

## ¿Debemos optar por el medicamento esencialmente similar de menor coste?

Sr. Director:

En los países europeos en las últimas décadas se ha producido un considerable aumento de la factura farmacéutica<sup>1</sup>, dando la impresión de que el importe de la prescripción es excesivo<sup>2</sup>. En nuestro país, la contribución de la atención primaria a esta factura es superior al 75%<sup>3</sup>, lo que la sitúa en la diana de los programas destinados al control de la prescripción y oferta farmacológica<sup>4</sup>. Sin embargo, el intento de racionalizar la prescripción por la vía del recorte de la cobertura farmacéutica puede generar frustración y rechazo en la opinión pública<sup>4</sup>.

En todo caso, y sin considerar limitaciones de la cobertura farmacéutica, siempre discutibles, el médico de atención primaria dispone de posibilidades para la reducción del gasto. Distintos estudios han encontrado cómo la prescripción de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG, definidas en la Ley 13/1996 de Medidas fiscales, administrativas y del orden social) y la prescripción del medicamento esencialmente similar (MES, de acuerdo con la definición del RD 1910/1984, de menor coste) pueden reducir significativamente el coste de la prescripción<sup>5-9</sup>. En Galicia, en un estudio realizado sobre 400 médicos se valoró el ahorro que se podría lograr prescribiendo el MES de menor coste. Los autores cuantificaron el ahorro en torno al medio millón por facultativo, lo cual representa el 4% del gasto total<sup>5</sup>. También en Galicia, en el año 1998, se cuantificó el ahorro potencial por la prescripción de especialidades genéricas de cinco fármacos, encontrándose un ahorro potencial de 427 millones, cantidad que representa el 23% de lo gastado en estos fármacos<sup>6</sup>. Otro estudio de minimización de costes sobre los grupos antiúlceras péptica, hipolipemiantes e hipotensores cuantificó el ahorro potencial por la prescripción de los MES de menor precio en 972 millones, cantidad que representa el 3,6% del gasto total de 1997<sup>7</sup>.

Sin embargo, y a pesar del evidente ahorro que supondría la dispensación de estas especialidades, su prescripción sigue siendo muy limitada. La prescripción de genéricos no alcanza el 3% y el facultativo de atención primaria opta por el MES de menor coste únicamente en el 5-7% de las ocasiones<sup>5</sup>. Entre las causas de su baja prescripción se han citado: la lealtad de marca por parte del clínico, la inercia y falta de incentivos para el cambio, la duda sobre la calidad de las especialidades-copia, además de las reticencias de los pacientes.

Entre estas causas, probablemente una de las principales sea la percepción de que las especialidades-copia son de dudosa calidad<sup>10</sup>. Esta percepción puede estar relacionada con la duda que sobre su biodisponibilidad generó el hecho de que hasta el año 1993 no se les exigiera demostrar bioequivalencia. Y a pesar de que las especialidades-copia posteriores al RD 767/1993 y las EFG definidas por la Ley 13/1996 han demostrado bioequivalencia, y que a una gran parte de las especialidades-copia anteriores a 1993, en la medida que han modificado sus prospectos, se les han requerido también

demostración de bioequivalencia, la desconfianza generalizada ha calado en los facultativos, probablemente potenciada por la industria farmacéutica.

A menudo, los laboratorios farmacéuticos de referencia presentan al facultativo estudios que muestran la mayor biodisponibilidad de sus especialidades. Estos estudios son, en muchas ocasiones, encargados a instituciones de prestigio (universidades, institutos de investigación), aspecto que la industria se esfuerza en remarcar. Sin embargo, al tratarse de estudios financiados por los laboratorios, su difusión puede estar sujeta a que los resultados le sean favorables (sesgo de publicación) por lo que deben contemplarse con reservas.

Otra importante limitación que habitualmente presentan estos estudios es la variable respuesta considerada. Así, cuando al clínico se le presenta una «p» que avala la diferencia entre dos curvas de valores plasmáticos, cabe preguntarse: ¿esa diferente biodisponibilidad se traducirá realmente en una diferente efectividad del medicamento? En la mayoría de los casos la respuesta a esta pregunta es negativa, debido a los amplios márgenes terapéuticos que caracterizan a los medicamentos sustituibles.

Así, en ausencia de un argumento farmacológico que diferencie dos especialidades, la única consideración que se debe valorar es el coste<sup>11</sup>. Y, a pesar de que no les falta parte de razón a esa mayoría de los clínicos que se sienten ajenos a la política de precios y al doble juego de la Administración e Industria (¿cómo se justifican diferencias de precio de MES de hasta el 100%?, ¿cómo se explica la bajada de precios de múltiples especialidades con la entrada en vigor del sistema de precios de referencia?), no es menos cierto que en un contexto de recursos limitados cualquier prescripción lleva asociado un coste de oportunidad (está limitando otra posible actuación), por lo que la minimización de costes constituye un imperativo deontológico para el clínico<sup>11</sup>.

Además de la argumentación científica, ya el RD 1910/1984 y posteriormente el artículo 90 de la Ley del Medicamento amparan la bioequivalencia de los MES al permitir al farmacéutico sustituir marcas comerciales. Si la legislación autoriza al farmacéutico la sustitución, no deben existir limitaciones para que el médico, tras seleccionar debidamente un principio activo, una vía de administración, una dosis y una forma farmacéutica, prescriba la presentación de menor coste.

Podemos concluir, por tanto, que aprovechar la competencia de precios que ofrece el mercado farmacéutico con el objetivo de reducir costes no compromete en absoluto la calidad de la asistencia prestada y constituye una práctica legítima y ética que contribuye a una mejor utilización de los recursos que la sociedad destina a la sanidad.

**F. Caamaño / A. Figueiras / G. Pardo de Vera**  
*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.*  
*Universidad de Santiago. A Coruña.*

---

**Bibliografía**

1. OCDE. Health data 2000. [http://www.oecd.org/els/health/sources/Oecd\\_he.htm](http://www.oecd.org/els/health/sources/Oecd_he.htm).
2. Wilson R, Hatcher J, Barton S, Walley T. Influences of practice characteristic on prescribing in fundholding and non-fundholding general practices, *Br Med J* 1996; 313: 595-599.
3. Subdirección General de Atención Primaria. Indicadores de la prestación farmacéutica del SNS. Madrid: INSALUD, 1998.
4. Melguizo M. Las listas de medicamentos no financiados, ¿una limitación inevitable? *Aten Primaria* 1998; 22: 1-2.
5. Lado E, Caamaño F, Figueiras A. Variables explicativas del ahorro potencial de prescribir la especialidad equivalente de menor coste. *Gac Sanitaria* 1997; 10: 101.
6. Verdejo A, López L, Rodríguez C, Piñeiro B, Pereira ML. Introducción de las especialidades farmacéuticas genéricas en Galicia. *Aten Primaria* 1999; 24: 528-532.
7. Siles M, García FJ, Abad JM, Bazo E, Camarena Y, Muñoz F. Impacto potencial de medidas de minimización de costes en la prestación farmacéutica en atención primaria de Aragón. *Aten Primaria* 1999; 23: 352-358.
8. Ansa I, Agudo C, Artazcoz M, Carnicero J. Utilidad de la prescripción de genéricos en la contención del gasto en prestación farmacéutica. Análisis en la Comunidad Foral de Navarra. *Aten Primaria* 1996; 17: 411-414.
9. Castán S, García FJ, Martínez J, Sierra MJ, Solano VM, Peral A. Un estudio de minimización de costes en la prescripción de antiinfecciosos en dos áreas de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 33-42.
10. Walker R. Medicamentos Genéricos. *Salud 2000*, 1997; 12: 25-28.
11. Baber N. What constitutes good prescribing? *Br Med J* 1995; 310: 923-925.