

Cartas a la directora

La salud pública en España, antes y después del sida

Public health in Spain: before and after AIDS

Sra. directora

Pese a que muchas personas han sufrido a causa del sida, al verse afectadas tanto físicamente (cánceres, efectos secundarios del tratamiento, trastornos neurológicos y dermatológicos) como en los ámbitos emocional (miedo, depresión) y social (marginación, rechazo), en España algunas áreas de la salud pública se han visto positivamente influenciadas, como las ciencias del comportamiento.

El sida mostró que los profesionales sanitarios no sabían gestionar sus emociones, lo que se reflejaba en un sufrimiento extra que deterioraba su salud, la relación con el paciente y el éxito de la intervención. Las habilidades emocionales que aprendimos pudimos aplicarlas a otras situaciones: pacientes terminales, oncológicos y crónicos; servicios de urgencias; preventivamente con cualquier paciente; y por último también con los clientes internos (colegas, jefes, subordinados).

La necesidad de que el paciente entendiera las consecuencias de «ser portador» y las diferencias con «tener sida», y la importancia de atenuar el impacto de la información, hizo que los profesionales optimizaran su comunicación para preguntar (en lugar de suponer), escuchar (en lugar de oír), empatizar (en lugar de minusvalorar) y reforzar (en lugar de criticar). Sembrar estos verbos generó confianza y ayudó a que los pacientes también los practicaran.

Era imprescindible realizar intervenciones que motivaran cambios en los comportamientos de riesgo (consumo de drogas, sexo sin protección) y promovieran conductas saludables, incluyendo la adhesión terapéutica. Tras revisar la bibliografía y las distintas estrategias, identificamos el modelo PRECEDE de Green y Kreuter¹ como el que permitía diagnósticos más ágiles para intervenciones más eficaces. Descubrimos que era más efectivo negociar propuestas que imponerlas, sugerir alternativas que ordenarlas. Ahí surgió ese «Decálogo de motivación para el cambio» que utilizamos para promover cambios duraderos en los hábitos del ciudadano, en la gestión de equipos y en la formación de formadores², en un contexto en el cual el sida se ha convertido en enfermedad crónica³ y es importante gestionarlo como tal.

Ahora, con la crisis económica generalizada y su impacto directo en la salud pública, llega el momento de recuperar la ética

del *counselling* para promover el respeto y el empoderamiento del otro, haciéndolo capaz de tomar decisiones y comprometerse. La honestidad se mantiene como principal vía para comunicarse y generar confianza⁴, y la humildad se hace imprescindible para afrontar los retos y pasar a la acción. Y damos un paso más para garantizar la sostenibilidad del cambio (personal y social) abogando por el *self counselling*⁵ como herramienta para promover la calidad y transmitir a todos los actores sociales implicados en la gestión del sida que el cambio empieza por uno mismo.

Declaraciones de autoría

Ambos autores han realizado conjuntamente y a partes iguales la argumentación y la redacción de la carta.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 1991.
- Bimbela JL. Cuidando al directivo, *Counselling* para profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010.
- March JC, Bimbela JL. ¿Existe aún el sida? *El País*, 11 de junio de 2012.
- Jovell AJ. La confianza, En su ausencia, no somos nadie. Barcelona: Plataforma; 2007.
- Bimbela JL. Self counselling o tecnología con alma. *Revista Humanizar*. 2012;121:6-7.

José Luis Bimbela Pedrola* y Joan Carles March Cerdà

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseluis.bimbela.easp@juntadeandalucia.es (J.L. Bimbela).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.006>

Medicamentos genéricos: efecto placebo y nombres de fantasía

Generic drugs: brand names and the placebo effect

Sra:

Recientemente he leído el interesante artículo titulado *Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia*, publicado en su revista¹. El trabajo me ha suscitado diversas ideas, las cuales me gustaría trasladar a los lectores de GACETA SANITARIA.

La modificación de 1996 de la Ley del Medicamento incluyó la creación de las «especialidades farmacéuticas genéricas». Estas especialidades se denominan mediante la Denominación Oficial Española de su principio activo, seguida por la identificación del fabricante, y por lo tanto carecen de nombres de fantasía. La ley exige al fabricante demostrar igual eficacia, seguridad, calidad y bioequivalencia que el original.

En el trabajo que da lugar a esta carta¹, seis de cada diez pacientes afirmaron que los genéricos tienen la misma calidad que los fármacos de marca, pero únicamente seis de cada cien optaría por un genérico. Los médicos tampoco están convencidos². Esta

consideración se apoya en su experiencia personal, como sabemos sometida a múltiples sesgos, pero también en algunas evidencias científicas³. ¿Qué puede estar ocurriendo?

En el efecto logrado por un medicamento debemos diferenciar el efecto farmacológico y el efecto placebo. El primero se produce por la interacción del fármaco con los receptores biológicos, y es independiente de la confianza; por el contrario, el efecto placebo es inducido por el propio individuo y requiere de su confianza. En los ensayos clínicos, por ejemplo, utilizamos el enmascaramiento para permitir que el placebo induzca su efecto.

Así pues, los genéricos que no concitan apoyo entre médicos y pacientes difícilmente resultarán igual de efectivos. Además, esta desconfianza del paciente, seguramente inducida en parte por la desconfianza del médico, se traduce en un mayor incumplimiento posológico, lo que redundará también en una menor efectividad, la cual reforzará las dudas de los médicos¹.

Probablemente la solución esté en una mayor formación de los clínicos, y en campañas informativas dirigidas a los pacientes^{4,5}, sin olvidar que hay intereses espurios en que se mantenga la duda. Además, en nuestra sociedad de consumo existen dos dogmas: que precio y calidad están directamente relacionados, y que la marca es la garantía del producto. Cuando afirmamos que los genéricos, más baratos y sin marca (en el sentido popular de la expresión), son igualmente eficaces, estamos atentando simultáneamente contra ambas creencias.

Se ha argumentado que la existencia de genéricos perjudica gravemente la capacidad investigadora de la industria. Esto no es cierto. Hay genéricos en el mercado porque el fármaco ya superó el tiempo de comercialización en exclusiva, y éste es el tiempo que se considera necesario para que la industria rentabilice sus inversiones. El debate, por tanto y en todo caso, estribaría en la duración del tiempo de comercialización exclusiva, y no en la lógica optimización de los limitados recursos públicos una vez existe competencia en el mercado.

Por último, y más allá de la cuestión económica, la prescripción de genéricos presenta un valor añadido en la medida en que el facultativo receta en términos de principios activos. Esto puede permitir aislarlo mejor de la influencia de las marcas. En esta misma línea argumental, quizás lo más razonable sería eliminar los

nombres de fantasía de las especialidades farmacéuticas, de forma que desde el principio de su comercialización saliesen al mercado bajo la denominación común española seguida del nombre del laboratorio propietario de la patente, al igual que ocurrirá una vez se conviertan en genéricos.

Contribuciones de autoría

F. Caamaño-Isorna es el único autor.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Sicras Mainar A, Navarro Artieda R. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia. *Gac Sanit.* 2010;24:473-82.
2. Ruiz-Rico T, Moreno Villar A, Nacle López I. Algunas reflexiones sobre los medicamentos genéricos. *Farm Hosp.* 2008;32:182-3.
3. Cañadillas-Hidalgo FM, Sánchez-Álvarez JC, Serrano-Castro PJ. Consensus clinical practice guidelines of the Andalusian Epilepsy Society on prescribing generic antiepileptic drugs. *Rev Neurol.* 2009;49:41-7.
4. Federman AD, Halm EA, Zhu C. Association of in come and prescription drug coverage with generic medication use among older adults with hypertension. *Am J Manag Care.* 2006;12:611-8.
5. Valles JA, Barreiro M, Cereza G. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. *Gac Sanit.* 2002;16:505-10.

Francisco Caamaño-Isorna^{a,b}

^a Área de Medicina Preventiva, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España
Correo electrónico: francisco.caamano@usc.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.11.013>

Consideraciones sobre la vacunación del adulto con enfermedad renal crónica

Considerations in the vaccination of adults with chronic kidney disease

Sra. directora:

En España la prevalencia global de la enfermedad renal crónica ha sido estimada, según el estudio EPIRCE¹, en un 6,8%, y en los mayores de 64 años aumenta hasta un 21,4%. No obstante, la prevalencia puede ser aún mayor en algunos grupos de riesgo. Un estudio realizado en atención primaria encontró que la prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes de tipo 2 fue del 34,6%².

Numerosos factores predisponen a los pacientes con enfermedad renal crónica a las infecciones, las cuales representan la segunda causa de muerte, en especial en los pacientes con insuficiencia renal terminal³. Pese a que muchos de los factores de riesgo para infección no son modificables (p. ej., edad o inmunosupresión),

pueden adoptarse algunas estrategias preventivas, incluyendo la reducción de la exposición a los agentes infecciosos de origen nosocomial (p. ej., evitando tanto los catéteres vasculares como los ingresos hospitalarios innecesarios) y las pautas efectivas de vacunación.

Entre las enfermedades inmunoprevenibles que afectan al paciente con enfermedad renal crónica, la neumonía neumocócica y la enfermedad neumocócica invasiva, así como la hepatitis B y la gripe, constituyen el blanco prioritario de las recomendaciones nacionales de inmunización de diferentes países, las cuales han sido objeto de revisión del grupo internacional Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)⁴. No obstante, debido a la menor respuesta a la vacunación en los pacientes con enfermedad renal crónica, en especial en la insuficiencia renal terminal, existe controversia acerca de la efectividad de la vacunación en estos pacientes. Según una reciente revisión⁵ comparando con pacientes sin enfermedad renal crónica, tan sólo entre el 50% y el 60% de los que tienen insuficiencia renal terminal desarrollan anticuerpos después de la vacunación contra la hepatitis B. Asimismo, sólo el 48% de los pacientes con enfermedad renal crónica mantienen