

# Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos

A.J. García<sup>a</sup> / F. Martos<sup>a</sup> / F. Leiva<sup>b</sup> / F. Sánchez de la Cuesta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Farmacología y Terapéutica Clínica. Universidad de Málaga. España.

<sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Málaga. España.

*Correspondencia:* Dr. A.J. García. Departamento de Farmacología. Unidad de Farmacoeconomía e IRS. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. 29071 Málaga. España.  
Correo electrónico: ajgr@uma.es

*Recibido:* 25 de julio de 2002.  
*Aceptado:* 28 de enero de 2003.

**(Generic drugs: good or bad? Physician's knowledge of generic drugs and prescribing habits)**

## Resumen

En este artículo se analizan y exploran las respuestas de 1.220 médicos españoles que respondieron a una encuesta sobre medicamentos genéricos enviada a través de los colegios oficiales de médicos provinciales. A partir de los datos de la encuesta, que fue previamente validada, se obtuvieron 4 factores analizados: qué saben los médicos sobre los medicamentos genéricos (conocimiento); cómo se comportan ante la prescripción de estos medicamentos (actitudes y competencia profesional); cómo influirá la prescripción de estos medicamentos en el control del gasto farmacéutico y, finalmente, qué piensan los médicos sobre lo que debe ser un medicamento genérico. También se ha analizado qué factores o variables del médico (edad, tipo de contrato, especialidad, presión asistencial, etc.) influyen en estas opiniones y en qué sentido. En vista de los resultados obtenidos, creemos que la primera medida que habría que adoptar por parte de las autoridades sanitarias de nuestro país, si se quiere racionalizar el gasto mediante una buena política de medicamentos genéricos, será la de ofrecer más y mejor formación e información (clara e independiente) de lo que son las especialidades farmacéuticas genéricas.

**Palabras clave:** Medicamentos genéricos. Conocimientos. Actitudes. Opiniones.

## Abstract

In this article we analyze the responses of 1220 Spanish physicians who participated in a survey about generic drugs. A previously validated questionnaire was sent to physicians through the Spanish Medical Councils of the different provinces. Four items were analyzed: what doctors know about generic drugs (knowledge); physicians' prescribing habits concerning these drugs (attitude and professional competence); how prescription of generic drugs affects pharmaceutical costs and, finally, what doctors believe a generic drug should be. The influence of physician-related variables (age, type of contract, specialty, workload, etc.) on prescribing of generic drugs was also analyzed.

In view of the results, we believe that to rationalize expenditure through an appropriate policy on generic drugs Spanish health authorities should offer more and better training and information (clear and independent) about what generic drugs are.

**Key words:** Generic drugs. Knowledge. Attitudes. Opinions.

## Introducción

El Ministerio de Sanidad y Consumo español ha vinculado la política de implantación de los medicamentos genéricos con los precios de referencia con el objetivo de «racionalizar» el gasto en medicamentos, cuya tendencia natural, como lo demuestran las cifras de los últimos 10 años, es que se incremente anualmente entre el 5 y el 12%<sup>1,2</sup>. Pero, de la misma forma que se ha implantado esta medida, ¿se ha contado con la colaboración y cono-

cimientos del médico acerca de este tipo de especialidades farmacéuticas?, y algo que no deja de ser importante ¿qué actitudes tiene el médico hacia estos medicamentos?

## Objetivos

Nuestro objetivo general ha sido explorar y analizar las opiniones de los médicos acerca de las especiali-

dades farmacéuticas genéricas (EFG) en España. Además, se ha intentado saber cómo influyen determinadas variables o características de los médicos sobre estas opiniones.

la de Likert, que permitía 5 respuestas posibles: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

## Sujetos y método

### Población estudiada

Para realizar el estudio se diseñó una encuesta que, previamente validada, fue enviada a través de la Organización Médica Colegial (OMC) a todos los colegios médicos provinciales, y éstos las remitieron a los médicos por correo.

El número de respuestas obtenidas de las diferentes provincias españolas fue de 1.220; por tanto, en nuestro estudio se analizó la respuesta de estos médicos, que fueron los que respondieron a la encuesta (fig. 1).

Las características y el entorno de trabajo de los médicos que respondieron coinciden con los datos que posee la OMC y el Instituto Nacional de Estadística (INE) en cuanto a distribución por grupos de edad, sexo y especialidades médicas.

### Encuesta

La encuesta estaba dividida en dos secciones:

– *Sección A:* en ella se recogían los datos de filiación, personales y laborales de los médicos.

– *Sección B:* la encuesta contenía 13 ítems (tabla 1) que enunciaban una afirmación. Se requería del encuestado su valoración mediante una esca-

### Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS licenciado para la Universidad de Málaga.

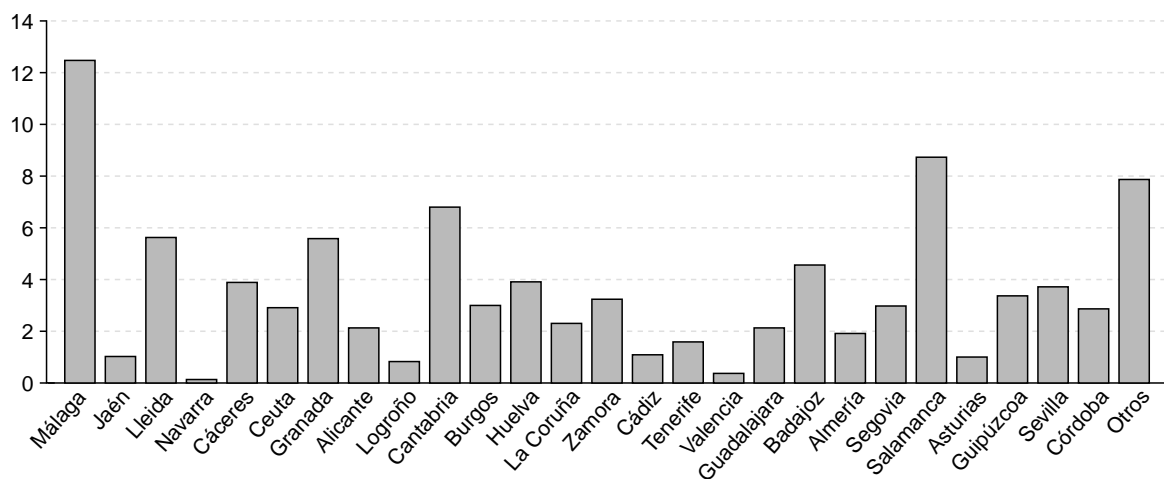
### Validación previa de la encuesta

El primer cuestionario, que incluía un total de 21 ítems, fue respondido por un total de 112 encuestados. Estas respuestas se recogieron durante la ejecución de cursos de formación para el Servicio Andaluz de Salud. Después se efectuó un análisis de fiabilidad mediante el modelo alfa de Cronbach, con el fin de obtener un modelo de consistencia interna de la escala de medida utilizada. Este modelo se basa en la valoración de la correlación entre todas las preguntas del cuestionario. El modelo permitió depurar la encuesta de aquellos ítems cuyas respuestas no fueran concordantes con lo que se quería realmente explorar, por lo que finalmente quedaron 13 ítems. Se obtuvo un valor alfa de 0,7858.

### Análisis factorial

Una vez obtenidas las respuestas de estos 1.220 médicos se procedió al análisis para tratar de conocer qué factores o dimensiones se esconden en las

Figura 1. Porcentaje de encuestas recibidas según la provincia española.



**Tabla 1. Ítem de la encuesta y porcentajes de respuestas de los 1.220 médicos que respondieron**

Ítem	Pregunta	Porcentaje de respuestas				
		TA	A	I	D	TD
1	El medicamento genérico tiene la misma bioequivalencia que el medicamento original de referencia	24	35	28	10	3
2	El medicamento genérico consigue los mismos efectos clínicos que el medicamento original con marca comercial	29	34	23	11	3
3	Un fármaco genérico ofrece las mismas garantías de calidad del preparado que una marca comercial	21	33	27	12	7
4	La prescripción por genéricos limita libertad de prescripción	17	28	9	30	16
5	La prescripción de genéricos es una medida de control del gasto farmacéutico	30	43	11	11	5
6	La utilización de genéricos supondrá un ahorro en el coste de los medicamentos para el paciente	23	45	16	12	4
7	La prescripción de genéricos disminuirá el gasto farmacéutico en atención primaria	26	39	20	10	5
8	La elección del fármaco prescrito es decisión del médico	75	22	2	1	0
9	El farmacéutico puede decidir el nombre comercial correspondiente al genérico prescrito	7	14	6	32	41
10	El cambio de la prescripción por el farmacéutico implicará responsabilidad de éste sobre reacciones adversas de la medicación	50	35	7	6	2
11	El medicamento genérico debe ser esencialmente similar al medicamento original de referencia	64	30	2	2	2
12	Los medicamentos genéricos deben ser comercializados bajo la Denominación Común Internacional (DCI)	44	46	8	1	1
13	Las versiones de medicamentos que son copias de otro original no deben ser consideradas medicamentos genéricos	30	33	19	13	5

TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indeciso; D: en desacuerdo, y TD: totalmente en desacuerdo

respuestas de los 13 ítems; se realizó un análisis factorial mediante el método de extracción de componentes principales, con una rotación normalizada varimax de Kaiser. La medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,843 y la prueba de especificidad de Bartlett demostró una  $\chi^2$  de 5.132,47, con una probabilidad de error alfa menor de 0,0001. Esto indica la existencia de información redundante, es decir, existen preguntas que exploran el mismo factor o dimensión. A partir de ello, este tipo de análisis nos permitió identificar 4 factores o dimensiones, que son los que realmente hemos estado explorando en la encuesta

sobre medicamentos genéricos realizada a los médicos españoles. La varianza total explicada por los 4 factores fue superior al 70%.

Una vez obtenidas estas dimensiones o factores, se analizó la influencia que las distintas variables estudiadas del médico (edad, tipo de contrato, especialidad, carga de trabajo, etc.) tienen sobre estos factores, realizándose mediante un análisis de ANOVA (*one-way*).

## Resultados

### Características de los médicos encuestados

**Total de encuestas recibidas.** El total de encuestas recibidas fue de 1.220, procedentes de diferentes provincias españolas (fig. 1).

**Edad.** La edad media de los médicos que respondieron se situó en 43 (9) años (rango, 25-80 años). El 84% de los médicos que respondieron a la encuesta tenían menos de 51 años.

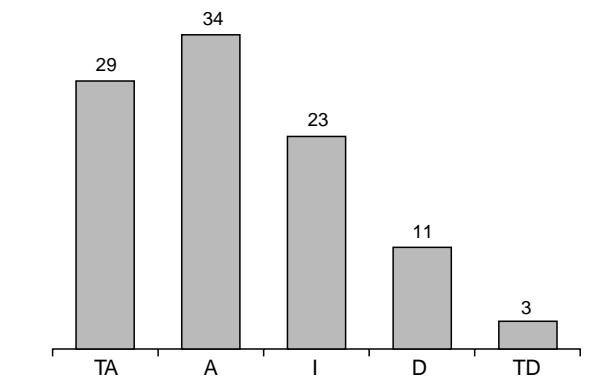
**Sexo.** El 68% de los médicos que respondieron a la encuesta fueron varones y el 32% mujeres.

**Lugar de trabajo.** El 34% de los médicos que respondieron trabajan en el medio rural, el 49% en el medio urbano y un 17% en un medio mixto.

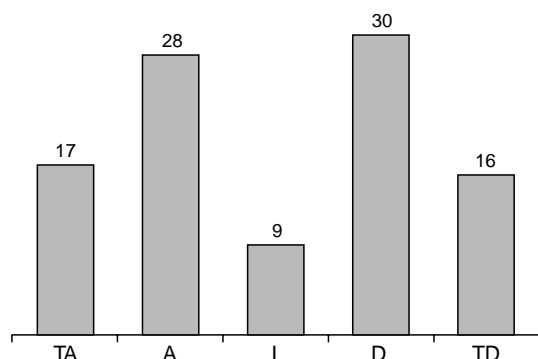
**Formación profesional.** El 26% de los encuestados son especialistas en medicina familiar y comunitaria, el 48% es médico generalista y el 26% tiene otro tipo de formación.

**Situación laboral.** El 22% de los médicos trabajan solos, el 68% lo hace integrado en un equipo básico de atención primaria (EBAP) y el 10% restante lo hace en otros ámbitos (hospital, mixto).

**Figura 2. El medicamento genérico consigue los mismos efectos clínicos que el medicamento original con marca comercial (porcentaje de respuestas). TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indeciso; D: en desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.**



**Figura 3. La prescripción de genéricos limita la libertad de prescripción (porcentaje de respuestas).** TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indeciso; D: en desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.



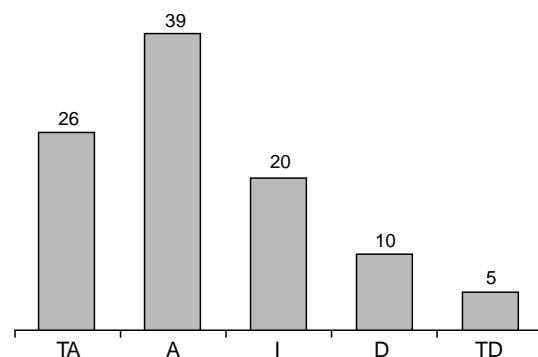
**Uso de historias clínicas.** El 74% de los médicos que respondieron a la encuesta las usan siempre, el 20% a veces, mientras que el 6% restante no las usa.

**Tipo de contrato.** El 57% de los encuestados es fijo, el 26% es interino, el 12% es contratado, mientras que el 5% restante pertenece a los MIR.

**Número de visitas en consulta/día.** El número de visitas en consulta al día que tienen los médicos que han respondido a la encuesta alcanza una media de 35,67 visitas (intervalo de confianza [IC] del 95%, 34,93-36,40).

**Número de visitas a domicilio/semana.** El número de visitas a domicilio a la semana que declararon los médicos que han respondido alcanza una media de 4,88 visitas (IC del 95%, 4,71-5,05). Este número de visitas se reparte de la siguiente forma: el 62% efectúa 1-5 visitas a domicilio; el 36% efectúa entre 5 y 10 visitas, el resto (2%) efectúa más de 10 visitas a domicilio a la semana.

**Figura 4. La prescripción de genéricos disminuirá el gasto farmacéutico en atención primaria (porcentaje de respuestas).** TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; I: indeciso; D: en desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.



### Opiniones de los médicos

En la tabla 1 se exponen las opiniones de los médicos que contestaron a la encuesta acerca de los diferentes enunciados. Existen 5 respuestas posibles (escala de Likert).

El análisis factorial de estos datos nos ha permitido identificar 4 factores o componentes de estas opiniones, que exponemos a continuación.

**Factor conocimientos.** Este primer bloque de preguntas pueden agruparse en lo que hemos denominado factor conocimientos (es decir, qué saben los médicos sobre las EFG), ya que existe una clara correlación entre los primeros 4 ítems (preguntas 1 a 4).

Así, los médicos que consideran que el medicamento genérico es bioequivalente, consigue efectos clínicos similares y tiene las mismas garantías de calidad que el medicamento original; opinan que su uso no limita la libertad de prescripción.

Estas opiniones, además, están relacionadas con ciertas características de los médicos, de las que destacamos:

- En relación con la edad: los médicos jóvenes demuestran un mayor nivel de conocimientos de los EFG que los de mayor edad ( $p = 0,000$ ).

- Los especialistas en medicina familiar y comunitaria demuestran un mayor nivel de conocimientos de los EFG que los médicos generalistas ( $p = 0,001$ ), y éstos mayor que los que poseen otro tipo de formación ( $p = 0,001$ ).

- En relación con la presión asistencial, los médicos con menor número de visitas en consulta al día demuestran un mayor nivel de conocimientos que los que sufren una mayor presión asistencial ( $p = 0,000$ ). El punto de corte utilizado fue la mediana (30 visitas/día).

**Factor ahorro.** En este bloque se estudian las opiniones de los médicos frente al posible ahorro económico derivado de la utilización y uso de las EFG, es decir, hasta qué punto pueden contribuir a la contención del gasto farmacéutico.

Existe una clara concordancia entre los 3 ítems (preguntas 5, 6 y 7), ya que los médicos que consideran que el medicamento genérico disminuye el gasto en atención primaria también creen que es un ahorro para el paciente y que puede contribuir al control del gasto farmacéutico.

Entre las características profesionales que están relacionadas con estas opiniones podemos destacar la formación profesional de los encuestados y su situación laboral:

- Respecto a la formación profesional: los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria creen más en este posible ahorro que los médicos generalistas, y éstos, a su vez, más que los especialistas en

otras ramas de la medicina (aunque las diferencias no fueron significativas).

– En relación con la situación laboral: los médicos que trabajan integrados en un EBAP están más de acuerdo con el posible ahorro de los medicamentos genéricos que los que trabajan solos o lo hacen en otros ámbitos ( $p < 0,05$ ).

**Factor competencia profesional.** En este bloque se estudian las opiniones de los médicos acerca de su actitud frente a la prescripción y dispensación de los medicamentos genéricos (preguntas 9 y 10 de la tabla 1).

Estas opiniones están relacionadas con ciertas características de los médicos, de las que podemos destacar la presión asistencial de los encuestados. Así, los médicos que tienen mayor número de visitas/día están más de acuerdo en que la elección del fármaco es decisión del médico ( $p = 0,003$ ) y que, si se produce el cambio, éste debe implicar responsabilidad legal (tabla 1). No están de acuerdo en dejar en manos del farmacéutico la elección del nombre comercial (tabla 1).

**Factor actitud ético-legal.** Con este factor se estudian las actitudes (en cuanto a esencia, forma y consideración) de los médicos en relación con las EFG (preguntas 11, 12 y 13 de la tabla 1).

Este factor demuestra una concordancia directa entre las respuestas afirmativas a que los medicamentos genéricos deben ser esencialmente similares al medicamento original de referencia y comercializados bajo la denominación común internacional, e inversa con considerar a las copias como genéricos ( $p < 0,01$ ).

Estas opiniones están relacionadas con ciertas características de los médicos, como son la edad y el tipo de contrato laboral. Así, los médicos entre 50 y 65 años ( $p = 0,052$ ) y con contrato fijo ( $p = 0,005$ ) son los que se muestran más de acuerdo con esta actitud ético-legal hacia las especialidades farmacéuticas genéricas.

---

## DISCUSIÓN

### *Respecto al sesgo de los encuestados*

A partir del análisis de los datos surge una serie de interrogantes: ¿cuántos médicos han recibido la encuesta y cuántos no? ¿Por qué algunos han respondido a la encuesta y por qué la mayoría no?

Se apreciaron diferencias en el número de encuestas recibidas de unas provincias a otras, y también es destacable el hecho de no haber recibido ninguna respuesta de la mitad de ellas. De aquí surge el siguiente interrogante: ¿por qué existe esta diferencia en el número de encuestas respondidas según la provincia?

Sin embargo, la muestra obtenida parece ser representativa, pues coincide aproximadamente con la distribución de médicos en cuanto a sexo, grupos de edad y especialidades que existe en España<sup>1</sup>.

### *Respecto de las opiniones de los médicos*

La dualidad de respuesta encontrada respecto al ítem sobre libertad de prescripción (en la que no se decantan las respuestas: 45 frente al 46%) puede deberse no sólo a la formulación de la pregunta, sino también a que el genérico puede ser una alternativa neutra de prescripción, pero las medidas que la Administración toma para su implantación pueden originar la polémica.

En cuanto a las respuestas de la pregunta sobre la bioequivalencia de los medicamentos genéricos, tampoco hay una contundencia clara. Creemos que este hecho puede deberse a una laguna formativa o informativa, ya que la necesidad de realizar estudios de bioequivalencia está recogida en la definición española de especialidad farmacéutica genérica<sup>3-5</sup>.

En un estudio realizado sobre las actitudes de los médicos de atención primaria hacia los medicamentos genéricos, los resultados demuestran que sólo el 69% de los médicos mencionan aspectos relativos a la equivalencia terapéutica de las especialidades farmacéuticas genéricas<sup>6</sup>.

En este sentido, la calidad de los medicamentos genéricos está garantizada por toda la documentación técnica y administrativa que exige la Administración Sanitaria para su autorización y registro, pero parece que los médicos españoles no perciben esto de una forma tan clara.

### *Respecto al ahorro de los genéricos*

La implantación de una política de especialidades farmacéuticas genéricas está íntimamente relacionada con el sistema de precios de referencia<sup>4,7</sup>. Este sistema debe ser necesariamente aceptado por los médicos, y el peligro de la imposición de los precios de referencia sin la aceptación y colaboración de los médicos está en el denominado efecto J. En él, tras un período inicial de ahorro, se puede producir un sostenido aumento del gasto farmacéutico por el desplazamiento de las recetas hacia medicamentos de última generación, más nuevos, en los que la patente aún no ha caducado y, por tanto, aún no existen medicamentos genéricos y no están sometidos a los precios de referencia<sup>8</sup>. Esto se ha demostrado en un estudio realizado en Málaga, donde se analizó el consumo y la utilización de los antihipertensivos desde la introducción de las EFG (IECA y ARA II) en los que ha habido un notable e im-

portante desplazamiento a favor de los fármacos más novedosos<sup>9</sup>.

En nuestro estudio, a pesar de la alta tasa de respuestas favorables acerca de que las EFG pueden controlar el gasto farmacéutico y será menos gravoso para el paciente (tabla 1, preguntas 5, 6 y 7), nos llama la atención la existencia de un porcentaje de respuestas (en torno al 16%) que considera que los genéricos no servirán como medida de ahorro y contención del gasto farmacéutico.

Los resultados de un estudio que se realizó sobre la utilidad de la prescripción de EFG en la contención del gasto de la prestación farmacéutica<sup>10</sup> concluyen: «la utilización de medicamentos genéricos disminuiría el gasto en prestación farmacéutica con resultados comparables a los obtenidos mediante negociación con la industria y con el colectivo farmacéutico y de efecto más duradero, ya que representaría una modificación en los hábitos de prescripción de los médicos».

Es evidente que la prescripción de medicamentos genéricos contribuye a la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud, al generar un ahorro que puede repercutir positivamente en el propio sistema sin perder calidad ni libertad de prescripción<sup>11</sup>.

Así, diferentes estimaciones realizadas indican que por cada 1% del consumo que se dispense en medicamentos genéricos podría obtenerse un ahorro entre el 0,2 y el 0,6% de la facturación farmacéutica<sup>4</sup>, dependiendo del nivel de precios existentes en el país correspondiente. Sin embargo, en nuestro país, en el año 2001 se vendió un 5,33% de medicamentos genéricos (respecto del total de envases vendi-

dos), y el ahorro real obtenido por las EFG fue sólo del 0,7%<sup>9</sup>.

#### *A modo de resumen*

De todo lo expuesto anteriormente, se puede deducir que la primera medida a tomar con vistas a conseguir el objetivo de racionalizar el gasto sanitario a través de la implantación de los medicamentos genéricos será la de aumentar el nivel de conocimientos de los médicos, en general, sobre estos medicamentos. Es decir, en primer lugar, habrá que proporcionar más y mejor formación e información (clara e independiente) de lo que son las especialidades farmacéuticas genéricas a los médicos españoles.

Las medidas que se pueden tomar para modificar los hábitos de prescripción se pueden agrupar en dos categorías: administrativas y educativas. Si lo tienen, el efecto de las medidas administrativas es más o menos inmediato, pero de corta duración. Las medidas educativas producen efectos más lentos, pero también más sostenidos. El hecho de que tardan en producir su efecto las hace poco atractivas para políticos y gestores sanitarios, que buscan efectos inmediatos<sup>12</sup>.

---

#### **Agradecimientos**

A todos los médicos participantes en la encuesta, gracias a ellos se amplía el horizonte del conocimiento sobre los medicamentos genéricos. A la Fundación Merck por su ayuda desinteresada y financiación parcial de este proyecto.

---

#### **Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos de consumo, 2001. [consultado el 10-7-2002]. Disponible en: <http://www.msc.es/>
2. La Industria Farmacéutica en cifras. Madrid: Farmaindustria, 2001.
3. Díez MV, Errecalde MF. Aclaraciones al concepto de genérico. Información Terapéutica del SNS 1998;22:68-72.
4. Moreno González A, Cuéllar Rodríguez S, Díez Rodríguez M, García Arenillas M, Portolés Pérez A, Vargas Castrillón E, et al. ¿Genéricos? 100 preguntas más frecuentes. Madrid: Edimsa Editores Médicos S.A., 2000.
5. Ley 13/1996 de acompañamiento de los presupuestos, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del orden Social. Boletín Oficial del Estado nº 315, de 31 de diciembre de 1996.
6. El 93 por ciento de los médicos de AP opinan que el empleo de medicamentos genéricos no supone una merma en la atención sanitaria. En: El médico interactivo, Diario Electrónico de la Sanidad [consultado el 16-7-2002]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico>
7. Real Decreto 1035/99, de 18 de junio de 1999, por el que se regula el sistema de Precios de Referencia en la financiación de Medicamentos con cargo a Fondos Estatales afectos a la Sanidad. Boletín Oficial del Estado de 25 de julio de 2000.
8. Sánchez de la Cuesta F. La cultura del genérico no se debe implantar a golpe de Real Decreto. OMC-Revista del Consejo General de Colegios Médicos de España 1999;63: 14-6.
9. García Ruiz AJ, Martos Crespo F, Blanco Reina E, Sánchez de la Cuesta F. Simulación económica sobre la aplicación y desarrollo de la OM y RD de precios de referencia. XXII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Pamplona, 29-31 de mayo del 2002.
10. Ansa Erice I, Agudo Pascual C, Artazcoz Sanz M, Carnicero Giménez 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;17:411-4.
11. Díaz Madero A, López Ferreras A. Prescripción de genéricos en el Área de Salud de Zamora. Beneficios para el usuario y el Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria 1997;20:499-504.
12. Bosch M, Arnau JM, Laporte JR. Utilidad de protocolos, formularios y guías terapéuticas para promover la prescripción racional de medicamentos. Información Terapéutica del SNS 1996;20:41-7.