

distintos problemas terapéuticos que se han podido documentar adecuadamente lejos de atribuir las diferencias terapéuticas al «efecto placebo del precio». Hace unos años una marca «copia» de furosemida fue introducida en un hospital. Al ser administrada por vía parenteral la diuresis de los pacientes era aproximadamente la mitad de la furosemida original, por lo que los clínicos debían duplicar la dosis para alcanzar el mismo resultado terapéutico, con lo cual el ahorro esperado se transformó en un incremento de precio y hubo que volver a la marca original. Fracasos similares podríamos describir acerca de algunos antibióticos, antiinflamatorios o inhibidores de la secreción. Seguramente, es cierto que en la mayoría de los casos las copias funcionaron y funcionan, pero no hablamos de eso sino de una cuestión de garantías, de calidad del tratamiento. Es cierto que los médicos no levantamos la voz contra esa realidad, pero parece que tampoco lo hicieron los farmacéuticos.

El problema fundamental del genérico es que no sabemos realmente cuál es su origen, es decir, ¿lo fabrica el laboratorio investigador o lo hace otro laboratorio que carece de la información privilegiada que sobre esa molécula tiene la empresa que lo desarrolló? Esto es lo que subyace de una realidad en la que lo que existe son «los genéricos» con apellido y no «el genérico único» fabricado por el investigador una vez ha expirado el período de explotación y amortización de los costes de investigación y desarrollo. En este sentido, deberíamos reflexionar sobre la siguiente pregunta: ¿existe realmente la necesidad social de que diferentes empresas fabriquen un mismo producto (generalmente de cierto éxito comercial) genérico? En otras palabras, ¿hacen falta los genéricos con «apellido»? Y haciendo una extensión de esto: ¿qué necesidad social hay para que de un mismo producto haya 40 o 50 especialidades farmacéuticas entre originales, licencias, genéricos y copias, aun asumiendo que fueran equivalentes?, ¿en qué medida contribuye esto a la confusión, la sensación de jungla terapéutica y a un incremento del gasto por sobredosis de «marketing» en torno a esos productos?

Es muy posible, y hasta fácil, que se pueda imitar químicamente un producto. Las dudas surgen cuando nos preguntamos: ¿tendrá el mismo grado de pureza?, ¿se degradará mas o

menos a los 6, 12 o 18 meses?, ¿tendrá distintos efectos secundarios?, ¿se lo prescribiría a un familiar en caso de enfermedad grave? Para nosotros estas dudas técnicas y éticas se presentaban con las copias, y siguen surgiendo en cierta medida con muchos genéricos.

Por otra parte, el término de *equivalente terapéutico* es confuso. Si nos atenemos a ese concepto, estaremos de acuerdo, por ejemplo, en que los alcalinos también pueden curar una úlcera péptica... a las dosis adecuadas y con los costes correspondientes. Luego los alcalinos serían equivalentes terapéuticos del omeprazol, según la definición que ofrecen Camós et al. De todos modos, no merece la pena discutir a fondo estos términos con los expertos.

El argumento económico para defender el uso de los genéricos es bastante pobre, porque para nosotros está muy claro que el ahorro reside en la indicación, es decir, el ahorro en la elección de la especialidad es el chocolate del loro comparado con el ahorro potencial que supone la utilización del fármaco sólo cuando está realmente indicado. La política de genéricos supone reconocer que hay un abuso en la prescripción de fármacos y en el fondo renuncia a resaltar otros problemas mucho mas importantes.

El inusitado interés de los farmacéuticos por los EFG nos preocupa en la medida que estos profesionales pueden acabar siendo víctimas de las presiones comerciales que los médicos venimos padeciendo desde hace años, en el caso de que, finalmente, la última palabra sobre el «apellido» del genérico en atención primaria no la tengamos nosotros, sino ellos. Pero lo que más nos seguirá preocupando, sobre todo, es el bienestar del paciente. Por lo tanto, en la sanidad pública seguiremos utilizando los mejores medios a nuestro alcance de la forma más racional y eficiente posible.

### R. Córdoba García

Médico de familia. Profesor asociado de la Facultad de Medicina. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza.

## Sin isla del día después

Congresos; Contenidos; Presupuestos.

**Sr. Director:** Hemos leído con interés y pasión las reflexiones del edito-

rial del 30 de septiembre de 1999 sobre la *bondad* de nuestros congresos. Nos llama verdadera atención comprobar que los presupuestos, ideas e interrogantes vertidos a lo largo de las distintas referencias<sup>1-4</sup> se mantienen desde 1994 hasta nuestros días.

Hace ya algunos años, aún siendo residentes, acudimos a nuestro primer congreso en Platja d'Haro, convencidos de que aquello se trataba de un gesto iniciático similar al de nuestra llegada al centro de salud o al día que dimos nuestra primera sesión clínica. Gesto iniciático, además, por todo lo que suponía a nuestra especialidad y por lo que palabras como *atención primaria*, *medicina de familia* o *salud* o *modelo bio-psico-social* significaban para nosotros. Aunque recién llegados al mundo de la ciencia, nuestras impresiones fueron éstas (repitiéndose de similar forma en Valencia o en Zaragoza):

1. El congreso poseía una ineludible calidad científica (o al menos eso nos pareció como R1 aún noveles en metodología).
2. La industria farmacéutica estaba hasta en la sopa (el fondo de algún plato de la comida llevaba el logotipo de alguno de ellos –sic–). En aquel congreso la junta directiva de semFYC no pudo informar de la aportación económica de los laboratorios al congreso –afortunadamente en Zaragoza estos datos se detallaron en la asamblea de socios.
3. Gran parte de los congresistas acudían en masa al recorrido turístico de la preciosa costa gerundense.
4. Dos residentes despistados se dedicaban a la contemplación catártica de  $p$  significativas y  $\chi^2$  que les sonaban a chino.
5. Los congresistas del punto 3 estaban subvencionados por la industria farmacéutica.
6. Los residentes del punto 4 estaban subvencionados por su impecable nómina de R1.
7. Desconcierto.

No hemos cambiado mucho. En los años posteriores aquellos residentes se integraron –prácticos y eficientes– en el apartado 3 y 5. Con el tiempo, y trabajando desde otro tipo de estructuras de salud que no le ven las orejas al «laboratorio», la posibilidad –por economía, pudor y convencimiento– de acudir a este tipo de congresos (semFYC, Sociedad

Española de Epidemiología) es remota. Por ello nos quedaremos este año sin isla (como Robinsones despidados en el exilio), con una foto del Teide en el despachito como ventana abierta de Sueño, *p no significativas y  $\chi^2$* .

Pero, advertimos: este el año que viene dejaremos de narrar y *tomaremos* el congreso: primero, por aquello de

que jugamos en casa (en Gijón) y, segundo, por lo de salud *para todos* en el año 2000 (y no para más tarde como pospone la OMS) y, sobre todo, por aquel viejo lema de que *la ciencia para el que la trabaja*.

**R. Cofiño Fernández**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Proyecto Hombre Asturias.

1. Coscollar Santaliestra C, Magallón Botaya R, Samitier Lerendegui ML. Reflexiones desde el interior de un congreso ¿Colaboradores, entorpecedores o cómplices? Aten Primaria 1999; 24: 249-251.
2. Delgado Sánchez A. Sobre los congresos. Aten Primaria 1998; 21: 344.
3. Pareja Bezares A. La calidad científica de los congresos. FMC 1998; 5: 321-324.
4. Reguant i Fosas M. Congresos: impresiones de un asistente. FMC 1998; 5: 324-328.