

## 681. RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA GOBERNANZA DE LOS PAÍSES IBEROAMERICANOS

M.T. Ruiz-Cantero, J. Fernández-Sáez, V. Clemente-Gómez, R. Umaña-Peña, M.J. Sánchez-Calderón

Universidad de Alicante; ESPOCH.

**Antecedentes/Objetivos:** Pese al aumento de los recursos financieros y ser a menudo el 1er objetivo de los gobiernos, muchos países no están en camino de alcanzar el objetivo de Desarrollo del Milenio relacionado con la reducción de la mortalidad materna (MM). La gobernanza de los países es uno de los determinantes de la MM sobre el que hay disparidad de criterios y escasa literatura sobre el impacto de la misma en la MM. Objetivo: analizar la relación entre los factores de la gobernanza y la mortalidad materna en Iberoamérica, en 2012.

**Métodos:** Estudio transversal ecológico para 2012, que utiliza el país como unidad de análisis sobre relación entre la gobernanza y la MM. Fuentes información: Estadísticas de Naciones Unidas, Banco Mundial, OMS/OPS. Se realizó un modelo de regresión lineal simple, y ajustado por riqueza (PIB).

**Resultados:** Controlado por la riqueza del país, se detectan asociaciones significativas entre la MM con las variables de la gobernanza: Control de la corrupción  $R^2 = 73,2\%$  ( $p = 0,001$ ), Estado de derecho  $R^2 = 73\%$  ( $p = 0,001$ ), calidad regulatoria  $R^2 = 70,9\%$  ( $p = 0,002$ ), efectividad gubernamental  $R^2 = 69,5\%$  ( $p = 0,003$ ), voz y rendición de cuentas  $R^2 = 68,3\%$  ( $p = 0,004$ ) y transparencia  $R^2 = 66,8\%$  ( $p = 0,003$ ). Todas estas variables se asociación inversamente.

**Conclusiones:** La mortalidad materna en 2012 está fuertemente relacionada con la capacidad y calidad gubernamental de los 19 países Iberoamericanos. En concreto, la MM se asocia con 6 de las 7 categorías componentes de la gobernanza. Afrontar la multicausalidad de la MM es un reto, entre los que se debe considerar y analizar el impulso político para la reducción de la corrupción, el desarrollo del estado de derecho, la calidad regulatoria, la efectividad gubernamental, el facilitar la voz y rendición de cuentas y la transparencia.

Financiación: Proyecto Prometeo. SENESCYT, Ecuador.

## 220. ACCESO A LA VENTA ONLINE DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS POR MENORES EN ESPAÑA

M.D. Perea

Asistencia Técnica Tragsatec en el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo.

**Antecedentes/Objetivos:** Existen datos de un rápido desarrollo del mercado de los cigarrillos electrónicos con escaso control y del incremento de su consumo en adolescentes, pero su seguridad y eficacia no han sido demostradas y son una potencial puerta de entrada al consumo de tabaco. La Revisión de la Directiva de Productos del Tabaco regulará estos productos, sin embargo la venta será competencia de los Estados miembros. La venta de cigarrillos electrónicos a menores está prohibida por la Ley 28/2005. Diversos estudios han mostrado la ineficacia de los dispositivos para impedir el acceso de menores a ventas de tabaco y alcohol por internet. El objetivo es explorar la disponibilidad de venta online de cigarrillos electrónicos en España a la que podrían acceder los menores y describir las principales características de estas páginas.

**Métodos:** Análisis transversal de las principales páginas de venta online de cigarrillos electrónicos en España. Para identificar las páginas se han realizado diversas búsquedas en Google, filtrando para obtener aquellas publicadas en castellano, en España y actualizadas el último mes. Tras las 166 primeras páginas, los resultados llegaron a la saturación. Se han eliminado páginas de noticias, blogs y foros. Se evaluaron sistemáticamente las características de estas páginas: presencia de advertencias/prohibiciones de venta a menores, comprobación de la edad, promoción de estos productos, precio, etc. Se realizaron simulacros de compra con el perfil de un menor.

**Resultados:** De las 83 páginas resultado de la búsqueda, 62 (75%) no presentaban ninguna advertencia de prohibición de venta a menores, las advertencias existentes fueron poco visibles (15/21, 71%). Todas las páginas permitieron seguir la compra hasta el pago sin consultar la edad o con métodos fácilmente eludibles por un menor y sin mencionar su comprobación en la entrega. Eran principalmente tiendas especializadas en cigarrillos electrónicos (80%) y generales de venta online, con heterogeneidad de productos y variedad de aromas, sabores y colores. Los principales argumentos de promoción fueron por orden: salud, ayuda para dejar de fumar, no contaminación, económico, comodidad de uso en todas partes, placer, calidad y elegancia. El precio medio de un kit de inicio/producto más barato fue 21,30 euros.

**Conclusiones:** Existe amplia disponibilidad de páginas de venta online de cigarrillos electrónicos, las medidas disuasorias del acceso a menores no parecen suficientes ni efectivas. Puesto que su seguridad y eficacia no han sido demostradas y la venta a menores está prohibida, deberían prohibirse las ventas online de los cigarrillos electrónicos como las del tabaco. Esto puede tener implicaciones en la transposición de la Directiva de los Productos del Tabaco y las políticas de control de tabaquismo.

## 677. ¿SIGUE LA AGENCIA EUROPEA DEL MEDICAMENTO SUS PROPIAS REGLAS? CUENTO CON MORALEJA

M.T. Ruiz-Cantero, A. Moreno-Mújica, E. Chilet-Rosell, N. Laguna-Goya

Universidad de Alicante; Administración General del Estado.

**Antecedentes/Objetivos:** Los sesgos de género en los ensayos clínicos (EC) se demostraron ya en los 90. Objetivo: analizar el cumplimiento del Informe Público Europeo de Evaluación (EPAR) de anticonceptivos y fármacos para la disfunción eréctil (FDE) realizado por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) respecto a sus recomendaciones de elaboración.

**Métodos:** Análisis del contenido sobre eficacia, seguridad, farmacocinética (FC) y farmacodinámica (FD) del EPAR de 3 anticonceptivos y 3 FDE, y de sus fichas técnicas. Fuente de información: Base de datos de EMA. Descriptores: "erectile dysfunction" y "contraception". Criterios exclusión: fármacos no autorizados, genéricos, que presenten el mismo informe.

**Resultados:** Los EPAR de FDE no aportan datos del nº de EC de seguridad de Viagra, ni de las fases de 3 de los 11 EC de Levitra. Faltan datos sobre fases de 2 de los 6 EC de eficacia de Viagra. Ni datos de absorción de Cialis y Levitra sobre biodisponibilidad absoluta y relativa (salvo en 2º EPAR de Levitra). No datos de interacción alimentaria de Cialis. El EPAR del anticonceptivo Zoely no aporta información de las fases de 4 de los 8 EC sobre seguridad. Eficacia bien descrita, excepto Zoely (no refleja datos de EC dosis-respuesta, respecto a evidencia preliminar de eficacia, y de plan y dosis recomendada). En FD: Faltan datos de Zoely y EllaOne sobre concentración plasmática y efecto, comparación placebo o medicamento de referencia, EC para tipos concretos de efectos adversos, e interacciones con medicamentos. En Zoely no coincide la dosis estudiada con la autorizada. No datos de las fases de los EC de FC de EVRA y EllaOne, ni de 1/6 EC de Zoely. Hay datos de interacciones alimentarias en todos los anticonceptivos, pero no de absorción, respecto biodisponibilidad absoluta ni relativa. La información de eliminación es reflejada, excepto en el aclaramiento y vida media de Zoely. El nº de EC de las interacciones con otros fármacos fue < en los anticonceptivos respecto a los FDE. Las reacciones adversas (RAM) en los EPAR son más frecuentes en anticonceptivos (Evra: 80%, EllaOne: 79%, Zoely: 75%) que en FDE (Viagra: 65%, Cialis: 66,7%, Levitra: 64,3%). Hay RAM en los EPAR que no aparecen en su ficha técnica (EVRA: 4, EllaOne: 10, Zoely: 3, 2º EPAR Cialis: 6, 2º EPAR Levitra: 1).

**Conclusiones:** La EMA no sigue sus propias guías de elaboración del EPAR al recomendar la aprobación de la comercialización de FDE

y anticonceptivos a la Comisión Europea con falta de datos relevantes sobre seguridad, FC y FD. Las diferencias observadas en los EPAR entre ambos tipos de fármacos, sugieren sesgos de género en la información sobre seguridad y FC.

### 330. PRIMUM NON NOCERE DEINDE PHILOSOFARI

A.J. López Díaz

SESPA.

**Antecedentes/Objetivos:** Se toma el lema del congreso para reflexionar acerca de los riesgos de la medicina y la sanidad.

**Métodos:** Se construye un discurso sobre la diferente naturaleza de los riesgos que el sistema sanitario y la medicina pueden hacer correr a los ciudadanos. Se utilizan referencias históricas, sociológicas y filosóficas. Se diferencian dos tipos de riesgo a los que podría hacer referencia el "Primum Non Nocere" al que se refiere el lema del Congreso: a uno se le denomina "riesgo existencial" al otro "deriva esencial". Se caracteriza la "medicina", la "ciencia" y la "sanidad". Se ensaya una reconstrucción del espacio social de la sanidad a partir de los tres componentes anteriores. Se enmarca ese espacio en su contexto y se analizan las contradicciones internas y externas al espacio de la sanidad.

**Resultados:** Se caracteriza a la medicina como una disciplina ética basada en la consideración totalizadora del otro con el que se mantiene una relación personal; a la ciencia como una construcción social cuya lógica es la de la verdad; y a la sanidad como un aparato del estado de carácter esencialmente moral (político). Estas notas diferenciales permiten realizar un análisis de las relaciones entre las tres ideas e identificar cómo su trazabón da lugar a una configuración social bien definida: el sector salud. La sistematización de las notas relevantes que caracterizan a las modernas sociedades democráticas de mercado permite su contraste con las del sector salud. Se constatan que los dos tipos de riesgos postulados son reales, diferentes y responden a ámbitos, lógicas y momentos diferentes. Se hace corresponder al llamado "riesgo existencial" y en consecuencia a una primera interpretación del Primum Non Nocere con los riesgos propios del ejercicio cotidiano de la actividad médica y sanitaria; se relaciona con la necesidad de hacer bien lo que se hace. Se hace corresponder a la llamada "deriva esencial" y en consecuencia a una segunda interpretación del Primum Non Nocere con el riesgo de desnaturalización de la medicina tal como se vino fraguando durante los dos últimos milenios. Se relaciona con la necesidad de preguntarse si se hace lo que se debe hacer.

**Conclusiones:** Conseguir que quien se acerca a un dispositivo sanitario pueda tener confianza en que tal dispositivo es seguro es una obligación de trabajadores, gestores y políticos. Evitar que la lógica de las mercancías termine con la medicina y la sanidad como mejores exponentes de una ética y una moral racional e igualitaria es tarea de los ciudadanos. Sólo ellos podrán salvarnos a nosotros, los médicos.

### 365. DILEMAS ÉTICOS Y LEGALES EN LA PSICOEDUCACIÓN EN HABILIDADES SOCIALES DE MENORES Y SUS FAMILIARES

F. Reyero Pantigoso, M.P. Baltasar Sánchez, M.I. Dios Tercero, L.F. Ruiz Martínez-Vara, C. Ramos Martín

Centro Madrid Salud Villaverde.

**Antecedentes/Objetivos:** En el Centro Madrid Salud (CMS) de Villaverde (Ayuntamiento de Madrid) la atención a los principios de Bioética de autonomía, beneficencia y equidad se tratan de compatibilizar con el de eficiencia, en un momento histórico de incertidumbre sobre las prioridades y con el matiz de que la eficiencia con un caso deberse también a su repercusión en el Desarrollo Comunitario, que es tarea más propia del Trabajo Social y la Salud Pública que de la Medicina Asistencial Dentro del Programa de Psiquiatria se lleva a cabo desde

hace años la psicoeducación de menores con dificultades de socialización, sea por retraimiento o por conductas disruptivas, a menudo asociados a trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Las expectativas de cambio, el sentido y la premura, mediante fármacos o con sólo la palabra, no son siempre coincidentes en el Menor, la Familia, la Escuela, los Educadores de Tiempo Libre, los Clínicos Asistenciales y los del Centro de Salud Pública. Al ser estrecha la relación entre los ámbitos, puede ser mayor el temor a la transparencia, y confundir las discrepancias sobre la Madurez del Menor y los modelos de asistencia sanitaria y educativo —público y privado, libre elección— y el de territorialidad del de Salud Pública Objetivo de Valorar la reflexión sistemática sobre dilemas éticos ligados a la psicoeducación de menores y sus familiares, en grupo y en individual, por un equipo multiprofesional (psiquiatra, psicólogo, ginecólogo, trabajo social, enfermería) y la asesoría de un abogado de familia.

**Métodos:** Evaluación cualitativa continuada al final de cada sesión.

**Resultados:** Este curso escolar 76 menores, de edades entre los 6 y los 17 años, repartidos en 7 grupos, han participado de modo continuado en grupo, a veces doblados de reuniones en paralelo de los familiares acompañantes y de atención individual de Salud Mental, de Sexual y Reproductiva o Alimentación. Los profesionales han mantenido una comunicación continuada entre sí sobre aspectos clínicos, sociales y éticos y de individuos y entornos, en particular para la privacidad entre a) los participantes en los grupos y las instituciones entre sí, b) el menor y su familia en crisis de la pareja conyugal o reconstitución del hogar con nueva pareja, o sobre conductas que el menor sufra o practique (abusos, acoso, maltrato, consumo de sustancias, anorexia...).

**Conclusiones:** Los cambios culturales y legislativos acerca de la primacía entre principios éticos, en particular de la autonomía del menor maduro, hacen útil incorporar sistemáticamente los aspectos éticos a los clínicos y sociales en la discusión sobre intervenciones con menores, familiares y profesores.

## Prácticas preventivas relacionadas con cáncer (Oral 10 minutos)

Jueves, 4 de septiembre de 2014. 09:30 a 11:00 h

Modera: Adonina Tardón García

### 441. PROPUESTA DE NUEVOS INDICADORES DE PARTICIPACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL: UNA MEJORA EN LA EVALUACIÓN DE SU IMPACTO POBLACIONAL

A. Burón, F. Macià, J. Grau, M. Andreu, M. Salvador, I. Torà, X. Castells, A. Castells

*Servicio de Epidemiología y Evaluación, Hospital del Mar; IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas); REDISSEC (Red de investigación en servicios de salud en enfermedades crónicas); Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic; Servicio de Digestología, Hospital del Mar; UD MPySP PSMAR-UPF-ASPB; Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBEREHD, Universidad de Barcelona.*

**Antecedentes/Objetivos:** Los indicadores de participación que actualmente utilizan los programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR) vienen determinados por las Guías Europeas y son similares a los de los programas de cribado de cáncer de mama. Sin embargo, características intrínsecas de la organización y de las estrategias actuales de prevención del CCR, así como de la propia naturaleza del