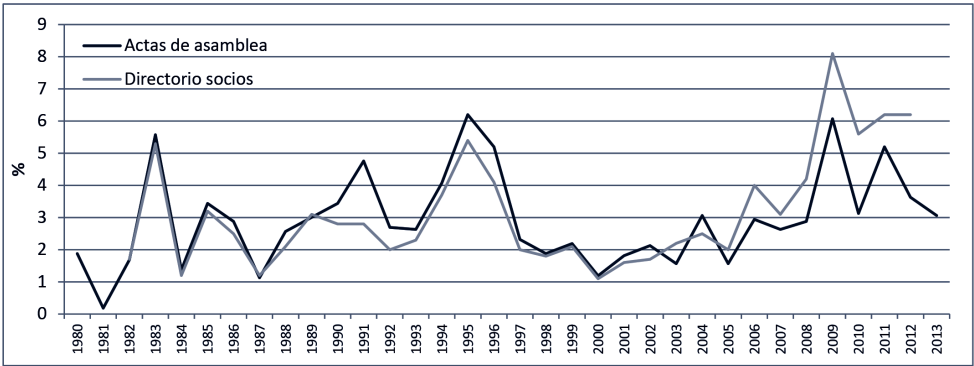
Gráfico 2. Distribución porcentual de los socios de la SEE por CC. AA. de residencia



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

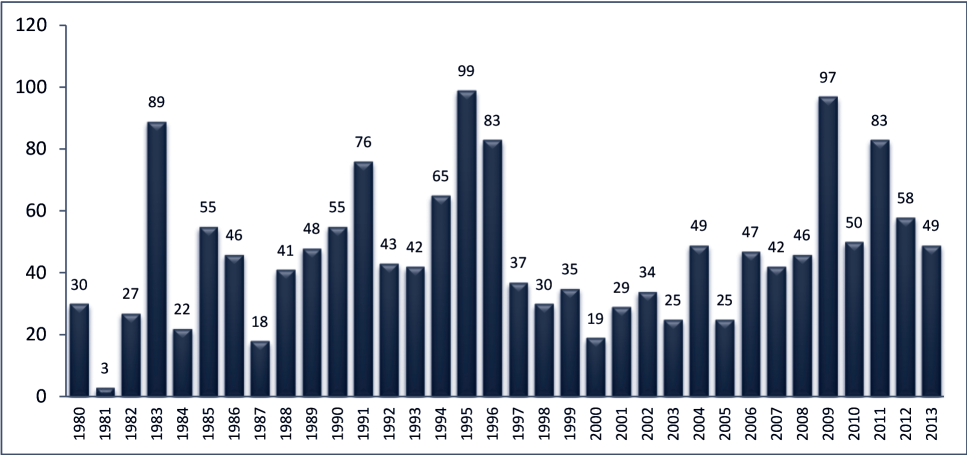
No ha sido posible realizar un análisis de supervivencia de los socios. Solo se ha podido abordar la distribución de los mismos por año de ingreso. Como se puede comprobar en los gráficos 3 y 4, el mayor ingreso de socios se produjo en 1983, coincidiendo con la superación de la crisis de 1981, y en 1995, cuando se llevó a cabo una campaña de captación de socios,² al igual que ocurrió en 2009, al ofrecer a los estudiantes de máster la posibilidad de asociarse gratis durante un año para poder continuar con posterioridad con el pago de la cuota correspondiente. En los últimos años también se ha producido el ingreso de un colectivo importante de socios que declararon la investigación como tipo de trabajo. Se trata de una circunstancia que podría estar relacionada con la consolidación del programa CIBER de Epidemiología y Salud Pública. En los tres casos en los que se incrementó el número de asociados, el porcentaje de los ingresos respecto al total de socios fue superior al 5 %.

Gráfico 3. Comparación porcentual anual del total de altas de socios de la SEE 1980-2013 según dos fuentes de datos



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las actas de las asambleas, actas de las reuniones de la junta directiva, informes publicados en *SEENota*, directorio de socios e informes de gestión, comparado con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

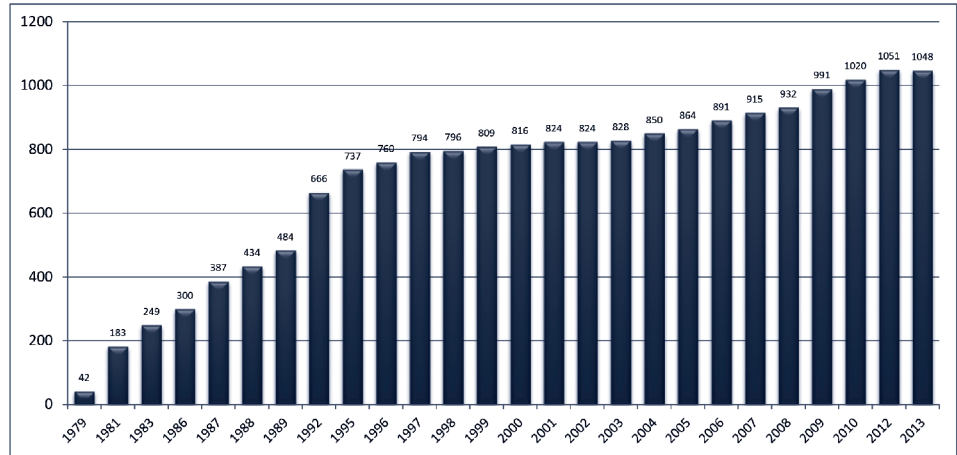
Gráfico 4. Evolución anual del número de altas de socios de la SEE, 1980-2013



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las actas de las asambleas, actas de las reuniones de junta directiva, informes publicados en *SEENota*, directorio de socios e informes de gestión

Como se puede comprobar en el gráfico 5, el crecimiento del número de socios de la SEE ha sido continuo, aunque con un cierto estancamiento entre 1997 y 2003.

Gráfico 5. Evolución del número total de socios de la SEE, 1979-2013



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos de las actas de las asambleas, actas de las reuniones de junta directiva, informes publicados en *SEENota*, directorio de socios e informes de gestión

La base de datos también ha permitido analizar la distribución de los socios de acuerdo con la filiación institucional declarada. Como se puede comprobar en la tabla 3, el 43,5 % pertenece a la categoría de «servicio autonómico de salud», seguido por el grupo de socios que declaran la universidad como institución de afiliación con un 15,7 %, el de los adscritos a hospitales y centros de especialidades con un 13,8 %, y los pertenecientes a escuelas e instituciones de salud pública con un 10,4 %. Estos cuatro colectivos suman más del 80 % de los socios de la SEE.

Tabla 3. Distribución de los socios de la SEE según filiación institucional

Tipo de institución	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Servicios Autonómicos de Salud y Consumo	418	43,5	43,5
Universidades	151	15,7	59,2
Hospitales o Centros de Especialidades	133	13,8	73,0
Escuelas e Instituciones de Salud Pública	100	10,4	83,4
Institutos de investigación	71	7,4	90,8
Instituciones privadas	40	4,2	95,0
Centros de Salud	16	1,7	96,7
Fundaciones	16	1,7	98,4
Servicios Nacionales de Salud y Consumo	5	0,5	98,9
Otros	11	1,1	100,0
Total	961	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Junto a la institución declarada, se ha analizado también el tipo de trabajo que afirman desempeñar los socios (tabla 4). El mayor porcentaje, un 34,7 %, realiza una actividad relacionada con la promoción de la salud, seguida por los sistemas de información, con un

20,5 %, y la vigilancia epidemiológica, con un 14,9 %. El porcentaje de socios dedicado a estas tres actividades representa más del 70 % del total de asociados.

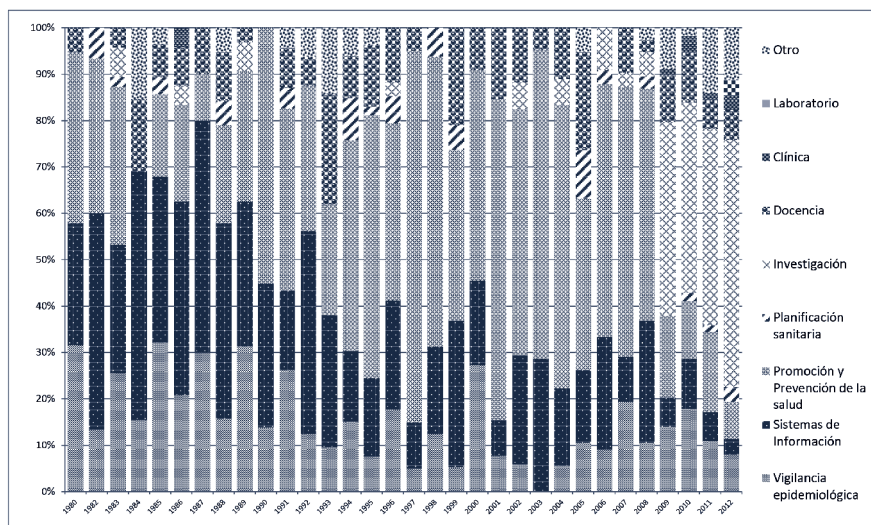
Tabla 4. Distribución de los socios de la SEE según tipo de trabajo

Tipo de Trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Promoción de la salud	325	34,7	34,7
Sistemas de información	191	20,5	55,2
Vigilancia epidemiológica	139	14,9	70,1
Investigación	131	14,0	84,1
Docencia	78	8,4	92,5
Planificación sanitaria	21	2,3	94,8
Clínica	7	0,8	95,6
Laboratorio	2	0,2	95,8
Otro	39	4,2	100,0
Total	933	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Sin embargo, cuando se analiza la evolución temporal de la distribución de los socios según el tipo de trabajo declarado (gráfico 6), se puede observar cómo ha ido perdiendo importancia el colectivo que se dedicaba a las actividades relacionadas con los sistemas de información y la vigilancia epidemiológica y, por el contrario, cómo han ido aumentando los que declaran trabajar en el ámbito de la promoción de la salud. Resulta particularmente llamativo el incremento que se registra a partir de 2009 de los que declaran la investigación como actividad y que, como ya se ha indicado, coincide con uno de los años donde se registra un mayor número de ingreso de socios y con la consolidación del CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

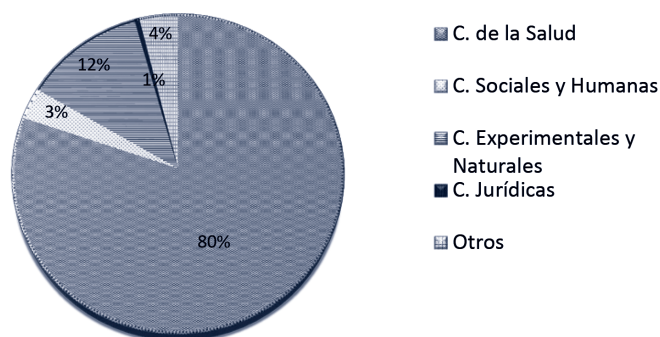
Gráfico 6. Evolución anual del porcentaje de socios por tipo de trabajo



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

En cuanto a la profesión declarada de los socios (gráfico 7), el 80 % pertenece al ámbito de las ciencias de la salud. En segundo lugar, con un 12 %, se sitúan aquellos cuya titulación pertenece al ámbito de las ciencias experimentales.

Gráfico 7. Distribución porcentual de los socios por áreas de conocimiento de la titulación básica



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Cuando se analiza la distribución de los socios de acuerdo con la profesión declarada (tabla 5), medicina agrupa al 67,2 % de los socios, seguida por estadística con un 6 % y farmacia con un 4,2 %. Únicamente el 3,3 % (34 socios) se declaran profesionalmente epidemiólogos.

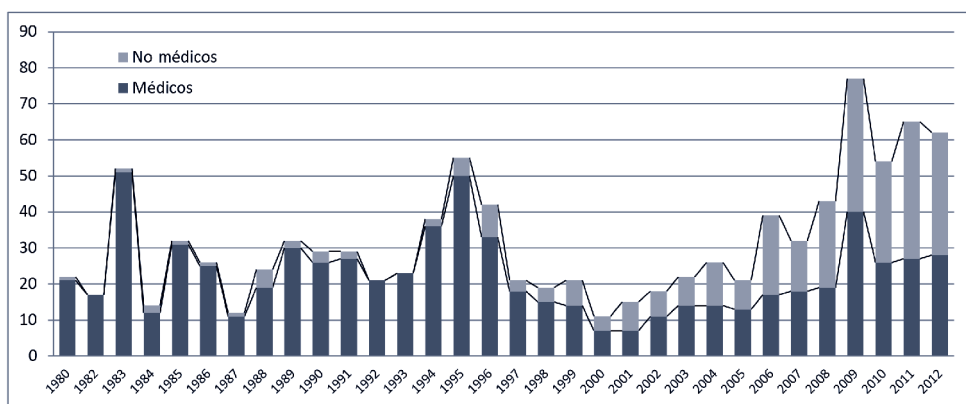
Tabla 5. Distribución de los socios de la SEE agrupados por profesión

Profesión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina	691	67,2	67,2
Estadística	62	6,0	73,2
Farmacia	43	4,2	77,4
Investigación	45	4,4	81,8
Epidemiología, Salud pública	34	3,3	85,1
Enfermería	33	3,2	88,3
Docencia	23	2,2	90,5
Biología	23	2,2	92,8
Psicología	20	1,9	94,7
Veterinaria	13	1,3	96,0
Sociología	7	0,7	96,7
Nutrición	5	0,5	97,2
Odontología	3	0,3	97,5
Ingeniería	3	0,3	97,7
C. Ambientales	3	0,3	98,0
Informática, Física y Matemáticas	5	0,5	98,5
C. Políticas	2	0,2	98,7
Otros	13	1,3	100,0
Total	1028	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE). La categoría medicina incluye: medicina general, médico residente, medicina familiar y comunitaria, medicina preventiva, pediatría, medicina del trabajo. La categoría investigación incluye también a los becarios. La de enfermería a diplomados universitarios de enfermería y matronas. Psicología a psicopedagogía. Y otros a economía, demografía, antropología, química, geografía

Como se puede observar en el gráfico 8, es en los últimos años de la serie cuando se incorporan socios con una titulación no médica, frente al predominio casi absoluto del colectivo médico en la primera etapa de existencia de la SEE. Se trata de una progresiva desmedicalización de los socios que ingresan, merecedora de ser analizada con mayor detenimiento. Habría que contemplar la influencia que han podido tener en este cambio variables relacionadas, por ejemplo, con la dinámica de los grupos de investigación —en la línea ya apuntada de la consolidación del CIBER de Epidemiología y Salud Pública— y la incorporación de otros profesionales, en particular los estadísticos.

Gráfico 8. Distribución anual del número de socios de la SEE por titulación básica (médico vs. no médico)



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

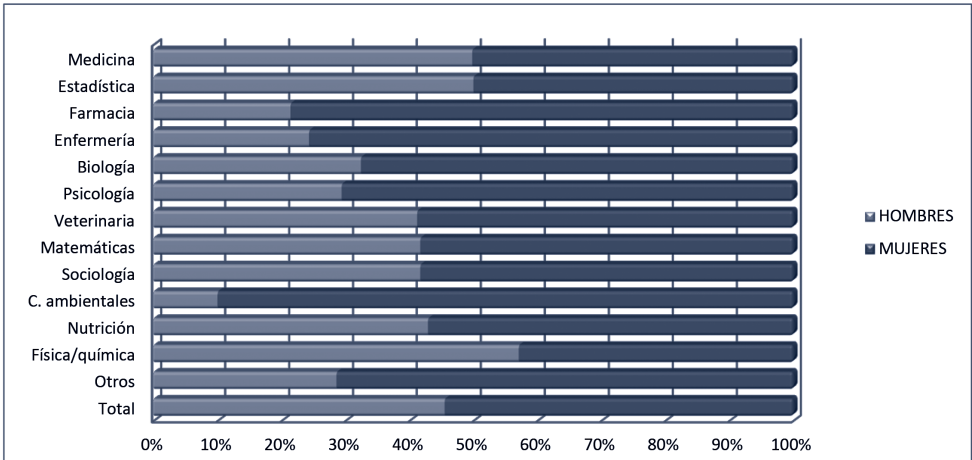
El análisis de la distribución de los socios por sexo y por titulación declarada (gráfico 9), corrobora tanto la creciente feminización que se viene observando en las aulas universitarias españolas,³ como los resultados obtenidos al analizar el perfil que arrojan las variables sexo y edad. Se aprecia un mayor número de mujeres en las titulaciones no médicas, es decir, las que declaran los socios que se han ido incorporando con posterioridad, sobre todo a partir del año 2000. Su menor presencia en el colectivo de los socios médicos estaría explicada por el predominio de los hombres hasta 1996.

Al analizar la formación declarada por los socios de la SEE, más del 90 % reúne la condición de licenciado.

En cuanto a la formación de posgrado que declaran los socios de la SEE (tabla 6), 332 afirman haber cursado algún máster (31,7 %), 215 alguna especialidad (20,5 %) y 198 el

doctorado (18,9 %). Las mujeres son mayoritarias en el caso del máster y la especialidad, no así en el doctorado. Esta última circunstancia podría estar explicada por una mayor presencia de los hombres en los grupos de más edad, pero también por las barreras que conlleva el género en el momento de intentar obtener un doctorado.⁴

Gráfico 9. Distribución del porcentaje de socios por sexo y titulación básica



Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Tabla 6. Formación de posgrado declarada por los socios de la SEE

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia de socios que no ha realizado posgrado	Porcentaje del total de socios SEE que no ha realizado posgrado	Porcentaje respecto al total de las tres titulaciones de posgrado	Porcentaje de mujeres respecto al total de socios con posgrado	Porcentaje de hombres respecto al total del posgrado
Máster	332	31,7	716	68,3	44,6	62,7	37,3
Especialidad	215	20,5	833	79,5	28,9	54,0	46,0
Doctorado	198	18,9	850	81,1	26,6	46,0	54,0

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Como se puede comprobar en la tabla 7, del total de socios que cuentan con una titulación de máster, el 60,2 % cuenta con un máster de Salud Pública, y únicamente el 10,8 % ha realizado un máster de perfil epidemiológico.

Tabla 7. Perfil de los socios de la SEE según su titulación de máster

Área	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Salud Pública	200	60,2	60,2
Ciencias de la Salud	48	14,5	74,7
Epidemiología	36	10,8	85,5
Estadística	9	2,7	88,2
Medicina	7	2,1	90,3
Ciencias ambientales	5	1,5	91,8
Biología	2	0,6	92,4
Ciencias Políticas	2	0,6	93,0
Demografía	2	0,6	93,6
Otros	21	6,3	100,0
Total	332	100,0	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

En el caso de la especialidad, de acuerdo con los datos recogidos en la tabla 8, la mayoría (un 52,1 %), manifiestan haber realizado la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, un 18,6 % alguna especialidad relacionada con otras ramas de la Medicina y un 14 % la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. También se puede observar que el 4,2 % ha realizado alguna especialidad relacionada con la epidemiología y un 3,7% con la salud pública.

Los resultados que ofrece el análisis de la variable doctorado (tabla 9), como era de esperar, ponen de manifiesto un predominio de los socios procedentes de Medicina, con un 66,7 %. Hay que recordar que durante mucho tiempo este fue el único doctorado al que podían optar los médicos, el colectivo mayoritario dentro de la SEE. Bajo la denominación de doctor en Medicina se puede encontrar todo un amplísimo catálogo de materias, incluidas también las relacionadas con la salud pública. En cualquier caso, tomando en consideración los datos disponibles, únicamente el 5,1 % y el 3 % (16 socios), afirman disponer de un doctorado en Salud Pública o Epidemiología, respectivamente.

Tabla 8. Perfil de los socios de la SEE según la especialidad

Área	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina Preventiva y Salud Pública	112	52,1	52,1
Medicina	40	18,6	70,7
Medicina Familiar y Comunitaria	30	14	84,7
Epidemiología	9	4,2	88,9
Salud Pública	8	3,7	92,6
Ciencias de la Salud	5	2,3	94,9
Psicología	3	1,4	96,3
Estadística	3	1,4	97,7
Farmacia	2	0,9	98,6
Otros	3	1,4	100
Total	215	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Tabla 9. Perfil de los socios de la SEE según su titulación de doctorado

Doctorado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina	132	66,7	66,7
Salud Pública	10	5,1	71,8
Farmacia	10	5,1	76,8
Biología	6	3,0	79,8
Epidemiología	6	3,0	82,9
Psicología	4	2,0	84,9
Economía	3	1,5	86,4
Matemáticas	3	1,5	87,9
Veterinaria	3	1,5	89,4
Sociología	2	1,0	90,4
Otros	19	9,6	100,0
Total	198	100,0	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Por último, en lo relativo a las titulaciones de posgrado, también se ha considerado oportuno realizar un análisis específico del perfil de los socios que declaran poseer la titulación de Medicina (tabla 10), por tratarse del colectivo más numeroso. De 721 socios médicos, 214 han realizado algún estudio de máster (64,5 % del total de socios que han cursado un máster), 143 de doctorado (72,2 % del total de socios que han obtenido un doctorado), y 195 alguna especialidad (el 90,7 % del total de socios que tienen una especialidad). En total son 552 los socios titulados en Medicina que declaran un posgrado (76,5 %).

Tabla 10. Distribución de los socios de la SEE cuya formación básica es Medicina y con titulación de posgrado

	Médicos con posgrado	Porcentaje	Médicos sin posgrado	Porcentaje
Máster	214	29,7	507	70,3
Especialidad	195	27	526	73
Doctorado	143	19,8	578	80,2
Total	552	76,5	169	23,4

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

De los médicos que han realizado alguna especialidad (tabla 11), el 56,4 % la obtuvo en Medicina Preventiva y Salud Pública, el 19,5 % en alguna otra especialidad médica, y el 15,4 % en Medicina Familiar y Comunitaria. También cabe destacar que un 4,1 % tiene una especialidad relacionada con la salud pública y un 2,6 % con la epidemiología.

Tabla 11. Distribución de los socios de la SEE cuya formación básica es Medicina y área de especialidad

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina Preventiva y Salud Pública	110	56,3	56,3
Medicina	38	19,5	75,8
Medicina Familiar y Comunitaria	30	15,4	91,2
Salud Pública	8	4,1	95,3
Epidemiología	5	2,6	97,9
Otros	4	2,1	100
Total	195	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE (proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

En el caso del doctorado (tabla 12), el 88,8 % de los socios que tienen una titulación en Medicina tienen un doctorado relacionado con la misma, y un 2,1 % con Epidemiología y Salud Pública. Si comparamos estos resultados con los obtenidos al analizar el total de socios que declaran tener un doctorado (tabla 9), podemos observar que solo 6 de los 16 que afirmaban haber realizado un doctorado en Salud Pública o Epidemiología tiene un perfil médico. Este dato viene a corroborar la creciente incorporación de profesionales no médicos al ámbito de la investigación en epidemiología y salud pública.⁵

Tabla 12. Distribución de los socios de la SEE con titulación de Medicina y por área de doctorado

Doctorado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina	127	88,8	88,8
Salud Pública	3	2,1	90,9
Epidemiología	3	2,1	93,0
Farmacia	2	1,4	94,4
Otros	8	5,6	100
Total	143	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

Por último, entre los licenciados en Medicina que declaran haber cursado un máster (tabla 13), se observa que en el 66,8 % de los casos se trata de un máster de Salud Pública, y en el 12,6 % de un máster de Epidemiología.

Tabla 13. Distribución de los socios de la SEE con titulación de Medicina y por área de máster

Máster	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Salud Pública	143	66,8	66,8
Ciencias de la Salud	27	12,6	79,4
Epidemiología	27	12,6	92,0
Estadística	5	2,3	94,3
Medicina	3	1,4	95,7
Nutrición	1	0,5	96,2
Otros	8	3,8	100
Total	214	100	

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos del directorio de socios de la SEE
(proporcionado por la secretaría técnica de la SEE)

A modo de resumen del análisis del perfil de los socios que forman parte de la SEE, y con la cautela que imponen las limitaciones que ofrece la base de datos disponible, se puede destacar un progresivo aumento en el número de mujeres y también una desmedicalización; así como la importancia de los socios que tienen su residencia en Cataluña y en la Comunidad Valenciana y el cierto grado de envejecimiento que muestra el colectivo. El fenómeno de la desmedicalización se ha acelerado en los últimos años y aparece relacionado con un mayor ingreso de socios que declaran la investigación como tipo de trabajo.

Por otra parte, la filiación institucional declarada refleja el monopolio casi absoluto de las administraciones públicas como lugar de trabajo de los socios de la SEE, al mismo tiempo que destaca el número de socios que afirman estar trabajando en temáticas relacionadas con la promoción de la salud.

Finalmente, en materia de formación de posgrado, destaca la cualificación profesional y académica que declaran los socios. Una parte importante afirma disponer de alguna especialidad, un máster (mayoritariamente relacionado con la salud pública) o un doctorado.

Sin embargo, no parece oportuno finalizar este apartado sin llamar la atención sobre la necesidad de proceder a una reestructuración de la base de datos relacionada con las características de los socios.⁶ Además de actualizar la información disponible, habría que establecer criterios e instrumentos (homologados o automatizados) que permitan, más allá de las necesidades y exigencias administrativas, una explotación y un análisis más acordes con las necesidades informativas y prospectivas de la SEE.

NOTAS

1. La información utilizada para analizar los perfiles y las características de los socios de la SEE proceden de la base de datos de la secretaría técnica de la SEE. Hay que indicar, sin embargo, que como consecuencia de haber sido diseñada con fines fundamentalmente administrativos, su explotación ha planteado una serie de problemas y limitaciones que obligan a interpretar con cautela los resultados obtenidos. Entre las principales dificultades podemos destacar las siguientes:
 - Falta de homogeneidad en el proceso de incorporación de los datos que afecta a la titulación, tipo de institución, tipo de trabajo, profesión, cargo, etc. Estas variables se han modificado a lo largo del tiempo sin controlar los criterios de categorización. Esto ha obligado a una homogeneización que imputa los datos de estas variables en diversos casos.
 - Inconsistencia en la actualización de los datos, ya que el uso de diversos formularios obligó a una puesta al día de los que se recogieron en fechas dispares.
 - Falta de un documento explicativo de los códigos o de la explicación de las variables vinculadas. Hubiera sido deseable disponer de él para identificar las categorías de las variables que contiene la base de datos sin ninguna ambigüedad y sin pérdidas de información.
 - Pérdidas de información y ausencia de seguimiento en las bajas de socios, razón por la que no se ha podido establecer el perfil de los que se han dado de baja.
2. Actas SEE, 10/11/1994. F. 18 a 21v del libro 2º de actas.
3. Vázquez Vega, P. y Perera P.: *Un análisis del proceso de feminización de las aulas universitarias*. Documentos de trabajo FEDEA, 2007; 27: 1-23.
4. Pérez Sedeño, E. (Dir.): *La situación de las mujeres en el sistema educativo de ciencia y tecnología en España*. Madrid: Programa de Análisis y estudios de Acciones Destinadas a la Mejora de la Calidad de la Enseñanza Superior y de Actividades del Profesorado Universitario (REF: S2/EA2003-0031). Disponible en: <http://www.amit-es.org/assets/files/publi/eulalia_perez_sedeno_2004.pdf>
5. En un estudio realizado en 2011 sobre los investigadores jóvenes (menores de 35 años) de la SEE (240 de los 1008 socios en 2011), habían cursado Medicina el 27 %, Estadística el 20 %, Farmacia el 8 %, Biología el 6 %, Enfermería el 5 % y el porcentaje restante correspondía a más de 15 disciplinas diferentes (López, M.J.: «Continente X. Ser joven y dedicarse a la epidemiología: ¿sinergia de factores de riesgo?» *Gac Sanit.* 2014; 28[1]:1-3).
6. En septiembre de 1986 ya se planteó por parte de la Sociedad la necesidad de mejorar la información relativa a los socios, llegándose a preparar un cuadernillo de registro de actividades profesionales, investigación y docencia de los mismos (Registro de actividades, investigación y docencia de los miembros de la Sociedad. *Boletín de la SEE*. 1986; 3-4: 63-66).

Las juntas directivas de la SEE

Como se puede comprobar en la tabla 1, a lo largo de la existencia de la SEE se han sucedido un total de diez presidencias, de las cuales el cargo estuvo ocupado por una mujer en una sola ocasión. Otro tanto ocurrió con la secretaría, cuyo puesto fue desempeñado nueve veces por hombres y solo una vez por una mujer.

En el caso de la vicepresidencia y la tesorería la presencia de mujeres fue mayor, un 33,3 % en el primer caso (tres sobre nueve) y un 44,4 % en el segundo (cuatro sobre nueve). Así mismo, al analizar los socios que conforman el listado de los 37 que han formado parte de las juntas directivas en calidad de vocales, aparecen 14 mujeres, es decir el 37,8 %. Sobre el total de los 70 socios que han colaborado en las tareas directivas, 20 son mujeres (el 28,5 %).

Se trata de porcentajes que quedan muy lejos de la representación que les correspondería asumir a las mujeres, ya que suponen más del 50 % del total de socios, tal como ha quedado reflejado en el apartado dedicado a analizar el perfil y las características de los socios. Hay que señalar que la mayor incorporación de las mismas a las tareas directivas se produjo sobre todo en los últimos años, coincidiendo con la inversión del porcentaje hombres/mujeres en el colectivo de socios que tuvo lugar, a partir de 1996, en favor de las segundas.

La primera noticia documental sobre los problemas de paridad la encontramos en 2006. En la Asamblea ordinaria de la SEE que tuvo lugar en Logroño, Carmen Borrell Thió trasladó su malestar, como representante del grupo de género de la SEE, por la ausencia de ponentes femeninos en las sesiones plenarias de la XXIV Reunión Anual.¹

La formulación de aquella queja coincidió con la elección de Teresa Brugal Puig como presidenta de la SEE, y con la conformación de una junta directiva donde las mujeres eran mayoría, al ocupar por primera vez tanto la presidencia como la secretaría, la tesorería y dos de las tres vocalías.²

Como reconocía Teresa Brugal Puig, existía un cierto consenso en incrementar la presencia de mujeres en las responsabilidades directivas de la SEE: «Ese fue uno de los argumentos que esgrimieron mis compañeros para que me presentara y que hicieron decantar la balanza»³. Hay que indicar, sin embargo, que no finalizó su mandato. En la carta dirigida a los socios donde explicaba las razones de su dimisión, además de apuntar los problemas de conciliación que suelen acompañar a las mujeres,⁴ realizaba un balance de su gestión:⁵

Debido a cambios en mi vida profesional y otras circunstancias personales no puedo dedicar a la SEE el esfuerzo y la dedicación que merece. En los últimos meses la sensación de no poder dar respuesta a todas las demandas de la Sociedad se había hecho acuciante [...] por ello presento mi dimisión como presidenta [...] en este tiempo hemos creado la Fundación de la SEE, publicado diversas monografías, modernizado la página web de la sociedad, organizado tres congresos y otras múltiples actividades más.

En 2012 se publicaba en *SEENota-e* una carta firmada por 112 socios y socias de la SEE en la que se denunciaban las desigualdades de género que continuaban existiendo dentro de la Sociedad, «al quedar relegadas las mujeres a papeles que se consideran menos importantes que los hombres»⁶ Aunque se reconocía que se habían producido avances, se pedía a la junta directiva que se dieran pasos adelante.

Fue en el marco de la reforma de los estatutos que tuvo lugar en 2012 (aprobada en la Asamblea de la SEE de octubre de 2013) cuando la SEE incorporó en sus principios de gobierno el conseguir un apropiado equilibrio entre socios y socias para el desempeño de funciones de gestión y directivas de la Sociedad.⁷

En relación con la procedencia geográfica de los cargos directivos destaca el grupo de los residentes en Barcelona y, en general, la importancia que ha tenido el eje Cataluña-Comunidad Valenciana. Se trata de una circunstancia que se corresponde con la relevancia que tienen en la SEE los socios procedentes de ambas regiones, ya que representan más del 40 % del total de asociados. Tampoco hay que olvidar otras consideraciones relacionadas con el protagonismo de Barcelona y lo que representó el contexto sanitario catalán en los inicios de la Sociedad, o la importancia de ambas regiones desde el punto de vista científico y académico, y más concretamente el desarrollo alcanzado por la epidemiología y la salud pública en los contextos universitarios catalán y valenciano.

Tabla 1. Relación de socios que han ocupado cargos de responsabilidad en la SEE (1978-2013)

PRESIDENCIAS	
Andreu Segura Benedicto (1978-1979)	Miquel Porta Serra (1994-1998)
Enrique Nájera Morondo (1979-1982)	Ferran Martínez Navarro (1998-2002)
Joan Clos Matheu (1982-1986)	Ildefonso Hernández Aguado (2002-2006)
Francisco Javier Catalá Villanueva (1986-1990)	Teresa Brugal Puig (2006-2009)
Francisco Bolumar Montrull (1990-1994)	Fernando García Benavides (2009-2014)
VICEPRESIDENCIAS	
Luis Carlos González Pérez (1979)	Luis Carlos González Pérez (1999-2004)
Ricardo Saiegh-Abiad (1979-1982)	Rosa Ramírez Fernández (2004-2008)
Francisco Javier Catalá Villanueva (1982-1986)	Isabel Ruiz Pérez (2008-2012)
Miguel Carrasco Asenjo (1986-1992)	Esteve Fernández Muñoz (2012-2014)
Emilio Sánchez Cantalejo (1992-1996)	
María Victoria Zunzunegui Pastor (1996-1999)	
SECRETARÍA	
Joan Clos Matheu (1979)	Jesús Vioque López (1994-1998)
Ferran Martínez Navarro (1979-1982)	Jaume Marrugat de la Iglesia (1998-2002)
Eduardo Spagnolo de la Torre (1982-1986)	Santiago Pérez Hoyos (2002-2006)
Josep María Antó Boqué (1986-1990)	Vicenta Escribà Agüir (2006-2010)
Jordi Alonso Caballero (1990-1994)	Francisco González Morán (2010-2014)

TESORERÍA

Emiliano Azón Soto
(1979)

José Miguel Serafín Mata de la Torre
(1979-1982)

José Angel Oñorbe de Torre
(1982-1988)

Fernando Rodríguez Artalejo
(1988-1992)

María José Tormo Díaz
(1992-1996)

Herme Vanaclocha Luna
(1996-2000)

Teresa Brugal Puig
(2000-2004)

Anna Schiaffino Rubinat
(2004-2008)

Albert Espelt Hernández
(2008-2012)

Carmen Vives Cases
(2012-2014)

VOCALÍAS

(1978-1979)

Joan Clos Matheu

Patricio Garrido Morales

Miguel Gili Miner

Esteban Lamote de Grignon Querol

(1979)

Macario Fernández Álvarez

Alicia Llácer Gil de Ramales

Elvira Ramos García

(1979-1982)

Emiliano Azón Soto

Xavier Bosch José

Carmen Navarro Sánchez.

(1982-1986)

Carmen Moya García

Rafael Nájera Morrondo

José Luis Useros Fernández

(1986-1988)

Juan Manel Cabasés Mita

Angel del Moral Aldaz

Carmen Moya García

(1988-1990)

Fernando García Benavides

Isabel Izarzugaza Lizarraga

Salvador Mateo Ontañón

(1990-1992)

Isabel Izarzugaza Lizarraga

José María Martín Moreno

Salvador Mateo Ontañón

(1992-1994)

Carlos Aibar Remón

Antoni Plasencia i Taradach

José María Martín Moreno

(1994-1996)

Carlos Aibar Remón

José Ramón Banegas Banegas

Antoni Plasencia i Taradach

(1996-1998)

José Ramón Banegas Banegas

Carme Borrell Thió

Enrique Vázquez

(1998-2000)

Carme Borrell Thió
Marisa Rebagliato Ruso
Enrique Vázquez

(2000-2002)

Ferrán Ballester Díez
Xurxo Hervada Vidal
Marisa Rebagliato Ruso

(2002-2004)

Ferrán Ballester Díez
Xurxo Hervada Vidal
Marina Pollán Santamaría

(2004-2006)

Juan de Mata Donato Campos
Socorro Fernández Arribas
Marina Pollán Santamaría

(2006-2008)

Juan de Mata Donato Campos
Socorro Fernández Arribas
Antonia Galmés Truyols

(2008-2010)

Dolors Coll Jordá
Antonia Galmés Truyols
Alberto Ruaño Raviña

(2010-2012)

Dolors Coll Jordá
Beatriz Pérez Gómez
Alberto Ruaño Raviña

(2012-2014)

Beatriz Pérez Gómez

(2012-2016)

José María Mayoral Cortés
Ana M. Novoa Pardo

Fuente: Elaboración propia a partir de la información contenida en las actas de las reuniones de las juntas directivas y de las asambleas de la SEE

1. Actas SEE. 4/10/2006. Un folio sin numerar del libro 4º. Como reflejan los resultados obtenidos al analizar las reuniones científicas de la Sociedad (véase el apartado de actividades de la SEE), la presencia de mujeres como conferenciantes, ponentes o moderadoras no se ajusta al criterio de la paridad. Se trata, en cualquier caso, de una cuestión que no era privativa de la SEE. En 2010 se publicaba un trabajo colectivo donde se denunciaba la persistencia de desigualdades de género en las sociedades profesionales de Salud Pública (Morrison, J. *et ál.*: «Desigualdades de género en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2000-2009)». *Gac Sanit.* 2010; 24[4]: 334-338). Aunque se reconocía que se había producido un ligero aumento en la participación de las mujeres en juntas directivas, comités científicos, comités organizadores, etc., e incluso se destacaba que la SEE era la que contaba con más paridad de género, se insistía en la necesidad de seguir avanzando en el análisis de las causas y en la promoción de acciones que permitieran corregir las desigualdades.
2. Actas SEE. 04/10/2006. Un folio sin numerar del libro 4º.
3. «Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014». Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
4. Al ser preguntada por su experiencia al frente de la SEE y por el episodio de la dimisión («Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014». Proyecto *Crónica de la SEE [1978-2014]*), insistía en los problemas de conciliación y la sobrecarga de roles: «A la mujer le cuesta decidirse en el momento de tener que asumir el cargo [...] porque las mujeres tienen muchas más cargas aparte del trabajo, la carga familiar, etc. [...] yo creo que la mujer lo tiene mucho más difícil [...] el hombre tiene una forma de enfrentarse a estos cargos distinta».
5. Brugal Puig, T.: «SEE Informa»: «Carta de la Presidenta». *SEENota*. 2006; 47: 2.
6. «Las desigualdades de género y edad en la SEE ¿Permanece el techo de cristal?» *SEENota-e* 2012; 3(10): 9.
7. En el título IV de los Estatutos se introducían los principios de gobierno de la SEE, con el objeto de garantizar el funcionamiento democrático interno y establecer los principios éticos y democráticos que deben guiar el mismo. Se exponía la declaración de las relaciones de interés de la SEE y de la junta directiva, el seguimiento de un código de buenas prácticas y de buen gobierno y, según el comité de ética, el fomento de la participación, al aplicar políticas informativas dirigidas a los asociados sobre la situación de la asociación y las actividades que se desarrollasen. Se buscaba favorecer la transparencia para todas las personas socias de la SEE, al facilitar el acceso en la web a todas las actas y todos los documentos fundamentales de gobierno y gestión de la Sociedad, al fomentar el equilibrio de socios y socias en puestos de representación y gobierno de la SEE, y al promover también el equilibrio profesional para lograr una distribución ecuánime y variada de personas para el desempeño de funciones directivas y de gestión, en lo referido al ámbito territorial y profesional, una vez satisfechos los criterios de capacidad y méritos.

Junto a estas novedades relacionadas con los principios del buen gobierno, la reforma de 2012 modificaba por primera vez los objetivos de la Sociedad. Así, el artículo 3º, además de mantener como finalidad el cultivar y fomentar el estudio y el mejor conocimiento de la epidemiología y posibilitar aquellos medios adecuados a tal fin, recogía que «el objetivo de la epidemiología es el estudio de la enfermedad en poblaciones humanas, por lo que el beneficiario de estas actividades es la colectividad en general, la que se beneficia directamente de los trabajos de investigación y desarrollo promovidos por la asociación». Se mantenía la finalidad de favorecer la difusión y contenido de la metodología epidemiológica, de tal modo que se contribuía a la promoción de la salud pública, pero se añadía: «Para tal fin se convocarán reuniones de tipo científico y se promoverán todas aquellas actividades apropiadas para la consecución de sus fines que, sin duda, repercutirán en beneficio de la Sociedad, entre las que se incluyen alianzas nacionales e internacionales con sociedades afines».

La reforma también afectó a los órganos de dirección de la SEE. Se mantenía la estructura de una junta integrada por una presidencia, una vicepresidencia, una secretaria, una tesorería y tres vocalías, pero se introducía la figura de la presidencia saliente, que se incorporaba a la junta pero sin derecho a voto. Con dicha reforma, la vicepresidencia, la presidencia y la presidencia saliente podían ser ocupadas por la misma persona por períodos de dos años consecutivos y en la secuencia indicada. Cada dos años la Asamblea General extraordinaria debía elegir a la persona que fuera a ocupar la vicepresidencia durante dos años, pasando a ocupar a continuación la presidencia por un período de otros dos, transcurrido el cual pasaría a ocupar la presidencia saliente durante un plazo máximo de dos años. El resto de cargos de la junta directiva también debían ser elegidos en Asamblea General extraordinaria por un período de cuatro años, salvo revocación o renuncia, no pudiendo ser elegidos sus miembros por más de dos períodos consecutivos. Se trataba de cambios que modificaban sustancialmente el modelo de renovación parcial de la junta directiva que se estableció en 1983, al mismo tiempo que se asignaba la continuidad en la gestión a la presidencia con el prolegómeno de la vicepresidencia y la prolongación de la presidencia saliente.

En el título IV, además de introducir los principios de gobierno de la SEE, se abordaba todo el tema de los patrocinios y cuestiones relacionadas con la financiación de la Sociedad. En 2005 (Actas SEE. 2/11/2005. Dos folios sin numerar del libro 4º), se había introducido la figura del socio patrocinador para quienes realizasen aportaciones de más de 3000 euros, pero dejando fuera a entidades dedicadas a actividades relacionadas con la producción, distribución y venta de tabaco, armas, sucedáneos de leche materna que pudieran desincentivar la lactancia materna, drogas de abuso, que emplearan a menores, que promovieran actitudes segregacionistas hacia cualquier minoría o grupo social, que no respetaran las normas en la investigación en humanos o animales y las que de un modo u otro no respetaran las normas éticas de buenas prácticas científicas, entraran en conflicto con los intereses de la SEE o violaran derechos constitucionales de cualquier tipo. La junta directiva asumía la responsabilidad de velar por el cumplimiento de estas condiciones.

En 2006 (Actas de la SEE. 4/10/2006. Un folio sin numerar del libro 4º), se aprobó un cambio en la redacción del artículo 19, al incorporar un nuevo apartado dedicado a permitir a la SEE «la

constitución de fundaciones; confederaciones, coordinadoras o similares; incorporación a uniones ya constituidas o la separación de ellas». Antes, en octubre de 2001 (Actas SEE. 17/10/2001. Un folio sin numerar del libro 3º), se introdujo en el artículo 1 de los Estatutos el término «sin ánimo de lucro», ya que era necesario para poder optar a ayudas públicas para la organización de reuniones, y en el artículo 8º se incorporó la figura del «socio protector», con el objeto de abrir la posibilidad a que instituciones públicas o privadas pudiesen realizar aportaciones económicas a la SEE y permitir a la junta invertir las en actividades científicas.

En 2007 se constituyó la Fundación de la SEE con el objetivo de dotar a la Sociedad «de un instrumento para la mejor gestión de los fondos captados, ya que la Fundación podrá efectuar transacciones económicas entre las que se incluye la facturación, que tantos problemas nos han ocasionado en los últimos años» («SEEdestaca/SEEinforma». *SEENota*. 2007; 41.1-2). La Fundación fue suprimida cinco años después «en atención a su poca utilidad» («SEEhace»: *SEENota-e*. 2012; 3[4]: 5).

Las actividades de la SEE

EL BOLETÍN Y LOS MECANISMOS DE COMUNICACIÓN DE LA SEE

Una de las características más destacadas de la SEE ha sido su capacidad para generar mecanismos de comunicación. Estas iniciativas no solo han permitido disponer de canales para hacer llegar a los socios la información y las noticias relacionadas con las actividades que organiza o en las que participa, sino que se han convertido en muchas ocasiones en plataformas para el debate interno, al mismo tiempo que han adquirido la condición de vehículos de comunicación científica y han permitido trasladar al conjunto de la sociedad su posición como interlocutor experto.

En otros capítulos de la monografía se ofrecen ejemplos de la importancia y la calidad de los contenidos que se recogieron en los diferentes formatos del boletín informativo y otros instrumentos de comunicación que se han ido sucediendo a lo largo de las más de tres décadas de existencia de la SEE (véase la tabla 1). En este apartado se abordará su evolución y principales características.

Tabla 1-. Boletines informativos de la SEE y principales características

Denominación del instrumento de comunicación	Cronología	Números publicados o localizados	Responsable editorial	Número medio de páginas	Secciones
Boletín informativo de la SEE (Primera etapa)	Noviembre de 1980 hasta marzo de 1981	4 Periodicidad mensual	Secretario de la junta directiva de la SEE: Ferran Martínez Navarro	10	Editorial Noticias Actividades de la SEE Actividades epidemiológicas celebradas en España Notas de la SEE Noticias de interés epidemiológico

Denominación del instrumento de comunicación	Cronología	Números publicados o localizados	Responsable editorial	Número medio de páginas	Secciones
Boletín de la SEE (Segunda etapa)	Julio-septiembre de 1984 hasta abril-septiembre de 1986	12 (dos de ellos extraordinarios). Periodicidad trimestral	Edita: SEE Dirección: junta directiva Secretario: José Oñorbe de Torre Comité de redacción: Miguel Carrasco Asenjo, José Miguel Mata de La Torre y Odorina Tello Anchuela	Numeración correlativa (72 páginas en total)	Editorial Colaboraciones y comentarios Crítica de libros Reuniones, cursos y seminarios Hemeroteca Síntesis legislativa

Denominación del instrumento de comunicación	Cronología	Números publicados o localizados	Responsable editorial	Número medio de páginas	Secciones
Cartas informativas	Marzo, septiembre y octubre de 1989; septiembre de 1990; abril de 1991; enero y octubre de 1993	7 Sin periodicidad establecida	Secretarios de la junta directiva: Josep María Antó Boqué y Jordi Alonso Caballero	2	Noticias y actividades de la SEE

Denominación del instrumento de comunicación	Cronología	Números publicados o localizados	Responsable editorial	Número medio de páginas	Secciones
SEENota Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología	Enero-abril de 1994 hasta Septiembre-diciembre de 2009	48 Periodicidad trimestral	Editores: Enero-abril 1995: Antoni Plasència Taradach y Marta Ferrer Puig Mayo-diciembre de 1995: Antoni Plasència Taradach y Mónica Mateu Enero-diciembre de 1996: Antoni Plasència Taradach i Carme Borrell Thió Enero 1997- diciembre de 2000: Carme Borrell Thió Enero 2001-diciembre 2002: Marisa Rebagliato Ruso y Ferran Ballester Díez Enero 2003-diciembre 2004: Ferran Balllester y Marina Pollán Santamaría Enero 2005-diciembre 2006: Marina Pollán Santamaría y Socorro Fernández Arribas Enero 2007-agosto 2008: Socorro Fernández Arribas y Antonia Galmés Truyols Septiembre 2008-diciembre 2009: Antonia Galmés Truyols y Alberto Ruano Raviña	15	SEEdestaca SEEinforma SEEHace SEEdocumenta SEEdocunica SEEdanuncia SEEdescribe SEEdos SEEntrevista SEEEuropa

Denominación del instrumento de comunicación	Cronología	Números publicados o localizados	Responsable editorial	Número medio de páginas	Secciones
SEEnota-e	2010-2014	5 volúmenes (con 12 números por año)	Editores: 2010 (Vol. 1 hasta el número 10): Dolors Coll Jordà, Albert Espelt Hernández, Antònia Galmés Truyols y Alberto Ruano Raviña 2010 (Vol 1, número 11) hasta 2012 (Vol 3 número 9): Dolors Coll Jordà, Albert Espelt Hernández, Beatriz Pérez Gómez y Alberto Ruano Raviña 2012 (Vol 3 números 10, 11 y 12) Dolors Coll Jordà, Albert Espelt Hernández, Beatriz Pérez Gómez, Alberto Ruano Raviña, José María Mayoral Cortés, Ana María Novoa Pardo y Carmen Vives Cases 2013 (Vol 4 número 1) hasta 2014 (Vol 5 número 4) Beatriz Pérez Gómez José María Mayoral Cortés, Ana María Novoa Pardo y Carmen Vives Cases	12	Editorial SEEopina SEEhace SEEinforma SEecomunica SEEgrupos de trabajo SEEsocio/a Artículo del mes Bolsa de trabajo Noticias Agenda Reunión Anual SEE In Memoriam Normas de publicación en SEENota

Fuente: Elaboración propia, a partir de las informaciones reflejadas en los boletines

El *Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología* fue cambiando en formato y en contenidos a medida que se iba consolidando la Sociedad tanto desde el punto de vista organizativo como científico.

Como se indicaba en el editorial del primer número del boletín (el correspondiente a noviembre de 1980), con su publicación se buscaba dar cumplimiento a uno de los objetivos fundamentales de la SEE:¹ «Difundir las actividades que en el campo de la epidemiología se desarrollan en nuestro país, así como informar de las actividades en otros países, especialmente las de la Asociación Internacional de Epidemiología, la Asociación de Epidemiólogos de Lengua Francesa y la Sección de Epidemiología de la Asociación Americana de Salud Pública». También se subrayaba la naturaleza del boletín como vehículo de comunicación entre los miembros de la Sociedad, al mismo tiempo que se pedía la ayuda de todos los socios para anunciar «seminarios, mesas redondas, conferencias, cursos, ofertas de trabajo, notas sobre temas de estudio, etc.».

El editorial finalizaba mostrando el optimismo con el que se iniciaba la publicación, «a pesar del abandono y olvido en que la epidemiología se encuentra en nuestro país en este momento», y enfatizaba la importancia de la ciencia epidemiológica: «que es sin duda la ciencia fundamental o básica en el campo de la salud de la comunidad y que, con el esfuerzo de todos aquellos que estamos realmente interesados en que llegue a ocupar el lugar y ámbitos precisos, logrará su objetivo».

Durante la primera etapa del boletín únicamente se publicaron cuatro números. Aunque con irregularidad, contaba con las siguientes secciones: editorial, noticias, actividades de la SEE, actividades epidemiológicas celebradas en España, notas de la SEE y noticias de interés epidemiológico. En el segundo de los números, el correspondiente a enero de 1981, se recogían los resúmenes de algunas de las ponencias y comunicaciones que se presentaron en la I Reunión Científica de la SEE que tuvo lugar en Valencia el 19 de diciembre de 1980.² Por su parte, el último de los números, el aparecido en marzo de 1981, recogía el informe de la SEE sobre la situación de la epidemiología en España.³

Fue en septiembre de 1984, una vez superada la crisis que vivió la Sociedad, cuando se reanudó la publicación del boletín. En aquella segunda etapa, la edición estuvo a cargo de un consejo de redacción que estaba formado por José Oñorbe de Torre como secretario y por Miguel Carrasco Asenjo, José Miguel Mata de la Torre y Odorina Tello Anchuela como redactores. Como se indicaba en el editorial del primer número de la nueva etapa:⁴ «El *Boletín Informativo de la SEE* reaparece hoy, tras un lapso de algo más de tres años, con los mismos objetivos: facilitar la comunicación entre los socios y difundir las actividades que en el campo de la salud pública, y muy especialmente en el de la epidemiología, se desarrollen en nuestro país».

Durante esta etapa se publicaron un total de doce números, dos de ellos extraordinarios.⁵ Además de las secciones de editorial, colaboraciones y comentarios,⁶ críticas de libros,⁷ reuniones, cursos y seminarios o síntesis legislativa, contaba con una sección de hemeroteca donde se publicaron reseñas informativas (características y principales contenidos) de las revistas españolas de mayor interés para la salud pública, como era el caso de la *Revista de Sanidad e Higiene Pública* (antecesora de la actual *Revista Española de Salud Pública*), *Gaceta Sanitaria de Barcelona* (antecesora de la actual *Gaceta Sanitaria*) o *Atención Primaria*. También se incluían reseñas de publicaciones periódicas de carácter internacional como el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, el *Boletín de la OMS* o el *American Journal of Public Health*.

En el número correspondiente a enero-marzo de 1986, se publicaba un editorial⁸ en el que, al mismo tiempo que se denunciaba la penuria de medios personales para llevar adelante la publicación («solo se ha materializado en que podía haber sido mejor, aunque sí ha sido el mejor de los posibles»), se subrayaba que «el boletín no podrá ser lo que queremos que sea si no participan en su contenido la mayoría de los miembros de la Sociedad». Se destacaban las ventajas de comunicación entre socios que podía ofrecer el boletín y se barajaba la conveniencia de plantear la posible publicación de trabajos originales:

En la actualidad no es fácil contactar con personas o grupos que están trabajando en algún tema concreto, por el desconocimiento bastante generalizado de quiénes son y dónde están esas personas. Pensamos que la necesidad ha sido sentida y deficientemente resuelta en muchos casos, por eso, el boletín puede servir de punto de referencia que facilite el contacto entre distintos grupos de trabajo. No se trata, en principio, de confeccionar un catálogo de líneas de trabajo, pero si este objetivo se va cumpliendo dichas informaciones pueden constituir la base de dicho catálogo, que en última instancia sería una recopilación de lo recogido en los diversos boletines. Sin estar cerrados a ello hoy, y aunque intentamos caminar hacia la publicación de artículos originales, pensamos que todavía no se puede asumir con rigor por nuestra parte este compromiso de la difusión de la información científica.

El debate sobre la necesidad de contar con una revista científica ya se había planteado en 1983, cuando se estudió la posibilidad de contactar con el Ministerio de Sanidad y Consumo para colaborar con la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*.⁹ La cuestión se resolvió en el marco de la participación de la SEE en la iniciativa asociativa que buscaba crear una Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) que contase con una revista propia.

Como indicaba en julio de 1987 Joan Clos Matheu en la presentación de *Gaceta Sanitaria. Revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, esta pasaba a adquirir la condición de órgano de expresión de la nueva Sociedad.¹⁰

Es un momento agradable para mí, y sin duda pienso que también para un buen número de profesionales relacionados con el mundo de la sanidad, el presentar una nueva revista para el sector: *Gaceta Sanitaria*. Y no lo es tan solo en relación a lo que la revista puede representar en sí, sino también por lo que refleja ya el hecho de que la revista aparezca. Después de una trayectoria asociativa dispersa, y pobre en general, en el sector de la salud pública y la Administración sanitaria, se constituye una nueva sociedad (la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria –SESPAS–) que entre sus objetivos tiene el de aglutinar fuerzas científicas, técnicas y asociativas del sector (Sociedad Española de Epidemiología, Asociación Española de Administración Hospitalaria, Sociedad Catalana de Salud Pública, Sociedad Española de Salud Pública, Agrupaciones de Inspectores, Sociedad de Economía de la Salud...) [...] Y esta Sociedad, que para mantener ese objetivo se entronca en las diversas realidades y deseos de confluencia de las sociedades existentes en el sector, nace con un órgano propio de expresión: *La Gaceta Sanitaria* [...] Sociedad y Revista nacen pues como instrumentos de futuro a partir de realidades de presente.

La participación de la SEE en una publicación especializada como *Gaceta Sanitaria*,¹¹ aunque fuese en calidad de asociada a la SESPAS, permitía avanzar en otro de los objetivos que configuran la profesionalización de una disciplina científica: disponer de publicaciones especializadas en el propio campo de conocimiento.¹²

En una noticia publicada por la junta de la SEE en 2004,¹³ donde se reconocía la labor de Antoni Plasència Taradach al frente de *Gaceta Sanitaria*, se indicaba que esta «se había colocado como una de las revistas de salud pública en lengua española más importante en el ámbito internacional». Otro tanto ocurrió con el reconocimiento que realizaba la junta a propósito del inicio de la indexación de la revista en las bases de datos bibliométricas que permiten el cálculo de su factor de impacto bibliográfico.¹⁴

Desde la junta de la SEE nos congratulamos por el hecho de que *Gaceta Sanitaria* haya sido aceptada para su indexación por Thomson Scientific. Con ello, ya son dos las revistas españolas de salud pública que figuran en tan exclusivo club, lo que no ocurre con otras disciplinas relacionadas con la salud, ya que son muy pocas las revistas españolas con factor de impacto. Pensamos que ello refleja la calidad de los profesionales de salud pública, y entre ellos las socias y los socios de la SEE que habéis contribuido a que *Gaceta Sanitaria* llegue hasta este final de etapa.

Como reivindicaban en 2009 Alberto Ruano Raviña y Esteve Fernández Muñoz en un comentario publicado en *SEENota-e* con motivo de la publicación del factor de impacto de *Gaceta Sanitaria*,¹⁵ a la par que se consolidaba la dimensión internacional de la misma, se reforzaba su condición de revista elegida para la publicación de los trabajos de los socios de la SEE:

Gaceta Sanitaria, además, se pone en cabeza de las revistas de epidemiología y salud pública en español (o mayoritariamente en español) incluidas en el Science Edition del JCR [...] Por otra parte, de las revistas españolas que han entrado en el JCR Science Edition en 2009, *Gaceta Sanitaria* es la única, junto con otra revista de alergología que entra en el tercer cuartil [...] Esto no quiere decir que *Gaceta Sanitaria* deje de ser una revista objetivo para muchos de nosotros ni mucho menos. Al contrario, no debemos olvidar que hemos conseguido esa posición gracias a la publicación de investigaciones realizadas en España por muchos socios de la SEE, por lo que debemos seguir considerando *Gaceta Sanitaria* como escaparate de elección para nuestros trabajos.

En septiembre de 1986, unos meses antes de la aparición de *Gaceta Sanitaria* y coincidiendo con cambios en su junta directiva, se interrumpió la publicación del *Boletín de la SEE*. Se iniciaba así un paréntesis de ocho años hasta la aparición en enero de 1994 de *SEENota*. *Boletín de la Sociedad Española de Epidemiología*. Durante aquel período de tiempo la comunicación de las juntas directivas con los socios se limitó a las asambleas de la Sociedad y a la publicación de una serie de cartas informativas que vieron la luz entre marzo de 1989 y octubre de 1993.¹⁶ Estaban redactadas por los secretarios de las juntas directivas e informaban de noticias y actividades relacionadas con la SEE (véase tabla 1).

Como había ocurrido en la segunda etapa del *Boletín de la SEE*, el *SEENota*, que inició su andadura en 1994, estuvo dirigido por un comité de redacción.¹⁷ El nuevo formato del boletín informativo tuvo una vigencia de quince años. Además de cumplir con sus propósitos «al transmitir a los socios muchos detalles de la actualidad epidemiológica del país y de los debates surgidos en la SEE y su entorno», alcanzaba una amplia difusión: «Como ya sabéis, *SEENota* se distribuye además de a los socios, a un número importante de instituciones de habla hispana».¹⁸

Las diferentes secciones que conformaban *SEENota* (véase la tabla 1) combinaban, básicamente, la información con la opinión. En el primero de los casos se utilizó la fórmula de «SEE destaca, informa, hace o comunica», y en el segundo, la de «SEE comenta y escribe». En 2005 se introdujo la sección de «SEE entrevista». Como indicaban las editoras de *SEENota*, Marina Pollán Santamaría y Socorro Fernández Arribas,¹⁹ «la nueva sección está dedicada a entrevistar a conocidos epidemiólogos españoles que, en algunos casos, reali-

zan su actividad laboral fuera de nuestro país». Además de recordar cuál era la formación académica del entrevistado o entrevistada, cómo llegó al campo de la epidemiología y qué tipo de actividad desempeñaba, se solicitaba su opinión sobre la evolución mostrada por la epidemiología y por el futuro de la disciplina, con una atención particular al caso español. El seguimiento de estas entrevistas permite visualizar el grado de madurez alcanzado por la disciplina y la creciente interdisciplinariedad de su práctica.

A pesar de la continuidad que mantuvo la publicación, como señalaban Marisa Rebagliato Ruso y Ferran Ballester Díez con motivo de su incorporación como redactores de la misma,²⁰ «mantener un *SEENota* rico en contenidos, útil para la Sociedad, y a su vez ágil para transmitir los problemas y crisis del momento, no es una tarea sencilla en una publicación de estas características». El objetivo era conseguir que *SEENota* fuera «una vía abierta y viva de comunicación e intercambio entre los miembros de la Sociedad» y publicar «cualquier propuesta, comentario u opinión» que pudieran enviar los socios. Como subrayaban ambos editores:²¹

El *SEENota* es un foro que debería servirnos, en los intermedios entre nuestras reuniones y encuentros puntuales, para discutir y hacer la crónica de los problemas de salud del momento, de los errores, aciertos y barreras en el desempeño de nuestra profesión, de los avatares de la Sociedad. Os animamos, por tanto, a que colaboréis.

A la par que se publicaba *SEENota*, la Sociedad incorporó las nuevas tecnologías a sus recursos comunicativos. En febrero de 1997 se ponía en marcha la primera página web de la SEE (<<http://www.dsp.ua.es/see>>),²² con los siguientes contenidos: información sobre la SEE, *SEENota*, reunión de la SEE, calendario y buzón de sugerencias. En enero de 1999²³ cambiaba el dominio, así como la denominación y los contenidos de la página web (<<http://www.cesga.es/SEE>>): los SEE-estatutos y junta directiva, *SEENota*, tablón de anuncios, cursos, congresos, software, formación continuada en epidemiología, grupos de trabajo, enlaces con otras páginas de interés y temas de actualidad.

Tras aquellos primeros años de funcionamiento de la web de la SEE, las novedades llegarían en marzo de 2005²⁴ con el contrato de un nuevo dominio (<<http://www.as-seepidemiologia.es>>) y la incorporación de una zona restringida a los socios. En septiembre de 2008²⁵ se volvió a cambiar de dominio (<<http://www.seepidemiologia.es>>) y se modificaron los contenidos: la Sociedad, premios y becas, grupos de trabajo, formación y actividades, publicaciones, ofertas de trabajo y enlaces, al igual que ocurrió en julio de 2012.²⁶ Aquel mismo año, la SEE se incorporaba a las redes sociales:²⁷ «A partir de hoy podréis seguir las novedades de la Sociedad y de sus reuniones anuales en Facebook y en Twitter».

En septiembre de 2009, coincidiendo con el cambio en la junta directiva de la SEE, dejaba de publicarse el formato de *SEENota* que se había iniciado en 1994 y el boletín informativo adoptaba la modalidad digital de *SEEnota-e*.²⁸

Los tiempos cambian y con ellos las formas de comunicación. La junta directiva ha considerado oportuno atender una demanda de muchos socios, agilizar la comunicación, aumentando la periodicidad y llegando al ordenador de cada uno para aumentar su visibilidad. Para ello, el *SEENota*, que ha sido el medio de comunicación entre los socios desde 1994 no desaparece, sino que se transforma. El nuevo *SEEnota-e*, además de ser más ecológico (ya que no consume papel tintado, aunque también tendrá un link para poder descargarlo en formato pdf), tendrá una periodicidad mensual. La idea es que pueda ser visualizado y por tanto leído por los asociados directamente al recibir el correo electrónico.

Se mantenía un comité de redacción y una estructura de contenidos similar a la del *SEENota* (véase tabla 1), aunque con algunos cambios al introducir nuevas secciones.²⁹ En septiembre de 2011 se introducía una sección destinada a comentar un artículo:³⁰ «El *SEEnota-e* sigue creciendo y a partir de ahora contará con una nueva sección, titulada “artículo del mes”. En ella una persona asociada comentará un artículo de su elección que crea especialmente relevante para la salud pública». En mayo de 2013 se intentaba activar la sección de «SEEopina»:³¹ «Esta sección pretende dar un espacio a los socios y socias para opinar sobre diversos temas relacionados con la SEE. Este mes hacemos un poco de auto-crítica y evaluamos el nuevo formato de envío del *SEEnota-e* ¡Os animamos a participar!».

Aquel mismo mes se publicaba un editorial de la junta directiva donde se hacía un llamamiento a los socios para aprovechar las posibilidades de comunicación entre ellos que ofrecía *SEEnota-e*:³² «al utilizar activamente una herramienta de comunicación que es vuestra [...] podéis hacer llegar vuestro punto de vista al resto de socios y socias sobre temas relacionados con la Sociedad y su funcionamiento o sobre temas de actualidad relacionados con la epidemiología y la salud pública, entre otros».

Como se ha podido constatar, a pesar de las dificultades iniciales, la SEE logró consolidar su boletín informativo, y ha sabido actualizarlo con el dinamismo de sus secciones y la incorporación de las nuevas tecnologías. Su papel ha sido relevante, al haberse convertido en un instrumento de comunicación con los socios y entre los socios, así como de proyección de la Sociedad, además de ofrecer un espacio para la reflexión y el debate.

REUNIONES CIENTÍFICAS

La organización de congresos y reuniones científicas constituye otro de los elementos clave en los procesos de institucionalización de las especialidades y en la consolidación de las sociedades científicas. Entre las actividades desarrolladas por la SEE destacan sus reuniones científicas de carácter anual. Como se puede comprobar en la tabla 2, se han celebrado un total de 31 reuniones (32, si tenemos en cuenta la de Barcelona de 1979 que tuvo un carácter constituyente).³³ Hay que destacar la dimensión internacional de las reuniones científicas de 1990, 1992 y 2013.

Tabla 2. Reuniones científicas de la SEE

Lugar y fecha de celebración de la reunión	Título o lema de la reunión
Asamblea Constituyente de la SEE Barcelona, 15 y 16 de diciembre de 1979	La epidemiología y la reforma sanitaria
I Reunión Científica de la SEE Valencia, 19 de diciembre de 1980	La vigilancia epidemiológica y los factores de riesgo en las enfermedades no transmisibles
II Reunión Científica de la SEE Valladolid, 26 y 27 de noviembre de 1981	Estudios de morbilidad y mortalidad
III Reunión Científica de la SEE Murcia, 17 y 18 de noviembre de 1983	Epidemiología de la hepatitis y la diabetes
IV Reunión Científica de la SEE Granada, 22 y 23 de noviembre de 1984	Aplicaciones sanitarias de las estadísticas vitales
V Reunión Científica de la SEE Madrid, 22-24 de mayo de 1986	La epidemiología en el sistema nacional de salud: situación actual y perspectivas
VI Reunión Científica de la SEE Valencia, 12 y 13 de junio de 1987	Epidemiología del SIDA
VII Reunión Científica de la SEE San Sebastián, 16-18 de junio de 1988	Aportaciones de la epidemiología a la estrategia de salud para todos
VIII Reunión Científica de la SEE Santiago de Compostela, 25-27 de mayo de 1989	El papel de la epidemiología en las ciencias de la salud: relaciones con otras disciplinas científicas

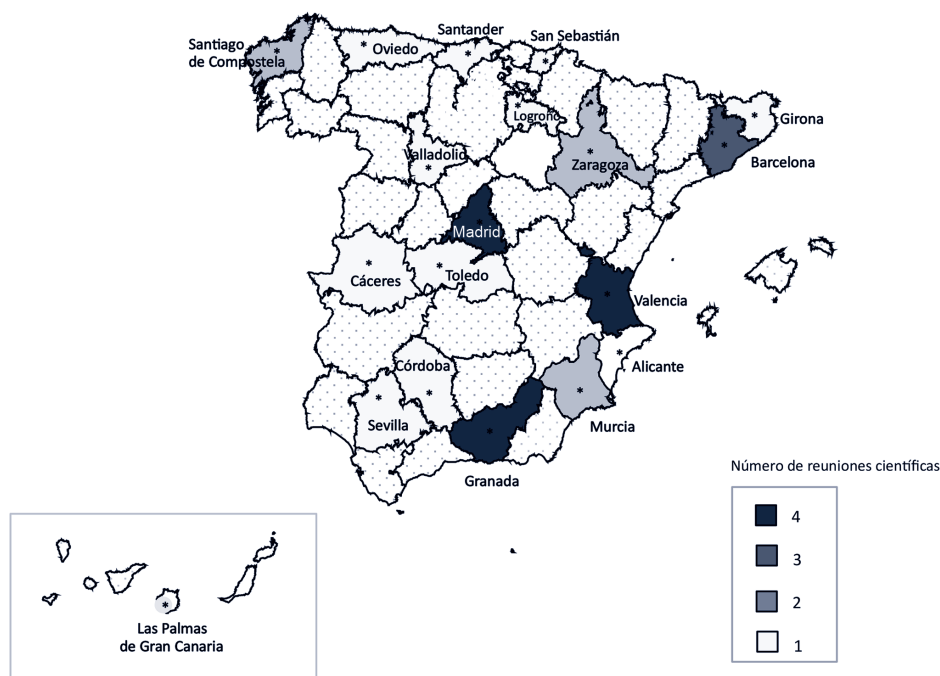
IX Reunión Científica de la SEE <i>Regional European Meeting of the International Epidemiological Association</i> Granada, 14-16 de febrero de 1990	<i>Epidemiological Evaluation of the Strategy "Health for All"</i>
X Reunión Científica de la SEE Madrid, 12 y 13 de diciembre de 1991	Epidemiología, comunidad y desigualdad
XI Reunión Científica de la SEE Granada, <i>I Congreso Iberoamericano de Epidemiología</i> , octubre de 1992	Perspectivas epidemiológicas y realidades sociales
XII Reunión Científica de la SEE Alicante, 29 de septiembre-1 de octubre de 1994	Epidemiología sin apellidos
XIII Reunión Científica de la SEE <i>VI Congreso SESPAS</i> Barcelona, 25-27 de octubre de 1995	Salud, equidad y satisfacción: ¿productos de la atención sanitaria?
XIV Reunión Científica de la SEE Zaragoza, 23-25 de octubre de 1996	La epidemiología: trabajando en, trabajando con, trabajando para
XV Reunión Científica de la SEE Oviedo, 24-27 de septiembre de 1997	La epidemiología: mejorando la salud
XVI Reunión Científica de la SEE Sevilla, 21-23 de octubre de 1998	De la investigación a la acción
XVII Reunión Científica de la SEE Santiago de Compostela, 27-29 de Octubre de 1999	La epidemiología en la puerta del futuro
XVIII Reunión Científica de la SEE Madrid, 25-27 de octubre de 2000	El compromiso de la epidemiología: compromiso con la sociedad, compromiso con el sistema nacional de salud
XIX Reunión Científica de la SEE Murcia, 17-19 de octubre de 2001	Ética, medio ambiente y comunicación: punto de encuentro de la epidemiología en el siglo XXI
XX Reunión Científica de la SEE Barcelona, 12-14 de septiembre de 2002	Género y salud: la visión epidemiológica
XXI Reunión Científica de la SEE Toledo, 1-4 de octubre de 2003	Epidemiología: desarrollo y equidad
XXII Reunión Científica de la SEE Cáceres, 27-29 de octubre de 2004	Epidemiología: una herramienta para la gestión sanitaria

XXIII Reunión Científica de la SEE <i>XI Congreso SESPAS</i> Las Palmas de Gran Canaria, 1-5 de noviembre de 2005	Epidemiología en acción: de la investigación a las políticas sociales
XXIV Reunión Científica de la SEE Logroño, 3-6 de octubre de 2006	Epidemiología, ciencia y sociedad
XXV Reunión Científica de la SEE Córdoba, 16-19 de octubre de 2007	De la infección a la genética
XXVI Reunión Científica de la SEE Girona, 14-17 de octubre de 2008	Quién es quién frente a las emergencias en la salud pública
XXVII Reunión Científica de la SEE Zaragoza, 28-30 de octubre de 2009	Del análisis al cambio, de la información al conocimiento, de la visión individual a la visión social
XXVIII Reunión Científica de la SEE Valencia, 27-29 de octubre de 2010	Epidemiología: el reto de la información, la oportunidad de la investigación
XXIX Reunión Científica de la SEE <i>Congreso SEE-SESPAS</i> Madrid, 6-8 de octubre de 2011	Salud y equidad en todas las políticas
XXX Reunión Científica de la SEE Santander, 16-19 de octubre de 2012	Epidemiología en tiempos de crisis: haciendo sostenible el sistema de salud
XXXI Reunión Científica de la SEE <i>Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública</i> Granada, 4-6 de septiembre de 2013	La ciencia y la práctica de las políticas de salud: la inteligencia de la salud pública

Fuente: Elaboración propia

El análisis de los títulos o lemas que han encabezado las reuniones científicas de la SEE (véase tabla 2), pone de manifiesto la evolución experimentada por la propia Sociedad. Los temas de carácter monográfico de las primeras reuniones se han visto sustituidos progresivamente por temáticas más genéricas y acordes con la condición de disciplina ecléctica que reúne la epidemiología, además de mostrar la capacidad de la SEE para responder, a través de sus reuniones científicas, a algunos de los retos sociosanitarios a los que se ha tenido que enfrentar la sociedad española.

Distribución geográfica de las reuniones científicas de la SEE (1978-2013)



Fuente: Elaboración propia

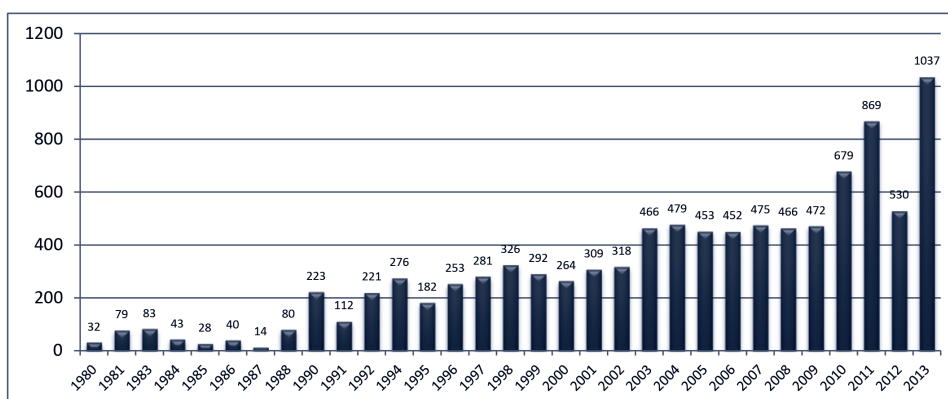
El mapa 1 muestra las ciudades donde han tenido lugar las reuniones científicas y la frecuencia con que se han organizado en cada localidad. Destaca el protagonismo de Barcelona, Granada, Madrid y Valencia. Se trata de una circunstancia que corrobora, además de la influencia del número de socios de la SEE que proceden de estos contextos geográficos, la importancia científica, académica e institucional que han alcanzado la epidemiología y la salud pública en dichos ámbitos.

Para los responsables de la SEE, el carácter itinerante de las reuniones anuales ha supuesto «para la ciudad que la organiza, un estímulo de las actividades de investigación y un incremento del interés de otros profesionales y de los medios de comunicación por la epidemiología».³⁴

El gráfico 1 muestra la evolución ascendente, sobre todo a partir de la década de 1990, que ha mostrado el número de comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE, y refleja tanto la capacidad de convocatoria que han suscitado las mismas como el grado de madurez que ha alcanzado la investigación en epidemiología y salud pública en España, sin olvidar «la voluntad de integración [...] con profesionales de campos relacio-

nados con la epidemiología, como la medicina preventiva, la medicina del trabajo, etc.» que ha acompañado la convocatoria de los congresos de la SEE.³⁵

Gráfico 1. Distribución anual del número de comunicaciones presentadas en las reuniones científicas de la SEE, 1980-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Como señalaba Carlos Aibar a propósito del balance que realizaba de la XIV Reunión Científica de la SEE que tuvo lugar en Zaragoza en octubre de 1996:³⁶ «La variedad temática de las mesas de comunicaciones orales, pósteres y sesiones espontáneas refleja la vitalidad de la Sociedad y la diversidad de áreas de trabajo en las que la epidemiología en España está contribuyendo de forma efectiva».

Fue con motivo de la V Reunión Anual de la SEE que tuvo lugar en Madrid los días 22 a 24 de mayo 1986 cuando se dispuso por primera vez de un proceso de selección de las comunicaciones presentadas. Como se indicaba en el *Boletín de la SEE*:³⁷ «El nivel medio de los trabajos [...] se ha situado en unas buenas cotas. Quizás el hecho de que en esta reunión sea la primera vez que el comité organizador ha rechazado comunicaciones pueda hacer pensar que esta sea la causa, pero por nuestra parte creemos que hay que buscarla en una mayor madurez de la Sociedad y en su lenta pero ascendente trayectoria».

Con anterioridad a aquella reunión, atendiendo a la condición de disciplina emergente que mostraba la epidemiología española, se había considerado oportuno aceptar todas las comunicaciones que se presentaban:³⁸

Nos parece importante la difusión de los temas en los que trabajan los diferentes socios, permitiéndonos conocer mejor los campos de interés de cada uno de nosotros. Esta es una de las razones de que hayamos mantenido todas las comunicaciones en estas publicaciones, a pesar de que existen algunas que consideramos que sus autores podrían mejorar. Otra razón es que este comité de redacción no debe ser un comité de selección ni asumir dicho trabajo, si bien creemos es un tema a plantear en próximas reuniones, dado el número de comunicaciones y la evolución de nuestras reuniones.

En la reunión de la junta directiva de la SEE del 29 de septiembre de 1988 se debatieron los resultados de la VII Reunión Científica que tuvo lugar en San Sebastián. Se enfatizó la necesidad de compaginar calidad con cierto equilibrio territorial, al aceptar las comunicaciones que se pudieran presentar a las reuniones científicas de la SEE.³⁹

La primera constancia documental de los criterios utilizados para seleccionar las comunicaciones se remonta a 1994 (véase la tabla 3). Las que habían alcanzado más de 16 puntos al aplicarles los criterios de selección pasaban a ser aceptadas como comunicaciones orales, y las que obtenían entre 11 y 16 (el máximo de puntuación era de 23) como pósteres.⁴⁰

En 1995 la junta directiva de la SEE aprobaba las normas para las propuestas de actividades científicas a desarrollar en las reuniones de la SEE que no se ajustasen a los «formatos habituales de comunicación oral y póster como, por ejemplo, mesas redondas, seminarios, talleres, controversias, demostraciones, evaluaciones de programas de intervención, etc.». Entre las normas aprobadas se indicaba que «cada participante en una sesión, sea cual sea su formato e incluyendo al coordinador», debía presentar un resumen de la intervención para ser evaluado por el correspondiente comité científico.⁴¹

Ese mismo año, Miquel Porta Serra, en aquel momento presidente de la SEE, publicaba unas reflexiones críticas sobre las reuniones científicas de la Sociedad⁴² donde explicaba que era solo «con criterios explícitos, con objetividad y con independencia» como se podía conseguir «un producto —el congreso científico— de calidad». En su opinión, los congresos tenían que ser una oportunidad «para presentar y discutir resultados relevantes», al mismo tiempo que otorgaba «un papel crucial a la libertad de crítica y a la innovación metodológica». Se trataba, en definitiva, de avanzar en la consecución de una investigación de calidad.

Como se puede apreciar en la tabla 4, el porcentaje de comunicaciones aceptadas ha ido en aumento desde 1994, aunque con algunos altibajos, ofreciendo en los últimos años de la serie resultados que superan el 90 y el 95 %.

Tabla 3. Criterios de evaluación utilizados por los comités científicos para evaluar

Año	1994		1995		1996		1997		1998		1999-2001	
Criterio	criterio	P	Criterio	P	criterio	P	criterio	P	criterio	P	Criterio	P
1	El resumen es claro y su estructura adecuada (objetivos, métodos, resultado y conclusiones)	0-3	La estructura del resumen es adecuada	0-1	Resumen estructurado. Sintaxis, ortografía	0-3	Resumen estructurado	0-3	Resumen estructurado, sintaxis, ortografía, presentación, tamaño, letra, márgenes	0-3	Resumen estructurado, sintaxis, ortografía, presentación	0-3
2	La apariencia del texto es correcta (tamaño de la letra, tablas, márgenes)	0-1	El resumen está redactado con claridad	0-1	Presentación: tamaño, letra, márgenes ...	0-2	Diseño adecuado	0-3	Diseño adecuado para objetivos	0-3	Diseño adecuado para objetivos	0-3
3	El diseño es apropiado para los objetivos	0-3	La longitud del resumen es la adecuada	0-1	Diseño adecuado para objetivos	0-3	Variables descritas	0-3	Variables descritas	0-3	Variables descritas	0-3
4	Las variables de resultado y explicativas están descritas correctamente	0-3	El diseño es apropiado para los objetivos	0-1	Variables descritas	0-3	Población delinida	0-3	Población definida y adecuada a objetivos	0-3	Población definida y adecuada a los objetivos	0-3
5	La población de estudio está correctamente definida	0-3	Se describen las variables resultado(s) y explicativa(s)	0-1	Población definida y adecuada a objetivos	0-3	Técnicas de análisis adecuadas	0-3	Técnicas de análisis adecuadas	0-3	Técnicas de análisis adecuadas	0-3
6	Las técnicas estadísticas son adecuadas	0-3	Hay una definición de la población de estudio	0-1	Técnicas de análisis adecuadas	0-3	Presentación de resultados	0-3	Presentación de resultados	0-3	Presentación de resultados	0-3
7	Se presentan resultados numéricos	0-1	Las técnicas estadísticas son adecuadas (Si procede)	0-1	Presentación de resultados	0-1	Conclusiones basadas en resultados	0-3	Conclusiones basadas en resultados	0-3	Conclusiones basadas en los resultados	0-3
8	Las conclusiones se basan en los resultados	0-3	Se presentan resultados numéricos (si procede)	0-1	Conclusiones basadas en resultados	0-3	Resultados relevantes	0-3	Resultados relevantes	0-5	Resultados relevantes	0-5
9	Los resultados del estudio son relevantes	0-3	Las conclusiones son coherentes con los resultados	0-1	Resultados relevantes	0-3	Interés y originalidad	0-3	Interés y originalidad	0-5	Interés y originalidad	0-5
10			El problema estudiado es importante en salud pública	0-1	Interés y originalidad	0-3						
Total Puntuación		23		10		0-29		0-27		0-31		0-31

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de los

Las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE, 1994-2013

2002		2003		2004		2005-2009		2010		2011-2012		2013	
Criterio	P	Criterio	P	Criterio	P	Criterio	P	Criterio	P	Criterio	P	Criterio	P
Resumen estructurado, presentación (tamaño, letra, márgenes), redacción, claridad	0-5	Resumen estructurado, redactado con claridad	0-1	Resumen estructurado y redactado con claridad	0-1	Resumen estructurado y claro	0-1	Resumen estructurado y claro	0-1	Resumen estructurado y claro	0-1	Objetivos alcanzables y formulados con claridad	0-1
Objetivos descritos	0-3	Objetivos claros y factibles	0-1	Objetivos claros y factibles	0-1	Objetivos claros y factibles	0-1	Objetivos claros y factibles	0-1	Objetivos claros y factibles	0-1	Diseño y metodología	0-2
Diseño adecuado para los objetivos	0-3	Diseño y metodología adecuados	0-3	Diseño y metodología adecuados	0-3	Diseño y metodología adecuados	0-3	Diseño y metodología adecuados	0-3	Diseño y metodología adecuados	0-3	Presentación clara de los resultados	0-2
Metodología descrita y adecuada a los objetivos	0-5	Buena presentación de los resultados	0-2	Buena presentación de los resultados	0-2	Presentación adecuada de resultados	0-2	Presentación adecuada de resultados	0-2	Presentación adecuada de resultados	0-2	Conclusiones / Recomendaciones	0-2
Presentación de resultados	0-3	Relevancia del tema propuesto	0-1	Relevancia del tema	0-1	Relevancia del tema	0-2	Relevancia del tema	0-2	Relevancia del tema	0-2	Relevancia del tema	0-2
Conclusiones basadas en los resultados	0-3	Originalidad del trabajo	0-2	Originalidad del trabajo	0-2	Originalidad del trabajo	0-1	Originalidad del trabajo	0-2	Originalidad del trabajo	0-2	Innovación	0-3
Relevancia	0-5												
Originalidad	0-3												
	0-30		10		10		10		0-11		0-12		0-12

comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Tabla 4. Porcentaje de comunicaciones (incluidos pósteres) aceptadas en las reuniones científicas de la SEE (1994-2012), tras superar los criterios de calidad establecidos o la evaluación de los expertos

Año de la reunión	% de comunicaciones aceptadas
1994	77
1995	82,6
1996	79,8
1997	91,4
1998	79,2
1999	81,6
2000	94,1
2001	89,3
2002	90,2
2003	91,3
2004	91,9
2005	91,5
2006	94,3
2007	89,8
2008	92,1
2009	97,1
2010	92,8
2011	98,3
2012	97,4

Fuente: Informes de los comités organizadores de las reuniones científicas de la SEE. La serie comienza en 1994, primer año del que se dispone de información de las comunicaciones aceptadas y rechazadas

En 1997 se elaboró un manual para la organización de las reuniones científicas de la SEE.⁴³ En él se recogían tanto las pautas que debían guiar la preparación como el desarrollo de las reuniones. Se prestó una atención particular a la elección de las categorías de análisis de las comunicaciones presentadas,⁴⁴ a los criterios para la selección de los comités científico y de organización, así como a las funciones asignadas a ambos. En dicho manual se recordaba que:⁴⁵

El objetivo fundamental de las reuniones de la SEE es la presentación y análisis crítico de los resultados más recientes de aquellas investigaciones realizadas por los socios que tengan la mayor calidad metodológica, originalidad y relevancia sanitaria, social, clínica o biológica. En segundo lugar, las reuniones constituyen un espacio para la formación continuada, el intercambio de informaciones y herramientas de trabajo y, en general, para la interacción profesional. Estos dos objetivos son indisolubles de la dimensión humana, cultural y lúdica inherente a la aventura científica, a todo proceso de crítica y aprendizaje, al gozo del saber.

El manual estaba concebido como un documento abierto al que «se podían ir incorporando nuevas sugerencias de los socios y de los futuros comités». Sus objetivos eran los de facilitar el trabajo de quienes asumiesen la tarea de organizar reuniones científicas de la SEE, ayudando a garantizar la máxima calidad científica de las comunicaciones así como la transparencia y ecuanimidad en su proceso de selección.

En relación con los criterios para elegir a las personas que tenían que formar parte de los comités científico y de organización, la junta directiva de la SEE, que presidía Miquel Porta Serra, publicaba en 1998 una reflexión sobre los mismos.⁴⁶ Se buscaba mantener un razonable equilibrio territorial y profesional, teniendo en cuenta «su relativo peso numérico y su actividad dentro de la SEE, y el peso científico en la literatura internacional». En definitiva, se trataba de «buscar socios con una sólida trayectoria científica, de talante ecuaníme y con ganas de trabajar».

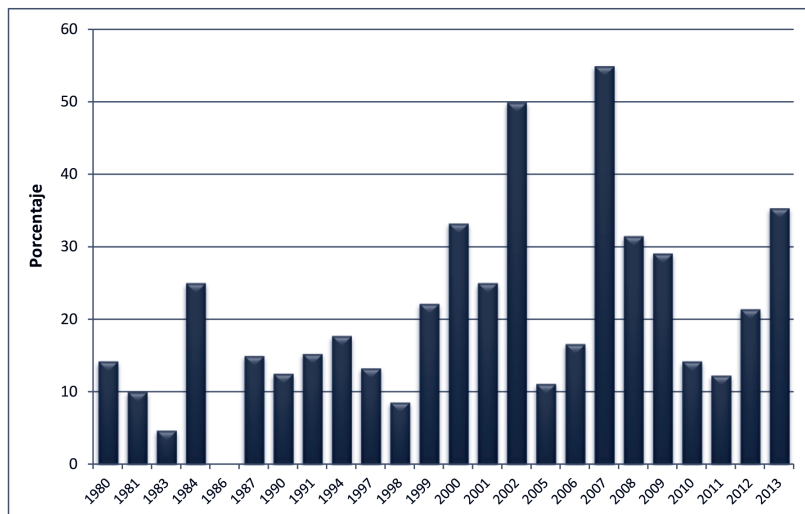
Asimismo, «cuando se podía» se incorporaba a alguna persona joven, «alguien que haya destacado en algún congreso, con publicaciones de calidad, que ha manifestado interés por colaborar, etc.». También se buscaba la paridad entre socios y socias, aunque hay que indicar que en los comités científicos de las reuniones de la SEE para el período 1994-1998 no se consiguió, ya que las mujeres representaban el 32,4 %. Por último, se buscaba dar un mínimo de continuidad a los comités con el objetivo de poder transmitir la experiencia.

Las desigualdades de género también aparecen reflejadas (véase gráfico 2) cuando se analizan los porcentajes de mujeres que han intervenido en calidad de conferenciantes, ponentes o moderadoras de mesas en las reuniones científicas de la SEE.

Sobre un universo de 653 conferenciantes, ponentes o moderadores, únicamente han participado con el carácter de tales 91 mujeres, el 13,9 %. Aunque desde la reunión que tuvo lugar en el año 2002 —cuya propuesta temática era precisamente «género y salud: la visión epidemiológica»— se ha producido un incremento de su presencia,⁴⁷ la tendencia todavía no se ha consolidado y está bastante alejada del objetivo de la paridad.

Desde el punto de vista de las temáticas de las comunicaciones presentadas, como se puede comprobar en la tabla 5 y los gráficos 3 y 4, los más numerosos son los trabajos

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres que han participado como conferenciantes, ponentes o moderadoras en las Reuniones Científicas de la SEE, 1980-2013

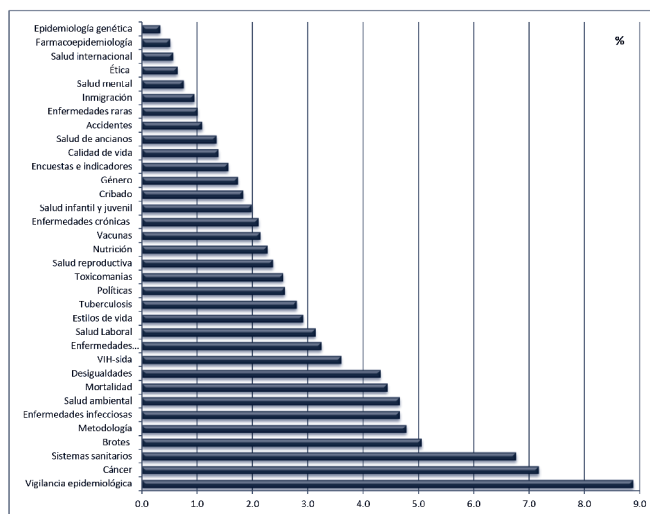


Fuente: Programas de la reuniones científicas de la SEE. Los porcentajes se han calculado sobre el total de conferenciantes, ponentes y moderadores de los que se tenía certeza de su nombre de pila. La reunión de la SEE de 2002 estuvo dedicada a «Género y salud: la versión de la epidemiología». En los años 1982 y 1985, 1995, 1996, 2003 y 2004 no hay información

relacionados con la vigilancia epidemiológica, seguidos de los que abordan la epidemiología de los procesos cancerosos, la problemática de los brotes y las enfermedades infecciosas y las cuestiones de carácter metodológico. Sin embargo, cuando se analiza la evolución temporal de las temáticas, se aprecia un incremento porcentual en los últimos quinquenios de comunicaciones relacionadas con la salud ambiental, desigualdades, políticas de salud, salud reproductiva, nutrición, vacunas, calidad de vida y accidentes.

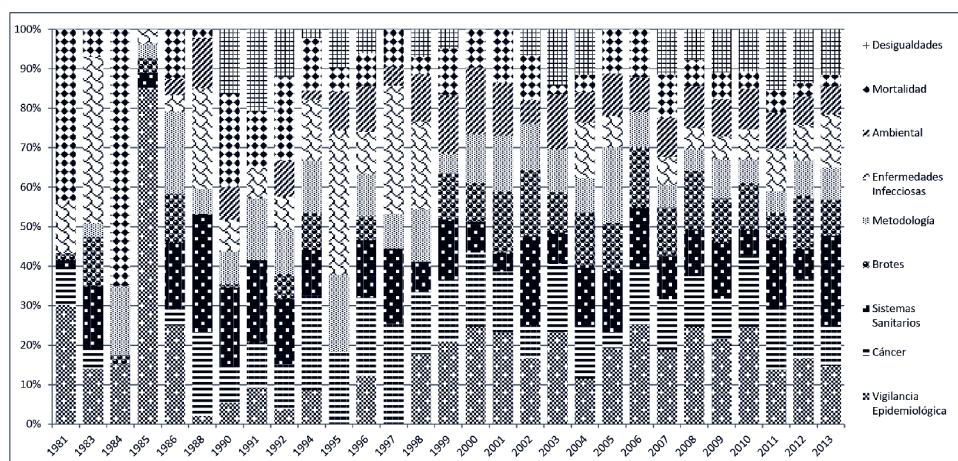
Al evaluar la evolución y los contenidos de las reuniones científicas de la SEE, algunas voces han criticado una «cierta separación» o ausencia de una mayor coordinación entre las aportaciones que están cercanas a la «epidemiología más relacionada con la investigación etiológica y con aspectos metodológicos» y las que tienen que ver con una «epidemiología periférica [...] que se relaciona más con vigilancia o enfermedades infecciosas y, sobre todo, con las implicaciones prácticas y cotidianas de los resultados de la investigación».⁴⁸

Gráfico 3. Distribución porcentual de las comunicaciones por área temática presentadas en las reuniones científicas de la SEE, 1980-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Gráfico 4. Evolución de la distribución porcentual de las principales áreas temáticas de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE, 1981-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Tabla 5. Distribución del número de comunicaciones presentadas

Temas	1980-1985	%	1986-1991	%	1992-1997	%	1998-2002
Vigilancia epidemiológica	53	20,0	20	4,3	32	2,6	168
Cáncer	8	3,0	30	6,4	119	9,8	119
Servicios sanitarios	11	4,2	56	11,9	80	6,6	97
Brotos epidémicos	10	3,8	4	0,9	28	2,3	89
Metodología	10	3,8	29	6,2	73	6,0	92
Enfermedades infecciosas	32	12,1	28	6,0	116	9,6	35
Salud ambiental	0	0,0	16	3,4	44	3,6	102
Mortalidad	53	20,0	41	8,7	73	6,0	83
Desigualdades	0	0,0	34	7,2	35	2,9	31
VIH-sida	0	0,0	25	5,3	57	4,7	69
Enfermedades cardiovasculares	0	0,0	29	6,2	47	3,9	56
Salud laboral	0	0,0	15	3,2	58	4,8	83
Estilos de vida	1	0,4	2	0,4	28	2,3	61
Tuberculosis	11	4,2	3	0,6	35	2,9	73
Políticas de salud	0	0,0	3	0,6	2	0,2	0
Toxicomanías	4	1,5	21	4,5	47	3,9	27
Salud reproductiva	0	0,0	14	3,0	29	2,4	34
Nutrición	1	0,4	4	0,9	23	1,9	65
Vacunas	0	0,0	7	1,5	16	1,3	38
Enfermedades crónicas	19	7,2	10	2,1	50	4,1	1
Salud infantil y juvenil	14	5,3	16	3,4	16	1,3	14
Cribado	0	0,0	1	0,2	2	0,2	0
Salud y género	0	0,0	1	0,2	8	0,7	10
Encuestas e indicadores	4	1,5	23	4,9	16	1,3	34
Calidad de vida	0	0,0	0	0,0	22	1,8	26
Salud de ancianos	2	0,8	15	3,2	40	3,3	14
Accidentes	0	0,0	0	0,0	14	1,2	3
Enfermedades raras	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0
Inmigración	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0
Salud mental	0	0,0	9	1,9	5	0,4	8
Ética	0	0,0	0	0,0	18	1,5	6
Salud internacional	0	0,0	0	0,0	19	1,6	12
Farmacoepidemiología	0	0,0	4	0,9	0	0,0	0
Epidemiología genética	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Otros	32	12,1	8	1,7	59	4,9	59
Total	265	100,0	469	100,0	1213	100,0	1509

Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones

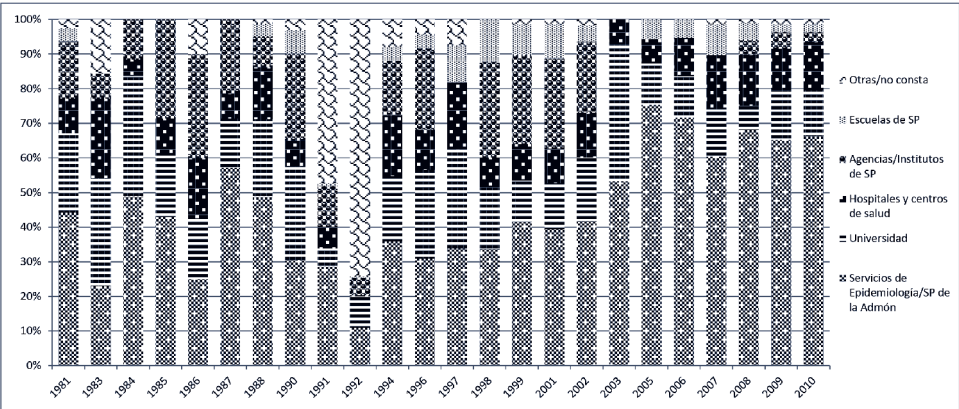
tadas a las reuniones de la SEE por áreas temáticas y quinquenios

%	2003-2007	%	2008-2013	%	Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
11,1	244	10,5	356	8,8	873	8,9	8,9
7,9	161	6,9	268	6,6	705	7,2	16,1
6,4	162	7,0	259	6,4	665	6,8	22,8
5,9	162	7,0	204	5,0	497	5,1	27,9
6,1	132	5,7	134	3,3	470	4,8	32,7
2,3	78	3,4	169	4,2	458	4,7	37,3
6,8	130	5,6	166	4,1	458	4,7	42,0
5,5	97	4,2	89	2,2	436	4,4	46,4
2,1	105	4,5	219	5,4	424	4,3	50,7
4,6	98	4,2	105	2,6	354	3,6	54,3
3,7	105	4,5	82	2,0	319	3,2	57,6
5,5	49	2,1	103	2,5	308	3,1	60,7
4,0	119	5,1	75	1,9	286	2,9	63,6
4,8	78	3,4	75	1,9	275	2,8	66,4
0,0	43	1,8	206	5,1	254	2,6	69,0
1,8	45	1,9	107	2,6	251	2,6	71,5
2,3	46	2,0	110	2,7	233	2,4	73,9
4,3	28	1,2	102	2,5	223	2,3	76,2
2,5	34	1,5	115	2,8	210	2,1	78,3
0,1	32	1,4	95	2,3	207	2,1	80,4
0,9	26	1,1	109	2,7	195	2,0	82,4
0,0	45	1,9	132	3,3	180	1,8	84,2
0,7	58	2,5	93	2,3	170	1,7	86,0
2,3	32	1,4	44	1,1	153	1,6	87,5
1,7	21	0,9	67	1,7	136	1,4	88,9
0,9	4	0,2	57	1,4	132	1,3	90,2
0,2	27	1,2	63	1,6	107	1,1	91,3
0,0	36	1,5	62	1,5	99	1,0	92,3
0,0	15	0,6	76	1,9	93	0,9	93,3
0,5	7	0,3	45	1,1	74	0,8	94,0
0,4	8	0,3	31	0,8	63	0,6	94,7
0,8	3	0,1	21	0,5	55	0,6	95,2
0,0	18	0,8	28	0,7	50	0,5	95,7
0,0	12	0,5	20	0,5	32	0,3	96,1
3,9	65	2,8	166	4,1	389	4,0	100,0
100,0	2325	100,0	4053	100,0	9834	100,0	

uaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Respecto a la evolución de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE, según la institución a la que pertenecen los firmantes de las mismas (véase los gráficos 5 y 6), más del 50 % de las comunicaciones presentadas corresponde a servicios de epidemiología y salud pública de la Administración, seguidos de las universidades y centros asistenciales (hospitales y centros de salud) con un 17,4 % y un 11,7 %, respectivamente. Hay que destacar la disminución porcentual que se aprecia en los últimos años de la serie en las comunicaciones que tienen como referente institucional las escuelas o institutos de salud pública. Se trata de una circunstancia que podría estar relacionada con las reestructuraciones que han vivido muchas de aquellas instituciones.⁴⁹

Gráfico 5. Evolución de la distribución porcentual de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE por tipo de institución y año, 1981-2010

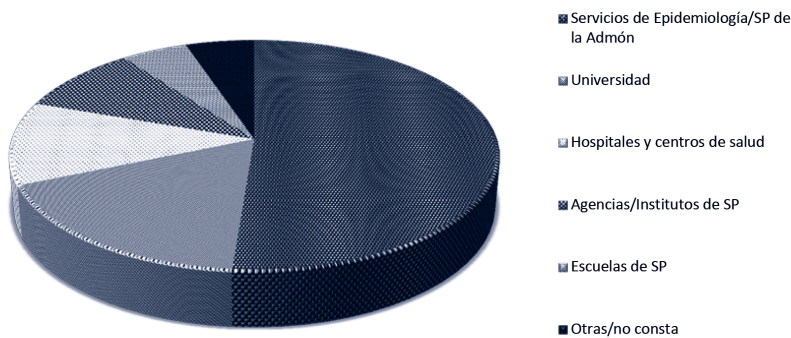


Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

También se ha analizado (véase los gráficos 7 y 8 y la tabla 6) la distribución por comunidades autónomas de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE. Cuatro comunidades autónomas acumulan más del 70 % de los trabajos presentados: Madrid con un 22,8 %, Cataluña con un 22,7 %, Comunidad Valenciana con un 15 % y Andalucía con un 13,5 %. Como se ha comentado en el apartado donde se analizaban las ciudades que han albergado el mayor número de reuniones, los resultados obtenidos, además de reflejar el peso de los socios que proceden de las cuatro comunidades en el total de miembros de la SEE, trasladan la fortaleza científica, académica e institucional que han alcanzado la epidemiología y la salud pública en dichos contextos. En el resto de comunidades autónomas se aprecian algunos incrementos puntuales que responden, en la mayoría de

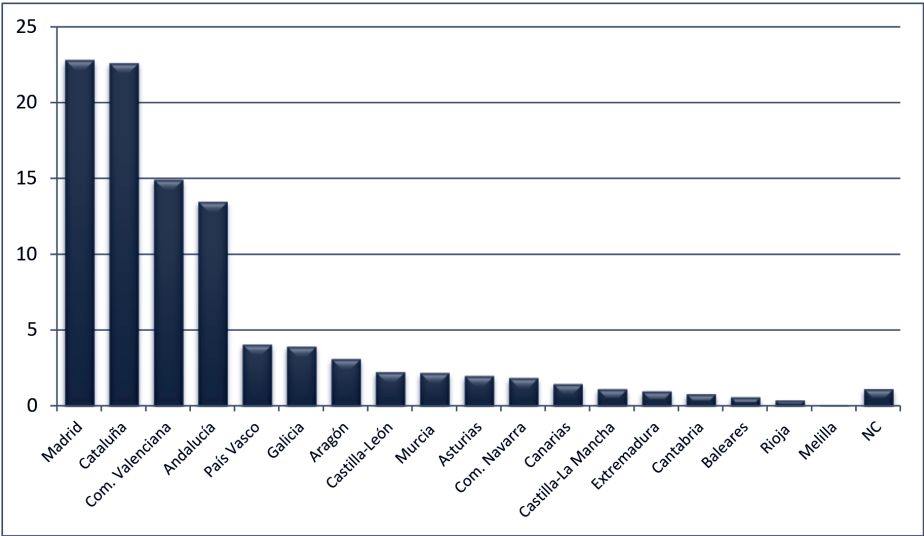
los casos, al hecho de haber organizado alguna de las reuniones científicas de la SEE en su correspondiente ámbito territorial.

Gráfico 6. Distribución porcentual del total de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE y agrupadas por tipo de institución, 1981-2010



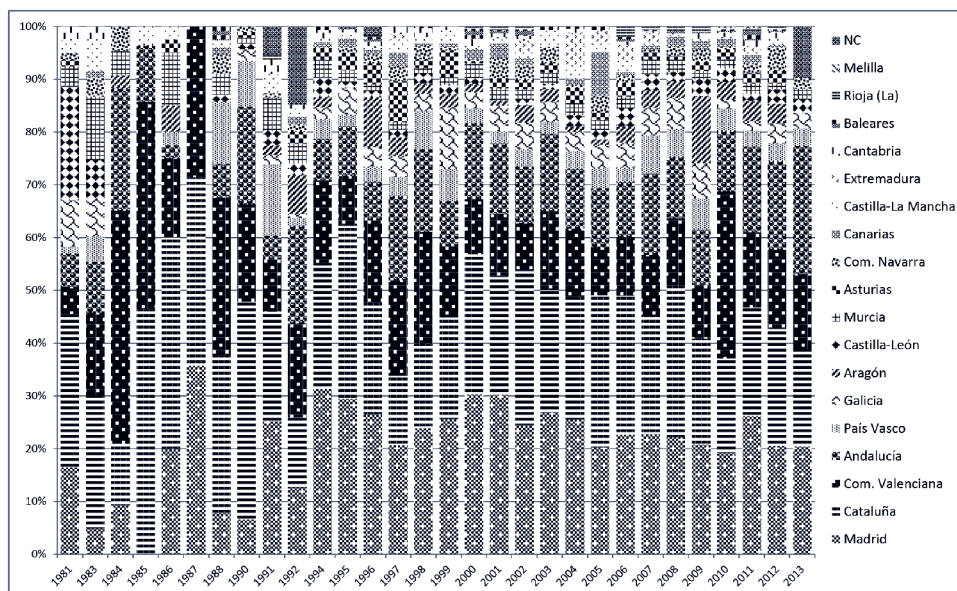
Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Gráfico 7. Distribución del porcentaje de comunicaciones presentadas a las reuniones de la SEE por CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Gráfico 8. Evolución de la distribución porcentual de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE por comunidades autónomas y año, 1981-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

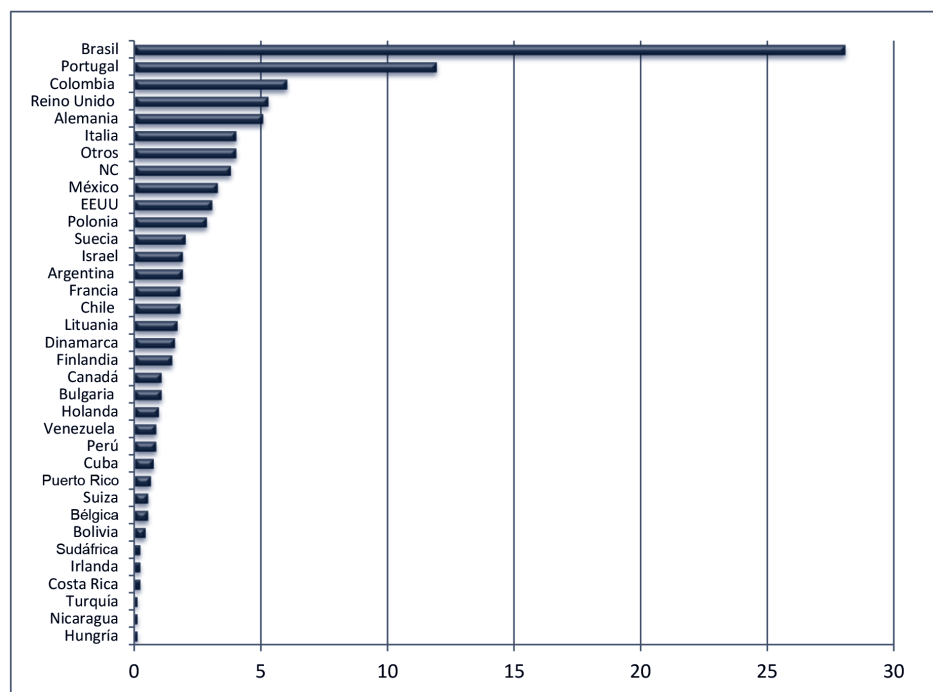
Tabla 6. Distribución del número de comunicaciones por CC.AA. y quinquenio de la reunión científica de la SEE

CC.AA.	1981-1986	%	1987-1992	%	1994-1998	%	1999-2003	%	2004-2008	%	2009-2013	%	Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madrid	29	10,6	62	14,5	333	26,0	402	27,4	528	22,7	706	21,7	2060	22,8	22,8
Cataluña	78	28,6	107	24,9	261	20,4	355	24,2	603	25,9	640	19,7	2044	22,7	45,5
Com. Valenciana	53	19,4	79	18,4	213	16,6	174	11,9	267	11,5	565	17,4	1351	15,0	60,4
Andalucía	27	9,9	52	12,1	149	11,6	180	12,3	280	12,0	531	16,3	1219	13,5	73,9
País Vasco	6	2,2	34	7,9	53	4,1	48	3,3	104	4,5	124	3,8	369	4,1	78,0
Galicia	13	4,8	5	1,2	45	3,5	84	5,7	111	4,8	99	3,0	357	4,0	82,0
Aragón	3	1,1	12	2,8	44	3,4	32	2,2	55	2,4	135	4,2	281	3,1	85,1
Castilla-León	23	8,4	8	1,9	25	2,0	15	1,0	56	2,4	78	2,4	205	2,3	87,4
Murcia	19	7,0	16	3,7	23	1,8	30	2,0	54	2,3	55	1,7	197	2,2	89,5
Asturias	2	0,7	4	0,9	49	3,8	32	2,2	43	1,8	50	1,5	180	2,0	91,5

Com. Navarra	6	2,2	7	1,6	22	1,7	34	2,3	31	1,3	68	2,1	168	1,9	93,4
Canarias	1	0,4	3	0,7	16	1,3	19	1,3	60	2,6	33	1,0	132	1,5	94,9
Castilla-La Mancha	9	3,3	7	1,6	16	1,3	23	1,6	35	1,5	11	0,3	101	1,1	96,0
Extremadura	0	0,0	0	0,0	3	0,2	9	0,6	61	2,6	14	0,4	87	1,0	96,9
Cantabria	4	1,5	4	0,9	17	1,3	11	0,8	11	0,5	27	0,8	74	0,8	97,8
Baleares	0	0,0	2	0,5	5	0,4	13	0,9	12	0,5	21	0,6	53	0,6	98,4
Rioja (La)	0	0,0	1	0,2	1	0,1	5	0,3	16	0,7	14	0,4	37	0,4	98,8
Melilla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,2	5	0,1	98,8
Ceuta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	98,8
NC	0	0,0	26	6,1	5	0,4	0	0,0	0	0,0	73	2,2	104	1,2	100,0
Total	273	100,0	429	100,0	1280	100,0	1466	100,0	2327	100,0	3249	100,0	9024	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Gráfico 9. Distribución porcentual de las comunicaciones presentadas en las reuniones científicas de la SEE por países, 1981-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los resúmenes, programas y evaluaciones de los comités científicos que intervinieron en las reuniones de la SEE

Cuando se analiza la distribución de las comunicaciones presentadas a las reuniones científicas de la SEE por parte de residentes de fuera del Estado español (véase gráfico 9), destaca la importancia de las procedentes de Brasil y Portugal (con un 28,1 % y un 11,8 %, respectivamente). Se trata de un resultado que hay que contextualizar en el marco de la XXXI Reunión Científica de la SEE y del Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública, que tuvo lugar en Granada en septiembre de 2013, y en el elevado número de comunicaciones presentadas por ambos países.

Por último, entre las cuestiones polémicas que han rodeado a la organización de las reuniones científicas de la SEE, figura el tema de su coste económico y las vías de financiación de las mismas. En 1999 saltaban las alarmas ante la progresiva descapitalización que estaban provocando los elevados costes de sus congresos, y en concreto los derivados de la publicación de los resúmenes de las comunicaciones presentadas.⁵⁰ Para hacer frente al reto económico que comportaban las reuniones científicas, además del incremento de las cuotas de participación en los mismos, se estableció la obligatoriedad a los comités organizadores de solicitar ayudas a instituciones y organismos oficiales o participar en convocatorias competitivas para la organización de tales eventos. En el debate de las posibles vías de financiación ha estado muy presente el conflicto de intereses asociado a la «procedencia del patrocinio del sector privado».⁵¹

Asimismo, dentro del apartado de las reuniones científicas hay que constatar la participación de la SEE como coorganizadora o como entidad colaboradora en múltiples seminarios, talleres, cursos, jornadas, congresos, mesas redondas, etc. Destacan en particular las actividades que ha desarrollado con la SESPAS, las que han sido acogidas en las sucesivas ediciones de la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca (<www.emsp.cime.es/>), la que se concretó en la participación de la Sociedad como organizadora de los Encuentros Marcelino Pascua Martínez (1897-1977),⁵² que se llevaron a cabo entre 1991 y 1997, o más recientemente las Jornadas Científicas sobre Vigilancia Epidemiológica organizadas conjuntamente por la SEE y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE).⁵³

Como ha ocurrido con otros elementos que caracterizan al asociacionismo científico, la SEE también ha consolidado su trayectoria en el ámbito de los congresos. Sus reuniones anuales se han convertido en un referente obligado para presentar y debatir los resultados de las investigaciones sobre epidemiología y salud pública que se llevan a cabo en España, sin olvidar la dimensión internacional, y particularmente iberoamericana, que han alcanzado algunas de sus convocatorias.

GRUPOS DE TRABAJO Y MONOGRAFÍAS SEE

La creación de grupos de trabajo y la preparación de monografías han permitido a la SEE profundizar en su discurso experto en el ámbito de la epidemiología y la salud pública, y abordar, desde la evidencia científica, algunas de las cuestiones sociosanitarias que han levantado mayor polémica o han representado un reto para la sociedad española.

Son numerosas las referencias documentales relacionadas con las propuestas de crear grupos de trabajo. Algunas quedaron en simples iniciativas, otras tuvieron mayor recorrido.⁵⁴

En noviembre de 1998, la junta directiva aprobaba el reglamento de los grupos de trabajo de la SEE.⁵⁵ Además de recordar los grupos que habían alcanzado resultados concretos desde que se pusieron en marcha este tipo de iniciativas en 1992, informaba de cuál era la filosofía de los mismos:⁵⁶

La disponibilidad, por parte de la SEE, de grupos de trabajo que aporten estudios, opiniones o valoraciones acerca de los problemas de salud de la comunidad es una posibilidad de mejorar el funcionamiento de la SEE así como establecer un puente con la sociedad civil. La experiencia de estos últimos años así lo avalan con informes acerca del sida,⁵⁷ la medición de la clase social,⁵⁸ ética e investigación en epidemiología⁵⁹ y la implantación en España de la CIE-10.⁶⁰ Es evidente que constituyen un elemento de gran sensibilidad al representar no solo la opinión de las personas que lo componen, sino al representar, también, la posición de la propia SEE. Por ello, se considera necesario regular su funcionamiento.

Como se indicaba en el artículo primero del reglamento: «los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología son agrupaciones voluntarias de socios que pretenden promover, realizar o supervisar estudios y documentos, o llevar a cabo proyectos de carácter innovador sobre una materia concreta de interés para los fines de la Sociedad».

En 2001 se aprobaban los grupos de trabajo sobre vacunas y competencias en salud pública y epidemiología,⁶¹ y un año después, en septiembre de 2002, la secretaría de la SEE informaba de la propuesta para crear un grupo de trabajo que estudiase la posibilidad de crear una especialidad de epidemiología.⁶²

En 2003, la junta directiva que presidía Ildefonso Hernández Aguado volvió a reactivar la cuestión de los grupos de trabajo,⁶³ al insistir en la importancia que tenían para las actividades de la Sociedad y manifestar su voluntad de darles publicidad en la página web de la SEE. Además de recordar que los grupos de trabajo sobre inmunización y brotes epidémicos estaban finalizando sus conclusiones, se anunciaba la puesta en marcha del grupo de accidentes de tráfico.⁶⁴ También se planteaba la necesidad de crear un grupo de trabajo que

podiera analizar la situación en España, en Europa y en otros países de la formación superior en Epidemiología, tanto en posgrado como en pregrado, y otro sobre los efectos en la salud de la violencia en el País Vasco.

A raíz de los retos formativos que contemplaba la ley de ordenación de profesiones sanitarias (Ley 44/2003 de 21 de noviembre. *BOE* número 280 de 22 de noviembre), en junio de 2004 la junta directiva decidió impulsar un grupo de formación de la SEE. Pero fue en diciembre de ese año cuando se definieron los objetivos que tenía que desarrollar el grupo.⁶⁵ Se trataba de redactar un informe que abordase las necesidades de formación en epidemiología (conocimientos mínimos que debe tener un epidemiólogo y formas de adquirirlos), que revisase la situación de la formación en dicha materia en España y países de su entorno, así como el establecimiento de los requisitos mínimos de los cursos para que pudieran ser acreditados por la SEE. Otro tanto ocurrió con la creación del grupo de trabajo sobre sistemas de información en salud pública que se puso en marcha en febrero de 2006.⁶⁶

Aquel mismo año iniciaba sus actividades el grupo de trabajo sobre el virus del papiloma humano y el dedicado a estudiar el problema del alcoholismo.⁶⁷ En *SEENota* de septiembre-diciembre de 2007,⁶⁸ se informaba que «se mantienen de forma activa los grupos de trabajo sobre tabaco,⁶⁹ alcohol,⁷⁰ cribado⁷¹ y accidentes de tráfico».

En 2010, *SEENota-e* comunicaba que a los grupos de trabajo de lesiones, tabaco, alcohol, impulso de salud pública y cáncer se les unía el de determinantes sociales de la salud.⁷² En julio de 2011 inició su actividad el grupo de trabajo SEE/SESPAS sobre formación de los profesionales de salud pública (<<http://www.sespas.es/grupos.php>>). En enero de 2012 tenía lugar la constitución del grupo de vigilancia epidemiológica y vacunas,⁷³ y en junio de ese mismo año se anunciaba la reactivación de las actividades del grupo de cribado, con la voluntad de ampliarlo a cuestiones no relacionadas con el cáncer y con una clara voluntad de «promover la participación de la SEE en grupos de trabajo de carácter institucional u organizados por otras sociedades científicas, tanto de carácter nacional como internacional, donde se debatan aspectos relacionados con el cribado o el papel de los profesionales de salud pública en la toma de decisiones sobre implantación de programas/actividades de cribado y su necesaria implicación en la dirección, coordinación y evaluación de los mismos».⁷⁴

En un editorial publicado en *SEENota-e* de febrero de 2013, se consideraba a los grupos de trabajo de la Sociedad como un patrimonio en expansión.⁷⁵ Además de informar de los que estaban activos en dicha fecha (alcohol, cribado, determinantes sociales de la salud, formación en salud pública, impulso de la salud pública, lesiones, tabaco y protección de datos) y subrayar la participación de 90 socios y socias en los mismos, se destacaba que

en los «últimos años, los grupos de trabajo de la SEE han realizado informes de posicionamiento y estudios por iniciativa propia o por encargo de las administraciones, y han organizado mesas espontáneas en los congresos de la SEE y otras actividades de reflexión y abogacía».

Para la junta directiva los grupos de trabajo debían convertirse en los catalizadores y exponentes de la actividad de la SEE entre congresos: «Desde el reconocimiento que el congreso recoge lo mejor de la cosecha de nuestras personas asociadas cada año [...] no es menos verdad que podemos activar la presencia y actividad de la SEE en la sociedad (instituciones y administraciones, asociaciones ciudadanas, prensa, otros foros científicos...) y entre nuestros socios y socias a través de los grupos de trabajo».

Las monografías de la SEE se han convertido en otro de los elementos que ayudan a configurar la condición de experta que ha ido adquiriendo la Sociedad. Aunque formalmente la primera de las monografías se publicó en 1985,⁷⁶ fue a partir de 2003 cuando se consolidó el proyecto en el marco del acuerdo de colaboración con la compañía farmacéutica GlaxoSmithKline (GSK).⁷⁷ Entre aquella fecha y 2009 se publicaron un total de nueve monografías, si se incluye la editada por Miquel Porta Serra, Elisa Puigdomènech y Ferran Ballester Díez sobre concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española.⁷⁸ Las ocho monografías que forman la colección han abordado la epidemiología de las enfermedades evitables por vacunación y otras patologías transmisibles como las gastroenteritis víricas agudas,⁷⁹ la epidemiología de enfermedades crónicas no transmisibles,⁸⁰ la epidemiología y prevención del cáncer asociado al papiloma humano,⁸¹ la implantación y evaluación de programas de cribado⁸² o la investigación en género y salud.⁸³ En agosto de 2013, se publicaba en *Gaceta Sanitaria* un número monográfico en memoria del Dr. Manuel Nebot Adell (1957-2012), patrocinado por la SEE.⁸⁴

LA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA FORMACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

Entre las actividades dedicadas a promocionar la formación y la investigación en epidemiología destacan los premios y las ayudas a la investigación impulsadas por la SEE a lo largo de su trayectoria, con la colaboración, en muchas ocasiones, de instituciones públicas y entidades privadas (<<http://seepidemiologia.es/index.php>>).

Entre los premios, el de mayor recorrido es el que se convocó en 1989 con el nombre de Premio de la Sociedad Española de Epidemiología al mejor artículo original publicado en *Gaceta Sanitaria*.⁸⁵ Tres años después se convocaba el Premio al mejor artículo original en epidemiología, el segundo más longevo.⁸⁶

En 1999 se convocaba el Premio Sociedad Española de Epidemiología-GlaxoSmithkline al mejor artículo publicado sobre «vacunación y epidemiología: prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles desde la perspectiva de la salud pública y la epidemiología».⁸⁷

En el capítulo de las ayudas a la investigación, destaca la Ayuda Enrique Nájera para personal investigador joven, que fue convocada en 2004, con el patrocinio de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III) y en memoria del que fuera socio fundador de la SEE y presidente de la misma entre 1979 y 1982. El objetivo de la ayuda es «facilitar el desarrollo de un proyecto de investigación en epidemiología por parte de investigadores jóvenes».⁸⁸ Como se indicaba en el informe publicado con motivo de su décimo aniversario:⁸⁹

Los proyectos financiados muestran la variedad y riqueza de los jóvenes epidemiólogos y de la epidemiología española (salud y medio ambiente, desigualdades sociales, tabaquismo, salud internacional, o etiología de diferentes enfermedades crónicas) [...] han contribuido a la formación en investigación de nueve jóvenes epidemiólogos integrados en equipos de investigación, los resultados de estas investigaciones [...] han sido publicados en prestigiosas revistas internacionales y, no menos importante, la convocatoria anual representa un estímulo para los jóvenes epidemiólogos que desean conseguir la ayuda.

En 2009 se concedía por primera vez el Premio a las 10 mejores comunicaciones presentadas por investigadores(as) jóvenes (menores de 36 años) en la reunión anual de la SEE.⁹⁰

Por último, en el apartado de premios, en 2010 se convocaban el Premio a la mejor tesina en epidemiología y salud pública,⁹¹ y el Premio Emilio Perea a las mejores comunicaciones séniores, en homenaje al epidemiólogo Emilio Perea Milla.⁹² En el primer caso, se trata de impulsar la formación de posgrado en Epidemiología y Salud Pública. Se premian dos de los trabajos de fin de máster realizados por estudiantes de cualquier máster de España relacionado con ambas materias, y consiste en financiar los costes de inscripción y alojamiento para poder presentar sus resultados en la siguiente reunión anual de la SEE. En el caso del Premio Emilio Perea se trata de recompensar las mejores comunicaciones presentadas en la reunión anual de la SEE por personal sénior (mayores de 35 años).

Así mismo, dentro del capítulo de promoción de la formación en epidemiología destacan las becas que la SEE ha estado impulsando desde 1995 para la asistencia de epidemiólogos/as jóvenes al Residential Summer Course del European Educational Programme in Epidemiology (EEPE) de Florencia (<www.eepe.org/>).⁹³ Como manifestaban tres de las beneficiarias de la beca con motivo del 25 aniversario del EEPE: «Se trata de un óptima experiencia que hemos tenido la suerte de disfrutar y que nos ha servido para mejorar sustancialmente nuestra formación en Epidemiología y Estadística [...] Sin embargo, el EEPE no es un curso

convencional de Epidemiología y Estadística. Convivir durante 20 días con más de 70 personas de distintas procedencias y perfiles profesionales compartiendo espacios, clases y discusiones, lo convierte en una gran experiencia». ⁹⁴

Como se ha podido comprobar, la SEE cuenta con una dilatada trayectoria de iniciativas encaminadas a estimular la investigación y la formación en epidemiología, sobre todo entre los socios más jóvenes.

NOTAS

1. «Editorial»: *Boletín de la SEE*. 1980; 1:1.
2. Resúmenes de las ponencias y comunicaciones libres presentadas a la I Reunión Científica de la SEE, celebrada en Valencia el día 19 de diciembre de 1980. *Boletín de la SEE*. 1981; 2: 3-7.
3. «La Epidemiología en España». *Boletín de la SEE*. 1981; 4: 1-9.
4. «Editorial»: *Boletín de la SEE*. 1984; julio-septiembre: 1.
5. El primer número extraordinario apareció en enero-marzo de 1985, y en él se recogían los resúmenes de las comunicaciones presentadas a la IV Reunión Anual de la SEE («Aplicación sanitaria de las estadísticas vitales») que tuvo lugar en Granada los días 22 y 23 de noviembre de 1984. El segundo número extraordinario fue publicado también en 1985 (en este caso, como complementario al boletín número 4 correspondiente a los meses de octubre-diciembre). Al igual que en el caso anterior, se publicaron los resúmenes de las comunicaciones que se presentaron, en esta ocasión, al III Seminario Científico de la SEE («La notificación de las enfermedades de declaración obligatoria») que tuvo lugar en Valencia los días 13, 14 y 15 de junio de ese mismo año.
6. En esta sección destaca el resumen que se publicó del seminario organizado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en Buenos Aires, en noviembre de 1983, sobre usos y perspectivas de la epidemiología (*Boletín de la SEE*. 1985; 1: 2-3).
7. Se trataba de «Reseñas de textos básicos para la Epidemiología y la Salud Pública traducidos al castellano» (*Boletín de la SEE*. 1984; julio-septiembre: 3). En el primero de los números, Andreu Segura Benedicto presentaba el texto de David J. Barker sobre epidemiología en la práctica médica, y Miguel Carrasco Asenjo hacía lo propio con el libro de Thomas McKeown y C.R. Lowe: *Introducción a la Medicina Social*.
8. «Editorial». *Boletín de la SEE*. 1986; 1: 1.
9. Actas SEE. 03/12/1983. F. 40v a 41.
10. Clos Matheu J. «Presentación». *Gac Sanit.* 1987; 1(0): 3-4.
11. En realidad, *Gaceta Sanitaria* era continuación de *Gasetà Sanitària de Barcelona*, revista bimestral editada por el Instituto Municipal de la Salud del Ayuntamiento de Barcelona entre 1982 y 1986, y que este cedió a la SESPAS en 1989 (Actas SEE. 11/03/1989. F. 82v a 84). En 1985 la SEE ya había suscrito un convenio con el Ayuntamiento de Barcelona y con su Instituto Municipal de la Salud para que *Gasetà Sanitària* se distribuyera gratuitamente a todos sus socios («Hemeroteca». *Boletín de la SEE*. 1985; 3: 72). En febrero de 1994, la junta directiva de la SEE planteó un incremento en la cuota que tenían que satisfacer los socios, con el objeto de poder remitirles junto a *Gaceta Sanitaria* la revista *European Journal of Public Health* (Actas SEE. 22/02/1994. F. 11v a 13a del libro 2º). En septiembre de aquel mismo año, la junta remitía un carta a la SESPAS donde se solicitaba la inclusión del logo de la SEE en *Gaceta Sanitaria* (Actas SEE. 30/09/1994. F. 17v y 18a del libro 2º).

12. En el marco de la colaboración institucional entre la SEE y *Gaceta Sanitaria* hay que destacar la iniciativa de la publicación de los Informes-SEE que se acordó en la Asamblea General ordinaria de octubre de 2003 (Actas SEE. 02/10/2003. Tres folios sin numerar del libro 3º). El convenio se materializó en 2004 (Actas SEE. 28/10/2004. Cuatro folios numerados del libro 4º). Como se indicaba en la presentación de la iniciativa: «Estos informes por encargo de la junta o a propuesta de los socios, versarán sobre temas de interés en el campo de la epidemiología (por ejemplo, vacunas, investigación de brotes, detección de clústeres, actuaciones tras catástrofes ambientales, etc.) y deben seguir los criterios habituales de una publicación científica» («SEEdestaca»: «Apreciado socio». *SEENota*. 2003; 28: 1-2).
13. «SEEHace»: «Reconocimiento a la labor de Antoni Plasència en *Gaceta Sanitaria*». *SEENota*. 2004; 33: 4.
14. «SEEdestaca»: «Editorial»: *SEENota*. 2007; 40: 1.
15. Ruano Raviña, A. y Fernández Muñoz, E.: «SEEpina»: «Factor de impacto de *Gaceta Sanitaria*». *SEENota-e*. 2010; 1(6): 3.
16. En la reunión de la junta directiva del 11 de marzo de 1989 se proponía publicar periódicamente en *Gaceta Sanitaria* «una sección informativa para los socios de la SEE» (Actas SEE. 11/03/1989. F. 82v a 84). Aunque se han podido recuperar hasta siete cartas informativas que fueron remitidas a los socios, la anunciada sección de *Gaceta Sanitaria* no aparece reflejada en ninguno de los números que publicó la revista entre 1987 y 1993, a pesar del comentario recogido en un acta de la junta del 29 de enero de 1993, donde se decide «ampliar y consolidar las cartas informativas que publica *Gaceta Sanitaria*» (Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7a del libro 2º), y que se exponía unos meses después, en la reunión del 27 de octubre de ese mismo año, al recoger la propuesta de Antoni Plasencia Taradach de «un formato nuevo que sustituya a la carta informativa con los apartados de editorial, actividades de la SEE, correspondencia y un artículo de fondo» (Actas SEE. 27/10/1993. F. 9a a 10 del libro 2º).
17. Los primeros responsables editoriales de *SEENota* fueron Antoni Plasència Taradach y Marta Ferrer Puig. En la reunión de la junta directiva del SEE del 22 de febrero de 1994 se felicitaba a Antoni Plasencia por la buena edición del primer número del *SEENota*, al mismo tiempo que se acordaba que el siguiente ejemplar fuese entregado a partir del 1 de abril (Actas SEE. 22/02/1994. F. 11v a 13a del libro 2º).
18. Actas SEE. 26/10/2000. Dos folios del libro 3º.
19. «SEEentrevista». *SEENota*. 2005; 35: 2.
20. Rebagliato Ruso, M. y Ballester Díez, F.: «SEEHace»: «Relevo en la *SEENota*». *SEENota*. 2001; 22: 10-11.
21. Rebagliato Ruso, M. y Ballester Díez, F.: «SEEHace»: «Relevo en la *SEENota*...» 2001, p. 10. Además, realizaban una propuesta encaminada a fomentar la participación de los socios: «En esta línea, hemos pensado que podría ser útil hacer en esta sección una breve reseña de artículos o comentarios publicados en prensa por miembros de la Sociedad sobre problemas de salud

relevantes del momento. Os pedimos que, para próximas ediciones, nos enviéis artículos o recortes de prensa cuya difusión consideréis de utilidad, sobre todo aquellos de ámbito autonómico a los que es más difícil tener acceso».

22. «SEEHace»: «La SEE está ya en Internet». *SEENota*. 1997; 10: 7.
23. «SEEdestaca»: «Nueva página web de la SEE». *SEENota*. 1999; 16: 3.
24. «SEEdestaca»: «¡Estrenamos web!» *SEENota*. 2005; 34: 3-4. En marzo de 2005 la página web que venía funcionando desde 1999 fue sustituida por <<http://www.websee.org>>, pero ante los problemas que surgieron con la misma, en noviembre de ese mismo año se contrataba un nuevo dominio: <<http://www.as-seepidemiologia.es>>.
25. «SEEinforma»: «Secretaría informa: la web de la SEE se renueva». *SEENota*. 2008, 45: 2.
26. «SEEHace»: «Cambios en la página web de la SEE». *SEENota-e*. 2012, 3(7/8): 4.
27. «SEEinforma»: «SEE en las redes sociales». *SEENota-e*. 2012, 3(1): 5.
28. «SEEinforma»: «Adiós *SEENota*, bienvenido *SEENota-e*». *SEENota*. 2009; 48: 2-3.
29. Se anunciaban las secciones de «SEEopina, SEEHace, SEEinforma, grupos de trabajo, bolsa de trabajo, noticias, y agenda» («SEEinforma»: «Adiós *SEENota*, bienvenido *SEENota-e*». *SEENota*. 2009; 48: 2-3 [p. 3]).
30. «Nota editorial»: *SEENota-e*. 2011; 2(2): 2.
31. «SEEHace»: «SEEopina, nueva sección de *SEENota*»: 2013; 4(4): 5.
32. Novoa Pardo, A. M.: «Editorial»: «El *SEENota*, un canal de participación de los socios y las socias». *SEENota*. 2013; 4(5): 1-2.
33. Aunque en la reunión de la junta directiva del 18 de junio de 1983 se debatió la posibilidad de sustituir el modelo de reuniones anuales por el de congresos bianuales, finalmente se optó por la primera de las fórmulas (Actas SEE. 18/06/1983. F. 29v y 30). Al margen de las reuniones científicas, en los primeros años de actividad de la SEE también se organizaron una jornada de trabajo sobre «el soporte informático en la realización de los estudios epidemiológicos», que tuvo lugar en Barcelona el 25 de marzo de 1983, y dos seminarios científicos, el que tuvo lugar en San Sebastián los días 3 y 4 de febrero de 1984 sobre «registro de tumores», y el que se celebró en Valencia los días 13, 14 y 15 de junio de 1985 sobre «la notificación de enfermedades de declaración obligatoria». Las ponencias de este último seminario fueron recogidas en una monografía colectiva (*La notificación de las enfermedades de declaración obligatoria*. Valencia: Conselleria de Sanitat, Treball i Seguretat Social/Sociedad Española de Epidemiología, 1985). Aquel mismo año también se celebró en Salamanca, los días 13 y 14 de mayo, una reunión italoespañola de epidemiología que abordó el tema de los «sistemas de información en atención primaria».
34. Aibar Remón, C.: «SEEdestaca»: «XIV Reunión en Zaragoza». *SEENota*. 1996; 9: 2.
35. Rebagliato Ruso, M. y Ballester Díez, F.: «SEEcomenta»: «Opiniones recibidas de los socios sobre la reunión de Oviedo. Vuelta a casa». *SEENota*. 1997; 11: 6-7.

36. Aibar Remón, C.: «SEEdestaca»: «XIV Reunión en Zaragoza». *SEENota*. 1996; 9: 2.
37. «Editorial»: *Boletín de la SEE*. 1986; 2 (número extraordinario): 9. En la reunión de la junta directiva del 21 de junio de 1986 (Actas SEE. 21/06/1986.F. 59v a 61), se propuso la elaboración de un documento técnico para la organización de las reuniones científicas de la SEE.
38. «Editorial»: *Boletín de la SEE*. 1985; 4 (número complementario): 1.
39. Actas SEE. 29/09/1988. F. 81 y 82a.
40. García Benavides F. *et ál.*: «Comunicaciones a la XII Reunión Científica de la SEE: criterios y resultados de la evaluación». *Gac. Sanit.*, Suplemento septiembre-octubre 1994; 44 (8): 2-4.
41. «SEEHace»: «Actividades de la junta directiva». *SEENota*. 1995; 4: 3.
42. Porta Serra, M.: «SEEdestaca»: «La carta de Miquel. Sobre nuestros congresos». *SEENota*. 1995; 6: 1-2.
43. «SEEHace»: «Manual de organización de reuniones científicas de la SEE». *SEENota*. 1997; 11. 4.
44. En 1998, cuando ya se contaba con el primer manual para organización de las reuniones científicas de la SEE, se planteó la dificultad que suponía la agrupación temática de las comunicaciones, por lo que se sugirió que fuesen los mismos autores los que establecieran la asignación en función de un listado de temáticas (García León, F. J.: «Evaluación de las comunicaciones presentadas a la XVI Reunión Científica de la SEE». Sevilla 1998. *Rev Esp Salud Pública*, Suplemento octubre 1998; 72: 15-21).
45. En el año 2000 se preparó una segunda versión del manual: Aibar Remón, C. *et ál.*: *Guía de Organización de Reuniones Científicas de la Sociedad Española de Epidemiología. Versión 2*. Enero de 2000. Sociedad Española de Epidemiología. 33 páginas. En 2007 se editó la tercera versión: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/GUIA_SEE_V3.pdf>.
46. «SEEcomenta»: «Los jurados y comités científicos de la SEE». *SEENota*. 1998; 13: 9-11.
47. En los resultados recogidos en un trabajo de 2010 sobre las desigualdades de género en la SESPAS (Morrison, J. *et ál.*: «Desigualdades de género en la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (2000-2009)». *Gac Sanit.* 2010; 24[4]: 334-338), se indicaba que en el caso de la SEE, los comités organizadores de los congresos contaron con una representación más alta de mujeres en la mayoría de los casos, pero no ocurrió lo mismo con los comités científicos, que contaron con más hombres que mujeres en los años 2000 y 2003 (aunque estas se situaban entre el 40 y el 50 %), alcanzándose la paridad en 2005 y 2008, con una presencia mayoritaria de mujeres en el resto.
48. Rebagliato Ruso, M. y Ballester Díez, F.: «SEEcomenta»: «Opiniones recibidas de los socios sobre la reunión de Oviedo. Vuelta a casa». *SEENota*. 1997; 11. 6-7.
49. Véase, por ejemplo, la Orden 348/2008, de 28 de mayo, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid, de extinción del Instituto de Salud Pública (BOCM 30 de mayo de 2008). En el informe del comité organizador de la XXVII Reunión Científica de la SEE que tuvo lugar en Zaragoza en octubre de 2009, se señalaba la influencia que podían tener estos cam-

- bios en las series que contemplaban la evolución de las comunicaciones en función del tipo de institución, y se ponía el ejemplo de los cambios que se habían producido en la Comunidad Valenciana con el paso de muchos investigadores, desde la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) al Centro Superior de Investigaciones en Salud Pública (CSISP) «XXVII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Informe del Comité Científico». *Gac Sanit.* 2009; 23 [Especial Congresos 3]: 2-5).
50. Actas SEE. 26/10/1999. Tres folios del libro 3º; Actas SEE. 16/02/2000. Dos folios del libro 3º.
 51. Vanaclocha Luna, H. et ál.: «Editorial»: «Congresos de SEE: algunas reflexiones para el debate». *SEEnota-e*. 2011; 2(4): 2.
 52. Como se indicaba en una nota informativa publicada en *Gaceta Sanitaria* («Encuentros Marcelino Pascua. Una propuesta de aproximación interdisciplinar a la Salud Pública». *Gac Sanit.* (1994; 42[8]: 149-150): «una de las iniciativas de intercambio de ideas desarrolladas en los últimos años en el seno de la SEE han sido los seminarios Marcelino Pascua». La iniciativa respondía, por un lado, a la necesidad de recuperar, a través de la figura del doctor Pascua —uno de los profesionales más destacados en el panorama de la estadística sanitaria, la epidemiología y la salud pública de la España contemporánea—, la memoria histórica de la salud pública española de las décadas de los años veinte y treinta del siglo XX, sin duda uno de los períodos más fructíferos; y por otro, «al deseo de crear un marco para facilitar el debate interdisciplinar desde la perspectiva de la salud pública».

Se realizaron un total de siete encuentros y se contó con la participación de cuarenta ponentes. Muchos de los trabajos presentados fueron recogidos en diversas publicaciones: *I Encuentro Marcelino Pascua. Estadísticas Demográfico-Sanitarias*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología/Instituto de Salud Carlos III, 1992; «II Encuentro Marcelino Pascua. Junio de 1992. La Epidemiología en el desarrollo de la Salud Pública española». *Rev San Hig Pub.* 1994; 68 (monográfico); *La Epidemiología y sus apellidos. III Encuentro Marcelino Pascua, Valencia 11 de junio de 1993*. Barcelona, Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, 1995; Sánchez-Cantalejo Ramírez, E. (editor): *La Epidemiología y la Estadística. V Encuentro Marcelino Pascua*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996; «Encuentro conmemorativo del nacimiento de Marcelino Pascua Martínez (Valladolid, 1897-Ginebra, 1997). El nacimiento de la Sanidad española contemporánea. Motivaciones, actores y acciones». *Rev Esp. Salud Pública*. 2000; 74 (monográfico).

Como recordaba Fernando García Benavides en el balance que realizó de los encuentros (García Benavides, F.: «Epílogo para después de un paseo con don Marcelino Pascua». *Rev Esp. Salud Pública*. 2000; 74 [monográfico]: 95-98), fue un ejercicio de diálogo plural con la participación de «colegas de distintas procedencias: institucional, geográfica e intelectual», que permitió abordar las «ideas y hechos, nuevos y viejos, que han ido y van configurando la práctica de la salud pública», y donde el protagonismo se lo repartieron universidades y escuelas de salud pública, junto con centros e instituciones de la Administración como el Centro Nacional de Epidemiología, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Instituto Nacional de Estadística.

53. «SEEHace»: «Convenio SEE-Centro Nacional de Epidemiología». *SEENota-e*. 2012; 3(4): 5. El objetivo del convenio es promocionar la investigación epidemiológica, sus resultados, su metodología, así como la formación en dicho campo.
54. Fue en 1992 cuando se formularon las primeras propuestas, al plantear la creación de una comisión de trabajo para abordar la problemática de la confidencialidad de los datos estadísticos, la realización de un informe sobre la situación del sida en España, la cuestión de la «medida de la clase social en epidemiología» o la posibilidad de constituir un grupo de trabajo de salud internacional (Actas SEE. 28/09/1992. F. 99v-100 a 2 del libro 2º; Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7a del libro 2º; Actas SEE. 30/09/1994. F. 17v-18a del libro 2º; Actas SEE. 24/10/1995. F. 12 y 13 del libro 2º bis; Actas SEE. 25/01/1996). En años sucesivos se fueron constituyendo grupos de trabajo relacionados con la integridad en el proceso de investigación epidemiológica (Tormo Díaz, M. J.: «SEEdestaca»: «Grupo de trabajo de la SEE sobre integridad en el proceso de investigación epidemiológica». *SEENota*. 1996; 7: 1-2), sobre información sociosanitaria de utilidad para una población envejecida, docencia de la epidemiología, la implantación de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10º), («SEEHace»: «Grupos de trabajo». *SEENota*. 1997, 10: 5-6), salud laboral (García Benavides, F.: «SEEHace»: «La investigación epidemiológica en salud laboral a examen». *SEENota*. 1997; 11: 4) o el tema de las incineradoras (Actas SEE. 20/02/1997. F. 22 a 25 del libro 2º).
55. Actas SEE. 10/11/1998. F. 39 a 42 del libro 2º bis.
56. «SEEHace»: «Reglamento de los Grupos de Trabajo de la SEE». *SEENota*. 1999; 16: 6-7.
57. El informe, que fue coordinado por Jordi Casabona Barbarà, contó con la participación de Joan Cayla Buqueras, Idelfonso Hernández Aguado, Ángeles Rodríguez Arenas, Isabel Ruiz Pérez, Martí Vall Mayans y Jen Wang, y fue presentado en la reunión científica de la SEE que tuvo lugar en Zaragoza en octubre de 1996 («Un duro informe epidemiológico critica la descoordinación española sobre el sida». *El País*, «sociedad», 26 de octubre de 1996. Disponible en: <http://elpais.com/diario/1996/10/26/sociedad/846280801_850215.html>).
58. Álvarez-Dardet, C., Alonso Caballero, J., Domingo Salvany, A. y Regidor Poyatos, E.: *Medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Barcelona, Sociedad Española de Epidemiología/SG Editores, 1995; Domingo-Salvany, A., Regidor Poyatos, E., Alonso Caballero, J., Álvarez-Dardet, C., Borrell Thió, C., Doz, F., Gasulla, G., Rosell, M., Montasell, J. y Rodríguez, J.: «Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria». *Aten Primaria* 2000; 25(5):350-363.
59. Tormo Díaz, M. J., Dal-Ré, R. y Pérez Albarracín, G.: *Ética e Investigación en Epidemiología: principios, aplicaciones y casos prácticos*. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología, 1998.
60. Cirera Suárez, L. y Vázquez Fernández, E. (editores): *La Implantación en España de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10[487]-revisión (CIE-10). Informe del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Santiago de Compostela, Sociedad Española de Epidemiología, 1998.

61. «SEEHace»: «Grupos de Trabajo». *SEENota*. 2001; 21: 7.
62. «SEEHace»: «Actas de las Asambleas en la XX Reunión Científica de la SEE». *SEENota*. 2002, 27: 3.
63. «SEEHace»: «Grupos de Trabajo». *SEENota*. 2003; 29: 6-7.
64. El grupo de trabajo se constituyó en el marco del convenio entre la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y la SEE. Se trataba de desarrollar el proyecto: *Estudio de la mortalidad a 30 días por accidente de tráfico (EMAT-30)*. Sus principales objetivos eran: «a) describir la morbilidad por accidentes de tráfico (AT) a partir de las altas hospitalarias; b) determinar el número real de fallecidos en AT contrastando con las fuentes policiales, y c) proponer una metodología que permita monitorizar como sistema de información a largo plazo el número de fallecidos por AT a 30 días en España». El grupo de trabajo estuvo coordinado inicialmente por Antoni Plasència Taradach, de la Agència de Salut Pública de Barcelona, y contaba con la colaboración de diversos técnicos de las Direcciones Generales de Salud Pública y de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y de la Dirección General de Tráfico del Ministerio del Interior, así como investigadores de las universidades de Granada, Navarra y Valladolid y de la Agència de Salut Pública de Barcelona. En 2007, como fruto de las actividades desarrolladas por este grupo de trabajo, veía la luz una monografía coordinada por Catherine Pérez sobre *Indicadores de morbilidad y mortalidad de lesión por accidentes de tráfico. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología sobre la medida del impacto en salud de las lesiones por accidentes de tráfico en España*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (informaciones y estadísticas sanitarias), 2007. En 2010 se publicaba una noticia en *SEENota-e* donde se informaba que el grupo de trabajo estaba ampliando su visión «con la finalidad de incluir lesiones producidas por otros mecanismos, no solamente por tráfico» (Pérez, C.: «SEE Grupos de trabajo, grupo de trabajo sobre las lesiones». *SEENota-e*. 2010; 1[4]: 6), y ese mismo año se publicaba la monografía: Pérez, C. (coordinadora): *Lesiones medulares traumáticas y traumatismos craneoencefálicos en España, 2000-2008/Grupo de trabajo sobre la medida del impacto en la salud de las lesiones por traumatismos*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010.
65. Donado Campos, J. M.: «SEEHace»: «Grupos de trabajo. Grupo de formación de la SEE». *SEENota*. 2005; 34: 4-5.
66. Fernández-Cuenca, R.: «SEEHace»: «Grupo de Sistemas de Información en Salud Pública de la SEE». *SEENota*. 2006; 37: 17-18.
67. Actas SEE. 04/10/2006. Un folio sin numerar del libro 4º.
68. «SEEdestaca/informa»: «Secretaría informa. Grupos de Trabajo». *SEENota*. 2007; 42: 2-5. Ese mismo año tenía lugar, en el marco de la XIII edición de la Escola d'Estiu de Salut Pública (Lazareto de Maó, 16 y 17 de septiembre de 2007), un taller sobre «Abordaje y evaluación de los Brotes. Hacia una guía de buenas prácticas», organizado por el correspondiente grupo de trabajo de la SEE y el Centro nacional de Epidemiología, y con el patrocinio de la Dirección gene-

ral de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.seepidemiologia.es/documents/informe_taller_mahon_3.htm>).

69. La SEE contaba con una larga trayectoria en este tema a raíz de su integración en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo en 1995. El grupo de trabajo sobre tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología inició sus actividades en el año 2007 en torno a dos objetivos: continuar y finalizar el estudio sobre la estimación de la mortalidad en España atribuida a la exposición poblacional al humo ambiental de tabaco (HAT) que había comenzado en el año 2006; en segundo lugar se planteaba la revisión de indicadores de exposición al HAT. En 2009 el grupo de trabajo de la SEE publicaba la monografía: Nebot Adell, M. y Fernández Muñoz, E. (coordinadores) *Evaluación del impacto de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Grupo de trabajo sobre tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid, Sociedad Española de Epidemiología/Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
70. El objetivo del grupo de trabajo era «contribuir al conocimiento sobre aspectos relacionados con la epidemiología del consumo de alcohol y de su impacto en la salud, las estrategias de abordaje de eficacia conocida, y su estado actual de adopción en España» (Villalbí Hereter, J. R.: «SEE Grupos de Trabajo»: «Grupo de Trabajo sobre Alcohol». *SEENota-e*. 2013; 4[5]: 6).
71. El grupo de trabajo de cribado de cáncer fue aprobado por la junta de la SEE en octubre de 2007, con el objetivo de contribuir a 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 (Casamitjana Abella, M.: «SEEHace»: «Comité de seguimiento y evaluación de la estrategia del cáncer. Grupo de trabajo sobre cribado de cáncer de la SEE». *SEENota*. 2008; 44: 10-11).
72. «SEEHace»: «Grupo de trabajo de determinantes sociales de la salud». *SEENota-e*. 2010; 2(10): 3. El objetivo era ofrecer a los miembros de la Sociedad y al resto de la comunidad científica reflexiones metodológicas y conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud. En 2012 el grupo ampliaba sus iniciativas con la incorporación de la justicia ambiental y las intervenciones para reducir las desigualdades (Espelt Hernández, A.: «SEE Hace»: «Grupo de Determinantes Sociales». *SEENota-e*. 2012; 3[11]: 4).
73. «Editorial»: «Seguimiento del Plan Estratégico SEE 2011-2014». *SEENota-e*. 2012; 3(1): 1.
74. Asuncion Elizaga, N.: «SEEHace»: «Grupo de trabajo de cribado». *SEENota-e*. 2012; 3(6): 6.
75. Fernández Muñoz, E. y Ruano Raviña, A.: «Editorial»: «Los grupos de trabajo de la SEE: un patrimonio en expansión». *SEENota-e*. 2013; 4(2): 1.
76. *Aplicaciones sanitarias de las estadísticas vitales. IV Reunión anual, II seminario científico de la Sociedad Española de Epidemiología*. Granada, Sociedad Española de Epidemiología (monografías de Salud Pública, 1) 1985. En 1986, se publicó la monografía sobre la *Notificación de las enfermedades de declaración obligatoria. III Seminario Científico, Valencia 13, 14 y 15 de Junio 1985*. Valencia, Sociedad Española de Epidemiología/Conselleria de Sanidad, Trabajo y Seguridad Social/Caja de Ahorros de Valencia, 1986. Un año después, con motivo de la VI Reunión Científica de la SEE, aparecía la monografía colectiva: Segura Bendicto, A. (editor): *Epidemiolo-*

- gía del sida*. Valencia, Sociedad Española de Epidemiología (monografías de Salud Pública, 2), 1987. Y en 1988, el *Taller sobre confidencialidad y derecho a la intimidad en la investigación sanitaria, Valencia, 24-25 de marzo 1988. Organizado por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública, Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo/ Conselleria de Sanitat i Consum, 1988.
77. Actas SEE. 20/0572003. Seis folios sin numerar del libro 3º.
 78. Porta Serra, M., Puigdomènech, E. y Ballester Díez, F. (editores): *Nuestra contaminación interna. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española*. Barcelona, Los libros de la Catarata, 2009.
 79. Amela Heras, C. (coordinadora): *Epidemiología de las enfermedades incluidas en un programa de vacunación*. Madrid, EMISA (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 1), 2004; Bellido Blasco, J. B. (coordinador) y García García, A. M. (editora): *Epidemiología de las gastroenteritis agudas víricas: aspectos actuales*. Madrid, Sociedad Española de Epidemiología (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 6) 2007; Domínguez García, A., Borràs López, E. (coordinadoras) y Arranz Lázaro, M. (editor): *El Sarampión*. Madrid, Sociedad Española de Epidemiología (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 7), 2008.
 80. Marrugat de la Iglesia, J. (coordinador) y Fernández Muñoz, E. (editor): *Monitorización epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares en España y estrategias preventivas*. Madrid, EMISA (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 2), 2005; Arteagoitia Axpe, J. M., Piniés Raposo, J. A. (coordinadores) y Arranz Lázaro, M. (editor): *Diabetes mellitus tipo 2: impacto en la salud pública y estrategias de prevención*. Madrid, EMISA (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 8), 2009.
 81. Sanjosé Llongueras, S. y García García, A. M. (editoras): *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención*. Madrid, EMISA (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 4), 2006. Al mismo tiempo que se anunciaba la aparición de esta monografía se anunciaba la publicación de otra, coordinada por Marina Pollán Santamaría sobre crisis y catástrofes, y se hacía un llamamiento para coordinar una dedicada a analizar la epidemiología molecular y genética de las enfermedades infecciosas («SEEinforma»: «Informe de secretaría». *SEENota*; 29: 5-7).
 82. Cerdá Mota, T., Ascunce Elizaga, N. (coordinadoras) y García García, A. (editora): *Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado*. Madrid, EMISA (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 3), 2006.
 83. Carme Borrell Thió, C., Artazcoz Lazcano, L. (coordinadoras) y García García, A. M. (editora): *Investigación sobre género y salud*. Barcelona, Sociedad Española de Epidemiología/Observatorio de Salud de la Mujer/Ministerio de Sanidad y Consumo (monografía de la Sociedad Española de Epidemiología; 5), 2007.
 84. Monográfico en memoria del Dr. Manuel Nebot Adell (1957-2012). *Gac Sanit.* 2013; 27 (S1): 1-88.
 85. Actas SEE. 11/03/1989. F. 82v-84. En su XXIV edición (2014) contaba con una dotación de 1.000 euros.

86. Este premio, que cuenta con dos accésits, estuvo copatrocinado en sus inicios por la empresa farmacéutica Merck-Sharp and Dohme (MSD), al premiar al mejor trabajo original sobre personas de 65 años o más (Actas SEE. 22/02/1994. F. 11v a 13ª del libro 2º). En su XXI edición (2014) la dotación era de 1000 euros y dos accésits de 500 euros cada uno. En 2003 se convocó, con el patrocinio de MSD, una ayuda a la investigación, dotada de 6000 euros, a la que podían acceder equipos de investigación cuyo investigador principal fuese socio de la SEE. El objetivo de la ayuda consistía en «facilitar el análisis del estado de la cuestión, desarrollo y conclusión de trabajos científicos por parte de grupos que ya están investigando en el tema objeto de la convocatoria». En aquella ocasión guardaba relación con la temática de género y salud («SEEHace»: «I Ayuda a la Investigación de la SEE y MSD». *SEENota*. 2003; 28: 7-8).
87. «SEEHace»: «I Premio de la Sociedad Española de Epidemiología-SKB en Epidemiología». *SEENota*. 1999; 16: 4. La última edición del premio, la undécima, se remonta al año 2009 (su dotación era de 3000 euros).
88. «SEEHace»: «Convocatoria SEE Ayuda para la investigación Enrique Nájera para epidemiólogos jóvenes». *SEENota*. 2004; 31: 2-3. La dotación de la beca es de 3000 euros.
89. El informe está disponible en:
<http://www.seepidemiologia.es/ver_premio.php?id=15&contenido=premio>.
Como complemento a la ayuda, en 2013 se decidía organizar la sesión Enrique Nájera en el marco de las reuniones anuales de la SEE en colaboración con el grupo EJE, con el objeto de reflexionar y debatir sobre diferentes aspectos relacionados con la formación de los jóvenes epidemiólogos y mantener la memoria de Enrique Nájera.
90. «SEEconvoca.»: «El premio a las 10 mejores comunicaciones presentadas por investigadores(as) jóvenes a la XXVII Reunión de la SEE». *SEENota*. 2009; 46:5. Los premiados reciben una inscripción gratuita para la próxima reunión anual de la SEE. En 2012, la SEE y CIBERESP firmaron un convenio para financiar los premios a las mejores comunicaciones de menores de 35 años que se presenten en las reuniones científicas de la SEE. La cuantía del convenio ascendía a 3000 euros y estaba previsto que fuesen aportados por el programa de formación del CIBERESP («SEEHace»: «Convenio SEE-CIBERESP para comunicaciones de los socios menores de 35 años». *SEENota-e*. 2012; 3[7/8]: 4).
91. «SEEHace»: «Recordatorio: I Premio mejor tesina en Epidemiología y Salud Pública, convocatoria 2011». *SEENota-e*. 2011; 7/8: 4.
92. «SEEHace»: «I Premio Emilio Perea a las mejores comunicaciones séniores». *SEENota-e*. 2011; 7/8: 4. Está dotado de 400 euros y dos accésits dotados de 300 (financiados por la Escuela Andaluza de Salud Pública [EASP]).
93. «SEEanuncia»: «Convocatoria de 2 becas para asistir al European Educational Programme in Epidemiology». *SEENota*. 1995; 4: 12. En su última edición, la de 2014, correspondiente a su decimonovena convocatoria, tenía una dotación de 3000 euros.
94. Álvarez, D., Alejos, B. y Domingo, L.: «SEecomunica»: «La experiencia en el European Educational Programme in Epidemiology (Florencia)». *SEENota-e*. 2012; 3(7/8): 6.

La SEE como experta en epidemiología y salud pública

La adquisición de la condición de expertos aparece como otra de las claves del fenómeno social que comporta la profesionalización de una determinada disciplina. Con el presente apartado se pretende abordar el papel que ha desempeñado la SEE como «voz autorizada» en el campo de la epidemiología y la salud pública, así como las estrategias que ha desarrollado para poder llegar a ser interlocutora experta ante otras disciplinas, las administraciones, las autoridades y la sociedad en su conjunto.

LA RELACIÓN DE LA SEE CON LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) Y OTRAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Entre las actividades desarrolladas por la SEE en pro de la consolidación de la salud pública cabe destacar su iniciativa para agrupar y coordinar los esfuerzos de todas las sociedades y asociaciones que trabajan en dicho campo, y en concreto, su papel protagonista en la creación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), además de su colaboración interdisciplinar con otras sociedades científicas.

Como recordaba Joan Clos Matheu al realizar un balance de sus años de mandato como presidente de la SEE,¹ fue en la reunión científica que tuvo lugar en Murcia en 1983 cuando se instó a la junta a buscar la convergencia con otras «especialidades y profesiones presentes en el amplio campo de la salud pública y la Administración sanitaria». Entre los argumentos que se expusieron para tomar la iniciativa se destacaban las consecuencias negativas que comportaba «el peculiar “minifundismo” asociativo de los profesionales sanitarios (del ámbito de la salud pública) en nuestro país», ya que disminuía su capacidad de incidencia

pública, bastante limitada al tratarse de un ámbito de actuación no clínico y de no disponer «del poder de presión del clínico».

En su opinión, las limitaciones de la SEE en cuanto al número de asociados y posibilidades no fueron un obstáculo para liderar el proceso de convergencia: «Nos corresponde a nosotros, más que a cualquier otro, renunciar a algún beneficio marginal de peculiaridad, en aras de una representación más amplia y más representativa de todos los campos científicos y profesionales de la salud pública y la Administración sanitaria».

Fue en la reunión de la junta directiva del 3 de diciembre de 1983 cuando se tomaron los primeros acuerdos para materializar la iniciativa.² Se acordó preparar la convocatoria de un congreso sobre planificación sanitaria y evaluación clínico-epidemiológica para realizarlo en octubre o noviembre de 1985, en el que «pudieran tener cabida la mayor parte de las asociaciones presentes en el campo de la salud pública» y plantear su convergencia en una única Sociedad de salud pública. La presidencia y la secretaría del congreso tenían que estar en manos de la SEE, por lo que se acordó que fuese el vicepresidente de la misma, Francisco Javier Catalá Villanueva, el que asumiese la primera, y el tesorero, José Angel Oñorbe de Torre, la segunda. También se acordó contactar con «los economistas de la salud, los inspectores médicos, los farmacéuticos del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y la Asociación Catalana de Salud Pública».

El primer Congreso de la SESPAS tuvo lugar en Barcelona en octubre de 1985,³ y tras su realización se constituyó una comisión gestora que debía encargarse de poner en marcha la nueva Sociedad. Como destacaba Joan Clos Matheu,⁴ tras la respuesta positiva que se había obtenido «por parte de los economistas de la salud, la enfermería de salud pública, los inspectores médicos y los administradores hospitalarios», había que intentar que se sumaran «los especialistas de medicina preventiva y los médicos de Sanidad Nacional que todavía no formaban parte de la Sociedad». Desde el marco de la SEE «había que profundizar en el conocimiento, en los contactos y en el compartir experiencias en el campo de la epidemiología, pero también resultaba fundamental la relación con otros profesionales de la salud pública y la Administración sanitaria».

Este era el balance del congreso que aparecía recogido en el *Boletín de la SEE*:⁵

Con la celebración de dicho congreso, la Sociedad, y la actual junta directiva, culmina una etapa iniciada hace algo más de tres años y que tenía como objetivos fundamentales la divulgación del método epidemiológico, la clarificación del papel de la epidemiología en el sistema sanitario y la estimulación de procesos que favorecieran la unificación de criterios e iniciativas asociativas científicas en el campo de la salud pública y la administración sani-

taria. [...] Consideramos que el alto nivel de participación puede conducir al logro de los objetivos primordiales de la reunión, que es ofrecer un marco de referencia que aglutine al gran número de profesionales de uno y otro campo, interesados en la salud pública y la administración sanitaria, que imponga estabilidad y que facilite un proceso de conjunción que, creemos, es una necesidad que redundará en nuestro mayor intercambio de conocimientos y profesionalización en un campo de tanta importancia y necesidad. Todo esto nos facilitará nuestro más claro interés que es el de elevar el nivel de salud de la sociedad a la cual prestamos nuestros servicios [...] La decisión tomada por todas las sociedades coorganizadoras del Congreso de converger en una futura Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) nos plantea el reto de continuar promocionando el proyecto SESPAS sin perder por ello la especificidad y la presencia científica de la SEE. La clarificación del papel de la epidemiología en el Sistema Nacional de Salud, tema que se debatirá en la próxima reunión de la SEE [...] ayudará a la nueva junta directiva —que resultará de la renovación del presidente, secretario y vocal 3º— a enmarcar con mayor precisión los objetivos de la SEE para el futuro inmediato.

A pesar de haber tomado la iniciativa de crear la SESPAS, siempre existieron dudas acerca del grado de compromiso que tenía que asumir la SEE y de las consecuencias que podía tener para su propio desarrollo. En general, existía bastante coincidencia en considerar como positiva la relación, pero parecía necesario asegurar la independencia de la SEE, «informar muy bien a los socios y supervisar los estatutos de la nueva Sociedad».⁶

Fue en la Asamblea General ordinaria, que tuvo lugar en Valencia el 13 de junio de 1987,⁷ cuando se debatió la integración de la SEE en la SESPAS. El presidente de la Sociedad, Francisco Javier Català Villanueva, explicó los argumentos por los cuales la junta proponía que se aprobase la incorporación: el carácter multidisciplinar de la salud pública y las ventajas que suponía para los epidemiólogos el disponer de un marco asociativo más amplio; una mayor presencia social de la epidemiología al pertenecer a una Sociedad que podía llegar a alcanzar presumiblemente los 2000 afiliados y, en definitiva, la necesidad de seguir estimulando el desarrollo de la SESPAS desde la SEE, sin que ello supusiera perder su propia especificidad y su personalidad jurídica.

En aquella asamblea también intervino Joan Clos Matheu, en calidad de presidente de la Comisión Gestora de la SESPAS, para explicar los pasos que se estaban siguiendo. Hubo diversas intervenciones que reiteraban el temor a una pérdida de identidad de la SEE, pero también otras, como la de Andreu Segura Benedicto, que defendían que «no había que exagerar el tema de la identidad, y que si en el futuro todos los objetivos de la SEE tuvieran cabida en la SESPAS, la desaparición de la SEE como tal podría resultar lógica».

Con posterioridad, en una reunión de la junta del 20 de octubre de 1987,⁸ se volvió a discutir el tema y algunos miembros manifestaron que existía poca información sobre la forma en que se estaba llevando a cabo el proceso de configuración de la SESPAS. Se acordó seguir adelante con la incorporación, pero siempre que se cumpliesen las siguientes condiciones: que los estatutos recogiesen las enmiendas de la SEE, que la SEE asumiera el carácter de sección de epidemiología de la SESPAS, y que se establecieran garantías para asegurar que, pese al proceso de confluencia de otras sociedades de salud pública en la SESPAS, se mantendría una presencia adecuada de la SEE en el consejo directivo.

En la Asamblea General ordinaria de la SEE de 13 de noviembre de 1987⁹ surgió de nuevo el asunto de la integración en la SESPAS. El debate se centró en la necesidad de subrayar el carácter científico y profesional de la SESPAS y en exigir, no sin suscitar un cierto debate y la oposición de algunos socios, que esta circunstancia tuviera reflejo en los cargos electos de su junta directiva, en una clara referencia a quienes pudieran estar ejerciendo alguna responsabilidad política.

Con todas las reticencias que se han señalado como trasfondo, la SEE iniciaba en 1987 su andadura como miembro de la SESPAS. Entre las actividades desarrolladas en el marco de dicha colaboración hay que destacar la convocatoria de los congresos SEE-SESPAS y la participación de la SEE, como ya se ha indicado en el capítulo anterior, en la aparición de *Gaceta Sanitaria* en su actual formato: <<http://gacetasanitaria.org/>>.¹⁰ Además, a través de sus expertos, la SEE ha colaborado de manera muy activa en la elaboración de los informes SESPAS sobre la situación de la salud en España, que se vienen publicando desde 1993 (<<http://www.sespas.es/informes.php>>).

En relación con la fórmula de congresos conjuntos con la SESPAS, en septiembre de 1994¹¹ se abrió un debate en el seno de la junta que presidía Miquel Porta Serra sobre la viabilidad de la misma y las consecuencias que tenía para la SEE. Aunque se acordó mantener la convocatoria conjunta del congreso de 1995, se puso como condición el disponer de un comité científico independiente, con el objetivo de evitar conflictos de competencias y facilitar la vertebración entre las Sociedades.

A pesar de todas aquellas precauciones, en enero de 1996¹² la junta directiva de la SEE evaluaba negativamente la reunión conjunta SEE-SESPAS que había tenido lugar en Barcelona en octubre de 1995. Se acordaba celebrar las reuniones de la SEE al margen de las de la SESPAS, y en el caso de plantearse en el futuro nuevas convocatorias conjuntas, «establecer a priori unas condiciones mínimas que garanticen el buen desarrollo de las actividades de la SEE sin que sean desagraviadas por las de la SESPAS». A todas aquellas desavenencias se

sumarían, en diciembre de 1999, las de carácter económico asociadas a la deuda que había contraído la SEE con la SESPAS.¹³

Para algunos socios, la interrupción de las reuniones conjuntas entre la SEE y la SESPAS suponían la pérdida de un espacio que había resultado fructífero para el diálogo entre las diferentes disciplinas que conforman la salud pública:¹⁴

Desde que asisto a las reuniones de la SEE es la primera vez que no coincidimos con el congreso bianual de SESPAS. No me comprendo como epidemiólogo sin ser salubrista [...] me gustaba que cada dos años, nos juntáramos profesionales de las diferentes ramas de la salud pública y valoráramos críticamente los trabajos de los demás compañeros desde puntos de vista diferentes. ¿Cuáles son las implicaciones de lo que hacemos en la práctica de la salud pública y la administración sanitaria? ¿Qué otros métodos, como por ejemplo los cualitativos, se pueden utilizar para conocer mejor los problemas de salud pública? ¿Cómo pasar de la investigación a la acción? Esto último me recuerda el lema de la próxima reunión de Sevilla («de la investigación a la acción») y me da la sensación que se pretende, en parte, llenar el hueco a que me refiero.

En 2004,¹⁵ durante la presidencia de Ildefonso Hernández Aguado, se volvió a plantear una redefinición del papel de la SEE en la SESPAS. Unos meses después, en junio de 2005,¹⁶ se tomaba la iniciativa de proponer a la SESPAS un cambio de los estatutos con el objeto de incorporar criterios de proporcionalidad en los órganos de dirección de acuerdo con la importancia de cada Sociedad, y conseguir así que las votaciones fuesen ponderadas.

Los cambios en la normativa estatutaria de la SESPAS llegaron en 2008, cuando se convirtió en «una sociedad de sociedades».¹⁷ La SEE era la sociedad que aportaba un mayor número de socios (914), seguida de la Asociación de Economía de la Salud (743). El resto de sociedades miembros de la SESPAS aportaban 1794 socios y además existían 200 personas asociadas a título individual.¹⁸ En diciembre de aquel mismo año¹⁹ la presidenta de la SEE informaba a la junta directiva de la próxima elección de la presidencia de la SESPAS de acuerdo con los nuevos estatutos. Como cada Sociedad tenía que presentar un candidato o candidata, se acordó apoyar la candidatura de Andreu Segura Benedicto, pero «con la condición de defender los intereses de la SEE».

Aunque en octubre de 2007²⁰ se había vuelto a plantear la posibilidad de celebrar un congreso conjunto en 2009 a instancias de la SESPAS, la junta directiva de la SEE no lo consideró oportuno «por los problemas y esfuerzo que ello suponía». Finalmente, se acordó que la celebración conjunta se realizase cada seis años, por lo que se decidió aplazar la colaboración al congreso de 2011.

Como se ha puesto de manifiesto, más allá de los logros indiscutibles que se han conseguido con la colaboración entre la SEE y la SESPAS, la relación entre ambas sociedades no ha sido fácil. Los esfuerzos de las juntas directivas de la SEE por mantener la singularidad de la Sociedad dentro de la SESPAS fueron una constante. Para conocer las razones que han podido estar detrás de aquellos desencuentros se han recabado los testimonios de algunos informantes clave.

En opinión de Francisco Bolumar Montrull,²¹ no existía coincidencia en los objetivos que guiaban las actuaciones de las dos sociedades:

Yo he sido un ferviente defensor de la separación de la SEE de la SESPAS por diversos motivos [...] las dos sociedades tienen características completamente diferentes [...] la SEE desde sus inicios adopta una actitud científica que SESPAS no la ha tenido durante muchos años. Evidentemente en la época mía, SESPAS seguía siendo un núcleo de acción política y la SEE era una sociedad científica y creo que aquí yo reflejaba muy claramente la necesidad de que SESPAS se democratizara como tal, que se transformara en lo que no era, una sociedad como tal y de ahí vienen mis desencuentros y mi deseo de mantener a la SEE independiente de SESPAS.

Andreu Segura Benedicto²² señalaba las diferencias en los planteamientos y las estrategias que existen entre las sociedades que conforman la SESPAS para explicar las reticencias y las reservas de la SEE:

Hay ciertas rivalidades entre las sociedades por cierto protagonismo, por maneras de ver las cosas [...] de las más fuertes que además son las que tienen mayor rivalidad [...] la Asociación de Economía de la Salud que es más política y la SEE que ha derivado más al aspecto de metodología profesional y menos militante, lo fue en su momento mucho pero ahora lo es mucho menos [...] el presidente actual tiene claro que hay que influir en la política pero hubo una época que se optó por la visión más científica [...] pero en general la tensión pasa y todos hemos ido cambiando de actitud y ahora puede plantearse un papel de SESPAS de sociedad de sociedades que antes era más confuso.

Para José Oñobre de Torre,²³ en la primera etapa de la SESPAS era manifiesto «el interés en estar como *lobby* político, en tener una visión más política, en aprovechar la plataforma de la nueva Sociedad», pero aquel planteamiento inicial suscitaba el rechazo de una parte de la SEE: «Hay un grupo de gente que dice que esto es hacer política, y que ellos lo que quieren es hacer ciencia».

Como indicaba Miguel Carrasco Asenjo,²⁴ en medio de las tensiones ministeriales que estaba generando la preparación de la ley general de Sanidad de 1986, la SESPAS se veía

como una oportunidad para avanzar en el desarrollo de un determinado modelo de salud pública:

Me parece que el tema de SESPAS de alguna manera se veía como una oportunidad, yo diría que ideológica y también profesional [...] había una cierta simbiosis entre el interés del Ministerio y el de una estructura de salud pública profesional que fuese activa de cara a la ley general de Sanidad que se estaba gestando [...] podía ser un apoyo importante, eran momentos convulsos en el Ministerio [...] había líneas dentro del Partido Socialista [...] planteamientos diferenciados del modelo a seguir dentro del Servicio Nacional de Salud.

En general, los testimonios que se han recabado coinciden en señalar, tal como apuntaban las palabras de Andreu Segura Benedicto transcritas con anterioridad, que las relaciones entre la SEE y la SESPAS han ido cambiando de acuerdo con la evolución que ha experimentado la segunda. Como indica Ildefonso Hernández Aguado:²⁵

Esa relación con SESPAS tiene que ver con otras cuestiones que vienen de lejos, tiene que ver con la tirantez de las formas de ver la epidemiología, la visión de la intervención en la cosa pública [...] nosotros a lo que aspirábamos, creo que poco a poco se va consiguiendo porque también era sensato, es que SESPAS sirviera de puente para que la generación de conocimiento tuviese utilidad social [...] en la medida que SESPAS con sus sociedades permite darle mayor relevancia social a la generación de conocimiento pues eso si es útil [...] SESPAS tiene una capacidad que la SEE no la tiene, que es juntar a gente con muchas visiones [...] eso es lo que tiene de bueno SESPAS y está clara la potencialidad y eso es lo que debemos defender desde la SEE, la SEE debe defender SESPAS porque es un instrumento para conseguir su misión, que es realmente lograr la salud de la población.

Fernando García Benavides²⁶ subrayaba la importancia que había tenido el cambio de los estatutos de la SESPAS, su transformación en una sociedad de sociedades para poder superar sus tensiones con la SEE, al mismo tiempo que enfatizaba el papel «vertebrador de las profesiones de salud pública» que tiene que jugar esta última:

Mi posición ha sido mantener la autonomía de la SEE pero colaborativa [...] permitir que SESPAS sea un actor importante en el juego de la salud pública [...] es una profesión multidisciplinar y coinciden muchas profesiones, entonces SESPAS permite que sin tú renunciar a tu identidad, sea la que sea, compartas con otros profesionales, ambientalistas, psiquiatras, enfermeras, médicos, etc. [...] es la grandeza de SESPAS pero también su debilidad, o sea que es un equilibrio y hay que ser muy negociador [...] ahora estamos en una fase de convivir.

La evolución que ha mostrado la relación entre la SEE y la SESPAS es un ejemplo de la complejidad que encierran los procesos asociativos. También ha puesto de manifiesto los cambios y las adaptaciones que suelen generar en las trayectorias de las sociedades científicas los proyectos de desarrollo disciplinar, tal como se puede comprobar en el capítulo dedicado a analizar el papel de la SEE en la profesionalización de la epidemiología y la salud pública y la importancia de la colaboración entre ambas sociedades. Como subrayaba Josep María Antó Boqué:²⁷ «Hemos conseguido establecer un marco duradero de relaciones entre diversas sociedades en el ámbito de la salud pública [...] disponer de una Sociedad Española de Salud Pública es una asignatura pendiente [...] somos un ámbito científico y profesional que daría para fórmulas más amplias [...] de mayor envergadura en el contexto científico y profesional».

Además de impulsar la creación de la SESPAS, a lo largo de su trayectoria la SEE ha llevado a cabo actividades conjuntas con otras sociedades del campo de la epidemiología y la salud pública, particularmente en el contexto internacional.

Entre las primeras iniciativas hay que destacar los contactos con los epidemiólogos italianos y la celebración en Salamanca, en mayo de 1985, de una reunión italoespañola de epidemiología.²⁸ En octubre de 1992, en el marco de la dimensión iberoamericana que adquirió la XI Reunión de la SEE que tuvo lugar en Granada, se decidió promover la creación de una Sociedad Iberoamericana de Epidemiología.²⁹ Asimismo, hay que recordar que desde los inicios de la SEE estuvo muy presente la colaboración con la Sociedad Internacional de Epidemiología/International Epidemiology Association (IEA).

En 1983 se hacía una llamada a los socios de la SEE para que se incorporasen a la IEA.³⁰ En 1997 se establecieron ayudas para facilitar la asistencia de socios de la SEE a la reunión de la IEA que tuvo lugar en Münster (Alemania) en septiembre de aquel año. Como señalaba Miquel Porta Serra, para los epidemiólogos españoles era importante «aumentar el intercambio científico con otros colegas».³¹ En 1998 se planteó la integración de la SEE en la IEA.³²

En 2001 se producía la incorporación de la SEE a la Federación de Sociedades Europeas de Epidemiología (European Epidemiology Federation. EEF),³³ que pasó a ser presidida por Miquel Porta Serra en 2002 con Jaume Marrugat de la Iglesia como secretario.³⁴ Se consolidaba de esta forma la presencia y participación de la SEE en las actividades epidemiológicas de ámbito europeo.³⁵

El objetivo era consolidar un grupo de epidemiología donde se pudieran debatir problemáticas comunes al espacio europeo, como la formación, o como la que planteaba la falta de información epidemiológica relacionada con «amenazas cotidianas a la salud (priones, dioxinas, etc.)».³⁶

Más recientemente, en el marco del Congreso Conjunto SEE/SESPAS sobre «salud y equidad en todas las políticas» que tuvo lugar en Madrid en octubre de 2011, se formalizó la Alianza Iberoamericana por la Epidemiología y la Salud Pública de la que forman parte la Associação Brasileira de Saude Coletiva, la Asociación Colombiana de Epidemiología, la Sociedad Mexicana de Salud Pública, la Sociedad Chilena de Epidemiología, la Associação Portuguesa de Epidemiologia³⁷ y la SEE.

Como se indicaba en la *SEEnota-e*,³⁸ aunque ya existía una Sociedad Iberoamericana de Epidemiología y se habían organizado cuatro reuniones —la primera de ellas, en Granada en 1992; las otras tuvieron lugar en Salvador de Bahía,³⁹ Santiago de Chile y Caracas—, se consideraba que la Sociedad no se había consolidado. La SEE tomó entonces la iniciativa de contactar con las sociedades de México, Brasil, Chile, Colombia y Portugal con el objetivo de «refundar el proyecto como Sociedad Iberoamericana de Epidemiología y Salud Pública». Se buscaba, entre otros objetivos, «intercambiar experiencias de servicios, de investigación y de docencia en el campo de la epidemiología y la salud pública entre toda Iberoamérica». En 2013, coincidiendo con la XXXI Reunión Científica de la SEE, se celebraba en Granada el Congreso Iberoamericano de Epidemiología y Salud Pública.⁴⁰

La SEE también ha mostrado a lo largo de su trayectoria interés por la colaboración interdisciplinar. En las actas de las reuniones de su junta directiva y de las asambleas de la Sociedad se encuentran testimonios documentales sobre los contactos establecidos con sociedades científicas más o menos afines, como la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria,⁴¹ la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (con la que llegó a plantear la posibilidad de celebrar un congreso conjunto en 1994),⁴² la Sociedad Española de Cardiología,⁴³ la Sociedad Española de Geriátrica,⁴⁴ la Sociedad Española de Biometría⁴⁵ y la Sociedad Española de Estadística o la Sociedad Española de Sociología,⁴⁶ entre otras.

Se trata de iniciativas que ponen de manifiesto la condición de disciplina ecléctica que la SEE ha otorgado a la epidemiología, aunque en ocasiones hayan servido para evidenciar las dificultades para alcanzar un diálogo y un debate interdisciplinar fluidos, tal como queda reflejado en el testimonio que ofrecía Santiago Pérez Hoyos al valorar la colaboración entre la SEE y la Sociedad Española de Biometría:⁴⁷

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, sobre todo 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

las Jornadas [...] que a pesar de todos los peros [...] se han consolidado como un lugar de encuentro entre biómetras y epidemiólogos que debería abrirse más a todos los asociados de ambas sociedades.

Al margen de contactos más o menos formales de carácter bilateral con otras sociedades, la SEE también ha participado en iniciativas conjuntas como el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC),⁴⁸ la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Asistencial,⁴⁹ los Congresos Nacionales de Informática de la Salud,⁵⁰ la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España,⁵¹ o las dedicadas a abordar problemas emergentes de salud que requieren una aproximación interdisciplinar, tal como ocurre con las cuestiones de naturaleza medioambiental.⁵² En 2002 se posicionaba, de la mano de otras siete sociedades científicas, sobre «el caos de la financiación de la investigación biomédica en España».⁵³

La SEE se incorporó en 2005 a la Coordinadora de Sociedades Científicas de España (COSCE),⁵⁴ pero la abandonó en 2006 por considerar que el coste-beneficio no era el adecuado, y que dentro de la coordinadora se tenía poca consideración con los temas relacionados con la salud, aunque se reincorporó en 2014.⁵⁵

LA SEE COMO INTERLOCUTORA DE LA ADMINISTRACIÓN, EL PARLAMENTO Y EL PODER EJECUTIVO

Desde su constitución como sociedad científica, la SEE ha sido requerida por la Administración y los poderes públicos para emitir informes preceptivos relacionados con la epidemiología y la salud pública.⁵⁶

A modo de ejemplo,⁵⁷ en 1999 llegaba a la SEE una carta del Ministerio de Sanidad y Consumo donde se solicitaba su pronunciamiento acerca de los protocolos de vigilancia epidemiológica sobre el ruido, agentes biológicos, asma y alveolitis.⁵⁸ La SEE acordó asignar los expertos que se pudiesen solicitar sobre la base de los intereses declarados por los socios en la ficha que existía en la secretaría técnica de la Sociedad. Aunque no siempre se pudo responder a las solicitudes planteadas, tal como ocurrió con la consultoría del Ministerio donde se pedía un experto en enfermedades raras.⁵⁹

Los informes emitidos por la SEE, además de establecer las oportunas valoraciones críticas de carácter técnico y científico, recogían en ocasiones la disponibilidad de la Sociedad para mejorar la propuesta o redactar una alternativa. Al responder a la consulta sobre el proyecto del R. D. de Cartera de servicios comunes del Servicio Nacional de Salud, se rea-

lizaban las siguientes consideraciones: «Las modificaciones que habría que introducir son de tal calado que exceden el tiempo disponible para emitir este informe. Sin embargo, nuestra sociedad científica está disponible para aportar un documento mucho más elaborado y detallado en caso de que se estime necesario y que sus sugerencias tengan la posibilidad de considerarse».⁶⁰

Otras solicitudes llegaban en el marco de los acuerdos que había establecido la SEE con diferentes organismos. En 1997 se alcanzaba un principio de acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo para la elaboración de un informe sobre la investigación epidemiológica sobre condiciones de trabajo en España.⁶¹ La SEE acabó participando, junto con otras sociedades como la SESPAS o la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo, en las actividades desarrolladas por el grupo de trabajo de salud laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.⁶²

En 2002, dentro del marco del convenio con la Dirección General de Salud Pública (DGSP), se informaba de la propuesta de evaluación de la clasificación de las consecuencias sanitarias de los accidentes de tráfico.⁶³

Tres años después, en 2005, la SEE firmaba un convenio con el Ministerio de Sanidad para asesorar técnicamente en anorexia y bulimia, accidentes de tráfico, gripe aviar, sistemas de información en salud pública y mortalidad atribuible al tabaco en España.⁶⁴

El posicionamiento de la SEE frente al tema del tabaquismo presenta un largo recorrido. En 1995 la Sociedad entraba a formar parte del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, al mismo tiempo que creaba un grupo de trabajo.⁶⁵ Como recordaban José Ramón Banegas Banegas y Lucía Díez Gañán en una nota editorial sobre «progresos y posibilidades en el control del tabaquismo» publicada en 2002:⁶⁶

La SEE sigue participando, a través de varios de sus miembros, en diversos foros científicos y profesionales sobre actividades antitabaco (por ejemplo, en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en las comunidades autónomas, en reuniones científicas y profesionales de epidemiología, salud pública, en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, en reuniones científicas de medicina general, cardiología, arterioesclerosis, hipertensión, neumología...) y en el cotidiano pero apasionante trabajo del día a día.

En 2010, la SEE, al realizar un balance de los cuatro años transcurridos desde la entrada en vigor de la ley de medidas sanitarias frente al tabaco (Ley 28/2005), se manifestaba a favor de nuevas medidas reguladoras, al mismo tiempo que solicitaba «el fomento de medidas de prevención dirigidas a promover y facilitar el abandono del tabaquismo e impedir el

inicio en los jóvenes, para proteger un derecho fundamental de todos los ciudadanos como es la salud».⁶⁷

Unos meses después, Manel Nebot Adell y Esteve Fernández Muñoz publicaban en *SEE-nota-e* un editorial sobre el «Control del tabaquismo en España: la hora de la verdad». Recordaban el papel que había jugado el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo —entidad conformada por 47 sociedades científicas y profesionales, entre las que se incluye la SEE— en la respuesta mediática «a las continuas campañas de intoxicación de quienes se oponen a las medidas reguladoras». Destacaban el papel que había jugado la SEE «al contribuir con la mejor evidencia científica a la sensibilización de la población —la cuantificación de los riesgos, especialmente de los riesgos invisibles como el humo ambiental del tabaco— y en la evaluación rigurosa de la utilidad de las medidas de prevención y control, en este caso de las políticas de control del tabaquismo».⁶⁸

La SEE también ha participado en otras iniciativas similares a la desarrollada por el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. La Sociedad se incorporó al Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis (TBC), impulsado en 2007 por la Dirección General de Salud Pública en coordinación con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).⁶⁹

En otras ocasiones ha sido la SEE la que se ha dirigido a la Administración y los poderes públicos para manifestar su posicionamiento crítico o su crítica constructiva, trasladar sus propuestas o manifestar el apoyo a determinadas políticas.

En la década de 1990 fueron continuos los pronunciamientos de la SEE frente a la polémica cuestión de la confidencialidad de los datos estadísticos y el acceso a los mismos con fines de investigación,⁷⁰ y las reformas emprendidas en el *Boletín Epidemiológico Semanal* o en la Red de Vigilancia Epidemiológica.⁷¹

En la Asamblea General extraordinaria de la SEE que tenía lugar en Madrid el 26 de octubre de 2000,⁷² a propuesta de Miquel Porta Serra, se propuso que la junta transmitiese a la autoridades «la preocupación de la SEE por el estado actual de la docencia de posgrado y la investigación epidemiológica en España», al mismo tiempo que se sugería la creación de un grupo de trabajo de la SEE encargado de «elaborar un documento de propuestas para la mejora de ambas cuestiones».

En mayo de 2004, con motivo de la sentencia de la Audiencia Nacional que anulaba la orden ministerial de creación de un sistema estatal de notificación de nuevas infecciones VIH, la SEE remitía una carta a la ministra de Sanidad y Consumo donde indicaba su «discrepancia radical» frente a la mencionada sentencia. Traslataba el apoyo de la Sociedad

para que el Ministerio pudiese adoptar las medidas oportunas para «conservar este sistema de vigilancia de salud pública, elemento clave en las estrategias de control de la enfermedad por VIH».⁷³

La necesidad de contar con la identificación del paciente para asegurar el adecuado funcionamiento de los registros de enfermedades volvió a ser reivindicada por la SEE en 2008, ante el anuncio del Gobierno de dictar medidas para la protección de la intimidad de las mujeres que abortan.⁷⁴

Además de establecer contactos con grupos parlamentarios, con el objeto de trasladarles las inquietudes y los posicionamientos de la SEE frente a los principales problemas y los retos que tenía planteados la salud pública,⁷⁵ y apoyar las iniciativas legislativas relacionadas con la salud laboral o la prevención de riesgos laborales,⁷⁶ desde la Sociedad también se han defendido posiciones críticas frente a decisiones gubernamentales, como ocurrió con la reestructuración de las estructuras administrativas de la salud pública que llevó a cabo la Comunidad Valenciana en 1999,⁷⁷ la Comunidad de Madrid en 2008,⁷⁸ o Cataluña en 2013.⁷⁹

En opinión de la SEE, la reforma que impulsaron las autoridades madrileñas suponía ignorar una realidad sociosanitaria que requería potenciar el prestigio, la visibilidad y los recursos de la salud pública.⁸⁰

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 estos 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 esta última y, consecuentemente, a las actividades que constituyen su razón de ser.

A través de la emisión de los «preceptivos informes», la SEE ha participado en los procesos de elaboración de leyes autonómicas de salud pública,⁸¹ pero fue especialmente activa en el que acompañó la preparación y el trámite parlamentario de la ley general de Salud Pública de 2011 (Ley 33/2011, de 4 de octubre. *BOE* número 240 de 5 de octubre de 2011).

En julio de 2010 la junta de la SEE manifestaba su voluntad de impulsar, en colaboración con todas las sociedades federadas de la SESPAS, un debate profesional y social del anteproyecto de ley de salud pública,⁸² al mismo tiempo que anunciaba la creación de un foro de debate en la página web de la SEE.⁸³ En diciembre de ese mismo año tenía lugar en la Escuela Nacional de Sanidad el Seminario SEE-SESPAS sobre el anteproyecto de ley general de Salud Pública.⁸⁴

En la presentación del seminario se destacó la pertinencia de la ley y la necesidad de modernizar el ordenamiento jurídico de la salud pública, así como los tres objetivos básicos que guiaban el anteproyecto: «contribuir de manera más efectiva a la mejora de la salud de las poblaciones, abordar más eficazmente el problema de las desigualdades, y hacerlo del modo económicamente más sostenible». Para alcanzar estos objetivos se subrayaba la necesidad de primar «las políticas poblacionales frente a las individuales, la transversalidad de las acciones, y la necesidad de establecer una coordinación dentro de cada nivel y entre los distintos niveles de la Administración». En el debate se enfatizó la posibilidad que ofrecía la ley para conseguir «una intervención sistémica y facilitar la cooperación entre las comunidades autónomas, las administraciones locales y el Estado».

En marzo de 2011, ante la llegada al Congreso de los Diputados del proyecto de ley de salud pública, el presidente de la SEE, Fernando García Benavides, remitía un escrito a los grupos parlamentarios donde se anunciaba la preparación de notas de prensa de seguimiento del debate parlamentario. En el mismo escrito se reconocía el trabajo de Ildefonso Hernández Aguado, destituido como director general de Salud Pública y Sanidad Exterior tres días antes de ser remitido el proyecto: «Con el sincero reconocimiento del profesor Hernández, por su excelente e histórico trabajo, nuestra obligación es participar activamente en el debate para impulsar, y si es posible, mejorar, el actual proyecto para que se convierta en la ley Hernández de Salud Pública».⁸⁵

La SEE, junto con la SESPAS, la SEMPSPH, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y los presidentes de los Colegios de Veterinarios y Farmacéuticos, compareció ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para presentar las propuestas de enmiendas al proyecto de ley general de Salud Pública que había consensuado con la SESPAS. Básicamente se trataba de definir «un órgano de gobernanza de máxima capacidad política para consensuar la estrategia de salud pública»; de modernizar la gestión de dicha salud pública mediante la creación de una agencia española que, entre sus funciones, coordinara los recursos y actividades de las comunidades autónomas y los entes locales; y de contemplar una carrera profesional abierta a sanitarios y no sanitarios, sin cuya contribución no era posible desarrollar una salud pública de calidad.⁸⁶

Una vez aprobada la ley en septiembre de 2011, la SEE hizo público un comunicado donde, además de destacar los aspectos positivos y los avances que suponía la nueva normativa, denunciaba aquellas cuestiones o aspectos que finalmente no habían sido incorporados y que en opinión de la Sociedad se convertían en retos que habría que afrontar en el futuro.⁸⁷

Para la SEE resultaba incongruente que la ley quisiera promover la salud en todas las políticas y, sin embargo, estableciese que la estrategia estatal de salud pública debiera ser aprobada solo por el Consejo Interterritorial de Salud, cuando el proyecto inicial contemplaba que lo fuese por una comisión interministerial. En segundo lugar, se denunciaba la falta de concreción de los mecanismos encaminados a conseguir el mejor gobierno de la salud pública y evitar la descoordinación de las políticas de salud, de forma que los procesos de análisis, deliberación, decisión, seguimiento y evaluación de las decisiones que afectan a la salud colectiva y que toman todos los órganos del Estado fueran más científicos, coordinados, independientes y eficientes. En tercer lugar, se destacaba que la ley no afrontaba la reorganización de la salud pública con el objeto de aprovechar el «elevado nivel técnico y científico de la salud pública española», al mismo tiempo que se reclamaba la necesidad de retomar el proyecto inicial de una agencia estatal de salud pública. En cuarto lugar, se denunciaba la ausencia de mecanismos de rendición de cuentas de las administraciones y la ausencia de garantías para conseguir una adecuada cooperación entre las comunidades autónomas, a las que se les debería exigir más sentido de Estado. En opinión de la SEE, la solución no pasaría por recentralizar o devolver competencias, sino en «aumentar la cooperación entre las comunidades autónomas y entre estas y el gobierno central». El comunicado de la SEE también lamentaba que se hubiera renunciado a la exigencia de obtención de muestras biológicas en las encuestas de salud, ya que impedía recabar información tan relevante como la relacionada, por ejemplo, con la contaminación química que padecen los ciudadanos.

La nota de la SEE finalizaba insistiendo en la necesidad de mejorar los sistemas de información y en intentar subsanar las ambigüedades y deficiencias de la ley. Se pedían «más políticas de causas (políticas contra las causas económicas y ambientales de enfermar) y menos políticas de consecuencias o paños calientes». En opinión de la SEE, España necesitaba «organismos que actúen con independencia de los grupos de presión, que suelen promover un mayor gasto en beneficio propio en productos y tecnologías que no benefician a los ciudadanos».

Entre los aspectos positivos de la nueva ley, el comunicado de la SEE destacaba «la apuesta por aplicar los principios de transparencia, seguridad e imparcialidad; promoviendo, por ejemplo, que los expertos declaren qué intereses económicos tienen en los temas sobre los que intervienen» o los intentos por ofrecer garantías de calidad; al establecer, por ejemplo, «que el impacto de los programas de cribado del cáncer sea evaluado mediante registros de cáncer, evitando así programas inútiles y que pueden tener efectos adversos para la salud».

Por último, junto al objetivo de reducir las desigualdades sociales en salud, para la SEE era importante el reconocimiento de la salud pública «como un autor y sujeto con personalidad para actuar y mediar entre la parte asistencial del sistema de salud y los otros organismos que influyen sobre ella». Al igual que ocurre con el reconocimiento que se hace en la ley a las diferentes profesiones, y no solo a los médicos, que trabajan en el campo de la salud pública.

Como se ha podido comprobar, la SEE, además de responder en su calidad de experta a las solicitudes de colaboración formuladas por la Administración, ha intentado ejercer, desde su condición de sociedad profesional y científica, el rol que le corresponde en el debate social al que deben ser sometidas las acciones del Gobierno y las iniciativas parlamentarias de una sociedad democrática como la española.

EL TRATAMIENTO INFORMATIVO DE LAS CRISIS Y LAS CATÁSTROFES SANITARIAS: LA PRESENCIA MEDIÁTICA DE LA SEE

Dentro de las actividades desarrolladas por la SEE como experta en temas epidemiológicos y de salud pública, destaca todo lo relacionado con la gestión de las crisis sanitarias y el manejo informativo de las mismas.

La primera constancia documental sobre la presencia mediática que debía tener la SEE aparece en enero de 1993,⁸⁸ cuando la junta directiva que presidía Francisco Bolumar Montrull propuso «incrementar la presencia de la SEE en los medios de comunicación» y, en concreto, informar sobre «la implicación del secreto estadístico en los estudios epidemiológicos o sobre la situación epidemiológica de los trabajadores de Ardystil afectados por el síndrome respiratorio».

Unos meses después se volvía a debatir la relación con los medios de comunicación, a raíz de la polémica que provocó dentro de la SEE la difusión previa de los temas y novedades que iban a ser presentados en la reunión que tuvo lugar en Alicante en septiembre de 1994.⁸⁹

Como indicaba Joan Ramón Villalbí Hereter en uno de los comentarios que suscitó dicha polémica, la presencia pública de sociedades como la SEE no solo estaba justificada sino que resultaba necesaria, pero parecía oportuno contar con más debate y trabajo interno además de aprovechar la experiencia de sociedades científicas afines:⁹⁰

Parece positiva la intervención [...] como parte viva de la sociedad civil. Quizás puede disminuir el peso desproporcionado que en nuestro país tienen tanto el Estado como el mercado en

la configuración del consenso social [...] ni la SEE ni otras sociedades profesionales y científicas deberían renunciar a este rol. Sin embargo, para ejercerlo mejor, debería plantearse la asunción pública de posiciones sobre determinados temas relacionados con la salud y su difusión a los medios de comunicación. Algo que otras sociedades (como la APHA) hacen habitualmente en sus congresos, en donde se presentan, defienden y en su caso aprueban resoluciones sobre múltiples temas [...] la junta probablemente podría asumir y defender posiciones acerca de temas en debate entre congresos: el reciente conflicto sobre el sistema MIR ofrece un ejemplo de situaciones en que opiniones bien informadas y serenas pueden contribuir positivamente al debate social. Pero quizás estas cuestiones requieren algún debate previo, para clarificar hasta dónde llega el mandato de los socios a la junta.

La mejora de la visibilidad de la SEE en los medios de comunicación y en Internet se convirtió en uno de los objetivos de la junta directiva que presidió Miquel Porta Serra,⁹¹ y se vio reforzado por el reto que supuso el manejo informativo de las crisis sanitarias que tuvieron que gestionar durante su mandato.

En una *SEENota* de 1997⁹² se publicaban dos interesantes reflexiones sobre los problemas estructurales que limitaban aquel tratamiento, a propósito de la alarma social que había suscitado el problema de la meningitis C y el debate sobre si procedía o no realizar una vacunación masiva.⁹³

Como destacaba José Ramón Banegas Banegas en la primera de las reflexiones, «la percepción ciudadana del riesgo es una realidad legítima que debemos aprender a manejar mejor entre todos». En su opinión había que asumir «la parte alícuota de responsabilidad» que correspondía a los profesionales de la epidemiología: «aprender técnicamente a comunicar riesgos a la población, a los media y a nuestros colegas, del mismo modo que aprendemos a diseñar un estudio o analizar datos. La SEE puede colaborar en el impulso de estas iniciativas y motivar a los profesionales en este sentido».

Para Miquel Porta Serra, autor de la segunda de las reflexiones y en aquel momento presidente de la SEE, el principal problema radicaba «en la pérdida de la salud pública como referente comunitario». En su opinión, España necesitaba un liderazgo más nítido y más firme en salud pública. La coordinación e integración de las políticas de salud pública «que por activa o por pasiva» desarrollaban las comunidades autónomas resultaba insuficiente, y «la debilidad del sistema español de salud pública era impropia de una sociedad europea tan compleja como la española».

La junta directiva de la SEE, además de recordar que era necesario «definir y legitimar vigorosamente una política de salud pública más armónica entre todas las comunidades autónomas», mostraba su preocupación por la falta de reconocimiento a la función que

tenían que desempeñar los epidemiólogos.⁹⁴ «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 preocupación de la SEE por los problemas de coordinación en el manejo de las crisis provocados «por la existencia de varias administraciones con competencias en los diferentes sistemas de vigilancia», fue reiterada en sucesivas ocasiones.⁹⁵

En 1998 volvía a saltar la alarma sanitaria ante un brote de hepatitis C, y la junta directiva de la SEE publicaba un editorial en la *SEENota* donde se volvía a reflexionar sobre «la forma correcta de comunicar a la sociedad los brotes epidémicos y los riesgos en salud pública». Además de preguntarse por el papel de los profesionales implicados en el proceso, se destacaban las dificultades que solían añadir a dicho proceso la presión política y social.⁹⁶

Como se indicaba en otro editorial de la junta de la SEE publicado en 2001,⁹⁷ «la baja eficacia de los servicios de salud pública ante los brotes, como también ante la incorporación de la información procedente de la vigilancia, estudios e investigación epidemiológica, se debe a la escasa capacidad de incorporación de los mismos en el circuito de decisión y control». Para facilitar la capacidad de respuesta de la salud pública en las situaciones de crisis «se debían reformar las unidades de vigilancia epidemiológica, dotándolas de capacidad operativa e independencia para la realización de los estudios que aporten la evidencia epidemiológica para realizar la intervención adecuada».

Para la junta directiva de la SEE que presidía Ferran Martínez Navarro,⁹⁸ «en el núcleo de la cuestión estaría, en primer lugar, la relación entre ciencia y política; y en segundo lugar, la difusión mediática de los hechos epidemiológicos que debe hacerse desde las bases del conocimiento epidemiológico y de la valoración del impacto social y económico».

En lo tocante a la relación entre los niveles políticos y técnicos en el marco de la epidemiología y la salud pública,⁹⁹ desde la SEE se denunciaba que uno de los principales déficits democráticos que se apreciaba en la Administración pública era «la falta de nitidez en la separación entre las decisiones políticas y las técnicas, entre lo político y lo científico, enmascarando la existencia de formas de clientelismo político en el aparato administrativo del Estado».¹⁰⁰

Para asegurar una correcta correspondencia entre el ámbito científico, el de la función pública y el político, desde la junta directiva se consideraba urgente la regulación de las competencias profesionales en el ámbito de la salud pública.¹⁰¹

Será una aportación de enorme importancia [...] al permitirnos asumir libremente nuestras responsabilidades y ejecutar de forma libre nuestro trabajo, como forma de legitimar tanto la acción política, verdadero motor de cambio social, como técnica, sin la cual la primera tendrá dificultades para su expresión. Sabemos que esta postura lleva implícita una serie de obligaciones, que deseamos asumir, frente a la sociedad, a la política y a la población general.

Entre las reflexiones que suscitaron los brotes de meningitis y hepatitis de la década de 1990, Miquel Porta Serra también insistía en la necesidad de mejorar «la capacidad de realizar pedagogía científica» y en mostrar una mayor aptitud para «obtener, evaluar y gestionar información sobre una gran variedad de riesgos».¹⁰²

La alarma sanitaria provocada en 2003 por el síndrome agudo respiratorio severo (SARS), obligó a la junta directiva de la SEE, y en particular a su presidente, Ildefonso Hernández Aguado, a una continua presencia en los medios de comunicación. Sin embargo, la capacidad de respuesta de la Sociedad frente a este tipo de demandas no siempre ha sido posible. Como recordaba Teresa Brugal Puig,¹⁰³ al comentar las dificultades que había tenido que afrontar durante su etapa como presidenta:

Cuando tienes 20 llamadas por teléfono, pues es un problema porque yo tenía una lista de todos los posibles socios y de los temas de los que eran expertos para llamarlos y decirles que me ayudaran porque uno no sabe contestar a todo [...] por ejemplo gripe A y yo no soy especialista en enfermedades infecciosas, y llamabas a un compañero y le decías ¿puedes responder a este medio? y la mayoría no podía [...] compañeros del mundo académico que no tenían tiempo.

A los problemas de infraestructura y recursos, se sumaban también los de carácter competencial. Como señalaban más recientemente Manolis Kogevinas y Marion Cesaro,¹⁰⁴ es necesario tomar conciencia de que el epidemiólogo «no se enfrenta ante un público de salubristas sino ante la ciudadanía. Es su derecho estar informada, y nosotros, aparte de hacer buena investigación, tenemos que participar en la información de la sociedad». La preparación para las entrevistas y comunicaciones con los medios debería ser tan minuciosa como la del manuscrito o ponencia científica.

Para ambos autores, el epidemiólogo que aprenda a trabajar adecuadamente con periodistas para la diseminación de hallazgos científicamente sólidos y de interés mediático tendrá más control sobre la interpretación correcta de sus investigaciones:

Involucrándose con los medios de comunicación se puede influir en la interpretación global de los resultados de la investigación epidemiológica y de salud pública. Es evidente que la tendencia en los medios de comunicación es al reportaje de los problemas de salud con un

enfoque individual y esporádico. Según el sociólogo Todd Gitlin, los medios hablan de eventos, no condiciones, personas, no poblaciones, conflictos, no del consenso, del hecho que avanza la narrativa, no del hecho que lo explica. Prestándose a trabajar con periodistas que tengan interés por la evidencia epidemiológica, incluso cuando esta apunta a la importancia de los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud, los epidemiólogos pueden ayudar a construir una narrativa más contextual de la salud, narrativa que sea capaz de captar la atención e influir en el debate público.

Entre las cuestiones más polémicas que han acompañado las crisis sanitarias destaca todo lo relacionado con las vacunas y su aplicación. El editorial que José M^a Mayoral Cortés y Flora Martínez Peccino publicaban en la *SEENota-e* de marzo de 2012,¹⁰⁵ a propósito del calendario de vacunaciones, aporta un buen resumen del tipo de razonamientos defendidos por la SEE frente a las alarmas sanitarias que a lo largo de las últimas décadas han estado relacionadas con esta temática.

A la luz de la experiencia aportada por los más de veinticinco años de existencia de la actual estrategia de vacunación sistemática en la infancia, ambos autores remarcaban la necesidad de no adoptar decisiones precipitadas y de revisar periódicamente estrategias y pautas vacunales. Como se encargaban de recordar, la introducción de algunas vacunas, como ocurrió con la antineumocócica heptavalente o con la del virus del papiloma humano (VPH), generó controversias epidemiológicas y polémicas basadas en el coste-efectividad. También se subrayaba que en el caso del VPH hubiera sido conveniente disponer de una evaluación más exhaustiva del impacto esperado, «teniendo en cuenta la escasez de estudios previos sobre genotipos de alto riesgo circulantes, la baja prevalencia de infección en nuestro medio o el coste-efectividad de esta medida».

El editorial acababa haciendo referencia al debate científico sobre la efectividad de distintas estrategias para prevenir los casos graves entre recién nacidos, suscitado por el aumento de la tosferina, y la necesidad de revisar las pautas de vacunación frente a meningococo C por los cambios en el patrón de la enfermedad. En opinión de los expertos de la SEE, «el análisis del comportamiento epidemiológico de estas enfermedades en nuestro medio, y la evaluación del impacto previsible y del coste de las distintas estrategias posibles, son esenciales para adoptar estas decisiones».

En relación con otras crisis y alarmas sanitarias, son múltiples los pronunciamientos de las juntas directivas de la SEE y de socios expertos que han quedado reflejados en algunos de los instrumentos de comunicación de la Sociedad, particularmente en *SEENota* y *SEENota-e*, o en las notas de prensa o los artículos de opinión remitidos a los medios de comunicación: desde crisis alimentarias,¹⁰⁶ desastres naturales y medioambientales como el accidente de

Aznalcóllar,¹⁰⁷ el huracán Mitch que devastó Centroamérica,¹⁰⁸ la marea negra del Prestige y los efectos sobre la salud,¹⁰⁹ o las olas de calor;¹¹⁰ hasta problemas de naturaleza emergente como los relacionados con las nuevas tecnologías o la contaminación química,¹¹¹ pasando por conflictos bélicos,¹¹² atentados¹¹³ y polémicas sanitarias con trasfondo ético.¹¹⁴

Pero más allá de la inmediatez que ha acompañado a los pronunciamientos mediáticos de la SEE, hay que recordar que muchas de las cuestiones planteadas han sido objeto de un análisis más profundo y completo a través de los grupos de trabajo, de las publicaciones y de las reuniones científicas promovidas por la Sociedad, tal como se ha podido comprobar en el capítulo dedicado a analizar las actividades de la SEE.

NOTAS

1. Actas SEE. 21/05/1986. F. 58v a 59.
2. Actas SEE. 3/12/1983. F. 40v a 41.
3. «Conclusiones del I Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, Octubre 1985». *Gaceta Sanitaria*, Julio/1987 Número 0. Volumen 1: 9-10.
4. Actas SEE. 21/05/1986. F. 58v a 59.
5. «Editorial». *Boletín de la SEE*. 1985; 4: 113.
6. Actas SEE. 25/02/1987. F. 69-70.
7. Actas SEE. 13/06/1987. F. 73-74.
8. Actas SEE. 20/10/1987. F. 74v-75.
9. Actas SEE. 13/11/1987. F.75v-77.
10. En su formato actual, *Gaceta Sanitaria* empezó a publicarse en 1987 como continuación de *Gasetà Sanitària* de Barcelona, revista bimestral editada por el Instituto Municipal de la Salud del Ayuntamiento de Barcelona entre 1982 y 1986, y que este cedió a la SESPAS en 1989.
11. Actas SEE. 30/09/1994. F.17v a 18 a del libro 2º.
12. Actas SEE. 25/01/1996. Folios 16 y 17 del libro 2º bis.
13. Actas SEE. 2/12/1999. Dos folios del libro 3º. Actas SEE. 22/12/1999. Tres folios del libro 3º. En esta fecha tenía lugar una reunión de los representantes de las juntas directivas de la SEE y la SESPAS, con el objetivo de abordar las cuestiones más conflictivas.
14. Rebagliato Ruso, M. y Ballester Díez, F.: «SEEComenta»: «Opiniones recibidas de los socios sobre la reunión de Oviedo. Vuelta a casa». *SEENota*. 1997; 11: 6-7.
15. Actas SEE. 15/12/2004. Cuatro folios numerados del libro 4º.
16. Actas SEE. 15/06/2005. Cuatro folios numerados del libro 4º.
17. Actas SEE. 16/10/2008. Tres folios numerados del libro 4º.
18. Actas SEE. 21/04/2008. Ocho folios numerados del libro 4º.
19. Actas SEE. 11/12/2008. Seis folios numerados del libro 4º.
20. Actas SEE. 16/10/2007. Siete folios sin numerar del libro 4º.
21. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
22. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.

23. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
24. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
25. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
26. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
27. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
28. Se abordó el problema de los «sistemas de información en atención primaria» (*Boletín de la SEE*. 1985; 1: 1). Aquella primera actividad continuó en 1991 con la celebración del XV Congreso de la Associazione Italiana di Epidemiologia y el II Congreso Conjunto con la SEE (Perugia, 21-23 Marzo 1991) sobre «Impatto della epidemiologia sui programmi di sanità pubblica» (Consigli di Secretaria. <<http://www.epidemiologia.it/>>). En abril de 2000 se anunciaba la organización de un taller internacional sobre «epidemiología de la inequidad en salud» organizado conjuntamente por la Associazione Italiana di Epidemiologia y la SEE (*SEENota*. 2000; 19: 7).
29. Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7 del libro 2º. En 1999, la junta directiva de la SEE contactaba con Francisco Bolumar Montrull para reactivar las comunicaciones con sociedades internacionales y más concretamente con la Iberoamericana (SEE. 26/10/1999. Tres folios del libro 3º).
30. Actas SEE. 18/06/1983. F. 29v y 30. El presidente de la SEE, Enrique Nájera Morrondo, publicaba en 1981 una nota (*Boletín de la SEE*. 1981; 4: 9) donde manifestaba su intención de proponer en la Asamblea de la IEA la incorporación de la SEE como miembro de la misma. También se indicaba que todos los miembros de la Sociedad que tuvieran previsto acudir a la reunión de la IEA podían solicitar su credencial de socios de la SEE.
31. Porta Serra, M.: «SEEHace»: «La SEE en la reunión de Münster de la IEA». *SEENota*. 1997; 11: 5.
32. Actas SEE. 22/10/1998. F.34 del libro 2º bis. En 2012 se acordaba con la IEA la fórmula de doble asociación para los miembros de la SEE que lo solicitasen («SEEHace»: «Acuerdo Sociedad Española de Epidemiología e International Epidemiology Association». *SEENota-e*. 2012; [9]: 4).
33. Actas SEE. 17/10/2001. Tres folios del libro 3º.
34. Actas SEE. 13/09/2002. Diez folios sin numerar del libro 3º.
35. Villalonga Olives, E.: «SEEHace»: «Congreso Europeo de Epidemiología EUROEPI 2010». *SEENota-e*. 2010; 1(11): 8.
36. Marrugat de la Iglesia, J.: «SEEHace»: «Informe de la Reunión de la IEA-Europa de representantes de las sociedades europeas de epidemiología, celebrada en Copenhague, febrero de 2001». *SEENota*. 2001; 23: 3.

37. En 2012 la SEE firmaba un acuerdo con la Asociación Portuguesa de Epidemiología para establecer una reciprocidad en las cuotas de inscripción en sus respectivos congresos («SEEHace»: «Acuerdo SEE-Associação Portuguesa de Epidemiologia [APE]». *SEENota-e*. 2012; 3[2]: 4).
38. «SEEHace»: «Impulso a la creación de una Sociedad Iberoamericana de Epidemiología y Salud Pública». *SEENota-e*. 2011; 2(9): 5.
39. Benach, J. y Donado Campos, J.: «SEEcomenta»: «¿Es posible el diálogo entre epidemiologías distintas? (Reflexiones de urgencia sobre el II Congreso Iberoamericano de Epidemiología)». *SEENota*. Mayo-agosto 1995: 5; «SEEcomenta»: «Carta de Salvador. La epidemiología en la búsqueda de la equidad de la salud». *SEENota*. Mayo-agosto 1995: 6.
40. <<http://www.seepidemiologia.es/congresosyreuniones.php>>.
41. Actas SEE. 30/09/1994. F.17v a 18a del libro 2º.
42. Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7 del libro 2º.
43. «SEEHace»: «Reunión conjunta de las Sociedades Españolas de Cardiología y de Epidemiología». *SEENota* 2000; 19: 4-5.
44. Actas SEE. 12/06/1997. F. 26 y 27 del libro 2º bis.
45. Actas SEE. 15/06/2005. Cuatro folios numerados del libro 4º.
46. Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7 del libro 2º.
47. Pérez Hoyos, S.: «IV Jornadas conjuntas de Epidemiología y Biometría». *SEENota*. 2008; 44: 15.
48. *Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica*. Adaptación Española del CEIPC 2008 <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/IV_Guias_de_Prevencion_Cardiovascular_CEIPC_MSC_2008.pdf>.
49. Actas SEE. 25/04/2007. Nueve folios sin numerar del libro 4º.
50. «SEEHace»: «Informe sobre la participación de la SEE en el X Congreso Nacional de Informática de la Salud». *SEENota* 2007; 40: 10-12.
51. «SEEHace»: «Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España». *SEENota* 2009; 40: 8-9.
52. Ibarluzea, J. M., Ribas, N. y Vargas, F.: «SEEcomenta»: «La disrupción endocrina como vía de acercamiento entre diversas sociedades del ámbito de la Salud Pública». *SEENota* 2004; 31: 15-16.
53. Se trataba de una carta dirigida a la ministra de Ciencia y Tecnología, donde la SEE estaba acompañada de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer, la Asociación Española de Genética Humana, la Sociedad Española de Inmunología, la Sociedad Española de Biología Celular, la Sociedad Española de Genética, la Sociedad Española de Neurociencias y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición («SEEHace»; «Carta sobre las convocatorias de ayudas a la investigación». *SEENota*. 2002; 25: 11-12).

54. Actas de la SEE. 2/11/2005. Dos folios numerados del libro 4º.
55. «SEEinforma»: «Informe de la Secretaría de la SEE presentado en la XXIV Reunión Científica de la Sociedad». *SEENota* 2006; 39: 5-7.
56. Como se ha podido comprobar en el capítulo dedicado a analizar las actividades de la SEE, algunos de los grupos de trabajo de la Sociedad, así como muchas de las monografías e informes publicados, respondían a estas demandas.
57. Existen lagunas documentales sobre este tipo de actividades. En la Asamblea General ordinaria que tuvo lugar en Murcia en octubre de 2001 se debatió una propuesta para que «en años venideros se incluya en el informe a la asamblea las consultas especializadas que se realizan a la SEE por parte de la Administración y otras instituciones» (Actas SEE. 17/10/2001. Tres folios del libro 3º). Hay que indicar, sin embargo, que parece que la disposición de la SEE para adoptar un papel activo como experta estuvo presente desde los inicios o al menos a partir de la segunda etapa, con la llegada del Joan Clos Matheu a la presidencia. En la reunión de la junta directiva del 18 de junio de 1983 se debatió la oportunidad de solicitar una entrevista al ministro de Sanidad «con el objeto de explicarle las actividades de la SEE» (Actas SEE. 18/06/1983. F. 29v y 30).
58. Actas SEE. 2/12/1999. Dos folios del libro 3º.
59. Actas SEE. 16/02/2000. Dos folios del libro 3º. En la reunión de la junta del 17 de diciembre de 2003 se decidió crear un listado de expertos de la SEE (Actas SEE. 17/12/2003. F. 6 folios sin numerar del libro 4º). En octubre de 2007 se volvió a acordar una iniciativa similar (Actas SEE. 16/10/2007. 7 folios sin numerar del libro 4º).
60. Hernández Aguado, I.: «SEEHace»: «Informe de la SEE sobre el proyecto de Real Decreto de Cartera de Servicios Comunes del Servicio Nacional de Salud». *SEENota*. 2006; 37: 19-20.
61. Actas SEE. 20/02/1997. F. 22 a 25 del libro 2º bis de actas.
62. Benavides, F. G.: «Grupo de Trabajo de Salud Laboral del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud». *SEENota*. 1999; 17: 16.
63. Actas SEE. 22/05/2002. Cuatro folios sin numerar del libro 3º; Actas SEE. 18/02/2002. Siete folios sin numerar del libro 3º; «SEEHace»: «Secretaría informa». *SEENota*. 2003; 28: 10-11.
64. «SEEHace»: «Convenio con el Ministerio de Sanidad». *SEENota*. 2005; 34: 4. «SEE Secretaría/ Informa»: Informe de Secretaría presentado en XXIII Reunión Científica de la Sociedad». *SEENota*. 2005; 36: 6-7.
65. «SEEHace»: «Adhesión de la SEE al Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo». *SEENota*. 1995; mayo-agosto: 4; Banegas Banegas, J. R.: «SEEEscribe»: «El Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo ya trabaja». *SEENota*. 1995; septiembre-diciembre: 9; Banegas Banegas, J. R.: «SEecomenta»: «La SEE predicando con el ejemplo de la colaboración: el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo». *SEENota* 1997; 11: 11-12.
66. Banegas Banegas, J. R. y Díez Grañán, L.: «SEEdestaca»: «Progresos y posibilidades en el control del tabaquismo». *SEENota*. 2002; 25: 1-3.

67. «SEEopina»: «La SEE apoya la nueva legislación sobre el tabaquismo para proteger también a los trabajadores de la hostelería». *SEENota-e* 2010; 1(1): 2.
68. Nebot Adell, M. y Fernández Muñoz, E.: «Editorial»: «Control del tabaquismo en España: la hora de la verdad». *SEENota-e* 2010; 1(12); 1-2.
69. Godoy García, P.: «SEEHace»: «Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España». *SEENota*. 2008; 44: 10-14.
70. Actas SEE. 12/06/1991. F. 93v a 95; Actas SEE. 28/09/1992. F. 99v a 100 del primer libro y 2 del segundo libro; Actas SEE. 27/10/1993. F. 9a a 10; Tormo Díaz, M. J.: «SEEComenta»: «Iniciativa de la SEE para conseguir el acceso a los datos de mortalidad con fines de investigación epidemiológica». *SEENota*. 1996; enero-abril: 6; Mata de la Torre, J. M. y González, J.: «SEEComenta»: «Acceso a la información sobre mortalidad». *SEENota*. 1996; enero-abril: 7; González, J.: «SEEComenta»: «Ética, confidencialidad e investigación epidemiológica. Una vez aprobada la Directiva sobre protección de datos personales». *SEENota*. 1996; enero-abril: 10.11; Tormo Díaz, M. J.: «SEEComenta»: «El INE opina sobre el acceso a los datos de mortalidad con fines de investigación». *SEENota*. 1997; 10: 11.
71. Actas SEE. 22/02/1994. F. 11v a 13a. Martínez Navarro, F.: «SEEComenta»: «Creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica». *SEENota*. 1996; enero-abril: 7-9; Vanaclocha Luna, H. y García León, J.: «SEEComenta»: «La reforma de la vigilancia epidemiológica. Algunas reflexiones para el debate». *SEENota*. 1996; enero-abril: 9-10. En la Asamblea General ordinaria que tuvo lugar en Barcelona en octubre de 1995 se criticó la falta de respuesta de la SEE al decreto de desarrollo de una red de vigilancia epidemiológica; también se manifestó la preocupación por la desigual oportunidad de las comunidades autónomas para acceder a los datos de mortalidad (Actas SEE. 25/10/1995. F. 14 y 15 del libro 2º bis).
72. Actas SEE. 26/10/2000. 2 folios del libro 3º.
73. Hernández Aguado, I.: «SEEHace»: «Carta a la ministra de Sanidad y Consumo sobre la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional anulando la Orden por la que se crea el Sistema Estatal de Notificación sobre nuevas infecciones por el VIH (SINIVIH)». *SEENota*. 32: 5; «SEEHace»: «Carta de la SEE sobre la sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional anulando la Orden por la que se crea el Sistema Estatal de Notificación sobre nuevas infecciones por el VIH (SINIVIH)». *SEENota*. 32: 6-7.
74. «SEEdestaca»: «Sobre la protección de la intimidad de las mujeres que abortan». 2008; 44: 4-5.
75. Hernández Aguado, I. y Pollán Santamaría, M.: «SEEHace»: «La SEE visita el Parlamento». *SEENota*. 2005; 36: 19-20.
76. Actas SEE. 25/10/1995. F. 14 y 15 del libro 2º bis; García Benavides, F.: «SEEdestaca»: «¡Epidemiólogos, la prevención de riesgos laborales c'est arrivé!». *SEENota*. 1998; 13: 1-2.
77. Porta Serra, M.: «Bartolomé Pérez Gálvez está adoptando posturas propias de los higienistas del siglo XIX». *Diario Información* (Alicante). 20 diciembre 1999.

78. Decreto 23/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud.
 79. «Editorial»: «Retrosceso de la Salud Pública en Cataluña». *SEENota-e*. 2013, 4(10). 1-2. En el editorial, la junta directiva de la SEE se pronunciaba en contra del decreto-ley del *Govern de la Generalitat* por el que se extinguía la *Agència de Salut Pública de Catalunya* (ASPCAT): «La creación de la ASPCAT, creada por la *Llei de Salut Pública de Catalunya* [...] significó un paso adelante por lo que suponía de modernización de la provisión de los servicios de salud pública a los ciudadanos, mejorando la gobernanza y la participación de los municipios y otros departamentos de la *Generalitat*, así como estableciendo una necesaria separación entre las funciones políticas y las científico-técnicas. En definitiva, hacer posible las políticas de salud en todas las políticas».
 80. Brugal Puig, T.: «SEEdestaca»: «La Salud Pública en las estructuras administrativas. Carta a la C. A. de Madrid». *SEENota*. 2008; 44: 2-4.
 81. «SEEinforma»: «Anteproyecto de Ley de Salud Pública de Andalucía». *SEENota-e*. 2010; 1(1): 5; «SEEHace»: «Ley de Salud Pública de las Islas Baleares». *SEENota-e*. 2010; 1(3): 5.
 82. «Editorial»: «En apoyo de una Ley General de Salud Pública». *SEENota-e*. 2010; 1(7-8): 1.
 83. «SEEinforma»: «Apertura de foros de discusión en nuestra página web». *SEENota-e*. 2010; 1(9): 3.
 84. «SEEHace»: «Seminario SEE-SESPAS sobre el Anteproyecto de Ley General de Salud Pública». *SEENota-e*. 2010; 1(12): 4.
 85. «SEEHace»: «El presidente de la SEE ha remitido la siguiente nota a los grupos parlamentarios ante la llegada al Congreso del proyecto de Ley de Salud Pública». *SEENota-e*. 2011; 2(3): 4.
 86. «SEEHace»: «La SEE trata de influir para mejorar el actual Proyecto de Ley General de Salud Pública». *SEENota-e*. 2011; 2(5): 5.
 87. «Editorial»: «Aprobación de la Ley General de Salud Pública en el último pleno del Congreso de la IX Legislatura». *SEENota-e*. 2011; 2(9): 1-2. El comunicado está disponible en: <<http://seepidemiologia.es/ley.php>>.
- El 3 de octubre de 2011 se publicaba en las páginas de sociedad del periódico *El País* un artículo crítico con la ley general de salud pública que estaba firmado entre otros por Fernando García Benavides, presidente de la SEE, y por los expresidentes de la Sociedad, Andreu Segura Benedicto, Francisco Bolumar Montrull, Miquel Porta Serra e Ildefonso Hernández Aguado («La nueva Ley General de Salud Pública: desarrollarla es el gran reto del próximo Gobierno. La norma recién aprobada debería haber insistido en aspectos como la coordinación entre comunidades». *El País Sociedad* 03/10/2011. Disponible en: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/10/03/actualidad/1317592804_850215.html>).
88. Actas SEE. 29/01/1993. F. 5v a 7ª del libro 2º.
 89. «SEEcomenta»: «Congresos y medios de comunicación». *SEENota*. 1995; enero-abril: 9-10.

90. Villalbí i Hereter, J. R.: «SEEComenta»: «Congresos y medios de comunicación. *SEENota*. 1995; enero-abril: 9-10.
91. Actas SEE. 22/10/1996. Seis folios sin numerar del libro 3º. En la Asamblea General ordinaria, que tuvo lugar en Murcia en octubre de 2001, se solicitó a la junta directiva más acciones para incrementar la presencia de la SEE en los medios de comunicación en relación con la salud pública y la epidemiología (Actas SEE. 17/10/2001. Tres folios numerados del libro 3º).
92. Banegas Banegas, J. R.: «SEE Destaca»: «La comunicación de riesgos en Salud Pública». *SEENota*. 1997; 10: 1-2; Porta Serra, M.: «SEEdestaca»: «Carta de Miquel. La meningitis C y España, nuestra casa común». *SEENota*. 1997, 10: 3-4. En la misma *SEENota* se reproducía («SEEComenta», *SEENota*. 1997; 10: 10) el artículo que publicó el periódico *ABC* en su edición de Madrid a partir del comunicado que había remitido la junta directiva de la SEE («Los epidemiólogos cuestionan la eficacia de la Sanidad pública tras la crisis de la meningitis. Piden mayor coordinación, menos politización y criterios más técnicos». *Diario ABC. Sanidad/Sociedad*, viernes 14-3-1997). Aunque se indicaba que la noticia publicada recogía con bastante fidelidad el comunicado de la SEE, se apuntaba: «Sin ser un caso modélico, refleja los pros y los contras de que la SEE se relacione con los medios de comunicación».
93. En la reunión de la junta de 20 de febrero de 1997 se abordó la situación de crisis provocada por la meningitis (Actas SEE. 20/02/1997. F. 22 a 25 del libro 2º bis); en la Asamblea General ordinaria que tuvo lugar en septiembre de ese mismo año (Actas SEE. 25/09/1997 [F. 30 del libro 2º bis]), algunos socios preguntaron por la postura oficial de la SEE ante el tema de la vacunación. En sucesivas *SEENota* se publicaron diversos textos relacionados con la participación de la SEE en la conferencia nacional sobre enfermedad meningocócica y la polémica de la vacunación (Vioque López, J. y Zunzunegui Pastor, M. V.: «SEEdestaca»: «La SEE en la Conferencia Nacional sobre enfermedad meningocócica, o ¿crónica de una vacunación anunciada?» Oviedo 16-17 de junio de 1997. *SEENota* 1997; 10: 1-4; «SEE Comenta»: «Resumen de la Conferencia Nacional sobre enfermedad meningocócica», Oviedo 16-17 de junio de 1997 *SEENota* 1997; 10: 6-7; Vanaclocha Luna, H.: «Enfermedad meningocócica: crónica de una vacunación anunciada [II]». *SEENota* 1997; 11: 1).
94. Porta Serra, M.: «SEEdestaca»: «Carta de Miquel. La meningitis C y España...» 1997, p. 4.
95. «SEEdestaca»: «A propósito de la crisis». *SEENota* 2008; 44: 1-2.
96. «SEEdestaca»: «Una vez más... el brote de hepatitis C». *SEENota* 1998; 14: 1-2. En una reunión de la junta de 30 de mayo de 1998 (Actas SEE. 30/05/1998. F 31 y 32 del libro 2º bis), se discutieron los problemas de censura y presión que recibían ciertos profesionales en relación con los temas que eran objeto de crisis del sistema de salud pública tal como estaba ocurriendo con la epidemia de meningitis. La junta decidió pronunciarse sobre el tema.
97. «SEEdestaca»: «Salud Pública, epidemia, epidemiólogos». *SEENota* 2001: 23: 1-2.
98. «SEEdestaca»: «Crisis en Salud Pública y el papel de los profesionales». *SEENota* 2001: 22: 1-2.

99. Sobre esta cuestión, véase también el artículo que publicó la junta directiva que presidía Ildelfonso Hernández en el periódico *El País*: Hernández Aguado, I. et ál.: «Sociedad. Salud. Epidemias, mentiras y democracia». *El País*. 30 marzo 2004. Disponible en: <http://elpais.com/diario/2004/03/30/salud/1080597607_850215.html>.
100. «SEEdestaca»: «Crisis en Salud Pública y el papel de los profesionales...», 2001, p. 2.
101. «SEEdestaca»: «Crisis en Salud Pública y el papel de los profesionales...», 2001, p. 2.
102. Porta Serra, M.: «SEEdestaca»: «Carta de Miquel. La meningitis C y España...» 1997, p. 4. Sobre la gestión de las crisis de salud pública en España y el papel desempeñado por los diversos factores que han intervenido en la gestión de las mismas, véase el trabajo: Gérvas, J., Hernández-Aguado, I. et ál.: «Aciertos y errores en la gestión de las crisis de salud pública en España». *Gac Sanit.* 2009; 23(1): 67-71.
103. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
104. Kogevinas, M.: «Editorial»: «¿Tenemos que promover la divulgación de nuestros estudios a los medios de comunicación?» *SEENota-e.* 2010; 1(9): 1; Ceraso, M.: «SEEopina», *SEENota-e.* 2010; 1(9): 1.
105. Mayoral Cortés, J. M. y Martínez Peccino, F.: «Editorial»: «A propósito del calendario de vacunaciones». *SEENota-e.* 2012; 3(3): 1-2.
106. «SEEdestaca»: «Entrevista a Jesús de Pedro sobre las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas». *SEENota.* 2001; 22: 2-4; Jansa, J. M. y Sierra Moros, M. J.: «Editorial»: «Del pepino a las semillas germinadas: a propósito de un E. Coli». *SEENota-e.* 2011; 2(6): 1.
107. Sunyer Deu, J., Kogevinas, M. y Antó Boqué, J. M.: «SEEdestaca»: «Primeras reflexiones tras el accidente de Aznalcóllar». *SEENota.* 1998; 14: 2-3. En la Asamblea General ordinaria de octubre de 1998, Andreu Segura Benedicto reclamaba la realización de un informe sobre el desastre de Aznalcóllar (Actas SEE. 22/10/1998. F. 34 del libro 2º bis).
108. «SEEdestaca»: «Centroamérica y el huracán Mitch: un desastre no tan natural». *SEENota.* 1999; 16: 1-2.
109. Actas SEE. 18/12/2002. Siete folios sin numerar del libro 3º.
110. «SEEdestaca»: «Olas de calor: necesidad de valorar el impacto en salud y afrontar su prevención». *SEENota.* 2003; 30: 1-2.
111. «SEEentrevista»: «Entrevista a Marina Pollán y Mercedes Martínez sobre exposición a campos electromagnéticos y su posible efecto en la salud humana». *SEENota.* 2002; 25: 4-7; «SEECOmenta»: «Científicos y profesionales españoles demandan al Gobierno medidas urgentes para eliminar COPS». *SEENota.* 2002; 26: 12-13; «SEEHace»: «Participación en la Comisión de Seguimiento de despliegue de antenas de telefonía móvil». *SEENota.* 2006; 37: 17; García Benavides, F.: «SEEHace»: «Ante las alertas relacionadas con la contaminación atmosférica que afectan a numerosas ciudades españolas». *SEENota-e.* 2011; 2(2): 4; Ibarluzea Maurologoitia, J.: «Edi-

- torial»: «Jornadas sobre mercurio, sus efectos en la población vulnerable y medidas en salud pública». *SE-nota-e*. 2011; 2(7-8): 1-2.
112. «SEEdestaca»: «Declaración de expertos en Salud Pública sobre Irak». *SEENota*. 2005; 34: 2-3.
113. «SEEdestaca»: «Otro día de luto (a propósito del asesinato de Ernest Lluch)». *SEENota*. 2000; 21: 1. El editorial lo firmaban la SEE, la SESPAS y la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA.
114. Hernández Aguado, I.: «SEEdestaca»: «La SEE y el informe de Leganés». *SEENota*. 2005; 36: 4; «Sociedad»: «El caso Leganés. La Sociedad Española de Epidemiología descalifica el informe de la Comisión Lamela». *El País*. 4 de noviembre de 2005. Disponible en: <http://elpais.com/diario/2005/11/04/sociedad/1131058807_850215.html>.

La SEE en el proceso de profesionalización de la epidemiología y la salud pública

En el proceso de dar carácter de profesión a cualquier disciplina, elaborar un mecanismo propio y regulado de socialización aparece como un elemento fundamental. En el caso que nos ocupa, la cuestión básica estaría relacionada con el propósito de asegurar un proceso formativo para especializarse en el ámbito de la epidemiología o la salud pública.

Al poco tiempo de crearse la SEE se promulgaba, en agosto de 1978, el real decreto que regulaba la obtención de especialidades médicas (R. D. 2015/1978 de 15 de julio; *BOE* número 206 de 29 de agosto de 1978), y entre ellas, la de Medicina Preventiva y Salud Pública. El hecho de encontrarse con una especialidad ya establecida ha condicionado los esfuerzos de la SEE para alcanzar un proceso de especialización que fuera acorde con sus planteamientos.

La creación de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública estuvo muy relacionada con el desarrollo que habían alcanzado en España, a partir de 1973, los servicios hospitalarios de medicina preventiva,¹ así como el papel que la Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias (en la actualidad Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene [SEMPSPH])² venía desempeñando en defensa de la misma desde 1976.

En 1979 —con un protagonismo destacado de la medicina preventiva hospitalaria— se constituyó la I Comisión Nacional de la especialidad, con el objetivo de elaborar el programa de Medicina Preventiva y Salud Pública de la guía de la formación especializada. Aunque el real decreto contemplaba la posibilidad de llevar a cabo la especialización en ámbitos extra-hospitalarios, los servicios de medicina preventiva de los hospitales acreditados de la Seguridad Social y de algunos hospitales clínicos universitarios se hicieron cargo de la formación de los especialistas, bajo la modalidad del sistema de médicos internos residentes (MIR).³

Durante el primer año, los médicos que optaban a la especialidad tenían que «seguir un curso de formación superior multidisciplinar, realizado y dirigido por una escuela de salud pública». Dicha función fue asumida por la Escuela Nacional de Sanidad en virtud de una resolución de la Secretaría de Estado de Sanidad y Seguridad Social de diciembre de 1979 que, además, preveía establecer una comisión para el desarrollo del programa y otra para el seguimiento y el control del curso. Los otros dos años se orientaban a la formación teórico-práctica en centros y servicios con actividades de carácter médico-preventivo y de administración sanitaria. Uno de ellos debía desarrollarse en el marco hospitalario, desde un servicio de medicina preventiva acreditado para la docencia posgraduada. El otro, con una orientación extrahospitalaria, bajo el control de una dirección provincial de salud y de «la cátedra específica de una facultad de Medicina del distrito».⁴

La SEE estableció el primer contacto con la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública el 12 de julio de 1980, a través de un escrito remitido a la Comisión Nacional de Especialidades.⁵ Sin embargo, tendrían que transcurrir varios años para poder contar con una vocalía de la Sociedad en la citada comisión.

El R. D. de 1978 que regulaba las especialidades médicas fue derogado por otro R. D. de 11 de enero de 1984 (R. D. 124/1984, de 11 de enero. *BOE*, número 26 de 31 de enero de 1984). La junta directiva de la SEE, en su reunión del 31 de marzo de aquel año,⁶ valoró positivamente el nuevo decreto, pero mostrando una clara disconformidad con la manera en que había quedado establecido el acceso y la formación en salud pública. Se decidió contactar con la presidencia de la comisión, con el fin de expresar el dictamen de la SEE y sugerir el desarrollo urgente del procedimiento extraordinario de acceso a la especialidad para quienes contaban con formación y competencia acreditada (pese a no haber seguido la vía MIR), así como «la posibilidad de enmarcar, de manera similar al resto de países desarrollados, la formación en salud pública en escuelas universitarias específicas».

Unos meses antes de la promulgación del R. D., en la memoria anual que presentó la junta en la Asamblea General de la SEE que tuvo lugar en Madrid el 13 de noviembre de 1983, se mencionaba la inminente publicación del nuevo decreto de especialidades y la entrevista que se había solicitado a los redactores del mismo para trasladar la opinión de la Sociedad:⁷

Si el proyecto reduce claramente el número de especialidades y la especialidad no supone una dificultad de acceso a trabajos que pueden ser realizados por epidemiólogos, consideramos que no tendrá importancia que la epidemiología se incluya en una especialidad más amplia. De continuar el nuevo decreto en la línea del actualmente vigente, pediremos que la epidemiología sea considerada una especialidad.

El nuevo decreto establecía una clasificación de especialidades según el grado de formación hospitalaria exigido. La especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública quedaba, junto con la de Medicina Familiar y Comunitaria, en el grupo de las que no requerían básicamente formación hospitalaria. También contemplaba la posibilidad de una doble vía de formación. En el caso de la Medicina Preventiva y Salud Pública, la vía ordinaria de residencia en centros y unidades docentes con programas acreditados; y una segunda, de carácter extraordinario, donde junto a la vía complementaria de carácter permanente «para los ayudantes, doctores y profesores titulares de las facultades de Medicina que acrediten equivalencia de su actuación profesional con el correspondiente programa de formación ordinaria», se contemplaba otra de carácter transitorio «para aquellos profesionales que, no habiendo podido seguir un programa de formación por la vía ordinaria, puedan acreditar algún tipo de capacitación por la práctica o el aprendizaje dentro de algún proceso docente de clara equivalencia».

Mientras se sucedían todos estos cambios, la SEE continuaba fuera de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. En sus asambleas, además de mostrar «su preocupación por los métodos de formación en epidemiología y salud pública, por la ausencia de una definición de las funciones del epidemiólogo de sanidad nacional»,⁸ o exigir la concesión del título de especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública para estos epidemiólogos,⁹ se reclamaba un mayor protagonismo por parte de las sociedades científicas en el momento de proceder a la elaboración de los programas formativos de las especialidades médicas.¹⁰

Un año antes de la promulgación del R. D. de enero de 1984, la junta directiva de la SEE, en su reunión del 14 de enero de 1983, había encargado a Eduardo Spagnolo de la Torre la coordinación de un estudio sobre la formación de especialistas en Epidemiología o Salud Pública en Europa.¹¹

Los resultados del estudio fueron recogidos en un número monográfico de *Gasetta Sanitària* sobre formación en salud pública, que apareció publicado en 1986 y que estaba patrocinado por la SEE.¹² Se pretendía facilitar el conocimiento de otras experiencias formativas (en concreto la estadounidense, la belga, la británica y la de los países nórdicos), para servir de elementos de reflexión tanto para los profesionales como para las instituciones que tenían la responsabilidad de afrontar el reto de la especialización en ambas materias. En la presentación se recordaba que uno de los mayores retos con los que se enfrentaba la política sanitaria en España era el disponer de recursos humanos adecuadamente formados para las tareas que requería «la práctica de una salud pública moderna».¹³

La mayor parte de los profesionales que emplea el sector han accedido a sus puestos de trabajo mediante oposición o contrato sin que, en la mayoría de las ocasiones, les haya sido imprescindible acreditar una formación específica en el terreno de la salud pública y la Administración sanitaria. Tal exigencia hubiera comportado no poder cubrir la mayoría de las plazas laborales [...] La ausencia de una respuesta institucional específica a estas necesidades ha conllevado en los últimos años la proliferación de ofertas docentes dispares y con ello, la dispersión de recursos y esfuerzos formativos.

En aquellas palabras se apuntaban las razones que estaban detrás del conflicto que se acabó concretando en las dos vías de acceso a la especialidad, la regulada por el sistema MIR y la de carácter excepcional, conocida como la vía MESTOS (médicos especialistas sin título oficial). Como indicaba Eduardo Spagnolo de la Torre:¹⁴

Un breve balance de las mismas nos sitúa ante dos líneas institucionales cada día más divergentes. Por un lado, la formación en la especialidad médica de Medicina Preventiva y Salud Pública, orientada fundamentalmente al campo de la higiene y medicina preventiva y desarrollada casi exclusivamente en el ámbito hospitalario, y por otro lado una gran diversidad de cursos que podemos enmarcar dentro de la epidemiología y de la administración de los servicios sanitarios y que han sido promocionados por diversas administraciones sanitarias.

También se planteaba la oportunidad de abrir un debate sobre aquellas áreas que tenían demanda entre los profesionales y ajustar las mismas a la oferta formativa: epidemiología/bioestadística/informática, planificación y administración, medicina preventiva/salud comunitaria y saneamiento/higiene del medio; además de recordar la falta de respuesta que presentaba el modelo de especialización al reto multidisciplinar que tenía la salud pública:¹⁵

Se trata, como es obvio, de áreas abiertas a múltiples disciplinas académicas que tienen ya programas universitarios en la mayoría de los casos pero que no confluyen en la elaboración de programas comunes con finalidades específicas de salud pública [...] Las posibilidades organizativas para articular estos programas son múltiples y no pasan necesariamente por la creación de instituciones como una Escuela de Salud Pública única. Sin embargo, sí se muestra como inexcusable disponer de directrices docentes comunes y también de instrumentos de coordinación de forma que los recursos que se dediquen alcancen un grado aceptable de eficiencia.

En la misma línea de argumentaciones cabe situar las conclusiones que se alcanzaron en la V Reunión Anual de la SEE, dedicada a analizar «la epidemiología en el sistema nacional de salud: situación actual y perspectivas», y que fueron publicadas en el *Boletín de la SEE* en 1986:¹⁶

- 1) El incremento de las actividades de formación y de investigación en epidemiología durante los últimos diez años requiere un análisis para establecer la efectividad y la eficiencia de las diversas iniciativas, a partir de las cuales proponer una racionalización de la docencia y la investigación epidemiológica en España.
- 2) La epidemiología constituye una disciplina básica de las distintas ramas de la salud pública y no solo para las profesiones tradicionalmente sanitarias, por lo que debe existir una oferta docente disponible para todas ellas.
- 3) La docencia epidemiológica en medicina constituye una mínima parte del programa de medicina preventiva que se imparte al final de la carrera. Esta situación se considera insuficiente e inoportuna.
- 4) La docencia de las escuelas relacionadas con la administración sanitaria debe plantearse de forma coordinada con las actividades docentes universitarias.
- 5) El establecimiento de la necesidad de profesionales formados en epidemiología debe comportar el diseño de políticas de formación con los correspondientes recursos humanos y financieros.
- 6) Los profesionales en ejercicio pueden beneficiarse de la formación continuada en epidemiología.
- 7) Los proyectos de investigación epidemiológica vienen condicionados por los procedimientos de financiación disponibles que, en general, dificultan el establecimiento de líneas continuadas de investigación. Sería conveniente la existencia de instituciones que, como el Medical Research Council inglés o el ISERM francés, estimularan y coordinaran las líneas de investigación prioritarias.
- 8) La acreditación de la formación epidemiológica tiene importancia en función del valor del uso de las titulaciones impartidas y de los requerimientos que comporten los lugares de trabajo.

Aunque formalmente la SEE no contaba con un representante en la Comisión Nacional de la especialidad, sí que formaba parte de la misma, en calidad de representante del Ministerio de Sanidad y Consumo, Miguel Carrasco Asenjo, vicepresidente de la Sociedad entre 1986 y 1992. En la reunión de la junta del 17 de diciembre de 1986,¹⁷ Miguel Carrasco Asenjo sugería la posibilidad de negociar con la Asociación de Medicina Preventiva (Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias) la cesión de uno de sus puestos en la Comisión Nacional de la especialidad. Se trataba, en cualquier caso, de una negociación complicada, ya que como recordaba Miguel Carrasco Asenjo:¹⁸ «Realmente la Sociedad Española de Medicina Preventiva nunca se planteó que los epidemiólogos pudieran estar ahí

[...] porque siempre trabajaban desde un punto de vista hospitalario y nunca tenían interés extrahospitalario».

Unos meses después, en la reunión de la junta del 31 de enero de 1987, Miguel Carrasco Asenjo informaba sobre los trabajos de la Comisión Nacional de la especialidad:¹⁹

En la actualidad se está trabajando en programas, financiación y acreditación. Se perfila la propuesta de un año común a realizar en escuelas de salud pública y dos años adicionales con cuatro opciones: administración y gestión, epidemiología, medicina preventiva hospitalaria, salud ambiental y salud laboral. El ingreso en la especialidad se realizaría únicamente por la vía MIR.

Ante la información trasladada por Miguel Carrasco Asenjo se acordaba enviar un escrito urgente al presidente del Consejo Nacional de especialidades, con copia al presidente de la Comisión de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, para volver a solicitar el ingreso de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

En abril de 1987, la SEE, además de encargar a Miguel Carrasco Asenjo y a José Oñorbe de Torre que negociasen con la Sociedad Española de Medicina Preventiva (Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias) lo relativo al representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad,²⁰ decidía remitir a la misma un informe técnico que se había preparado sobre la especialidad y las implicaciones que comportaba la incorporación a la CEE.²¹

Como se indicaba en el escrito de remisión, el informe tenía el carácter de «material para participación (de la SEE) en la Comisión Nacional de la especialidad».²² Junto con un examen del estado internacional de la formación de especialistas en salud pública, se establecía un diagnóstico de la situación española (caracterizada por insuficiencias y deficiencias de diversa índole), a partir de los datos recogidos en una encuesta realizada por el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), para finalizar con una propuesta para la formación de los futuros especialistas.

Además de tener en cuenta la oferta de cursos que se impartían desde diferentes instituciones mediante un proceso de acreditación que garantizase su calidad, entre las cuestiones más novedosas que incluía la propuesta de la SEE estaba la posibilidad de abrir la especialidad a titulados superiores de otras licenciaturas no médicas (biólogos, veterinarios, farmacéuticos, economistas, ingenieros, psicólogos, sociólogos, etc.), a través de cursos de nivelación. Como argumento se esgrimía el carácter interdisciplinar de la profesión.

El programa que proponía la SEE contemplaba cuatro subespecialidades: Medicina Preventiva y Social, Investigación y Métodos, Gestión y Administración de Servicios Sanita-

rios y Salud Medioambiental. Los cursos teórico-prácticos o asignaturas se clasificaban en comunes para las cuatro subespecialidades, troncales o de subespecialidad y monográficos (véase la tabla 1). Para obtener el grado de especialista en Salud Pública, todo licenciado superior debía acreditar 70 créditos (de 10 horas de duración cada uno): 35 créditos de asignaturas comunes, 15 a 25 créditos de asignaturas troncales y de 10 a 15 créditos de asignaturas monográficas. También se requería la realización de una o dos estancias en centros especializados hasta un total de 80 créditos, y haber defendido públicamente una memoria de las mismas que debía ser evaluada «en vista oral por un tribunal creado a tal efecto».

Tabla 1. Esquema de un programa de formación en Salud Pública

Asignaturas comunes a las cuatro subespecialidades	Medicina Preventiva y Social	Investigación y Métodos	Gestión y Administración de Servicios Sanitarios	Salud Medioambiental
Introducción a la Bioestadística Introducción a la Salud Pública Métodos epidemiológicos Introducción a la informática comprendiendo la iniciación de uso de un paquete de programas de análisis estadístico Economía de la Salud Teoría y práctica de la obtención de muestras Introducción al control de calidad Teoría de la decisión Evaluación de Programas y Servicios Métodos de organización	Diseños transversales Diseños de intervención Ecología y salud Política sanitaria Legislación sanitaria Epidemiología y prevención de enfermedades transmisibles Epidemiología y prevención de accidentes Drogodependencias Salud materno-infantil Educación sanitaria Técnicas de comunicación Gestión de programas Salud mental Trabajo y salud Gerontología Técnicas de registro Epidemiología y prevención de cáncer	Diseños de casos y controles Diseños de cohortes Diseños transversales Diseños experimentales Técnicas de análisis multivariadas Análisis de series temporales Estadística no paramétrica Introducción al uso de paquetes estadísticos Análisis de la mortalidad Diagnóstico de salud Métodos de análisis de enfermedades transmisibles Métodos de análisis de enfermedades cardiovasculares Métodos de evaluación de medicamentos Métodos de análisis del cáncer	El análisis de series temporales Gestión de programas Política sanitaria Legislación sanitaria Organización de los servicios hospitalarios Organización de los centros extra-hospitalarios Introducción a la contabilidad Contabilidad analítica Gestión de personal Sistemas de información Paquetes informáticos de usuario final Sociología de la salud	Ecología y salud Legislación sanitaria Gestión de programas sanitarios Análisis de series temporales Radioprotección Trabajo y salud Polución y salud etc.

Fuente: «Informe sobre la enseñanza de la Salud Pública en España: situación actual y perspectivas». Barcelona, mayo de 1987. Elaborado, a propuesta de la junta directiva de la SEE, por Josep Andrés con sugerencias de Miguel Carrasco Asenjo (páginas 25 a 28)

A pesar de la remisión del informe, en junio de 1987 la SEE seguía sin representante en la Comisión Nacional de la especialidad. Sin embargo, como informaba Miguel Carrasco Asenjo, «para aquellas personas con un currículo profesional en el campo de la epidemiología sin título, la comisión estaba valorando la posibilidad de un proceso especial basándose en la convalidación de créditos, a partir del informe realizado por Josep Andrés por encargo de la SEE».²³

En la Asamblea General ordinaria de la Sociedad de noviembre de 1987,²⁴ el que fuera presidente de la SEE y, en aquel momento, presidente de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Joan Clos Matheu, entregaba al secretario de la SEE el proyecto de regulación de la especialidad para que fuese publicado en *Gaceta Sanitaria*.²⁵ En opinión de Miguel Carrasco Asenjo,²⁶ la incorporación de Joan Clos Matheu a la presidencia de la Comisión permitió avanzar en la dimensión comunitaria de la especialidad.

De acuerdo con la documentación consultada, Eduardo Spagnolo de la Torre fue el primer representante de la Sociedad en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública. También formaban parte de la misma, en calidad de representantes del Ministerio, dos destacados miembros de la SEE: el ya citado Miguel Carrasco Asenjo, que, como se ha indicado, fue vicepresidente entre 1986 y 1992, y José Oñorbe de Torre, tesorero entre 1982 y 1988.²⁷ En febrero de 1994 se propuso al profesor Luis Ignacio Gómez López como representante de la SEE en la Comisión, en sustitución de Eduardo Spagnolo de la Torre.²⁸

El tema de la especialidad fue objeto de debate en la Asamblea General ordinaria de la SEE que tuvo lugar en Alicante en septiembre de 1994.²⁹ La junta fue interpelada sobre su postura acerca de la obtención del título de especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública «para los no especialistas y para aquellos que no han realizado el programa MIR». En palabras de su presidente, el profesor Francisco Bolumar Montrull, en opinión de los miembros de la junta, «para hacerse acreedor al título de especialista se debe demostrar formación y experiencia reconocidas». Luis Gómez López intervino, en calidad de representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, para informar que se había recogido «esta inquietud» en un informe preliminar que estaba preparando la comisión. Además de proponer la creación de un grupo de trabajo sobre el tema, algunas voces volvieron a reivindicar la posibilidad de que otros licenciados no médicos pudieran optar a la especialidad.

Conviene recordar que los puestos de trabajo relacionados con la salud pública que se habían ido creando en las administraciones públicas a lo largo de la década de 1980, bási-

camente como consecuencia del proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, fueron ocupados principalmente por médicos. La mayoría de ellos no eran especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, si bien habían adquirido un alto grado de competencia en salud pública y administración sanitaria mediante un proceso de formación no reglada y la experiencia profesional.³⁰

El debate sobre las vías de acceso a la especialidad iniciado en Alicante continuó y, en los meses siguientes, la junta directiva abordó la falta de unanimidad que existía dentro de la SEE acerca del acceso alternativo al sistema MIR.³¹ A raíz de la aprobación de un nuevo programa formativo por parte de la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, se publicaba en la *SEENota* de mayo-agosto de 1995 un comentario editorial donde se resumía el posicionamiento de la junta directiva que presidía Miquel Porta Serra frente a las cuestiones más polémicas que rodeaban a la especialidad.³²

En relación con el acceso al título de especialista para aquellos que contaban con una formación pero no habían realizado la que contemplaba el sistema MIR, en una carta remitida a la comisión, la junta sugirió rigor en el análisis de los currículos que presentasen los candidatos, además de exigir la acreditación de una dedicación prolongada y exclusiva a las actividades de medicina preventiva y salud pública en sus diferentes facetas (epidemiología, promoción de la salud, etc.).

En opinión de la junta, perder la oportunidad que se abría con la nueva propuesta de la comisión podía dejar a muchos de los profesionales que trabajaban en el campo de la medicina preventiva y la salud pública «como un grupo marginal y sin capacidad de influencia en los problemas relacionados con la misma». Pedía cautela en el momento de reconocer las situaciones de los profesionales que accedieron a sus puestos de trabajo tras diferentes procesos de formación y la realización de oposiciones y concursos de méritos, al mismo tiempo que manifestaba su conformidad para exigir el título de especialista en el momento de acceder en nuevas convocatorias a dichas plazas.

La junta también aprovechaba la circunstancia para exigir la elaboración de un estudio sobre las necesidades formativas de los profesionales y un catálogo de los puestos de trabajo relacionados con la especialidad. Resultaba patente el desconocimiento que se tenía tanto del número de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, como de los profesionales que habían realizado otras vías de formación y las características de la misma.

El posicionamiento de la junta de la SEE finalizaba reconociendo que los retos no eran fáciles, dada la complejidad del problema y la diversidad de intereses. Por ello, animaba a todos los socios a participar en un debate abierto y positivo que tuviera por horizonte la formación de profesionales capaces de mejorar la salud de la población.

El nuevo programa formativo para la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública fue aprobado finalmente en abril de 1996,³³ pero el reglamento para la homologación del título de especialista por la vía extraordinaria todavía estaba en fase de borrador en febrero de 1997, tal como informaba a la junta el representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad, el profesor Luis Gómez López.³⁴

En un documento publicado en 1998 en *SEENota*,³⁵ donde realizaba un balance de sus cuatro años como representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad, Luis Gómez López recordaba que la comisión era un organismo asesor y no el punto final o único en la toma de decisiones, al mismo tiempo que afirmaba lo siguiente en relación con el proyecto de puesta en marcha de un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista:

La SEE ha defendido siempre la existencia de un procedimiento riguroso y controlado que contemplase las peculiaridades y diferencias que con otras especialidades tiene la medicina preventiva y la salud pública y no un regalo para nadie, sino por el contrario el incorporar a profesionales competentes con una trayectoria académica y profesional demostrada [...] El sistema MIR es, finalmente, enseñanza esencialmente práctica y de la existencia de profesionales competentes hoy en día, depende la del futuro. Sería un desperdicio de calidad el no lograr incorporar al ámbito de la especialidad y su desarrollo a todos aquellos que cumpliendo, lo afirmo una vez más, los requisitos exigibles puedan contribuir a alcanzar una masa crítica de profesionales que permita acciones efectivas en todos los campos de actividad en la salud pública, tanto en la formación como en el ejercicio profesional y la investigación.

En noviembre de 1998 fue cuestionada la presencia de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad, al haberla reclamado las dos sociedades de medicina preventiva (se trataba de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene y de la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública). Finalmente, la SEE continuó con su representación en dicha comisión y Fernando García Benavides sustituyó a Luis Gómez López como representante de la Sociedad.

Con el trasfondo del debate político y mediático que estaba suscitando la posibilidad de conceder la especialidad al colectivo de los MESTOS,³⁶ a lo largo de 1998 y 1999 se publicaron en la *SEENota* diversos artículos y colaboraciones relacionadas con la vía extraordinaria de acceso al título de médico especialista.³⁷ Se volvían a poner de manifiesto las divergencias que existían al respecto en el seno de la SEE, al mismo tiempo que se exigía más debate y un pronunciamiento por parte de la junta.³⁸

En mayo de 1999, la junta directiva publicaba un editorial en *SEENota*³⁹ donde hacía referencia a la controversia que había generado la participación de la SEE en el proceso de

elaboración del proyecto de real decreto sobre el sistema excepcional de acceso a la especialidad, para afirmar seguidamente que dicha actuación «no debía ser objeto de diferencias entre sus miembros, sino una posibilidad futura para el diálogo y para seguir trabajando en el mejor desarrollo de la especialidad». También valoraba los cambios positivos que se habían producido en los últimos años (mejora del programa formativo y duración de la especialidad para armonizarla con las recomendaciones de la Unión Europea), a los que no había sido ajeno el trabajo desarrollado por la SEE.

Frente a la polémica que se había suscitado en algunos medios de comunicación donde se afirmaba que «existía la intención de dar indiscriminadamente títulos de especialistas a personal de la Administración sanitaria en plazas y situaciones diversas», la junta manifestaba que siempre se había intentado «fortalecer nuestra especialidad, y en todo caso, incorporar a ella aquellas personas que demostrasen formación y méritos suficientes para obtener el título de forma extraordinaria». Además, se indicaba que desde 1994, año en que se inició el proceso de modificaciones, siempre se había informado «con la mayor transparencia posible y buscando continuamente cuantas aportaciones quisieran hacerse al respecto de lo que figura en la introducción del actual programa de la especialidad, aprobado por unanimidad y publicado oficialmente en 1996».⁴⁰

En nuestro medio se ha producido una demanda de profesionales de la medicina preventiva y la salud pública a la cual no se ha dado respuesta total oportunamente, eso ha llevado a la existencia y desarrollo de múltiples vías de formación, tanto a nivel nacional como en otros países, que sin ser equivalentes en su totalidad al sistema legalmente reconocido en nuestro Estado han cubierto parcialmente la demanda de trabajo existente [...] Además, la realidad social se ha adelantado a la propia implantación normada de la especialidad, siendo así que hoy nos encontramos con un grupo de profesionales que vienen desarrollando las funciones de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en los aspectos de dirección de servicios, inspección, control ambiental y vigilancia epidemiológica, tanto en la administración pública como en centros privados. Todos ellos han accedido a sus puestos de trabajo con procesos de formación diversos, sin que haya sido posible acreditar una formación específica y reglada en el terreno de la medicina preventiva y salud pública, habiendo pasado, en su mayoría, por oposiciones o por concurso-oposición [...] Esta realidad debe ser reconocida en el marco en el que se defina la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, puesto que entre las actuales especialidades médicas no se dispone de una formación suficientemente específica y coherente para dar respuesta a las carencias de formación expresadas en los ámbitos descritos, existiendo una necesidad evidente de profesionalizar mediante especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública sectores tales como la administración sanitaria, los servicios de epidemiología, de promoción de la salud, del medio ambiente, gestión de servicios, etc. [...] La aplicación y desarrollo del programa de formación

especializada que se establece en este documento dará lugar a la consolidación en el Estado español de una especialización médica en Medicina Preventiva y Salud Pública de carácter sistematizado y globalizador, que incluya los contenidos de la epidemiología, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud, la planificación y programación sanitarias y la administración y gestión de servicios [...] Los especialistas médicos formados a partir de la puesta en marcha de este programa presentarán la formación adecuada y las aptitudes idóneas para realizar las actividades propias de la medicina preventiva y la salud pública en el sistema sanitario, tanto en el sector público como en el privado, por ello es esencial se habilite el que los puestos de trabajo [...] sean cubiertos por los profesionales que hayan realizado la formación de especialistas médicos en Medicina Preventiva y Salud Pública [...] Así mismo, paralelamente, se habilitarán procedimientos que garanticen a los profesionales médicos en ejercicio, ya mencionados, el acceso a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública toda vez que acrediten los requisitos que se determinen [...] Por último en la salud pública colaboran junto con los especialistas médicos en Medicina Preventiva y Salud Pública otros profesionales.

En abril de 1999, la SEE había remitido una carta al subsecretario de Sanidad y Consumo, donde le trasladaba una serie de consideraciones en relación al proyecto de real decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista.⁴¹ En la misma se indicaba que la SEE consideraba necesario regular un sistema único y excepcional que «permitiera subsanar las deficiencias puntuales que han ido condicionando la profesión médica en España», pero recordaba que «ante las características de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública y los condicionantes históricos de la misma, era necesario su regulación específica». Además de proponer el cambio de requisito de funcionario de carrera por el de funcionario, o reducir a cinco los años de servicio en el ámbito de la salud pública y la Administración sanitaria, en los artículos donde se indicaban las condiciones para acceder al título de Medicina Preventiva y Salud Pública se solicitaba el reconocimiento de los programas formativos de la especialidad que «se hubieran realizado en una escuela o centro de salud pública acreditado».

A pesar de todos aquellos pronunciamientos, el conflicto estalló dentro de la SEE ante la proximidad de la publicación del decreto que tenía que regular la vía extraordinaria de acceso a la especialidad, porque algunos socios entendieron que había existido «un persistente pronunciamiento de la SEE favorable a la concesión extraordinaria de títulos de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública».⁴² La junta presidida por Ferran Martínez Navarro, acompañada de Luis Gómez López y Fernando García Benavides, como anterior y actual representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad, se reunió el 29 de junio de 1999 con un grupo de socios especialistas de la vía MIR, y acordó crear una comisión de formación donde estuviesen representados tanto el colectivo de los

que habían obtenido la especialidad con la modalidad de residencia, como el de los socios especialistas por vías extraordinarias y el de los socios no especialistas pero con formación reglada en salud pública. Con aquella iniciativa, la junta consideraba que debía hacer un esfuerzo especial para representar la pluralidad de posiciones que encerraba la SEE, «sobre todo en relación a temas tan sensibles como la formación de médicos especialistas en Salud Pública y el papel del representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad».⁴³ A pesar de todos aquellos esfuerzos, finalmente, once socios posicionados a favor de la vía MIR pidieron la baja y abandonaron la SEE.⁴⁴

Tras la publicación del R. D. que regulaba el acceso excepcional al título de médico especialista (R. D. 1497/1999 de 24 de septiembre. *BOE* número 230 de 25 de septiembre de 1999), se constituyó el grupo de trabajo que, a modo de comisión de formación, debía asesorar al representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.⁴⁵ El objetivo del grupo, formado por Fernando García Benavides, Itziar Larizgoitia Jauregui, Berta Uriel Latorre, Andreu Segura Benedicto y Jesús Castilla Catalán,⁴⁶ era elaborar propuestas de aplicación del R. D. que integrasen todas las posturas presentes en la SEE. Sin embargo, tal como se informaba en una reunión de la junta directiva de diciembre de ese mismo año, ya se habían producido impugnaciones, tanto de los MIR como de los MESTOS.⁴⁷

La polémica suscitada por la especialidad abrió en el seno de la SEE un interesante debate sobre las deficiencias que mostraba la carrera profesional de la salud pública en España. En opinión de la junta directiva, la cuestión central era la regulación de la profesión: «Los problemas de la carrera profesional y su profesionalización deben solucionarse, como premisa básica, con la especialización, pero abierta a todas las profesiones relacionadas con la salud pública y con un proceso de entrenamiento integrado en la comunidad».⁴⁸

En la *SEENota* de enero-abril de 2000,⁴⁹ Fernando García Benavides, en calidad de representante de la SEE y de la SESPAS en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, exponía los avances que se estaban produciendo en la aplicación del R. D. que regulaba el acceso excepcional al título de médico especialista. Al mismo tiempo, informaba de la propuesta que había preparado el grupo de trabajo sobre formación de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública de la SEE/SESPAS, con el objeto de definir los criterios para evaluar el currículo profesional y formativo y la prueba teórico-práctica que se proponía al tribunal para que la considerase. Además, planteaba a la Comisión Nacional de la especialidad la realización de una encuesta a las unidades docentes acreditadas, a fin de conocer sus recursos y actividades en la formación de los MIR, y otra a los médicos especialistas por la vía MIR, con el objeto de recabar datos sobre su integración profesional.

En la misma nota informativa se anunciaba un taller sobre competencias profesionales en salud pública, al que estaba previsto invitar a las sociedades científicas que formaban parte de la Comisión Nacional de la especialidad.

Como resultado de la actividad precongresual desarrollada en el marco de la XVIII Reunión Científica de la SEE⁵⁰ y de los dos talleres que se llevaron a cabo en la Escuela de Verano de Salud Pública de Mahón en 2001⁵¹ y 2002 se elaboró un documento de trabajo sobre las competencias profesionales en salud pública que debía servir de base para futuras actualizaciones. Finalmente, solo la SEE y la SESPAS dieron su conformidad, ya que fue rechazado por las otras dos sociedades que estaban presentes en la Comisión Nacional de la especialidad: la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) y la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPSP).

En opinión de Fernando García Benavides,⁵² aquella falta de consenso obedecía a la debilidad institucional que mostraban ambas sociedades: «Una de ellas no llegaba a los 100 socios y la otra estaba sumida en una profunda crisis interna con demandas judiciales entre juntas directivas». Aquellas circunstancias, que mermaban su capacidad organizativa y de debate interno, las limitaron en el momento de consensuar acuerdos en temas «tan novedosos» como el de las competencias profesionales en salud pública. En cualquier caso, la iniciativa permitió iniciar un largo y fructífero trabajo de reflexión en el seno de la SEE y la SESPAS, a través del grupo de trabajo sobre competencias profesionales en salud pública⁵³ que se ha extendido, con posterioridad, al análisis de los contenidos de Salud Pública en los grados universitarios⁵⁴ y ha permitido la conformación de un foro de profesorado de Salud Pública.⁵⁵

En este sentido, como sostiene Ferran Martínez Navarro,⁵⁶ aunque queda mucho para alcanzar la regulación plena de la carrera profesional de los epidemiólogos, no parece exagerado afirmar que los resultados alcanzados en la definición de dichas competencias (lo que se conoce como el consenso de Mahón) representa uno de los avances más significativos en el proceso de profesionalización e institucionalización que han experimentado la epidemiología y la salud pública en la España de las últimas décadas. Dichas competencias fueron recogidas en la orden ministerial de 2005, donde se aprobaba y publicaba el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (Orden SCO/1980/2005 de 6 de junio de 2005). En el apartado 4, al ocuparse del perfil profesional del especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública e indicar las competencias básicas se indica, en relación con las mismas, «que existe un alto grado de consenso entre las sociedades profesionales más representativas de la especialidad».

La aplicación del R. D. que regulaba el acceso extraordinario a las especialidades médicas, y más concretamente, en lo que afectaba a la de Medicina Preventiva y Salud Pública, estuvo plagada de irregularidades. Además, contó con la oposición de plataformas como la Coordinadora Estatal de Profesionales de Salud Pública (sobre un total de 666 miembros, 165 pertenecían a la SEE),⁵⁷ y suscitó un debate mediático entre algunos de los promotores de la plataforma y miembros destacados de la SEE.⁵⁸

Como señalaba Fernando García Benavides en el informe que presentó a la junta directiva en enero de 2005 sobre su participación como representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública,⁵⁹ fueron cerca de 2500 los que solicitaron la convalidación de la especialidad, de los cuales solo fueron admitidos 1516. Se presentaron a las pruebas 969 y fueron declarados aptos 920, aunque se trataba de cifras aproximadas y nunca confirmadas. El representante de la SEE, en atención al alto porcentaje de no admitidos y las irregularidades que se habían detectado, tal y como ocurrió con la no publicación de los criterios de admisión y exclusión, se interesó ante el Ministerio por el recurso de ofrecer una segunda oportunidad. La actitud ministerial fue receptiva y se llegó a trabajar en un borrador, pero tanto la presión de la Coordinadora de Profesionales de Salud Pública, que seguía sin aceptar la realización de una prueba teórico-práctica, como la falta de consenso dentro de la comisión y los desacuerdos entre la SEE y las otras sociedades de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre los criterios usados por el Ministerio para seleccionar los candidatos al título, paralizaron la iniciativa.

En la Asamblea de la SEE del 22 de mayo de 2002,⁶⁰ algunos socios pidieron un mayor esfuerzo de la Sociedad para defender los intereses corporativos de los MESTOS e incluso se formalizaron algunas bajas como miembros de la SEE. La junta se reiteró en la estrategia que se había diseñado en el año 2000 al inicio de la crisis, y subrayó el papel que estaba desempeñando el grupo de trabajo sobre las competencias profesionales en salud pública en el asesoramiento del representante de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad. Con todo, apuntó como posible solución la creación de una especialidad de epidemiología.

La junta presidida por Ferran Martínez Navarro informaba en la *SEENota*⁶¹ que había iniciado un proceso orientado a conseguir el reconocimiento de la epidemiología como «una especialidad multiprofesional integrada en el ámbito de la salud pública». Aunque existían limitaciones normativas, al solo poder proponer una especialidad médica, se confiaba en el futuro desarrollo de una ley de especialidades sanitarias que permitiera contemplar la epidemiología como «un área de capacitación específica en la que podrían integrarse no solo especialistas de salud pública, sino también de otras especialidades médicas». El proceso que se proponía iniciar finalizaría cuando se hubieran incorporado todos los perfiles académicos que participaban en el desarrollo de la epidemiología, o lo que es lo mismo, «cuando,

en vez de hablar de especialidad, hablemos de profesión». Finalmente, en la Asamblea General extraordinaria de la SEE que tuvo lugar en Barcelona en septiembre de 2002,⁶² se presentó una propuesta para discutir la ocasión de crear una especialidad o área de conocimiento de epidemiología.

La iniciativa fue retomada por la nueva junta que pasó a presidir Ildelfonso Hernández Aguado.⁶³ Con respecto a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, la junta directiva de la SEE consideraba que era una competencia de la SESPAS y que la SEE solo debía opinar sobre los contenidos epidemiológicos, por lo que parecía oportuno trabajar sobre las competencias en epidemiología. De acuerdo con el grupo europeo que estaba trabajando en el tema con la participación de la SEE⁶⁴ se presentaban dos escenarios, el de la epidemiología como especialidad y el de la carrera profesional de epidemiólogo, no necesariamente médico.

La presión de los MESTOS que formaban parte de la SEE continuó a lo largo de 2003, 2004 y 2005.⁶⁵ Desde la junta⁶⁶ se recordaba que la SEE era una sociedad científica y multidisciplinar, donde sus socios mostraban una gran diversidad de formación e intereses, que no había sido creada ni debía ser considerada como una asociación corporativista. Como sociedad científica debía defender la transparencia e igualdad de acceso en el proceso iniciado desde el Ministerio para la obtención extraordinaria del título de especialista, y esas eran las instrucciones que había dado a su representante en la Comisión Nacional de la especialidad. Pero, al mismo tiempo, recordaba que las decisiones tomadas por la comisión eran colegiadas y el representante de la SEE era solo un miembro más. La junta no compartía todas las decisiones tomadas por la comisión y no estaba de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión que, por otra parte, eran desconocidos y no habían sido publicitados de forma explícita.

La junta de la SEE que presidía Ildelfonso Hernández Aguado realizó gestiones ante el Ministerio de forma conjunta con la SESPAS para conseguir una segunda oportunidad para los MESTOS que no habían sido admitidos en la convocatoria de acceso extraordinario del año 2000.⁶⁷ Por otro lado, defendía que había que avanzar en la titulación profesional de «aquellos que tienen una contrastada competencia en salud pública procedentes de otras titulaciones (estadísticos, farmacéuticos, veterinarios, biólogos, ambientalistas, químicos, enfermería, etc.)». En su opinión, no existía incompatibilidad entre una especialidad médica en salud pública y el reconocimiento de la especialidad para el resto de profesionales de la salud pública.⁶⁸

La necesidad de consensuar unos mínimos para la formación en epidemiología y encontrar el mecanismo de acreditación de la misma por parte de la SEE fue objeto de debate en las reuniones de la junta directiva y de las asambleas generales a largo de 2004 y 2005.⁶⁹

En 2004 se aprobó un nuevo programa docente para la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública,⁷⁰ aunque seguía sin resolverse la situación administrativa de los MESTOS, que todavía no habían regularizado su situación respecto a la especialidad o la formación en salud pública de los profesionales no médicos.

Entre los aspectos más novedosos que aportaba el nuevo programa destacaba una mayor exactitud en el momento de definir los cinco campos de acción o áreas profesionales específicas de la especialidad: epidemiología, administración sanitaria, medicina preventiva, salud ambiental y laboral y promoción de la salud. La rotación que debía realizar cada residente contemplaba un centro hospitalario (doce meses), un centro de atención primaria (seis meses), un centro de salud pública (doce meses) y un centro de investigación en salud pública (seis meses). Se reforzaba así el carácter de especialidad principalmente no hospitalaria que cabe otorgar a la de Medicina Preventiva y Salud Pública.

En 2006, con el establecimiento de una nueva comisión, se produjo el relevo de la representación de la SEE en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, al incorporarse Ildefonso Hernández Aguado en sustitución de Fernando García Benavides.⁷¹

En el informe que publicó en la *SEENota*,⁷² el representante de la SEE/SESPAS señalaba que la comisión estaba preparando alegaciones al borrador del real decreto de especialidades sanitarias. La principal alegación estaba relacionada con la categoría de especialidad multidisciplinar que cabía otorgar a la Salud Pública, ya que en su práctica participaban profesionales de disciplinas muy diversas, aunque se reconocía la existencia de áreas específicas que requerían de profesionales médicos.

Como indicaba Ildefonso Hernández Aguado, la comisión había decidido alentar a otras profesiones no médicas para conseguir el reconocimiento de su especialidad en el ámbito de la salud pública, de forma que se pudiera contemplar la formación conjunta de algunas áreas de especialización. Sugería mantener la especialidad en Salud Pública y Sanidad Ambiental en el caso de Farmacia, y crear especialidades de Salud Pública en Enfermería, Veterinaria y otras profesiones sanitarias. Se hacía una clara apuesta por la multiprofesionalidad de las unidades docentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. El informe concluía afirmando que la comisión ya trabajaba en la troncalidad de las especialidades médicas.

El R. D. por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada fue publicado en 2008 (Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero. *BOE* número 45 de 21 de febrero de 2008), pero estaba muy lejos de recoger las sugerencias de la Comisión Nacional

de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública que se acaban de resumir en los párrafos precedentes.

No sería hasta 2010 cuando volverían a producirse novedades relevantes para la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, a raíz de la reforma de las troncalidades de las especialidades médicas. Como advertía Fernando García Benavides en un editorial de *SEEnota-e*,⁷³ se cuestionaba el área de capacitación en epidemiología que había introducido la reforma de 2005. La postura de la SEE, en principio consensuada con la SESPAS y con la SEMPSPH, era crear un tronco propio de la Salud Pública, donde estarían los médicos de Medicina Preventiva y Salud Pública, junto con otros profesionales como veterinarios, farmacéuticos, enfermeras, etc. La propuesta incluía un primer año común para cursar un máster de Salud Pública que tendría sus correspondientes contenidos en Epidemiología.

Como señalaba Albert Espelt en nombre de la junta de la SEE,⁷⁴ el borrador de decreto que se estaba discutiendo en el Consejo Interterritorial de Salud permitía resolver los problemas de las especialidades médicas de carácter clínico al agruparlas básicamente en el tronco médico y quirúrgico, pero no resolvía de forma adecuada la ubicación de una especialidad como la de Medicina Preventiva y Salud Pública, al tener una dimensión sanitaria que se desarrolla fuera del ámbito estrictamente asistencial.

Albert Espelt también destacaba la oportunidad que ofrecía la reforma para avanzar en el desarrollo de una especialidad multiprofesional, al incorporar la formación especializada en Salud Pública de las profesiones sanitarias no médicas. La propuesta había sido presentada a los responsables del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales y a la SESPAS, y se confiaba en convencer al resto de los miembros de la Comisión Nacional de la especialidad.

En relación con el debate abierto a propósito de los cambios en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, en mayo de 2010⁷⁵ se anunciaba la habilitación en la web de la SEE de un espacio de debate sobre la formación en epidemiología, al considerar que era un buen momento para definir lo que se entendía por formación en epidemiología y «salvaguardar su carácter multidisciplinar».

En noviembre de aquel mismo año tenía lugar, en el marco del IX Encuentro de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública, una mesa espontánea sobre la troncalidad.⁷⁶ En la misma se presentaban los resultados de un sondeo llevado a cabo entre los miembros de la Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES/MPSP). El 77 % de los encuestados prefería pertenecer al tronco médico antes que a uno multiprofesional de salud pública. Por su parte, la SEMPSPH, al contrario de la SESPAS, que apostaba por regular la acreditación en salud pública por las diversas profesiones desde donde se puede practicar, prefería darle un tratamiento singular a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud

Pública, pero reiterando su condición de especialidad médica. Como se puede comprobar, las divergencias entre las posiciones de la SEE y la SESPAS y las que mantenían la ARES/MPSP y la SEMPSPH eran importantes.

En el proyecto de real decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y que figura en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (apartado de proyectos normativos),⁷⁷ la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública merece la condición de especialidad médica y forma parte de las que integran el tronco médico, lejos de las propuestas defendidas por la SEE y la SESPAS, y más cercano a lo que defienden sociedades como la SEMPSPH.

Para Andreu Segura Benedicto,⁷⁸ la confrontación con los «preventivistas» y la tensión generada entre estos y los llamados «salubristas» habría malogrado la oportunidad de reconocer la salud pública como una especialidad multiprofesional. En su opinión, se trata de un enfrentamiento que estaría distorsionando la cuestión: «Yo creo que en salud pública el médico debe ser el líder, pero tiene que liderar a los demás para hacerse oír en la sociedad [...] y yo creo que esto lo llegaron a ver los preventivistas [...] y que lo otro era una aventura que va acabar mal».

A pesar de las diferencias y las tensiones que siempre provocó esta cuestión, la propuesta de abrir la especialidad a otras disciplinas no médicas tenía un largo recorrido dentro de la SEE, tal como recordaba Francisco Bolumar Montrull.⁷⁹

Durante mi presidencia tomamos un papel activo en ampliar el campo de visión de la epidemiología y tratar de incorporar a más profesionales como tal, esto formaba parte de un debate que en Europa también estaba teniendo lugar [...] estábamos debatiendo los criterios para formalizar la especialización en epidemiología [...], y había una línea médica en Reino Unido, especialización de epidemiólogos médicos, pero también, la posibilidad de especialidad en Epidemiología y Salud Pública para gente ajena a la medicina como tal. Este debate se ha mantenido a lo largo del tiempo incluso se refleja en la ley general de Salud Pública [...] yo creo que debe haber una especialización en epidemiología digamos para médicos que puedan trabajar tanto en el campo comunitario, como en el campo de la clínica, pero también la posibilidad de una especialización en epidemiología y salud pública para otros profesionales sanitarios.

Otros expresidentes de la SEE se manifestaban en la misma dirección. Para Ferran Martínez Navarro:⁸⁰ «Es necesario replantear la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública y el papel de los epidemiólogos, y hacerlo con una posición generosa por parte de todos. Nadie tiene el monopolio de la especialidad, al final lo que se valora son los cono-

cimientos que se aportan o se generan». Como expresaba de manera muy gráfica Teresa Brugal Puig:⁸¹ «La epidemiología es una disciplina a la que se puede llegar desde muchas especialidades no médicas, incluso no sanitarias». Ildefonso Hernández Aguado,⁸² insistía en el planteamiento de la carrera multiprofesional, contemplando incluso que «dentro de las especialidades recogidas vía MIR, hubiese la de Salud Pública abierta a todas las profesiones».

Como defiende Fernando García Benavides,⁸³ la troncalidad es una necesidad del sistema nacional de salud, una herramienta «que puede ayudar a ganar eficiencia en el sistema de formación», pero es necesario reconocer las particularidades de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública:

Yo creo que la troncalidad es un avance que permite que los especialistas puedan cambiar de especialidad sin tener que volver a presentarse [...] el sistema nacional de salud necesita para gestionar bien sus recursos humanos que haya vasos comunicantes, cada especialidad no es un compartimento estanco, tiene que haber más comunicación, pero en el caso de nuestra especialidad, es una especialidad con competencias específicas y mi propuesta fue la de avalar la iniciativa de la troncalidad pero mantener a la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública fuera de la troncalidad, llegamos a un acuerdo SESPAS y SEE, yo mantenía también la representación de este tema y llegamos a un acuerdo incluso con la Sociedad Española de Salud Pública, Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria.

Para Fernando García Benavides, lo importante es «mantener una política de disminución de daños y que la troncalidad no nos desbarate lo conseguido hasta ahora en la formación de los especialistas de Medicina Preventiva y Salud Pública» al mismo tiempo que recordaba que la SEE y la SESPAS estaban trabajando en esta línea con el objetivo de hacer realidad la dimensión multiprofesional de la salud pública:

La formación del médico en salud pública está garantizada con el sistema actual y con las adaptaciones que hayan que hacerse a la troncalidad, el reto es cómo formar a los no médicos en salud pública [...] primero a los no médicos pero que son de grados de las ciencias de la salud, enfermeras, veterinarios, psicólogos, el máster es la vía, [...] después a los que no son de ciencias de la salud, sociólogos, economistas, los que están fuera de lo que cubre la ley de ordenación de profesiones sanitarias, este es el reto [...] una Sociedad como la nuestra debe estar mirando ya a cinco años vista, para desarrollar las posibilidades que ofrece la ley general de salud pública [...] hay que prever un procedimiento razonable para formar a no sanitarios en salud pública, ese es el reto.

En este sentido, Josep María Antó Boqué,⁸⁴ a partir del reconocimiento de la dificultad que existe para encontrar un marco normativo que facilite el desarrollo profesional de la especialidad, subrayaba que «una mayor normalización del desarrollo profesional de la epidemiología debería contemplar algunas cuestiones claves y, por encima de todas ellas, la multidisciplinariedad, a través de la incorporación de epidemiólogos que provienen de disciplinas no médicas». En su opinión, este último aspecto estaría mejor resuelto en el ámbito académico, donde la vía del posgrado y el doctorado ha facilitado «el desarrollo profesional de muchos epidemiólogos que no son médicos».

Más allá del ámbito académico, la ley general de Salud Pública que se aprobó en octubre de 2011 (Ley 33/2011, de 4 de octubre. *BOE* número 240 de 5 de octubre de 2011), sí que reconoce, tal como se ha apuntado en algunos de los testimonios que se acaban de transcribir, el carácter multiprofesional de la salud pública. En el preámbulo de la ley, al ocuparse del título dedicado al personal y a la investigación en salud pública, así como a la formación y desarrollo profesional, se reconoce la necesidad de integrar personas con diferentes perfiles académicos y, por tanto, el carácter multidisciplinar de la salud pública:

Dada la diversidad de determinantes de la salud, el personal profesional de salud pública debe ser capaz de aplicar un amplio espectro de conocimientos y habilidades, lo que hace necesario integrar personas con diferentes perfiles académicos [...] Ello supone que los profesionales de salud pública no son necesariamente profesionales sanitarios tal como se establece en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

En cualquier caso, a pesar de las perspectivas que ofrecen marcos normativos como el de la ley general de Salud Pública y de los esfuerzos de sociedades, que como en el caso de la SEE, han sido plasmados en los objetivos de su plan estratégico,⁸⁵ tanto el desarrollo de la carrera profesional como el disponer de un proceso de especialización acorde con el carácter multidisciplinar de la disciplina⁸⁶ continúa siendo una de las asignaturas pendientes de la profesionalización de la epidemiología y la salud pública españolas.

En los últimos años se han producido en el entorno de la SEE algunos movimientos que refuerzan la necesidad de afrontar el reto de la multiprofesionalidad y la condición ecléctica y plural que cabe otorgar a la epidemiología, así como las tensiones que siguen generando todas estas cuestiones en el seno de la propia Sociedad.

En 2006 se constituía, por un lado, la Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES/MPSP) (<<https://sites.google.com/site/aresprev/>>), y, por

otro, el Grupo EJE de Jóvenes Epidemiólogos Españoles (<<http://www.grupoeje.org/>>). Dos asociaciones que cuentan con un número importante de socios de la SEE en sus filas.

En relación con la ARES/MPSP, como señalaban Susana Otero Romero y Francisco Javier Luquero Alcalde, representantes MIR en la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, en una información recogida en el *SEENota*,⁸⁷ «resultaba de gran utilidad disponer de una organización en la que pudieran participar los residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública, que sirva de foro de opinión, intercambio de experiencias formativas y canal de apoyo para los representantes en la Comisión Nacional de la especialidad». La asociación, además de «apostar por la formación MIR en Medicina Preventiva y Salud Pública, facilitando la puesta en marcha, desarrollo y consolidación de las nuevas unidades docentes», también pretendía «acercar a los residentes en formación las distintas sociedades científicas del ámbito de la medicina preventiva y la salud pública».

Por su parte, la presentación del Grupo EJE se producía en el marco de la Reunión Anual de la SEE que tuvo lugar en Logroño, en octubre de 2006.⁸⁸ Además de plantear la vinculación con la red EYE (European Young Epidemiologists) que se había creado en 2005,⁸⁹ la propuesta inicial contemplaba «crear una sociedad paralela a la SEE e incluida en la SESPAS». Aunque no se contemplaba la obligación de ser socio de la SEE, sí que se manifestaba el propósito de promocionar desde el Grupo EJE dicha incorporación.⁹⁰ Entre sus objetivos destacaban la mejora de las condiciones laborales de los jóvenes epidemiólogos y la defensa de la interdisciplinariedad dentro de la epidemiología.

¿Cómo se justifica, con independencia de la influencia que han podido tener algunos movimientos europeos, la aparición de ambas asociaciones, al margen o en paralelo a las sociedades científicas que ya existen en el ámbito de la salud pública?

En un editorial publicado en *Gaceta Sanitaria* con el sugerente título: «Ser joven y dedicarse a la epidemiología: ¿sinergia de factores de riesgo?»,⁹¹ María José López y Xavier Contente, tras recordar las palabras de Rothman sobre qué es un epidemiólogo («una identidad propia que une a médicos, estadísticos, enfermeros, antropólogos y un largo etcétera de profesionales, dejando claro que la formación de base no debe ser lo que defina a un epidemiólogo, sino su conocimiento y comprensión teórica de los principios de la investigación epidemiológica y la capacidad de aplicarlos»), recordaban el incremento que se había producido en España en relación con el número de disciplinas que se dedican a la epidemiología, y especialmente entre los más jóvenes.

Como subrayaban ambos autores, la presencia de profesionales con formación de base diferente a la medicina (pero con estudios de máster o doctorados en Epidemiología y Salud Pública) es cada vez mayor en la epidemiología, pero lejos de haberse asumido esta mul-

tidisciplinariedad, «siguen siendo frecuentes las ofertas para ocupar puestos de trabajo de epidemiología y salud pública (que no incluyen reconocimientos médicos ni atención a pacientes) en las que se solicita como requisito ser licenciado (graduado según Bolonia) en Medicina y Cirugía, y ser especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública».

A las desigualdades existentes en el ámbito laboral, en detrimento de los profesionales con formación de base diferente a la medicina, se uniría la precariedad que suele acompañar a los epidemiólogos más jóvenes. En el caso del Grupo EJE, sobre el total de 301 socios que lo conformaban en febrero de 2010, dos de cada tres eran becarios o tenían un contrato temporal, y solo el 15 % gozaba de estabilidad laboral (contrato indefinido).

Para Eva María Navarrete Muñoz, presidenta del Grupo EJE,⁹² en el campo de la epidemiología «otras profesiones lo pueden hacer igual de bien que los médicos si se forman adecuadamente, y esa multiprofesionalidad es lo que permite avanzar a la disciplina». En relación con la SEE, a la que reconocía su buena disposición y colaboración, señalaba lo siguiente:

El Grupo EJE aporta un grupo reducido de jóvenes epidemiólogos que luchan por un fin común: que la voz de los jóvenes se oiga en el campo de la epidemiología, luchan por la multidisciplinariedad de la disciplina, luchan para que los jóvenes tengan un espacio en la epidemiología [...] el Grupo EJE a veces necesita apoyarse en la SEE que es la que tiene todos los socios, EJE solo tiene a los más jóvenes [...] para conseguir que la SEE tenga en cuenta al colectivo y sus intereses [...] fue una forma de decirle a la SEE somos un grupo de jóvenes epidemiólogos, somos de muchas disciplinas y queremos luchar para que se reconozca esta realidad.

Por su parte, desde la perspectiva de la ARES/MPSP, como señalaba su expresidenta, Rocío Zurriaga Carda,⁹³ también se reconoce el valor añadido que supone la participación de otras profesiones en el desarrollo de la epidemiología. Sin embargo, la legítima incorporación de otros profesionales no médicos «no puede crear un conflicto de intereses con los especialistas MIR en Medicina Preventiva y Salud Pública [...] hay que definir muy bien los términos y qué rol asumiríamos los que ya tenemos la especialidad».

En su opinión, habría que recordar a las «sociedades madres (la SEE y la SEMPSPH) que la mejora de la formación de la especialidad es posible y que es necesaria al mismo tiempo», pero que el desencuentro entre ambas sociedades no facilita la búsqueda de soluciones satisfactorias:

ARES/MPSP es una asociación por y para los residentes [...] las sociedades científicas del ámbito de la salud pública no tienen una comunicación adecuada, tienen puntos de vista muy diferentes y necesitan recuperar el diálogo de forma urgente [...] la formación de los futuros

epidemiólogos depende de lo que ellos acuerden [...] ARES da una respuesta plural a todos aquellos residentes que cuando llegan a la especialidad están un poco huérfanos, porque no saben si han de pertenecer a una sociedad o a otra [...] trabaja con la Comisión Nacional de la especialidad para reivindicar la calidad de los rotatorios y conseguir la elaboración de indicadores de la misma.

No parece descabellado afirmar que se ha establecido un consenso generalizado para aceptar que la epidemiología es una ciencia multidisciplinar —lo ocurrido en el seno de la SEE es un buen ejemplo—, y que este puede ser el primer paso, como señalaban María José López y Xavier Contente,⁹⁴ para evitar las desigualdades en el ámbito laboral en detrimento de los profesionales con formación de base diferente a la medicina, pero queda pendiente el reto de trasladar aquel consenso a la carrera profesional que garantice la epidemiología y la salud pública que demanda la sociedad española.

NOTAS

1. De la Lama López-Areal, J. J.: «Nuevas aportaciones a la organización y funciones de los Servicios de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Salud Pública». *III Congreso Nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias*. Salamanca, Libro de Ponencias y Comunicaciones, 1985, p. 108-123.
2. *I Congreso nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias (Mahón 15, 16 y 17 de junio de 1981)*. Madrid, Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria, 1981.
3. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. *Guía de formación de especialistas. Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1979, p. 162-164.
4. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. *Guía de formación de especialistas. Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública...*, 1979, p. 162-164.
5. Actas SEE. 12/06/1980. F. 12v a 13.
6. Actas SEE. 31/03/1984. F. 43v a 44.
7. Actas SEE. 13/11/1983. F. 32 a 34 (33v).
8. Actas SEE. 18/11/1983. F. 31v a 32a.
9. Actas SEE. 6/10/1985. F. 52 a 53a.
10. Actas SEE. 23/11/1984. F. 48 a 49a.
11. Actas SEE. 14/01/1983. F. 25v y 26. El interés que despertaba la formación de los especialistas en Salud Pública también estaba presente en instituciones como la recién creada Escuela de Salud Pública de Granada que dirigía el entonces presidente de la SEE, Francisco Javier Catalá Villanueva. La primera actividad de la nueva escuela fue la organización de un simposio internacional sobre formación de recursos humanos en la Salud Pública y la Administración sanitaria (19 a 21 de octubre de 1984). (*Boletín de la SEE*. 1984, 2:2).
12. Spagnolo de la Torre, E.: «La formación de profesionales en Salud Pública y Administración Sanitaria». *Gasetta Sanitària*, 1986; Sèrie Monografies 4: 5-8.
13. Spagnolo de la Torre, E.: «La formación de profesionales en Salud Pública...», 1986, p. 5.
14. Spagnolo de la Torre, E.: «La formación de profesionales en Salud Pública...», 1986, p. 6.
15. Spagnolo de la Torre, E.: «La formación de profesionales en Salud Pública...», 1986, p. 7.
16. «Conclusiones de la V Reunión Anual de la SEE». *Boletín de la SEE*. 1986; 2: 10.
17. Actas SEE. 17/12/1986. F. 63v a 67.
18. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.

19. Actas SEE. 31/01/1987. F. 67-68.
20. Actas SEE. 30/05/1987. F. 70v a 73.
21. «Informe sobre la enseñanza de la Salud Pública en España: situación actual y perspectivas». Barcelona, mayo de 1987. Consta de dieciocho folios y un anexo de legislación. El informe fue elaborado, a propuesta de la junta directiva de la SEE, por Josep Andrés, y fue mejorado con las sugerencias que introdujo Miguel Carrasco Asenjo.
22. Carta remitida el 6 de abril de 1987 por Josep María Antó Boqué, en calidad de secretario de la SEE.
23. Actas SEE. 13/06/1987. F. 73-75.
24. Actas SEE. 13/11/1987. F. 75v a 77a.
25. «Especialidad en Medicina preventiva y salud pública. Texto del proyecto presentado por la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública al Consejo Nacional de Especialidades Médicas». *Gac. Sanit.* 1988; 4(2): 41-51.
26. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
27. Actas SEE. 2/10/1990. F. 85v a 90.
28. Actas SEE. 22/02/1994. F. 11v a 13a.
29. Actas SEE. 29/09/1994. F. 16 a 17a.
30. Villalbí, J. R., Pérez Albarracín, G. y Delgado-Rodríguez, M.: «La formación en España de médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública». *Rev. Esp. Salud Pública* 2011; 85(6): 507-512 <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/01_editorial.pdf>
31. Actas SEE. 16/05/1995. F. 23v a 27.
32. Aibar Remón, C.: «Nuevo programa de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota*. 1995; 5: 1-2.
33. «Guía de Formación de Especialistas. Medicina Preventiva y Salud Pública. Programa elaborado por la Comisión Nacional de la especialidad y aprobado por la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia por Resolución de fecha 25 de abril de 1996». Madrid, Consejo Nacional de Especialidades Médicas (Ministerios de Sanidad y Consumo y Educación y Cultura); Gómez, L.: «SEEcomenta»: «Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública: Novedades formativas». *SEENota* 1997; 10: 13.
34. Actas SEE. 20/02/1997. F. 22 a 25.
35. Gómez, L.: «SEEcomenta»: «Información sobre la Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota* 1998; 15: 14.
36. Herrero y Rodríguez de Miñón, M.: «MIR/MESTOS». *El País*, 1 de mayo de 1999. Disponible: <http://elpais.com/diario/1999/05/01/espana/925509613_850215.html>; Segura Benedicto,

A.: «Los MIR y la calidad de la Sanidad». *El País*, 28 de mayo de 1999. Disponible en: <http://elpais.com/diario/1999/05/28/catalunya/927853643_850215.html>;

37. Informaciones publicadas en *SEENota* sobre la vía extraordinaria de acceso al título de médico especialista. *SEENota*. 1999; 17: 15.
38. Larizgoitia Jáuregui, I. y Espallargues, M.: «Sobre el título de especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota* 1999; 1: 11.
39. «SEEdestaca»: «El proyecto de Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista». *SEENota*. 1999; 17:1-2.
40. «SEEdestaca»: «El proyecto de Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista». *SEENota*. 1999; 17:1-2.
41. «SEEHace»: «Proyecto de Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista». *SEENota*. 1999; 16: 7-8.
42. «SEecomenta»: «Opiniones sobre el proyecto de Real Decreto sobre un sistema excepcional de acceso al título de médico especialista». *SEENota*. 1999; 17:13.
43. «SEecomenta»: «Reunión de la Junta Directiva de la SEE con un grupo de socios especialistas de la vía MIR sobre el posicionamiento de la SEE respecto a la vía extraordinaria de homologación del título». *SEENota*. 1999; 17: 14.
44. «Informe de la Secretaría de la SEE presentado en el XVII Congreso de la Sociedad (Santiago de Compostela, 28 de octubre de 1999)». *SEENota*. 1999; 18: 7-9.
45. Actas SEE. 26/10/1999. Tres folios sin numerar del libro 3º.
46. «SEEHace»: «Grupo sobre formación de especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota*. 1999; 18: 6.
47. Actas SEE. 2/12/1999. Dos folios sin numerar del libro 3º.
48. «La crisis de la especialidad». *SEENota*. 1999; 19: 1-3.
49. García Benavides, F.: «SEEHace»: «Información sobre el proceso de acceso excepcional al título de médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota*. 2000; 19: 8-9.
50. Arias, P., Amela, C., Fernández de la Hoz, K., Hernández, G., Gerez, M. D. y Gómez, P.: «Acerca del Taller de Competencias Profesionales en Salud Pública». *SEENota*. 2000; 21: 10.
51. García Benavides, F.: «El papel de los profesionales en la reforma de la Salud Pública». *Gac. Sanit.* 2001; 15 (Supl. 4): 69-71.
52. García Benavides, F.: «Informe a la Junta Directiva de la SEE sobre mi participación como vocal en la Comisión Nacional de Medicina Preventiva y Salud Pública en el período 1999-2004». Barcelona, 14 de enero de 2005.
53. Segura, A., Larizgoitia, I., Benavides, F. G. y Gómez, L.: «La profesión de salud pública y el debate de las competencias profesionales». *Gac. Sanit.* 2003; 17(4): 23-34; Benavides, F. G., Moya,

- C., Segura, A., De la Puente, M. L., Porta, M., Amela, C. y grupo de trabajo sobre competencias profesionales en salud pública: «Las competencias profesionales en Salud Pública». *Gac. Sanit.* 2006; 20(3): 239-43.
54. Davó, M.C. *et ál.*: «Competencias y contenidos comunes de Salud Pública en los programas universitarios de grado». *Gac. Sanit.* 2011; 25 (6): 525-534.
 55. «SEEHace»: «Constitución del Foro de Profesorado de Salud Pública». *SEENota-e.* 2013; 4(4): 6.
 56. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
 57. Coordinadora Estatal de Profesionales de Salud Pública: «Salud Pública y Medicina Preventiva: ¿Dónde nos encontramos?». *SEENota.* 2000; 20: 9-10.
 58. Fernández de la Hoz, K. y Arias, P.: «Tribuna Sanitaria»: «La vigencia de la Salud Pública» *EL País*, 30 de octubre de 2001. Disponible en: http://elpais.com/diario/2001/10/30/salud/1004396408_850215.html; Bolumar, F. y Álvarez Dardet, C.: «La especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública». «Tribuna: tribuna sanitaria». *El País*, 12 de noviembre de 2002. Disponible en: http://elpais.com/diario/2002/11/12/salud/1037055606_850215.html; Alcázar Casanova, F.: «Tribuna Sanitaria»: «Las decisiones en Salud Pública». *EL País*, 22 de noviembre de 2001; Fernández de la Hoz, K. y Merino, B.: «La Salud Pública y el título de Especialista». «Tribuna sanitaria». *El País*, 26 de noviembre de 2002. Disponible en: http://elpais.com/diario/2002/11/26/salud/1038265204_850215.html. Merino, B. y Fernández de la Hoz, K.: «Tribuna Abierta». «La Salud Pública y la Batalla de Pavía. El Médico». 6/12/2002.
 59. García Benavides, F.: «Informe a la Junta Directiva de la SEE...», 2005. Información trasladada por Fernando García Benavides (Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*).
 60. Actas SEE. 22/05/2002. Cuatro folios sin numerar del libro 3º.
 61. «Orígenes diversos, un lugar de encuentro: la epidemiología». *SEENota.* 2002; 26: 1-3.
 62. Actas SEE. 13/09/2002. Diez folios sin numerar del libro 3º.
 63. Actas SEE. 18/12/2002. Siete folios sin numerar del libro 3º.
 64. Lindert, J.: «Información sobre el máster europeo de Epidemiología». *SEENota* 2004; 32: 14-15.
 65. Vioque, J.: «SEEComenta»: «Carta enviada por un socio. Reflexiones acerca del proceso actual para la obtención de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (MP y SP) y algunas preguntas para la Junta de la SEE». *SEENota* 2003; 28: 14-16. «SEEComenta»: «Cartas de los socios». *SEENota* 2003; 29: 9-13. Ibarluzea, J. M. *et ál.*: «SEEComenta»: «Cartas de socios. La especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública vista desde los no médicos». *SEENota* 2004; 32: 16-17. Merino, B., Fernández de la Hoz, K., Alcázar, F. y Vázquez, M.: «SEERecibe»: «Carta sobre el acceso al título de Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota* 2005; 36: 26-27.
 66. Actas SEE. 20/05/2003. Seis folios sin numerar del libro 3º.

67. Segura, A.: «Noticias SESPAS»: «Acceso a la especialidad médica de Salud Pública y Medicina Preventiva: análisis de la situación actual y escenarios de futuro desde la perspectiva de SESPAS». *Gac. Sanit.* 2003; 433-435.
68. Actas SEE. 20/05/2003. Seis folios sin numerar del libro 3º.
69. Actas SEE. 17/12/2003. Seis folios numerados del libro 4º. Actas SEE. 23/06/2004. Seis folios numerados del libro 4º. Actas SEE. 15/06/2005. Cuatro folios numerados del libro 4º.
70. Gómez, L y Benavides, F. G.: «El nuevo programa de la Especialidad en Medicina Preventiva y Salud Pública, una apuesta por la práctica profesional». *Gac. Sanit.* 2004; 18(2): 79-80.
71. Actas SEE. 7/03/2006. Cuatro folios sin numerar del libro 4º.
72. Hernández Aguado, I.: «Informe del representante de SEE-SESPAS en la Comisión Nacional de Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota* 2007; 41: 10-11.
73. Benavides, F. G.: «Editorial»: «La formación en Epidemiología». *SEENota-e* 2010; 1(2): 1.
74. Espelt, A.: «SEEHace»: «La SEE demanda una troncalidad de Salud Pública en la formación de especialistas médicos y otras profesiones de Ciencias de la Salud». *SEENota-e* 2010; 1(2): 3-4.
75. «SEEHace»: «La formación en Epidemiología». *SEENota-e* 2010; 1(5): 5.
76. Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública. «SEecomunica»: «Mesa espontánea acerca de la troncalidad en el IX Encuentro de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública». *SEENota-e* 2010; 1(11): 7.
77. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Rdecretotroncalidad.pdf>> (Consulta efectuada el 22 de abril de 2014).
78. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
79. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
80. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
81. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
82. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
83. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.
84. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto *Crónica de la SEE (1978-2014)*.

85. «Editorial»: «Plan Estratégico de la Sociedad Española de Epidemiología (2010-2013)». *SEENota-e* 2010; 1(6):1.
86. Las cuatro metas del plan incluyen: impulsar actividades que prestigien la ciencia y la práctica epidemiológica, aportar la perspectiva epidemiológica en las políticas sanitarias, promover el desarrollo profesional de los epidemiólogos e incrementar la fortaleza de la SEE como sociedad científica y profesional.
87. Benavides, F. G.: «Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010». *Gac. Sanit.* 2010; 24 Supl.1: 90-5.
88. Otero Romero, S. y Luquero Alcalde, F. J.: «SEEHace»: «Conclusiones IV Encuentro de Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública», Valladolid 22 y 23 de septiembre de 2006. *SEENota* 2006; 39: 19-20.
89. «SEEinforma»: «Acta de la sesión de presentación del Grupo EJE en la XXIV Reunión Científica de la SEE (Epidemiólogos Jóvenes Españoles)». *SEENota* 2006; 39: 10-13.
90. Azevedo, A., Santos, A. C. y Ramos, E.: «SEE Europa, Propuesta de creación de un Grupo de Jóvenes Epidemiólogos Europeos». *SEENota* 2006; 39: 10-11.
91. En 2010, con motivo del acuerdo alcanzado entre EJE y la SEE para dedicar un porcentaje de las cuotas que pagaban los miembros EJE que a su vez son socios de la SEE, se indicaba que de los 248 miembros de EJE, 126 pertenecían a la SEE, y representaban el 12 % del total de los socios de la SEE («SEE Comunica»: «Nueva vía de colaboración entre la SEE y el Grupo EJE». *SEENota-e* 2010; 1[2]: 8).
92. López, M. J. y Continente, X.: «Ser joven y dedicarse a la epidemiología: ¿sinergia de factores de riesgo?» *Gac. Sanit.* 2014; 28 (1):1-3.
93. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto «Crónica de la SEE (1978-2014)».
94. Entrevistas a informantes clave realizadas a lo largo de 2013 y 2014. Proyecto «Crónica de la SEE (1978-2014)».
95. López, M. J. y Continente, X.: «Ser joven y dedicarse a la epidemiología...», 2014.

Epílogo: la SEE en el proceso de institucionalización de la Salud Pública española

Como se ha podido comprobar en los capítulos precedentes, el proyecto de asociacionismo científico de la SEE se ha convertido en uno de los elementos clave que han permitido avanzar en el proceso de profesionalización e institucionalización experimentado por la Salud Pública española a lo largo de las últimas décadas.

Además de atender a las legítimas reivindicaciones de carácter profesional que defendía el grupo de opositores que obtuvieron una plaza de jefe de sección de epidemiología en las oposiciones de 1977, los promotores de la SEE buscaban dar respuesta a las deficiencias que mostraba la práctica epidemiológica en España. El objetivo de la Sociedad era promover la epidemiología como disciplina y como profesión, al mismo tiempo que se subrayaba su condición de institución científica.

En torno a la SEE de la primera etapa se aglutinó todo un grupo de profesionales comprometidos políticamente con la reforma sanitaria que demandaba el país. Estaban decididos a impulsar un nuevo modelo donde la epidemiología y los sistemas de información debían tener un peso específico tanto en la teoría como en la práctica. La perspectiva de modernización puso en evidencia la necesidad de disponer de recursos humanos capaces de desarrollar un nuevo tipo de ejercicio profesional de la epidemiología, que fuese acorde con un modelo de planificación sanitaria basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La SEE se enfrentaba a dos grandes cuestiones. Por un lado, tratar de conseguir que la epidemiología como ciencia y como actividad profesional pudiera alcanzar un grado adecuado de desarrollo dentro de la organización sanitaria. Por otro, que los epidemiólogos

fuesen capaces de responder con sus investigaciones a los retos que planteaban los problemas de salud que afectaban a la población española. Como subrayaba el profesor Enrique Nájera Morondo, el objetivo fundamental de la SEE era conseguir que estos conceptos o elementos teóricos se convirtiesen en acciones concretas y reales por parte de la administración sanitaria.

Los primeros pasos no fueron fáciles. En noviembre de 1981, la falta de respuesta de la junta directiva al reto epidemiológico que representaba el síndrome tóxico desencadenó una crisis de organización y de identidad en el seno de la SEE. Hubo que esperar hasta 1983 para iniciar una etapa de consolidación.

En 1986, con motivo de la reunión científica de la SEE donde se abordaba el papel de la epidemiología en el sistema nacional de salud, se establecía una especie de balance sobre su situación en España. Había adquirido cierta carta de naturaleza en el ámbito sanitario, pero no había alcanzado la consideración de disciplina científica o de especialidad profesional que tenían otras áreas sanitarias. Se consideraba prioritario legitimar su práctica profesional, y para ello resultaba fundamental mejorar tanto la formación de los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública como resolver una cuestión que aparece ligada al devenir de la SEE y que sigue sin estar resuelta: permitir el acceso a la especialidad de profesionales no médicos o de fuera del ámbito de las ciencias de la salud.

A pesar de todas aquellas limitaciones, tras superar los primeros ocho años de existencia y los problemas propios de cualquier proceso asociativo, la SEE encarriló una dinámica sostenida de crecimiento y fue capaz de atraer a un número importante de asociados, los auténticos protagonistas de la Sociedad.

Han sido un total de 1849 los socios que han tenido relación con la SEE. Al analizar el perfil y la evolución de los mismos destaca, además de su cualificación profesional y académica, la progresiva feminización del colectivo y un proceso de desmedicalización que se ha acentuado en los últimos años. La mayoría de los miembros de la SEE declaran trabajar en el ámbito de la administración pública, teniendo como principal campo de actividad profesional la promoción de la salud.

En las tareas directivas de la SEE han colaborado un total de 70 socios, con una presencia minoritaria de mujeres. En 2012, la Sociedad incorporó en sus principios de gobierno el conseguir un apropiado equilibrio entre socios y socias para el desempeño de funciones de gestión y de dirección.

Al igual que ocurre para el conjunto de socios, también en el caso de los cargos directivos de la SEE destaca la importancia del colectivo de asociados residentes en Cataluña y

la Comunidad Valenciana. Las claves del predominio hay que buscarlas en el protagonismo del contexto sanitario catalán en los inicios de la Sociedad, y en el desarrollo científico y académico que han alcanzado la epidemiología y la salud pública en ambas comunidades.

La continuidad que ha conseguido el *Boletín Informativo de la SEE* con sus diferentes formatos ha permitido crear un espacio dinámico para la información, la opinión y el debate, que se ha visto reforzado con la incorporación de las nuevas tecnologías. Todas estas iniciativas no solo han hecho posible disponer de instrumentos de comunicación interna, sino que se han convertido en vehículos de comunicación científica y han permitido trasladar al conjunto de la sociedad la posición de la SEE como interlocutor experto.

La organización de congresos y reuniones científicas representa otro de los elementos que mejor definen las estrategias de consolidación de las sociedades científicas y de institucionalización de las especialidades y disciplinas. En el caso de la SEE destaca su capacidad para organizar reuniones científicas de carácter anual y haber conseguido su afianzamiento tanto desde el punto de vista organizativo como científico con la progresiva incorporación de criterios de selección y calidad, sin olvidar la dimensión internacional —particularmente iberoamericana— que han alcanzado algunas de sus convocatorias. Sus reuniones se han convertido en un referente obligado para presentar y debatir los resultados de las investigaciones sobre epidemiología y salud pública que se llevan a cabo en España.

Los temas de carácter monográfico de las primeras reuniones han sido sustituidos con el paso de los años por temáticas más genéricas, acordes con la condición de disciplina ecléctica que reúne la epidemiología y con una mirada más holística hacia los retos socio-sanitarios que tiene planteados la sociedad española. El carácter itinerante de las reuniones ha permitido estimular la investigación epidemiológica en los lugares donde se han organizado y despertar el interés de otros profesionales y de los medios de comunicación hacia la epidemiología.

Desde el punto de vista de las temáticas de las comunicaciones presentadas a las reuniones de la SEE, el mayor número guarda relación con la vigilancia epidemiológica. En lo referente a la institución a la que pertenecen los firmantes, más del 50 % corresponde a servicios de epidemiología y salud pública de la administración. Y por lo que se refiere a la procedencia geográfica de las mismas, tres comunidades autónomas acumulan más del 60 % de las presentadas (Madrid, Cataluña y Comunidad Valenciana).

Al igual que ha ocurrido con la incorporación de las mujeres a las tareas directivas de la SEE, las desigualdades de género también han estado presentes en lo referente a su participación como conferenciantes, ponentes o moderadoras de las sesiones que han conformado las reuniones científicas de la Sociedad.

Dentro del fenómeno social que comporta la profesionalización de una disciplina científica resultan determinantes las estrategias de definición de expertos. La SEE ha desarrollado todo un conjunto de actividades encaminadas a consolidar dicha condición ante otras disciplinas, las autoridades, las administraciones y la sociedad en su conjunto.

Hay que destacar la iniciativa de la Sociedad para agrupar y coordinar los esfuerzos de todas las sociedades y asociaciones que trabajan en el campo de la salud pública y, en concreto, su papel protagonista en la creación de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), además de su colaboración interdisciplinar con otras sociedades científicas.

La evolución que ha mostrado la relación entre la SEE y la SESPAS es un ejemplo de la complejidad que encierran los procesos asociativos. Ha permitido poner de manifiesto los cambios y las adaptaciones que se suelen generar en las trayectorias de las sociedades científicas y los proyectos de desarrollo disciplinar como el que representa el de la SEE. A pesar de los desencuentros, la colaboración entre las dos sociedades ha resultado determinante para consolidar los avances que se han producido en una configuración más comunitaria de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, a través de la definición de las competencias profesionales y el trabajo conjunto en la Comisión Nacional de la especialidad, además de profundizar en la consideración interdisciplinar que cabe otorgar a la misma y a los profesionales que la puedan ejercer.

Ha sido también en el marco de la colaboración con la SESPAS donde se ha podido conformar otro de los elementos propios del proceso de profesionalización de la disciplina, al poder disponer de una revista científica de referencia como *Gaceta Sanitaria*.

Entre las actividades dedicadas a promocionar la formación y la investigación en epidemiología destacan los premios, las becas y las ayudas a la investigación impulsadas por la SEE a lo largo de su trayectoria, con la colaboración en muchas ocasiones de instituciones públicas y entidades privadas.

La SEE ha intentado ejercer, desde su condición de sociedad profesional y científica, el rol que le corresponde en el debate social al que deben ser sometidas las acciones de gobierno. Desde su constitución ha sido requerida por las administraciones y los poderes públicos para emitir informes preceptivos relacionados con la epidemiología y la salud pública. En otras ocasiones, ha sido la SEE la que se ha dirigido a aquellas instancias para manifestar su crítica constructiva, trasladar sus propuestas o manifestar el apoyo a determinadas políticas. En el debe de estas actividades hay que situar la ausencia de noticias documentales sobre su participación activa en el debate que acompañó la elaboración de la ley general de

Sanidad de 1986, y en el haber su papel activo y posición crítica en la elaboración, discusión y aprobación de la ley general de Salud Pública de 2011.

El discurso experto de la SEE se ha visto reforzado con los grupos de trabajo que se han ido constituyendo en el seno de la Sociedad y con la preparación de monografías que han permitido abordar, desde la evidencia científica, algunas de las cuestiones sociosanitarias que han levantado mayor polémica o han representado un reto para la sociedad española, tal como ha ocurrido con la gestión de las crisis sanitarias y el manejo informativo de las mismas.

Es evidente, a la luz de las contribuciones más destacadas de la SEE que se acaban de exponer, que la aportación de la Sociedad al proceso de institucionalización de la salud pública y a la profesionalización de la epidemiología ha sido relevante. Sin embargo, aunque se han alcanzado o reformulado parte de los objetivos que llevaron a los socios fundadores a crear la SEE, siguen pendientes algunos de los retos planteados. Muchos de ellos aparecían recogidos en las cuatro metas que sintetizaban el plan estratégico de la Sociedad que se ponía en marcha en 2010: impulsar actividades que prestigien la ciencia y la práctica de la epidemiología, aportar la perspectiva epidemiológica en las políticas sanitarias, promover el desarrollo profesional de los epidemiólogos, e incrementar la fortaleza de la SEE como sociedad profesional y científica.¹

NOTAS

1. «Editorial»: «Plan Estratégico de la Sociedad Española de Epidemiología, 2010-2013». *SEEnota-e*. 2010; 1(6): 1.

Índice onomástico

- Academia de Higiene de Cataluña 19, 34
- Aibar Remón, Carlos 92, 112, 134, 135, 198
- Agencia de Salud Pública de Cataluña 138, 169
- Albadalejo García, Laureano 20, 21, 29, 30, 32
- Alcázar Casanova, Félix 200
- Alejos Ferreras, Belén 141
- Alianza para la Prevención del Cáncer de Colón en España 152
- Alonso Caballero, Jordi 91, 99, 137
- Álvarez Del Arco, Débora 141
- Álvarez Dardet, Carlos 137, 200
- Amela Heras, Carmen 140, 199, 200
- American Journal of Public Health 103
- American Public Health Association (APHA) 46, 102
- Andres Martínez, Josep 179, 180, 198
- Ania Lafuente, Basilio Javier 39, 42
- Antó Boqué, Josep Maria 14, 57, 63, 64, 91, 99, 150, 171, 193
- Archanco Fernández, Miguel 39, 42
- Arias, P. 199, 200
- Arranz Lázaro, Manuel 140
- Artazcoz Lazcano, Lucía 140
- Arteagoitia Axpe, José María 140
- Ascunce Elizaga, Nieves 139, 140
- Asociación Catalana de Salud Pública 144
- Asociación Colombiana de Epidemiología 151
- Asociación de Economía de la Salud (Sociedad de Economía de la Salud) 104, 147, 148
- Asociación de Médicos Residentes de Medicina Preventiva y Salud Pública (ARES/MPSP) 14, 190, 191, 193, 194, 195, 201
- Asociación Española de Administración Hospitalaria 104
- Asociación Española de Genética Humana 166
- Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer 166
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva 151

- Associação Portuguesa de Epidemiologia 151, 166
- Association des Epidémiologistes de Langue Française (ADELF) 46, 102
- Associazione Italiana di Epidemiologia 165
- Atención Primaria (Revista de) 103
- Azevedo, Ana 202
- Azón Soto, Emiliano 38, 41, 42, 44, 92
- Bailey, Charles A. 32
- Baillo Falo, María Pilar 39, 42
- Ballester Díez, Ferran 93, 100, 106, 129, 133, 134, 135, 140, 164
- Banegas Banegas, José Ramón 92, 153, 159, 167, 168, 170
- Bellido Blasco, Juan B. 140
- Beltrán Alonso, Antonio 33
- Benach Rovira, Joan 166
- Blanco Grande, Pedro 27, 32
- Blanco Sánchez, Julio 28
- Blasco Huelva, Pedro Manuel 53
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 103
- Boletín de la Organización Mundial de la Salud 103
- Bravo Morate, Francisco 34
- Boix Ferrando, Pere 34
- Bolumar Montrull, Francisco 14, 47, 65, 67, 69, 91, 148, 158, 165, 169, 180, 191, 200
- Borras López, Eva 140
- Borrell Thió, Carmen 89, 92, 93, 100, 137, 140
- Bosch José, Xavier 44, 92
- Brigada Epidemiológica Central 16, 18, 21
- Brigada Sanitaria Central 16
- Brugal Puig, Teresa 14, 89, 90, 91, 92, 161, 169, 192
- Cabasés Mita, Juan Manuel 92
- Cabezón Rodríguez de Torres, Argimira 42
- Camprubí García, Joaquín 55, 56, 63, 65, 66, 67, 68, 69
- Carrasco Asenjo, Miguel 14, 39, 42, 47, 52, 91, 98, 102, 132, 148, 177, 178, 179, 180, 198
- Carter, Ian 67
- Casabona Barbarà, Jordi 137
- Casamitjana Abella, Montserrat 139
- Castellano Torralbo, Manuel 38, 42
- Castilla Catalán, Jesús 185
- Castro-Girona Campos, Alfredo 39
- Catalá Villanueva, Francisco Javier 38, 41, 42, 47, 53, 54, 91, 144, 145
- Cavanilles, Antonio José 25
- Cayla Buqueras, Joan 137
- Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) 57, 178
- Centro de Estudios Colegiales del Colegio de Médicos de Barcelona 57
- Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina 45

- Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) 126, 136, 138, 160
- Centro Superior de Investigaciones en Salud Pública (CSISP) 136
- Ceraso, Marion 161, 171
- Cerdá Mota, Teresa 140
- Chapin, Charles Value 18
- Cirera Suarez, Lluís 137
- Clos Matheu, Joan 34, 38, 40, 41, 42, 54, 55, 91, 92, 104, 132, 143, 144, 145, 167, 180
- Cochrane, Archibald Leman 44
- Colegio de Farmacéuticos 156
- Colegio de Médicos de Barcelona 36, 67
- Colegio de Médicos de Madrid 54
- Colegio de Médicos de Valencia 46
- Colegio de Veterinarios 156
- Coll Jordá, Dolors 93, 101
- Comendador Granero, Ricardo 39, 42
- Comisión Asesora de Investigación Científica y Técnica (CAICYT) 60
- Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública 46, 173, 174, 175, 177, 178, 180, 181, 182, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 194, 206
- Comisión Nacional de Especialidades Médicas 46, 174
- Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) 152
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo 139, 153, 154, 167
- Consorcio de Investigación Biomédica (CIBER) de Epidemiología y Salud Pública 68, 74, 77, 80, 136, 141
- Coordinadora de Sociedades Científicas de España (COSCE) 152
- Coordinadora Estatal de Profesiones de Salud Pública 187, 200
- Continente García, Xavier 194, 196, 202
- Crespo Crespo, Darío 39
- Dal-Ré, Rafael 137
- Davó Blanes, María del Carmen 130, 141, 200
- De Apraiz y Buesa, Luís 32
- De la Lama López-Areal, José Jaime 197
- De la Puente Muñoz, María Luisa 200
- De Pedro Cuesta, Jesús 171
- Del Moral Aldaz, Ángel 92
- Delgado Rodríguez, Miguel 198
- Díez Gañan, Lucía 153, 168
- Dirección General de Salud Pública 62, 138, 139, 153, 154
- Dirección General de Salud Pública y Sanidad Veterinaria 39
- Dirección General de Sanidad 16, 22, 25, 30, 35, 36, 37, 39
- Dirección General de Tráfico 138
- Domingo Torrel, Laia 141
- Domingo Salvany, Antonia 137
- Domínguez García, Ángela 140
- Donado Campos, Juan de Mata 93, 138, 166

- Doz Mora, J. Francisco 137
- Echevarría Rodríguez, Manuel Vicente 38, 42
- Enrech Salazar, Joaquín 42
- Escribà Agüir, Vicenta 91
- Escuela Andaluza de Salud Pública 57, 197
- Escuela de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas 25
- Escuela de Verano de Salud Pública de Mahón 126, 186
- Escuela Nacional de Sanidad 24, 31, 40, 46, 49, 53, 54, 130, 155, 174
- Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES) 136
- Espallargues Carreras, Mireia 199
- Espelt Hernández, Albert 92, 101, 139, 190, 201
- European Education Programme in Epidemiology 130, 141
- European Epidemiology Federation (EEF) 150
- European Journal of Public Health 132
- European Young Epidemiologists 194
- Fernández Álvarez, Macario 38, 41, 42, 92
- Fernández Arribas, Socorro 93, 100, 105
- Fernández Cuenca, Rafael 138
- Fernández de la Hoz, Karoline 199, 200
- Fernández Muñoz, Esteve 91, 105, 133, 139, 140, 154, 168
- Ferrer Puig, Marta 100, 133
- Fondo de Investigaciones Sanitaria de la Seguridad Social (FISS) 60
- Fundación Rockefeller 19, 21, 32
- Gabinete de Asesoría y Promoción de la Salud (GAPS) 36, 37, 57
- Gaceta Sanitaria 103, 104, 105, 129, 132, 133, 146, 164
- Galán Rebollo, Ángel 47
- Galmés Truyols, Antònia 93, 100, 101
- Gaona Ruiz, Álvaro 39
- García Alonso, Eusebio 39
- García Alonso, María José 38, 42
- García Benavides, Fernando 10, 14, 67, 91, 92, 135, 136, 137, 149, 156, 167, 168, 169, 171, 182, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 192, 199, 200, 201, 202
- García Herruzo, Juan 38, 42
- García de Jalón Sanz, Jesús 29
- García del Diestro, José 140
- García García, Ana María 140
- García León, Francisco Javier 135, 168
- Garrido Morales, Patricio José Antonio 39, 40, 42, 92
- Gaseta Sanitaria 103, 132, 164, 175, 180
- Gasulla Pascual, Griselda 137
- Gerez Valls, María Dolores 199
- Gérvás Camacho, Juan 171
- Gil López, Enrique 38, 43
- Gili Miner, Miguel 38, 40, 43, 92
- Godoy García, Pere 168
- Gómez López, Luís Ignacio 180, 182, 184, 198, 200, 201

- Gómez, P. 199
- González Alonso, Julia 168
- González Morán, Francisco 91
- González Pérez, Luis Carlos 39, 41, 43, 91
- Grupo de Jóvenes Epidemiólogos Españoles (EJE) 141, 194, 202
- Hernández Pérez, Gloria 199
- Hernández Aguado, Ildefonso 14, 91, 127, 137, 147, 156, 161, 167, 168, 169, 171, 172, 188, 189, 192, 201
- Hervada Vidal, Xurxo 93
- Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas 17
- Ibarluzea Maurologoitia, Jesús 166, 172, 200
- Inspección General de Sanidad 17
- Instituto de la Salud de Cataluña 57
- Instituto de Salud Pública (Comunidad Autónoma de Madrid) 135
- Instituto Municipal de la Salud de Barcelona 57, 132, 202
- Instituto Nacional de Estadística 136
- Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII 15, 16, 17, 18, 31
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo 153
- Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) 53, 144
- Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública (IVESP) 140
- International Epidemiology Association (IEA) 46, 102, 150, 165
- Izarzugaza Lizarraga, Isabel 92
- Jansà López del Vallado, Josep María 171
- Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas 15
- Kogevinas, Manolis 161, 171
- Lamata Cotanda, Fernando 68
- Lamote de Grignón Querol, Esteban 39, 40, 43, 92
- Larizgoitia Jauregui, Iciar 185, 199, 200
- Lenzano de la Lastra, Ricardo 33
- London School of Hygiene and Tropical Medicine 50
- López Medina, María José 194, 196, 202
- López-Peteiro Rodríguez, Francisco Javier 38
- Llácer Gil de Rames, Alicia 33, 38, 41, 43, 52, 92
- Lluch Martín, Ernest 55, 68, 172
- Luquero Alcalde, Francisco Javier 194, 202
- Maestre Sánchez, Amador 38
- Marrugat de la Iglesia, Jaume 91, 140, 150, 166
- Martín Fernández, Nicolás Fernando 43
- Martín Moreno, José María 92
- Martínez Cortés, Mercedes 171
- Martínez Navarro, Ferran 14, 33, 34, 36, 37, 39, 44, 45, 46, 53, 62, 91, 98, 160, 168, 184, 186, 187, 191
- Martínez Peccino, Flora 162, 171
- Mata de la Torre, José Miguel Serafín 38, 41, 43, 44, 92, 98, 102, 168

- Mateo Ontañón, Salvador 92
- Mateu, Mónica 100
- Mayoral Cortés, José María 93, 101, 162, 171
- Merino Merino, Begoña 200
- Merina Ortega, Manuel 39, 43, 52
- Mezquita López, Manuel 36
- Ministerio de la Gobernación 17, 41
- Ministerio de Sanidad y Consumo 103, 136, 138
- Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales 190
- Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad 138, 153, 191
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social 40, 50, 67
- Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social 67
- Miracle Solé, Maria Rosa 33
- Montaldo Perú, Federico 16, 27
- Montasell, J. 137
- Morales Pascual, José Luis 38, 43
- Moya García, Carmen 54, 92, 200
- Nájera Morrondo, Enrique 33, 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 62, 65, 66, 69, 91, 130, 141, 165, 204
- Nájera Morrondo, Rafael 54, 92
- Navarrete Muñoz, Eva María 14, 195
- Navarro Cremades, Felipe 38, 43
- Navarro Sánchez, Carmen 38, 43, 44, 92
- Nebot Adell, Manel 129, 139, 140, 154, 168
- Novoa Pardo, Ana María 93, 101, 134
- Oñorbe de Torre, José Ángel 14, 39, 43, 51, 54, 92, 98, 102, 144, 148, 178, 180
- Oñorbe de Torre, Manuel 38, 43, 61, 69
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 46
- Organización Panamericana de Salud (OPS) 46, 132
- Oromi Durich, Joaquín 38
- Ortega Soto, Celestino 39, 43
- Ortiz de Landázuri, Antonio 18, 20, 21, 24, 29, 30, 31, 32
- Otero Romero, Susana 194, 202
- Pachón del Amo, Isabel 39, 43
- Palanca Martínez-Fortún, José Alberto 18
- Palomo Cobos, Luís 51, 67
- Paris Eguilaz, Higinio 32
- Partido Socialista Obrero Español (PSOE) 55, 63, 149
- Pascua Martínez, Marcelino 21, 24, 30, 31, 51, 67, 126, 136
- Perea Milla, Emilio 130
- Pérez González, Catherine 138
- Pérez Albarracín, Gloria 198
- Pérez Andres, Cristina 68
- Pérez Gómez, Beatriz 93, 101
- Pérez Hoyos, Santiago 91, 151
- Peris Bonet, Rafael José 38, 43
- Piniés Raposo, José Antonio 140
- Pittaluga Fattorini, Gustavo 29, 31

- Plasencia i Taradach, Antoni 92, 100, 104, 133, 138
- Pollán Santamaría, Marina 93, 100, 105, 140, 168
- Porta Serra, Miquel 14, 91, 113, 117, 129, 135, 140, 146, 150, 154, 159, 161, 165, 169, 170, 171, 181, 200
- Puigdomènech, Elisa 129, 140
- Ramos, E. 202
- Ramos García, Elvira 38, 41, 43, 47, 92
- Ramírez Fernández, Rosa 91
- Rebagliato Ruso, Marisa 93, 100, 106, 133, 134, 135, 164
- Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (RECESP) 60
- Regidor Poyatos, Enrique 137
- Revista de Sanidad e Higiene Pública 23, 105
- Revista Española de Salud Pública 103
- Ribas-Fito, Núria 166
- Riera Alcover, Miguel 39, 43
- Rodríguez, J. 137
- Rodríguez Arenas, Ángeles 137
- Rodríguez Artalejo, Fernando 92
- Rodríguez Ocaña, Esteban 62
- Rosell, M. 137
- Ruaño Raviña, Alberto 93, 100, 101, 105, 133, 139
- Ruiz-Falcó, Antonio 20, 28
- Ruiz Falcó, Fernando 39
- Ruiz Morote, Francisco 24, 31
- Ruiz Pérez, Isabel 91, 137
- Saiegh-Abiad, Ricardo 44, 91
- San Martín Ferrari, Hernán 44, 51
- Sánchez, Jorge Mario 52
- Sánchez Cantalejo, Emilio 91
- Sánchez Fernández- Murias, Benjamín 35
- Sánchez González, J. 43
- Sánchez González, María Teresa 43
- Sánchez Mozo, María Teresa 38
- Sánchez Verdugo, José 21, 30, 31
- Sanjosé Llongueras Silvia 140
- Sans Menéndez, Susana 38, 43, 47, 52
- Santos, A. C. 202
- Schiaffino Rubinat, Anna 92
- School of Hygiene and Public Health (Johns Hopkins University) 57
- Sección de Epidemiología 16, 17, 18
- Sección de Epidemiología y Desinfección 16, 21, 22, 30
- Sección de Epidemiología y Estadística Sanitaria 16
- Sección de Vigilancia Epidemiológica 35
- Servicio de Estadística Sanitaria 22, 23, 31
- Servicio Epidemiológico Central 16, 21, 22, 30
- Segura Benedicto, Andreu 14, 34, 37, 38, 40, 41, 43, 49, 51, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 91, 132, 139, 145, 147, 148, 149, 169, 171, 185, 191, 198, 200

- Sierra Moros, María José 171
- Sociedad Catalana de Salud Pública 54, 104
- Sociedad Chilena de Epidemiología 151, 166
- Sociedad Española de Biología Celula 166
- Sociedad Española de Biometría 151
- Sociedad Española de Cardiología 151, 166
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición 167
- Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica 151
- Sociedad Española de Estadística 151
- Sociedad Española de Genética 166
- Sociedad Española de Geriátrica 151
- Sociedad Española de Higiene 19, 34
- Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias 173, 177, 178
- Sociedad Española de Higiene y Medicina Social 34
- Sociedad Española de Inmunología 166
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) 154
- Sociedad Española de Neurociencias 166
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 151
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) 137, 156
- Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo 153
- Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública (SEMPSP) 182, 186
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) 156, 173, 182, 186, 190, 191, 192, 195
- Sociedad Española de Salud Pública 104
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 13, 55, 103, 104, 109, 110, 126, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 153, 155, 156, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 206
- Sociedad Española de Sociología 151
- Sociedad Iberoamericana de Epidemiología 150, 151
- Sociedad Mexicana de Salud Pública 151
- Solano Pares, Ana María del Rosario 38, 41
- Spagnolo de la Torre, Eduardo 54, 91, 175, 176, 180, 197
- Sunyer Deu, Jordi 171
- Tasende Díaz, José Antonio 39, 43
- Tello Anchuela, Odorina 98, 102
- Tello Muñoz, Jorge Francisco 28
- Tome Panle, Camilo 39
- Tormo Díaz, María José 92, 168
- Unión de Centro Democrático (UCD) 46
- Uriel Latorre, Berta 185
- Users Fernández, José Luís 52, 54, 67, 92
- Vallejo de Simón, Antonio María 20
- Vanaclocha Luna, Herme 92, 168, 170
- Vall Mayans, Martí 137
- Vargas Grajales Francisco 166
- Varo Uranga, Rodrigo 32

Vázquez Navarrete, María Luísa	200	Vives Cases, Carmen	93, 101
Vázquez Fernández, Enrique	92, 93	Wang, Jen	137
Vilà Olesa, Manuel	29	Winslow, Charles-Edward Amory	18, 28
Villalbí Hereter, Joan Ramón	139, 158, 170, 198	Yuste Grijalba, Francisco Javier	49
Villalonga Olives, Ester	165	Zapatero Villalonga, Emilio	35, 39, 42, 43, 49
Villar Salinas, Jesús	32	Zunzunegui Pastor, María Victoria	91, 170
Vioque López, Jesús	91, 170, 200	Zurriaga Carda, Rocio	14, 195

Agradecimientos

Por su colaboración y generosidad:

Josep María Antó Boqué, Juan Atenza Fernández, Ferran Ballester Díez, Francisco Bolumar Montrull, Teresa Brugal Puig, Miguel Carrasco Asenjo, Ignacio Díaz Delgado-Peñas (Biblioteca y Archivo de la Real Academia de Medicina), María del Carmen Davó Blanes, Fernando García Benavides, Francisca Gutiérrez Clavero, Ildefonso Hernández Aguado, María Lourdes Mariño Gutiérrez (Museo Nacional de Sanidad), Pere Marset Campos, Ferran Martínez Navarro, herederos de José Miguel Serafín Mata de la Torre, José Ángel Oñorbe de Torre, Eva María Navarrete Muñoz, Carmen Navarro Sánchez, Andreu Nolasco Bonmatí, Patricia Ortiz (Secretaría Técnica de la SEE), Raquel Pastor Clement, Cristina Pérez Andrés (Revista Española de Salud Pública), Santiago Pérez Hoyos, Pamela Pereyra Zamora, Miquel Porta Serra, Elena Primo Peña (Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud), Isabel Ruíz Pérez, Andreu Segura Benedicto, Adonina Tardón García, José Vicente Tuells Hernández, Rocío Zurriaga Carda y Oscar Zurriaga Llorens.

Por haber cofinanciado parte de la investigación:

- Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.
- Grupo GADEA (Grupo Alicante de Estudios Avanzados de Historia de la Medicina). Universidades de Alicante y Miguel Hernández. Programa Prometeo de la Generalitat Valenciana para Grupos de Excelencia (Referencia Prometeo/2009/122).
- Proyecto de investigación: Salud Internacional y transferencia del conocimiento científico. Europa, 1900-1975 (HAR2011-23233). Ministerio de Economía y Competitividad. Gobierno de España.

Ficha catalográfica

Historia de la Sociedad Española de Epidemiología (1978-2014) / Josep Bernabeu-Mestre (coordinador); María Eugenia Galiana-Sánchez, Ferran Martínez Navarro, Nayara Tamayo Fonseca. – [S.l.]: Sociedad Española de Epidemiología, 2014. – p.: 224 figs.: 21; 24 x 17 cm

En la cubierta: Fundación Dr. Antonio Esteve

ISBN: 978-84-697-0773-9 impresión papel

ISBN: 978-84-617-0969-4 versión digital pdf

1. Sociedad Española de Epidemiología – Historia – Siglo 20º. 2. Sanidad pública – España – Historia – Siglo 20º. I. Bernabeu Mestre, Josep. II. Galiana-Sánchez, María Eugenia. III. Sociedad Española de Epidemiología

061.23(460)“19”:616.9

616.9:061.23(460)“19”

La epidemiología tiene como base el estudio de las causas, modos de propagación y de los medios de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles; el averiguar por qué esta clase de enfermedades persisten en un lugar determinado, fisionomía especial que adoptan en su marcha invasiva, medios que emplean en su propagación y procedimientos a los que debemos recurrir para conseguir su máxima reducción, y, de ser posible, su total eliminación, son funciones que entran de lleno en la labor del epidemiólogo moderno

Antonio ORTIZ DE LANDÁZURI: «La función epidemiológica moderna». *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*. 1929: 277-296



**La Fundación Dr. Antonio Esteve
tiene entre sus objetivos
“fomentar actividades que
estimulen la comunicación
y la discusión científica [...] desde una óptica lo más
multidisciplinaria posible”.**



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA



FUNDACIÓN
**DR. ANTONIO
ESTEVE** **30**
años