



CUADERNOS DE INVESTIGACIÓN

La construcción social del medicamento genérico

Julián García Bayón
Director: Fernando Villaamil

CI 05/2012
ISSN: 2530-3570



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



Índice

1. RESUMEN	5
2. PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA	5
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	16
3.2. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA	24
3.3. OBJETIVOS:	26
3.4. HIPÓTESIS:.....	26
4. DISEÑO METODOLÓGICO	27
4.1. UNIDADES DE ANÁLISIS.....	27
4.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	27
5. BIBLIOGRAFÍA	28
6. ANEXO	31

1. RESUMEN

La implantación del modelo de receta por principio activo y la presencia cada vez más numerosa de los genéricos entre los medicamentos con precios de referencia son hechos sociotecnológicos donde se ponen en liza otros muchos dominios, además de los biosanitarios: la necesidad institucional de conjugar eficacia con sostenibilidad; la disparidad de criterios sobre intercambiabilidad manejados por los pacientes, los prescriptores, los administradores, los legisladores y los productores de medicamentos; el grado de permeabilidad o resistencia a las políticas públicas; la hegemonía de la ciencia; la presión de los intereses mercantiles; el impacto de las marcas en el consumo; el protagonismo de los incentivos en la explicación de los cambios... La existencia de legislaciones diferentes entre países de la Unión Europea, tiene un fiel reflejo en las comunidades autónomas de nuestro país, algo que complica la percepción homogénea de la identidad del fármaco. Los criterios que marcan las similitudes o diferencias entre medicamentos no son unívocos y se prestan a interpretaciones que son resquicios donde se insertan lógicas y estrategias discrepantes. Aunque intervienen pluralidad de fuerzas hay dos polos principales que catalizan las tensiones del hecho social estudiado: La figura del legislador/prescriptor como regulador del fármaco y la del paciente como consumidor sui géneris. Ambas se dibujan y desdibujan resaltadas u opacadas sobre un fondo irregular que llamamos principio activo y sobre el que se imprimen además, como en blanda cera, huellas dactilares de otros muchos actores.

2. PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA

La crisis económica, como factor coyuntural, junto a otras causas estructurales—como el progresivo envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la cada vez mayor dependencia tecnológica en la investigación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades— han encarecido los productos sanitarios, lo que ha llevado a algunas

administraciones a cuestionar la viabilidad y sostenibilidad del sistema sanitario de cobertura universal. En este contexto macroestructural, a través de un arbitraje estatal en el que algunos estudiosos del Estado del Bienestar han visto una suerte de capitalismo intervenido (Monereo y Moreno, 1997), se elaboran estrategias que buscan, por un lado, respetar la libre competencia de los mercados y por otro, asegurar la asistencia sanitaria a una amplia mayoría de la población. Este esfuerzo por mitigar las posibles desigualdades generadas en el libre mercado ha dado importantes frutos en lo que respecta a la racionalización del gasto farmacéutico. Esta política persigue, entre otros objetivos, la reducción de los precios de referencia (PR) y la inserción dentro de esta categoría de una cantidad cada vez mayor de medicamentos genéricos¹. Con el sistema de precios de referencia el Ministerio de Sanidad se reserva la competencia de fijar precios mínimos a ciertos fármacos. Tiene validez para todo el territorio nacional y se define como el tope máximo que el Servicio Nacional de Salud (SNS) está dispuesto a pagar a las farmacias por las presentaciones de medicamentos incluidos en un conjunto a través del sistema de abono de las recetas. Esto supone que todos los fármacos que superen ese precio quedan excluidos de la financiación pública. Se entiende por conjunto la totalidad de las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo, y entre las que exista, al menos, un medicamento genérico². Para establecer

1 En 2008 el 46,77% de las presentaciones de medicamentos dispensadas al SNS están sujetas a precios de referencia. Dentro de estas, el 85,04% corresponde a medicamentos genéricos frente al 22,26% que son medicamentos de marca. Las ventas en unidades de medicamentos con precio de referencia representan el 36,15% del total del mercado de medicamentos del SNS, pero solo el 19,74% en importe a PVP. Este menor porcentaje del importe se debe a que el precio tasado (7,76 € de media) es inferior al de los medicamentos no tasados (14,21 € de media).

Por otra parte el 71,0% de las presentaciones de medicamentos sujetas a precios de referencia dispensadas al SNS son medicamentos genéricos por lo que tienen el mayor peso respecto de las unidades vendidas, el 54,52% en 2008. En términos de PVP el mayor peso lo tienen los medicamentos de marca -el 55,31%-, que tienen un precio medio un 48,38% superior al de los medicamentos genéricos. (En *Utilización de medicamentos*, p.23)

2 En el artículo 93.2 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de

el PR de cada conjunto se usará la matriz del coste tratamiento/día menor de entre las presentaciones de dicho conjunto. La inclusión de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG) en los conjuntos de PR ha supuesto una rebaja de estas matrices, pues los genéricos suelen tener los costes tratamiento/día menores, lo que ha favorecido el ahorro de los SNS pero también la caída de los beneficios farmacéuticos, pues se rebajan sus márgenes de ganancia.

La implementación de una política pública se traduce en una modificación (ligera o más profunda) de las interacciones entre los agentes implicados. Cuando esta política tiene además como epicentro un dominio de la ciencia o una sustancia curativa, entonces las convulsiones pueden ser aún mayores pues se cuestionan los límites de realidades culturales que, siendo re-construidas, refuerzan su propiedad procesual y el carácter incoado (J. Fernández, 1986) de sus protagonistas. Decía Pitt-Rivers³ que “un sistema de valores es una colección de conceptos que están relacionados mutuamente y que los diferentes grupos de condición aplican en las distintas situaciones”. A lo largo del presente trabajo intentaremos analizar los esfuerzos de traducción⁴ que des-

abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones puede leerse: “Los conjuntos incluirán todas las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración entre las que existirá incluida en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, al menos, una presentación de medicamento genérico o biosimilar, salvo que el medicamento o su ingrediente activo principal hayan sido comercializados durante un mínimo de diez años en un Estado miembro de la Unión Europea, en cuyo caso no será indispensable la existencia de un medicamento genérico para establecer un conjunto”.

3 Citado en Sanmartín(1999, p. 87)

4 En los términos que lo plantea Michael Callon (1986, p.22): “La traducción es el mecanismo por el cual los mundos social y natural toman forma progresivamente. El resultado es una situación en la cual ciertas entidades controlan a otras. Comprender lo que los sociólogos por lo general llaman relaciones de poder significa describir la manera como se define a los actores, cómo se les asocia y simultáneamente se les obliga a permanecer fieles a sus alianzas. El repertorio de la traducción no sólo está concebido para dar una descripción simétrica y tolerante de un proceso complejo que mezcla constantemente una variedad de entidades sociales y naturales. También permite una explicación de cómo unos pocos obtienen el derecho de expresar y representar a los numerosos actores silenciosos de los mundos

pliegan los distintos actores en su deseo de lograr (imponiéndolo, evitando que otros lo impongan o alcanzando un consenso) un acuerdo entre particulares “colecciones de conceptos”.

El genérico en su laberinto

Para conocer mejor los parámetros de esta construcción del medicamento genérico vamos a hacer una descripción del producto de consumo en el que desembocan una gran variedad de dinámicas socio-culturales.

En España los primeros genéricos se introdujeron en 1997 y desde entonces su cuota de mercado ha ido aumentando año tras año (Figura 4 del anexo) tanto en euros como en unidades. En 12 años –hasta finales de 2009– se consiguió incluir en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud un total de 6.271 medicamentos genéricos, lo que representa el 42% del total de los medicamentos incluidos en la prestación, que asciende a un total de 14.930, como apunta Iñesta (2011, p.40). Sin embargo, el mercado de genéricos en España durante los meses que van de julio 2010 a junio 2011 tan solo representó el 10% del total del mercado farmacéutico en valores (€) y el 23% en unidades⁵. (Ver Tabla 3 y Figura 4).

Cuando se pretende modificar un hábito de consumo, los esfuerzos se encaminan principalmente a convencer a los potenciales consumidores de las ventajas de la nueva fórmula. Si hablamos de un producto como el medicamento subvencionado con fondos públicos—donde las distorsiones en el proceso de elección, administración y pago (Menéndez 1981, Lakoff 2003) son tan fuertes—, las estrategias aplicadas al triunfo de la sustitución van a ser fuertemente cuestionadas. Las administraciones tienen como objetivo un ahorro que hasta que no se ha trasladado a la cartera del consumidor⁶ parece que no ha

natural y social a los que han movilizad”

5 AESEG en <http://www.aeseg.es/es/medicamentos-genericos-en-espana>

6 Las fórmulas de copago recientemente aprobadas en el Real

empezado a dar sus frutos. Sin embargo, lo que unos ahorran (administración, consumidores) otros dejan de ganarlo (laboratorios, farmacias y farmacéuticos) al tiempo que los árbitros o ejecutores (legisladores, médicos) no siempre se conforman con ser juez y en ocasiones se hacen parte.

La administración presenta el genérico—más allá del argumento crematístico, donde sus ventajas parecen incuestionables—no como un producto mejor, sino como algo no menos bueno que el medicamento de marca, de modo que su ventaja estriba en ser, al menos, igual al modelo (en términos biosanitarios). De aquí parten unas discusiones sobre equivalencia que se convierten en el verdadero quid de la cuestión. Manejadas según qué propósito pueden ser eximentes, atenuantes o agravantes en el juicio social al medicamento genérico. Veamos en qué forma.

El procedimiento exigido por las instituciones de control para que un medicamento acredite eficacia y seguridad pasa por la aplicación de ensayos clínicos adecuadamente diseñados. Pero hay dos excepciones a esta norma obligatoria: a) cuando una misma compañía quiere comercializar, por ejemplo, una nueva forma⁷ farmacéutica de su propio medicamento y b) cuando se comercializa un medicamento genérico. En ambos casos se pueden omitir los ensayos clínicos y basta con que se compare —y demuestre—la equivalencia del nuevo producto con el de un medicamento ya autorizado (que se denomina medicamento de referencia) para que el nuevo producto sea aprobado por las agencias estatales de medicamentos. La ausencia de inversión en los diseños y ensayos clínicos es uno de los argumentos que justifican el generalmente reducido precio de las especialidades genéricas (Cuesta Terán, 2010); otra explicación se basa en el hecho de que sean las

Decreto-ley 16/2012 parece que vienen a corregir el efecto de esta rebaja sobre el bolsillo del consumidor en aras de un ahorro que recaerá principalmente en el desembolso público de las administraciones.

⁷ Una nueva suspensión oral en lugar de los comprimidos originales, por ejemplo

administraciones las que se encarguen de tasar los precios máximos de los genéricos, fijándolos siempre a la baja (Arieta et al., 2010).

¿Qué es un genérico?

Se consideran especialidades farmacéuticas genéricas⁸ aquellas que tengan el mismo principio activo y la misma dosis que el medicamento de referencia, aunque pueda diferir en los excipientes (principios inactivos); los genéricos deben tener la misma forma (polvo, espuma, granulado, parche, líquido, supositorio) farmacéutica que el medicamento de referencia, salvo en el caso de que se trate de formas de liberación inmediata, donde la alternativa (cápsulas o comprimidos) se considera dentro de la misma forma; para todos los miembros de la UE, así como en Suiza y Australia los derivados (sales, ésteres, éteres, isómeros, mezclas de isómeros) de un principio activo se consideraran el mismo principio activo, pero en EEUU y Canadá no es así.

Las cuestiones sobre bioequivalencia plantean dudas sobre el medicamento en el área más sensible, que es la que se refiere a su identidad. Súmese el resultado de las siguientes cuestiones y se obtendrá un algoritmo que es lo que hace distinto (y por lo tanto igual a otros de su especie) a un medicamento: Qué principio activo, en qué cantidad, qué sustento qué-

⁸ Literalmente: "Todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad. Las diferentes sales, ésteres, éteres, isómeros, mezclas de isómeros, complejos o derivados de un principio activo se consideraran un mismo principio activo, a menos que tengan propiedades considerablemente diferentes en cuanto a seguridad y/o eficacia. Las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata se consideraran una misma forma farmacéutica. El solicitante podrá estar exento de presentar los estudios de indisponibilidad si puede demostrar que el medicamento genérico satisface los criterios pertinentes definidos en las correspondientes directrices detalladas"

(Directiva 2004/27/CE, en <http://www.boe.es/doue/2004/136/L00034-00057.pdf>)

mico, qué excipiente, qué presentación, qué envase, qué laboratorio. En cada una de estas preguntas se esconde una cifra, un valor, una categoría, un principio objetivador que provoca, en muchas ocasiones, un conflicto de intereses. Por eso es conveniente relativizar los resultados de un saber construido sobre la equivalencia de dos realidades sometidas a análisis y por eso será tan valiosa culturalmente la respuesta dada a estas preguntas.

Por lo tanto, para determinar si los medicamentos de referencia son iguales a los genéricos hay que establecer primero las premisas de tal igualdad. Esta equivalencia no responde a fórmulas universales, pese a nacer en el ámbito de una ciencia que parece disfrutar del privilegio de traducir la realidad empírica (Good, 2003). Conscientes de que la cristalización del medicamento genérico pasa por una confrontación entre los intereses de médicos, farmacéuticos, comerciales, políticos y pacientes por modificar los límites de la identidad de aquel—que en cierto modo, también es la de estos— la respuesta a la pregunta sobre la identidad será el fruto de una negociación entre las partes.

Un poco de historia

Vamos a resumir primero la cronología de la progresiva implantación de las EFGs en el ámbito europeo, para luego tratar de manera específica el calendario en el caso español.

Es en la década de los años 80 del pasado siglo cuando se produce la implantación del medicamento genérico en el centro y norte de Europa (Alemania, Países Bajos y Escandinavia); la década de los 90 marca la incorporación en Francia, España, Portugal y Grecia. La Ley 13/1996 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social en su artículo 169 modificaba los artículos 8 y 16 de la Ley del Medicamento (Ley 25/1990, de 20 de diciembre), incluyendo la definición y la forma de denominación de los genéricos, lo que supuso el pistoletazo de salida para la comercialización de este producto farmacéutico en nuestro país. Desde

entonces se ha ido incrementando la presión institucional con diversas campañas que persiguen aumentar la implantación de estos fármacos en el SNS. Por ejemplo, desde diciembre de 2000 se aplica el sistema de precios de referencia. La Unión Europea elabora el Reglamento (CE) n° 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004, donde se mejoran los procedimientos comunitarios para la autorización, el control y la vigilancia de los medicamentos de uso humano y veterinario, además de establecer la base jurídica de una Agencia Europea de Medicamentos que existía de forma embrionaria ya desde 1993. En este Reglamento se sientan las bases para una amplia inclusión de los genéricos entre los productos farmacéuticos subvencionados por los sistemas públicos europeos de salud⁹. El Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español de noviembre de 2004, reforzará la incorporación de los genéricos en el escenario farmacológico español, sin ocultar que el objetivo de tal implantación es “asegurar que los medicamentos genéricos cobran un peso relevante en el Sistema Nacional de Salud a fin de aportar ahorros en la factura farmacéutica pública”¹⁰. Luego, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establecerá que cuando la prescripción de un medicamento se haga por principio activo, el farmacéutico tendrá obligación de dispensar el medicamento de menor precio y, en caso de igualdad de precio, un genérico¹¹. En el Real Decreto-Ley 4/2010 de 26 de Marzo de Racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud se mencionaba la necesidad, coherente con las prioridades de ahorro del gasto público que impone la crisis económica, de reducir los precios de referencia de los medicamentos genéricos.

9 En el preámbulo de este Reglamento puede leerse: “Este carácter facultativo puede ampliarse a los medicamentos genéricos autorizados por la Comunidad, siempre que ello no ponga en peligro la armonización conseguida en el momento de evaluar el medicamento de referencia ni los resultados de esta evaluación”.

10 Plan estratégico de Política farmacéutica, p.30

11 Artículo 93, 3 C)

En España, más del 70% del gasto farmacéutico se canaliza a través del Sistema Nacional de Salud. Las recetas representan el 19% del total del gasto sanitario, alrededor del 1% del PIB. Hasta 2003, esta partida mostraba crecimientos medios anuales cercanos al 10% que se moderaron durante el período 2004-2009 hasta situarse en el 5,6%. En 2010 la tendencia de crecimiento se invierte, reflejando por primera vez en décadas un descenso en términos absolutos del 2,4%.¹²(Lago Moneo 2011, p. 10). Las políticas de reducción del gasto farmacéutico que se basan en la rebaja de precios de referencia han conseguido invertir la tendencia del crecimiento en gasto farmacéutico, pero no han logrado disminuir el número de recetas prescritas, que sigue aumentando, junto al gasto sanitario¹³. La explicación de esta paradoja puede hallarse en una pura lógica de mercado: si rebajas el precio de un producto de primera necesidad estás incentivando su consumo o el de aquellos productos asociados con él. Así, el ahorro por unidad (esto es, por medicamento) se traduce en un incremento del gasto en conjunto de los servicios sanitarios. Los criterios de racionalización del gasto parecen basados en una extrapolación de un pensamiento individualista que haría extensivo el beneficio por la rebaja del precio por unidad de los medicamentos al conjunto de los servicios médicos dispensados a la población. La distorsión del cálculo podría estar motivada por el desconocimiento de ciertas dinámicas sociales que transforman, en virtud de variables no contempladas, los a priori exactos resultados matemáticos en otros menos certeros. Resulta que lo que se vende más barato se consume con menos recelo y esto potencia que en lugar de disminuir, los gastos sanitarios se incrementen,

12 Ver Tabla 1 del anexo

13 Y así se ha hecho en efecto dándose la circunstancia de que en el periodo que va desde el año 1996 hasta 2009 la aportación de los beneficiarios se ha incrementado en términos totales un 79,1% mientras la del SNS lo ha hecho en un 162,5% con lo que en estos últimos 13 años ha crecido, tanto el gasto público como el desembolso del cliente en medicamentos y productos sanitarios. En [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos?openview&-Clave=Inf.+estad%EDstica\\$Informaci%F3n+estad%EDstica&](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos?openview&-Clave=Inf.+estad%EDstica$Informaci%F3n+estad%EDstica&)

si bien no en la partida farmacéutica, donde claramente disminuyen, sí en la general, pues si se nos permite la analogía, parece que el medicamento es una entrada reducida para un parque temático cuyas atracciones se disfrutaban a muy distinto precio.

El uso de genéricos en España y el resto de Europa?¹⁴

Comparando con los países de la UE-15, España se sitúa por debajo de la media en gasto sanitario total con relación al PIB: un 9,5% frente al 10,3% de la UE-15; también se encuentra por debajo en la partida del gasto sanitario público: España gasta el 7% del PIB frente al 8% de la UE-15; pero curiosamente se encuentra por encima del PIB medio de EU-15 (1%) en cuanto al gasto farmacéutico público (1,3%)(Datos de 2009 en Iñesta 2011, p.35). Este último dato se puede comprender mejor cuando se averigua que España ocupó el primer puesto del crecimiento en la década del 2001-2009 en cuanto a los mercados farmacéuticos más grandes, como puede apreciarse en la gráfica de la Figura 1 del anexo, lo que nos puede hacer pensar en las luchas de los lobbys farmacéuticos ante la previsión de perder la hegemonía del mercado del medicamento.

En España gastamos menos en salud que el resto de Europa, pero más en medicamentos y aunque rebajamos el gasto de esta partida, aumentamos el del número de prescripciones y el del desembolso total del conjunto sanitario. Las cuentas no salen y por eso es importante seguir buscando argumentos socioculturales...

El caso es que pese a los enormes esfuerzos de las administraciones, el ahorro que suponen los genéricos en España no es asimilable al del resto de Europa. Según un informe de IMS Health sobre “Generic medicines” de 2010 (Iñesta 2011, p.37), la extensión de los medicamentos genéricos es esencial para garantizar la accesibilidad y asequibilidad de los productos farmacéuticos en los

14 Ver datos comparativos en **Figura 2** del Anexo

sistemas sanitarios mundiales. Planteado de este modo, la implementación de esta política supone, además de un ahorro— o gracias al mismo—, una extensión de la bioeficacia de la medicina. Se trataría de algo así como un vehículo adecuado para alcanzar los confines mórbidos del mundo. Impedir tal extensión (poner palos en las ruedas de este carro) equivaldría entonces a negarse al auxilio médico del orbe. Pues en España y en algunos otros países de su entorno, parece que tal cosa está sucediendo: Los genéricos representan casi la mitad del volumen de medicamentos dispensados a los ciudadanos europeos, pero estos datos corresponden a sólo el 18% del valor del mercado farmacéutico total. Sin embargo, los datos por países varían sensiblemente. En Dinamarca, Reino Unido, Alemania, Países Bajos y Suecia, las cuotas de mercado de EFGs supera el 40%, mientras que en Francia, Bélgica, Austria, España o Italia, está por debajo del 20% (Iñesta 2011, p. 41).

Son varias las explicaciones que se han dado al hecho de que en nuestro país se consuman menos genéricos que en el resto de Europa. Se puede achacar a la tardía incorporación a las políticas europeas por parte de España, que adoptó la decisión de utilizarlos casi una década más tarde que los países donde actualmente se consumen más genéricos. Pero por sí sola esta demora no parece suficiente explicación, pues cabría retrasar un poco la pregunta para interesarse por la razón que justifica tal demora, aunque resulta interesante comprobar que los países que se incorporaron cuando lo hizo España (Portugal, Francia y Grecia) mantienen aún bajas tasas de uso de genéricos (ver Figura 2). Otra explicación tiene que ver con el modo en que se consigue que los médicos, —piezas clave de la nueva política del medicamento, pues a la postre son ellos los que justifican mediante las recetas, el desembolso realizado por las administraciones—, cambien el modelo prescriptivo. Puede ocurrir que el Sistema Sanitario español no disponga de fondos suficientes para incentivar el cambio, algo que redundaría en la ralentización del proceso de sustitución, lo que nos devolvería al escenario de intereses

enfrentados en el que se mueve la construcción del valor de los genéricos. Otra razón para explicar los bajos índices de venta de genéricos en España puede encontrarse en la presión de las multinacionales farmacéuticas que, tras las inversiones millonarias en diseño y pruebas clínicas de los medicamentos de marca se negarán a perder el privilegio de la explotación de las patentes. Esta resistencia (que se puede vehicular a través de la presión de los lobbys), al estar la producción de medicamentos sometida a una legislación europea, podemos suponer que repercutirá por igual en todos los países de la UE, también en aquellos donde más se consumen las EFGs. En estos casos los laboratorios tal vez hayan comprendido que no merece la pena combatir por imponer la marca cuando el mercado de genéricos puede ser también muy lucrativo, pues aunque se vende a menos precio, la ampliación de la cuota de mercado puede hacer que se compensen los balances. La última de las hipótesis que se ha señalado para explicar la diferencia de uso del genérico entre España y el resto de Europa nos lleva a establecer una relación entre el consumidor y su cultura de consumo (también sanitario), algo que profundizaremos más adelante a partir de los trabajos de la autora Sylvie Fainzang. En los países escandinavos o del norte y el este europeos donde el civismo (entendido como estrategia que antepone el bien común a la satisfacción de las necesidades individuales) parece más arraigado que en los países del sur (donde la búsqueda del bien común resulta a priori asociada a pequeños sectores como la familia, los amigos, los grupos de edad o de intereses compartidos), la aplicación de las políticas públicas puede culminar con mayores garantías de éxito.

Uso de genéricos comparando distintas comunidades autónomas de España

Las diferencias en la aplicación de ley nacional española sobre gasto farmacéutico resultan muy llamativas cuando analizamos los datos comparados de las distintas comunidades autónomas. Las cuotas de mercado en 2009 en las CC.AA. osci-

lan entre un mínimo del 4,17% y un máximo de 14,81% en valores (V) y un mínimo del 11,09% y un máximo del 32,85 % en unidades (U) dispensadas. Mientras que Andalucía -14,81 % (V) y 32,85 % (U)-, Baleares -12,51%(V) y 30,28% (U)- y Madrid -11,95%(V) y 29,82%(U)- son las que recetan y consumen más genéricos, las que consumen menos son Galicia -4,17%(V) y 11,09%(U)-, Murcia -5,26%(V) y 14,01%(U)- y Canarias-5,42%(V) y 14,40%(U)¹⁵. Si comparamos estos datos con los de la distribución del gasto farmacéutico ambulatorio per capita por autonomía en el SNS (Tabla 2) encontramos que Galicia es la autonomía que más ha gastado por persona en los años 2006(282,2€), 2009 (330,9€) y 2010 (332,9€). Cabría preguntarse cuáles son las peculiaridades que presenta el caso gallego, murciano o canario en un extremo y el andaluz, madrileño o balear en el otro para explicar tan considerable asimetría en los datos, algo que excede el objetivo del presente trabajo, pero que queda pendiente para una investigación más detallada.

Las hipótesis que podemos aventurar para explicar esta asimetría se refieren, primero a la resistencia de los médicos para cambiar su rol en los procesos prescriptivos, aspecto que profundizaremos más adelante. Otra explicación, más difícil de explorar, puede plantear la existencia, auspiciada por la atomización de los escenarios político-regionales de las autonomías, de un sistema de colusión que privilegie los intereses de las grandes compañías farmacéuticas, enturbiando la aplicación de una ley que, si bien es aprobada para todo el territorio nacional, presenta desarrollos desiguales, con la consiguiente incertidumbre sobre la posibilidad de una implantación general. Y la finta para eludir la imposición administrativa puede servir de modelo a la estrategia de los consumidores que, ayudados por argumentos técnicos servidos por el saber experto, siguen dudando de la efectividad de los genéricos.

15 Datos completos por Comunidades Autónomas en Tabla 6

Otras políticas de ahorro farmacéutico.

El Real Decreto-Ley 9/2011 obliga a partir del 1 de noviembre de 2011 a prescribir por principio activo y a dispensar, en caso de que haya diversos medicamentos con el mismo principio activo, el que tenga el menor precio, aunque en algunas administraciones además se aplica la salvedad de que si hay dos productos con un mismo precio reducido y principio activo, uno genérico y otro no, el farmacéutico tiene obligación de dispensar el genérico.

En 2009 la prescripción media nacional de medicamentos sin marca se repartía entre el 20,6% de recetas de genéricos y el 20,5% de recetas por principio activo¹⁶(Iñesta 2011, p.41).

La prescripción por principio activo¹⁷ es la penúltima¹⁸ de las estrategias de la administración pública para el ahorro en la factura farmacéutica. Se inserta en una política (que también es europea) que

16 Tabla 4

17 En el capítulo IV, artículo 85.2, 85.3 y 85.4 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones puede leerse:

2. En el Sistema Nacional de Salud, las prescripciones de medicamentos incluidos en el sistema de precios de referencia o de agrupaciones homogéneas no incluidas en el mismo se efectuarán de acuerdo con el siguiente esquema:

- a) Para procesos agudos, la prescripción se hará, de forma general, por principio activo.
- b) Para los procesos crónicos, la primera prescripción, correspondiente a la instauración del primer tratamiento, se hará, de forma general, por principio activo.
- c) Para los procesos crónicos cuya prescripción se corresponda con la continuidad de tratamiento, podrá realizarse por denominación comercial, siempre y cuando ésta se encuentre incluida en el sistema de precios de referencia o sea la de menor precio dentro de su agrupación homogénea.
3. No obstante, la prescripción por denominación comercial de medicamentos será posible siempre y cuando se respete el principio de mayor eficiencia para el sistema y en el caso de los medicamentos considerados como no sustituibles.
4. Cuando la prescripción se realice por principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento de menor precio de su agrupación homogénea y, en el caso de igualdad, el medicamento genérico o el medicamento biosimilar correspondiente.

18 En el momento de concluir el presente trabajo se ha presentado la última que entró en vigor en julio y septiembre de 2012 respectivamente: el copago farmacéutico y la exclusión del SNS de los inmigrantes sin papeles

da una nueva vuelta de tuerca a la utilización de los medicamentos genéricos— como puede deducirse del apartado IV de las Disposiciones generales de la citada ley—, centrando las claves del éxito de la reforma sanitaria (en el capítulo de subvención de los medicamentos) en la demostración de eficacia de la relación coste-beneficio del medicamento y en la necesidad de reactualizar el vigente sistema de aportación por parte del usuario. Como dice Cuesta Terán, (2010, p.35): “Hoy día nadie duda de que las decisiones a adoptar sobre un paciente tienen que estar sometidas a un criterio de coste-beneficio”

La prescripción por principio activo sirve de pauta para comprobar la coexistencia dentro del SNS de distintas modalidades de receta, de entre las cuales la que parece más frecuente es la que se basa en la prescripción de principios activos que cuentan con un genérico. Este modelo es el adoptado por el Servicio Andaluz de Salud, que ha logrado que el 75 por 100 de las recetas prescritas lo sean por principio activo. En otras comunidades autónomas (como País Vasco o Madrid) no se fomenta la prescripción por principio activo sino la prescripción de medicamentos genéricos. Hay que considerar, no obstante, que la prescripción por principio activo parece haber perdido fuerza para las Administraciones como instrumento de contención del gasto, toda vez que la política de precios de referencia ha logrado reducir drásticamente las diferencias de precios entre los medicamentos que forman parte de un mismo conjunto homogéneo.

Hay que señalar que la prescripción por principio activo—que se conoce técnicamente como denominación común internacional (DCI) o denominación oficial española (DOE)— consigue además del ahorro, una cierta educación sanitaria de los pacientes/consumidores, al acostumbrarles a emplear, en lugar del nombre comercial el nombre, digamos, científico. Por un lado, al nombrar el principio activo (paracetamol, omeoprazol) se desvincula el producto de la denominación—elegida con criterios de marketing—con la que ha sido bautizado por el laboratorio (Tranquimacín, Gelocatil). Este proceso se basa en una búsqueda de la esencia y guarda relación con la re-construcción

de la identidad del fármaco. La re-nominalización trata de restar protagonismo al producto de mercado para reforzar la importancia del principio activo. Sin embargo, este objetivo no se logra del todo, pues abundando los laboratorios que fabrican medicamentos genéricos con el mismo principio activo, la normativa española obliga a que el nombre del principio aparezca junto al del laboratorio. Así encontramos el Omeoprazol Ratiopharm y el Omeoprazol Cinfamed. Se produce por tanto una curiosa conjunción de nombre científico y marca comercial, con lo que la voluntad didáctica se ve de nuevo interferida por la rúbrica de los patrocinadores.

Algunos datos de otros países¹⁹

En Alemania, son los propios farmacéuticos los que están obligados a sustituir el medicamento prescrito por el médico por aquel con el que el seguro de salud del paciente tiene un contrato de descuento. Si el cliente no tiene contrato de descuento, se le debe suministrar uno de los tres medicamentos genéricos menos caros disponibles, si no es explícitamente descartado por el médico que la receta. De este modo, no es necesaria una autorización del médico para sustituir los medicamentos.

Las Farmacias en Suecia son de propiedad estatal y la sustitución por un medicamento genérico más barato es una práctica común. Dinamarca y Suecia son los países de Europa donde más se preocupan las administraciones públicas por conseguir que los médicos receten medicamentos genéricos.

El siguiente cuadro resume la política de intercambiabilidad entre los principales vecinos europeos de España

Argumentos que cuestionan la eficacia del genérico

En las conclusiones del Informe final de la Comisión Europea sobre la competencia en el sector

¹⁹ Datos más completos en Tabla 7 del Anexo

¿Está legalmente permitida la sustitución de medicamentos de marca por genéricos?	
SÍ	NO
Francia, Italia, Portugal, España, Polonia, Dinamarca, Alemania, Países bajos, Suecia	Austria, Bélgica, Reino Unido

farmacéutico se pueden encontrar algunos de los principales obstáculos que explicarían la demora en extensión del uso de los medicamentos genéricos a nivel europeo, pero también mundial. En dicho informe se identifican prácticas contrarias a la libre competencia, estrategias restrictivas en los procesos de licitación, desproporción en los costos regulatorios y un déficit de medidas gubernamentales para favorecer un mayor acceso y uso de medicamentos genéricos (Iñesta 2011). De ello se culpa en parte a ciertas políticas empresariales pero también a las deficiencias en el marco regulador que, como decíamos anteriormente, favorece las particularidades en una práctica que se plantea de alcance global. Conscientes de que la dimensión del presente trabajo imposibilita una investigación sobre el terreno de las estrategias políticas, empresariales, legales y burocráticas que traban la extensión del uso de genéricos, nos conformaremos con exponer algunas de las tesis argumentales más repetidas a la hora de criticar estos medicamentos. Son las siguientes:

La bioequivalencia

Como apuntamos anteriormente, cuando un laboratorio gestiona la aprobación de un genérico por parte de las agencias estatales de medicamentos, la administración convalida el ensayo clínico por una prueba de bioequivalencia. La crítica más común a estas pruebas es que en la mayoría de los casos se ensayan aplicando una sola dosis del medicamento, en ayunas y a pacientes sanos (García, Hernández y Avendaño, 2010). Hay que recordar que la bioequivalencia trata de demostrar que dos principios activos (el de marca y el genérico) presentan un idéntico rendimiento farmacocinético. Esto sucedería cuan-

do el nivel plasmático²⁰ (y el tiempo requerido para alcanzarlo) fuera similar en los dos principios activos o fluctuase dentro de unos estrechos límites. Como quiera que los voluntarios en los que se ensaya esta bioequivalencia son en realidad unos matracos vivos— ya que su papel se reduce a prestar un cuerpo donde se pueda observar el proceso de asimilación de una sustancia—, el hecho de que los voluntarios estén sanos y se les proporcione una sola toma en ayunas persigue una mayor eficacia, pues no se trata en realidad de demostrar que el principio activo funciona— algo que ya se hizo en los estudios clínicos necesarios para comercializar la patente—, sino que el medicamento de referencia y el genérico se comportan farmacocinéticamente igual.

Quienes dudan sobre estos ensayos tienden a confundir las pruebas de bioequivalencia con los ensayos clínicos, en los que las condiciones de aplicabilidad, el tipo y número de voluntarios, las dosis, los controles técnicos y estadísticos son mucho más completos, lo que se traduce en años de trabajo, y en un encarecimiento del producto que concreta estas patentes, algo que explica también las reticencias de los laboratorios a su universalización.

El estrecho rango terapéutico

La mayoría de los medicamentos poseen lo que se llama una ventana terapéutica amplia. Esta es la que

²⁰ Nivel plasmático que expresa la concentración del principio activo en sangre, variando desde la máxima concentración (C_{max})— que representaría la máxima eficacia del producto— y la mínima (C_{min}). Este dato de concentración de producto en la corriente sanguínea se completa con el del tiempo en el que se consigue alcanzar dichas concentraciones

separa el nivel de concentración plasmática mayor (C_{max}) del nivel de concentración plasmática menor (C_{min}). Por encima del C_{max} aumentan los efectos secundarios y por debajo del C_{min} el medicamento es ineficaz a nivel químico. El periodo de tiempo en el que hay una presencia del principio activo en sangre va del C_{max} al C_{min} y se denomina área bajo la curva (ABC) y es siempre proporcional a la cantidad de fármaco absorbido, pues es el resultado de dividir tiempo por concentración. Pero hay medicamentos que tienen esta ventana más estrecha. En ellos, los tiempos de absorción y eliminación están más ajustados, y por tanto, una pequeña variación en el principio activo puede que altere los tiempos de C_{max} y C_{min} y en conclusión, el área bajo la curva, o lo que es lo mismo, el tiempo en que la concentración de principio activo es efectiva. Los medicamentos de estrecho margen terapéutico son un grupo determinado y aunque son más difíciles de sustituir, con sus principios activos se pueden elaborar también genéricos si se respetan los procedimientos propuestos por el medicamento de referencia.

La desconfianza en el genérico, como exponen los doctores Miguel Gutiérrez o Nuria Casamitjana²¹, se sustenta en este caso al aplicar la teoría de la relación calidad precio al contexto farmacéutico. Como quiera que los medicamentos con estrecho margen terapéutico parecen productos de un diseño más perfecto, pues su rango de efectividad parece como “hecho a medida”, aquellos que dudan podrían preguntarse si un medicamento más barato desempeñará el mismo papel que otro más caro, máxime cuando este parece tener más restringida su puntería terapéutica. Se asocian así los conceptos de restricción y valor, de restricción y eficacia, de restricción y marca. Parece además que las reticencias mayores a esta sustitución vienen del campo de la psiquiatría y la neurología y aunque es cierto que muchos de los antiepilépticos son medicamentos de estrecho margen terapéutico, también hay fármacos de este tipo para combatir otras patologías (dolencias cardiacas, inmunodepresiones, alteraciones del metabolismo), con la salvedad de que

21 Ver página 25 del presente trabajo

en estos casos parece que la sustitución no resultara tan problemática. De hecho, entre los medicamentos de estrecho margen terapéutico existe una gran cantidad de genéricos.²²

El margen de negociación se expresa en la formulación de posiciones encontradas. Así, se pueden extrapolar las peculiares condiciones de eficacia de los medicamentos de estrecho margen terapéutico al resto de los medicamentos y pensar que basta una mínima variación en el margen de actuación para que el medicamento ya no sea eficaz. Este argumento contrasta con el que se refiere a la evidencia de que el estrecho margen terapéutico es una característica de un número muy limitado de medicamentos, pero no de la mayoría, donde pequeñas variaciones (en el C_{max} , C_{min} , o ABC) no modifican el rendimiento del producto, por poseer ventanas amplias de eficacia.

El debate en torno a los excipientes

Los excipientes son por definición principios inactivos, es decir inocuos, que sirven como vehículo al principio activo, pero no modifican en nada su eficacia. Solo hay una salvedad a este argumento. Y es que en el caso de que el paciente sea alérgico a alguno de los excipientes (por ejemplo la lactosa), el genérico resultante no será igual de eficaz que otro medicamento con el mismo principio activo y con un excipiente no alérgico.

Contando con que los excipientes pueden variar del medicamento de marca al genérico, se utiliza la probabilidad de que un paciente sea alérgico al excipiente del genérico para negar su bioequivalencia y por extensión, su valencia. Para solucionar este problema de intolerancia a un determinado excipiente bastaría con buscar un genérico que emplease otro excipiente. Siguiendo esta misma lógica, pero a la inversa, habría que contemplar la posibilidad de que, siendo alérgico al excipiente del medicamento de

22 En la página web de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) puede consultarse el listado completo: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarNoSustituibles&tipo=2>

referencia, el uso del genérico resulte entonces más adecuado para determinados pacientes, si es que cambia su excipiente. En todo caso, los excipientes de los genéricos no son siempre los mismos, lo único que permite la ley es que sean distintos de los que usan los de referencia, pero no siempre ocurre esto y hay genéricos con el mismo excipiente que el de marca. En todo caso, no existen excipientes buenos o malos, baratos o caros y no es que los genéricos usen siempre unos y los de marca otros. Estos argumentos repiten lo planteado anteriormente de que la rebaja del precio y la extensión del uso parece que se traducen en la devaluación simbólica del producto.

Más/menos veinte por ciento

Hemos dejado este argumento para el final porque es el más sustancioso de todos los que se emplean para dudar de los genéricos. En él se juntan la ya citada devaluación simbólica del medicamento—el déficit de calidad asociado al medicamento barato—, con una no pretendida devaluación académica pues el equívoco, partiendo de una mala interpretación de un dato técnico, es usado con la misma soltura por los conocedores expertos y por los legos. Para entender el conflicto hay que volver a hablar de bioequivalencia, pues en ella se oculta la celada. Para que el estudio de bioequivalencia realizado en unos pocos voluntarios sea extrapolable a una población mayor, los resultados de la prueba se someten a un tratamiento estadístico que demostraría la eficacia del medicamento en condiciones reales. Para que sean bioequivalentes los intervalos de confianza del 90% de los cocientes de las medias del área bajo la curva (ABC) y la máxima concentración plasmática (Cmax) del original y del genérico deben estar comprendidos entre los límites prefijados del 80 a 120% ($\pm 20\%$) o en forma logarítmica entre 0,80 y 1,20. Si esa media diera 1, querría decir que el medicamento de marca y el genérico serían exactamente iguales.

El desacuerdo en este caso se asienta en el hecho de emplear una medida estadística—la que marca entre qué límites se consideran igual dos resultados extrapolados— para determinar cantidades reales de principio activo, hasta afirmar que el medicamento

de marca puede tener hasta un 20% más de sustancia curativa que el genérico, de modo que si el medicamento de referencia tiene 100 gramos de principio activo el genérico tendría 80. De hecho hay un margen real de más o menos cantidad de principio activo que se establece, por ejemplo, para lotes del mismo medicamento. Pero este margen, que es de un $\pm 5\%$ y se aplica por igual a genéricos y productos de marca, no parece influir en su eficacia.²³ Esto quiere decir que si se probase la bioequivalencia entre dos productos de marca, o entre productos del mismo lote, la media estadística del $\pm 20\%$ se aplicaría también en las comprobaciones de eficacia.

Podemos concluir este apartado apuntando que atribuir al medicamento un estatus especial de producto construido socialmente y analizar la competencia en el mercado de genéricos y fármacos de referencia, nos puede llevar a plantearnos algunos interrogantes, como qué es lo que hace que un fármaco cure, lo que nos llevará a un terreno simbólico que comparte eficacia con la ciencia. Cuando nos preguntamos si son iguales los genéricos y los medicamentos de marca, si se puede sustituir uno por otro, nos planteamos cuestiones sobre la igualdad y la identidad no solo química. Si indagamos en los obstáculos que encuentra esta política de sustitución entre los distintos agentes implicados las averiguaciones nos interesan en tanto en cuanto arrancamos destellos de un proceso político, científico-tecnológico, económico y simbólico-ritual al iluminar el producto que llamamos medicamento genérico.

23 Para la Carbamazepina en EEUU el margen de uniformidad de dosis se amplía al $\pm 8\%$

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

Explica M. Callon (1986, p.17) que “la realidad social y natural es el resultado de una negociación generalizada sobre la representatividad de sus portavoces”. Analizar las peculiaridades de la progresiva incorporación de los medicamentos genéricos al SNS, además de plantear las peculiaridades de una política pública que gira en torno al medicamento, nos ayudará a reflexionar sobre las características de un verdadero esfuerzo de traducción. Para Callon— cuyo modelo sociológico redefine al actor añadiéndole el término red, alumbrando así la teoría del actor-red que considera la agencialidad no solo de los humanos, sino de todos esos elementos (tecnología, otros vivientes, discursos) que detentan un protagonismo cultural—, la traducción es el procedimiento por medio del cual los ámbitos social y natural se concretan en medio de una dinámica procesual. Gracias a esto, no sólo se consigue describir de manera simétrica la unión de lo social y lo natural, sino que además se explica el modo en que ciertos actores representan y son la voz de la mayoría silenciosa que compone el mundo socio-natural, cuya descripción ha motivado la dinámica de traducción. Esto supone que ciertas instancias controlen a otras. En este nuevo enfoque las relaciones de poder se expresan por el modo en que se define a los actores, se les interrelaciona o se les obliga a ser fieles a sus alianzas.

En la práctica de producción de la realidad “socio-natural” se enfrentan las lógicas de toda una serie de portavoces, pugnando por defender los intereses de la ciencia, la salud, la racionalidad económica, la norma, el uso, la tradición laboral, el beneficio... Callon plantea que no debe usarse un método distinto en el análisis de las realidades sociales o naturales. Este es el principio que él mismo denomina “simetría generalizada” y por el que se compromete metodológicamente a no cambiar el tipo de análisis al estudiar controversias que relacionen la naturaleza con la sociedad. Pretendemos seguir esta metodología al estudiar la extensión del uso de genéricos, conscientes de que el principio activo va mucho más

allá de su naturaleza al convertirse en el centro de una construcción socio-natural basada en la cuestión de la identidad y las medidas que la determinan y que implica, como decíamos, una alteración de dinámicas sociales donde confluyen, entre otros procesos de construcción de saberes y subjetividades: el papel tradicional del médico como prescriptor; la lógica del mercado; los hábitos de consumo; el valor simbólico y material del medicamento; las relaciones del médico con el paciente y de ambos con los productores, distribuidores y administradores de fármacos; los planes de ahorro de gasto público; las adherencias y desadherencias al mandato experto; los modos de resistencia macro y microprocesuales y los cuestionamientos de la ciencia en su empeño por describir e interpretar la realidad sensible.

Qué hace que un fármaco cure

Para responder a esta pregunta, además de recurrir al principio activo y a las aportaciones exoquímicas que sirven al restablecimiento del equilibrio endoquímico, hay que plantear unas relaciones que van más allá de la materia y adentrarse en los dominios de un saber inmaterial que, administrado por mano de la cultura, se organiza a través de los significados que las interacciones sociales inscriben en la realidad. Esto aseguran Geest, Reynolds y Hardon (1996, p.170) hablando de los refuerzos del poder curativo de los medicamentos: “Debido a su aplicación íntima, los productos farmacéuticos afectan directamente a la concepción y experiencia de nuestros cuerpos. Mediante su concreción, ayudan a hacer que la enfermedad sea tangible y manejable. (...) Los productos farmacéuticos se consideran más eficaces si proceden de buenas manos o si vienen acompañados de las palabras adecuadas”. El origen, el color, el nombre, la marca, el tipo de prescripción son variables que ayudan a potenciar la eficacia del medicamento. Este, colocado en esa estructura que refuerza la voz (y a la vez es reforzada por ella) de los portavoces legítimos (Callon, 1986)—de la ciencia, el comercio, el entramado familiar, la política, el medio laboral—, alcanza el poder de convertir en posible lo imposible y en visible lo invisible (Geest et al. 1996).

Los fármacos son el modo principal de intervención de la biomedicina. Tratándose de productos consumibles, esto es, diseñados para que atraviesen la frontera que separa el exterior del interior del cuerpo, forman parte de un procedimiento que desemboca en una integración de objeto y sujeto, con lo que ello supone de mutua contaminación. Pensados además para recuperar un equilibrio que al romperse ha limitado, transformado o alterado las relaciones del sujeto con el propio cuerpo y con el entorno, resultan cada vez más demandados para restablecer el orden antes de que este haya sido alterado, y no solo en la forma más positiva, que podría ser la prevención de las enfermedades, sino en la forma de mayor dependencia, la que urge a satisfacer la necesidad que el propio medicamento crea. No es ilógico pensar que los hábitos sociales y culturales de la era postindustrial fomentan, sobre todo en las sociedades occidentales, el consumo de unos medicamentos cuyos valores materiales y simbólicos van más allá de los procesos de salud, enfermedad y atención convirtiéndose en aliados necesarios para una cantidad cada vez mayor de interacciones en múltiples contextos (relacionales, laborales, lúdicos, intelectuales, sexuales...).

Aunque sea algo aventurada la comparación, podemos decir que un medicamento cura (o resulta más o menos efectivo) siguiendo la misma lógica que aduce Lévi-Strauss cuando se refiere a ese chamán que, utilizando un relato, es capaz de negociar con las fuerzas del mal que tienen atrapada el alma de una parturienta. Estas narraciones posibilitan la aproximación de los ritmos míticos y fisiológicos y por tanto, la identificación de ambos lenguajes. El intermediario logra de este modo, una manipulación psicológica del órgano físico “como si se tratara de abolir en el espíritu de la enferma la distinción que los separa (el ritmo mítico y el fisiológico) y tornar imposible la diferenciación de los atributos respectivos” (Lévi-Strauss 1992, p.217)²⁴

24 Para reforzar la vigencia de los “métodos alternativos” de atención al parto, señalo un fragmento de una famosísima guía sobre el embarazo. En el capítulo de “Medicina complementaria” después de enumerar una docena de estos tratamientos (acupuntura, acupresión,

Igualdad e identidad

Los objetos culturales y más aquellos que además son pasto de “consumo cultural” son un locus especialmente adecuado para el análisis antropológico. Seguir la pista de “la vida social de las cosas” – en el sentido en el que Appadurai (1991) define el protagonismo de ciertos objetos–, interpretando esta vida como un trozo de cultura material cuyos significados inscritos refieren a la historia vital de sus portadores, nos ayudará a comprender las implicaciones que el binomio genérico/marca puede tener en los consumidores de medicamentos. Dice M. Sahlins, analizando la importancia de la producción material en el complejo sistema totémico-burgués, que la economía “produce no sólo objetos para los sujetos apropiados, sino sujetos para los objetos apropiados” (1988, p.213).

Con la globalización hemos asistido en las sociedades consumistas a un proceso de democratización de ciertos bienes que antaño eran propiedad exclusiva de las élites. La extensión de multinacionales especializadas en diseño, decoración, deporte, cultura, viajes, transportes, moda, tecnología o salud ha tenido un doble efecto sobre los consumidores: mientras que a una mayoría tradicionalmente excluida de los dominios del lujo le ha generado la ensoñación de estar en condiciones de alcanzarlo, a los que tienen acceso real a ese mundo les ha acuartelado en un refugio cada vez más férreamente defendido por las marcas. En el ámbito del medicamento, mientras la administración pugna por eliminar la marca del horizonte cognitivo y adquisitivo de los usuarios a través de la prescripción genérica o del principio activo, los consumidores pueden resistirse al cambio,

biofeedback, reflexiología, hipnosis, aromaterapia, meditación, moxibustión, etc) en el epígrafe de la hipnosis, se lee: “La hipnosis puede ser útil para aliviar diversos síntomas del embarazo, para reducir el estrés y eliminar el insomnio, **para hacer girar al bebé que viene de nalgas, hasta la presentación cefálica externa, la más tradicional**, frenar la dilatación prematura y ayudar a controlar el dolor durante la dilatación y el parto” (Murkoff y Mazel, 2009, p.96-97)

sospechando que con la marca se esfuman también algunas de las prebendas de las élites, ventajas que en el campo de la salud se traducen, tal vez más claramente que en otros contextos, en calidad de vida.

Boltanski (1975) demostró que el nivel socioeconómico de la población influye en su “cultura somática”. Puesto que en los procesos de salud, enfermedad y atención los comportamientos culturales se modelan con la intervención de los legisladores, los especialistas (médicos, tecnólogos, químicos, farmacéuticos) y los usuarios, habrá que tener en cuenta el modo en que las construcciones culturales que cada grupo maneja influyen en tales procesos de salud, enfermedad y atención. Si hay una guerra entre marcas “blancas” y marcas “pata negra” los argumentos de la diatriba aportarán abundante información sobre los contendientes.

Obstáculos de una política de sustitución

Analizaremos a continuación algunas de las claves socioculturales presentes en la literatura para justificar las distintas actitudes de los actores implicados en la política de cambio del medicamento, haciendo una sucinta presentación de las aportaciones de la antropología a la construcción: a) del saber médico, sobre todo en su vertiente prescriptiva; b) del paciente, en tanto consumidor de medicamentos c) de las interacciones entre médico y paciente d) del valor material y simbólico de los medicamentos.

a). El doctor como prescriptor

Sería difícil imaginar una consulta donde la actividad principal del asistente consistiera en *consultar* al médico, esto es “pedir(le) parecer, dictamen o consejo” (RAE). Extraño también que ese consejo no fuera acompañado por un *documento* que resumiese el dictamen que el doctor ha hecho y el tratamiento recomendado para justificar dicho dictamen. Prescribir es un acto social, es la respuesta que se espera del médico. ¿Se parece un médico que termina su consulta sin prescribir a un sacerdote que otorga la absolución sin penitencia? Eso parece pensar Pellegrino (1976) cuando afirma

que la prescripción es “la bendición del médico”. El análisis que hace Menéndez (1981)— aunque en la actualidad el médico no parece gozar de las libertades prescriptivas de antaño y los pacientes solo pueden elegir libremente entre las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP)—, nos sirve para centrar el problema en su marco general. Menéndez afirma que una de las controversias sobre los medicamentos estriba en el hecho de que no es el paciente el que elige el producto que ha de curar su enfermedad, sino que es el médico el que receta, eligiendo entre una serie de productos, presentaciones y laboratorios, lo que piensa que será mejor para el paciente. Y como el consumo de medicamentos se relaciona, además de con las necesidades reales, con capacidades simbólicas, la publicidad destinada al gran público se convierte en aliada necesaria para la venta de esas especialidades libres de receta y la destinada a los especialistas se revela crucial para la venta de productos protegidos por los protocolos institucionales. Esta visión de las particularidades de la prescripción médica la completa Lakoff (2003, p.45) haciéndola extensiva al resto del sistema en el que se halla inserta cuando afirma: «En tal sentido, el modelo de elección del consumidor racional es evidentemente inadecuado para el mercado farmacéutico, que es intrínsecamente “imperfecto”: el que elige la droga no es quien la consume, y el que la consume no es (o no lo es frecuentemente) quien la paga. En tanto compradores expertos, las decisiones que se expresan en las prescripciones médicas no están moldeadas por la competencia de precios»

La obligatoriedad de la prescripción de genéricos o de principios activos supone un punto de inflexión en el rol del médico donde se cuestiona, por un lado, su competencia científica y por otro, su libertad profesional. Pensemos en términos de analogía en las atribuciones de los docentes en el modelo clásico y en la existencia de una ley que obligase a modificar el procedimiento evaluativo. Con ello se estaría interviniendo en una de las competencias básicas del profesorado que, si bien ha de entenderse como el final (la sanción valora-

tiva), sirve como compendio de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje. El médico conoce el efecto curativo de los medicamentos, pero en ese mercado “imperfecto” que es el farmacéutico se le obliga a elegir entre unos productos (genéricos) y se le censuran otros (los medicamentos de marca), o se le pide que elija entre la modalidad de recetar por principio activo (DCI/DOE) o por nombre del medicamento (sea este genérico o comercial).

Dice el Dr. Antonio Iñesta: “Conseguir un consumo aceptable de genéricos requiere una política de genéricos coherente que incluya medidas en precios y reducción de aportación del paciente, además de proporcionar incentivos a los médicos para prescribir, a los farmacéuticos para dispensar, y a los pacientes para utilizar genéricos”(2011, p.40).

Bajo el epígrafe *incentivos* se ocultan estrategias muy variadas que van desde el premio económico a la rebaja del precio del producto, pasando por la sanción administrativa. Como también se apunta en otro lugar del informe de la Escuela Nacional de Salud (p.42):” Tanto en los países europeos del norte como del sur, se han establecido mecanismos que estimulan al médico o al farmacéutico a prescribir o dispensar medicamentos genéricos. Países como Dinamarca y Suecia tienen más, y quizá más efectivos, incentivos para promover el uso de medicamentos genéricos que países como Bélgica o España”. En el caso de los médicos, la sanidad pública parece llamada a ocupar, salvando las distancias, el vacío dejado por los visitantes y los laboratorios farmacéuticos en cuanto a la fidelización de los agentes prescriptores. Un caso emblemático de este “elevado contacto” de laboratorios y médicos fue investigado por Lakoff a propósito del crecimiento de la venta de antidepresivos en la Argentina posterior al corralito: “Más que un brusco incremento en el consumo general de psicofármacos causado por la crisis económica, el crecimiento de las entradas por la venta de antidepresivos podría ser mejor explicada en términos de una táctica específica: un trabajo de los agentes de venta y los líderes de opinión dedica-

do a convencer a los médicos de prescribir los nuevos SSIR²⁵ en lugar de tranquilizantes ante síntomas de estrés, ansiedad y depresión(...)En otras palabras, el “elevado contacto” –la intensificación de las relaciones entre las compañías farmacéuticas y los médicos– operó en este caso para que los hábitos de prescripción adoptaran aproximadamente la forma que los expertos oficialmente sancionados estarían dispuestos a autorizar.”(2003, p.43)

El incentivo entre los farmacéuticos es más bien punitivo²⁶, pues consiste en la amenaza de una multa cuando no se administra el producto recetado o se hace una sustitución que no resulta bioequivalente o no respeta el estrecho margen terapéutico.

El incentivo para el consumidor, además de en la eficacia está en el precio, de modo que una rebaja en el producto farmacéutico de antemano se consideraría algo ventajoso para el consumo, aunque en los medicamentos, como venimos exponiendo, nos encontramos ciertos límites que matizan la lógica de mercado y del consumidor racional.

La existencia o no de incentivos puede explicar las diferencias de uso de genéricos observadas entre distintos países de Europa y entre distintas comunidades autónomas españolas. Sin embargo, como estrategia encaminada a unos fines sociosanitarios habría que analizar los procesos y las lógicas que subyacen a la formulación de esta política de incentivos y/o la contradicen.

En un artículo aparecido en el Diario Médico en octubre de 2011 que Farmaindustria (la asociación patronal de las empresas farmacéuticas españolas) colgaba en su página web, su autor Emili Esteve (2011) –director técnico de esta asociación– analizaba el Real Decreto-Ley 9/2011, citando las opciones legales que les quedan a los médicos para seguir prescribiendo por marca. En el artículo pue-

25 Serotonina selectiva con inhibidores de rebote

26 Ley 29/2006, de 26 de julio: Artículo 101(Infracciones) y 102(Sanciones)

de leerse: «Aunque el Real Decreto-Ley 9/2011 instituye en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS) la prescripción por principio activo, la prescripción indicando la marca o la denominación comercial (en adelante prescripción por marca) sigue siendo posible. Si nos ceñimos a lo que establece la normativa, la palabra “obligatoria” no aparece en el texto del RDL 9/2011, por lo que la prescripción por principio activo no es, ni debe considerarse, obligatoria (...) El médico puede considerar que hay razones terapéuticas para evitar el trasiego de colores, formas y envases que supone la prescripción por principio activo y que a su paciente le resulta más beneficiosa la prescripción por marca. No conculcando en estos casos la normativa, puede recetar la marca con absoluta tranquilidad. Ni que decir tiene que si los excipientes son distintos o si el paciente le ha referido una duda sobre la eficacia o seguridad de una sustitución previa, lo correcto sería prescribir la marca».

Como paladín de la seguridad frente a los *riesgos terapéuticos* se restablece la figura del doctor como el experto defensor de las políticas de la vida amenazada por las políticas de racionalización del gasto, a las que se resiste o contradice, cuando no desobedece. Riesgo terapéutico que se convierte en cajón de sastre para enarbolar la bandera de la defensa del paciente, que puede ocultar una defensa del rol tradicional del médico y una –¿justificada, injustificada?– alerta ante la injerencia en sus hábitos de prescripción.

Hablando en nombre de la Sociedad Española de Psiquiatría, Miguel Gutiérrez (2011) siembra la duda sobre los estudios previos de efectividad de los genéricos, asegurando que hay algunas de estas EFG que los han realizado y otras que no. Afirma que de manera especial los pacientes de psiquiatría pueden verse afectados por el cambio y hace extensiva esta certidumbre a otras especialidades. En el mismo sentido se pronuncia Núria Casamitjana (2011) cuando recuerda que hay medicamentos con estrecho margen terapéutico que al ser exclusivos para ciertas dolencias no son compatibles con otros

fármacos que combatan la misma enfermedad, por lo que si el médico ha mandado un determinado producto este no puede ser sustituido por otro.

Recordemos que este conjunto de estrategias (dudas sobre sustituibilidad, los argumentos del estrecho margen terapéutico, el más/menos 20 por ciento, los excipientes, las bases químicas...), aunque generadas en el discurso experto son manejadas frecuentemente por el lego, dificultando el desarrollo de la política de implantación de los genéricos en España,

b). El paciente, ¿consumidor que no siempre tiene la razón?

La particular complejidad del objeto de consumo que llamamos medicamento extiende su abigarrada cualidad también a los consumidores que, a diferencia de los que adquieren productos más estandarizados, no siempre tienen la razón, pues esta se halla muy repartida entre los múltiples agentes e intereses que confluyen en su construcción.

En un contexto globalizado se da una convivencia de sistemas médicos que impide a priori su definición en términos de saberes excluyentes y obliga a una reformulación en términos de complementariedad (Bartoli, 2005). Las estrategias de los actores para enfrentarse al dolor y a la enfermedad, pese a estar influidas culturalmente, no se hayan condicionadas del todo por ningún sistema, dándose en la práctica una suerte de eclecticismo operativo y teórico. Esto se expresa también en el uso de medicamentos/tratamientos para la cura de las enfermedades. Una prueba de ese eclecticismo lo encontramos en el hecho de que, si bien la mayoría de los medicamentos se hallan protegidos por un guardián que los prescribe y otro que los administra, la automedicación y la autoadministración, como afirma Menéndez (1981), son también frecuentes y no solo como supervivencias –sobre todo la segunda– exclusivas de los cuidados “tradicionales”. Hay que considerar la automedicación como la movilización del primer recurso en el primer nivel de atención de

cualquier comunidad, procedimiento que convive con los roles de curación social. Estas prácticas, lejos de desaparecer, se han incrementado en las sociedades de la globalización hegemónica. Factores económicos, sociales, institucionales e ideológicos explican el mantenimiento de este hábito. Más radicales se muestran Geest et al. (1996, p.164) cuando afirman: “El límite entre la automedicación y la medicación prescrita es una línea delgada, y un médico o una enfermera nunca podrán estar seguros de que los pacientes se tomen los medicamentos exactamente como se les dijo. Por tanto, toda medicación es, hasta cierto punto, automedicación, salvo que el profesional de la salud la administre (por ejemplo, una inyección)”. Estos autores responsabilizan en su análisis a la mala praxis médica de los excesos de la automedicación cuando señalan que otra consecuencia problemática de una mala prescripción es que la gente tiende a imitar las prescripciones de los médicos en la automedicación. Nosotros pensamos que la disparidad de criterios con que el estamento médico define, aborda y busca combatir las enfermedades auspicia que los pacientes aprendan a hacer sus propias síntesis, lo que justificaría los hábitos no solo de la automedicación sino, (algo que va asociado a ella, siendo su causa), de la autodiagnos. La diversidad de criterios, se podría argüir, es propia de todos los saberes y sería difícil culparla en exclusiva de la mala educación sanitaria de los pacientes. Pero lo cierto es que en una sociedad hipermedicalizada no se puede instar a la población a mantener una alerta permanente sobre su salud para luego acusar a una parte de esa población de hacer un uso irresponsable de los medicamentos. Habría que entender la automedicación y la autodiagnos como un riesgo propio de la supervigilancia sanitaria (Menéndez 2005). Además el paciente en tanto que consumidor, ¿no debería llevar siempre la razón?

La autora Sylvie Fainzang (2003, p.7) añade un dato revelador sobre los usos objetivo/subjetivos del medicamento cuando dice que “se pueden investigar los modos de uso de los medicamentos, observando el lugar que ocupan en la vida doméstica a dos niveles: en el espacio habitado y en el tipo de víncu-

los que se establecen entre los medicamentos y los cuerpos que estos habitan”. Esta autora ha estudiado los diferentes usos del medicamento (individual/colectivo) asociándolos a las concepciones (privado/público) que se tienen sobre el propio cuerpo.

Sostiene Fainzang que los cuerpos pueden ser considerados de acuerdo a un doble estatuto: el de objeto material, en tanto que sujeto paciente susceptible de cubrir necesidades y el de sujeto agente en el espacio de las interacciones sociales. Y esta doble concepción implica un uso de los medicamentos que pivota en torno a dos ejes, el individual y el colectivo. El uso colectivo determina que los individuos deseen hacer partícipes a los más próximos (sobre todo a los demás miembros familia, pero también a los amigos, vecinos, compañeros de trabajo o allegados) de los medicamentos adquiridos, sobre todo cuando éstos demuestran su eficacia, en las circunstancias que los actores juzgan como análogas a las que determinaron su receta. En el estudio del uso del medicamento llevado a cabo en Francia por Fainzang se demuestra que el comportamiento caracterizado por el hábito de los adultos de compartir sus medicamentos con el resto de la familia (aun con los niños) sería más propio entre los católicos que entre los protestantes. Estos últimos hacen un uso más individualista del tratamiento, y tienen una concepción también más individualista de la enfermedad. Esta representación individual o colectiva de la salud se extiende a otros procedimientos, como la consulta médica, donde entre los católicos es muy frecuente asistir en pareja, aunque la consulta sea de uno de los cónyuges, y no es infrecuente que sea la mujer la que acompaña al marido e incluso responda por él a las preguntas del médico o intervenga como si la enfermedad del marido lo fuera en realidad también de ella. Esto contrasta con los usos comunes entre los protestantes que en su mayoría acuden solos a las consultas. De modo que el medicamento se concibe, al igual que ocurre con otros tantos elementos domésticos, como un bien compartido, algo que Fainzang resalta cuando dice que: “La afirmación de la individualidad de los pacientes en la gestión de sus tratamientos se establece también en otro nivel: en lo referido a las

dosis de los medicamentos consumidos. En las sociedades occidentales el uso de los medicamentos encierra un cierto tipo de representación de vínculos entre la persona, el producto y el mundo. Ello supone el establecimiento de una línea directa entre uno mismo y la sustancia, algo que desemboca en una determinada construcción de la identidad” (2003, p.12).

La antropóloga Anne M. Lovell ha estudiado en profundidad el valor polisémico del fármaco, algo que lo hace especialmente apto para el estudio antropológico. Dice Lovell: “Los usos de los medicamentos no están solo determinados por las propiedades físico-químicas de la sustancia. Antes bien, remiten a una serie de objetivos múltiples: la búsqueda de sensaciones extremas y extraordinarias, el incremento del placer y del bienestar, la optimización de capacidades, la sociabilidad, la ensoñación, el alivio de los síntomas, por no mencionar más que unos pocos. Estos objetivos pueden difícilmente aparecer disociados de un cierto número de cambios sociales: la importancia de la flexibilidad y los resultados en el mundo del trabajo y en la sociedad; las nuevas maneras de ser provocadas por la modulación química de los sentimientos y los comportamientos; el aumento del tiempo libre y la agudización de la precariedad (2008, p.305-6). Nos atrevemos a incidir en un uso que aparece apenas apuntado en esta enumeración de *objetivos múltiples* del medicamento. Se trataría del que consiste en usar el medicamento como un indicador de pertenencia, un marcador identitario (Barth 1972), como una guía para reconocer las fronteras de un determinado sistema. “La eficacia social de los productos farmacéuticos es múltiple. Los medicamentos marcan la identidad de la gente, al igual que otros bienes materiales. Los productos farmacéuticos afectan a la gente de manera tan íntima como la comida y las decoraciones corporales y parecen especialmente bien diseñados para conformar el sentido de ser y de pertenencia de la gente. Reeler advirtió que los inmigrantes tailandeses por motivos de trabajo escriben a casa para que se les envíen medicamentos, incluso aunque haya productos farmacéuticos inmediatamente disponibles

allí donde trabajen” (Geest et al. 1996, p.168) De este modo el objeto se ha subjetivado, el medio se ha convertido en fin y la herramienta en la razón misma del trabajo, adelantándose incluso el tratamiento a la enfermedad. Este proceso que consiste en omitir la naturaleza subsidiaria del objeto (que viene expresada en el hecho de que sirve en tanto en cuanto es medio para un fin) equivale a dotar al objeto de una especie de alma que le hace ser valioso por sí mismo, al margen de la función para la que ha sido creado. Esto explicaría la eficacia del llamado efecto inespecífico del placebo que tan minuciosamente describió Moerman (2002). La autora A. M. Lovell (2008) ha estudiado lo que llama *fugas farmacéuticas*, que se dan cuando los medicamentos se utilizan para alcanzar fines distintos a aquellos para los que fueron concebidos o por personas distintas a aquellas a las que les fueron recetados. El análisis de las fugas farmacéuticas plantea la cuestión de saber hasta qué punto un medicamento se define por sus usos, pudiéndose utilizar estas fugas como una herramienta heurística para cuestionar las miradas y las definiciones propiamente médicas sobre el uso de los medicamentos.

Concluimos este apartado con un magistral resumen de la importancia de los medicamentos en la sociedad globalizada: «Como potentes dispositivos técnicos y símbolos culturales, los medicamentos adquieren estatus y fuerza en la sociedad. Como tecnología médica, los productos farmacéuticos no son únicamente producciones de la cultura humana, sino productores de ésta. En cuanto vehículos de ideología, facilitadores de autocuidado y fuentes percibidas de eficacia, dirigen los pensamientos y acciones de la gente e influyen en su vida social. La disponibilidad de medicamentos afecta a cómo facultativos y pacientes se enfrentan a la enfermedad. Mueven a las personas a establecer, evitar y romper relaciones sociales. Por expresarlo en las conocidas palabras de Levi-Strauss, decir que los medicamentos son “buenos para pensar” (y actuar) no les hace justicia. Su papel en la vida humana se extiende mucho allá, por cuanto utilizan a las personas en la misma medida que las personas hacen uso de ellos. La de la biografía de productos farmacéuticos es una

metáfora válida porque pone orden en sus caprichos sociales y culturales arroja luz sobre su complejidad»(Geest et al.1996, p.157).

c). Transacciones médico/paciente

Los antropólogos Villaamil y Jociles, a propósito de los tratamientos de VIH, han descrito las relaciones médico-paciente en términos transaccionales y de hegemonía/ subalternidad. La interpretación de estos autores nos sirve para comprender las reticencias del estamento médico a dejarse aleccionar, cuando no a ser obligados, a un modo concreto de prescripción: «La capacidad para pautar el tratamiento está basada en la posesión de un conocimiento autorizado y legítimo, pero a su vez es un acto que legitima performativamente al médico en su relación con el paciente. Es quizá el momento en el que con más claridad se activa su poder entendido como capacidad (de definir la situación y de actuar respecto del “enfermo”). Pero también es el momento en que se produce un acto performativo complejo en el que, más que nunca, se reconoce y legitima al paciente como tal. Es por ello que la adherencia adquiere tintes que van más allá de lo meramente técnico-científico, constituyendo el acto de pautar un tratamiento en una situación social plena, en la que se configura estrechamente la relación *social* entre médico y paciente, con dimensiones de saber (legitimado/ lego, relevante/irrelevante) y de poder (capacidad de determinar la situación y el curso de los acontecimientos, basada en su pericia para abatir la enfermedad/ controlar la infección»(n.d. p.5)

Esta dinámica descrita excede la del cambio de prescripción, pero a nosotros nos sirve para comprender hasta qué punto es difícil que los médicos dejen intervenir a terceros en el diseño de sus políticas profesionales. La relación social entre el médico y el paciente, que se cocina en el íntimo reducto de la consulta, se ve turbada por la imposición administrativa, por una ley que pretende ahorrar recursos y por unas patentes que han dejado de ser propiedad

exclusiva de unos laboratorios. Estos factores cuestionan la libertad del médico para aplicar el tratamiento adecuado para la dolencia adecuada, con lo que la relación con el paciente también se verá afectada. Si el médico está convencido de las bondades del cambio, transmitirá esta positividad a su paciente; de lo contrario, es muy probable que utilice a este como mensajero de su disidencia. En el imaginario social, el médico conoce mejor que nadie la eficacia del medicamento y como guardián de la puerta de acceso al banco de los medicamentos, debe saber lo que tal fortaleza esconde.

Dicen Villaamil y Jociles que en las transacciones que tienen el tratamiento como contexto se puede expresar también la agencialidad del sujeto, su capacidad para integrar diferentes expectativas sociales y para gestionar los conflictos entre diferentes *economías morales*. Algo que nos puede llevar a pensar que, así como el médico puede resistirse a modificar sus hábitos prescriptivos, el paciente puede mostrar su resistencia a los mandatos del médico, al que, si bien busca por necesidad, no obedece nunca ciegamente. La automedicación sería entonces el correlato de la resistencia a la imposición prescriptiva del médico, su simétrico inverso en un juego de imágenes de inspiración estructuralista.

Un apunte sobre el lenguaje, verdadero protagonista de las transacciones entre el médico y el paciente y que merece atención propia cuando se trata de averiguar la razón de la falta de fluidez de una política sanitaria, máxime cuando el estamento médico, como todo gran poder, hace frecuentemente un uso performativo del lenguaje.

Dice Good que la teoría empirista del lenguaje médico se basa en las teorías del lenguaje surgidas durante la Ilustración. Estas se convirtieron en el campo de batalla entre el pensamiento ortodoxo religioso— para quien la naturaleza es un reflejo de la potencia creativa de Dios y el lenguaje una fuente que hace posible la Revelación— y los que consideraban el mundo como algo natural y el lenguaje un instrumento fruto de un convencionalismo. Esta

estrecha relación entre *representación* y *designación* (sea positivista o metafísica) se asocia a una concepción del conocimiento “en tanto que atesoramiento de una correcta representación de algún aspecto del mundo, y una manera de entender el sujeto sapiente como individuo que posee una precisa representación del mundo de la naturaleza, derivada de la experiencia de los sentidos y representada por el pensamiento” (2003, p.35). Abundando en este sentido Charles Briggs (2005) ha acuñado el término biocomunicabilidad para referirse a las peculiaridades de la comunicación en el ámbito biomédico, es decir, a las características de los procedimientos de la comunicación en el contexto de los procesos de salud, enfermedad y atención. El autor aboga por que se añada la comunicación al análisis del conjunto de conceptos y prácticas hegemónicas en las que se inscriben los intercambios en el ámbito de la salud y que se conviertan en parte del análisis crítico de los investigadores sociales, sobre todo con vistas a descubrir cómo la política neoliberal usa también las herramientas biocomunicativas para imponer su lógica.

d). Algunas reflexiones en torno al valor material y simbólico de los medicamentos.

El uso del medicamento se caracteriza por su normalización cotidiana y forma parte de un repertorio de gestos domésticos que, como otros gestos sociales, está marcado por una doble naturaleza: la material y la simbólica. Como objeto simbólico, comparte las categorías de sustancia con las de práctica social, y aparece así acompañado por los elementos propios de la ritualidad, más fácilmente reconocibles en pares antagónicos: obediencia/rebelión, necesidad/contingencia, obligatoriedad/voluntariedad, protesta/aceptación, legitimidad/falsedad, coacción/tolerancia, representación/realidad, acción/pasividad. Estos opuestos son aun más adecuados cuando se trata de explicar un cambio de tradición, como ocurre en resumen con la que incorporación de los genéricos al SNS.

Las complejidades de la vida social de un producto que tiene la virtud de restablecer, prevenir o mantener eso que llamamos salud— sin perder de vista que la relación de los actores (pacientes, médicos, farmacéuticos, químicos, empresarios, políticos) con los medicamentos es también cultural—, se incrementan cuando se trata de imponer un nuevo hábito de consumo. Nichter(1996), después de realizar su investigación en el Sur y Sudeste de Asia, explica que se ha creado entre los enfermos una tendencia creciente a contemplar la salud como algo que se puede conseguir mediante el consumo de productos farmacéuticos. Los fármacos de este modo no se presentan como correctores, como remedios para devolver el equilibrio, sino que se conciben como verdaderos constructores de salud, por lo que se vuelven absolutamente necesarios para mantenerla, algo que no parece muy diferente del modo en que se vive el consumo de medicamentos en occidente. Nichter denomina a esta tendencia asiática “modernización defectuosa” y la rechaza porque depaupera el concepto de salud y da una “falsa sensación de seguridad sanitaria” (Geest et al. p.163)

Los medicamentos comparten con otros objetos simbólicos una doble naturaleza: la impuesta por el uso tradicional y la establecida por la subjetividad de los actores a través de sus usos particulares. Los usos del medicamento, lejos de responder a un comportamiento homogéneo, albergan actitudes diversas que se justifican culturalmente. Hay que intentar no relacionar de manera directa las dolencias específicas con los tratamientos específicos (Fainzang,2003) pues las funciones terapéuticas no explican por sí solas el uso del medicamento. Se da un uso que no se explica solo en función de ciertas variaciones individuales. La lógica cultural impone un sentido a muchos comportamientos que tienen relación con el consumo de medicamentos

3.2. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA MISMA

La progresiva incorporación de los medicamentos genéricos al sistema de cobertura farmacéutica pública plantea una serie de retos derivados de la na-

turalidad del medicamento y de las relaciones de los actores implicados. De hecho, esta incorporación, aunque en un principio cupiera pensar que debería desarrollarse de forma fluida— pues pretende sustituir medicamentos que resultan caros por otros que resultan más baratos—, se encuentra sometida a una gran cantidad de eventualidades.

En cuanto a la naturaleza de los medicamentos genéricos, podemos afirmar que estos se hallan en un territorio de límite difuso, que se convierte, como otros objetos científicos, en terreno abonado para que se dejen entrever abiertamente las discontinuidades, ambigüedades y luchas de intereses de la ciencia. Por otro lado, en tanto esta extensión del uso de genéricos pretende un cambio en los hábitos de prescripción de los especialistas y de consumo de una parte importante de la población, plantea múltiples fricciones entre agencialidades: Los médicos—al dejar de ser considerados como expertos conocedores del producto adecuado cuando se les obliga a dejarse influir por criterios de ahorro—aparecen cuestionados en su rol de prescriptores, lo que con frecuencia les empuja a reafirmar esta labor como la más importante de sus funciones. Los pacientes— que con frecuencia son tachados de inflexibles o irracionales por no adaptarse rápidamente al cambio farmacéutico —advierten con su resistencia de que un abaratamiento del producto puede ocultar una devaluación en las atenciones públicas. Los laboratorios farmacéuticos— celosos de su propiedad intelectual y de las prebendas (prestigio, royalties, influencias...) que tal propiedad procura—ven menospreciado su esfuerzo científico-tecnológico por la exposición de sus hallazgos al dominio público. Los farmacéuticos—que ven reducida una parte importante de sus ingresos con las rebajas de los precios de referencia de los conjuntos donde hay algún genérico—tienen que dispensar más unidades que antes para alcanzar las mismas ganancias, algo que en la lógica empresarial aporta saldos negativos al binomio trabajo/beneficio. Los visitantes—cuando la ley impone un criterio de límite de gasto que choca casi frontalmente con el de libre elección de los productos farmacéuticos por parte de los médicos—

ven ahora mermada su capacidad propagandística. Los políticos—acostumbrados a la compleja tesitura de conciliar los intereses de todas las partes implicadas—se disocian entre la defensa del bien público y el privado. Además la pluralidad de pertenencias de cada uno de los actores implicados exige una atención también plural para contemplar la diversidad de sus acciones. Por ejemplo, el médico al prescribir tiene que conjugar la lógica profesional y las imposiciones de la administración; el paciente, además de enfermo es consumidor de un bien material; el medicamento es un producto material pero también simbólico; el farmacéutico además de especialista sanitario es empresario; los laboratorios, contribuyendo a la búsqueda de remedios para combatir la enfermedad mundial, aumentan también su influencia planetaria.

Las EFG extienden y abaratan el uso del medicamento en la misma proporción que contraen y encarecen su estima, dándose la paradoja de que se encuentran *esfuerzos de traducción* (Callon, 1987) entre médicos, farmacéuticos, laboratorios y usuarios, que van dirigidos a defender tanto las bondades como los defectos del medicamento genérico, algo que es mucho más difícil de encontrar en los medicamentos de marca, donde los portavoces legítimos presentan un discurso mucho más unánime.

La diferencia de uso del medicamento genérico, si comparamos España con los demás países de Europa o entre las distintas CCAA de nuestro país, encuentra su explicación, además de desigual aplicación de los incentivos médicos, en la presión de los *lobbys* y especialmente en la connivencia de los estamentos jurídicos, políticos y empresariales en la elaboración y aplicación de las leyes.

Observando los esfuerzos de las administraciones española y europea, así como de las autoridades sanitarias mundiales, por extender el uso de unos medicamentos que resultando, a priori, igual de eficaces son mucho más baratos que los de marca, nos interesa investigar las peculiaridades de tal extensión y los argumentos de los agentes confrontados, pues en el

estrategias desplegadas por estos estamos seguros de encontrar claves para el análisis cultural de muchos hábitos que cristalizan en el medicamento.

Para resumir, podemos afirmar que esta política de racionalidad del gasto farmacéutico implica tantas y tan importantes transacciones (económicas, simbólicas, cognitivas, rituales, políticas) que nos parece un contexto privilegiado para la intervención antropológica.

3.3. OBJETIVOS:

Generales:

– Describir los procesos de implementación de una política que se basa en un cambio de modelo de prescripción, administración, venta y consumo de medicamentos subvencionados con fondos públicos

Específicos:

– Analizar los elementos diferenciales de la aplicación de las leyes de racionalización del gasto farmacéutico en España y la razón de la asimetría en la utilización de EFG entre España y el resto de los países de Europa y dentro de nuestro país entre las distintas CCAA

– Describir las transacciones entre médicos, pacientes, administraciones, laboratorios, farmacéuticos, comerciales, políticos, que influyen en la implementación de las políticas públicas en torno al medicamento

– Conocer las peculiaridades del proceso de prescripción médica, especialmente en relación con el uso de EFG

– Conocer los discursos acerca de los medicamentos genéricos por contraposición a los de marca, y explorar las pautas de compra y consumo de medicamentos por parte de los usuarios/consumidores de los medicamentos genéricos.

3.4. HIPÓTESIS:

1). La introducción de los medicamentos genéricos y su imposición legal como modo de prescripción preferente dibujan un panorama cambiante para las estrategias comerciales de sectores de la indus-

tria farmacéutica con intereses contrapuestos. De esta forma, se produce una escenificación de lógicas y discursos sobre el medicamento en el que se confrontan y desestabilizan mutuamente diferentes modos de racionalidad: económica, política, simbólica, científica, lo que a su vez ha desestabilizado la naturaleza última del objeto socio-natural ‘fármaco genérico’

2). La convivencia y diversidad de definiciones y sentidos asociados a los fármacos genéricos y de marca refuerza la diversidad de usos que sus consumidores hacen del medicamento en general. Junto a la disparidad de criterios con que médicos y farmacéuticos construyen o refuerzan el valor del medicamento, genérico o de marca, los significados que los diferentes agentes implicados atribuyen a las enfermedades, y la diversidad de estrategias que despliegan los pacientes, la indefinición en torno al fármaco genérico/de marca contribuye a alentar la variabilidad en el uso de los fármacos genéricos respecto de lo que se considera “mas racional” desde las políticas públicas sanitarias.

3). La misma lógica de consumo que sirve para discriminar prácticas y productos similares (en el ámbito de la moda, el ocio, la cultura, los viajes, la decoración...), separando aquellos que están al alcance del gran público de aquellos otros solo reservados a unos pocos, justifica el aprecio/desprecio de los medicamentos de marca y los genéricos y las resistencias en el esfuerzo de redefinición del rol del médico. Por otra parte, concebimos los medicamentos como marcadores identitarios y como sucede con otros bienes materiales su consumo se relaciona con la adscripción, la pertenencia y el estatus. Desde ahí se entienden las reticencias a sustituir medicamentos de marca por genéricos o por los recetados por principio activo, pues la modificación se puede interpretar como una alteración también de los límites de la sociedad de referencia.

4). La incorporación de los genéricos al Sistema Nacional de Salud pretende modificar en los pacientes los hábitos de consumo de medicamentos y se

enmarca en una lucha entre los actores implicados (políticos, médicos, farmacéuticos, laboratorios) por imponer y legitimar criterios de racionalidad económica que terminan traduciéndose, por una parte, en un cuestionamiento del poder material del medicamento y por otra, en el refuerzo de su valor simbólico por parte de sus consumidores.

- 5). El cambio de modelo prescriptivo (del medicamento de marca al genérico o al principio activo) cuestiona el *habitus*, la autoridad y la autonomía científico-laboral del médico, algo que frenará la implementación de la política pública en la medida en que los profesionales médicos elaborarán estrategias de reconstrucción de su autoridad, incluso contra el sistema de incentivos (económicos, de ascenso-reconocimiento) por parte de las Administraciones que venga a contrarrestar el estímulo que los visitadores médicos tienen cada vez más restringido.
- 6). La progresiva incorporación de los genéricos al sistema de medicamentos de cobertura pública, aunque responde a un interés político por escenificar escenarios de ahorro, no se traduce necesariamente en una disminución real de los gastos sanitarios, sino que antes bien ha hecho que aumente el número de medicamentos consumidos. Así, al abaratar los precios se ha disparado la demanda. Sin embargo, ello puede dar lugar a una trivialización del consumo del medicamento y a una mayor presencia de éste en la vida cotidiana

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. UNIDADES DE ANÁLISIS

A través de un estudio principalmente cualitativo se persigue un análisis multisituado. Al ser los actores protagonistas a escala micro de dinámicas que se gestan en instancias macroestructurales y pertenecer estos sujetos (médicos, pacientes, farmacéuticos, visitadores médicos, políticos...) a diversas instituciones (ministerios, administraciones, empresas, laboratorios, partidos políticos, foros,

asociaciones) habrá que ir variando la lente de la investigación de modo que se puedan enfocar las distancias micro, meso y macroprocesuales. El hecho de que los actores representen los intereses de diversas subjetividades exigiría un estudio holístico potenciado por la flexibilidad de los enfoques metodológicos

4.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se hará uso de las siguientes técnicas de producción de datos:

- Observación participante en los siguientes escenarios: farmacias y consultas médicas
- Entrevistas individuales semidirectivas con los siguientes actores: pacientes/clientes, responsables de laboratorios farmacéuticos y de la gestión sanitaria, médicos, farmacéuticos, auxiliares de farmacia, comerciales/visitadores médicos, políticos
- Grupos de discusión (consumidores, visitadores médicos, empleados del laboratorio)

Los métodos cuantitativos se usarán de manera restrictiva para obtener datos objetivados con el fin de establecer comparaciones (por ejemplo entre hábitos de consumo, prescripción, ventas de genéricos). La consulta de fuentes bibliográficas relacionadas especialmente con la legislación sanitaria será también indispensable.

Análisis de datos cualitativos

Se realiza siguiendo el modelo de la Teoría Fundamental de Glaser y Strauss y se ayudará con el software Atlas-ti.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Appadurai, A. (1991) *La vida social de las cosas, perspectiva cultural de las mercancías*. Grijalbo. México.
- Barth, F. [1969] (1976), *Introducción a los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales*. Fondo de Cultura Económica. México
- Bartoli, P. (2005) ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Revista de Antropología Social* nº 14, pp. 71-100
- Boltanski L. (1977) *Descubrimiento de la enfermedad. Medicina popular y medicina científica*. Ciencia Nueva. Buenos Aires.
- (1975). *Usos sociales del cuerpo*. Periferia. Buenos Aires
- Briggs, Ch, L. (2005) Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas enlaces letales. *University of California. San Diego*
- Callon, M.(1986) Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallop and the Fishermen of St Briec Bay. En Law, J.(ed.) *Power. Action and Belief: A New Sociology of Knowledge*. London.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2009) *Utilización de medicamentos en el sistema nacional de salud 2008*. Madrid
- Cuesta Terán, M.T. (2010) Medicamentos genéricos: una visión global. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* Volumen 34, Nº 2, pp-35-40
- Fainzang, S. (2003) Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective". *Anthropologie et sociétés*, vol. 27, Nº 2, pp. 139-154
- Fernández, J.W.(1986) *Persuasions and Performances. The play of tropes in cultura*. Indiana University Press. Bloomington.
- G^a Arieta A., Hernández C., Avendaño, C.(2010) Regulación de los medicamentos genéricos: evidencias y mitos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Vol. 34, Nº 3, pp. 71-82
- Good, B. J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia*. Bellaterra. Barcelona
- Iñesta García A. (2011) *Sobre medicamentos y Farmacoeconomía*. Escuela Nacional de Sanidad-Instituto de Salud Carlos III. Madrid
- Lago Moneo, J. A. (Dir.)(2011) *El Gasto Farmacéutico en España. Visión pública y privada y análisis del impacto de los genéricos*. EAE Business School.
- Lakoff, A. (2003) Las ansiedades de la globalización: Venta de antidepresivos y crisis económica en la Argentina. *Cuadernos de Antropología Social* Nº 18, pp. 35-66
- Lévi-Strauss, C.[1974] (1992) *Antropología estructural*. Paidós. Barcelona
- Lovell, A.M. (2008) “Fuitage pharmaceutique”, usages détournés et reconfigurations d'un médicament de substitution aux opiacés, *Dogues, santé y société*, vol. 7, nº1, pp.297-355
- Menéndez, E. (1981) La automedicación y los medios de comunicación masiva, *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 15. Rosario, pp. 23-32.
- (1992) Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención, caracteres estructurales. En Campos, R. (comp.) *Antro-*

pología médica en México I, Instituto Mora-UAM, México, pp. 97-113.

—(2005) Intencionalidad, experiencia y función. La articulación de los saberes médicos, *Revista de antropología social* N° 14, 2005, pp. 33-69

—Moerman, D.E. (2002), *Meaning Medicine and the Placebo Effect*, Cambridge Studie

—Monereo, J.L. y Moreno, N. (1997): “Política Social y Seguridad Social” en Alemán, C. y Garcés, J. (ed.) (1997): *Política Social*. MacGraw-Hill. Madrid.

—Murkof, H. y Malzel, S. (2009) *Qué se puede esperar cuando se está esperando*. Medici. Barcelona

—Nichter, M. (1996) *Anthropology and International Health: Asian Case Studies*. Breach & Gordon, Amsterdam

—Pellegrino (Ed.) (1976) Prescribing and drug ingestión: symbols and substances. *Drug Intell. Clin. Pharm.* 10, pp. 624-30

— Sanmartín, R. (1999) *Cultura y sociedad*. Comares. Granada

— Shalins, M. [1976] (1988). *Cultura y razón práctica*. Gedisa. Barcelona

— Van der Geest, S., Reynolds, S. y Hardon A.(1996) The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 25 pp. 153-178

—Villaamil, F. y Jociles, M.I. La construcción de la persona con VIH: la gestión de la seropositividad y la relación médico-paciente en las consultas hospitalarias de VIH en Madrid. *Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. (En prensa)*

Leyes, planes, reglamentos y directivas

—Directiva 2004/27/CE, en <http://www.boe.es/doue/2004/136/L00034-00057.pdf>

—Reglamento (CE) n° 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 31 de marzo de 2004, en <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:136:0001:0033:ES:PDF>

— Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español, MSYC http://www.semergen.es/semergen/microsites/doc_sanitarios/planfarmacia/planfarmaceutico.pdf

— Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/act.php?id=BOE-A-2006-13554

— Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

— Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Derogadas/r11-125-1990.html

— Ley 13/1996 de 30 de diciembre de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, en http://www.minhap.gob.es/Documentacion/Publico/NormativaDoctrina/Catastro/Coordinacion%20Catastro-Registro/ley_001396_3012-8.pdf

Artículos de internet

La prescripción por marca http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Noticias/Medios/FARMA_112594?idDoc=FARMA_112594

Confiamos en los medicamentos genéricos

<http://www.lapagina0.com/confiamosenlosmedicamentosgenericos>

Medicamentos de estrecho margen terapéutico

<http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=buscarNoSustituibles&tipo=>

6. ANEXO

Tabla 1. Incrementos interanuales (%incr) en gasto farmacéutico ambulatorio, por autonomía y SNS (Iñesta 2011, p.34)

Entidad Gestora/ Servicio Salud	% incr 2001/00	% incr 2002/01	% incr 2003/02	%incr 2004/03	%incr 2005/04	%incr 2006/05	%incr 2007/06	%incr 2008/07	%incr 2009/08	%incr 2010/09
Andalucía	6,92	8,42	10,27	6,13	2,7	4,58	5,26	6,85	5,37	-2,6
Asturias			11,82	6,28	4,9	5,96	4,67	6,95	4,22	-2,6
Baleares			13,15	8,12	7,2	4,88	6,03	6,97	5,42	-1,43
Canarias	10,29	10,92	15,88	8,41	8,4	6,78	5,17	9,28	7,21	-5,9
Cantabria			11,53	7,97	5,7	6,3	6,08	7,86	4,22	-4,91
Cast. La Mancha			15,13	4,74	6,4	6,55	6,21	8,71	5,2	-2,9
Cataluña	5,64	9,51	12,23	4,6	4,3	4,6	2,64	6	2,35	-2,2
C.Valenciana	8,53	9,9	13,16	7,57	7	6,7	6,73	7,4	3,06	-3,8
Extremadura		1	1,77	6,2	5,2	5,88	5,14	6,12	8,86	0,47
Galicia	9,06	8,99	10,27	5,02	6,6	6,28	4,16	6,87	6,41	0,7
Madrid			13,26	7,06	6,5	7,28	6,83	5,2	5,22	-2,3
Murcia			14,67	10,56	8,7	7,74	8,19	7,97	-0,91	1,9
Navarra	7,82	12,76	12,25	6,18	6,7	6,26	4,77	5,98	4,11	-3,4
P. Vasco	5,5	6,85	9,49	6,38	7,8	5,75	4,22	6	4,2	-1,5
SNS	7,93	9,89	12,15	6,4	5,63	5,82	5,22	6,87	4,47	-2,4
Rango	5,50-	6,85-	9,49-	4,60-	2,7-	4,58-	2,64-	5,20-	-0,91-	-5,91-
	10,29	12,76	15,88	10,56	8,7	7,74	8,19	9,28	8,86	1,93

Nota: en rojo los mayores incrementos interanuales, en verde los menores.
% incr =porcentaje de incremento entre un año y anterior.

Tabla 2. Distribución del gasto farmacéutico ambulatorio per cápita por autonomía y SNS (Iñesta 2011, p.35)

Servicio Salud	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	211,9	218,1	227,1	239,2	248,2	239,9
Asturias	265,1	280,8	294,5	313	325,1	317
Baleares	180,8	186,2	191,8	197	203,5	198,6
Canarias	220	231,7	240,1	256,1	270,9	253,2
Castilla La Mancha	250,4	261,7	271,7	285,8	295,2	284,3
Cataluña	231,2	237,2	240,9	250,4	252,1	245,3
C.Valenciana	270,6	281,8	296	308,8	315	302
Galicia	266,1	282,2	293,4	312,4	330,9	332,9
Madrid	173,4	184,7	194,9	199,5	206,4	199,5
Murcia	247,5	259,9	276,8	291,8	285	287,5
Navarra	228,5	239,66	249,4	258,1	264,4	253
P.Vasco	227,9	238,9	248	261	270,1	265,35
SNS	227,9	237,9	247,6	259,7	267,5	259,7
Rango	173,4-	184,7-	191,8-	197-	203,5-	198,6-
	270,6	282,2	296	313	330,9	332,9

Nota: en rojo los mayores incrementos interanuales, en verde los menores

Tabla 3. Porcentaje que representan la prescripción y consumo de genéricos en servicios de salud o similares y en Mercado de prescripción bien en valores o en volumen de prescripción, en países de la Unión Europea, EEUU y Canadá, en los años 2004-2010 (Iñesta 2011, p.38)

País	SdeS-Valor %	SdeS-Unid %	MercPres-Valor %	MercPres-Unid %
Alemania	28% ⁽⁶⁾	63 ⁽⁶⁾	22,8 ⁽²⁾	56,4 ⁽²⁾
Bélgica	4,5 ⁽¹⁾		8 ⁽¹⁾	11 ⁽¹⁾
Francia	12,0 ⁽⁵⁾	22,9 ⁽⁵⁾	8,6 ⁽³⁾	16 ⁽²⁾
Italia	8,4 ⁽⁶⁾ 7,1 ⁽⁵⁾	13,7 ⁽⁵⁾	5,7 ⁽⁴⁾	9,8 ⁽⁴⁾
Dinamarca			38,5 ⁽²⁾	68,8 ⁽²⁾
Holanda	17,7	70 ⁽⁶⁾ (44,3)	23,2 ⁽²⁾	53,4 ⁽²⁾
Portugal	20,2 ⁽⁵⁾	16,9 ⁽⁵⁾	17,8 ⁽⁵⁾	16 ⁽⁵⁾
España	9,4 ⁽⁵⁾	23,8 ⁽⁵⁾	6,7 ⁽⁴⁾	15,7 ⁽⁴⁾
Reino Unido	28,3 ⁽⁵⁾	66,1 ⁽⁵⁾	28,0 ⁽²⁾	57,5 ⁽²⁾

Tabla 4. Consumo de genéricos en España del 2001 al 2010 (Iñesta 2011, p.39)

Año	MercTotal % valores	MercTotal % unidades	MercPrescr % valores	MercPrescr % unidades	MercSNS % valores	MercSNS % unidades
2001	3,3	3,4			4,9	5,5
2002	3,6	4,5	3,7	5,1	5,4	7
2003	4,3	5,9	4,4	6,6	6,2	8,9
2004	4,7	8	5,2	9,1	6,6	12
2005	5,4	9,4	5,7	10,5	7,7	15
2006	5,9	10,7	6,1	11,8	8	15,9
2007	6,8	13,6	6,9	14,7	9	19,9
2008	6,5	14	6,7	15,7	9,2	21,8
2009	6,7*	16,0*			9,4	23,8
2010	7,5*	19,3*		20,6		

Nota: MercTotal = mercado total; MercPrescr = mercado de prescripción; MercSNS = mercado del SNS

Fuente: *IMS.2009-2011 datos de sell-out y elaboración propia

Tabla 5. Distribución de CC.AA. según volumen de prescripción por DCI/DOE y EFG (Iñesta 2011, p.41)

Año 2008 DCI/DOE	EFG Baja	EFG Media	EFG Alta
No implantada			Madrid, Cataluña
Baja	Murcia, C.Valenciana	Asturias	
Media	Canarias, La Rioja, Aragón, País Vasco	Castilla-La Mancha, Castilla-León; Extremadura, Navarra	Baleares, Cantabria
Alta			Andalucía

**Tabla 6. Consumo de los EFG por Comunidades Autónomas (2009)
(Lego Moneo 2011, p.20)**

	Número de envases	% de EFG
Andalucía	55.468.606	32,85
Aragón	5.172.687	18,50
Asturias	4.566.910	18,89
Baleares	4.958.028	30,28
Canarias	5.699.766	14,40
Cantabria	3.023.101	26,32
Castilla- La Mancha	10.519.658	24,08
Castilla y León	13.121.171	25,98
Cataluña	40.831.361	28,54
Comunidad Valenciana	16.457.339	14,97
Extremadura	4.868.925	19,24
Galicia	6.988.520	11,096
Madrid	30.502.337	29,82
Murcia	4.185.256 1	14,01
Navarra	2.225.885	19,08
País Vasco	8.276.992	20,02
Rioja	1.120.462	18,56
Ceuta	259.329	23,07
Melilla	275.242	28,26
Total nacional	218.521.575	23,82

Tabla 7. Regulación por el lado de la demanda (Iñesta 2011, p.23)

País	Precio Referencia Genérica (PRG)	Precio Referencia Terapéutica	Sustitución Genéricos	Copago como porcentaje
Alemania	No	Si	Si	Si
Austria	No	No	No	No
Bélgica	Si*	No	No	Si
Dinamarca	Si	No	Si	Si
España	Si*	No	Si *	Si*
Finlandia	Si	No	Si	Si
Irlanda	No	No	Si *	No
Noruega	Si*	No	Si	Si
Países Bajos	No	Si	Si	No
Suecia	Si*	No	Si	Si
Reino Unido	No	No	No	No

Figura 1. Crecimiento de los Mercados Farmacéuticos más grandes*
(Iñesta2011,p.36)

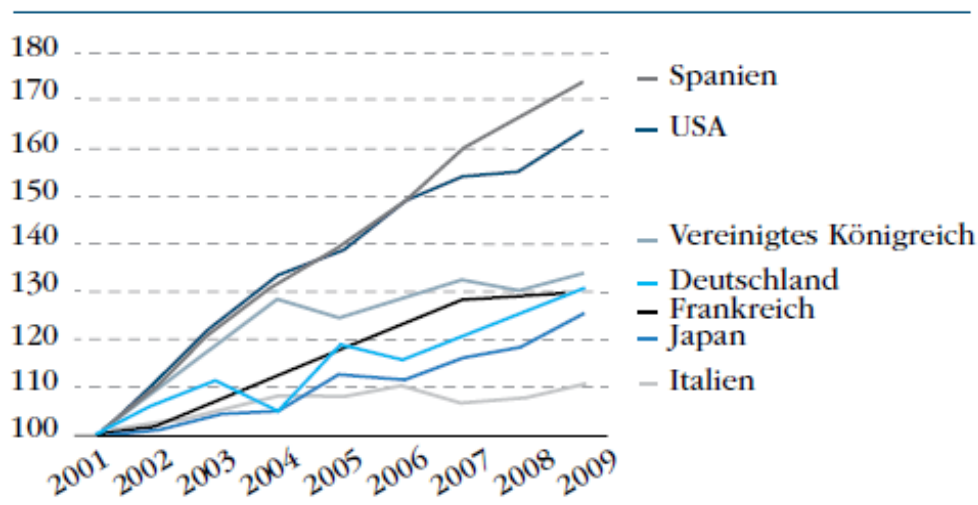


Figura 2. Porcentaje que representa el consumo de genéricos en valores y envases (SU=Standard Unit) en 2009 en los países europeos por consumo Mercado de Genéricos Europeo-Mercado Total-Farmacias (Iñesta, 2011 p.38)

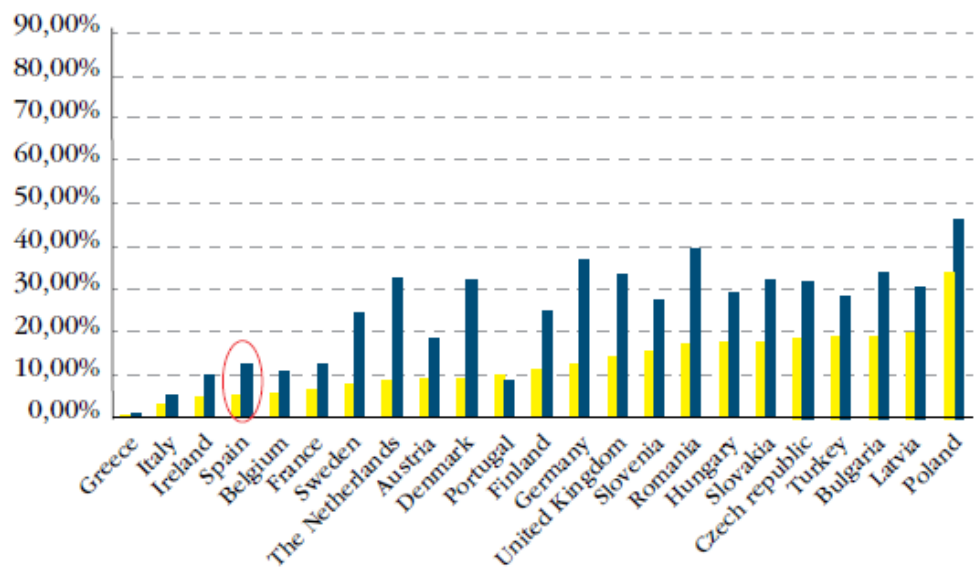


Figura 3. Porcentaje que representa el consumo de genéricos y no genéricos en valores y envases (SU=Standard Unit) en el periodo 2005-2009 en los países europeos (Iñesta 2011,p.38)

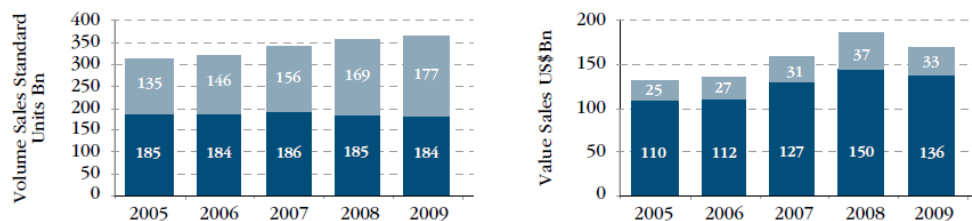
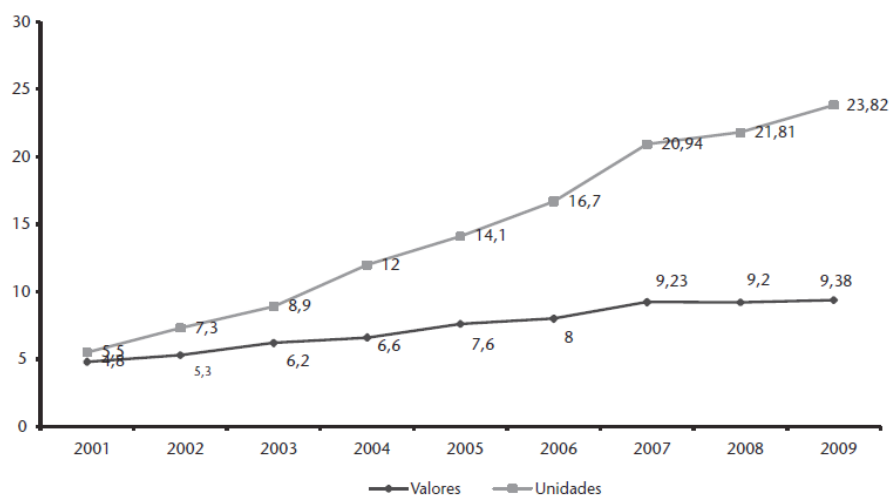


Figura 4. Cuota de mercado de genéricos en el Sistema Nacional de Salud.



Fuente: AESEG / IMS