



PERFIL PROFESIONAL DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Mónica Robles García José Luis Vaquero Puerta Paula Asensio Villahoz Ricardo Gómez Lázaro Carmen Vesga Ochoa Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.

José Luis Vaquero Puerta
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital Universitario "Del Río-Hortega". C/ Cardenal Torquemada, s/n. Valladolid. (España). 47010.
e-mail: vaquero@med.uva.es

RESUMEN

La formación en la especialidad de medicina preventiva y salud pública en España a partir de 1978 se incorporó al sistema de médicos residentes formados en el medio asistencial especializado, aunque con múltiples componentes formativos. Actualmente se debate sobre la no equivalencia entre esa cualificación y el trabajo en tareas de salud pública. Se describe el perfil profesional del especialista, el contexto normativo de equiparación generado después de un fuerte debate y la incorporación futura a un marco homogeneizador en el seno de la Unión Europea.

RÉSUMÉ

La formation en médecine préventive et santé publique en Espagne depuis 1978, a été incorporé au système des "médecins résidents (MIR)"; ils sont formés au milieu assistential spécialisé, avec plusieurs composants formatives. Actuellement, on parle de l'absence d'équivalence entre les différents formations (celle d'aujourd'hui et par contre les travaux en santé publique). On décrit le profil professionnel du spécialiste, le context normative d'égalité generé après le grand débat et l'incorporation future au meme endroit dedans l'union européenne.

I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La actividad en medicina preventiva y salud pública es notablemente antigua, aunque haya adquirido otras denominaciones con el paso de los tiempos. Teniendo sus raíces de la medicina hipocrática, en la generalidad de los países occidentales adquirirá impulso en la época de la Ilustración, bajo el concepto de "policía médica" o de "higiene pública"¹ y se desarrolló en los dos últimos siglos, a la medida que se iba aceptando la intervención de los poderes públicos en la protección de la salud del conjunto del colectivo social². En España a partir de algunos promotores de corte liberal cobra gran apogeo entre finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX³. Se institucionaliza con la aparición de cuerpos funcionariales, hasta la creación del Cuerpo de Médicos de Sanidad Nacional. Se enseña en las cátedras de Higiene Pública, luego llamadas de Higiene y Sanidad y posteriormente de Medicina Preventiva y Social, que con la aparición de la nueva disciplina de la bacteriología, luego microbiología, hasta fechas recientes, se detentaron de forma conjunta. Lo mismo que la asignatura, la denominación originaria de la especialidad sería la de Higiene y Sanidad. Otras designaciones prevalecerán en otros medios en referencia a ella. Varias procederán del mundo anglosajón, siempre pionero en el desarrollo de sus contenidos. En el Reino Unido, Ryle la incorporará como medicina social y en Alemania unos la llamarán medicina social y otros higiene social, así como patología social al objeto de su ocupación (Grotjahn). En los años veinte en Norteamérica se pone en circulación el término Salud Pública (Welch, Winslow), y décadas después los de salud comunitaria y medicina comunitaria. A partir de los años 60 cobra fuerza la para entonces ya añeja acuñación del término de epidemiología, que será su referente metodológico. Estas variaciones de rótulo y acepción deben tenerse en cuenta, habiendo perjudicado la creación de una identidad que reforzase la estructuración de una suma de conocimientos que, no obstante, siempre fueron muy ricos.

Volviendo a la situación española, hasta cerca de los años 80 la mayoría de los especialistas de higiene y sanidad se encontraban preferentemente ubicados como funcionarios de Sanidad Nacional en

servicios de la administración central y periférica En tanto, de forma independiente, con la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad y luego la promulgación de la Ley de Seguridad Social, había cobrado auge esta modalidad de asistencia sanitaria, gestionada por el Instituto Nacional de Previsión (INP). Fundamentalmente dispuso de sus propios centros sanitarios, bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo. En 1972 se organizaron los Servicios Médicos Jerarquizados de la red hospitalaria de la Seguridad Social⁴, según especialidades médicas que ya gozaban de un reconocimiento científico. Junto a otros, aparecieron los de Medicina Preventiva e Higiene Hospitalaria (SMPHH), para ser ocupados por los especialistas de Higiene y Sanidad.

En 1978 el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)⁵, nace para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, hasta entonces en manos del INP. Al poco tiempo las atribuciones estatales de las antiguas Delegaciones de Sanidad fueron transferidas a las Comunidades Autónomas, que las asumieron bajo configuraciones diferentes. Los SMPHH, en tanto, se mantuvieron como los únicos que están compuestos forzosamente por especialistas en la materia. Cuando aparecen en los años 70, los hospitales en que se sitúan estaban alcanzando altos niveles de cualificación y prestigio y una mejor dotación económica que la higiene pública⁶. Así atrajeron la incorporación de un significativo colectivo profesional de sanitarios médicos procedentes de los otros ámbitos profesionales más precarios, y del mundo académico. Mientras, la higiene pública está desconectada del sector asistencial, primero al depender de Departamentos Ministeriales diferentes, y luego, por transferirse de forma separada, más precozmente, a la administración de las Comunidades Autónomas. En 1978 se confeccionó el nuevo catálogo de especialidades médicas⁷ y la de Higiene y Sanidad pasó a denominarse de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPSP). Con lógica, los SMPHH, asimismo, lo serán de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPSP). Con el Real Decreto 127/1984 se consolida la formación de médicos especialistas por el sistema de Médicos Internos y Residentes (MIR)⁸. La tutela de los de MPSP se confió a los únicos Servicios que, con igual denominación, eran los únicos que obligatoriamente tenían que disponer de especialistas así titulados. Además, se consideraba el enclave hospitalario como el más cualificado para la docencia de cualquier especialidad médica, incluso de la misma Medicina Familiar y Comunitaria (MFC), creada para potenciar la asistencia médica del nivel de Atención Primaria de Salud (APS)⁹. En este punto apreciamos cierta coincidencia entre los términos de Salud Pública y de Medicina Comunitaria, implicados ambos en tareas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que constituirá un elemento añadido de equívocos sobre la MPSP.

Los SMPSP, dentro de su propio contexto fundamentalmente curativo-asistencial, intentarán hacer realidad funciones preventivas^{4,10} en el medio asistencial, y el hospitalario en particular. Pero en Comunidades Autónomas sin transferencias completas (actualmente 10 de 17) se mantiene la antigua disociación administrativa del sistema sanitario público, lo que repercute en un alejamiento de los SMPSP de los cometidos de la sanidad externa a los centros asistenciales, o sea, de la tradicional administración de higiene de la comunidad. Un estado de cosas que hay que sumar en la pérdida de la identidad de los ejercientes en MPSP. Por todo ello, es necesario resituar la especialidad, de la mano del avance técnico y de la proyección del sistema nacional de salud y sus elementos constitutivos.

II. ELEMENTOS DE UN RECIENTE ESTADO DE CRISIS.

En los últimos años los especialistas de MPSP han padecido opiniones contrapuestas sobre su papel, que se han traducido en hechos que les han arrebatado parte del mismo, muchas veces sin un substrato normativo explícito y de forma casi imperceptible.

1. En relación con la salud ocupacional. En aplicación de la Directiva Marco sobre Salud y Seguridad en el Trabajo, la legislación española se desarrolló confiando la rama sanitaria de los nuevos Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) en exclusiva a Especialistas en Medicina de Trabajo y equivalentes diplomados en Medicina de Empresa¹¹. Cuando se planteó en el seno de los mismos hospitales donde radican los SMPSP preocupó especialmente la cuestión entre los especialistas de MPSP. Como desde hace bastantes años que no existe la oportunidad de acceder a la Diplomatura de Medicina de Empresa, los especialistas en MPSP pierden la posibilidad de ejercer en salud laboral. Al no haberse discriminado lo suficiente las funciones sanitarias de los SPRL se olvidó que si en esos SPRL toman protagonismo los términos "prevención" (ligado al de medicina preventiva) y "riesgos" (de evocación epidemiológica), de uso tan común en MPSP, algún papel deberían tener los cualificados en ésta. Cabría preguntarse qué contenido cabe de medicina preventiva y de acción epidemiológica para cualquier sector laboral y no solo en centros de trabajo sanitarios. Este olvido se produjo en el plazo que va de 1995, en que aparece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales¹², a 1997, en que se reglamentan los SPRL¹¹.

2. En la proyección de los SMPSP en el marco asistencial. Las tareas de los SMPSP, incluidas las de salud laboral, habían sido en su momento debidamente especificadas^{13,14}, lo que no excusa su

actualización. Se ha pretendido que sean estrictamente "hospitalarias" y mediatizadas por su ubicación. Tal como está planteado el ordenamiento jurídico basado en la Ley General de Sanidad¹⁰, hoy día los SMPSP son los Servicios de una concreta especialidad médica del nivel especializado con que se configura del Sistema Nacional de Salud. Desde luego, no son Servicios del nivel de APS y, por ello, están habitualmente situados en hospitales. Pero no exclusivamente para trabajar solo para las necesidades derivadas de la hospitalización, aunque valoraciones muy singulares han intentado desvirtuar toda su dimensión.

3. En epidemiología infecciosa. Queriendo desconocer la mayoría de sus tareas, se considera que los SMPSP se dedican casi en exclusiva a lo concerniente a la vigilancia y control de la infección nosocomial, una opinión extremadamente radicalizada de la de que sean estrictamente hospitalarios. Aunque a ello se dediquen, sólo a ello cuando los escasos recursos personales no permiten abarcar otras cuestiones, ya que en el hospital reclama atención preferente para este grave problema universal. Pero en ese tema también están puestas las miras de microbiólogos, clínicos, cirujanos o intensivistas y los practicantes de la nueva subespecialidad de la infectología. Incluso la regulación sobre higiene hospitalaria en varios aspectos ha sido captada por las Direcciones de Enfermería englobada bajo el concepto de cuidados de pacientes. Después de una larga experiencia en la mutua cooperación con unos y otros profesionales, la tarea debe de canalizarse hacia la racionalidad, sin dar al traste con toda una solvente trayectoria, y hay que tener en cuenta que la vigilancia y el control de la infección (nosocomial o no) tiene que pasar por un replanteamiento extensivo (impacto de la infección comunitaria en el hospital, seguimiento de la nosocomial más allá del alta) que requiere una visión global epidemiológica.

4. En la vinculación con A.P.S. La MPSP se sitúa en el nivel especializado, pero es motivo de preocupación su quebrantada relación con el nivel de atención primaria, del que no debería quedar desligada, como lo muestra la aproximación conceptual, entre salud pública y medicina comunitaria. La formación en MFC se ha llegado a emancipar algo, no completamente, del entorno hospitalario, adquiriendo autonomía en manos de los mismos especialistas, también la de medicina comunitaria. Como una medida más para intentar la armonización entre profesionales y modelos de diverso origen y existentes en la APS, se instituyeron las figuras de Coordinador Docente, y, para lo que es salud comunitaria, la de Técnico de Salud Pública, cuya actividad no se reserva para un especialista de Salud Pública. Mucho hubiera ayudado a la aún todavía deficiente coordinación entre niveles asistenciales, el haber establecido un vínculo directo entre el nivel de APS y el especializado al situar a tal Técnico en la esfera de los SMPSP previamente existentes, servicios que inicialmente colaboraron en la formación en medicina comunitaria. Se alega que la autonomía y maduración de la APS hace innecesarias las acciones médico-preventivas a otro nivel, pero nos tenemos que preguntar si su independencia queda justificada incluso para todas las acciones preventivas.

5. En relación a campos emergentes de actividad en el sistema asistencial. Aparte otros menos destacados, deben de considerarse el de calidad asistencial y el de tratamiento de la información, cuyo desarrollo metodológico y resultados están vinculados a la elaboración de indicadores y análisis de situaciones y resultados, compenetrado con las acciones en administración sanitaria y epidemiología. Sin embargo, los especialistas en estas tareas no han alcanzado en el tema la presencia que sería de desear, entre otras razones, porque los órganos directivos no han valorado tal identidad.

6. En el debate sobre quién puede ser titulado en MPSP. En 1999 se ha suscitado con viveza la regulación del acceso excepcional a títulos de especialidades médicas. Un ingente número de médicos se reclamaron entonces como ejercientes de la de MPSP, sin haber accedido a sus plazas poseyendo el título necesario. Antes de aparecer el sistema MIR se solía admitir como validación suficiente para titularse especialista en higiene y sanidad el superar alguna oposición o forma de acceso a cuerpos funcionariales, pero ha ido desapareciendo este mecanismo de ingreso en la Administración Pública Sanitaria, y en ese sector inclusive en las Comunidades Autónomas se ha reclutado personal para actividades sanitarias con perfiles unas veces imprecisos y otras veces para tareas de carácter puntual, a las que se han sumado entidades privadas que se ofertan con cuadros de expertos que no son de médicos especialistas. En ambos casos, se reclutaron estos efectivos humanos sin explicitar que se requerían para funciones encuadradas como de MPSP y frecuentemente no se consideró esta titulación como preferencial para su contratación. De todas formas el acceso al título quedó aceptablemente solventado en el Real Decreto 1497/1999 en el marco de todas las especialidades médicas. Aunque en Julio de 2000 no se han resuelto sus previsiones, 2.399 profesionales han solicitado el título dentro de un conjunto de 12.074 peticiones para 49 especialidades, o sea ella solo ha acumulado el 20% de solicitudes, con una previsión 10 veces superior a la media.

III. REFERENTES SOBRE LAS FUNCIONES DE MPSP.

Conocer una parte de una especialidad, ni aún en profundidad, no presupone conocerla en su totalidad. Pero, a la inversa, disponer del título de especialista sí faculta para asumir una serie amplia e intelectualmente bien estructurada de cometidos. Admitido esto, conviene disponer de los referentes a los que atenerse para señalar los de MPSP. Hemos seleccionado los definidos en el ámbito de la formación.

En las Universidades Públicas españolas está definido el Área de Conocimiento de Medicina Preventiva y Salud Pública que en varias carreras imparte asignaturas de este contenido. Nos limitaremos a la de Medicina. En el Plan General de Estudios de ésta¹⁵ se contempla la aportación del Área en múltiples materias troncales de tipo clínico, para enseñanza de los aspectos epidemiológicos y preventivos de las enfermedades. En el primer ciclo, las asignaturas de Epidemiología y Demografía y de Metodología de la Ciencia, también deberían correr a su cargo del Área de MPSP. De forma más expresiva, en el último año de carrera 11 créditos troncales se dedican a una asignatura de igual denominación (MPSP), cuyos descriptores resultan muy explícitos:

Epidemiología y prevención de las enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles. Salud ambiental y ocupacional. Administración sanitaria: planificación, programación y evaluación de servicios. Atención primaria de salud. Educación Sanitaria.

En el Informe de la Fundación BBV "La formación de los profesionales de la salud" de Segovia de Arana et al.¹⁶ se enfatiza la necesidad de producir un vuelco en la formación del Licenciado en Medicina hacia los aspectos metodológicos, los sociológicos y los de gestión de servicios asistenciales, una nueva proyección que no tendría que resultar ajena a la MPSP.

El referente más directo, sobre qué aprende hoy día el especialista, viene contemplado en la Guía de Formación de los Médicos Residentes de MPSP. La Comisión Nacional de la Especialidad confeccionó sucesivos programas, el mayor permanencia el de 1986, que, sin grandes variaciones de contenido, y con una ampliación de tres a cuatro años, fue de nuevo redactado en 1994¹⁷. Como en los anteriores incluye un Master de Salud Pública, de un año de duración, específico para validación como Título de Oficial Sanitario, en la Escuela Nacional de Sanidad, o un curso equivalente, y tres años de diversas rotaciones en múltiples ámbitos de la Administración Sanitaria. El propósito consistía en la profesionalización mediante la formación de especialistas, en sectores como la administración sanitaria, los servicios de epidemiología, de promoción de la salud, del medio ambiente o de la gestión de los servicios. Conjuntando contenidos de formación teórica y actividades prácticas, y realizando una extremada síntesis, sobresalen estas grandes líneas de formación:

1. Epidemiología: 18 meses de dedicación, repartida de esta manera:

- a) En formación teórica (1er. Año): 3 meses
- b) En el nivel asistencial hospitalario: 9 meses
- c) En el nivel de atención primaria: 3 meses
- d) En una Unidad de Investigación: 3 meses

2. Administración y gestión de los servicios sanitarios, con 24 meses de dedicación:

- a) En formación teórica (1er. Año): 6 meses
- b) En el nivel asistencial hospitalario: 6 meses
- c) En el nivel de atención primaria: 3 meses
- d) En la esfera de la administración de higiene pública: 9 meses

3. Tiempo restante: de más difícil identificación con estas líneas asistenciales y menor duración.

Aunque habría que solventar ciertos reduccionismos (habría expandir lo contenidos epidemiología y prevención de las enfermedades transmisibles), el programa focaliza cometidos futuros. En modo alguno se puede considerar que se está realizando una especialidad para tareas estrictamente hospitalarias, aunque la adscripción permanente del residente a un SMPSP de un hospital es un logro indeclinable ya que la institución se hace cargo de su retribución, garantiza la tutela por especialista, avala la solvencia de su formación a través de una Comisión de Docencia, ofrece un entorno de intercambio con otros especialistas, le acerca al acontecer clínico, y le disciplina en tareas regulares y comunes al sistema MIR (sesiones clínicas, uso de bibliografía, cursos comunes obligatorios, etc.).

IV. DEMANDAS PREVISIBLES AL ESPECIALISTA

Vemos que el conocimiento adquirido por el especialista se sitúa en dos grandes bloques de cualificación: epidemiología y administración sanitaria, que es el campo de formación últimamente más expandido, y que parece coherente con los derroteros que están tomando ante sus retos el actual

sistema sanitario. El clásico contexto general de la MPSP es la Salud Pública, pero la Salud Pública, por otra parte, no siempre implica quehacer médico, y, como consecuencia, de por sí no puede definir lo que es una especialidad médica. No todo lo que incorpora la salud pública pertenece al dominio de la medicina, ni siquiera al de las típicas ciencias de la salud (ateniéndonos a su clásica clasificación académica). La Salud Pública, sin más precisiones, incluye medicina y más cosas. Al endosar al especialista médico un largo listado de actividades no médicas solo por el hecho de tener que ver con la salud grupal o simplemente con el bienestar, le hace perder perspectiva en la dinámica salud-enfermedad y en relación con los temas más puramente médicos, como calidad asistencial o información clínica. De los términos que nominan la especialidad, al de Salud Pública hay que delimitarle, dentro del contexto de actuación de múltiples profesiones, como lo correspondiente a la actividad médica, o sea, como medicina de la Salud Pública.

La actividad en MPSP se apoya en el método epidemiológico y se hace aplicativa desde una perspectiva médica con proyección grupal o poblacional. Se ha argumentado en ocasiones que la epidemiología es una rama de la MPSP, cuando en realidad es la base. Presupone pericia en adquirir conocimiento útil para la salud pública y la clínica, pero no en habilitar de forma operativa soluciones derivadas de ese conocimiento, o sea, en administración de recursos y servicios sanitarios.

El otro gran bloque de preparación del especialista es el de lo que podemos rotular como Gestión y Administración Sanitaria. Se discute si la Administración Sanitaria está dentro o fuera de la Salud Pública. Trata aquélla de los recursos operativos que influyen o mejoran la salud de la comunidad. Sin este componente operativo la Salud Pública, en medicina, sólo queda sobrevolando en la imprecisión. Pero la Administración Sanitaria no presupone pericia en adquirir metodología rigurosa para investigar la realidad. En la Administración Sanitaria podemos distinguir varios tipos de función: directiva, de asesoramiento técnico y de ejecución de planes y programas. En la función directiva se pueden incluir figuras algo diversas, como las de gerencia, gestión y dirección, llamémosles a todas gestión para simplificar. En ejecución de tareas podemos señalar la planificación de la admisión de enfermos, el tratamiento de la información clínica, su evaluación y el control de la calidad asistencial. Habría que plantearse hasta qué punto todas estas tareas, inclusive la directiva, están situadas en el terreno de la indefinición curricular a expensas de no haberse tenido en cuenta lo suficiente que existía un tipo de especialista médico, el de MPSP, formado como ningún otro para desarrollarlas. Se esgrime la especial formación del gestor y del directivo, aunque esa formación no suele pasar de teórica y en muchos casos adquirida después de obtener la nominación, pero cabe preguntarse cuál es el sentido que tiene proporcionar a los especialistas en MPSP una formación en gestión que después no le vaya a ser reconocida, y que suma dos años, un tiempo muy superior al de cualquiera de las variantes autolimitadas de capacitación en gestión usualmente ofrecidas. Actualmente se ha propugnado la gestión clínica, como forma de manejo de técnicas organizativas, de toma de decisión y evaluativas, en directa relación con el acto asistencial. Resulta que entrando en los pormenores de esta temática, incorpora actividades dispersamente repartidas dentro del sistema sanitario, como son información asistencial, evaluación clínica, elaboración y análisis de parámetros, indicadores y estadísticas de resultados, planificación de la asistencia y mejora de la calidad, entre otros, que en suma componen el perfil del especialista de MPSP en Administración Sanitaria, cuando declina una posición de alta directividad. En esta línea quedaría por debatir el papel que al especialista le compete en otros temas relacionados, como ofrecer soporte a la medicina basada en la evidencia, y de carácter instrumental a las unidades de investigación clínico-epidemiológicas, lo cual también le obliga a permanecer en el ámbito asistencial.

El sistema sanitario se está dinamizando, espoleado por la búsqueda de la eficiencia, el desarrollo y la innovación, de tal manera que acabará por excluir a quien no opte por adaptarse con flexibilidad a sus requerimientos. Los nuevos modelos de gestión de centros asistenciales, tan reclamados desde algunos ámbitos, incorporarán o rechazarán la MPSP en dependencia de la habilidad para reclamar y demostrar valía. Este panorama de competitividad tendrá que ser asumido sin remedio por las generaciones más jóvenes y también es su oportunidad. No es el especialista en MPSP únicamente un experto, o sea persona muy cualificada en un particular problema o técnica. Como especialista debe estar preparado para exhibir un amplio espectro de conocimientos y habilidades. No se trata de estar en la novedad porque sí, sino en la novedad más pertinente. El giro de la salud pública en medicina se está produciendo hacia la técnicas de gestión. Del medio ambiente, por ejemplo, se pueden ocupar mejor los profesionales de otras nuevas carreras como ingeniería medio-ambiental o ingeniería química. El especialista en MPSP se encontrará más solvente y más útil cerca del medio asistencial. Para evitar una minusvaloración de su profesionalidad es necesario debatir en profundidad qué papel le compete, pues a poco que nos descuidemos las nuevas promociones pueden encontrarse perdidos ante un futuro de incierto derrotero y la sanidad abocada a la desprofesionalización.

V. EL PROCESO DE ARMONIZACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA

Una serie de Directivas han ido apareciendo en el seno de la Unión Europea con el objeto de aplicar dentro de un orden el derecho al establecimiento en el ámbito comunitario de los titulados médicos. Las iniciales fueron las Directivas 75/362/CEE y 75/363/CEE, modificadas con las Directivas 81/1057/CEE y 82/76/CEE, que en España recogió el Real Decreto 1691/1989, de 29 de diciembre. Estas normas se acompañan o refieren a una serie de anexos, de los cuales el II refiere los diplomas o títulos de especialistas reconocidos y el IV los requisitos para ejercer como médico especialista. También se hacen previsiones sobre un ejercicio profesional mínimo para equiparación del especialista que no dispusiera de formación suficiente según un plan de acceso al título. Posteriores Directivas la 86/457/CEE, la 89/594/CEE y 90/658/CEE, obligaron a todas fueron refundidas en la Directiva 93/16/CEE del 5 de abril de 1993, en el que el título de especialista de MPSP solo lo estima común para Francia, Irlanda y Reino Unido y con una duración de la formación de 4 años. En España se produce el ajuste a esta Directiva a través del Real Decreto 2072/95, de 22 de diciembre, en el que aun no figura para España como de reconocimiento mutuo la especialidad de MPSP con otros países. Otra serie de Directivas luego modificaron la 93/16/CEE: las Directivas 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE y 1996/46/CE, en las que se incluye la especialidad (con otras) de MPSP para España. El Real Decreto 326/2000 de 3 de marzo incorpora estas nuevas previsiones y acepta la equivalencia del título español de medicina preventiva y salud pública entre España, Francia, Irlanda, Italia, Suecia, Reino Unido, Grecia, Austria, Finlandia, Islandia, Liechtenstein y Noruega, dentro de los países miembros de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo. Llama la atención la desigualdad conceptual, aparte de la idiomática, de la terminología. A la vista de estas decisiones parece que lo pertinente sería un intercambio, al menos entre los miembros de ámbito más próximos, para definir contenidos y contrastar experiencias entre los ejercientes en este dominio médico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medicina social. Estudios y testimonios históricos (Selección de Erna Lesky). Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública. Vol. Compl. 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984.
2. Rosen, G: De la policía médica a la medicina social. Siglo Veintiuno Editores. México, 1985.
3. S. Granjel, L: Historia política de la medicina española. Instituto de Historia de la Medicina Española y Real Academia de Medicina de Salamanca. Salamanca, 1985.
4. Orden del Ministerio de Trabajo de 7 de julio de 1972, por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
5. R.D.-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo (BB.OO. del Estado de 18 de noviembre y 4 de diciembre de 1978)
6. Vaquero Puerta, J.L.: La organización hospitalaria de la Seguridad Social. Universidad de Salamanca. Salamanca, 1979.
7. R.D. 2015/1978, de 15 de julio, que regula la obtención de títulos de especialidades médicas (B.O.E. del 29 de agosto de 1978).
8. R.D. 127/1984, de 11 de enero, que regula la formación médica especializada y la obtención del título de especialista (B.O.E. del 31 de enero de 1984).
9. R.D. 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica (B.O.E. de 2 de febrero de 1979)
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. del 29 de abril de 1986).
11. R.D. 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (B.O.E. del 31 de enero de 1997).
12. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. de 10 de noviembre de 1995).

13. Circular 3/1980 (10-3) de la Dirección General del Instituto Nacional de la Salud, sobre actividades de higiene y medicina preventiva en los hospitales y normativa y competencias de los Servicios Generales Clínicos de Medicina Preventiva.
14. Vaquero Puerta, J.L.: Marco institucional y relaciones funcionales de los Servicios de Medicina y Salud Pública de los hospitales españoles. 3er. Congreso Nacional de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias. Salamanca, 1985. Libro de ponencias: 100-107.
15. R.D. 1417/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél (B.O.E. de 20 de noviembre de 1990)
16. Segovia de Arana, J.M.; Pera Blanco-Morales, C.; Goiriena de Gandarias, J.J.; Cabasés Hita, J.M.: La formación de los profesionales de la salud. Fundación BBV. Madrid, 1999.
17. Consejo Nacional de Especialidades Médicas: Guía para la realización de programas docentes de especialidades médicas: Medicina preventiva y salud pública. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia. Madrid, 1994.
18. RD. 326/2000, de 3 de marzo, del Mº de Presidencia, por el que se modifican los anexos del RD 1691/89, de 29.XII, modificado por el RD 2072/95 de 22.XII incorporándose al ordenamiento jurídico español las Directivas 98/21/CE, de 8 de abril, 98/63/CE, de 3 septiembre, y 1999/46/CE, de 21 de mayo, de la Comisión, destinadas a facilitar la libre circulación de los médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos (BOE 4/3/2000).