

Acceso de los profesionales a los prospectos de los medicamentos

Sr. Director: Aunque en la Unión Europea las falsificaciones de medicamentos no son un problema prioritario, ya se han denunciado algunos casos y la OMS considera este problema como uno de los que se debe tener en cuenta por lo que respecta a la distribución de medicamentos¹.

Una de las recientes medidas adoptadas en la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios ha sido el precintado de los envases de medicamentos. Esta medida, que sin duda mejora la seguridad de las especialidades farmacéuticas, tiene un efecto secundario (stricto sensu): se impide el acceso de los profesionales de la salud al contenido de la caja precintada. Son dos los elementos que encierra el embalaje de una especialidad farmacéutica que deberían ser conocidos por los profesionales: los prospectos y la propia forma farmacéutica.

Aunque la citada ley describe al prospecto como un elemento de información para el paciente (art. 15), los profesionales de la salud deberían poder conocer su contenido, para realizar una correcta información al paciente, ya que con frecuencia los prospectos son considerados complejos para ser comprendidos por los pacientes. Además, la apreciación de los individuos sobre los mensajes puede no ser la misma, requiriendo explicaciones más específicas y ajustadas a su comprensión².

Tradicionalmente, los farmacéuticos podían realizar esas dos tareas con facilidad, ya que los embalajes de los medicamentos se podían abrir, pero en la actualidad ningún profesional de la salud puede llevarlas a cabo. Los compendios de información más utilizados en España, *Vademécum Internacional* y *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas*, no resuelven este problema. Ninguno de ellos incluye el texto de los prospectos, sino el de los resúmenes de características de productos el *Vademécum Internacional* y unas monografías expresamente creadas para el *Catálogo de Especialidades Farmacéuticas*.

Palabras clave: Envases de medicamentos. Educación de pacientes. Información de medicamentos.

Al igual que hay una base de datos de resúmenes de características de productos y de prospectos para los medicamentos aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios debería hacer disponibles los prospectos de los medicamentos aprobados en España. La alternativa de que sea la industria farmacéutica la que haga disponibles estos documentos no ha funcionado correctamente en otros países³.

Blanca Argüello^a
y **Fernando Fernández-Llímós^b**

^aFarmacéutica comunitaria. León. España.

^bDoctor en Farmacia. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España.

1. World Health Organization. Counterfeit medicines (accedido el 27-11-2006). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs275/en/>
2. Berry DC, Raynor DK, Knapp P, Bersellini E. Patients' understanding of risk associated with medication use: impact of European Commission guidelines and other risk scales. *Drug Saf.* 2003;26:1-11.
3. Yegenoglu S, Aslan D, Acar A, Calgan Z. What is missing on their web sites? An evaluation of national and international pharmaceutical companies in Turkey. *Telemed J E Health.* 2005;11:684-91.

Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia

Sr. Director: El nuevo programa de formación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria incluye ya el paso obligatorio de los residentes de segundo año por centros rurales. Este medio ofrece al médico un contexto inmejorable para desarrollar los principios básicos de la medicina de familia. A esto se añade el hecho de que el futuro laboral de muchos de estos residentes estará ligado a la medicina rural. Sin

Palabras clave: Medicina. Rural. Docencia.

embargo, deberíamos recapacitar sobre ciertas circunstancias:

- El 47,9% de las unidades docentes no tiene ningún centro docente rural.
- No existen criterios mínimos de acreditación ni de centros ni de médicos rurales.
- Muchos residentes han sido ya formados por tutores rurales como tutores principales, sin haber tenido en cuenta las dificultades que han presentado respecto a otros de formación exclusivamente urbana: desplazamientos, escasez de recursos humanos y técnicos, tipo y volumen de la demanda, amplitud de programas tratados...

En la Unidad Docente de Don Benito-Villanueva (Badajoz) se han formado bajo estas premisas 3 residentes con resultados muy satisfactorios. Sirva esta experiencia para abrir camino al propósito del nuevo programa.

La luz: los residentes

El paso por el medio rural acerca al futuro médico de familia a la esencia de la especialidad: la proximidad al paciente y sus circunstancias. La figura del médico sigue siendo la de confidente y personaje público conciliador, clave en muchos aspectos personales, familiares y comunitarios. La particularidad rural facilita el acceso a información privilegiada para abordar la atención familiar y comunitaria, así como la puesta en marcha de intervenciones que en el medio urbano encontrarían muchas trabas. La limitación de recursos físicos y materiales puede compensarse con su optimización y, por supuesto, con la garantía de que los humanos sean sólidos y bien formados. Es quizá este especial manejo de la incertidumbre y del empirismo lo que facilite el verdadero «trabajo en equipo», que a veces se hace difícil en grandes centros de salud. La unidad básica asistencial es más «básica» que nunca, pero preparada para cualquier eventualidad. Lejos de los tópicos, la medicina rural es el paradigma de la medicina de familia, y son precisamente sus connotaciones las que le proporcionan su enorme potencial.

La sombra: el tutor

En el VI Congreso Mundial de la Organización Mundial de Médicos de Familia

CARTAS AL DIRECTOR

(WONCA) de Salud Rural, que se celebró en Santiago de Compostela, se resaltó entre otros aspectos la importancia de la formación de los médicos rurales y la necesidad de una mayor promoción y reconocimiento profesional. Pero el médico rural, aunque esté integrado en los centros de salud más cercanos, sigue en clara desventaja respecto a los compañeros urbanos:

– Desempeña mayores labores administrativas: apertura de historias, búsqueda y recogida de éstas, recepción de llamadas y avisos a domicilio y, en muchos casos, gestión de la cita a demanda.

– La escasa remuneración por desplazamiento no se corresponde con los kilómetros reales recorridos.

– Las condiciones y material de la consulta dependen de la colaboración y poder económico de los ayuntamientos.

– Frecuentemente, el médico rural atiende varias poblaciones distantes entre sí a lo largo de una misma mañana, con lo que programar distintos tipos de consulta es casi imposible.

– Se multiplica la variedad de patologías que hay que atender y muchas veces resolver debido a la distancia a la que está el hospital.

– Y a la hora de valorar este trabajo se emplea, con pocas diferencias, la misma cartera de servicios que en los centros de salud urbanos.

El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria se convierte en otro reto para la medicina rural. Aunque ya se venía haciendo docencia de posgrado en unidades docentes como la nuestra, se inicia esta aventura con escasa preparación del terreno. Vuelve a confiarse –como en tantas ocasiones– en la disposición altruista de los profesionales que deci-

dan colaborar y el buen hacer de las unidades docentes.

Isabel Ana Arroyo de la Rosa^a, Olga Guerrero Mayor^b, Alberto Barneto Clavijo^c y Teresa Güimil Salas^d

^aTutora Rural de Medicina Familiar y Comunitaria. Valdivia-Entrerrios. Badajoz. España. ^bMedicina Familiar y Comunitaria. Atención continuada de Quintana de la Serena. Badajoz. España. ^cResidente de tercer año en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Villanueva de la Serena. Badajoz. España. ^dMedicina Familiar y Comunitaria. Atención continuada de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Alcántara JD. Congreso WONCA Rural. El debate mundial de la medicina rural en Santiago de Compostela. Aten Primaria. 2003;32:3-5.

Gérvás J, Pérez M. Médicos rurales, médicos generales. Semergen 2006;32:107-9.

Martínez JA. La formación posgraduada en el medio rural. Semergen 2004;30:429-30.

Mendive JM. Salud rural en un mundo cambiante. Aten Primaria. 2004;33:59-60.

AGENDA

Cursos

La Escuela Andaluza de Salud Pública le informa de los próximos cursos en plazo de solicitud. Pueden encontrar sus programas:

www.easp.es/formacion

o clicando en el título de cada curso.

Plazo de solicitud: 02/03/2007

Utilidades del Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM)

Política retributiva, carrera profesional e incentivos en el Sistema Nacional de Salud

Curso básico de gestión en organizaciones sanitarias (modular)

Intervenciones efectivas para la promoción de hábitos saludables

Plazo de solicitud: 09/03/2007

La organización de la atención a personas con dependencia.

Métodos y técnicas de investigación cualitativa (semipresencial)

Actualización en ética de la investigación

Diseño de un protocolo de investigación

Plazo de solicitud 16/03/2007

Información sobre salud para ciudadanos en internet: ¿un recurso o una amenaza para los profesionales de la salud?

Cómo incorporar la perspectiva del ciudadano/a en la gestión de los centros sanitarios

Efectividad en enfermería comunitaria (semipresencial)

Plazo de solicitud 23/03/2007

Organización y gestión de la atención a la salud mental

Sistemas de financiación y gestión presupuestaria en el Sistema Nacional de Salud

La gestión del talento en las organizaciones sanitarias

Plazo de solicitud 30/03/2007

Seguridad del paciente (semipresencial)

El uso de la investigación genómica para la mejora de la salud

Estadística y epidemiología básicas (modular)

(para los profesionales del SSPA, existe la posibilidad de financiación de la matrícula de los cursos por parte del SAS; para ello se ha de rellenar la parte inferior de la solicitud de preinscripción a los cursos que encontrará anexa a este correo.

Consulte con los responsables de formación y de la unidad de apoyo al profesional de su centro).

Información:

Unidad de Marketing.

Escuela Andaluza de Salud Pública. C/ Cuesta del Observatorio, 4. 18080 Granada. España.

Tel.: 00 34 958 027400.

Fax: 00 34 958 027503.

marketing.easp@juntadeandalucia.es

www.easp.es