

La salud tiene nombre de pueblo

"La salud de nuestros pueblos" es el título de un ambicioso estudio epidemiológico auspiciado por la Sociedad Española de Medicina General, bajo la coordinación y dirección del doctor Fernando Pérez Escanilla. El trabajo, que ha tenido una extraordinaria repercusión entre los medios informativos de ámbito nacional, viene a desentrañar algunos secretos de la salud de que gozan y padecen las localidades de menos de 10.000 habitantes en nuestro país. Puede concluirse que, con algún que otro pequeño achaque por aquí y otro por allá, dicha salud es, en general, bastante aceptable.

Conocer lo que acontece en nuestros pueblos, saber cómo viven sus habitantes, de qué enferman y cómo y por qué mueren fue el *leit motiv* del que partió el estudio "La salud de nuestros pueblos". La presentación oficial tuvo lugar en el transcurso del pasado IX Congreso Nacional y III Internacional de la Medicina General Española desarrollado en Madrid.

Según explica el doctor Pérez Escanilla,

"la base del estudio reside en el trabajo y en la forma de trabajar del médico general. Con esto queremos decir que se aplica el conocimiento y la forma de diagnosticar y de estudiar del médico general a una serie de pacientes, que en este caso son los pueblos. De tal forma que cuando médicamente vemos a un paciente con una enfermedad infecciosa, al margen de los diferentes signos y síntomas que tenga, como puedan ser tos, expectoración, dolor, escozor al orinar y una serie de molestias que pueden darse en función de los órganos afectados, el simple hecho de que al tomarle la temperatura denote que tiene fiebre, mientras no se demuestre lo contrario se trata de una persona que tiene una enfermedad infecciosa. Esos indicadores de alerta, al igual que el termómetro lo es de la temperatura en las enfermedades infecciosas, son el modelo que hemos ex-



trapolado al diagnóstico de las ditterentes situaciones por las que pueden pasar los diferentes campos que analizamos de los pueblos".

La selección de los pueblos –25 en total, repartidos en 11 comunidades autónomas– se hizo, en principio, de manera arbitraria, porque lo que se buscaba era el estándar variabilidad, el perfil de los mismos en función del tamaño de su población, que en este caso debían ser de menos de 10.000 habitantes.

Cuatro áreas

Fundamentalmente, explica este médico general, se estudiaron cuatro grandes áreas: Características generales de los pueblos (ya citados anteriormente); Aspectos demográficos y sociales (Distribución por sexo, por bandas etáreas, población activa, media de edad, número de parados y de analfabetos,

desplazamientos de escolares y jóvenes, movimientos migratorios y natalidad); Recursos sanitarios, materiales y humanos (presencia o no de centro de salud, tiempo de disponibilidad de ambulancias, distancias al hospital de referencia, abastecimiento de aguas, control de productos alimentarios...); indicadores sanitarios (mortalidad general, causas, prevalencia de enfermedades crónicas, consumo de psicofármacos, frecuentación al sistema asistencial y

derivación a la Atención Especializada por los médicos generales. De cada uno de estos grandes grupos se obtuvieron los indicadores de alerta, que fueron seleccionados arbitrariamente.

Como se ha dicho al principio, el estudio pasó su prueba de fuego durante el pasado IX Congreso Nacional de la Medicina General Española, donde fue oficialmente presentado en presencia de numerosos alcaldes procedentes de distintos rincones de la geografía española. Una cita acorde con los fines del estudio, habida cuenta de que en el seno de la SEMG se considera que el futuro de los servicios socio-sanitarios ha de pasar necesariamente por un desarrollo propio, ligado a la realidad que se vive en los municipios y como complemento a los que ofertan el Estado y las propias comunidades autónomas.

En resumidas cuentas, fue éste un



primer encuentro entre la profesión médica y los ayuntamientos, que permitió conocer, de primera mano, con qué perspectiva ven ambos estamentos la necesidad o conveniencia de que los municipios participen en la gestión de la sanidad o en determinados aspectos de la salud.

Diversidad regional

Lo cierto es que la diversidad regional y política parecen ser factores decisivos a la hora de la toma de posiciones en este asunto por parte de sus representantes municipales, y de hecho a lo largo del debate las posturas distaron mucho de ser unánimes cuando se pretendió definir cuál debe ser el papel de los ayuntamientos y el de las corporaciones locales en la sanidad y en su financiación. Hubo quienes se declararon firmes partidarios de dejar estas áreas a los gobiernos autonómicos o a la autoridad del Estado, mientras otros deploraron que dichas corporaciones locales no desempeñen un papel más activo en la gestión de la sanidad local.

Sí hubo consenso, no obstante, en que los ayuntamientos debían participar activamente en la atención socio-sanitaria al anciano incapacitado y, a la vez, desempeñar un papel más di-

námico en la salud pública, contribuyendo a dotar a la Atención Primaria de recursos materiales e infraestructura.

Trabajo y forma de trabajar

Como punto de partida, el estudio arrancó tras constituirse, en el seno de la SEMG, un comité de expertos que, en colaboración con el Laboratorio de Estadística Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona, procedió al diseño del instrumento de recogida de datos: situación del pueblo, esto es, proximidad o lejanía a los cauces de agua, ubicación en llanos o montañas, temperaturas máximas y mínimas registradas a lo largo del año, número de teléfonos en la localidad y actividades de sus habitantes tanto en el pueblo como en el entorno, así como el grado de peligrosidad de las mismas.

De este primer apartado, el resultado recogido revela que la característica primordial de los pueblos estudiados es estar situados en tierra llana, cerca del agua. La proximidad a la costa, como era previsible, se traduce en la posibilidad de gozar de temperaturas suavizadas. En cuanto a la actividad de sus habitantes, ésta suele ser preferentemente agropecuaria.

Un dato a tener en cuenta es que las actividades de riesgo no definido se implantan en los pueblos sin que previamente se haya comprobado su inocuidad. De entre ellas, señala el estudio, el uso masivo de fitosanitarios manifiesta una tendencia a asociarse con mayor frecuencia de patología pulmonar. Otro dato a destacar es que el mayor número de aparatos telefónicos depende de la actividad económica del pueblo y del envejecimiento de su población.

En los pueblos reside una población muy envejecida. En 1996, el 23 por ciento tenía más de 65 años, siete puntos por encima de la media nacional. A pesar de que la tasa de natalidad está en 8,13 por 1.000 habitantes, el 66 por ciento de las localidades estudiadas está en franca

regresión; del resto, muchos frenan su retroceso por la vuelta de los jubilados que, a su vez, condiciona la mortalidad.

En la edad activa destaca el hecho de que el índice de paro es muy variable, con cifras diferentes, dependiendo de si existe o no contra-prestación económica. Por otro lado, persiste el éxodo femenino hacia el medio urbano.

La mancomunidad de servicios es una realidad en el medio rural, por tanto, advierten los autores del estudio, conviene extremar las medidas de seguridad en el transporte y cuidar el consumo de alcohol y drogas.

Otra importante conclusión extraída de este trabajo refiere que la reforma de la Atención Primaria ha supuesto para el sector sometido a estudio, una sustancial mejora en la asistencia sanitaria, sobre todo en las cabeceras de las zonas de salud, donde habitualmente se ubica el centro de salud. En contraposición, la salud pública se halla incomprensiblemente abandonada. De igual modo, la asistencia a las urgencias graves y emergencias es la asignatura pendiente de la reforma, a lo que viene a sumarse el hecho de que en muchos PAC los médicos no disponen de un botiquín de urgencias, "teniendo que recurrir a soluciones extraordinarias".

El tiempo medio mínimo real que transcurre desde que se produce la urgencia vital hasta que se atiende en un hospital es de 48 minutos; el máximo es de 69 minutos. El rango total es de 25 a 145 minutos. En ambos casos se trata de tiempos que sobrepasan los

La reforma de la AP ha supuesto una sustancial mejora en la asistencia sanitaria de los pueblos estudiados y, paralelamente, un abandono de la salud pública

recomendados, toda vez que el tiempo medio estimado de atención a una urgencia no debe superar los 30 minutos desde que se produce hasta que se recibe asistencia médica.

Este dato, advierten los autores, es una de las conclusiones más relevantes del estudio y debe llevar a una reflexión sobre las urgencias, no sólo en las habituales de origen clínico, sino en catástrofes y accidentes de tráfico.

La recomendación es "que se lleve a cabo una nueva asignación de los PAC y haya presencia de UVIs móviles en los puntos clave. A veces la ubicación de un PAC obedece a decisiones políticas del pueblo dominante más que a criterios correctos de planificación sanitaria". Igualmente, se hace hincapié en que si bien la reforma ha propiciado el acceso a pruebas complementarias de los médicos generales con mayor facilidad, resulta a todas luces insuficiente y debería ampliarse la oferta a nuevas tecnologías.

Arenas y cal

Una de cal y otra de arena. Por un lado, el estudio revela que la clo-ración automática en la mayoría de las localidades supone un éxito para los ayuntamientos, de modo que a la par se recomienda la conveniencia de que se complemente con la instalación de depuradoras de aguas residuales y se fomente la educación para la salud, a fin de evitar el consumo de agua no potable.

Por otro lado, la nota negra lo pone el consumo de productos alimentarios sin control sanitario, lo cual, advierte el estudio, es un claro peligro para la salud de la población, pero lo más sangrante del caso es que se trata de un fenómeno consentido por las autoridades sanitarias locales, que no propician la inspección alimentaria las 24 horas del día.

Hablando en cifras

De las primeras conclusiones de

este trabajo se deduce que el 31% de los pueblos está situado a orillas de un río, mientras el 18,8 por ciento está alejado de los cauces de agua. El 62,5 por ciento se ubica en tierra llana. La diferencia de temperatura entre la mínima y la máxima alcanzada a lo largo del año es de 40,38°C de media, con un valor inferior de 27°C en uno de los pueblos y 49°C en otro.

La actividad predominante de las poblaciones estudiadas es la agropecuaria, con un predominio medio de la actividad agrícola en el 50 por ciento de los pueblos y alto en el otro 50 por ciento. Actividad ganadera presenta el 31,3 por ciento y alta el 37,5 por ciento. En cambio, la actividad dedicada a servicios es mínima o baja en el 31,3 por ciento, y 43,8 por ciento, respectivamente. La actividad turística es mínima o baja en el 56,3 por ciento y 12,5 por ciento en uno u otro caso.

En 1997, en el porcentaje de teléfonos por habitante la banda era de 32,4 por ciento, con un límite inferior de 19,53 en una población y superior de 58,35 por ciento en otra. Las actividades de riesgo no definido detectadas son: el repetidor de telefonía móvil en el 50 por ciento de las poblaciones, el uso masivo de fitosanitarios en el 47 por ciento y las líneas de alta tensión a menos de un km. en el 37 por ciento.

Un dato a destacar es el predominio de varones en la banda que va de los 16 a los 45 años (53,70 por ciento), frente al 46,30 por ciento de mujeres. La situación es inver-

A pesar de la escasez de recursos sanitarios, la población rural mantiene un nivel de salud aceptable que hace pensar en factores protectores saludables en ese medio



sa en los mayores de 65 años, con 44,53 por ciento de varones frente al 55,47 por ciento de mujeres. La población activa, de 15 a 65 años, supone el 62,38 por ciento.

La media de edad de la población estudiada era de 44,06 años, con mínimos que oscilan para unos pueblos de 41,2 años a 56,4 para otro.

En lo que respecta a la natalidad, en el transcurso del estudio, que analizó un período de siete años, se registraron 2.135 nacimientos, de los que 1.053 fueron varones y 1.082 niñas. La tasa de natalidad por mil habitantes y año estimada para el conjunto de todos los pueblos es de 8,13, si bien hay una alta oscilación entre el de menor natalidad: 2,05 por ciento, frente al 10,79 el máximo.

Recursos sanitarios

El 40 por ciento de los pueblos tiene centros de salud y en todos, el número de habitantes por médico está por debajo de la máxima estipulada: 2.400 habitantes por médico. El tiempo de disponibilidad de ambulancia es de 5 minutos y el máximo de 70 minutos.

La distancia media de las poblaciones al hospital de referencia en el área es de 38,63 km. con una distancia mí-

Conclusiones e implicaciones

1. Los pueblos habitualmente están situados en tierra llana, cerca del agua. Las actividades de riesgo no definido se desarrollan en ellos sin que previamente se haya comprobado su inocuidad. Su población residente está muy envejecida y persiste en la edad activa el éxodo femenino hacia el mundo urbano. Aunque la mancomunidad de servicios es un hecho, muchos pueblos están en franca regresión.
2. La reforma de la Atención Primaria ha propiciado una mejora en la asistencia sanitaria y ha conllevado el abandono de la salud pública; la asistencia a las urgencias graves sigue siendo su asignatura pendiente. A pesar de la cloración automática de las aguas de abastecimiento, se consume agua no potable con frecuencia y productos alimentarios sin control sanitario.
3. La tasa de mortalidad por 1.000 es de 9,86 y la media de edad de los fallecidos es 77,56 años. Las muje-

res viven una media de 80,55 años, cinco años y medio más que los hombres. La causa más frecuente de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, predominando en el sexo femenino.

4. La baja prevalencia de depresión/ansiedad contrasta con la tendencia al normal consumo de psicofármacos. Las toxicomanías y los cánceres tienen baja presencia en la población rural, en cambio la alta incidencia de enfermedades infecciosas pone de manifiesto los déficits en salud pública.
5. A pesar de la escasez de recursos sanitarios y las carencias de salud pública, la población rural mantiene un nivel de salud aceptable que hace pensar en factores protectores saludables en ese medio. Una aportación mínima de recursos podría mejorar significativamente la salud de nuestros pueblos, llegando incluso a superar la media nacional.

nima de 12 km. y una máxima de 101 km. El tiempo para recorrer esas distancias con los medios habituales es de 33 minutos, 15 minutos y 90 minutos, respectivamente. El 25 por ciento de las poblaciones estudiadas dispone de residencias de la tercera edad.

En lo que a pruebas complementarias y medios diagnósticos respecta, el 100 por ciento dispone de material desechable, el 81 por ciento de sistemas de registro y esterilizador, el 75 por ciento de oxigenoterapia y recogida de muestras para analítica, y el 69 por ciento de ECG. Por el contrario, ninguno dispone de radiología y sólo el 25 por ciento de ecografía y espirometría, que en el primer caso siempre es privada.

En lo que se refiere al abastecimiento de aguas de consumo público, se declara cloración automática de la

misma en el 80 por ciento de las poblaciones; en el 69 por ciento existe consumo de agua de pozos, manantiales, fuentes, etc., lo que, a juicio de los autores, es "una mala noticia", habida cuenta de que "los contaminantes de las aguas y de la tierra son mucho más frecuentes". Por otra parte, un dato igualmente deplorable: sólo en el 31 por ciento de los pueblos existe depuradora de aguas residuales.

En cuanto al consumo de productos alimentarios sin control sanitario, se declara su existencia en el 69 por ciento de las poblaciones estudiadas.

Indicadores sanitarios

Mortalidad

En relación con la mortalidad, a

lo largo de los siete años de estudio se registraron 2.575 muertes, de las cuales 1.387 fueron varones y 1.118 mujeres. La media de edad de los fallecidos fue de 77,56 años, correspondiendo a las mujeres la media más alta con 80,55 años, y los varones la más baja con 75 años. Al pueblo con media menor le correspondían 72,64 años, y al de media mayor, 80,77 años.

La causa más frecuente de mortalidad son los accidentes cerebrovasculares, responsables del 18,99 por ciento de las muertes en los pueblos objeto del estudio, siendo la frecuencia en el varón del 16 por ciento, y en la mujer del 22,47 por ciento.

La segunda causa de mortalidad es la isquemia cardíaca, responsable del 18,47 por ciento de las muertes, equivalente en ambos sexos. Existen poblaciones en las que la frecuencia de mortalidad por ambas causas es prácticamente nula, y en otras llega a alcanzar el 47,87 por ciento.

La tercera causa de mortalidad son las enfermedades del pulmón, con una frecuencia del 9,16 por ciento. Esta frecuencia va de 4,13 por ciento en el pueblo de menor afectación, al 18,04 por ciento en el que más. La frecuencia en el sexo masculino es de 11,56 por ciento y en el femenino de 6,40 por ciento. En las mujeres se da la circunstancia de que hay poblaciones en las que ninguna muere por esta causa y otras en las que lo hace el 22 por ciento. Hay que tener en cuenta, indican los autores, que en esta causa está incluido el cáncer de pulmón.

La infección respiratoria es responsable del 4,58 por ciento, como media, de las muertes. Su frecuencia es superior en el sexo femenino: 5,47 por ciento, frente al 3,82 por ciento en el masculino. En ambos sexos existen poblaciones en las que la mortalidad por esta causa es nula, y en otras llega al 22,50 por ciento en el sexo femenino.

La mortalidad por arterioesclerosis es de 4,58 por ciento, más frecuente en la mujer (5,81 por ciento), que en el hombre (3,53 por ciento).

La muerte por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC, tiene una frecuencia global del 3,57, predominando en el hombre con una media de mortalidad de 4,97 por ciento, frente a las mujeres, que es de 1,93 por ciento. También existen poblaciones en las que la mortalidad por esta causa es nula.

Los cánceres son responsables del 23 por ciento de las muertes, inferior a la media nacional (25 por ciento). No obstante, los autores advierten que el estudio sólo computa cinco modalidades de cáncer: mama, vejiga, próstata, estómago y colon, lo que en el estudio representa el 10,21 de los cánceres. Estos tres últimos son las que mantienen cifras proporcionalmente más elevadas. La mayor causalidad se produce en el sexo masculino, con el 11,68 por ciento, frente al 8,50 por ciento en el femenino.

La mortalidad por carcinoma de próstata es del 3,89 por ciento. Existen poblaciones en las que ningún varón falleció por esta causa en los siete años de mortalidad analizada, y otras en las que esa frecuencia llega al 20,34 por ciento. Por otra parte, la mortalidad por carcinoma de mama es del 2,41, y también existen poblaciones en las que es nula y otras en las que llega al 22,03 por ciento.

La mortalidad por cáncer de estómago es del 3,15 por ciento. Para los varones es del 3,53 por ciento y para las mujeres del 2,69 por ciento. Hay poblaciones con mortalidad nula, y otras en las que llega a suponer el 16,67 por ciento en el sexo femenino.

El cáncer de colon supone en media 2,17 por ciento de las muertes en los pueblos estudiados, con una frecuencia prácticamente igual en ambos sexos. Se repite la existencia de

poblaciones con mortalidad cero por ciento y otras que llegan al 11,11 por ciento en el caso femenino.

La mortalidad por cáncer de vejiga es del 1,48 por ciento, alcanzando el 2,09 por ciento en varones y el 0,76 por ciento en mujeres. En una población esta causa alcanza el 10,53 por ciento en el caso de los varones.

La mortalidad por demencia/Alzheimer es del 3,96 por ciento más frecuente en la mujer (5,22 por ciento), que en el hombre, 2,88 por ciento.

La enfermedad renal es responsable del 3,22 por ciento de las muertes en las poblaciones estudiadas, más frecuente en la mujer (3,62 por ciento) que en el hombre, 2,88 por ciento. Tal frecuencia es casi el doble que la media española, tal vez, dice el estudio, debido al déficit de hábitos higiénicos y sanitarios. Los accidentes de tráfico suponen el 2,33 por ciento de las causas de muerte, el 3,53 por ciento en los varones frente al 0,93 por ciento en las mujeres. En un pueblo llega al 11,29 por ciento en el sexo masculino.

La media de mortalidad por cirrosis en los 16 pueblos estudiados es de 1,51 por ciento, siendo esta cifra de 1,94 por ciento para los varones y de 1,01 por ciento para las mujeres. Se repite la existencia de poblaciones con nula mortalidad por esta causa en el período de estudio y el máximo está en 11,86 por ciento en una población.

El sida/VIH causa el 0,85 por ciento de las muertes y es mayor en varones (0,58 por ciento (1,44) que en la mujer (0,17 por ciento).

Las enfermedades respiratorias causan el 15 por ciento de las muertes, con mayor frecuencia en el varón. La media nacional es de 6,6 por ciento. La diferencia los autores la achacan al probable hábito de tabaquismo, las inclemencias del tiempo y las peores condiciones de habitabilidad de las viviendas.

Las muertes por suicidio/enuenamiento son prácticamente equivalentes, 0,85 por ciento.

Enfermedades crónicas, agudas, psicofármacos...

La hipertensión arterial es, de todas las enfermedades crónicas estudiadas, la de mayor prevalencia, en media, 12,13 por ciento, en los habitantes de los pueblos estudiados. Existen poblaciones en las que el mínimo de afectados es del 5,43 por ciento y otras con un máximo del 32,45 por ciento.

La diabetes tiene una prevalencia de 4,84 por ciento con mínimo de 1,69 por ciento y un máximo de 19,07 por ciento.

La depresión/ansiedad tiene una prevalencia de 4,96 por ciento, con un mínimo menor que el 1 por ciento y un máximo del 20,51 por ciento.

Las toxicomanías en 1996 afectaban al 0,35 por ciento en media, en los diferentes pueblos, con un mínimo del cero por ciento y un máximo del 2,01 por ciento.

Los cánceres de pulmón, mama y próstata tenían una prevalencia de 0,17 por ciento, 0,25 por ciento y 0,26 por ciento, respectivamente.

En lo que respecta a las enfermedades agudas, durante 1966 la gastroenteritis aguda fue la enfermedad de las estudiadas que presentó mayor incidencia, 15,97 casos por 1.000 habitantes. La segunda, el infarto agudo de miocardio, con 1,59 casos para esa población. La tuberculosis y la brucelosis tuvieron una incidencia de 0,37 y 0,32 casos por 1.000 habitantes, respectivamente.

Por otro lado, el consumo de psicofármacos en los diferentes pueblos por sus habitantes, en media, es del 14,03 por ciento, mientras la frecuencia media de cada habitante de las poblaciones estudiadas es de 7,48 consultas y año. Respecto a la derivación a la Atención Especializada durante 1996, presenta un porcentaje del 4,23 por ciento como media.

JAIME MIRANDA

Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios

Ref: 2002/09 - 10 de septiembre de 2002

Re-evaluación de la relación beneficio-riesgo de los agentes flebotónicos para administración por vía oral

El Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano –órgano consultivo de la Agencia Española del Medicamento (AEM)– ha procedido a re-evaluar el balance beneficio-riesgo de las especialidades far-

macéuticas incluidas en el grupo de los medicamentos flebotónicos de administración por vía oral. Para ello, una comisión asesora constituida para tal fin e integrada por un grupo de expertos, ha revisado todos

los datos disponibles sobre eficacia (evaluándolos con los criterios actuales demostrativos de eficacia) y seguridad.

Una vez valorados los informes elaborados por la comisión asesora,

ANEXO 1

ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS DE LAS QUE SE SUSPENDE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

Especialidad Farmacéutica	Principio Activo	Nº registro	Laboratorio Titular
Activadone 200 mg (60 cápsulas)	Cromocarbo	55.252	Thea
Daflon 150 mg (60 grageas)	Diosmina	54.695	Servier
Difrel 100 mg (30 y 60 comprimidos recubiertos)	Antocianósidos de vaccinium myrtillus	41.804	Sigma Tau España
Difrel E 40 comprimidos	Antocianósidos de vaccinium myrtillus <CLASS="MSONORMAL" Tocoferol	44.134	Sigma Tau España
Diosminil 300 mg (60 cápsulas)	Diosmina	52.742	Teofarma Iberica
Doxium 250 mg (30 y 60 comprimidos)	Dobesilato de calcio	47.032	Dr. Esteve
Fepalitan 20 mg (50 grageas)	Escina	40.695	Madaus
Insuven 300 mg (60 cápsulas)	Diosmina	53.462	Almirall-Prodesfarma
Intercyton 100 mg (30 y 60 cápsulas)	Flavodato disodio	48.008	Sanofi-Synthelabo S.A.
Largitor 80 mg (30 y 60 cápsulas)	Vaccinium myrtillus	52.848	Italfarmaco S.A.
Metorene 5 mg (30 y 60 comprimidos)	Naftazona	53.686	Sanofi-Synthelabo S.A.
Rutice Fuerte 30 comprimidos	Ácido ascórbico Rutósidos	13.622	Teofarma Iberica
Veinobiase 30 comprimidos efervescentes	Ácido ascórbico Ruscus aculeatus Ribes nigrum	56.074	Quimifar
Venoruton 300 mg (30 y 60 cápsulas)	Troxerutina	48.909	Novartis Consumer Health
Venosan 40 grageas	Foledrina, sulfato Nicotinato de inositol Troxerutina	49.357	Binesa-Pfizer

ANEXO 2

1.- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS CUYA INDICACIÓN SE RESTRINGE AL TRATAMIENTO DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA

Especialidad Farmacéutica	Principio Activo	Nº Registro	Laboratorio Titular
Doxium Fuerte 500 mg cápsulas	Dobesilato de calcio	54.553	Dr. Esteve

2.- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS QUE SE MANTIENEN AUTORIZADAS ÚNICAMENTE PARA EL ALIVIO A CORTO PLAZO (2 a 3 MESES) DEL EDEMA Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

Especialidad Farmacéutica	Principio Activo	Nº Registro	Laboratorio Titular
Capilarema 75 mg (30 cápsulas)	Aminaftona	50.997	Zambon
Daflon 500 mg (30 y 60 comprimidos)	Diosmina	59.080	Servier
Esberiven 200 ml solución	Troxerutina Melilotus officinalis (1)	53.004	Iquinosa
Fabroven 60 cápsulas	Ácido ascórbico Hesperidina metilchalcona Ruscus aculeatus	59.471	Pierre Fabre Iberica
Flebostasin Retard 300 mg (60 cápsulas)	Castaño de indias	60.194	Sankyo Pharma España
Pentovena 200 mg (60 cápsulas)	Hidrosmína	57.087	Iquinosa
Plantivenol 50 comprimidos	Castaño de indias	62.454	Dr. Willmar Schwabe GmbH
Provenen 50 mg (50 comprimidos)	Castaño de indias	62.455	Dr. Willmar Schwabe GmbH
Venolep 200 mg (60 cápsulas)	Hidrosmína	57.089	Farma-Lepori
Venoruton 1000 mg (14 y 30 sobres) (2)	Troxerutina	64.262	Novartis Consumer Health
Venoruton 500 mg (30 sobres) (2)	Troxerutina	64.261	Novartis Consumer Health
Venosmil 200 mg (20 y 60 cápsulas)	Hidrosmína	56.707	Faes

(1) El laboratorio deberá proceder a modificar la composición, eliminando el *Melilotus officinalis*

(2) Esta especialidad farmacéutica se encuentra ya autorizada únicamente con esta indicación terapéutica

Más información:

División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia
de la Agencia Española del Medicamento.
Teléfonos: 915967711. e-mail: fvigilancia@agemed.es

la Agencia Española del Medicamento ha resuelto lo siguiente:

- Suspender la autorización de comercialización de aquellas especialidades farmacéuticas cuya relación beneficio-riesgo se ha considerado desfavorable debido a la falta de estudios adecuados demostrativos de eficacia. Dichas especialidades farmacéuticas aparecen reflejadas en el anexo 1.

- Restringir las indicaciones terapéuticas de la especialidad farma-

céutica Doxium fuerte, cuyo principio activo es dobesilato de calcio, al tratamiento de la retinopatía diabética (anexo 2.1). Dado que el balance beneficio riesgo se considera desfavorable en la indicación de insuficiencia venosa crónica.

- Limitar las indicaciones del resto de los agentes flebotónicos de administración por vía oral al "alivio a corto plazo (de 2 a 3 meses) del edema y síntomas relacionados con la

insuficiencia venosa crónica". En el anexo 2.2 se muestra la lista de especialidades farmacéuticas afectadas.

La Agencia Española del Medicamento está procediendo a la actualización de la información de las especialidades farmacéuticas que se mantienen autorizadas, de manera que en el menor período de tiempo estos cambios se encuentren incluidos en la ficha técnica y prospecto.

Trigueros coordina en Toledo un proyecto encaminado a mejorar la Atención Sanitaria en las residencias de ancianos

El doctor Juan Antonio Trigueros, vocal de Atención Extrahospitalaria del Colegio de Médicos de Toledo y vicesecretario general de la SEMG, coordina en esta provincia un proyecto colegial encaminado a mejorar la atención sanitaria en las residencias de ancianos y de minusválidos. La idea surgió tras la detección de frecuentes y preocupantes situaciones anómalas que afectan al cuidado de la salud de los ancianos residentes.

Según Trigueros, esta circunstancia se debe, en gran medida, a una falta de control de las residencias, y si bien "no hay que generalizar", la mayoría de las denuncias aluden a deficiencias estructurales, alimentarias y sanitarias, fruto en ocasiones de una prestación descoordinada de cuidados de salud por parte de la red pública sanitaria.

Tal descoordinación vendría dada por la existencia de dos redes sanitarias coincidentes en sus cometidos, pero divergentes en sus acciones, a pesar de que existe una Orden de 21-5-2001, de la Consejería de Bienestar Social, publicada en el DOCM de 29-6-2001, que regula unas condiciones sanitarias mínimas en las Residencias de Mayores. No obstante, señala Trigueros, se trata de una norma que se limita a reconocer la existencia del problema, sin establecer una estructura coordinadora de los sistemas sa-

nitarios. Un ejemplo de esta falta de coordinación se observa en aquellas residencias provistas de servicios sanitarios no permanentes que se completan con la atención sanitaria de la Atención Primaria, lo que da lugar a duplicidad de exploraciones, diagnósticos no coincidentes, tratamientos distintos, etc.

Otras consecuencias de este estado de cosas se traduce, al decir de este médico general, en un elevado gasto farmacéutico, un mal control de su uso y una mala transmisión de la información sobre cuidados y tratamientos, debido a la celeridad con que son requeridos los servicios sanitarios públicos, sin que previamente los ancianos hayan recibido unos mí-

nimos cuidados asistenciales en la residencia.

En cualquier caso, aduce el doctor Trigueros, si hay que citar un culpable de esta situación, al margen de las responsabilidades individuales que haya, habría que ir a buscarlo en la falta de unos cauces claros de comunicación entre los servicios sanitarios de ambas estructuras y en la ausencia de servicios sanitarios en las residencias.

Gestiones

La Vocalía de Atención Extrahospitalaria del Colegio de Médicos de Toledo realiza gestiones para intentar avanzar en la solución de estos problemas, gestiones que, de momento, se han visto en cierto modo frenadas por las variaciones que ha experimentado la legislación autonómica y por el proceso de las transferencias sanitarias. No obstante, una vez realizados los estudios jurídicos adecuados -"un repaso razonado a la legislación referente a las residencias de ancianos de los últimos 10 años"- han comenzado las gestiones ante la Consejería de Bienestar Social, de cara a adoptar medidas concretas que lleven a la consecución de soluciones. "En este momento esperamos el cumplimiento por parte de las residencias de la normativa ya aprobada y próximamente propondremos el abordaje de la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios de las residencias y el SES-CAM", concluye el doctor Trigueros.



Dr. Juan Antonio Trigueros.

La encrucijada adolescente, un problema de hoy

Una de las mesas redondas que produjo una gran expectación entre los congresistas durante el IX Congreso Nacional y III Internacional de la Medicina General Española fue la que abordó el tema "Las patologías emergentes y necesidades actuales de los adolescentes". El doctor Fernando Pérez Escanilla, que actuó de moderador de la misma, realiza aquí un resumen de la Mesa en cuestión.

En la Mesa Redonda sobre "Las patologías emergentes y necesidades actuales de los adolescentes" intervinieron como ponentes el filósofo José Antonio Marina Torres, el psicólogo Bernabé Tierno Jiménez, y el médico psiquiatra Javier Aizpiri Díaz. Como discusores actuaron el profesor José Pradas Regal, el médico general Félix Sobrino Rodríguez, y el médico psiquiatra Antonio Barbado Alonso. Todos ellos de reconocido prestigio.

A lo largo del desarrollo de esta Mesa Redonda, quedó puesto de manifiesto el problema de salud pública que suponen los trastornos emocionales de los adolescentes y las diferentes causas que intervienen en los mismos.

El profesor Marina comentó en este sentido, que en épocas anteriores la adolescencia no era un problema, por tanto, es un problema nuevo que hoy afecta en España a seis millones de personas. En ellos, la influencia de los grupos es más importante que la de los padres. A juicio de este ponente, no hay que psicologizar al niño, aunque sí se debe introducir la Psicología en los Centros de Educación. Comentó también el desembarco que ha experimentado el adolescente en un mundo social inhóspito.

En opinión de Marina, las nuevas tecnologías hacen que los adolescentes estén muy conectados, pero poco comunicados. Se preocupan mucho por la imagen corporal, sobre todo las chicas, y tienen problemas para adaptarse a las dificultades. Para edu-

carlos, señaló, se necesita la colaboración de todos, y en este aspecto resaltó el papel del médico general en la solución de los trastornos de los adolescentes. Para él, la función del médico general es equivalente a la del psicólogo en este aspecto.

Por su parte Bernabé Tierno expuso la idea de que hay que responsabilizar al niño de sus tareas y de que tienen que superar el principio del placer, si no es así, advirtió, aparecen el fracaso, las drogas, las malas relaciones paterno-filiales... Destacó, acto seguido, lo que considera los siete problemas más llamativos de los adolescentes, a saber: el retraso en la madurez, la dificultad para diferenciar, la incapacidad para empatizar, el excesivo culto a la imagen externa, la meta de ganar dinero sin esfuerzo, la asunción de las chicas del rol de los chicos y la necesidad de ser famosos.



Dr. Fernando Pérez Escanilla.

"Yoguríticos"

Por otra parte, citó el profesor Tierno una serie de conceptos, como que los adolescentes sienten mucho y piensan poco, se necesitan filósofos, la importancia del hedonismo, el sexo sin amor, la falta del sentido del límite; piensan que todo llega por sí solo; ahora los adolescentes son menos solidarios y más localistas, amén de que tienen dificultades para reflexionar. Considera este experto que los jóvenes no tienen referentes, de ahí que la televisión debería tener un papel educador, potenciando los valores de ayuda a la sociedad y facilitando la ayuda a los padres en la educación de sus hijos.

Para el doctor Javier Aizpiri, en los tiempos actuales lo que tenemos ante nosotros son lo que él denomina niños yoguríticos: la generación de invernadero, cuyas características residen en ser blandos, sin capacidad de acción y pertenecientes a la "movida inmóvil". Los culpables de dicha circunstancia, dice este psiquiatra, "somos nosotros, que los sobreprotegemos por miedo a que les pase algo".

En la relación de características que Aizpiri atribuye a las nuevas generaciones, añade que "son niños de algodón". Ahora dependen del grupo, mientras que fuera del grupo se aíslan. Duermen con ruido, no leen, el silencio les angustia. Tienen incapacidad para explorar el medio, no saben arreglar nada. No conocen el sacrificio y tienen serias dificultades para crear vínculos. Sus matrimonios serán inestables.

Hiperactivas

Las mujeres, en cambio, aduce este experto, son hiperactivas, (herencia de sus madres), pequeñas y de gran inteligencia. El varón no puede competir con ellas; los matrimonios se separarán y ellos volverán con sus padres. Quieren ganar, pero sin sacrificios. Esta nueva generación será incapaz de mantener el patrimonio.

Tras la exposición de los ponentes,

tuvo lugar un no menos interesante debate entre los asistentes, propiciado por los discusores. Del mismo cabe resaltar que los adolescentes no saben cuidarse, y que los padres carecen de los conocimientos suficientes para afrontar la educación de sus hijos. Por otro lado, entre las causas que han llevado a estas situaciones se citaron, entre otras, la existencia de un consentimiento y permisividad a ultranza por parte de los padres, influidos por la ideología

de izquierdas. También se hizo hincapié en que la televisión debería jugar un papel más educador. Sin duda, concluyeron tanto los ponentes y discusores como los asistentes a la Mesa, hay otros tipos de jóvenes, con otros valores, que no encajan en las características reseñadas, pero por desgracia la realidad aquí reflejada afecta a muchos de ellos.

Fernando Pérez Escanilla
Moderador

Pildoritas

Recurso de amparo. UGT-Sanidad ha presentado un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional frente a la sentencia del Supremo -16 de septiembre de 2002- que avala la legalidad del real decreto 1.753/98 sobre la homologación de Primaria. Según este sindicato, dicho decreto vulnera el derecho de igualdad ante la Ley recogido en el artículo 14, y los derechos recogidos en los artículos 27, 28.1 y 35 de la Carta Magna.

Emergencias. Unos 260 médicos de Primaria de toda España recibirán formación según los estándares del Plan Nacional de Reanimación Cardiopulmonar de la Soc. Española de Med. Intensiva,

Crítica y Unidades Coronarias, SEMICYUC, con el fin de obtener la habilidad de reaccionar en los casos de urgencia. Se calcula que unas 15.000 personas mueren en España cada año por no haber recibido asistencia médica a tiempo ante episodios cardiovasculares, una parada cardiorrespiratoria o un politraumatismo.

Enfermedades raras. La ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, ha confirmado la próxima creación del Instituto de Investigación Clínica y Básica de Enfermedades Raras, así como la constitución de un Departamento para la formación de especialistas, la creación de la Red sobre el tema en cuestión y el desarrollo

del Centro para la Investigación de Anomalías Congénitas. En la actualidad alrededor de tres millones de españoles -entre el 6 y el 8% de la población- padecen lo que está catalogado como enfermedad rara.

Sanidad pobre. España es el país que menos dinero destina a la sanidad de todos los que integran la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), según la CESM. Los últimos puestos los ocupan Portugal y Reino Unido, con unos 1.300 euros por habitante, frente a los 3.000 de Estados Unidos, colocado en el primer puesto. Por su parte, España gastó en 2001 un total de 1.062 euros por persona. A pe-

sar del bajo presupuesto de la sanidad española, la Organización Mundial de la Salud la considera una de las mejores del mundo.

Mala comunicación. Los médicos residentes de Atención Primaria empeoran progresivamente su capacidad de comunicación con los pacientes durante su proceso formativo, según el "Estudio sobre la calidad de la comunicación clínica de los médicos residentes", galardonado con el Premio de Investigación en Salud que otorga la Consejería de Salud de Andalucía. Una grave deficiencia si se tiene en cuenta que, según el propio estudio, "una comunicación de calidad hace que el médico diagnostique y trate mejor a sus pacientes".

Actividades de la SEMG. 2º semestre de 2002

(Acreditadas por la Comisión Nacional de Formación Continuada)

- **Curso de habilidades en Patología Respiratoria**

Murcia: 15 y 16 de noviembre
(Localidad: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia)

- **XVII Curso de Ecografía General en Atención Primaria**

Madrid, del 14 al 23 de marzo de 2003

Otras actividades

- **2ª Jornada Castellano-Leonesa de Medicina General**

Ávila, 16 de noviembre de 2002

- **V Encuentros da Medicina Xeral Galega**

Santiago de Compostela, 15 y 16 de noviembre de 2002

- **7ª Congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General**

Almagro, 29-30 de noviembre de 2002

- **III Congreso Interautonómico de Medicina General "Pirineos 2003"**

Participan las sociedades de Medicina General de Aragón, Cataluña, Navarra, País Vasco y La Rioja.

Formigal (Huesca), 26-29 de

enero de 2003

- **VI Jornadas extremeñas de Medicina General**

Zafra (Badajoz), 4 y 5 de abril de 2003

- **V Congreso Internacional de Ecografía Clínica**

Barcelona, 1, 2 y 3 de mayo de 2003

- **X Congreso Nacional y IV Internacional de la Medicina General Española**

Marbella, 4 al 7 de junio de 2003

Más información: 91 364 41 20