

ACCESO JUSTO REVISTA AL MEDICAMENTO

<http://accesojustomedicamento.org>

AAJM

ISSN 2697-1712



El Sistema de Precios de Referencia en muerte cerebral:
“Con sólo los 10 principios activos más consumidos, el SNS podría ahorrar anualmente más de 900 millones de euros, si se aplicaran los criterios anteriores a 2012”, investigación de Ángel María Martín Fernández-Gallardo

Premiados en 2025 por la AAJM



EDITORIALES

- (3) **Lectoras y lectores.** Comisión de Redacción.
- (4) **Contra la discriminación que enferma.** David Larios Risco.

ORIGINALES

- (6) **Medicamentos genéricos y sistema de precios de referencia. La historia de una traición al SNS, 12 años con vida y 14 con muerte cerebral.** Ángel Mª Martín Fernández-Gallardo.

• (56) **Francesc Puigventós, Colegio de Médicos de Toledo, Confederación Salud Mental España, Sara Plaza, Salud y Fármacos, y Roberto Santiago premiados de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento.**

MALDIGO LA POESÍA...

- (64) **No es la tierra, Estúpido. Eres tú! / La Buena Orilla.** Miguel Ríos.

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO, revista editada por la Asociación Acceso Justo al Medicamento (AAJM). [Publicación digital mensual](#). Plaza de las Cortes 11. 4º. 28014 Madrid.

Comisión Editorial: Fernando Lamata Cotanda, (presidente), María Julia Bertomeu, Manuel Cabrero, Soledad Cabezón Ruiz, Alicia Delgado Gómez, Carmen Esbrí, Ramón Gálvez Zaloña, Eva Iráizoz, Patricia Lacruz Gimeno, Joan-Ramón Laporte, David Larios Risco, Juan Manuel Martínez Melero, Pablo Martínez Segura, Abel Novoa Jurado, Francisco Puigventos, Pedro Rey, Juan José Rodríguez Sendín, Roberto Sabrido Bermúdez, Javier Sánchez Caro y Jaume Vidal.

Comisión de Redacción: Ramón Gálvez Zaloña (coordinador), Soledad Cabezón Ruiz, Gerardo Colás Madrid, Alicia Delgado Gómez, José Manuel Estrada Lorenzo, Ángel María Martín Fernández-Gallardo, Pablo Martínez Segura y Serapio Severiano Peña. Edición, diseño y maquetación: Pablo Martínez Segura.

ISSN: 2697 - 1712

Normas para autores: [\(PINCHE AQUÍ\)](#).

Correspondencia: comisionredaccionajm@gmail.com

Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de exclusiva competencia y responsabilidad de sus autores. El punto de vista de la AAJM queda reflejado en el editorial.

Textos originales: [Licencia Creative Commons Atribución-No-Comercial—SinDerivadas 3.0 Unported](#).

Suscripciones (PINCHE AQUÍ). Al enviar sus datos personales se está dando de alta como suscriptor de la Revista ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO. La finalidad de los datos que le solicitamos es enviarle nuestra publicación por correo electrónico. Al enviarnos su solicitud da su consentimiento expreso para utilizar sus datos con esta finalidad. En todos los envíos de la publicación de nuevos números se dará la opción de darse de baja y que estos datos sean eliminados de nuestra base. Bajo ningún concepto estos datos serán compartidos con terceros. En todo momento, podrá ejercer sus derechos de rectificación, acceso, limitación o supresión mediante el Buzón accesojustomedicamentos@gmail.com. Los datos de carácter personal que nos aporte mediante este formulario serán protegidos por AAJM, con domicilio en Plaza de las Cortes, 11 4º, 28014 Madrid, como responsable de su manejo.

Nº 43. NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2025. [Histórico de revistas](#).

Web amigas: [NO ES SANO](#), [SALUD POR DERECHO](#), [NO PROFIT ON PANDEMIC.EU](#), [THE PEOPLE'S VACCINE](#), [OMC](#)



EDITORIAL

Lectoras y lectores**Comisión de Redacción.**

Finalizamos un año en el que hemos alcanzado, con este número, la 43 edición de la AJM. Esta realidad ha sido posible gracias a la ayuda generosa de excelentes colaboradores que han aportado su conocimiento y experiencia.

Durante este año hemos continuado intentando exponer, mediante un contenido riguroso en la selección de textos, la situación actual en el acceso y asequibilidad a los medicamentos necesarios para el tratamiento y recuperación de la salud.

Hemos expuesto en diferentes artículos, como el discurso de las grandes farmacéuticas sobre patentes y precios que domina la percepción y la narrativa, es falso y además ocasiona graves perjuicios a la salud.

En editoriales y artículos hemos descrito cómo la industria influye en todos, desde gobiernos, instituciones y administraciones, hasta medios de comunicación, médicos y pacientes para conseguir mantener sus enormes y escandalosos beneficios. También seguimos trabajando en líneas de investigación propias que nos gustaría reforzar y consolidar.

Este número final de 2025 tiene unas características especiales. Incluye un extenso trabajo de investigación de Ángel María Martín sobre los medicamentos genéricos que nos parece será de considerable interés por las aportaciones que realiza. Incluimos el texto íntegro para facilitar su atenta lectura. Su tamaño ha determinado que el formato habitual, con artículos originales y artículos de otras fuentes haya sido modificado. En este número, solamente hemos mantenido la



editorial y la información sobre los premios anuales AAJM- Noblejas 2025.

Finalmente queremos agradecerte lectora/lector tu interés en la lectura de nuestra revista, que es nuestro estímulo fundamental para seguir adelante en un año 2026 que se dibuja en el horizonte, con la misma dureza y dificultad que el año que termina. Pero es necesario continuar y resistir, por ello hacemos propias las palabras de Miguel Ríos para el nuevo año

*"La sociedad tiene que despertar para evitar el suicido
Alerta roja!
Reaccionar, por el futuro
de la humanidad
Salvar el aire, salvar el mar
Salir del pozo de desigualdad
Hay que luchar*

Salud

EDITORIAL

Contra la discriminación que enferma

David Larios Risco.

Abogado. Vocal de la Junta Directiva de la AJM.

La discriminación no es una opinión, es un determinante de la salud. Tampoco es un mal abstracto. Tiene síntomas que no se tratan, diagnósticos tardíos y daños evitables para paciente muchas veces invisibles.

Las barreras para el acceso a la sanidad de personas excluidas operan, al menos, por dos vías entrelazadas. La primera, político-administrativa: normas que restringen la entrada al sistema, requisitos de cobertura o empadronamiento inalcanzables, circuitos opacos. La segunda, práctica: sesgos implícitos, barreras idiomáticas y culturales, desinformación, miedo a ser denunciado y trámites que expulsan de la atención ordinaria a quienes más la necesitan. El resultado es conocido: peores diagnósticos, menor continuidad terapéutica y peor control de enfermedades crónicas y transmisibles.

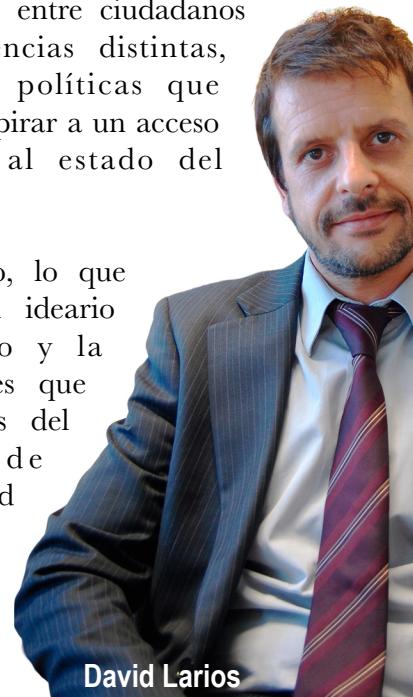
La Comisión Europea advierte que el 3,6% de la población de la UE se encuentra con necesidades sanitarias no cubiertas, elevándose esa tasa hasta el 6% entre personas en riesgo de pobreza, y alerta de que esa exclusión sale cara: “cerrar la puerta en primaria y en el acceso a medicamentos esenciales multiplica los costes futuros”⁽¹⁾.

A pesar de ello, asistimos a un repunte de corrientes políticas que normalizan discursos y prácticas de xenofobia y racismo, algo que ha constatado la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA) alertando de los retrocesos en derechos de las personas migrantes y de su exclusión de los servicios básicos, incluida la protección de la salud⁽²⁾.

Ante el peligro que supone la extensión de estas corrientes ideológicas y políticas que legitiman la vulneración de los derechos humanos es conveniente que hagamos memoria y recordemos que, durante siglos, “tolerar” era poco más que permitir lo que se juzgaba erróneo: una actitud magnánima y prudencial del poder hacia quienes discrepan, hacia los diferentes. Y que no fue hasta bien entrado el Siglo XX cuando las tradiciones religiosas y las democracias constitucionales dieron el salto ético y jurídico “de la tolerancia” al “reconocimiento de iguales derechos” e “igual dignidad”.

Y en ese tránsito, los estados modernos comprendieron que no basta con “no perseguir” al diferente, y pusieron en marcha obligaciones positivas de equiparación entre ciudadanos de procedencias distintas, medidas y políticas que permitían aspirar a un acceso equitativo al estado del bienestar.

Lo contrario, lo que propugna el ideario del racismo y la xenofobia, es que retrocedamos del estándar de igualdad efectiva al viejo permiso precario: tolerar la diferencia



David Larios

mientras se la deja fuera de los derechos materiales, empezando por el acceso a la salud y a los fármacos que salvan vidas.

A escala internacional, la discriminación se expresa en la brecha entre quienes pueden pagar y quienes quedan fuera. Las diferentes políticas y modelos sanitarios determinan la coexistencia de países que apenas garantizan urgencias y servicios de auxilio a personas excluidas de la cobertura o en situación administrativa irregular, con otros que reconocen accesos más amplios; pero incluso donde las normas son más generosas, persisten quiebras en el acceso efectivo. No se trata sólo del sistema de financiación sanitaria, sino de cómo cada Estado articula el control migratorio y su “economía moral” de inclusión y exclusión.

A ello se superpone una discriminación económica añadida en el acceso a los medicamentos: precios fijados por “valor”, o *opacidad de costes e I+D* y desabastecimientos que convierten medicinas esenciales en activos financieros. Cuando el precio expulsa, la desigualdad de renta se suma a la racial o administrativa: doble exclusión —no llegar al sistema o, si se llega, no poder pagar o no encontrar el medicamento.

España no es inmune. Hemos avanzado hacia la universalidad, pero persisten barreras de facto para quienes menos poder tienen: empadronamientos difíciles, exigencias documentales cambiantes en función del territorio autonómico o circuitos que derivan a urgencias lo que debería resolverse en primaria; son tan sólo algunos ejemplos.

Las consecuencias en términos de salud y costes están bien documentadas: más hospitalizaciones evitables, mayor mortalidad por causas tratables, cronificación de enfermedades controlables con fármacos de primera línea y un impacto económico que recae —paradójicamente— sobre el propio sistema. Cada barrera añadida hoy es un coste sanitario y humano

multiplicado mañana. Y cuando hablamos de medicamentos esenciales —antibióticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antidiabéticos, analgésicos, vacunas— la demora no es neutra: es daño.

El marco de obligaciones es inequívoco. La igualdad y la no discriminación no son retórica, sino mandato jurídico y ético. Los poderes públicos deben garantizar que nadie quede atrás por su origen, color de piel, estatus migratorio, lengua, discapacidad, género o pobreza. Eso implica remover obstáculos administrativos, vigilar y corregir sesgos clínicos, orientar la financiación y la política farmacéutica a las necesidades reales —no a la capacidad de pago— y asegurar que las listas y guías de medicamentos esenciales se traduzcan en disponibilidad y asequibilidad efectivas.

Los compromisos internacionales son claros: acceso disponible, aceptable y de calidad; prohibición de limitar la atención por estatus migratorio; y deber de adoptar medidas para reducir desigualdades. La solidaridad no puede quedarse en declaraciones: apoyar capacidades regulatorias y productivas en países de renta baja y media, compartir tecnología y datos, y alinear la I+D con necesidades de salud pública son condiciones para que la lista de medicamentos esenciales no sea un catálogo de ausencias.

La respuesta ética a la discriminación y exclusión sanitaria no puede ser otra que la solidaridad, la cooperación, la transparencia y las garantías constitucionales de los sistemas que priorizan el interés general.

Referencias

1. “3,6% experience unmet needs for medical care in 2024” European Commission. Eurostat News, 20 agosto 2025.
2. “FRA’s Fundamental Rights Report 2024” European Union Agency for Fundamental Rights. 5 june 2024.

ORIGINAL

Medicamentos genéricos y sistema de precios de referencia. La historia de una traición al SNS, 12 años con vida y 14 con muerte cerebral



Ángel M^a Martín Fernández-Gallardo.

Inspector farmacéutico del SNS jubilado. Vicepresidente de la AAJM. Exjefe de Área de Farmacia del Sescam .

Resumen

El Sistema de Precios de Referencia (SPR) desde 2012 está en muerte cerebral, tiene un electroencefalograma plano (EEG), pero no siempre fue así. Hasta esa fecha gozaba de una saludable vitalidad fruto de la importante competencia entre genéricos, que generaba precios a la baja impulsados por laboratorios que apostaban por bajadas de precios como herramienta para ganar cuota de mercado a sus competidores. Pero en 2012 un nefasto cambio de Ley y una “fatua” le asestaron un doble golpe mortal. Quienes lo defenestraron, todavía hoy cada vez que pueden nos hacen creer que sigue vivo, mostrándonos interesadamente un espejismo de lo que fue, de cuando conseguía potentes bajadas de precios, para ocultar en lo que lo han convertido: una herramienta inútil para el SNS y al servicio, otra más, de sus intereses. Desde ese año se han creado más de 200 nuevos conjuntos con medicamentos cuyo precio de referencia (PR) no ha vuelto a bajar. Hasta esa fecha, cada año las bajadas eran habituales, cuantiosas e importantes, teniendo como máximos exponentes a omeprazol y simvastatina.

Ahora nos quieren convencer de que esas bajadas son temerarias y que ponen en riesgo el abastecimiento, pero como se demuestra en este artículo son dos falseades más, convertidas en mantras que agitan para obtener beneficios adicionales como ya apunta el borrador de la nueva Ley del medicamento. Pero la realidad es que, como se verá, **menos del 6% de los**

medicamentos desabastecidos tienen un precio inferior a 2,5€ y también que hoy, en España los precios temerarios son, por caros, los de los genéricos y sus PR desde 2012, que están muchísimo más cerca del precio de monopolio que impone el dueño de la patente, que de su coste real que, como se revela en este trabajo, en muchos casos podrían ser hasta 60 veces más bajos. **Si, ha leído bien, los medicamentos genéricos deberían tener un precio hasta 60 veces más bajo**, y ello está costando al SNS y al bolsillo de los ciudadanos miles de millones de euros cada año.

Introducción: El valor social de los medicamentos genéricos

Los elevados precios de los medicamentos genéricos detraen miles de millones de euros al SNS y están mutilando la competencia, porque cuando hay mucho que ganar siempre gana el más fuerte. La contracción del número de laboratorios de genéricos, está camino de llegar al número crítico que concentre tanto el mercado de genéricos que sucederá como con los medicamentos con patente, que tendrán poder para imponer sus condiciones, de hecho, la mayoría de los desabastecimientos que se producen hoy día apunta a este poder creciente, como se verá más adelante. Por eso es importante conocer su valor social, que lo tienen.

Para estimar el valor social de los laboratorios de genéricos y de los medicamentos que comercializan, en este trabajo me centraré en dos aspectos, uno, la

amplitud de campo terapéutico que cubre su oferta, en concreto su presencia en el campo estratégico de la antibioterapia donde las diferencias de oferta son abismales entre laboratorios de genéricos y el otro en el precio de sus medicamentos.

En el campo de los antiinfecciosos, multinacionales como Viatris y TEVA, o Cinfá, el principal laboratorio nacional por sus ventas al SNS, tienen un escaso valor social, su portfolio total es muy extenso, pero con poca o muy poca presencia en ese campo, Viatris comercializa 6 principios activos (PA) y Teva 10, y además su presencia la concentran en los antiinfecciosos de mayores ventas en el SNS, en los más rentables. En cambio, otros tienen un elevado valor social, por su importante oferta de antiinfecciosos en número, variedad o por ser los únicos laboratorios que comercializan algunos de ellos. Destacan Normon que comercializa 32 y Reig Jofre que comercializa 17. Y entre estos extremos se sitúa el resto de los laboratorios que comercializan genéricos. Se puede ver esa diferencia de valor social entre estos 5 laboratorios en la tabla 1 que muestra el detalle de los PA que comercializan. Y en la figura 1 donde se muestran, iluminados, los PA más rentables, los que superan el millón de euros por ventas en el SNS y en gris claro el resto. Se ve claramente que el único interés de esas dos multinacionales para comercializar los antiinfecciosos que necesitamos es el económico.

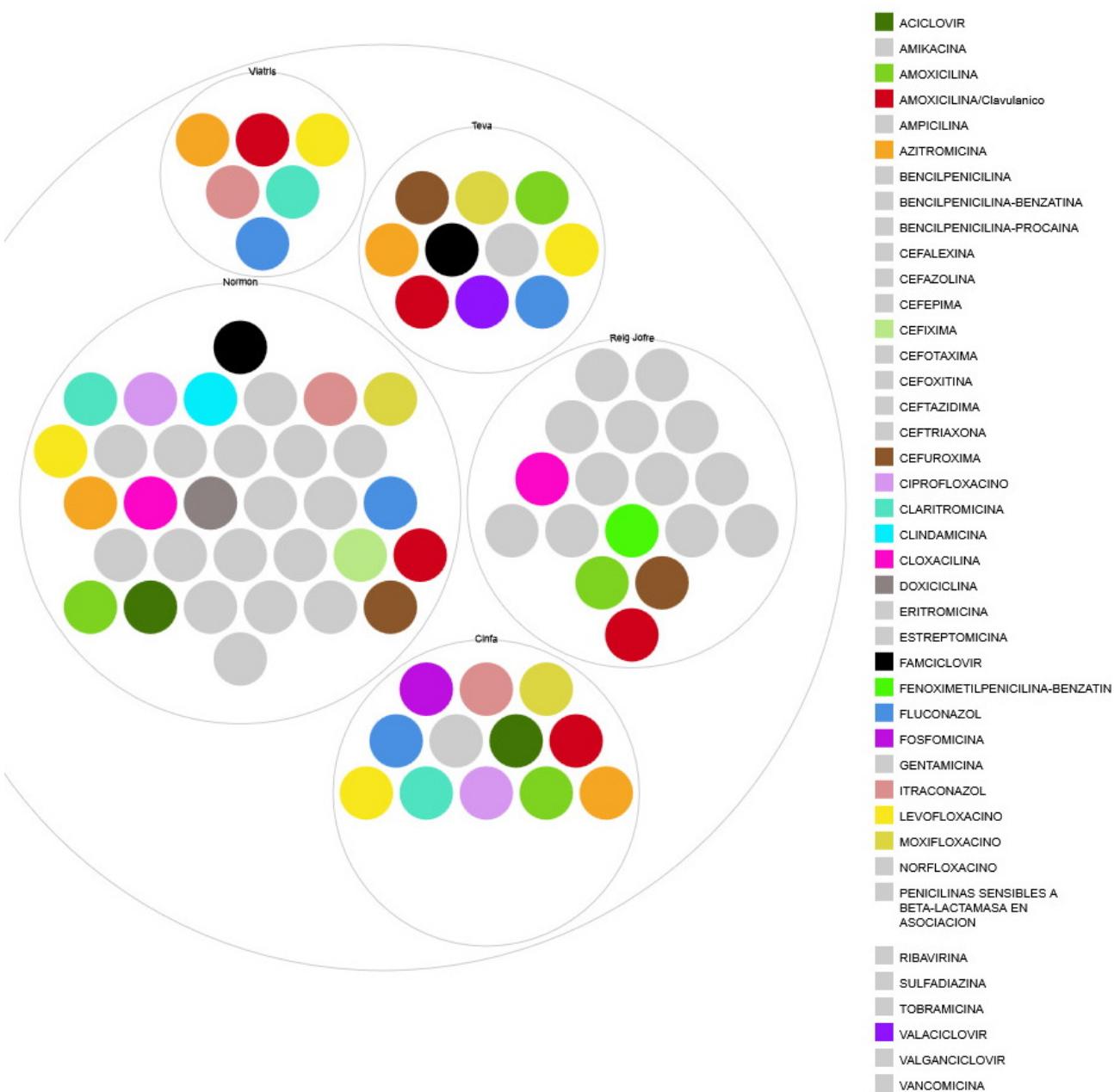
Tabla 1: Detalle de la oferta de antiinfecciosos de estos 5 laboratorios

Normon		Reig Jofre		Cinfá		Teva		Viatris	
Doxiciclina	Clindamicina	Ampicilina		Amoxicilina	Amoxicilina	Amoxicilina/Clav			
Ampicilina	Tobramicina	Amoxicilina		Amoxicilina/Clav	Amoxicilina/Clav	Clarithromicina			
Amoxicilina	Gentamicina	Bencilpenicilina		Cefuroxima	Cefuroxima	Azitromicina			
Cloxacilina	Amikacina	Bencilpenicilina-Benzatina		Clarithromicina	Azitromicina	Levofloxacino			
Amoxicilina/Clav	Ciprofloxacino	Bencilpenicilina-Procaina		Azitromicina	Levofloxacino	Fluconazol			
Cefalexina	Norfloxacino	Fenoximetilpenicilina-Benzatina		Ciprofloxacino	Moxifloxacino	Itraconazol			
Cefazolina	Levofloxacino	Penicilinas Sensibles a Beta-Lact		Norfloxacino	Fluconazol				
Cefoxitina	Moxifloxacino	Cloxacilina		Levofloxacino	Famciclovir				
Cefuroxima	Vancomicina	Amoxicilina/Clav		Moxifloxacino	Valaciclovir				
Cefotaxima	Fluconazol	Cefazolina		Fosfomicina	Valganciclovir				
Ceftazidima	Itraconazol	Cefuroxima		Fluconazol					
Ceftriaxona	Aciclovir	Cefotaxima		Itraconazol					
Cefixima	Famciclovir	Ceftazidima		Aciclovir					
Cefepima	Valganciclovir	Ceftriaxona							
Eritromicina	Ribavirina	Sulfadiazina							
Clarithromicina		Estreptomicina							
Azitromicina		Vancomicina							

Fuente: Nomenclátor de prescripción de la AEMPS (1)

Y con el valor social añadido de que algunos de estos antiinfecciosos Normon o Reig Jofre son los únicos laboratorios que los comercializan en España.

Figura 1: Diferencias de valor social de 5 laboratorios de genéricos por su oferta de antiinfecciosos.



Fuente: Nomenclátor de prescripción de la AEMPS (1)

La valoración social de los laboratorios de genéricos por el precio de sus medicamentos o por las bajadas de precios que generan en el SPR podemos afirmar que desde 2012 es prácticamente nulo, como se verá en este trabajo. Ni se diferencian del precio de las marcas, ni producen bajadas adicionales en el precio de referencia (PR) una vez instaurado. Salvo algunas excepciones de laboratorios pequeños, como VIR o UXA, el resto no ha demostrado tener valor social económico alguno impulsando bajadas de los PR con los medicamentos genéricos, ni generando ahorros adicionales para el SNS y para el bolsillo de los ciudadanos.

El SPR debe volver a potenciar su valor social de carácter económico, los precios (de venta al público y de Referencia) de los nuevos genéricos vuelven a ser tan rentables como lo eran a finales de los 90 cuando convivían genéricos y marcas con precios elevados hasta que, como veremos más adelante, un cambio en el SPR en 2003 incentivó que los laboratorios comenzasen a bajar sus precios y con ellos bajaban los PR que arrastraban a los demás. El sistema debe reinventarse para que esto vuelva a suceder, y es posible, lo hemos vivido recientemente con las bajadas de metformina y deflazacort lideradas por esos dos pequeños laboratorios, que bajaron los precios a una tercera parte hasta prácticamente expulsar a las marcas de esos dos PA. Porque esa es la clave del estancamiento del mercado de los genéricos, que tienen unos precios tan elevados que, para las marcas, la bajada del 40% que aplica la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamento (CIMP) a los genéricos cuando salen por primera vez, le suena a música celestial y como tienen una posición de dominio del mercado, continúan dominándolo. La clave es bajar el precio hasta que para a la marca se le haga insostenible, casi siempre por motivos de imagen, no económicos. Mientras eso no suceda la bolsa de ganancias con la que los laboratorios de genéricos más potentes incentivan el uso sus medicamentos, también la tienen igual de potentes las marcas y ambos están encantados de tenerla y la

protegen con uñas y dientes. De ahí el cinismo de la petición que plantean al Ministerio para que los genéricos ganen cuota de mercado: que los precios apenas bajen y que las marcas puedan mantener el suyo financiado por encima del PR. Y a los ciudadanos que nos parta un rayo (pero que no nos mate para poder seguir pagando su festín). Y el Ministerio, parece que sea su aliado.

Lo que hoy estamos viendo es que los laboratorios de genéricos se empiezan a comportar como las multinacionales de las marcas, de hecho, dos de ellos, Teva y Viatris ya lo son y se han posicionado en 2024 entre las 20 principales empresas farmacéuticas según ingresos. Por cierto, Viatris es de Pfizer, el laboratorio que más impulsó la obligatoriedad de las patentes de los medicamentos a nivel mundial en el acuerdo de los ADPIC, con eso está todo dicho. Teva y Pfizer, un tándem para echarse a temblar, el día que se coman a Cinfa y Normon, con la competencia de genéricos en mínimos, en España sabremos los que son los desabastecimientos de verdad, salvo que nos pleguemos a sus exigencias.

Los desabastecimientos como arma de presión masiva

No me mientas que te creo, por la boca del deseo muere el pez... (J. Sabina). A medida que los nuevos genéricos se han ido haciendo más y más rentables, especialmente a partir de 2012, en paralelo se ha ido recrudeciendo más y más la epidemia de desabastecimientos que padecemos. Según datos de la AEMPS, a fecha 13 de noviembre de 2025, en los 6 meses anteriores se habían reportado la friolera de 1634, de los que se habían resuelto 881 y continuaban activos 733 (2). Las soluciones que recomendaba en cada uno, a grandes rasgos se pueden agrupar en las siguientes:

En 1184 casos (72,4%) había disponibles otros medicamentos con el mismo PA y vía de administración.

En 33 casos (2%) eran desabastecimientos temporales en su mayoría (21) resueltos.

En 133 casos (8,1%) el titular de la autorización realizaba una distribución controlada por disponer de un número de unidades limitadas.

En 98 casos (6%) el médico prescriptor debía determinar la posibilidad de utilizar otros tratamientos comercializados.

En 116 casos (7,1%) la AEMPS autorizó unidades por comercialización excepcional.

En 63 casos (3.9%) se podía solicitar el desabastecido como medicamento extranjero.

Es decir, la gran mayoría de los desabastecimientos, el 75%, son lo que popularmente se llama un “jodejode”, no tienen ninguna importancia para el paciente, pero molestan mucho, tanto a los ciudadanos, que se les cambia de medicamento por obligación, como a los médicos y farmacias que sufren en primera persona el creciente descontento y quejas de los pacientes. Y como siempre que hay descontento, la solución más fácil es canalizarla contra la Administración y en eso se vuelcan los laboratorios, en transmitir a los médicos, farmacéuticos y pacientes que la culpa son los bajos precios que tienen los medicamentos. ¿Quién no ha oído el mantra de medicamentos que valen menos que una golosina?

Y esta es la versión que trata de imponer la industria farmacéutica, con el silencio cómplice de la AEMPS, por omisión o inacción más allá de tramitarlos, que la causa principal por la que se desabastecen es por los bajos precios de los medicamentos

que provoca el SPR, sobre todo de los genéricos, y piden insistente subidas de precio y últimamente, además, ayudas económicas.

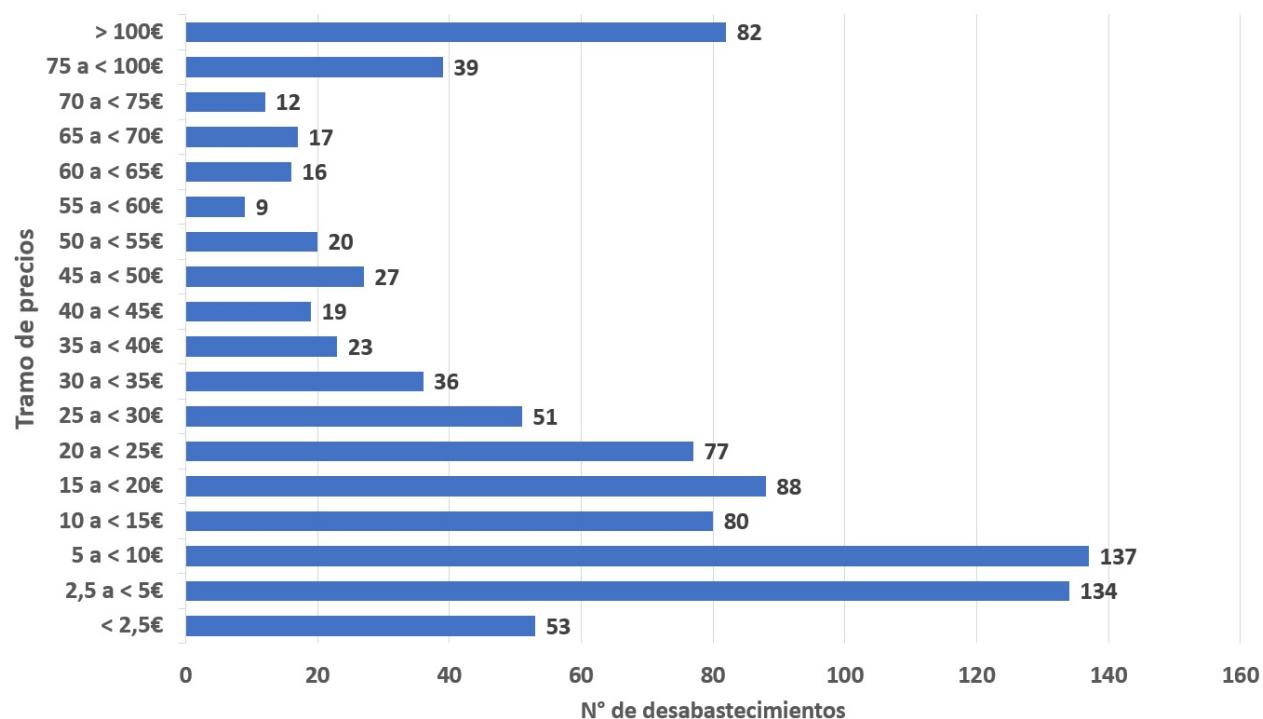
Pero ¿qué hay de verdad en el mantra que han impuesto al Ministerio, a la AEMPS y a la opinión pública con la inestimable ayuda de su coro de loros, por el que culpan de los desabastecimientos a los precios bajos de los medicamentos? Poco o nada, como se verá a continuación. De los 1634 medicamentos con problemas de abastecimiento en esa fecha:

- 920 estaban financiados por el SNS y son dispensables con receta en oficina de farmacia, de ellos 750 (80,5%) son medicamentos con PR.
- 523 estaban financiados por el SNS, pero no son dispensables en oficina de farmacia (449 de uso hospitalario y 74 dispensación hospitalaria).
- 36 no estaban financiados y no necesitaban receta para su dispensación en farmacia.
- 155 no estaban financiados y necesitaban receta para su dispensación en oficina de farmacia.

Como los medicamentos no financiados tienen precio libre, el precio no puede ser la causa principal de su desabastecimiento. Por lo tanto, para conocer si el precio puede tener alguna relación relevante con los desabastecimientos me voy a centrar en los 920 medicamentos financiados que necesitan receta, de cada uno he obtenido sus precios del nomenclátor de facturación que publica el Ministerio (3). En la figura 2 se muestra la distribución, por tramos de sus PVP, de esos 920 medicamentos.

Figura 2: N° de desabastecimientos por rangos de precios

Número de desabastecimientos en el semestre del 14/5 al 13/11 de 2025, de medicamentos sometidos al SPR por tramos de sus precios



Fuente: Fichero de desabastecimientos AGEMED el 13/11/2025 (2). Elaboración propia

Del análisis de estos datos llama la atención:

Que hay más medicamentos desabastecidos de precio superior a 100€ que medicamentos de menos de 2,5€.

Que sólo un 5,8% de los medicamentos desabastecidos tienen un PVP inferior a 2,5€ que recordemos, es el umbral con el que la industria farmacéutica trata de convencernos de que no es rentable un medicamento.

Que sólo el 20% de los medicamentos que han notificado problemas de suministro tienen un PVP menor de 7€, frente a otro 20% cuyo precio supera los 70€.

Que el 60% de los medicamentos desabastecidos en el periodo estudiado tienen un precio mayor que el coste medio por receta

facturada en el SNS (11,35€) en ese mismo periodo.

En definitiva, que se desabastecen mucho más los medicamentos caros y muy caros que los menos caros, lo que descarta rotundamente el mantra de que el precio bajo sea un riesgo para el desabastecimiento de medicamentos y que sea la causa principal de la epidemia de desabastecimientos que padecemos actualmente en España.

Más bien pareciera que fuese la industria farmacéutica más interesada en que no baje el PR de los medicamentos sujetos al SPR, que como se demuestra en este trabajo desde 2014 mantienen precios escandalosamente altos, la que esté agitando la problemática de los desabastecimientos para imponer esa idea.

Un dato: Viatris y Teva, las dos multinacionales de genéricos más importantes a nivel mundial, aunque aún no en España, reportaron 203 de los 920 desabastecimientos, en cambio Mabo un conocido laboratorio nacional de genéricos reportó sólo 3.

Otros datos: de paracetamol, medicamento ícono de precio barato en España sólo se han reportado 5 de los 920 desabastecimientos y del ibuprofeno, el siguiente ícono de medicamento barato, 6. Y de simvastatina, uno de los medicamentos más prescritos en el SNS, con un precio a partir de 0,95€ por envase, no ha habido ni un solo desabastecimiento en ese periodo.

Más datos: de furosemida y deflazacort, los dos medicamentos que en 2022 bajaron agresivamente de precio (temerariamente según la prensa del sector), un 50% la primera y casi un 75% la segunda hasta quedar en 1,06 y 2,67€ por envase respectivamente, no ha habido ni un solo desabastecimiento. En cambio, de fentanilo hubo 46 medicamentos desabastecidos, con un precio medio de 72€. Y de quetiapina 40, con un precio medio de 59,5€.

En el periodo estudiado han tenido algún desabastecimiento 315 PA diferentes, más de la mitad (160) sólo de un caso y otros 49 sólo dos casos. En la tabla 2 se muestran los PA que han tenido más de 10 medicamentos desabastecidos:

Tabla 2: PA que han tenido más de 10 medicamentos desabastecidos

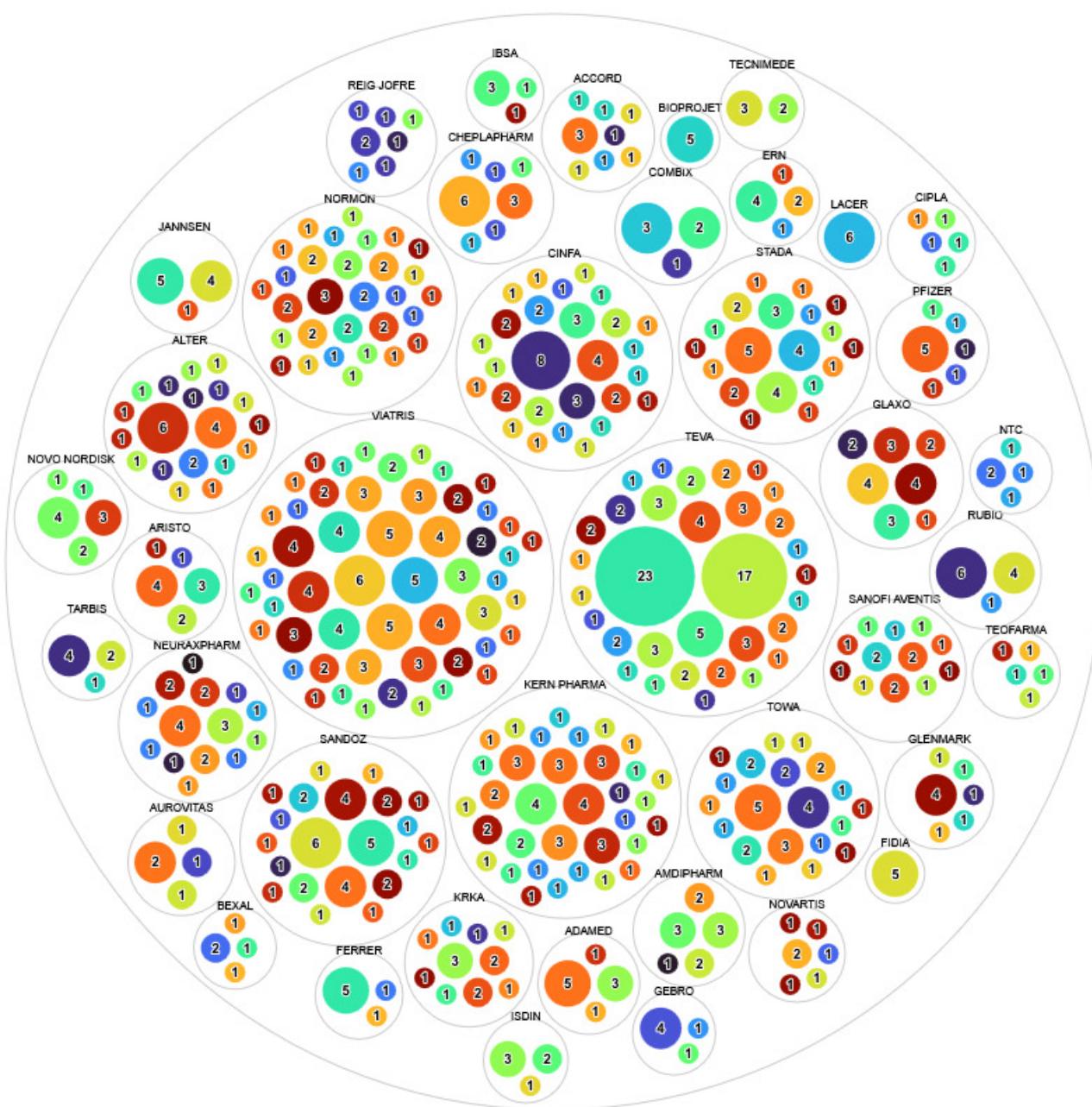
Principio Activo	Medicamentos Desabastecidos
FENTANILO	46
QUETIAPINA	40
METILFENIDATO	22
LEVOTIROXINA	19
ATOMOXETINA	19
RISPERIDONA	18
DILTIAZEM	17
OLANZAPINA	17
GALANTAMINA	16
SITAGLIPTINA	11
LACOSAMIDA	11
LEVETIRACETAM	11
TOPIRAMATO	10

Fuente: Fichero de desabastecimientos AGEMED el 13/11/2025 (2). Elaboración propia

Es la historia que se repite una y otra vez con cada modificación legislativa, cuanto más ganan y más poder tienen, más exprimen las leyes para que les favorezcan. Y en eso estamos con la propuesta del Anteproyecto de Ley del Medicamento que tramita el Ministerio de Sanidad en la que como solución para los desabastecimientos ya se perfilan los beneficios económicos, en forma de ayudas que van a conseguir. De seguir adelante con esa aberrante propuesta que han colado al Ministerio al alimón, la AEMPS y la industria farmacéutica, además de ser una nueva puñalada al bolsillo de los ciudadanos, pasaremos de la actual epidemia de desabastecimientos a una pandemia, porque las ayudas que conseguirían los pícaros que actualmente provocan desabastecimientos interesados, las querrán todos, y ya sabrán como conseguirlas.

En la figura 3 se muestra la importante concentración de los desabastecimientos en determinados laboratorios, la mayoría de ellos, de genéricos. Se incluyen sólo los que han comunicado más de 5 desabastecimientos en el periodo estudiado: 42 laboratorios y 721 comunicaciones (34% y 78% del total, respectivamente).

Figura 3: Universo de desabastecimientos tipo “jodejode” y las principales galaxias donde se generan. En color, cada PA diferente que el laboratorio ha comunicado desabastecimiento y el número indica los desabastecimientos de PA comunicados en el periodo.



Fuente: Fichero de desabastecimientos AGEMED el 13/11/2025 (2). Elaboración propia

No, el precio bajo de los medicamentos genéricos no genera desabastecimientos, más bien parece que lo sea el precio tan caro que tienen muchos de ellos y, quien sabe, si la codicia de algunos (o de muchos) agita estos desabastecimientos, que recordemos no suponen ningún problema sanitario para la población al tener todos ellos alternativas idénticas en el mercado, y los mezclan con los precios baratos de unos pocos para apantallar la realidad, que los medicamentos genéricos autorizados en España y sus PR desde 2014 son muy caros, como estrategia para evitar que les bajen los precios. De hecho, parece que el actual Ministerio ya les ha comprado el falso relato. Pero a quien le puede extrañar, con la extensísima lista de extécnicos, excargos y exaltos cargos del Ministerio, Consejerías y Servicios de Salud en nómina de la industria farmacéutica. ¿Cuántos más habrá haciendo méritos?

La involución del SPR que ha llevado al estancamiento del consumo de genéricos

Una vez escuché a un experto decir que los incentivos no fallan, y que si con los incentivos que pones no logras los objetivos que querías, no es porque fallen, es porque están mal puestos. Pues bien, en este trabajo demostraré que no es que el SPR no funcione (el sistema de incentivos para bajar los precios de los medicamentos genéricos), es que desde 2012 está diseñado para que no funcione y la solución no es rediseñarlo aún peor para el SNS y nuestros bolsillos como pretenden la AESEG y Farmaindustria, sino hacer que funcione. Porque contrariamente a lo que se dice, el SPR en la actualidad es tremadamente ineficaz para que, una vez incorporados al SPR, siga bajando de precio los medicamentos nuevos, los más caros, los hijos aventajados de la codicia del acuerdo de los ADPIC que, cuando su patente caduca, el actual SPR en lugar de enviarlos al purgatorio durante un largo periodo, para que purguen su codicia y sigan bajando los precios, los eleva al paraíso donde se han apoderado de las llaves de San Pedro.

En la memoria del Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios que el Ministerio de Sanidad sacó en abril de 2025 a información pública se comenta, sobre el mercado de medicamentos genéricos en España que “puede observarse, que después de un crecimiento lento pero continuo hasta aproximadamente 2014, tanto el porcentaje en volumen como en precio parecen haberse estancado durante los últimos diez años con solo un ligero repunte, sobre todo en valores, en los últimos tres años” y lo justifica tanto por cambios de legislación como por el hecho de que los medicamentos que están perdiendo patente a lo largo de los últimos años son, cada vez más, medicamentos biológicos.

La primera justificación es inapelable, porque si hay algo capaz de cambiar una situación es una Ley y la legislación sobre genéricos, tanto la referente al SPR como a las condiciones de prescripción y dispensación han sido varias. Pero sorprende una justificación tan “genérica” carente de un análisis más en profundidad de los cambios legales que han llevado a ese estancamiento. Porque ha habido varios cambios legislativos muy positivos, de hecho, es el último, el de la Ley 16/2012 y su RD de desarrollo de 2014, el desencadenante principal del estancamiento, como se irá viendo en este artículo, pero no es la única causa, como también se irá demostrando.

En la tabla 3 se muestran los cambios legislativos que han afectado al SPR, los años que han estado vigentes y el incremento acumulado del número de envases de medicamentos genéricos de cada periodo. Se puede comprobar que en los primeros 11 años tuvieron un 186% de incremento y en los últimos 10 años, desde la modificación de 2012-2014, han tenido crecimiento negativo. Tabla 3: Incremento del uso de genéricos facturados en recetas médicas del SNS por periodos de vigencia de las reformas legislativas del SPR

Ley	Año	Periodo Vigencia	% Aumento envases del periodo	% Aumento acumulado
Ley 16/2003	2003	3 años	72%	72%
Ley 29/2006	2006	4 años	51%	123%
R.D.Ley 4/2010 y Ley 34/2010	2010	1 año	25%	148%
R.D.Ley 9/2011	2011	3 años	38%	186%
R.D.Ley 16/2012 y RD 17/2014	2014	10 años	-1%	185%

Fuente: Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios (35). Elaboración propia

En la Tabla 4 se muestra el detalle por años de la cuota de genéricos y del aumento de envases de genéricos y su variación acumulada sobre el año precedente. Los impactos de cada Ley en el SPR se han contabilizado en el año posterior ya que las entradas en vigor solían tener así su máxima repercusión.

Tabla 4: Incremento del consumo de envases de genéricos facturados en receta médica del SNS, por años y por períodos de vigencia de las reformas legislativas del SPR.

Año	% N° Envases	% Aum. N° Envases	Leyes
2003	8,9		
2004	12,0	36%	Ley 16/2003
2005	14,1	17%	
2006	16,7	19%	
2007	20,9	25%	
2008	21,8	4%	Ley 29/2006
2009	23,8	9%	
2010	26,8	13%	
2011	33,5	25%	R.D.Ley 4/2010 y Ley 34/2010
2012	38,8	16%	
2013	45,3	17%	R.D.Ley 9/2011
2014	47,6	5%	
2015	48,1	1%	Real Decreto 177/2014
2016	47,5	-1%	
2017	46,4	-2%	
2018	46,4	0%	
2019	46,3	0%	
2020	46,3	0%	
2021	46,3	0%	
2022	46,9	1%	
2023	47,1	0%	
2024	47,3	0%	

Fuente: Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios (35). Elaboración propia

Es evidente el frenazo en seco del incremento del uso de genéricos y el estancamiento de su cuota de mercado que produce Ley 16/2012 y su RD de desarrollo de 2014.

Por eso sorprende más aún el segundo argumento que esgrime referente a los medicamentos biológicos, sobre todo porque los datos en los que se apoya el análisis es el de recetas dispensadas en oficina de farmacia y en cambio, los medicamentos biológicos que están perdiendo patente en los últimos años son, en su mayoría, de uso o dispensación hospitalaria.

Por ello en este trabajo se demostrará que las causas más relevantes que han llevado a ese estancamiento, poco tienen que ver con lo que nos cuentan y tratan de convencernos, tanto la AESEG y Farmaindustria con su coro de loros, como, parece que también, un Ministerio de Sanidad converso del quieren sacar tajada. Y nada habría que objetar a que sacasen tajada si no fuese porque siempre que lo hacen, en cuestión de precios de los medicamentos, es con argumentos falaces y a costa de nuestros bolsillos. Y si para sacar tajada tienen agitar el problema de los desabastecimientos, achacándolos a los supuestos bajos precios de los medicamentos, pues lo hacen, y el Ministerio también les compra el argumento, aunque sea falso, como se ha demostrado en el apartado anterior.

Y es que si algo demuestra el análisis de los datos y evolución del SPR es que la industria farmacéutica sólo baja los precios a garrotazos bien dados (legislativos)

Medicamentos Genéricos: Procedimiento de fijación del precio de los medicamentos genéricos

Para analizar el mercado de medicamentos genéricos y su evolución en España es necesario conocer cómo se fija su precio. Resumiéndolo al caso que todos tenemos en mente, cuando el medicamento de marca pierde la patente y se autoriza el primer

genérico: desde 2010 el precio se establece reduciendo un 40% el precio que tenía el de marca. La casuística completa la fijó la CIMP el 25 mayo 2010, cuando acordó que, desde entonces, para la fijación de su precio ya no sería necesaria la intervención de la CIMP, sino la aplicación de los siguientes criterios (4):

1. Si existe Grupo de Referencia.

Si el genérico es idéntico en formato y dosis a una presentación ya incluida en un conjunto de referencia. El establecimiento se realiza en base al precio de referencia establecido en la última Orden de Precios de Referencia.

Si el producto no tiene una presentación idéntica. El cálculo del PVL se realiza aplicando la fórmula: Cantidad de PA de la presentación (mg) x CTDref^a/DDD

2. Si no existe Grupo de Referencia

- Si hay una presentación idéntica, se tiene en cuenta:

Si se trata del primer genérico. El PVL se calculará aplicando un descuento del 40% sobre el PVL del medicamento innovador.

Se establece un umbral mínimo de 1,60 € de tal forma que el PVL de referencia resultante tras haber sido aplicado el descuento, no será inferior a 1,60 €.

Si ya existen genéricos en el mercado con la misma dosis y vía de administración, aún con formatos iguales o distintos, el precio se calculará en base al Coste tratamiento día (CTD) menor.

- Si ya hay genéricos financiados por el SNS, pero con distinta vía de administración, se fija el precio como si se tratase de un primer genérico.

- Cuando el genérico presenta una nueva dosis o formato y no hay un innovador con esa misma dosis o formato se aplican los siguientes

coeficientes sobre el PVL del medicamento innovador (-40%) que resulte más próximo por debajo, en dosis o formato:

- 1,60 en el caso de dosis doble respecto a la que ya existe.
- 1,50 si se trata de un formato doble respecto al que ya existe, o
- La del factor proporcional sobre los anteriores coeficientes y correspondiente a la variación efectiva de la dosis o formato.

Si la modificación consiste en reducir la dosis o el formato a la mitad, el coeficiente a aplicar consiste en dividir entre 2. Igualmente, el factor se aplicará proporcionalmente a la reducción de la dosis correspondiente.

En el supuesto de que sea un primer genérico, para la fijación de precio se calculará previamente un descuento del 40% sobre el PVL del medicamento innovador que resulte más próximo por debajo en dosis o formato y después se le aplicará el coeficiente correspondiente.

El Sistema de Precios de Referencia: creación, evolución y resultados

El SPR crea en 1996 al incorporar en la Ley del medicamento que sólo serán objeto de financiación con cargo al SNS las especialidades farmacéuticas cuyos precios no superen la cuantía que para cada PA se establezca reglamentariamente.

En 1997 se añade que cuando la especialidad prescrita supere la cuantía establecida como PR, el farmacéutico deberá sustituirla por una especialidad farmacéutica genérica de igual o inferior cuantía que la establecida, excepto que el usuario pague la diferencia.

En 1999, por real decreto se hace la primera regulación del SPR, creando conjuntos homogéneos con los medicamentos de idéntica composición cuali y cuantitativa,

forma farmacéutica, vía de administración y dosificación, y con la condición de que en el mismo haya al menos un medicamento genérico. Para el cálculo del PR establece que se haría con la media ponderada por las ventas del número mínimo de las presentaciones de especialidades de menor precio, necesario para alcanzar una cuota del mercado en unidades del 20%.

El 13 de julio de 2000 se publica la Orden Ministerial que crea 114 conjuntos homogéneos con sus PR, la primera de las 23 órdenes ministeriales y resoluciones que desde entonces los han creado, modificado y actualizado junto con sus PR (5-27). Solamente en los años 2005, 2012 y 2013 no se publicaron.

Desde su origen se evidenció la capacidad de la industria farmacéutica para controlar y minimizar el impacto del recién creado SPR. Pronto pudo comprobar que la condición del 20% de cuota de mercado y media ponderada de ventas impuesta, limitaba seriamente la bajada del PR, al estar la cuota de mercado dominada por unos pocos laboratorios de genéricos que tenían y mantenían los precios más altos (en el omeprazol, una suerte de banda de los cuatro) y que no mostraban el menor interés en que el PR bajase (tabla 1). Frente a ellos, un número creciente de laboratorios apostaba por bajar sus precios con la esperanza de que, esa ventaja económica para el usuario y el SNS se tradujera en un aumento de sus ventas. Pero era en vano: en esa época los laboratorios de medicamentos de marca agitaban, entre médicos y usuarios, la idea de que los genéricos no eran iguales que los de marca (¿cómo lo iban a ser si los genéricos eran más baratos?) y en la que los laboratorios de genéricos más caros sembraban la duda, asimismo, de que no todos los medicamentos genéricos son iguales (¿cómo lo iban a ser si los otros genéricos eran mucho más baratos?).

En las figuras 4 y 5 se muestran los precios de los medicamentos genéricos de omeprazol y fluoxetina 20mg 28 cápsulas en 2002,

respectivamente. En ellas se puede ver la gran competencia de precios a la baja de los medicamentos genéricos existente en los primeros años de aplicación del SPR, y en la

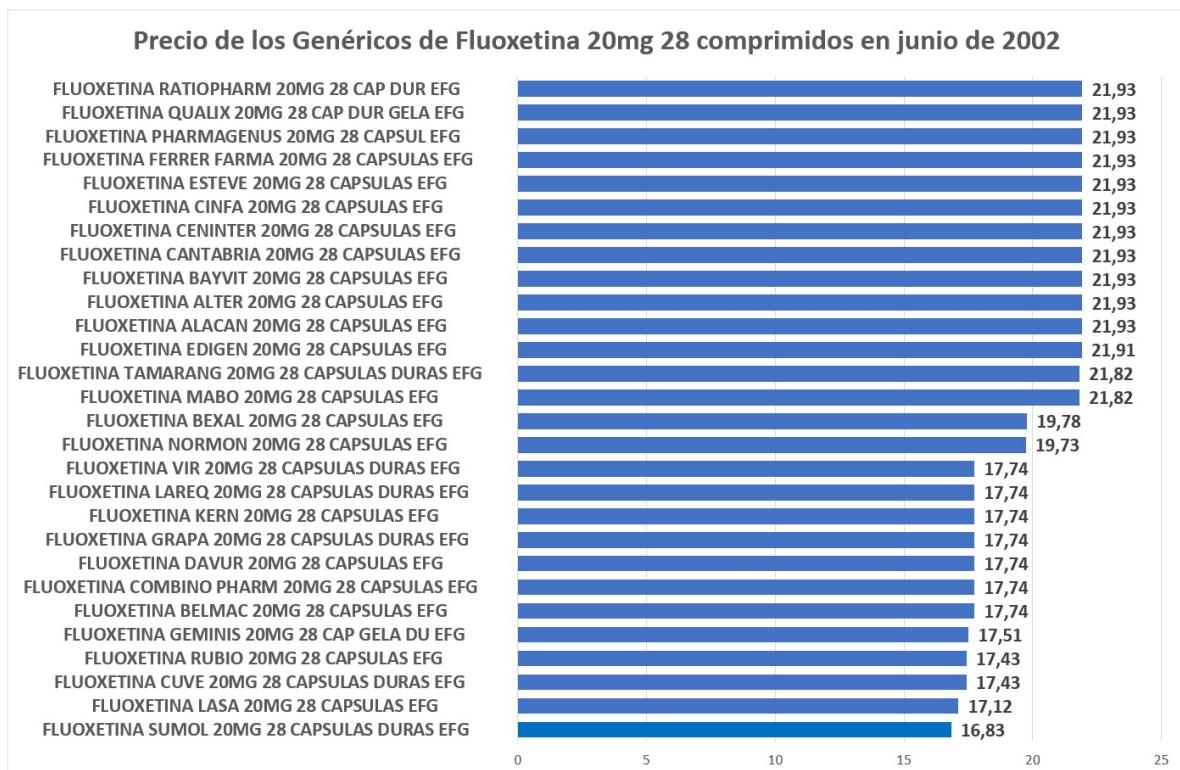
figura 6 la poca repercusión que tenía para bajar los PR.

Figura 4: Competencia de precios de genéricos de omeprazol 20mg 28 cápsulas en



Fuente: Nomenclátor de facturación Elaboración propia

Figura 5: Competencia de precios de genéricos de fluoxetina 20mg 28 cápsulas, en 2002

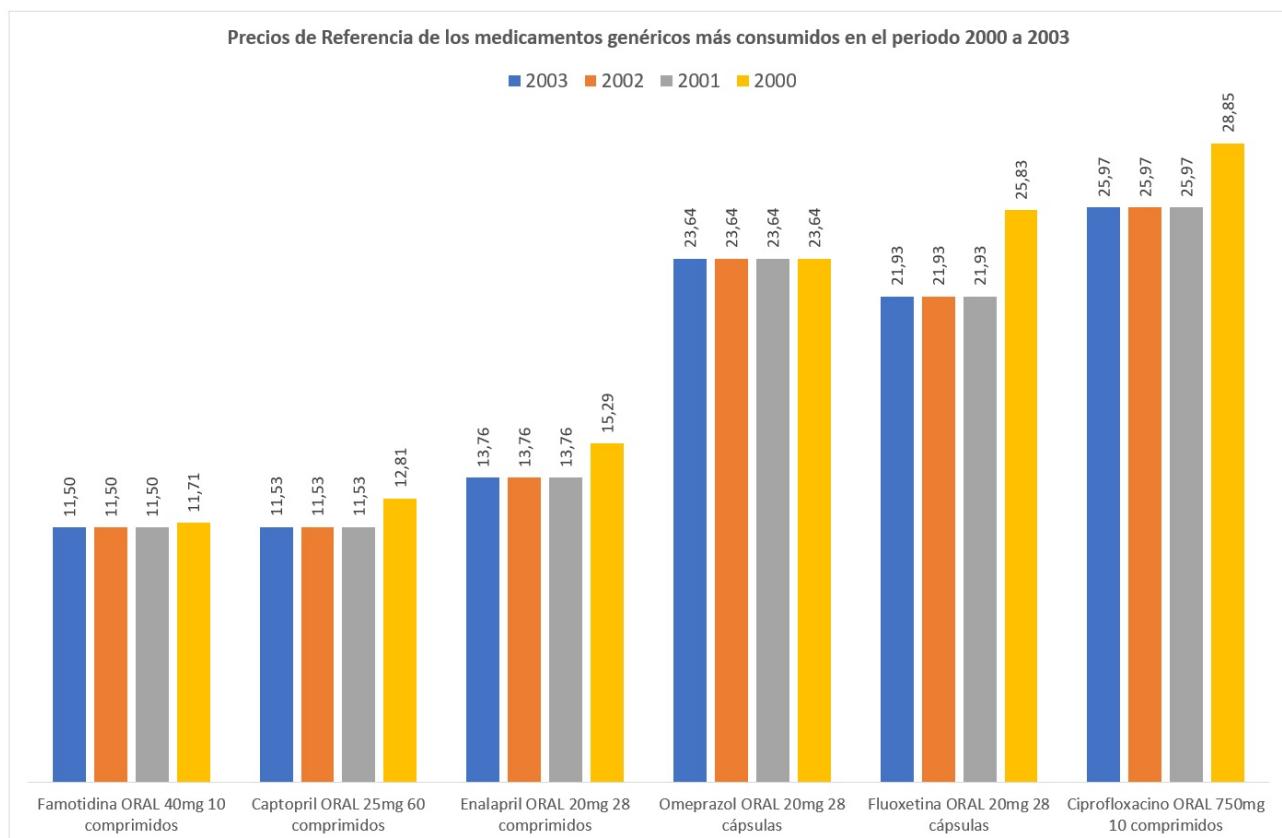


Fuente: Nomenclátor de facturación Elaboración propia

En la figura 6 se muestra la evolución de los PR de las principales presentaciones de los 6 PA más importantes, por unidades e importe, que se incorporaron en 2000 en el SPR, hasta la modificación del sistema de cálculo del SPR por la Ley 16/2003. Se puede observar que salvo una mínima bajada el primer año, se impuso un estancamiento del precio de referencia a pesar existir, como

hemos visto en las figuras 4 y 5 y se muestra en detalle en la tabla 5, grandes variaciones en los precios de los medicamentos genéricos de los diferentes laboratorios.

Figura 6: PR de los medicamentos genéricos Famotidina, Captopril, Enalapril, Omeprazol, Fluoxetina y Ciprofloxacino en el periodo 2000 a 2003.



Fuente: Órdenes de precios de referencia (5-8) y Nomenclátor de facturación de 2000, 2001, 2002 y 2003.
Elaboración propia

Para quienes ya no lo recuerden o tengan interés, los nombres de las marcas comerciales que tenían el monopolio entonces, hoy casi todas desaparecidas, eran Tamín, Cesplon, Renitec, Losec, Prozac y Baycip, respectivamente.

Tabla 5: Precios máximos y mínimos existentes en 2002 en los 6 Conjuntos Homogéneos de mayor impacto en el SPR de 2000

Agrupación Homogénea	jun-22				
	Pref	PVP Máx	PVP Minimo	% bajada del mínimo sobre el Máx	% bajada del mínimo sobre el Pref
OMEPRAZOL 20MG 28 CAPSULAS	23,64	23,64	9,62	59%	59%
FLUOXETINA 20MG 28 CAPSULAS	21,93	21,93	16,83	23%	23%
FAMOTIDINA 40MG 10 COMP	11,7	8,71	6,16	29%	47%
ENALAPRIL 20MG 28 COMPRIMIDOS	13,73	13	9,76	25%	29%
CAPTOPRIL 25MG 60 COMPRIMIDOS	11,53	11,53	8,83	23%	23%
CIPROFLOXACINO 750 mg 10 COMPRIMIDOS	25,97	24,52	14,44	41%	44%

Fuente: Nomenclátor de prescripción Elaboración propia

Primera modificación del SPR, la Ley 16/2003

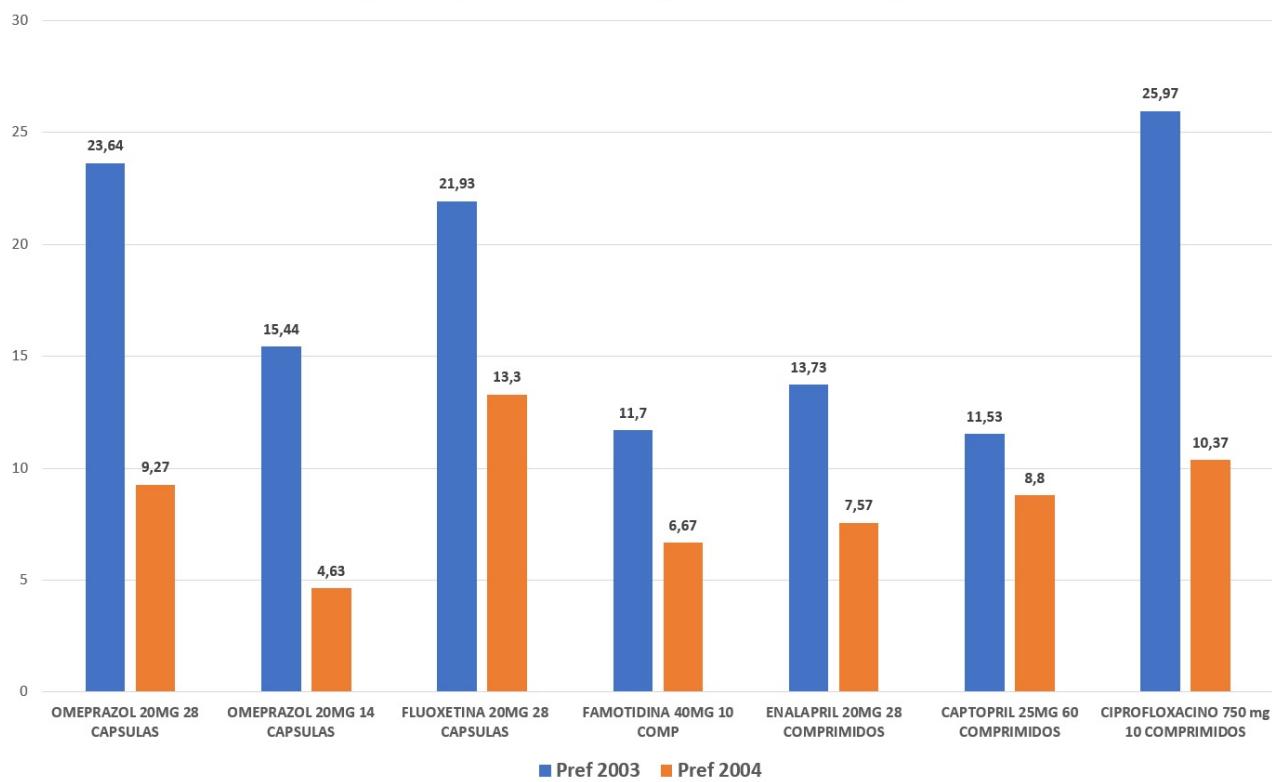
Esta situación, a todas luces insostenible es la que generó el primer gran cambio y el que más impacto ha tenido desde entonces en el SPR. Con ella se introduce la utilización de la dosis diaria definida (DDD) y el coste tratamiento día (CTD) como claves para el cálculo del PR, que pasa a ser “la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones de especialidades farmacéuticas en él agrupadas por cada vía de administración, calculados según la dosis diaria definida”.

Las 3 presentaciones debían de ser de tres grupos empresariales diferentes y se excluían de los conjuntos los medicamentos con un PVL menor a 2€. Se mantuvo la exigencia de que en el conjunto haya un medicamento genérico y se crean conjuntos independientes para los medicamentos pediátricos, innovaciones, con los de estrecho margen terapéutico y con los de amplio rango de dosificación.

La necesidad de cambiar el sistema de cálculo del PR se planteó en junio de 2002 en una reunión de la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial (29) para tratar sobre medidas de control del gasto farmacéutico. Se planteó que los elevados PR apenas generaban ahorro al SNS, en cambio permitían que los laboratorios de genéricos con los precios más elevados, mantuviesen el control del mercado haciendo grandes bonificaciones por volumen de compra a las farmacias. En esa reunión, la recién nombrada Directora General de Farmacia, María Victoria de la Cuesta, se comprometió a revisar el sistema. La Ley con la modificación del SPR se publicó en mayo de 2003 y el cese fulminante de la Directora General de Farmacia, en julio. En la figura 7 podemos intuir el porqué.

Figura 7: Bajada espectacular de los PR tras la aplicación del menor coste/tratamiento día en 6 PA que tenían su PR casi estancado desde 2000.

Bajada del precio de referencia por efecto de la Ley 16/2003



Fuente: Órdenes de precios de referencia anuales (8,9). Elaboración propia

Esta importante bajada de los PR impulsó un importantísimo incremento en el uso de los genéricos, que en 2008 ya suponían el 87% del omeprazol consumido en el SNS (4)

Esta modificación pilló por sorpresa a la industria farmacéutica y sus efectos siguen teniendo, aún hoy, un importante impacto en la fijación del PR inicial, sino el único.

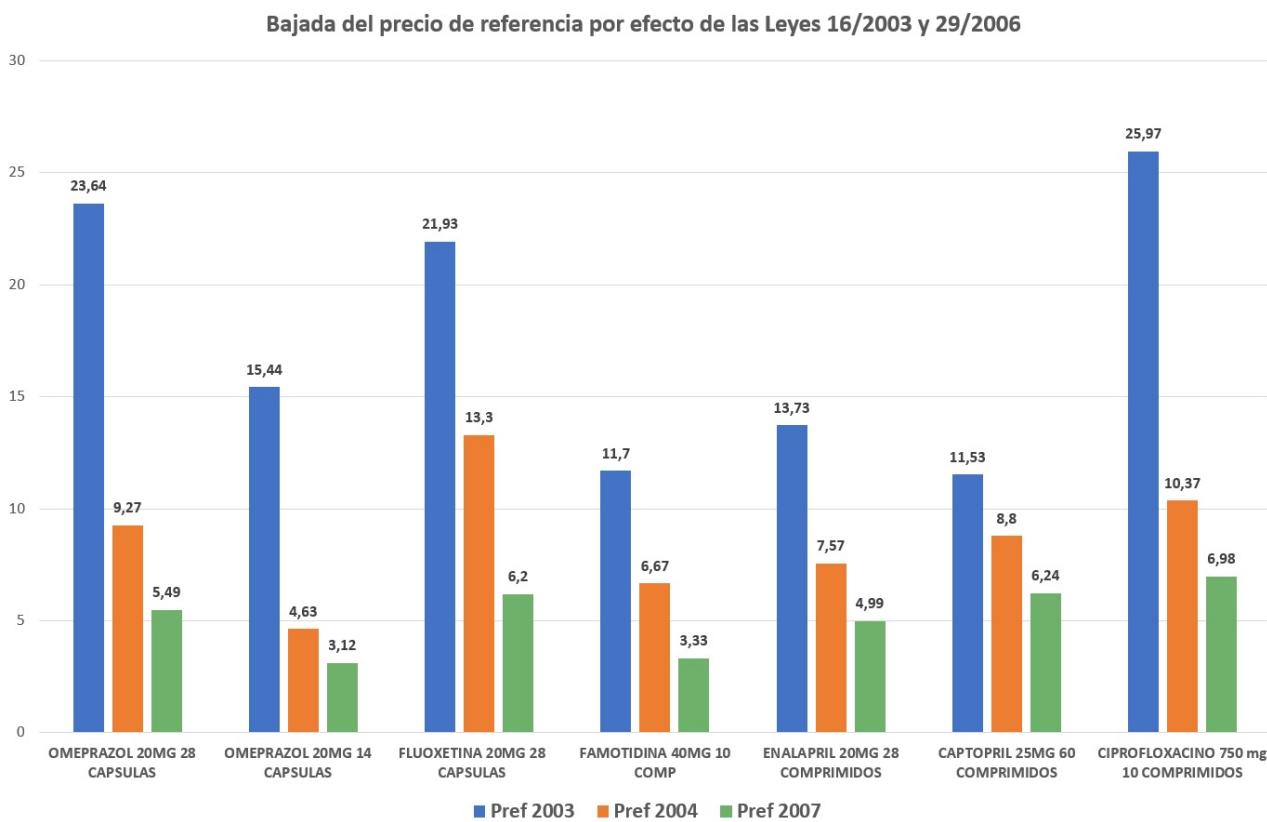
Segunda modificación del SPR, la Ley 29/2006

El nacimiento del medicamento genérico había creado un mercado muy dinámico que en sus inicios estaba en ebullición, con muchas oportunidades de negocio y con todas las empresas de genéricos buscando consolidar sus productos, sobre todo en los PA más rentables. Las empresas farmacéuticas forman parte de grupos empresariales y muchas de ellas pertenecen al mismo grupo empresarial. En el periodo 2000-2006 se inició un proceso de adquisiciones de unos laboratorios por otros con el consiguiente efecto en la concentración de los laboratorios de genéricos en un número menor de grupos empresariales. En este contexto la principal aportación de la reforma de la Ley de 29/2006 fue que el cálculo del PR se realice con la media aritmética de las 3 presentaciones con el CTD más barato, desapareciendo la condición de que sean de tres grupos empresariales diferentes, lo que potenció aún más la bajada del PR impulsada por la modificación de 2003.

En ese periodo seguía la fuerte competencia de precios a la baja de los laboratorios de medicamentos genéricos para tratar de ganar cuota de mercado, sobre todo en las moléculas de mayor volumen de ventas en el SNS y por ello más rentables. Además, la informatización de la prescripción se había generalizado en todos los Servicios de Salud que aplicaban medidas de eficiencia en la prescripción, quizás la más importante era que, cuando el médico seleccionaba el medicamento que iba a prescribir se le mostraban los de menor coste, lo que incentivaba la prescripción de los menos caros. Ello generó una competencia adicional entre los laboratorios por situarse en los primeros lugares en los sistemas de prescripción, similar a la de los buscadores de internet, sobre todo de los laboratorios más pequeños cuya red de ventas no les permitía llegar las farmacias y ofrecer bonificaciones por volumen de compras como hacían los que controlaban el mercado. A pesar de la bajada del PR esos laboratorios siguieron invirtiendo en el SNS, bajando más sus precios como política comercial para ganar penetración en el mercado.

Y seguía la competencia especialmente intensa en los medicamentos más rentables, como el omeprazol, que pese a la fuerte bajada de su PR en 2003 seguía siendo uno de los medicamentos más consumidos en España y de más elevado impacto económico, más de 230 millones de euros en 2006, debido sobre todo a un importante incremento de su consumo, que medido en DHD/1000habitantes se había triplicado (4). Por ello, como resultado de la modificación de la Ley 29/2006 y la fuerte competencia existente, se produjo de nuevo una importante bajada de los PR, también de los medicamentos que ya habían bajado en 2003 como se muestra en la figura 8.

Figura 8: Nueva bajada de los PR en Famotidina, Captopril, Enalapril, Omeprazol, Fluoxetina y Ciprofloxacino, por las modificaciones de las leyes de 2003 y 2006.



Fuente: Órdenes de precios de referencia anuales (8,9, 11).

Elaboración propia

Además, el potente efecto de reducción de los PR se extendía también los nuevos PA de alto impacto económico que se fueron incorporando al SPR durante este periodo, como se observa en la tabla 6 y en la figura 9, que muestran los PR de 14 nuevos PA de elevado volumen de ventas que se incorporaron al SPR el año 2006 y su evolución a la baja hasta 2010.

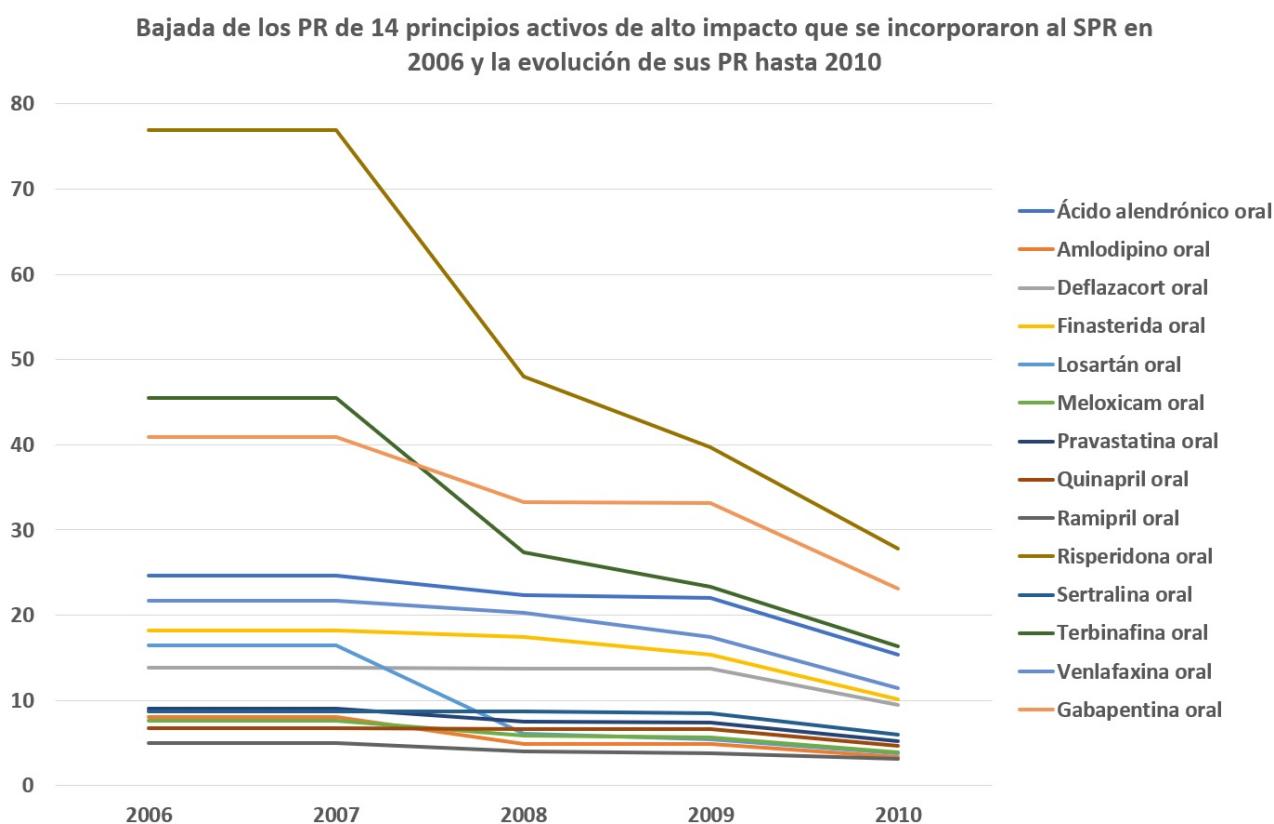
Tabla 6: Detalle de las bajadas de los PR de 14 PA que se incorporaron al SPR en 2006 y evolución hasta 2010

PA y vía	2006	2007	2008	2009	2010
Ácido alendrónico	24,68	24,68	22,38	22,04	15,38
Amlodipino oral	8,08	8,08	4,91	4,86	3,39
Deflazacort oral	13,8	13,8	13,74	13,69	9,53
Finasterida oral	18,2	18,2	17,47	15,37	10,15
Losartán oral	16,41	16,41	6,11	5,48	3,82
Meloxicam oral	7,58	7,58	5,88	5,66	3,95
Pravastatina oral	9,08	9,08	7,46	7,44	5,20
Quinapril oral	6,75	6,75	6,67	6,66	4,65
Ramipril oral	4,95	4,95	4	3,8	3,12
Risperidona oral	76,95	76,95	48	39,76	27,77
Sertralina oral	8,66	8,66	8,66	8,5	5,95
Terbinafina oral	45,5	45,5	27,35	23,34	16,32
Venlafaxina oral	21,7	21,7	20,3	17,49	11,47
Gabapentina oral	40,86	40,86	33,24	33,16	23,16

Fuente: Órdenes de precios de referencia anuales (10-14).

Elaboración propia

Figura 9: Bajada de los PR de 14 PA que se incorporaron al SPR en 2006 y evolución de sus PR hasta 2010



Fuente: Órdenes de precios de referencia anuales (10-14).

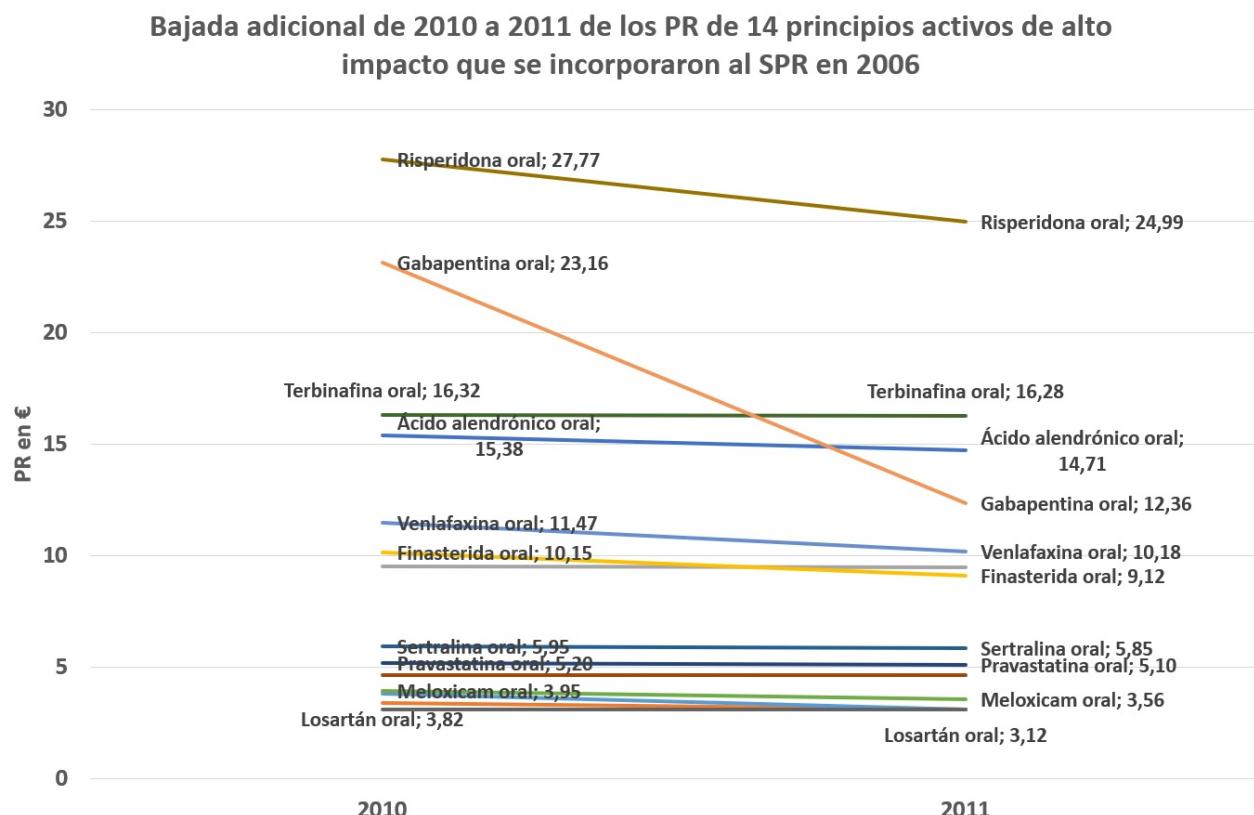
Elaboración propia

Continuamos viendo un SPR muy dinámico generando potentes bajadas, año tras año, del PR de los medicamentos cuando perdían la patente.

Tercera modificación del SPR, el Real Decreto-Ley 4/2010 y la Ley 34/2010

El avance más importante que supuso esta modificación fue que el PR pasó a calcularse con la presentación que tenga el CTD menor de la agrupación homogénea, lo que supuso una nueva bajada, muy importante en algunos casos, de la mayoría de los PR de alto impacto existentes, destacando, de entre los que entraron en 2006 que vimos en el apartado anterior, la bajada adicional del 46% de gabapentina y del 11% de risperidona. Con la Ley de 2006, el PR de la gabapentina ya había bajado un 43%, por lo que con estas dos modificaciones su PR bajo un 70% en sólo 5 años y el de la risperidona un porcentaje similar. En la figura 10 se muestra el efecto que tuvo en los 14 PA de alto impacto anteriores, incorporados en 2006.

Figura 10: Impacto de la modificación del SPR por efecto de la Ley de 2010



Fuente: Órdenes de precios de referencia anuales (14-15). Elaboración propia. El Ministerio de Sanidad estimó un ahorro de 1.042 millones de euros con esta modificación (28)

Cuarta modificación, el Real Decreto-ley 9/2011, la última gran cosecha del SPR

Las principales aportaciones de esta modificación fueron la creación de conjuntos independientes en el ámbito hospitalario, la creación de conjuntos con medicamentos biosimilares y la obligación del PR para todos los medicamentos, haya o no genéricos. Esta fue la última modificación del SPR que generó bajadas importantes al SPR, cuyo impacto Farmaíndustria estimó en 650 millones de euros (32). Y ello, porque la fijación del PR todavía se pudo beneficiar de la importante competencia de precios a la baja existente entre genéricos en esos años.

Pero esta competencia de precios tenía sus días contados.

La proclama del presidente de la AESEG

En octubre de 2012, el entonces presidente de la Asociación Española de Medicamentos Genéricos de España (AESEG) publicaba en su cuenta de Twitter los siguientes mensajes (31):

“Farmacéuticos de España, los que os bajan los márgenes cada mes son compañías como Asol, Sumol, Aurobindo. Vosotros sabréis lo que hacéis!”.

“Porque [sic] seguir dispensando Asol, Sumol, Aurobindo o Vir cuando todos estamos al mismo precio y son la causa de bajada de margen. Andalucía!!!”

“No lo sé, tendrías que preguntar a los que bajan cada mes el precio”
 “De eso se trata, de informar de la situación y que los farmacéuticos actúen en consecuencia”.

“Ahora bajar el precio sabiendo que el resto de laboratorios van a igualar, sólo reduce el mercado y el margen”.

Para entender esta proclama es necesario conocer los cambios legislativos que había introducido, en abril de 2012, el R.D-Ley 16/2012 y que hoy siguen en vigor:

El de mayor calado fue que estableció con carácter general la obligación de dispensar el medicamento de precio más bajo de la agrupación homogénea. Hasta entonces la obligación era la de dispensar el medicamento de menor precio. (para los no expertos, la diferencia del concepto las explico más adelante).

Y otro no menos importante por ser complementario, fue que las revisiones de precios a la baja que soliciten los laboratorios, sólo se tendrían en cuenta las que supongan, como mínimo, una reducción del 10%.

Pero es necesario entender los diferentes conceptos sobre esos precios, como interactúan y como un, aparentemente mínimo cambio en la redacción de la Ley, hizo desaparecer la competencia de precios entre medicamentos genéricos, que hasta esa fecha era un importante motor de las bajadas en el SPR.

El precio de referencia se aprueba anualmente por orden ministerial y constituye la cuantía máxima de financiación de los medicamentos que lo tienen establecido. Los medicamentos que mantengan su precio por encima de su PR quedan excluidos de la financiación.

Las agrupaciones homogéneas se forman con los medicamentos que pueden ser objeto de intercambio en su dispensación. Cada una tiene, oficialmente, un “precio menor” que se corresponde con el del medicamento de “precio más bajo” en el momento de su creación. Los precios menores se actualizan cada tres meses, durante los cuales cualquier laboratorio puede pedir bajadas voluntarias del precio de sus medicamentos y, en ese caso, ese precio que se sitúa por debajo del “precio menor” se convierte en el “precio más bajo” de la agrupación, hasta la siguiente actualización trimestral, cuando ese “precio más bajo” pasa a ser el nuevo “precio menor” de la agrupación, que ahora ya afecta a todos los medicamentos de la agrupación. Los otros debían bajar su precio e igualarlo al menor si querían que sus medicamentos se pudieran dispensar en los casos que la Ley exigía dispensar el “precio menor”, como era, hasta 2012, en la prescripción por PA. Ese margen de 3 meses, que los laboratorios podían alargar hasta la siguiente modificación anual del PR, mantenía una competencia que recibió un golpe mortal con la generalización de la obligación de dispensar siempre el de “precio más bajo” en lugar del de precio menor.

Además, desde la creación de los PR la bajada voluntaria de precios de los medicamentos genéricos fue un procedimiento muy ágil, que se iniciaba y finalizaba el mismo mes para que entrase en vigor en el siguiente mes y no tenía ningún condicionante. Pero en 2012 la Ley impuso que para la revisión de los precios menores sólo se tengan en cuenta las bajadas que supongan como mínimo una reducción de precio del 10% lo que defenestró definitivamente la competencia. ¿Quién va a bajar un 10% el precio sin ninguna ventaja?

El efecto combinado de estas dos medidas llevó, en la práctica, a la desaparición de las reducciones voluntarias de precios que hasta esa fecha eran muy habituales cada mes y que constituyeron el motor de las importantes bajadas de los PR que se habían

venido produciendo desde 1996 durante más de 10 años. Hasta esa fecha los “precios más bajos” convivían con los “precios menores” hasta la siguiente actualización del SPR, por lo que había laboratorios de genéricos que preferían mantenerse en el precio menor hasta la siguiente actualización del SPR. Con la modificación de 2012 esto ya no es posible, porque generalizó la obligación de dispensar el del “precio más bajo”, no del menor, por lo que si uno lo baja y los demás no quieren perder su mercado tienen que bajar el suyo.

Ninguno de los dos modelos de política comercial de los laboratorios de genéricos existente hasta esa fecha ganaba nada con este nuevo modelo, ni los que querían ganar cuota de mercado bajando sus precios ni los que no los querían bajar y hacer mejores ofertas a las farmacias, pero había uno que perdía mucho, el que se veía obligado a bajar el precio sin quererlo. Y para evitar que eso sucediera tenían que acabar con los que aún alimentaban el otro modelo. Les resultó muy fácil, porque con la nueva Ley ellos, aunque no ganasen cuota de mercado, sólo perdían mucho si se bajaban los precios, y además si no había bajadas ganarían mucho más como así ha sucedido. De alguna manera para ellos esa paralización suponía el regreso al modelo previo a la reforma de 2003, en el que los laboratorios de genéricos más potentes imponían y mantenían artificialmente altos los PR, como hemos visto.

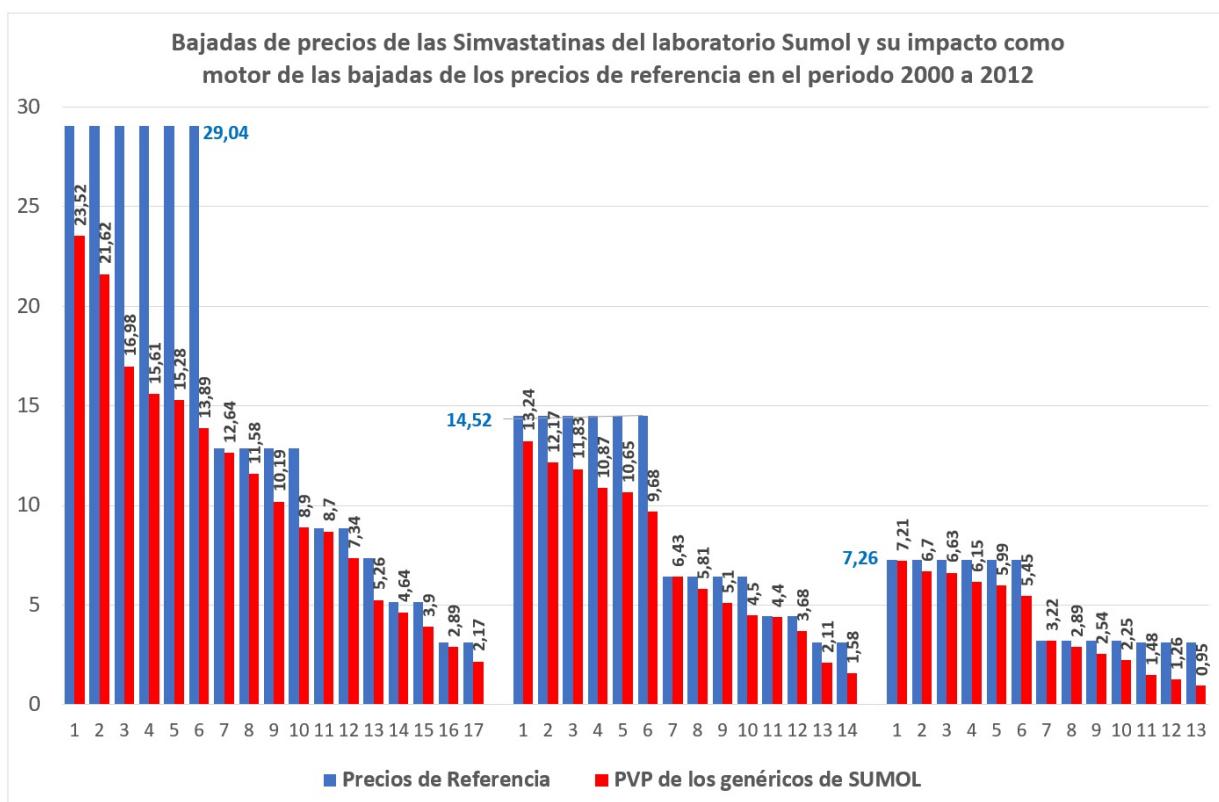
En ese nuevo escenario, unos meses antes de la proclama del presidente de la AESEG, el laboratorio Sumol uno de los laboratorios más activos bajando sus precios para ganar cuota de mercado había decidido bajar un 25% el precio de sus medicamentos genéricos de simvastatina, dejando su envase de 20mg 28 comprimidos en 1,58€, la última bajada que ha tenido ese medicamento y que, a día de hoy, 13 años después, sigue marcando el PR de esa presentación de simvastatina en el SPR (28).

La importancia clave para el SPR de los laboratorios de genéricos que apuestan por bajadas de precios. El caso Sumol en imágenes

Sumol fue un laboratorio de medicamentos genéricos cuya política comercial para ganar cuota de mercado, se basaba en tener sus precios más bajos que los de la competencia, para hacerlos más atractivos y que la administración priorizase su prescripción sobre los de la competencia y con sus bajadas cegar la bolsa de financiación de las prácticas comerciales habituales de otros laboratorios, basadas en mantener precios altos y hacer jugosas ofertas y bonificaciones a farmacias y almacenes para que compren sus medicamentos, aprovechando el elevado margen de decisión del que disponen las farmacias en la dispensación de los medicamentos genéricos sometidos a PR.

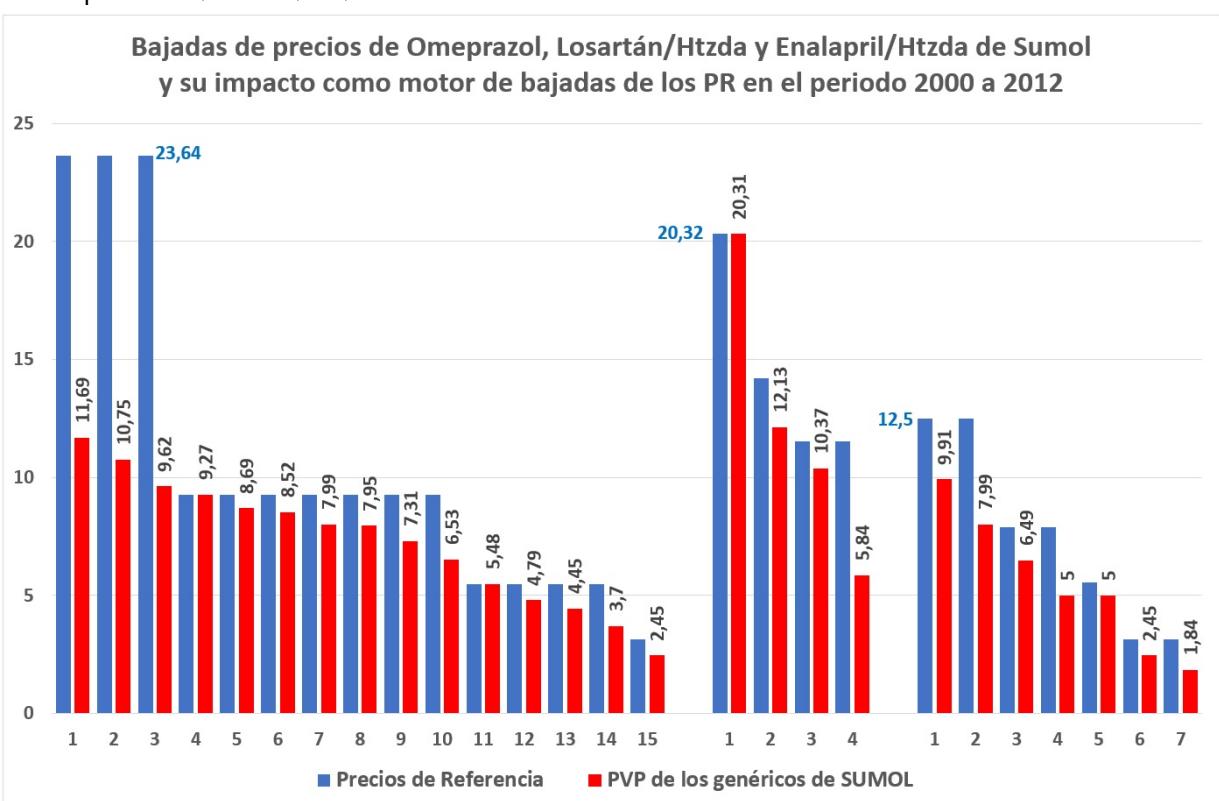
En las figuras 11, 12 y 13 se muestra la evolución a la baja del PVP de los medicamentos genéricos de Sumol desde 2000 hasta 2012, año del cambio de Ley y de la proclama del presidente de la AESEG, y su enorme contribución a la bajada de los PR. En ellas se observa el papel importantísimo que tuvo este laboratorio y los otros que como él apostaron por bajadas de sus precios, para que el SPR funcionase adecuadamente y para que hoy tengamos precios bajos en los carísimos medicamentos que perdieron la patente antes de 2012. Porque a partir de 2012, los cambios legislativos y la expulsión o marginación de los laboratorios que apostaron por bajar sus precios, hizo que la historia diese un vuelco radical, a peor para el SNS y para el bolsillo de los ciudadanos.

Figura 11: Bajadas de precios de las Simvastatina 40mg 28 cápsulas, 20mg 28 cápsulas y 10mg 28 cápsulas del laboratorio Sumol y su comparación con los PR, en el periodo 2000 a 2012



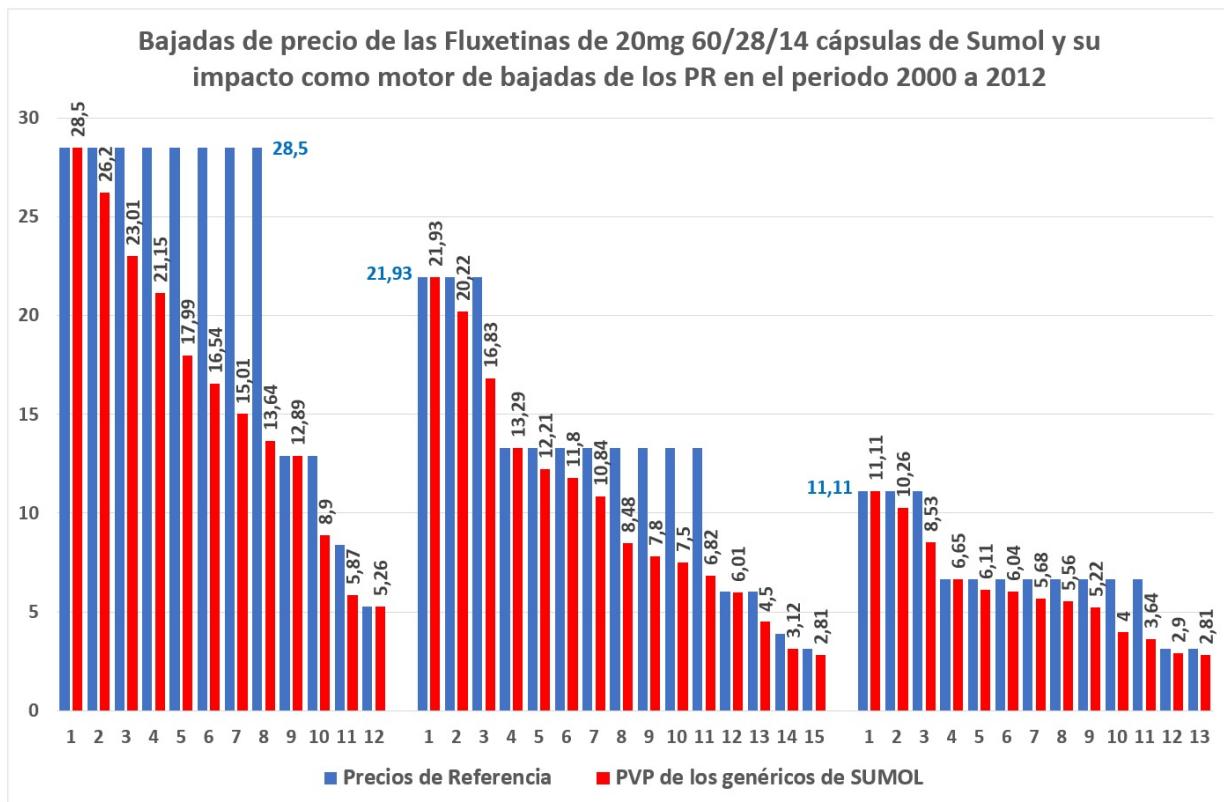
Fuente: Nomenclátores de facturación y órdenes de precios de referencia del periodo 2002 a 2012 (7-15).
Elaboración propia.

Figura 12: Bajadas de precios de Omeprazol 20mg 28 caps., Losartán/Htzda 100/25MG 28 comp. y Enalapril/Htzda 20/12,5mg 28 comp. de Sumol y su impacto en las bajadas de los PR en el periodo 2000 a 2012



Fuente: Nomenclátores de facturación y órdenes de precios de referencia del periodo 2002 a 2012 (7-15).
Elaboración propia.

Figura 13: Bajadas de precios de Fluoxetina de Sumol y su impacto en las bajadas de los PR en el periodo 2000 a 2012



Fuente: Nomenclátores de facturación y órdenes de precios de referencia del periodo 2002 a 2012 (7-15).
Elaboración propia.

Se puede observar que SUMOL aplicó, entre 2002 y 2012, las siguientes bajadas a sus precios:

- 17 a su Simvastatina 40mg 28 cápsulas, que bajó de 23,52€ a 2,17€.
- 14 a su Simvastatina de 20mg 28 cápsulas, que bajó de 13,24€ a 1,58€.
- 13 a su Simvastatina de 10mg 28 cápsulas, que bajó de 6,7€ a 0,95€
- 15 a su Omeprazol de 20mg 28 cápsulas, que bajó de 11,69€ a 2,45
- 4 a su Losartán+Hztida de 100/25mg 28 comprimidos, que bajó de 20,31€ a 5,84€
- 7 a su Enalapril-Hztida de 20/12,5mg 28 comprimidos, que bajó de 9,91€ a 1,84€

- 12 a su Fluoxetina de 20mg 60 cápsulas, que bajó de 28,5€ a 5,26€
- 15 a su Fluoxetina de 20mg 28 cápsulas, que bajó de 21,93€ a 2,81€
- 13 a su Fluoxetina de 20mg 14 cápsulas, que bajó de 11,11€ a 2,81€

Siendo sus precios menores de casi todos ellos en 2012 los que todavía hoy día, 13 años después, siguen marcando los PR de esas presentaciones.

La “fatua” del entonces presidente de la AESEG parece que tuvo éxito, porque hoy el laboratorio SUMOL ha desaparecido del mercado farmacéutico español y se han adueñado del mercado de genéricos los laboratorios que, como el del entonces presidente de la AESEG, se oponían a las bajadas de precios, de hecho, hoy el suyo sigue siendo uno de los principales laboratorios de genéricos del mercado, con

más de 500 medicamentos genéricos autorizados en España.

Andalucía!!! Vade retro

Cuando el ex presidente de la AESEG exclamó Andalucía!!!, no estaba mostrando su admiración por esa bonita tierra, sino su pánico a las medidas de contención del gasto farmacéutico que Antonio Peinado, responsable de farmacia en esa CA, había implantado y continuaba implantando en esa época:

Hoy nos parece lo más natural del mundo la prescripción por principio activo (PPA) y si hay un colectivo que la valore especialmente bien, por la gran flexibilidad que les otorga en la dispensación y por lo tanto en la mejora de la gestión de sus compras, son los farmacéuticos de oficina de farmacia. Pero no siempre fue así, de hecho, en sus inicios fueron la principal fuerza de choque en contra de su implantación en Andalucía, comunidad pionera en su implantación e impulso, y cuya aceptación por los representantes del Consejo de Colegios de Andalucía supuso una fractura en ese colectivo que tardó años en cicatrizar. También en Castilla-La Mancha, cuando en diciembre de 2003 el Sescam iba a firmar su Concierto con los farmacéuticos de oficina de farmacia, que incluía un Anexo sobre dispensación de medicamentos prescritos por PA, similar al andaluz, la Federación de Empresarios Farmacéuticos de España (FEFE) se opuso frontalmente.

La novedad del acuerdo por PA residía en lo que posteriormente fue obligación por Ley, que aprovechaba las diferencias de precio existentes (como hemos visto en el caso de Sumol) en las presentaciones de los medicamentos genéricos en casi todos los PA en los que ya había genéricos. Sin embargo, los que más se prescribían y/o dispensaban eran los más caros. Para aprovechar esos precios más bajos, Andalucía acordó con los farmacéuticos un precio máximo de facturación que dejaba al farmacéutico libertad para dispensar el genérico tal como

permitía la legislación. A cambio el Servicio Andaluz de Salud se comprometía a impulsar la PPA con lo que todos, también los pacientes, ganaban. El resultado fue que durante años Andalucía lideró los porcentajes de PPA, las estadísticas de contención del gasto farmacéutico y las de uso de medicamentos genéricos.

Pero lo que más preocupaba a la AESEG en 2012 cuando su presidente hizo esa exclamación, fue la otra medida que acababa de impulsar en 2011 Andalucía, también de la mano de Antonio Peinado, las mal llamadas “Subastas Andaluzas”. Con ellas se sacaba para cada medicamento que resultase de interés, un concurso de precios máximos al que podían acudir voluntariamente los laboratorios. Los medicamentos de los adjudicatarios de cada lote eran los únicos que se dispensaban en esa Comunidad en caso de PPA. De esta manera Andalucía sorteó la parálisis de competencia y de bajadas de precios que impuso la ley en 2012 al SPR, convirtiéndose en el refugio que mantuvo con vitalidad a laboratorios que antes impulsaban las bajadas de precios en el SPR, lo que siguieron haciendo en los sucesivos concursos en Andalucía, hasta que tras una larga, potente, continua y mediática campaña de acoso y derribo, en la que casi todo valía (y como no, también el comodín de los desabastecimientos) finalmente en diciembre de 2020, los mismos que en 2012 habían acabado con la competencia y las bajadas de precios en el SPR, las finiquitaron.

La última modificación: el R.D-Ley 16/2012 y R.D. 177/2014. Golpe mortal al SPR y EEG plano desde entonces

Con el R.D-Ley 16/201 se introduce la obligación de prescribir, si es por marca, el medicamento de mayor eficiencia para el sistema, esto es, el de precio más bajo; y si es por PA, la obligación en la farmacia de dispensar el medicamento de precio más bajo de la agrupación homogénea,

desapareciendo la obligación de que sea un genérico. El resultado fue que, tanto si se prescribe por marca como por PA se va a dispensar el medicamento de precio más bajo, marca o genérico, lo que mató los dos pájaros de un tiro:

La competencia de precios a la baja, que ya no le sirve para nada a los laboratorios que lo hagan, como destacaba el ex presidente de la AESEG en su proclama, lo que condujo a que se igualasen de facto el PR, el precio menor y el precio más bajo

Y el crecimiento de los genéricos a costa de las marcas, una vez desactivado el efecto del precio más bajo y eliminada la obligación de dispensar, en caso de igualdad, el genérico. Como consecuencia también desapareció el incentivo en las farmacias para dispensar el genérico y se fortaleció el incentivo de los pacientes para la dispensación de marcas.

Basta pensar en quien ha resultado ser el gran beneficiario de esa modificación para intuir porqué se hizo. Desde luego no fue el paciente ni el SNS como nos vendieron y como se verá a continuación. Asestaron un golpe mortal al SPR que desde entonces sigue con el EEG plano, es decir incapaz de bajar los PR año tras año una vez que se fija PR el inicial. Desde luego que el “think tank” que lo ideó se ganó bien sus honorarios, porque todavía hoy, 13 años después, el EEG plano del SPR sigue rindiendo enormes ganancias a sus beneficiarios, que se extraen del SNS y del bolsillo de los ciudadanos.

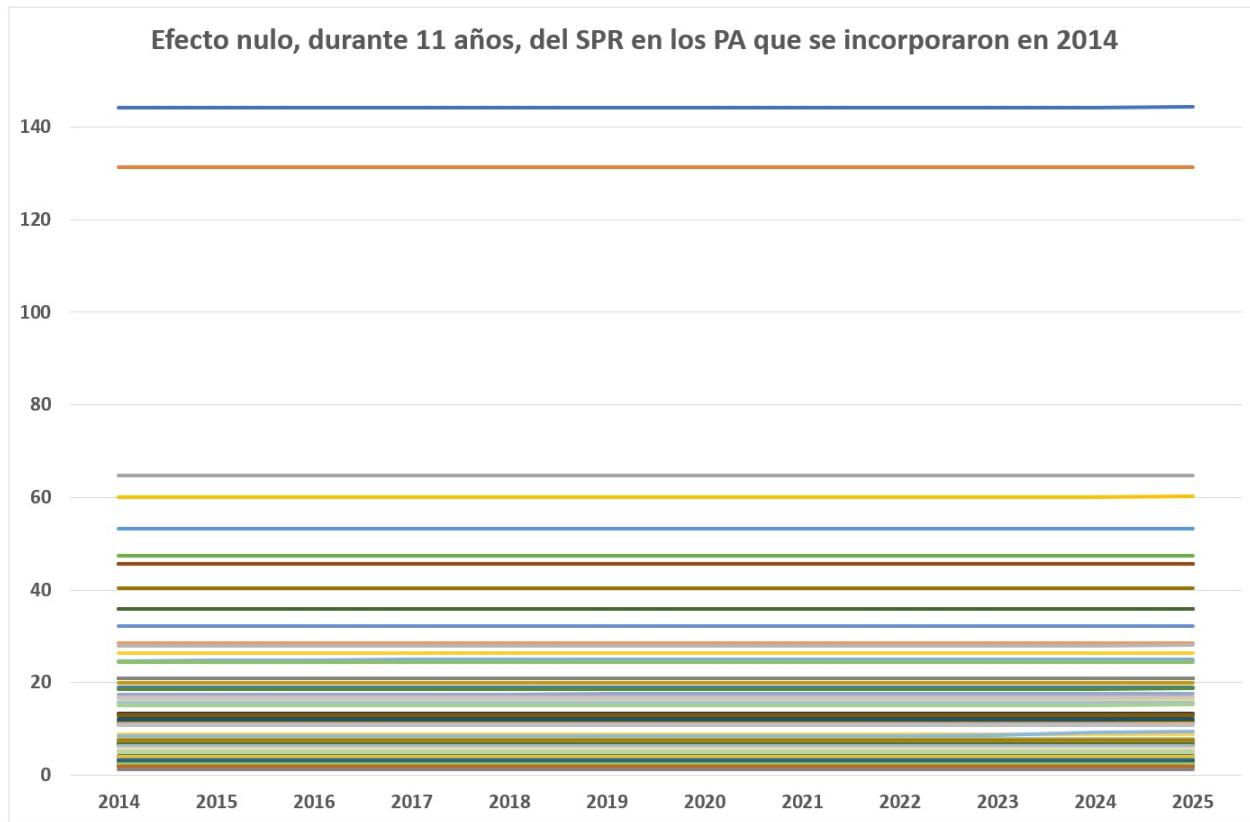
Del resto de modificaciones de la Ley 16/2012 incorporadas en el Reglamento del SPR en 2014 el SPR sólo mencionaré otra que va en la misma dirección, estableciendo

la posibilidad del cálculo de PR ponderado en determinadas situaciones, entre ellas cuando pueda existir inviabilidad económica para esos medicamentos, una bandera que agitan permanentemente.

Como en los años 2012 y 2013 no hubo actualización de los PR. en la Orden que se aprobó en 2014 se incorporaron 101 PA nuevos y 76 de los que se crearon en 2014 no han bajado ni un euro desde entonces. Medicamentos con ventas importantes o muy importantes, por el número de envases o por su coste para el SNS como Acarbosa, Ácido Ibandrónico, Acidos Omega 3, Acitretina, Atenolol/Clortalidona, Atorvastatina/Amlodipino, Budesonida, Candesartán, Capsaicina, Cilostazol, Colestiramina, Enalapril/Lercanidipino, Entacapona, Eplerenona, Escitalopram, Megestrol, Memantina, Mesalazina, Moxifloxacino, Nicardipino, Pioglitazona, Rabeprazol, Reboxetina, Rizatriptán, Telmisartán, Tolterodina, Triptorelina, Ziprasidona o Zolmitriptán, con precios elevados o muy elevados, siguen apalancados en los PR de 2014.

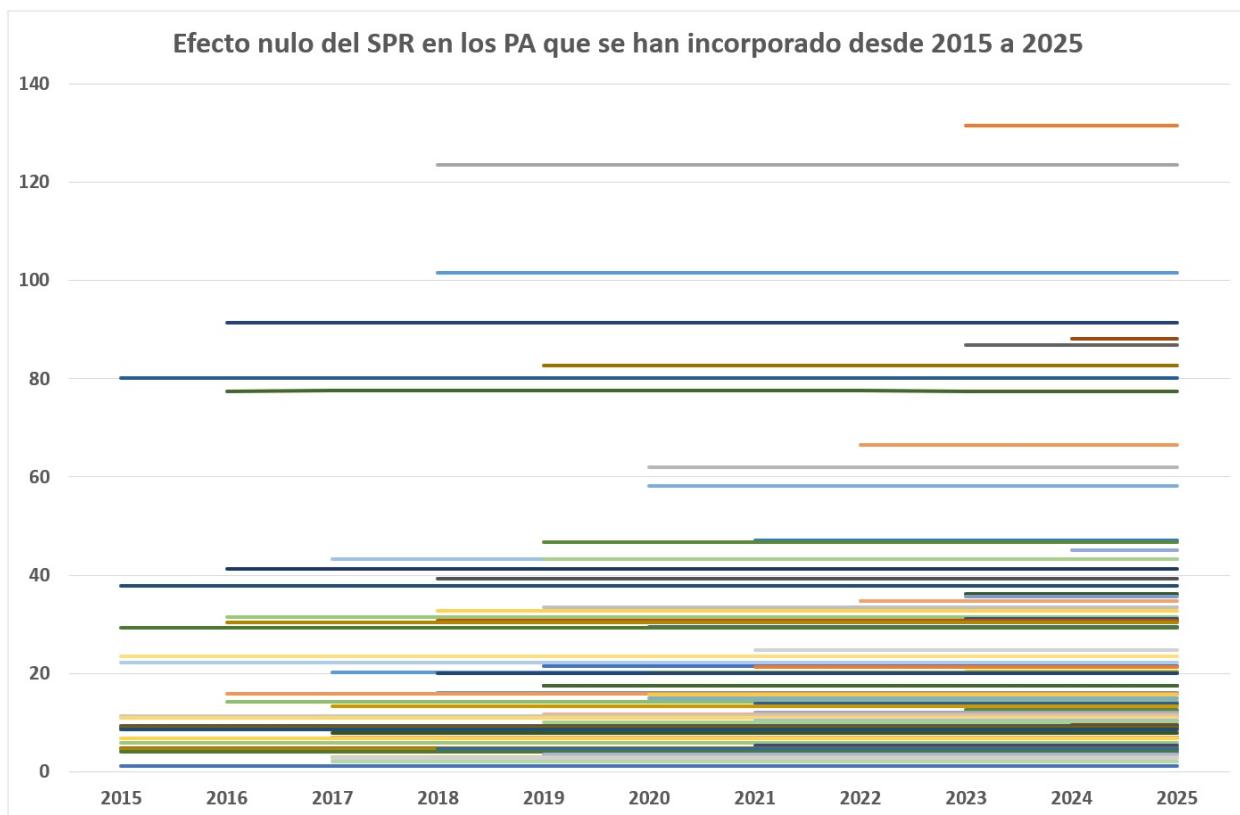
Como una imagen vale más que mil palabras, para comprobar la inutilidad, para el SNS y para el bolsillo de los ciudadanos del SPR creado en 2012, las figuras 14 y 15 muestran el encefalograma plano del SPR, año tras año, de los 76 conjuntos mencionados que se incorporaron en 2014 al SPR y de otros 82 que se han incorporado desde 2015 hasta 2024, cuyo PR no ha variado (no se muestran los de $PR > 140\text{€}$ porque dejaría la imagen sin perspectiva) y en la tabla 7 se muestra la relación en detalle.

Figura 14: Encefalograma plano del SPR creado en 2012 y su inutilidad para bajar ni una sola vez en 11 años el PR de los genéricos de 76 conjuntos que se incorporaron en 2014



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2014 a 2025 (16-27). Elaboración propia .

Figura 15: Encefalograma plano del SPR creado en 2012 y su inutilidad para bajar el PR de los conjuntos que se incorporaron a partir de 2015 hasta 2025.



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2015 a 2025 (16-27). Elaboración propia .

Tabla 7: Conjuntos creados desde 2014 con sus PR, que en 2025 siguen atrincherados con el mismo PR, ordenados por orden decreciente de sus PR.

Conjuntos creados desde 2014 y que en 2025 siguen sin bajar su precio PR, ordenados por PR más alto					
Cjto	Principio Activo	Vía	Año Pref.	Pref. Inicial	Pref. 2025
F449	Triptorelina	Parenteral	2014	564,38	564,38
F478	Lanreotida	Parenteral	2023	507,84	507,84
F209	Folitropina Alfa	Parenteral	2015	346,48	346,48
F35	Anagrelida	Oral	2018	312,95	312,95
F21	Alitretinoína	Oral	2020	311,28	311,28
F164	Enoxaparina	Parenteral	2019	267,87	267,87
F48	Atovacuona	Oral	2021	248,45	248,45
F407	Sevelámero	Oral	2018	194,7	194,7
F298	Memantina	Oral	2014	144,32	144,32
F477	Lacosamida	Oral	2023	131,57	131,57
F456	Ziprasidona	Oral	2014	131,32	131,32
F429	Tetrabenazina	Oral	2018	123,54	123,54
F353	Oxicodona/Naloxona	Oral	2018	101,53	101,53
F389	Rasagilina	Oral	2016	91,32	91,32
F499	Tapentadol	Oral	2024	88,05	88,05
F482	Midazolam	Oral pedi.	2023	86,8	86,8
F355	Paliperidona	Oral	2019	82,75	82,75
F359	Paricalcitol	Oral	2015	80,11	80,11
F459	Zonisamida	Oral	2016	77,55	77,55
F464	Brivudina	Oral	2022	66,58	66,58
F165	Entacapona	Oral	2014	64,82	64,82
F45	Atomoxetina	Oral pedi.	2020	61,93	61,93
F365	Pioglitazona	Oral	2014	60,13	60,13
F44	Atomoxetina	Oral	2020	58,26	58,26
F168	Eplerenona	Oral	2014	53,34	53,34
F67	Budesonida	Oral	2014	47,39	47,39
F143	Diclofenaco	Topica	2021	47,05	47,05
F416	Tacrólimus	Topica	2019	46,74	46,74
F252	Insulina isófana humana	Parenteral	2014	45,63	45,63
F301	Mesalazina	Rectal	2014	45,6	45,6
F491	Dabigatran Etexilato	Oral	2024	45,08	45,08
F262	Ivabradina	Oral	2017	43,27	43,27

Conjuntos ceados desde 2014 y que en 2025 siguen sin bajar su precio PR, ordenados por PR más alto					
Cjto	Principio Activo	Vía	Año Pref.	Pref. Inicial	Pref. 2025
F250	Insulina Asparta	Parenteral	2019	43,21	43,21
F166	Epinefrina	Parenteral	2014	42,09	42,09
F405	Salmeterol/Fluticasona	Pulmonar	2016	41,28	41,28
F68	Budesonida	Rectal	2014	40,31	40,31
F434	Tiotropio, Bromuro	Pulmonar	2018	39,25	39,25
F243	Imiquimod	Topica	2015	37,78	37,78
F481	Metformina/Vildagliptina	Oral	2023	36,19	36,19
F296	Megestrol	Oral	2014	35,92	35,92
F390	Reboxetina	Oral	2014	35,86	35,86
F475	Fesoterodina	Oral	2023	35,75	35,75
F469	Roflumilast	Oral	2022	34,69	34,69
F370	Prasugrel	Oral	2019	33,41	33,41
F410	Simvastatina/Ezetimiba	Oral	2018	32,72	32,72
F313	Metotrexato	Parenteral	2014	32,14	32,14
F205	Fluticasona	Pulmonar	2016	31,47	31,47
F487	Vildagliptina	Oral	2023	31,21	31,21
F181	Ezetimiba	Oral	2018	30,85	30,85
F1	13C-Urea	Oral	2016	30,46	30,46
F404	Salmeterol	Pulmonar	2020	29,58	29,58
F22	Almotriptán	Oral	2015	29,3	29,3
F436	Tolterodina	Oral	2014	28,58	28,58
F18	Acitretina	Oral	2014	28,12	28,12
F396	Rizatriptán	Oral	2014	26,4	26,4
F15	Ácido ursodesoxicólico	Oral	2014	24,68	24,68
F170	Eprosartan/Htzda	Oral	2021	24,82	24,82
F385	Rabeprazol	Oral	2014	24,37	24,37
F162	Enalapril/Nitrendipino	Oral	2015	23,59	23,59
F94	Celecoxib	Oral	2015	22,28	22,28
F29	Amorolfina	Topica	2019	21,43	21,43
F343	Olmesartán/Amlodipino	Oral	2019	21,43	21,43
F367	Pitavastatina	Oral	2021	21,39	21,39
F101	Cilostazol	Oral	2014	20,98	20,98

Conjuntos ceados desde 2014 y que en 2025 siguen sin bajar su precio PR, ordenados por PR más alto

Cjto	Principio Activo	Vía	Año Pref.	Pref. Inicial	Pref. 2025
F80	Candesartán	Oral	2014	20,97	20,97
F392	Rifampicina	Oral	2014	20,9	20,9
F474	Desvenlafaxina	Oral	2023	20,39	20,39
F345	Olmesartan	Oral	2017	20,17	20,17
F420	Tamsulosina/Dutasterida	Oral	2020	20,15	20,15
F158	Dutasterida	Oral	2018	20,11	20,11
F421	Telmisartán	Oral	2014	19,97	19,97
F328	Moxifloxacino	Oral	2014	19,01	19,01
F335	Nicardipino	Oral	2014	18,81	18,81
F160	Eletriptán	Oral	2019	17,59	17,59
F173	Escitalopram	Oral	2014	17,48	17,48
F54	Beclometasona	Pulmonar	2019	17,48	17,48
F125	Colestiramina	Oral	2014	16,81	16,81
F400	Sabalis serrulatae fructus	Oral	2014	16,53	16,53
F178	Etoricoxib	Oral	2018	16,11	16,11
F457	Zolmitriptán	Oral	2014	16,08	16,08
F197	Flecainida	Oral	2016	15,95	15,95
F408	Silodosina	Oral	2020	15,7	15,7
F273	Latanoprost	Oftalmica	2014	15,61	15,61
F2	Acarbosa	Oral	2014	15,3	15,3
F331	Naloxona	Parenteral	2020	14,99	14,99
F169	Eprosartán	Oral	2016	14,27	14,27
F403	Salbutamol/Ipratropio	Pulmonar	2021	13,88	13,88
F452	Valsartan/Amlodipino	Oral	2017	13,27	13,27
F47	Atorvastatina y Amlodipino	Oral	2014	13,24	13,24
F43	ATENOLOL / CLORTALIDONA	Oral	2014	13,08	13,08
F11	Ácido ibandrónico	Oral	2014	13	13
F82	Capsaicina	Topica	2014	12,91	12,91
F486	Telmisartán/Amlodipino	Oral	2023	12,68	12,68
F432	Timolol, combinaciones con	Oftalmica	2014	12,11	12,11
F16	Ácido Valproico	Oral	2021	12,05	12,05
F242	Imidapril	Oral	2019	11,74	11,74

Conjuntos ceados desde 2014 y que en 2025 siguen sin bajar su precio PR, ordenados por PR más alto

Cjto	Principio Activo	Vía	Año Pref.	Pref. Inicial	Pref. 2025
F17	Acidos omega 3 ésteres etílicos	Oral	2014	11,54	11,54
F431	Tibolona	Oral	2015	11,3	11,3
F163	Enalapril y lercanidipino	Oral	2014	11,24	11,24
F203	Fluticasona	Nasal	2014	11,18	11,18
F349	Otilonio, Bromuro	Oral	2015	11,02	11,02
F256	Ipratropio, bromuro de	Pulmonar	2014	10,82	10,82
F309	Metilprednisolona	Topica	2021	10,44	10,44
F373	Prednicarbato	Topica	2019	10,12	10,12
F495	Nebivolol/Tiazidas	Oral	2024	9,52	9,52
F204	Fluticasona	Topica	2015	9,35	9,35
F88	Cefadroxilo	Oral	2015	8,93	8,93
F185	Felodipino	Oral	2014	8,85	8,85
F138	Dexibuprofeno	Oral	2015	8,71	8,71
F200	Fluocinolona/Ciprofloxacino	Otica	2017	7,91	7,91
F89	Cefalexina	Oral	2014	7,9	7,9
F106	Ciprofloxacino	Otica	2014	7,51	7,51
F330	Mupirocina	Topica	2014	7,51	7,51
F63	Brimonidina	Oftalmica	2014	7,31	7,31
F199	Flunarizina	Oral	2014	7,21	7,21
F241	Ibuprofeno/Codeina	Oral	2017	7,02	7,02
F399	Rupatadina	Oral	2017	6,98	6,98
F263	Ketazolam	Oral	2015	6,81	6,81
F102	Cinitaprida	Oral	2014	6,73	6,73
F130	Desloratadina	Oral	2014	6,63	6,63
F444	Trazodona	Oral	2014	6,32	6,32
F377	Progesterona	Oral	2015	5,81	5,81
F171	Eritromicina	Oral	2014	5,76	5,76
F307	Metilfenidato	Oral	2014	5,71	5,71
F139	Dexketoprofeno	Parenteral	2014	5,59	5,59
F10	Ácido fusídico	Topica	2014	5,12	5,12
F110	Citicolina	Oral	2014	4,85	4,85
F137	Dexclorfeniramina	Parenteral	2015	4,78	4,78

Conjuntos ceados desde 2014 y que en 2025 siguen sin bajar su precio PR, ordenados por PR más alto

Cjto	Principio Activo	Vía	Año Pref.	Pref. Inicial	Pref. 2025
F105	Ciprofloxacino	Oftalmica	2015	4,64	4,64
F14	Ácido Tranexámico	Oral	2018	4,62	4,62
F351	Oxibutinina	Oral	2015	4,15	4,15
F85	Carbonato de calcio	Oral	2014	4,12	4,12
F140	Dexketoprofeno	Oral	2014	4	4
F132	Desogestrel	Oral	2014	3,98	3,98
F230	Hidroclorotiazida / Amilorida	Oral	2014	3,98	3,98
F25	Amiodarona	Oral	2019	3,48	3,48
F260	Ispaghula (semillas de psyllium)	Oral	2014	3,31	3,31
F27	Amitriptilina	Oral	2014	3,12	3,12
F114	Clindamicina	Topica	2014	3,12	3,12
F186	Fenitoína	Oral	2014	3,12	3,12
F228	Haloperidol	Oral	2014	3,12	3,12
F122	Codeína	Oral	2014	2,97	2,97
F238	Hidroxizina	Oral	2017	2,97	2,97
F119	Clorazepato de potasio	Oral	2014	2,95	2,95
F341	Ofloxacino	Oftalmica	2017	2,83	2,83
F155	Doxiciclina	Oral	2014	2,58	2,58
F9	Ácido fólico	Oral	2014	2,5	2,5
F57	Betametasona	Topica	2014	2,5	2,5
F177	Estreptoquinasa	Oral	2014	2,5	2,5
F194	Ferroso sulfato	Oral	2014	2,5	2,5
F245	Indometacina	Oral	2014	2,5	2,5
F229	Hidroclorotiazida	Oral	2014	2,34	2,34
F339	Nortriptilina	Oral	2017	2,06	2,06
F435	Tobramicina	Oftalmica	2014	1,81	1,81
F141	Diazepam	Oral	2014	1,76	1,76
F65	Bromazepam	Oral	2014	1,14	1,14
F34	Ampicilina	Parenteral	2015	1,09	1,09

Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2014 a 2024. Elaboración propia.

En la elaboración de estas tablas, cuando en un mismo conjunto y vía de administración hay especialidades con diferentes presentaciones de tamaños y/o dosis, he seleccionado la de PR más alto, no obstante,

la planaridad de los PR en el periodo afecta a todos.

**Resultado de la Ley 16/2012:
medicamentos genéricos a precio de**

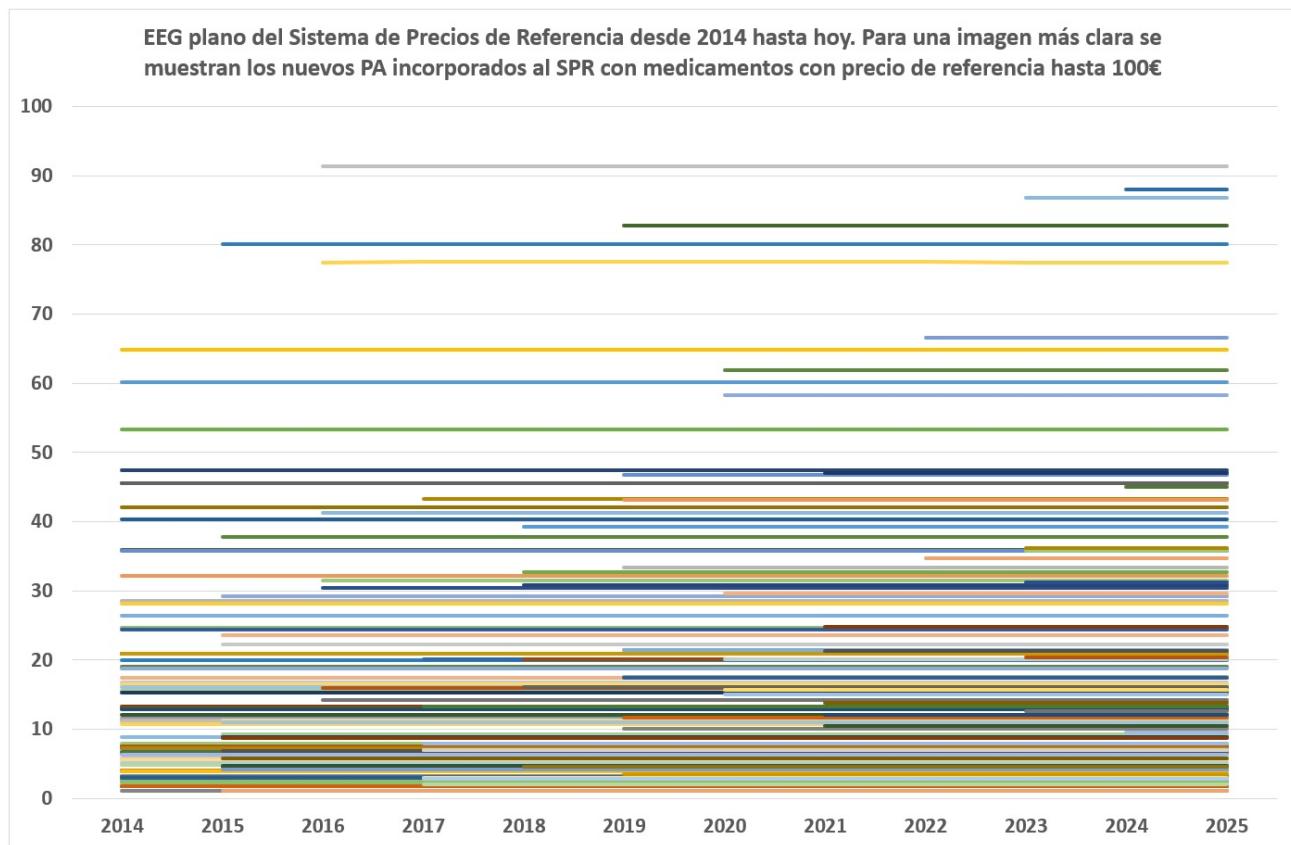
marcas, no marcas a precio de genéricos

¿Genéricos, para qué? es legítimo que nos preguntemos. Si a cualquier laboratorio con su medicamento patentado por el que consiguió un precio de financiación desorbitado, cuando caduca su patente se le ofreciera seguir con la exclusividad del mercado bajando su precio un 40%, lo aceptaría sin pestañear, incluso aceptaría bajadas mayores porque su coste real es muy inferior al que consiguió gracias al monopolio de la patente, porque tiene amortizados la mayoría de sus costes y porque es el dueño del 100% del mercado en ese momento. Entonces, ¿para qué necesita el SNS medicamentos genéricos a ese precio? además montando un complejo y carísimo SPR que desde 2012 le sirve de muy poco y a los ciudadanos menos aún.

El sentido y el objetivo de los medicamentos genéricos es para bajar, tanto como se pueda, los elevadísimos precios que, por

imposición de las patentes, soportan el SNS y los bolsillos de los ciudadanos, no para convertirlos por ley en un muro de contención que emite “fatuas” contra quienes bajan los precios. Y luego se quejan de lo que llaman baja penetración de los medicamentos genéricos, como si eso fuera un objetivo en sí mismo. Hay que dejárselo muy claro: a los ciudadanos nos importa “un bledo” que el porcentaje de genéricos sea de un 90% o de un 10%, lo único que nos importa es que sirvan para lo que nacieron, para bajar los precios de extorsión de los medicamentos con patente y que nuestros bolsillos se beneficien de ello, no para que se los baje la CIMP y tras entrar en el SPR se anclen de por vida, año tras año en ese PR, como han hecho desde 2014 y se muestra en la figura 16.

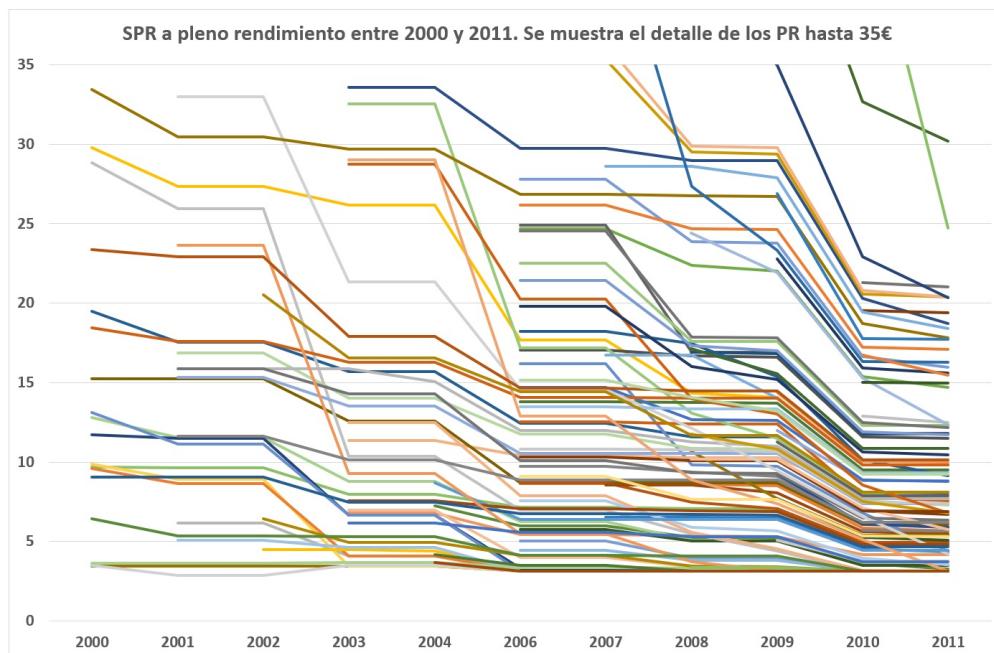
Figura 16: anclaje de los medicamentos genéricos en su PR desde 2014. Para facilitar la visualización del EEG plano, se muestran sólo los de PR<100€.



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2014 a 2025 (16-27). Elaboración propia .

Porque hasta esa fecha, el SPR fue un importante motor facilitador de bajadas de los medicamentos genéricos, como se observa en las figuras 17 y 18.

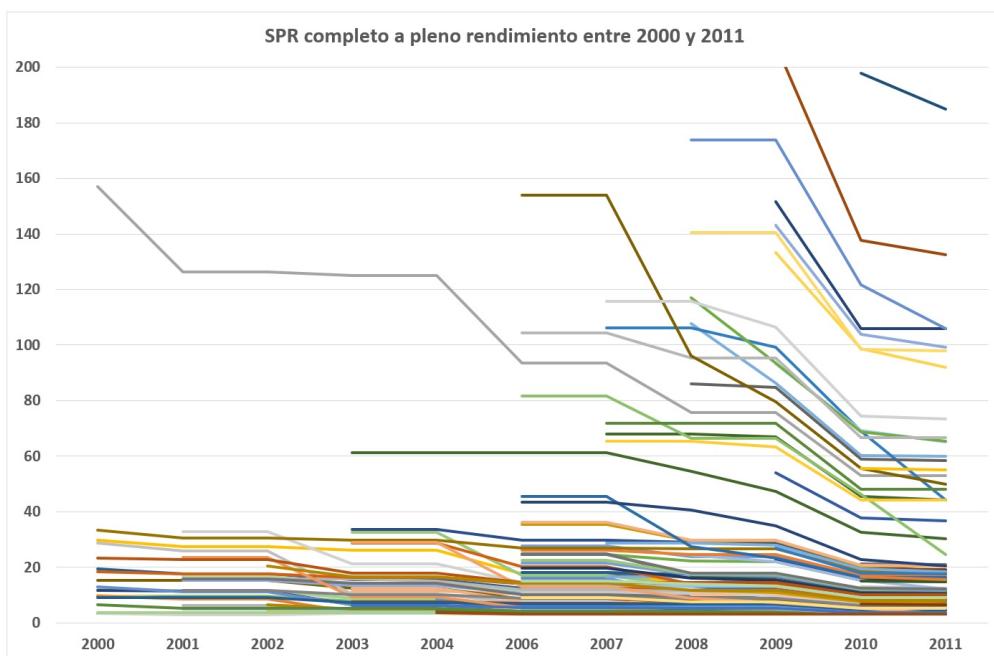
Figura 17: Evolución del SPR de 2000 a 2011 que muestra con detalle la evolución de los PR hasta 35€.



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2000 a 2011 (5-15). Elaboración propia.

Figura 18: Evolución del SPR de 2000 a 2011 que muestra con detalle la evolución de

los PR hasta 200€.

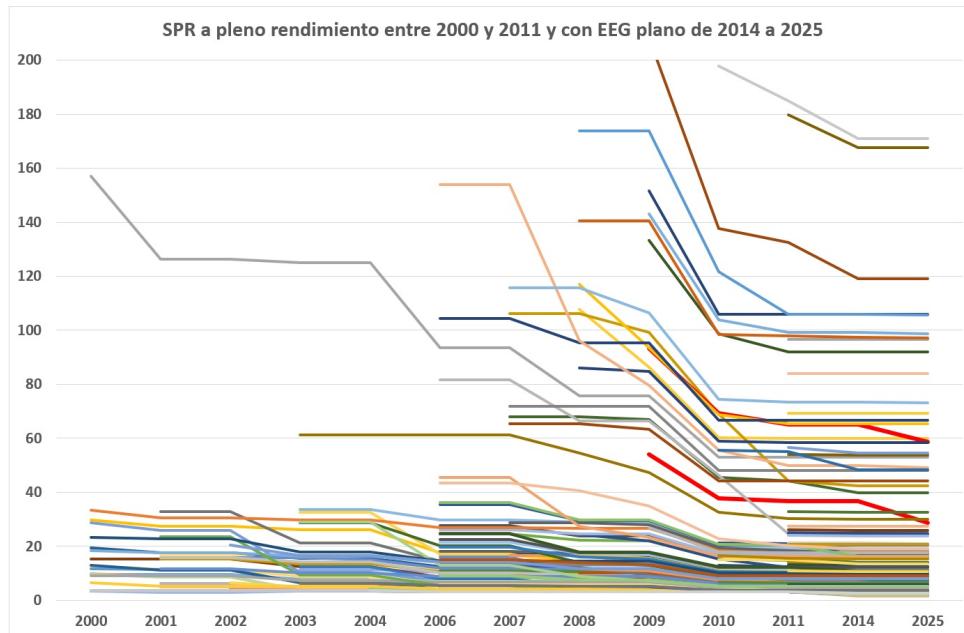


Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2000 a 2011 (5-15). Elaboración propia.

Y para ver lo que pasó con estos PR partir de 2014 (en 2012 y 2013 no se publicaron órdenes de PR) las figuras 19 y 20 muestran su evolución y el EEG plano en el que entraron, también estos PA, con alguna mínima excepción como es la atorvastatina que tuvo una bajada más y el donepezilo en 2024. La figura 19, muestra el EEG plano de manera contraída en el periodo 2015 a 2024

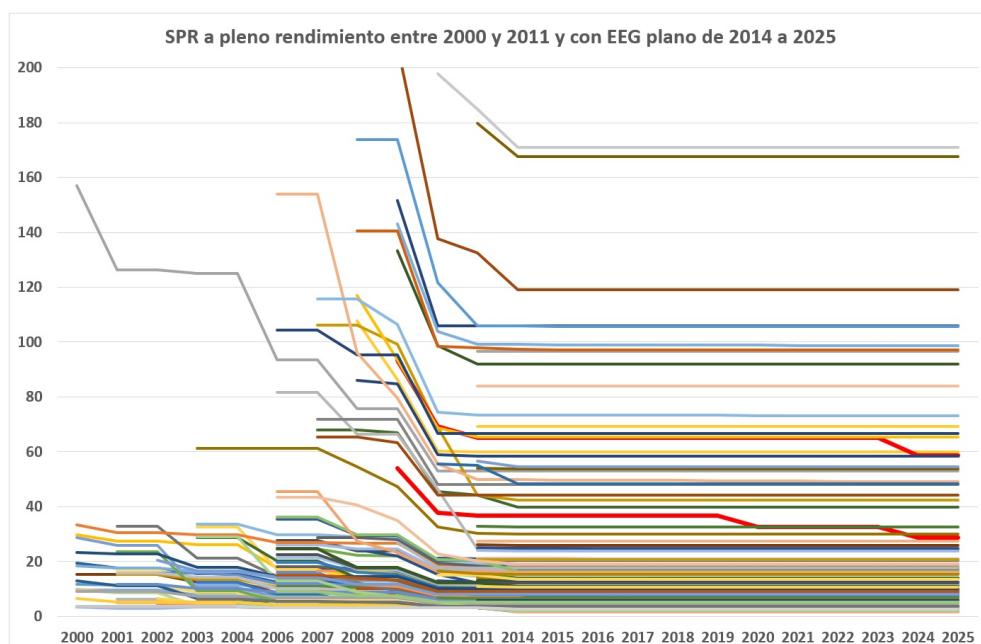
para resaltar el vigor del SPR hasta 2012 y en la figura 20 se muestra completo, año a año desde 2014 para destacar la muerte cerebral que tiene desde entonces.

Figura 19: Evolución del SPR entre 2000 y 2025 de los PA cuyo PR es anterior a la modificación de la Ley de 2012, su gran vigor hasta 2011 y su EEG plano después.



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2000 a 2025 (5-27). Elaboración propia

Figura 20: Evolución del SPR y su muerte cerebral con EEG plano año a año desde 2014 a 2025 .



Fuente: Ordenes de precios de referencia del periodo 2000 a 2025 (5-27). Elaboración propia

Del análisis del SPR y su funcionamiento desde sus orígenes hasta hoy, si algo se puede concluir es que bajar los precios con el SPR es posible, porque durante muchos años los precios bajaron significativamente. Y que si ya no lo hacen es, por el cambio que introdujo la Ley de 2012 que parece un traje a medida para las multinacionales de medicamentos con patente, que fosiliza los PR después de la aprobación de su PR inicial. El posterior funcionamiento del SPR y la inexistente competencia que debería generar no consigue ni un euro más de ahorro.

Desvelando los sobreprecios de los medicamentos genéricos en el SPR

Si el precio de los medicamentos genéricos reflejase sólo lo que cuesta producirlos y un margen razonable de beneficio empresarial, conocer sus sobreprecios sería sencillo, de hecho, en países como India los medicamentos genéricos son muy baratos porque sus costes de producción también lo son. Pero en España no se les pone precio por lo que cuestan, sino por un porcentaje de reducción, hoy del 40%, del precio de monopolio que imponen las multinacionales farmacéuticas a sus nuevos medicamentos, de tal manera que cuanto más obscenamente caro es el precio de monopolio de la marca, más obscenamente caros son los genéricos cuando caduca su patente. Y sin conocer los costes ni de uno ni de los otros, el sobreprecio real de los medicamentos genéricos que financiamos nos permanece oculto, y como consecuencia, no podemos saber hasta dónde deberían bajar razonablemente su precio de financiación, que es lo que se pretende con el SPR: pagar por lo que cuestan, no por lo que nos quieran pedir, que es como estamos financiando los medicamentos con patente y desde que el SPR entró en muerte cerebral, también los nuevos genéricos.

Si el SPR funcionase correctamente podríamos estimarlos y conocer sus sobreprecios comparando el precio más alto que tuvo el medicamento con patente antes

de que le fuese de aplicación el SPR, con su PR actual. Se puede conocer así el porcentaje de reducción de PVP que ha tenido y por él, el sobreprecio que tenía la marca, es decir cuantas veces más caro que el precio actual era ese medicamento cuando estaba protegido por su patente. Pero nuestro SPR hace muchos años que no funciona.

Pero si lo hacemos con los primeros medicamentos que entraron en el SPR, cuando como hemos visto, la competencia redujo notablemente sus precios, podemos estimar esos sobreprecios y conocer cuánto inflan las multinacionales farmacéuticas los precios, como mínimo, cuando imponen sus precios a los medicamentos con patente. Y, en consecuencia, podemos saber cuánto se pueden desinflar con los genéricos y con el SPR funcionando correctamente y podemos desvelar los sobreprecios que tienen en la actualidad los genéricos financiados desde que el SPR tiene el EEG plano.

Veámoslo con el ejemplo de la simvastatina: Zocor 20mg 28 cápsulas costó 39,32€/envase antes de 2003, año en el que entró en el SPR. La aplicación de los criterios de la Ley de 2003 y la gran competencia de precios entre laboratorios que existió en el SPR hasta la Ley de 2012 consiguieron que el precio se redujera un 96% hasta los 1,58€ que tiene hoy. O lo que es lo mismo, antes de 2003 su precio era 25 veces más alto que hoy y, para quien crea que esa bajada ha supuesto algún problema, baste saber que seguimos teniendo disponibles 62 medicamentos con simvastatina financiados. Por este dato y porque Losec (omeprazol) ha tenido una bajada aún mayor, ya sabemos que un medicamento con patente puede tener medicamentos genéricos con un precio 31 veces menor y seguir siendo rentables para muchos laboratorios que los siguen comercializado sin ningún problema.

Y si esa comparación la hacemos en euros constantes desde 1991, año que se financió Zocor en el SNS, teniendo en cuenta que 1€ de 1991 equivale a 2,55€ de hoy, los 39,32€ que costaba Zocor entonces equivalen a

100,56€ de hoy, por lo que su sobreprecio real era, como mínimo de 63 veces. Esto nos desvela que hoy, los genéricos de simvastatina, tienen un precio real que es 63 veces más bajo que el que impuso en España la multinacional MSD, dueña de la patente.

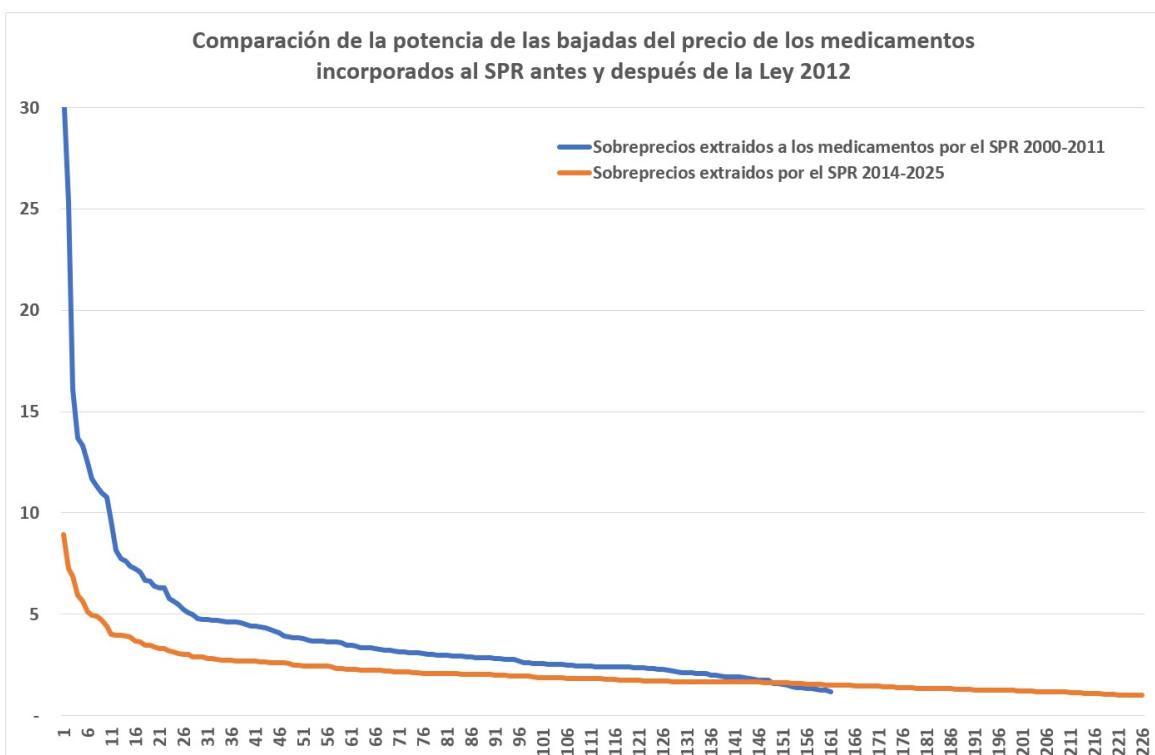
Sabiendo que las prácticas de imposición de precios de las multinacionales apenas difieren y que los precios que imponen a los nuevos medicamentos con patente se dispararon a partir de 1995 con la entrada en vigor del acuerdo de los ADPIC y la extensión de su monopolio a nivel mundial, podemos estar razonablemente seguros de que todos los medicamentos con patente financiados desde entonces hasta hoy, tienen un sobreprecio real como mínimo, 63 veces mayor que el precio de financiación que nos imponen. Conseguir esa reducción, cuando las marcas pierden la patente, debería de ser el objetivo irrenunciable del SPR y de las autorizaciones de precios de la CIMP a los medicamentos genéricos.

De la misma manera que con simvastatina, podemos conocer, de todos los medicamentos sometidos a PR, su sobreprecio nominal y su sobreprecio real, es

decir cuantas veces más alto que su PR actual era el precio que tenían antes de entrar al SPR. Con ello también sabemos la potencia nominal y potencia real que han tenido sus bajadas de precio, que se muestran en las figuras 20 y 21, así como el recorrido de bajada de precio que aún podrían tener. Para su obtención he seleccionado, de cada Conjunto de referencia activo en 2025, la presentación del medicamento con patente que ha tenido la mayor bajada en el PR (en %) y con cada uno he obtenido su sobreprecio nominal y real y la potencia nominal y real de su bajada de precio.

En la figura 20 se muestra la potencia nominal del SPR para bajar los precios de los financiados a partir de 1980, comparando 152 conjuntos creados antes de 2012 y 194 creados después. Se puede comprobar la enorme pérdida de potencia a partir de 2012, año de la Ley 16/2012 y de la “fatua” del expresidente de la AESEG.

Figura 21: Potencia nominal del SPR para bajar los PR antes y después de la Ley 16-2012.

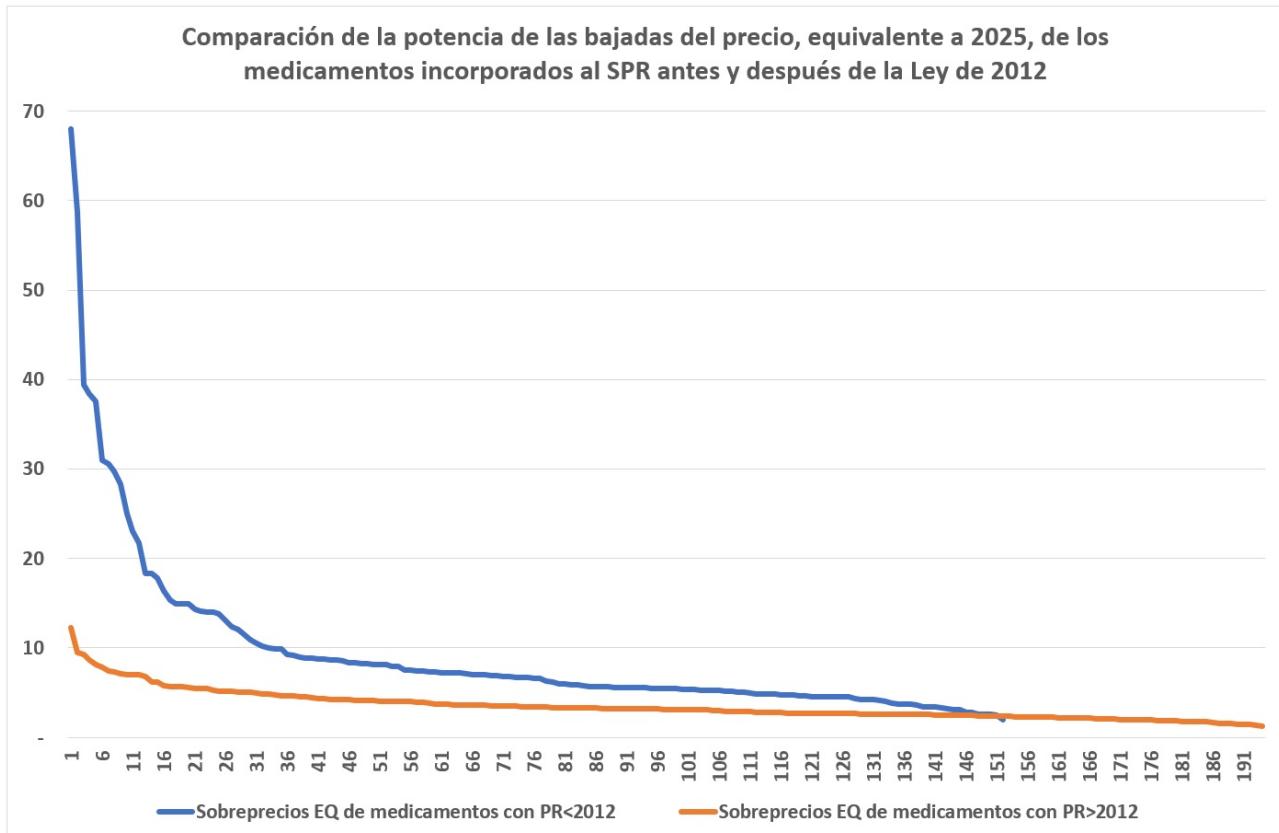


Fuente: Órdenes de precios de referencia (5-27) y nomenclátores de prescripción y de facturación.

En la figura 21 la comparación está hecha con la potencia real que ha tenido el SPR en esos dos períodos durante sus 26 años de vida: tuvo una enorme potencia para bajar el

precio antes de la modificación de 2012 y tiene un paupérrimo efecto desde entonces.

Figura 22: Potencia real del SPR para bajar los PR antes y después de la Ley 16/2012



Fuente: Órdenes de precios de referencia (5-27) y nomenclátores de prescripción y de facturación. Elaboración propia Elaboración propia.

El SPR en la actualidad, gigantescas bolsas de beneficios y un espejismo de lo que fue

Como hemos visto, desde 2012 los precios de los nuevos medicamentos genéricos que salen al mercado, por pérdidas de patente, y los PR que les asigna el actual SPR tienen unos sobreprecios muy similares a los que tienen los medicamentos con patente: si se debía bajar el sobreprecio de la marca 60 veces y se baja muchísimo menos, la bolsa de beneficio que queda es gigantesca y las multinacionales dueñas de las marcas se pelean por ella con la misma contundencia con la que imponen sus precios a la administración, por lo que la única solución real para que los genéricos crezcan y el SNS

se beneficie, es desinflar esa bolsa y bajar los precios de los medicamentos genéricos a precios de medicamentos genéricos, como tienen simvastatina, omeprazol, fluoxetina, amlodipino, enalapril, tamsulosina, losartan, lovastatina, ciprofloxacina, captoril o deflazacort; y no como los que regala la CIMP y el actual SPR a rabeprazol o rosuvastatina.

Porque la industria farmacéutica con la inoperancia del Ministerio, la pasividad de la CIMP y la inestimable ayuda de su coro de loros nos muestra una visión del SPR que no es real, nos siguen haciendo ver un espejismo de lo que fue. Pero la realidad hoy es muy diferente, dista en más de 60 órdenes de magnitud la potencia que tuvo para bajar los

PR de la que tiene hoy: es la diferencia que hay entre el omeprazol, en PR desde 2000, con una potencia real de 68 y el rabeprazol, en PR desde 2014 con una potencia real de 4; o entre simvastatina, en PR desde 2003, con una potencia real de 63 y la rosuvastatina, en PR desde 2018 con una

potencia real de 3, como se muestra en la tabla 8.

Tabla 8: Comparación de la magnitud de la potencia real de las bajadas de precio por el SPR de omeprazol, rabeprazol, simvastatina y rosuvastatina.

Principio Activo	Marca Comercial de Muestra	PRef 2025	Ofertas	Año PR	PVP Inicial	SobrePrec inicial	Fecha Financiación	€ equiv 2025	Prec Equiv 2025	Potencia Real
Omeprazol	Losec 20mg 14 caps	1,26	170	2000	31,87	25,29	28/12/1989	2,69	85,73	68
Rabeprazol	Pariet 20mg 14 comp	12,19	48	2014	26,05	2,14	23/07/1999	1,84	47,93	4
Simvastatina	Zocor 20mg 28 comp	1,58	62	2003	39,3	25,00	28/01/1991	2,55	100,56	63
Rosuvastatina	Crestor 20mg 28 comp	19,95	107	2018	38,9	2,66	01/08/2009	1,37	53,32	3

Fuente: Órdenes de precios de referencia y nomenclátores de prescripción y de facturación. Elaboración propia.

Porque cuando el SPR desinfla esa ingente bolsa de beneficios, el dominio de los genéricos es aplastante y las marcas dueñas de las patentes huyen y desaparecen del mercado. Pero cuando la bolsa de beneficios se mantiene casi intacta, la penetración de los genéricos se produce con cuentagotas,

como muestra la Tabla 9 con los 4 PA anteriores.

Tabla 9: Penetración de genéricos de omeprazol, rabeprazol, simvastatina y rosuvastatina en el primer semestre de 2024

Principio Activo	% Consumo en Genericos 2024	Marca del dueño de la patente	
		Nombre	Desaparecida del mercado español
Omeprazol	89,79%	Losec	Si
Rabeprazol	< 30%	Pariet	No
Simvastatina	99,21%	Zocor	Si
Rosuvastatina	43,18%	Crestor	No

Fuente: Memoria del Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios y Nomenclátor de Facturación (3,34}. Elaboración propia.

Los principales filones y yacimientos de beneficios de los medicamentos con PR

Mientras la financiación del SNS se sigue desangrando por un SPR inutilizado en 2012, los laboratorios de genéricos nos quieren hacer creer que trabajan para él, que tienen interés en que bajen los precios. Pero no, una vez fulminada la competencia en el SPR, ni la industria de marcas, ni la de genéricos que controla la AESEG tras la “fatua”, tienen el menor interés en que el SPR funcione bien y los precios bajen. Para

ellos es más rentable una entente para mantener las elevadas bolsas de beneficio de sus filones, aun a costa de una menor penetración de genéricos, que consumos más elevados de genéricos y bolsas de beneficios desinfladas; y mucho menos bajarlos en los Conjuntos de Referencia que ya tienen completamente dominados. En este escenario al que nos han llevado, los precios de los genéricos sólo bajarán a garrotazos legislativos.

Lo vemos en la Tabla 10 que muestra los 10 filones y yacimientos de beneficios de los PA de mayor consumo de genéricos en el SNS a

través de receta en 2024, que alimentan sus elevados PR, y cuál sería el ahorro para los ciudadanos y el SNS si se bajase el PR con la misma potencia nominal que bajó el de su PA comparador. Sólo en esos 10 PA se puede ahorrar un 70% de su gasto anual, 916 millones de euros. Y ello no llevaría a ningún problema como demuestra el elevado número

de medicamentos con oferta de simvastatina y omeprazol, los dos PA con mayor potencia y del resto de comparadores, como se muestra en esta tabla.

Tabla 10: Yacimientos de beneficios de los 10 PA de mayor consumo de genéricos en el SNS en 2024.

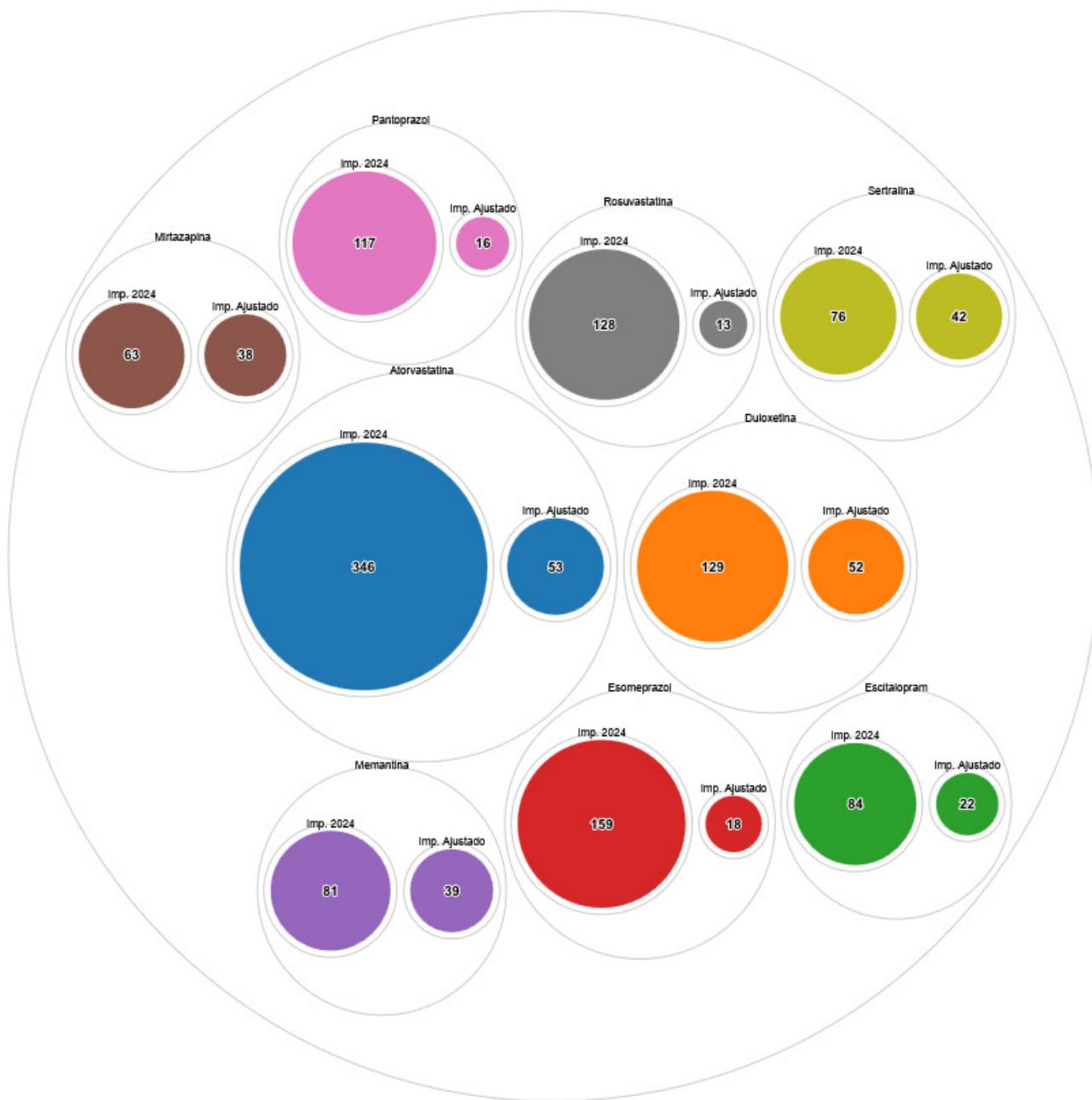
Muestra	Comparador		Facturación del PA Muestra en 2024		% Genericos	Potencia nominal y real de reducción del PR por el SPR				Facturación de la Muestra Ajustada por la potencia nominal del comparador		Bolsa de sobreprecios anuales	% Ahorro SNS
	PA	PA	Ofer tas	Total	Genéricos	Muestra	Comparador	Total	Genéricos				
Pantoprazol	Omeprazol	170	117.072.600	100.000.000	85,4%	2,14	3,93	25,29	68,04	15.849.179	13.535.199	101.223.421	86%
Esomeprazol	Omeprazol	170	159.192.349	70.900.000	47,1%	2,85	4,5	25,29	68,04	17.528.399	8.247.112	141.663.949	89%
Atorvastatina	Simvastatina	62	345.900.686	297.440.000	86,0%	8,14	13,84	25	63,65	53.158.958	45.711.388	292.741.728	85%
Rosuvastatina	Simvastatina	62	127.512.737	55.060.000	43,2%	3,97	5,44	25	63,65	13.139.592	5.673.676	114.373.146	90%
Sertralina	Fluoxetina	34	75.783.680	63.340.000	31,7%	6,31	14,14	12,44	30,99	41.500.587	13.143.236	34.283.093	45%
Escitalopram	Fluoxetina	34	83.696.090	83.060.000	99,2%	2,74	4,33	12,44	30,99	21.920.405	21.753.810	61.775.686	74%
Duloxetina	Venlafaxina	82	128.859.613	62.600.000	31,3%	2,32	3,46	4,98	10,02	51.823.975	16.220.904	77.035.638	60%
Mirtazapina	Venlafaxina	82	63.292.011	55.140.000	87,1%	3,65	5,95	4,98	10,02	38.112.798	33.203.870	25.179.213	40%
Pregabalina	Gabapentina	85	128.664.018	61.540.000	47,8%	4,72	7,27	7,38	14,9	103.087.804	49.306.897	25.576.215	20%
Memantina	Dinepezilo	101	81.039.461	67.360.000	83,1%	1,45	2	3,82	7,22	38.565.403	32.055.563	42.474.058	52%
Total			1.311.013.246	916.440.000	71,3%					394.687.098	238.851.653	916.326.147	70%

Fuente: Memoria del Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios y nomenclátor de facturación (3,34,35). Elaboración propia.

Y esos 916 millones de ahorro aumentarían si el cálculo fuese con la potencia real y más aún si con todos ellos la potencia de reducción de comparación fuese 68, como la del omeprazol, que es la potencia real máxima que ha tenido hasta hoy el SPR, y que recordemos, tiene un PR de 2,42€, tiene 170 medicamentos financiados en el SNS y ningún desabastecimiento comunicado a la AGEMED en los 6 meses estudiados en este trabajo.

En la Figura 22 se aprecia visualmente el impacto de esta medida en la bolsa de beneficios de cada PA y como quedaría tras la reducción de esos 916 MM€.

Figura 23: Impacto de la reducción de 916 MM€ en la bolsa de beneficios de cada PA. El círculo grande muestra la bolsa de beneficios actual y el pequeño, como quedaría tras la reducción.



Fuente: Memoria del Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios y nomenclátor de facturación (3,34,35). Elaboración propia.

Para los que no aprecien bien la enorme importancia de esas cifras, lo explicaré al revés. Supongamos, como se muestra en la tabla 11, que el omeprazol o la simvastatina, por cuyas recetas en 2024, el SNS pagó un importe de 179 millones de euros, hubiesen tenido la misma bajada nominal de precio que han tenido el pantoprazol y la atorvastatina o el esomeprazol y la rosuvastatina: el SNS estaría pagando anualmente un importe en torno a 1.000 millones de euros más de lo que paga, sólo con esos dos medicamentos. Y el año pasado

habríamos pagado un importe similar, y el anterior y el otro y el otro. Y eso, desde 2012, son 13.000 millones de euros, sólo con esos dos PA.

Tabla 11: Incremento que tendría importe de la factura del SNS si omeprazol y simvastatina se pagasen hoy con la misma raquítica potencia reducción del PR que han tenido rosuvastatina, esomeprazol, pantoprazol y la escasa que sigue teniendo atorvastatina.

Muestra	Comparador	Importe del PA Muestra en 2024	Potencia nominal de reducción del PR por el SPR		Importe de la Muestra Ajustado con el Comparador	Incremento del importe en la factura anual del SNS	% aumento para el SNS
PA	PA	Total	Muestra	Compa rador	Muestra		
Omeprazol	Pantoprazol	145.080.902	25,29	2,14	740.396.205	595.315.303	1916%
Simvastatina	Atorvastatina	33.586.937	25	8,14	218.547.257	184.960.320	2295%
Total		178.667.839			958.943.462	780.275.623	2002%
Omeprazol	Esomeprazol	145.080.902	25,29	2,85	910.323.203	765.242.300	1972%
Simvastatina	Rosuvastatina	33.586.937	25	3,97	325.943.332	292.356.395	2533%
Total		178.667.839			1.236.266.534	1.057.598.695	2100%

Fuente: Memoria del Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios y nomenclátor de facturación (3,34,35). Elaboración propia.

Y para los negacionistas o los creyentes en el mantra del “chocolate del loro” les daré otro dato: esos 13.000 MM€ (el gasto evitado con tan sólo dos medicamentos desde 2012) equivalen al gasto sanitario público anual de 7 Comunidades Autónomas en 2023 (30),

como se muestra en la tabla 12, o al gasto sanitario público total del Sescam durante 3 años.

Tabla 12: Gasto sanitario público anual de las CCAA en 2023.

Comunidad Autónoma	Millones €	MM€ Acumulado
La Rioja	599	599
Cantabria	1.214	1.813
Navarra	1.411	3.224
Asturias	2.196	5.420
Extremadura	2.215	7.635
Illes Balears	2.248	9.883
Aragón	2.696	12.579
Murcia	3.325	15.904
Castilla-La Mancha	3.946	19.850
Canarias	4.365	24.215
País Vasco	4.903	29.118
Castilla y León	4.937	34.055
Galicia	5.365	39.420
Comunitat Valenciana	9.524	48.944
Madrid	11.919	60.863
Andalucía	14.178	75.041
Cataluña	15.963	91.004
Total	91.004	

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (34). Elaboración propia

Algo personal

Si sólo con 2 medicamentos hemos evitado un importe de gasto de 13.000 millones de euros desde 2012 y, con los 10 PA analizados, el SNS se podría ahorrar cada año un importe de 916 millones de euros, imaginén el ahorro que habría supuesto para el SNS si los cientos de medicamentos genéricos que no han vuelto a bajar su PR tras la aplicación de la Ley 16/ 2012 hubiesen tenido bajadas de sus PR similares a las obtenidas hasta entonces, los miles de millones de euros que nos está costando cada año la caricatura de SPR que tenemos desde 2012. Y digo imaginén porque ese estudio excede las posibilidades de este trabajo, pero si el Ministerio está interesado en conocerlo y nos lo pidiera, estamos a su disposición para hacerlo.

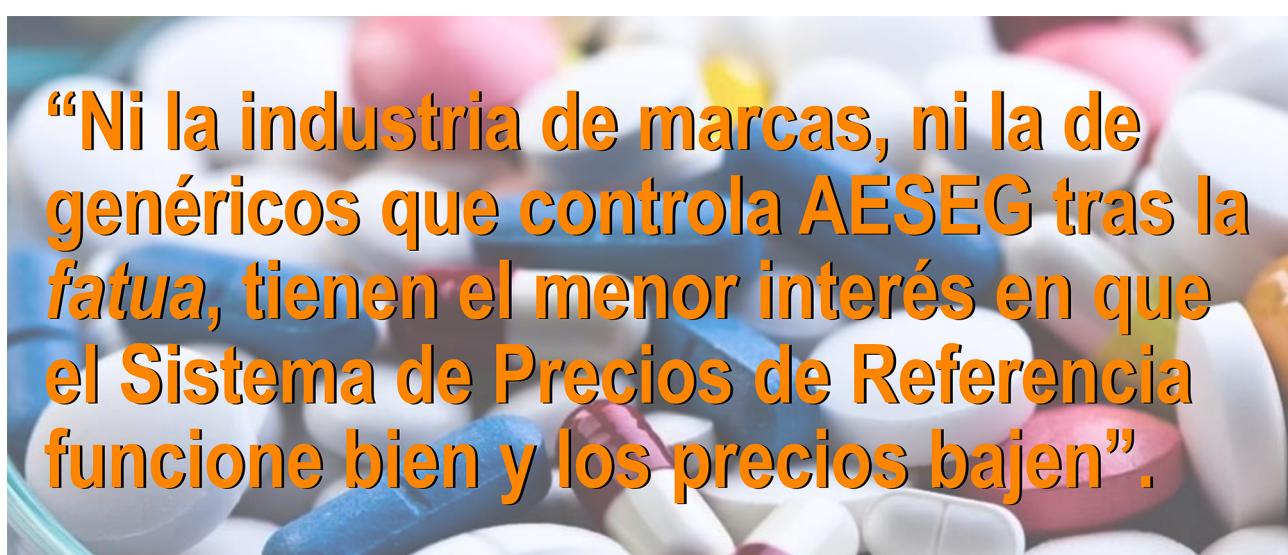
Por eso es tan importante reclamar un precio justo para los medicamentos, también para los medicamentos genéricos, a los que un SPR con EEG plano desde 2012 y un mando a distancia de la CIMP obsoleto, les está regalando y manteniendo año tras año unos precios elevadísimos, que en lugar de tener relación directa con lo que cuesta fabricarlos, la tienen con los precios de monopolio de los medicamentos de marca. Porque es evidente que bajar un 40% a un precio de extorsión, que la competencia

puede bajar un 96%, continúa siendo un precio de extorsión. Pero tienen muchos más yacimientos que los de los 10 filones que he mostrado y analizado, su relación se muestra en los dos Anexos de este trabajo, diferenciando los PA incluidos en el SPR antes (Anexo 1) y después (Anexo 2) de la Ley 16/2012.

Quiero finalizar este artículo, ahora que el Ministerio de Sanidad pretende modificar el actual SPR y parece estar entablando nuevas ~~claudicaciones~~ con AESEG y Farmaindustria, que querrán certificar su muerte cerebral, recordando a Joan Manuel Serrat y su canción “algo personal” cuando nos dice:

*Entre esos tipos y yo hay algo personal
Los sicarios no pierden ocasión
de declarar públicamente su empeño
en propiciar un diálogo de franca distensión
que les permita hallar un marco previo
que garantice unas premisas mínimas
que faciliten crear los resortes
que impulsen un punto de partida sólido y capaz
de este a oeste y de sur a norte
donde establecer las bases de un tratado de amistad
que contribuya a poner los cimientos
de una plataforma donde edificar
un hermoso futuro de amor y paz.*

Joan Manuel Serrat



ANEXO 1: Medicamentos financiados desde 1980 e incorporados al SPR antes de 2012.

Se muestra el detalle de todos los conjuntos homogéneos con los que se ha elaborado este trabajo, su código del Conjunto en 2025, su PA y vía, su PR actual, año de entrada en el SPR, N° de medicamentos

financiados actualmente con ese PA, nombre comercial del medicamento con mayor % de reducción de precio del conjunto y su PVP antes entrar al SPR, la potencia nominal del SPR con su PR, su fecha de financiación, el valor de conversión a € constantes desde la fecha de financiación y el cálculo de su precio y potencia reales en valores de 2025.

Conjunto	PA y Vía	PR 2025	Ofertas	Medicamento empleado como Muestra				Potencia nominal	1€/equivalencia 2025	PVP real 2025	Potencia real
				Nombre comercial	Fecha Financiac	Año en PR	PVP Inicial				
F347	Omeprazol Oral	1,26	170	LOSEC 20MG 14 CAPS	28/12/1989	2000	31,9	25,29	2,69	85,73	68,04
F409	Simvastatina Oral	1,58	62	ZOCOR 20MG 28 COMP RECUB	28/01/1991	2003	39,3	25,00	2,55	100,56	63,65
F161	Enalapril Oral	1,61	68	RENITEC 20MG 28 COMP	21/06/1988	2000	21,4	13,30	2,96	63,40	39,38
F103	Ciprofloxacino Oral	3,28	26	BAYCIP 750MG 10 COMP	28/05/1989	2000	44,8	13,65	2,81	125,80	38,35
F28	Amlodipino Oral	1,25	60	NORVAS 5MG 30 COMP	24/04/1992	2006	20,1	16,11	2,33	46,93	37,54
F201	Fluoxetina Oral	2,5	34	PROZAC 20MG 28 CAPS DURAS	17/04/1991	2000	31,1	12,44	2,49	77,46	30,99
F83	Captopril Oral	3,53	10	CAPOTEN 25MG 60 COMP	01/07/1981	2000	19,4	5,50	5,55	107,78	30,53
F196	Finasterida Oral	2,34	17	PROSCAR 5MG 28 COMP RECUB	19/11/1993	2006	32,1	13,70	2,17	69,57	29,73
F294	Lovastatina Oral	2,5	19	NERGADAN 20MG 28 COMP	28/08/1990	2001	27,5	10,99	2,58	70,87	28,35
F232	Enalapril/Htzda Oral	1,84	23	DABONAL PLUS 20/12,5MG 28 COMP	20/05/1992	2003	19,8	10,78	2,32	46,01	25,00
F292	Losartán Oral	2,5	54	COZAAR 50MG 28 COMP RECUB	12/02/1996	2006	29,2	11,69	1,97	57,56	23,03
F92	Ceftriaxona Parenteral	2,5	19	ROCEFALIN ROCHE 1G IM INY	28/05/1989	2000	19,4	7,75	2,81	54,43	21,77
F128	Deflazacort Oral	3,42	20	ZAMENE 30MG 10 COMP	25/10/1990	2006	24,7	7,23	2,54	62,84	18,37
F293	Losartán/Htzda Oral	2,92	47	COZAAR PLUS 50/12,5 28 COMP RECUB	16/07/1997	2008	28,1	9,62	1,91	53,65	18,37
F183	Famotidina Oral	2,5	12	TAMIN 40MG 10 COMP	25/08/1987	2000	14,4	5,77	3,09	44,59	17,84
F445	Triflusal Oral	5,53	10	DISGREN 300MG 30 CAPS	01/01/1981	2006	17,1	3,10	5,55	95,02	17,18
F4	Aцикловир Oral	53,0	23	ZOVIRAX 800MG 35 COMP DISPERSA	22/11/1985	2000	195	3,67	3,47	715,18	12,75
F42	Atenolol Oral	2,5	27	TENORMIN 100 100MG 30 COMP RA	26/05/1986	2000	11,6	4,62	3,31	38,26	15,31
F360	Paroxetina Oral	3,04	74	FROSINOR 20MG 14 COMP RECUB	12/04/1993	2003	20,3	6,69	2,24	45,56	14,99
F393	Risperidona Oral	8,2	129	RISPERDAL 1MG 60 COMP RECUB	11/07/1994	2006	58	7,07	2,12	122,90	14,99
F476	Gabapentina Oral	12,3	85	NEURONTIN 400MG 90 CAPS	10/07/1995	2006	90,7	7,38	2,02	183,27	14,90
F387	Ramipril Oral	2,5	52	ACOVIL 2,5MG 28 COMP	20/10/1992	2006	15,8	6,31	2,27	35,80	14,32
F406	Sertralina Oral	5,84	73	BESITRAN 50MG 30 COMP	13/04/1993	2006	36,9	6,31	2,24	82,57	14,14
F391	Repaglinida Oral	2,79	33	NOVONORM 0,5MG 90 COMP	28/07/1999	2011	21,2	7,61	1,84	39,08	14,01
F357	Paracetamol Oral	0,67	81	TERMALGIN 500MG 20 COMP	18/03/1987	2006	3	4,48	3,12	9,36	13,97
F46	Atorvastatina Oral	3,61	233	CARDYL 10 10MG 28 COMP RECUB	19/07/2001	2009	29,4	8,14	1,7	49,96	13,84
F108	Citalopram Oral	5,12	72	PRISDAL 20 mg 28 COMP RECUB	22/03/1996	2003	34,1	6,65	1,97	67,08	13,10
F371	Pravastatina Oral	4,07	55	PRAREDUCT 10 10MG 28 COMP	17/12/1996	2006	26	6,39	1,93	50,20	12,33
F362	Perindopril Oral	5,4	7	COVERSYL 4MG 30 COMP	28/08/1990	2008	25,2	4,66	2,58	64,91	12,02
F154	Doxazosina Oral	3,64	38	CARDURAN 2MG 28 COMP	28/01/1991	2001	16,7	4,59	2,51	41,97	11,53
F297	Meloxicam Oral	2,54	11	MOVALIS 15MG 20 COMP	20/11/1996	2006	14,4	5,67	1,93	27,77	10,93
F151	Domperidona Oral	2,28	4	MOTILIUM 10MG 30 COMP RECUB	01/12/1980	2007	4,01	1,76	6,01	24,10	10,57
F32	Amoxicilina/Clavulánico	5,84	88	AUGMENTINE 500/125 12 COMP	28/03/1986	2001	18,5	3,17	3,31	61,24	10,49
F93	Cefuroxima Oral	4,84	66	ZINNAT 250 mg 12 COMP RECUB	28/06/1989	2000	17,7	3,66	2,79	49,44	10,21
F455	Venlafaxina Oral	9,59	82	VANDRAL 37,5MG 60 COMP	02/08/1995	2006	47,8	4,98	2,01	96,06	10,02
F191	Fentanilo Oral	5,07	137	EFFENTORA 100MCG 4 COMP BUCAL	23/04/2009	2008	36,7	7,24	1,37	50,31	9,92
F337	Norfloxacino Oral	4,67	7	NOROXIN 400MG 14 COMP RECUB	22/11/1985	2000	13,3	2,85	3,47	46,26	9,90
F383	Quinapril Oral	2,5	4	ACUPREL 40MG 28 COMP RECUB	27/01/1998	2006	13,1	5,23	1,89	24,70	9,88
F198	Fluconazol Oral	7,51	92	DIFLUCAN 50MG 7 CAPS	28/01/1991	2003	27,7	3,69	2,51	69,50	9,25
F59	Bicalutamida Oral	42,37	24	CASODEX 50, 30 COMP	20/11/1996	2007	201	4,75	1,93	388,03	9,16
F397	Ropinirol Oral	6,74	29	ADARTREL 0,50MG 84 COMP RECUB	22/04/1998	2008	32,1	4,77	1,89	60,73	9,01
F7	Ácido Alendrónico Oral	9,99	22	FOSAMAX 10MG 28 COMP	16/10/1996	2006	46	4,60	1,93	88,70	8,88
F395	Rivastigmina Oral	11,55	113	EXELON 1,5MG 28 CAPS DURAS	20/01/1999	2010	54,8	4,74	1,86	101,85	8,82
F159	Ebastina Oral	2,64	51	EBASTEL 5 MG/5 ML SOLU ORAL 120	28/02/1990	2006	8,74	3,31	2,66	23,25	8,81
F453	Valsartán/Htzda Oral	5,99	86	CO-DIOVAN 80MG/12,5MG 28 COMP	24/11/1998	2011	28,1	4,69	1,87	52,53	8,77
F418	Tamoxifeno Oral	8,43	8	NOLVADEX 10 10MG 100 COMP	20/03/1998	2000	38,8	4,60	1,89	73,35	8,70
F437	Topiramato Oral	9,16	59	TOPAMAX 25MG 60 COMP RECUB	18/06/1998	2007	42,2	4,61	1,88	79,35	8,66
F271	Lamotrigina Oral	6,59	58	LAMICTAL 25MG 56 COMP DISPERSA	17/06/1997	2006	29,2	4,43	1,92	56,10	8,51

F425	Terbinafina Oral	8,09	11	LAMISIL 250MG 14 COMP	19/05/1997	2006	35,2	4,35	1,92	67,60	8,36
F323	Mononitrato de Isosor	4,43	15	CORONUR 40MG 40 COMP	21/06/1988	2002	12,5	2,81	2,96	36,85	8,32
F23	Alopurinol Oral	2,81	29	ZYLORIC 300MG 30COMP	01/07/1983	2000	5,34	1,90	4,33	23,12	8,23
F348	Ondansetrón Oral	33,31	34	ZOFRAN 4MG 15 COMP RECUB CON	24/05/1994	2006	129	3,87	2,12	273,25	8,20
F142	Diclofenaco Oral	2,5	25	VOLTAREN RETARD 75 MG 40 COMP	24/11/1998	2000	10,9	4,37	1,87	20,42	8,17
F340	Octreotida Parenteral	5,42	9	SANDOSTATIN 50 mcg/ml 5 ampollas	20/05/1993	2008	27,5	5,07	1,61	44,23	8,16
F51	Azitromicina Oral	5,62	58	ZITROMAX 500MG/SOBRE 3 SOBRES	15/10/1993	2006	21	3,73	2,18	45,74	8,14
F438	Torasemida Oral	2,65	34	DILUTOL 5MG 30 COMP	05/04/1995	2006	10,3	3,90	2,03	20,99	7,92
F118	Clopidogrel Oral	16,25	69	ISCOVER 75MG 28 COMP CON CUBIE	26/03/1999	2010	69,2	4,26	1,86	128,64	7,92
F195	Fexofenadina Oral	3,23	3	FEXOFENADINA OPELLA 180 mg 20 C	01/03/1998	2008	13,3	4,10	1,89	25,04	7,75
F149	Diltiazem Oral	4,57	42	MASDIL 60MG 30 COMP	27/04/1987	2000	11	2,41	3,12	34,32	7,51
F3	Aceclofenaco Oral	2,83	17	AIRTEL 100MG 20 COMP	28/07/1991	2006	8,52	3,01	2,49	21,21	7,50
F447	Trinitrato de Glicerilo T	7,71	24	NITROPLAST 5 30 PARCHES TRANSDE	21/06/1991	2010	23,1	2,99	2,49	57,49	7,46
F342	Olanzapina Oral	13,22	241	ZYPREXA 2,5MG 28 COMP RECUB	28/06/2000	2008	55,2	4,18	1,78	98,29	7,44
F98	Ciclopirox Topica	2,51	21	CICLOCHEM CREMA, 1 tubo de 30	21/01/1987	2011	5,91	2,35	3,12	18,44	7,35
F289	Lorazepam Oral	2,5	23	BLACINORAL 2 mg 30 COMP	01/05/1984	2006	4,66	1,86	3,93	18,31	7,33
F224	Glimepirida Oral	10,18	38	AMARYL 2MG 120 COMP	21/08/1997	2006	38,8	3,81	1,91	74,01	7,27
F239	Ibuprofeno Oral	1,97	81	NEOBRUFEN 600MG 40 COMP RECUB	18/01/1993	2001	6,38	3,24	2,24	14,29	7,25
F206	Fluvastatina Oral	5	20	LESCOL 20 20MG 28 CAPS	16/04/1996	2009	18,5	3,69	1,96	36,20	7,24
F152	Donepezilo Oral	29,32	101	ARICEPT 5MG 28 COMP RECUB	23/02/1998	2009	112	3,82	1,89	211,72	7,22
F74	Cabergolina Oral	4,14	4	DOSTINEX 0,5 mg COMP, 2 COMP	22/03/1996	2011	15	3,61	1,97	29,45	7,11
F287	Lisinopril Oral	3,4	21	PRINIVIL 5 mg COMP, 60 COMP	28/07/1999	2001	13	3,83	1,84	23,94	7,04
F87	Carvedilol Oral	2,5	32	COROPRES 6,25MG 28 COMP	22/01/1997	2006	9,12	3,65	1,92	17,51	7,00
F332	Naproxeno Oral	4,78	19	ANTALGIN 550MG 40 COMP RECUB	27/12/1990	2000	13,2	2,75	2,54	33,43	6,99
F213	Fosinopril Oral	8,12	2	FOSITENS 20MG 28 COMP RANURAD	20/05/1993	2006	25,3	3,11	2,23	56,31	6,93
F322	Mometasona Topica	2,5	12	ELOCOM Solución 0,1 %, 1 frasco	08/07/1993	2011	7,7	3,08	2,23	17,17	6,87
F192	Fentanilo Sublingual	18,6	137	ABSTRAL 300 mcg 10 COMP subling	12/02/2009	2008	91,8	4,95	1,38	126,67	6,83
F24	Alprazolam Oral	2,5	83	TRANKIMAZIN 1MG 30COMP	12/11/1993	2000	7,83	3,13	2,18	17,07	6,83
F424	Terazosina Oral	2,45	11	DEFLOX 2MG 15 COMP	05/04/1995	2002	8,17	3,33	2,03	16,59	6,77
F366	Piroxicam Oral	3,12	2	FELDENE FLAS 20MG 20 LIOTABS	26/06/1990	2000	7,99	2,56	2,63	21,01	6,74
F272	Lansoprazol Oral	7,96	102	OPIREN 15MG 28 CAPS	17/06/1997	2006	27,8	3,49	1,92	53,30	6,70
F61	Bisoprolol Oral	3,28	93	EMCONCOR 5MG 60 COMP RECUB	10/01/1996	2002	11	3,36	1,99	21,93	6,69
F451	Valsartán Oral	8,15	101	DIOVAN 80MG 28COMP RECUB	20/08/1997	2011	28,1	3,45	1,91	53,65	6,58
F257	Irbesartán Oral	7,74	53	APROVEL 150MG 28 COMP RECUB	12/01/2000	2009	28,1	3,63	1,81	50,84	6,57
F433	Tioconazol Topica	10,97	3	Trosid 280 mg/ml frasco de 12 ml	21/03/1991	2011	27,5	2,51	2,51	69,13	6,30
F190	Fentanilo Transdermica	14,63	137	DUROGESIC MATRIX 25MCG 5 PARCH	22/04/1998	2008	48,1	3,29	1,89	90,85	6,21
F212	Fosfomicina Oral	4,73	30	MONUROL 3 G GRANULADO 2 sobres	28/01/1991	2011	11,4	2,40	2,51	28,51	6,03
F318	Mirtazapina Oral	8,52	90	REXER FLAS 15 mg 30 COMP bucoidis	29/01/2003	2006	31,1	3,65	1,63	50,66	5,95
F440	Tramadol Oral	6,21	126	ADOLONTA 50MG 60 CAPS	13/08/1996	2000	18,7	3,00	1,95	36,39	5,86
F356	Pantoprazol Oral	8,74	153	PANTECTA 20MG 28 COMP GASTROR	21/09/1999	2007	28,1	3,22	1,82	51,14	5,85
F182	Famciclovir Oral	65,5	9	FAMVIR 250 MG 21 COMPR RECUB	12/05/1995	2008	187	2,85	2,03	378,80	5,78
F350	Oxcarbazepina Oral	11,04	15	TRILEPTAL 60MG/ML 250ML SUSP OF	25/09/2002	2007	38,3	3,47	1,65	63,18	5,72
F458	Zolpidem Oral	2,78	19	STILNOX 10 10MG 30 COMP RECUB R	25/02/1991	2002	6,3	2,27	2,51	15,81	5,69
F264	Ketoconazol Topica	2,5	7	KETOISDIN CREMA 2 % 30G	19/05/1988	2002	4,79	1,92	2,96	14,18	5,67
F419	Tamsulosina Oral	10,96	45	OMNIC 0,4 mg 30 CAPS DE LIB MODI	18/06/1997	2006	32,3	2,95	1,92	62,05	5,66
F188	Fenofibrato Oral	4,26	13	SECALIP 145MG 30 COMP RECUB	14/12/1994	2007	11,5	2,69	2,09	23,93	5,62
F336	Nimodipino Oral	5,34	4	MODUS 30MG 30 COMP	20/08/1993	2000	13,4	2,51	2,23	29,88	5,60
F305	Metformina Oral	1,05	36	DIANBEN 850MG 50 COMP	07/11/1994	2002	2,81	2,68	2,09	5,87	5,59
F261	Itraconazol Oral	6,49	22	SPORANOX 100MG 6 CAPS	23/07/1992	2006	15,6	2,40	2,32	36,12	5,57
F361	Pentoxifilina Oral	6,2	8	ELORGAN 400MG 60 GRAGEAS	24/04/1992	2001	14,7	2,38	2,33	34,32	5,54
F507	Leflunomida Oral	26,96	26	ARAVA 10MG 30 COMP CUBIERTAR	17/04/2000	2011	83,2	3,09	1,79	148,93	5,52
F227	Granisetrón Oral	47,99	2	KYTRIL 1MG 10 COMP RECUB	23/05/1994	2007	123	2,57	2,14	264,03	5,50
F375	Prednisona Oral	3,76	24	DACORTIN 30MG 30 COMP	23/07/1990	2009	7,84	2,09	2,63	20,62	5,48
F363	Perindopril/Indapamid	8,82	24	PRETERAX 2 mg/0,625 mg 30 COMP	22/05/2003	2009	29,7	3,37	1,62	48,10	5,45
F275	Lercanidipino Oral	6,24	33	LERZAM 10 mg COMP RECUB con pel	28/07/1999	2010	18,5	2,96	1,84	34,02	5,45
F218	Galantamina Oral	23,12	39	REMINYL 8MG 28 CAPS DURAS LIB PR	28/07/1999	2009	68,4	2,96	1,84	125,82	5,44
F258	Irbesartan/Htzda Oral	9,65	62	COAPROVEL 150/12,5MG 28 COMP R	26/03/1999	2010	28,1	2,91	1,86	52,25	5,41
F207	Fluvoxamina Oral	3,84	4	DUMIROX 50MG 30 COMP RECUB RA	28/07/1999	2002	11,2	2,91	1,84	20,57	5,36
F95	Cetirizina Oral	3,12	28	ZYRTEC 10MG/ML 20ML GOTAS SOLU	14/11/1997	2003	8,79	2,82	1,9	16,70	5,35
F84	Carbamazepina Oral	3,98	9	TEGRETOL 200 mg 100 COMP	18/08/1993	2011	9,49	2,38	2,23	21,16	5,32
F111	Claritromicina Oral	18,36	41	KLACID 500MG 21 COMP	22/01/1997	2003	50,8	2,77	1,92	97,52	5,31
F26	Amisulprida Oral	19,94	15	SOLIAN 100 MG COMP, 60 COMP	23/04/2002	2007	62,4	3,13	1,68	104,82	5,26
F382	Quetiapina Oral	32,41	239	SEROQUEL 100MG 60 COMP RECUB	29/08/2000	2008	95,9	2,96	1,77	169,67	5,24
F20	Alfuzosina Oral	11,8	7	BENESTAN RETARD 5MG 60 COMP RE	05/10/1995	2006	30,6	2,59	2	61,18	5,18
F450	Valaciclovir Oral	11,55	14	VALTREX 500 mg 10 COMP RECUB	23/02/2001	2010	34	2,95	1,74	59,19	5,13
F91	Cefixima Oral	11,47	17	DENVAR 400MG 10 CAPS	09/08/1994	2006	27,6	2,41	2,12	58,51	5,10

F12	Ácido Micoftenólico Oral	75,6	32	CELLCEPT 500 MG 50 COMP RECUB	14/08/1996	2009	196	2,59	1,95	382,22	5,06
F290	Lormetazepam Oral	2,31	27	NOCTAMID 2MG 20 COMP	28/01/1991	2002	4,6	1,99	2,51	11,55	5,00
F62	Bisoprolol/Htzda Oral	4,42	6	EMCORETIC 10 MG/25 MG 28 COMP	08/07/1994	2009	10,2	2,31	2,12	21,65	4,90
F239	Ibuprofeno Con Sal Oral	2,5	81	SAETIL 600MG 20 SOBRES GRANUL	13/07/1995	2001	6,06	2,42	2,02	12,24	4,90
F121	Clozapina Oral	3,54	13	LEPONEX 25 mg 40 COMP	19/05/1997	2011	8,98	2,54	1,92	17,24	4,87
F417	Tacrólimus Oral	17,98	40	PROGRAF 0,5 mg 30 CAPSDURAS	22/01/2002	2011	51,3	2,85	1,69	86,66	4,82
F282	Levofloxacino Oral	26,23	50	TAVANIC 500MG 10 COMP	19/10/1998	2009	67,3	2,57	1,87	125,81	4,80
F281	Levodopa Con Inhibido	25,29	9	SINEMET RETARD 50/200 mg 100 CO	20/08/1992	2006	53,3	2,11	2,27	120,99	4,78
F324	Montelukast Oral	21,06	82	SINGULAIR 10MG 28 COMP CON CUE	10/07/2001	2011	51,3	2,43	1,7	87,21	4,14
F415	Sumatriptán Oral	12,18	10	INMIGRAN 50MG 4 COMP	17/06/1997	2006	29,2	2,40	1,92	56,10	4,61
F268	Lacidipino Oral	11,35	3	LACIMEN 4MG 28 COMP RECUB	20/08/1993	2011	23,4	2,06	2,23	52,18	4,60
F175	Espironolactona Oral	2,5	14	ALDACTONE 100 mg 20 COMP RECUB	26/03/1999	2002	6,17	2,47	1,86	11,48	4,59
F214	Fosinopril/Htzda Oral	9,82	2	FOSITENS PLUS 20/125MG 28 COMP	21/10/1997	2007	23,7	2,41	1,9	44,95	4,58
F334	Nebivolol Oral	7,87	21	LOBIVON 5 mg 28 COMP	20/10/1997	2009	18,9	2,41	1,9	35,97	4,57
F369	Prampipexol Oral	29,61	77	MIRAPEXIN 0,7MG 30 COMP	26/01/1999	2009	72,7	2,45	1,86	135,20	4,57
F288	Loratadina Oral	3,11	18	CLARITYNE 10MG 20 COMP	28/04/1999	2002	7,67	2,47	1,85	14,19	4,56
F174	Esomeprazol Oral	12,55	137	NEXIUM MUPS 20MG 28 COMP GAST	26/04/2004	2011	35,8	2,85	1,58	56,50	4,50
F276	Letrozol Oral	92,1	32	FEMARA 2.5MG 30 COMP LAQUEADO	21/10/1997	2010	218	2,37	1,9	414,56	4,50
F446	Trimetazidina Oral	3,7	2	IDAPTAN 20MG 60 COMP RECUB	10/01/1996	2003	8,11	2,19	1,99	16,14	4,36
F320	Modafinilo Oral	41,95	11	MODIODAL 100MG 30 COMP	20/10/1997	2011	94,4	2,25	1,9	179,28	4,27
F220	Gemfibrozilo Oral	7,35	9	LOPID 900MG 30 COMP	16/08/1996	2000	16	2,17	1,95	31,10	4,23
F30	Amoxicilina Oral	2,5	93	CLAMOXYL 500MG 24CAPS	18/11/1999	2000	5,81	2,32	1,82	10,57	4,23
F223	Gliclazida Oral	5,59	19	DIAMICRON 30 mg 60 COMP lib mod	22/05/2003	2010	14,1	2,53	1,62	22,91	4,10
F278	Levetiracetam Oral	27,27	143	KEPPRA 250MG 60 COMP CON CUBIE	11/10/2002	2011	67	2,46	1,65	110,47	4,05
F36	Anastrozol Oral	60,09	23	ARIMIDEX 1MG 28 COMP RECUB CON	14/09/2004	2008	147	2,45	1,56	229,57	3,82
F13	Ácido Risedrónico Oral	19,84	29	ACTONEL 5MG 28 COMP RECUB	29/11/2000	2009	41,9	2,11	1,75	73,38	3,70
F295	Manidipino Oral	7,09	26	ARTEDIL 10MG 28 COMP	29/04/2003	2011	16,1	2,27	1,63	26,21	3,70
F386	Raloxifeno Oral	20,64	7	EVISTA 60MG 28 COMP RECUB	12/02/1999	2011	40,9	1,98	1,86	76,09	3,69
F56	Betahistina Oral	2,73	23	SERC 8MG 60 COMP	09/03/2001	2011	5,66	2,07	1,73	9,79	3,59
F13	Ácido Risedrónico Oral	#####	29	ACTONEL 30MG 28 COMP RECUB	29/11/2000	2009	233	1,95	1,75	407,12	3,42
F107	Ciproterona/Estrogeno	3,12	3	DIANE 35 DIARIO 28 COMP RECUB	10/04/2000	2006	5,92	1,90	1,79	10,60	3,40
F76	Calcio/Colecalciferol O	3,61	19	IDEOS 500 MG/400 UI 30 COMP	11/02/1997	2011	6,38	1,77	1,92	12,25	3,39
F99	Ciclosporina Oral	13,11	7	SANDIMMUN NEORAL 25mg 30 CAPS	15/12/2004	2011	27,9	2,13	1,55	43,26	3,30
F511	Sotalol Oral	3,12	2	SOTAPOR 80MG 30 COMP RANURAD	13/07/1999	2006	5,4	1,73	1,84	9,94	3,18
F179	Exemestano Oral	96,66	21	AROMASIL 25MG 30 COMP RECUB	11/08/2000	2011	171	1,77	1,77	302,07	3,13
F280	Levocetirizina Oral	5,9	15	XAZAL 5 mg 20 COMP RECUB	15/04/2003	2009	11,2	1,89	1,63	18,21	3,09
F225	Glucosamina Oral	4,09	10	HESPERCORBIN 1,5G/SOBRE 20 SOBR	25/05/2000	2007	6,54	1,60	1,78	11,64	2,85
F310	Metoclopramida Paren	2,58	11	PRIMPERAN 10MG/2ML 12 AMPOLL	21/06/1993	2008	3,22	1,25	2,23	7,18	2,78
F303	Metamizol Oral	1,56	34	METAMIZOL CINFA 575MG 10 CAPS	09/02/2001	2002	2,36	1,51	1,74	4,11	2,63
F413	Sulpirida Oral	5,76	4	DOGMATIL FUERTE 200 mg 36 COMP	19/05/1994	2011	6,85	1,19	2,14	14,66	2,54
F123	Codeina/Paracetamol C	2,5	17	FLUDETEN 500 mg/30 mg 20 COMP	28/01/1998	2011	3,36	1,34	1,89	6,35	2,54
F135	Dexametasona Oral	9,59	20	FORTECORTIN 4 mg 30 COMP	22/09/2008	2006	15	1,56	1,37	20,54	2,14
F6	Ácido Acetilsalicílico O	2,5	25	TROMALYT 300 300MG 28 CAPS	22/06/2004	2011	3,12	1,25	1,58	4,93	1,97

ANEXO 2: Medicamentos financiados desde 1980 e incorporados al SPR después de 2012.

Se muestra el detalle de todos los conjuntos homogéneos con los que se ha elaborado este trabajo, su código del Conjunto en 2025, su PA y vía, su PR actual, año de entrada en el SPR, N° de medicamentos

financiados actualmente con ese PA, nombre comercial del medicamento con mayor % de reducción de precio del conjunto y su PVP antes entrar al SPR, la potencia nominal del SPR con su PR, su fecha de financiación, el valor de conversión a € constantes desde la fecha de financiación y el cálculo de su precio y potencia reales en valores de 2025.

Conjunto	PA y Vía	PRef 2025	Ofertas	Medicamento empleado como muestra					Potencia nominal	1€/equivalencia actual	Precio real 2025	Potencia real
				Nombre comercial	Fecha Financiac	Año en PR	PVP					
F491	Dabigatran Oral	5,51	60	PRADAXA 110 mg 10 CAPSULA DURA	01/11/2008	2024	49,2	8,92	1,37	67,36	12,23	
F307	Metilfenidato Oral	9,44	45	CONCERTA 18MG 30 COMP LIB PROL	04/02/2004	2014	55,9	5,92	1,6	89,38	9,47	
F199	Flunarizina Oral	3,61	4	SIBELIUM 30 COMP	01/02/1981	2014	6,05	1,68	5,55	33,58	9,30	
F41	Aripiprazol Oral	23,6	152	ABILIFY 5MG 28 COMP	17/12/2004	2015	133	5,63	1,54	204,50	8,67	
F508	Lurasidona Oral	9,46	12	LATUDA 18,5 MG 28 COMP RECUB	18/09/2017	2025	65,3	6,90	1,25	81,56	8,62	
F335	Nicardipino Oral	4,7	5	NERDIPINA 20MG 30 GRAGEAS	01/02/1984	2014	9,61	2,04	4	38,44	8,18	
F69	Budesonida Pulmonar	3,06	21	PULMICORT SUSP NEBULIZ 05MG/M	23/07/1992	2014	10,3	3,38	2,32	23,97	7,83	
F273	Latanoprost Oftalmica	6,51	20	XALATAN 0,005 % COLIRIO 2,5ML	27/01/1998	2014	25,6	3,94	1,89	48,44	7,44	
F483	Pregabalina Oral	4,9	194	LYRICA 25 mg 56 CAPS DURAS	18/01/2005	2015	23,1	4,72	1,54	35,64	7,27	
F27	Amitriptilina Oral	3,12	11	TRYPTIZOL 75MG 30 COMP RECUB	01/12/1980	2014	3,67	1,18	6,01	22,06	7,07	
F355	Paliperidona Oral	27,6	56	INVEGA 3 MG 28 COMPLIB PROLONG	05/08/2008	2019	141	5,10	1,38	194,24	7,04	
F228	Haloperidol Oral	3,12	7	HALOPERIDOL 10 PRODES 30 COMP	01/11/1981	2014	3,95	1,27	5,55	21,92	7,03	
F345	Olmesartan Oral	5,04	70	IXIA 10MG 28 COMP RECUB	03/05/2004	2017	22,3	4,42	1,58	35,20	6,98	
F45	Atomoxetina Oral	29,13	31	STRATTERA 40MG 28 CAPS DURAS	20/12/2007	2020	121	4,16	1,39	168,82	5,79	
F216	Eurosemida Oral	1,06	20	SEGURIL 40MG 30 COMP	14/06/1994	2014	3,08	2,91	2,12	6,53	6,16	
F432	Timolol, Combinacione	7,09	33	XALACOM COLIRIO EN SOLUCION 2,5	23/04/2002	2014	26	3,67	1,68	43,66	6,16	
F283	Levonorgestrel/Etiniol	2,5	43	LOETTE DIARIO 100/20 mcg 28 COMP	21/02/2005	2014	9,9	3,96	1,55	15,35	6,14	
F2	Acarbosa Oral	7,65	4	GLUCOBAY 50 50MG 100 COMP	18/01/1993	2014	19,8	2,59	2,24	44,42	5,81	
F171	Eritromicina Oral	3,84	4	PANTOMICINA 100mg/ml SUSP ORA	25/09/1990	2014	8,47	2,21	2,58	21,85	5,69	
F15	Ácido Ursodesoxicólico	7,4	6	URSOBILANE 150MG 60 CAPS	01/10/1984	2014	11,1	1,49	3,8	42,03	5,68	
F85	Carbonato De Calcio O	3,29	0	NATECAL 600 mg 60 COMP MASTICA	14/08/1996	2014	9,57	2,91	1,95	18,66	5,67	
F205	Fluticasone Pulmonar	6,49	20	FLIXOTIDE ACCUHALER 100 mcg, 60 c	20/08/1997	2016	18,9	2,90	1,91	36,00	5,55	
F102	Cinitalprida Oral	6,73	6	CIDINE 1MG 50 COMP	28/02/1990	2014	13,9	2,07	2,66	37,05	5,51	
F88	Cefadroxilo Oral	8,93	4	DURACEF 500 mg, 28 cápsulas	02/08/1995	2015	24,2	2,71	2,01	48,58	5,44	
F398	Rosuvastatina Oral	4,76	107	CRESTOR 5 mg 28 COMP RECUB	01/08/2009	2018	18,9	3,97	1,37	25,89	5,44	
F263	Ketazolam Oral	3,4	6	SEDOTIME 15MG 30 CAPS	01/12/1984	2015	4,77	1,40	3,75	17,89	5,26	
F421	Telmisartán Oral	9,99	52	MICARDIS 40MG 28 COMP	26/04/1999	2014	28,1	2,81	1,85	51,97	5,20	
F301	Mesalazina Rectal	21,8	25	CLAVERSAL ESPUMA RECTAL 14 aplic	19/05/1997	2014	58,4	2,69	1,92	112,20	5,16	
F457	Zolmitriptán Oral	8,04	26	ZOMIG 2,5 2,5MG 3 COMP RECUB CO	20/03/1998	2014	21,9	2,73	1,89	41,43	5,15	
F501	Atorvastatina/Ezetimib	21,4	70	ORVATEZ 10 MG/80 MG 30COMP REC	16/02/2015	2015	85,3	3,99	1,28	109,16	5,11	
F351	Oxibutinina Oral	4,15	3	DITROPAN 5MG 60 COMP	20/02/1987	2015	6,79	1,64	3,12	21,18	5,10	
F245	Indometacina Oral	2,5	12	INACID RETARD 75MG 20 CAPS	24/10/1990	2014	5,01	2,00	2,54	12,73	5,09	
F367	Pitavastatina Oral	5,35	36	ALIPZA 1 mg 28 COMP RECUB	01/05/2011	2021	20,8	3,89	1,3	27,03	5,05	
F513	Vareniclina Oral	28,3	17	CHAMPIX 0,5 mg COMP RECUB CON,	25/10/2006	2025	97,9	3,46	1,46	142,90	5,05	
F21	Alitretinoína Oral	133	4	TOCTINO 10 mg 30 CAPS BLANDAS	21/04/2009	2020	484	3,64	1,37	662,41	4,98	
F43	Atenolol/Clortalidona	13,1	3	BLOKIUM-DIU COMP, 56 COMP	26/07/1989	2014	19,6	1,50	3,29	64,58	4,94	
F435	Tobramicina Oftalmica	1,81	3	TOBREX 03 % 5ML COLIRIO ESTERIL	18/02/1988	2014	2,95	1,63	2,96	8,73	4,82	
F81	Candesartan/Htzda Ora	10,5	48	PARAPRES PLUS 16 mg/12,5 mg COM	24/08/2000	2014	28,4	2,72	1,77	50,32	4,81	
F140	Dexketoprofeno Oral	4	46	ENANTYUM 125 MG 40 COMP RECUB	22/07/1996	2014	9,72	2,43	1,95	18,95	4,74	
F370	Prasugrel Oral	16,7	14	EFIENT 5 mg 28 COMP RECUB	01/12/2009	2019	57,7	3,45	1,36	78,44	4,70	
F18	Axitretina Oral	11,2	4	NEOTIGASON 10 mg CAPS, 30 CAPS	11/12/1995	2014	26,3	2,34	2	52,56	4,68	
F466	Deferasirox Oral	233	19	EXJADE 360 MG 30 COMP RECUB	16/04/2007	2022	746	3,20	1,46	1.089,3	4,67	
F452	Valsartan/Amlodipino	13,3	25	EXFORGE 10 mg/160 mg 28 COMP REC	01/04/2008	2017	44,2	3,33	1,38	60,93	4,59	
F163	Enalapril/Lercanidipino	5,62	18	ZANIPRESS 10 mg/10 mg 28 COMP REC	01/06/2009	2014	18,5	3,29	1,37	25,35	4,51	
F178	Etoricoxib Oral	10,7	67	ARCOXIA 60 mg 28 COMP RECUB	01/05/2007	2018	32,5	3,03	1,46	47,45	4,42	
F456	Ziprasidona Oral	16,4	30	ZELDOX 40MG 14 CAPS DURAS	16/01/2003	2014	43,9	2,67	1,63	71,56	4,36	
F173	Escitalopram Oral	8,74	184	ESERTIA 10MG 28 COMP RECUB C	12/05/2004	2014	23,9	2,74	1,58	37,81	4,33	
F423	Teofilina Oral	5,03	5	THEO-DUR 300 mg 40 COMP DE LIB	01/02/1984	2014	5,39	1,07	4	21,56	4,29	

F267	Ketotifeno Oftalmica	5,06	5	ZADITEN 0,25 mg/ml COLIRIO SOL 20	12/09/2001	2014	12,7	2,50	1,7	21,51	4,25
F431	Tibolona Oral	11,3	4	BOLТИN 2,5 mg COMP, 28 COMP	24/02/1995	2015	23,1	2,04	2,05	47,36	4,19
F365	Pioglitazona Oral	15	19	ACTOS 15MG 28 COMP	02/11/2005	2014	42,3	2,81	1,49	62,98	4,19
F486	Telmisartán/Amlodipin	12,7	8	TWYNSTA 80/10MG 28 COMP	01/03/2011	2023	39,6	3,12	1,33	52,67	4,15
F29	Amorolfina Topica	21,4	6	ODENIL UÑAS 5% 5ML SOLUCION	12/02/1996	2015	44,4	2,07	1,99	88,44	4,13
F296	Megestrol Oral	35,9	5	MEGEFREN 160MG 30 COMP	21/08/1997	2014	77,1	2,15	1,91	147,20	4,10
F243	Imiquimod Topica	37,8	6	ALDARA 5% 12 SOBRES CON 250MG	01/07/1999	2015	83,96	2,22	1,84	154,49	4,09
F477	Lacosamida Oral	23,5	80	VIMPAT 10 MG/ML JARABE, 1	01/09/2009	2023	70,5	3,00	1,36	95,92	4,08
F492	Dexametasona/Antiinfe	2,5	8	TOBRADEX COLIRIO, 1 frasco de 5 ml	11/12/1997	2014	5,36	2,14	1,9	10,18	4,07
F422	Telmisartan/Hidrocloto	9,68	43	MICARDIS PLUS 40/12,5MG 28 COMP	11/09/2002	2014	23,8	2,46	1,65	39,24	4,05
F242	Imidapril Oral	2,93	9	HIPERTENE 5MG 28 COMP	23/11/2004	2019	7,65	2,61	1,55	11,86	4,05
F478	Lanreotida Parenteral	508	6	SOMATULINA AUTOGEL 120MG 1 JER	13/08/2002	2023	1241	2,44	1,65	2.046,9	4,03
F330	Mupiroicina Topica	3,76	11	BACTROBAN 2 % 15G POMADA	28/03/1991	2014	5,98	1,59	2,51	15,01	3,99
F184	Febuxostat Oral	13,2	24	ADENURIC 80MG 28 COMP RECUB	01/04/2011	2019	40,3	3,05	1,31	52,74	3,99
F321	Mometasona Nasal	8,99	14	NASONEX 50 mcg PULV NASAL 140 d	18/06/1998	2014	18,9	2,10	1,88	35,44	3,94
F385	Rabeprazol Oral	12,2	48	PARIET 20MG 14 COMP GASTRORRES	23/07/1999	2014	26,1	2,14	1,84	47,93	3,93
F160	Eletriptán Oral	8,8	8	RELERT 20MG 4 COMP RECUBIERT CO	23/05/2002	2019	20	2,27	1,68	33,53	3,81
F165	Entacapona Oral	64,8	3	COMTAN 200MG 100 COMP CUBIER	24/02/1999	2014	131	2,02	1,86	243,31	3,75
F315	Metronidazol Oral	1,76	2	FLAGYL 250 mg 21 COMP	17/04/1989	2025	2,32	1,32	2,81	6,52	3,70
F475	Fesoterodina Oral	17,9	16	TOVIAZ 4 mg 28 COMP LIB PROLONG	19/06/2008	2023	47,6	2,67	1,38	65,74	3,68
F405	Salmeterol/Fluticasona	41,3	43	SERETIDE 25/250 mcg susp inhal 120	24/08/2001	2016	88,6	2,15	1,7	150,60	3,65
F396	Rizatriptán Oral	26,4	39	MAXALT 10MG 6 COMP	18/06/1999	2014	51,7	1,96	1,85	95,70	3,63
F60	Bimatoprost Oftalmica	7,34	9	LUMIGAN 0,1MG/ML 1 FRASCO 3ML	01/08/2010	2020	19,7	2,68	1,35	26,58	3,62
F459	Zonisamida Oral	4,85	57	ZONEGRAN 25 mg CAPS DURAS, 14 c	17/01/2006	2016	11,8	2,43	1,48	17,46	3,60
F344	Olmesartán/Htzda Oral	10,1	85	OLMETEC PLUS 20/12,5MG 28 COMP	12/09/2006	2017	24,8	2,46	1,46	36,24	3,59
F185	Felodipino Oral	8,85	2	PLENDIL 5MG 30 COMP	15/02/1994	2014	14,8	1,67	2,14	31,59	3,57
F352	Oxicodona Oral	27,3	25	OXYCONTIN 40MG 28 COMP LIB MOD	14/06/2004	2014	61,6	2,26	1,58	97,38	3,57
F343	Olmesartán/Amlodipin	10,7	69	CAPENON 20 mg/5 mg 28 COMP REC	01/07/2009	2019	27,9	2,60	1,37	38,24	3,57
F262	Ivabradina Oral	28,9	54	CORLENTOR 5MG 56 COMP RECUB	27/02/2007	2017	70,4	2,44	1,46	102,78	3,56
F300	Mesalazina Oral	28	25	CLAVERSAL 500 mg 100 COMP gastro	22/02/1989	2014	35,2	1,26	2,81	98,91	3,53
F510	Rosuvastatina/Ezetimib	15,9	68	LIPOCOMB 20 MG/10 MG 30 CAPS D	15/01/2015	2025	43,9	2,76	1,28	56,19	3,53
F286	Lidocaina/Prilocaina To	10	5	EMLA 25 mg/g + 25 mg/g crema 30 g	19/05/1997	2017	18,4	1,83	1,92	35,29	3,52
F157	Duloxetina Oral	13,4	107	CYMBALTA 30MG 28 CAPS GASTROR	21/12/2005	2015	31	2,32	1,49	46,18	3,46
F11	Ácido Ibandrónico Oral	13	30	BONVIVA 150MG 1 COMPR RECUB PE	01/12/2011	2014	34,7	2,67	1,29	44,71	3,44
F47	Atorvastatina/Amlodip	13,2	8	CADUET 10 mg/10 mg 28 COMP REC	01/03/2011	2014	34	2,57	1,33	45,22	3,42
F72	Buprenorfina/Naloxona	2,81	6	SUBOXONE 2 mg/0,5 mg 7 COMP SU	01/01/2010	2021	6,99	2,49	1,36	9,51	3,38
F71	Buprenorfina Transder	21,5	23	TRANSTEC 35MCG/H 5 PARCHES TRA	16/08/2002	2014	43,9	2,04	1,65	72,44	3,36
F219	Ganirelix Parenteral	23,7	6	ORGALUTRAN 0,25MG/JER 1 JERINGA	20/08/2002	2018	48,3	2,04	1,65	79,65	3,36
F449	Triptoreolina Parenteral	23,9	5	DECAPEPTYL DIARIO 0,1 mg INY, 7 vi	25/02/1999	2014	42,9	1,80	1,86	79,83	3,34
F114	Clindamicina Topica	3,12	4	DALACIN 10 mg EMULSION CUTANEA	18/06/1992	2014	4,49	1,44	2,32	10,42	3,34
F197	Flecainida Oral	7,98	8	APOCARD 100MG 30 COMP	21/07/2000	2016	15	1,87	1,78	26,61	3,33
F442	Tramadol/Paracetamol	2,97	82	ZALDIAR 37,5MG/325MG 20 COMP R	29/03/2004	2014	6,17	2,08	1,6	9,87	3,32
F155	Doxiciclina Oral	2,58	14	PRODERMA 50MG 30 CAPS	11/08/2000	2014	4,8	1,86	1,77	8,50	3,29
F328	Moxifloxacino Oral	19	23	ACTIRA 400MG 7 COMP RECUB	19/01/2000	2014	34,5	1,81	1,81	62,45	3,28
F16	Ácido Valproico Oral	7,23	10	DEPAKINE CRONO 300 mg 100 COMP	19/08/1997	2021	12,4	1,72	1,91	23,70	3,28
F22	Almotriptán Oral	29,3	29	ALMOGRAN 12,5 mg 6 COMP RECUB	17/04/2000	2015	53,2	1,81	1,79	95,17	3,25
F17	Acidos Omega 3 Oral	11,5	6	OMACOR 1000 mg cápsulas blandas,	20/01/2005	2014	24,2	2,10	1,54	37,24	3,23
F64	Brinzolamida Oftalmica	7,65	2	AZOPT 10MG/ML 5ML COLIRIO EN SU	24/08/2000	2016	13,9	1,82	1,77	24,60	3,22
F94	Celecoxib Oral	22,3	35	CELEBREX 200 mg 30 CAPS	11/08/2000	2015	40,4	1,81	1,77	71,56	3,21
F203	Fluticasona Nasal	11,2	4	FLIXONASE 50 mcg/ pulverizacion 12	11/12/1997	2014	18,9	1,69	1,9	35,82	3,20
F256	Ipratropio, Bromuro Pu	5,59	10	ATROVENT MONODOSIS 250 mcg/2ml	22/01/1997	2014	9,28	1,66	1,92	17,82	3,19
F210	Formoterol Pulmonar	22,6	7	FORADIL AEROLIZER 0,012MG 60 CAP	28/09/1998	2014	38,2	1,69	1,88	71,89	3,18
F505	Fluticasona, Furoato N	6,98	6	AVAMYS 27,5 mcg/ PULVERIZACION 1	05/08/2008	2025	16	2,30	1,38	22,12	3,17
F309	Metilprednisolona Topi	5,23	16	ADVENTAN 0,1% 30G CREMA	14/06/1994	2021	7,8	1,49	2,12	16,54	3,16
F67	Budesonida Oral	47,4	9	ENTCORD 3MG 50 CAPS LIB MODIF	27/01/1997	2014	77,9	1,64	1,92	149,63	3,16
F169	Eprosartán Oral	14,3	4	TEVETENS 600 mg 28 COMP RECUB	09/02/2001	2016	25,9	1,81	1,74	45,03	3,16
F54	Beclometasona Pulmon	17,5	8	BECLOFORTÉ 250MCG SOLUC INHALA	22/07/1992	2019	23,7	1,36	2,32	55,01	3,15
F215	Fulvestrant Parenteral	226	18	FASLODEX 250MG/5ML 1 JER PREC 5	01/12/2004	2018	455	2,02	1,55	705,92	3,13
F354	Paliperidona Parentera	105	56	XEPLION 50 mg INYECT LIB PROLONG	01/11/2011	2019	253	2,42	1,29	326,86	3,12
F487	Vildagliptina Oral	15,6	41	GALVUS 50MG 28 COMP	07/07/2008	2023	35	2,24	1,38	48,26	3,09
F50	Azelastina Oftalmica	5,87	7	AFLUON 0,5 mg/ml COLIRIO 6 ml	15/04/1999	2014	9,78	1,67	1,85	18,09	3,08
F480	Metformina/Sitagliptin	27,3	47	JANUMET 50 mg/1000 mg 56 COMP	01/12/2008	2023	61,2	2,24	1,37	83,83	3,07
F130	Desloratadina Oral	6,63	37	AERIUS 5 MG 20 COMP RECUB	11/12/2002	2014	12,3	1,86	1,65	20,33	3,07

F379	Proguanil/Atovacuona	19,8	5	MALARONE 250 mg/100 mg 12 COM	01/12/2008	2014	44,1	2,22	1,37	60,42	3,05
F211	Formoterol/Budesonid	39,6	20	SYMBICORT 160 mcg/4,5 mcg/INH SU	13/08/2001	2015	70,5	1,78	1,7	119,82	3,03
F474	Desvenlafaxina Oral	10,2	14	PRISTIQ 50 mg 28 COMLIB PROLONG	29/02/2012	2023	23,2	2,27	1,3	30,12	2,96
F416	Tacrolimus Topica	23,4	7	PROTOPIC 0,1 % 30G POMADA	18/11/2002	2019	41	1,75	1,65	67,57	2,89
F463	Bilastina Oral	5,82	42	BILAXTEN 20 mg COMP, 20 COMP	01/04/2011	2022	12,8	2,20	1,31	16,77	2,88
F444	Trazodona Oral	3,17	14	DEPRAX 100 MG 30 COMP RECUB	14/06/2004	2014	5,74	1,81	1,58	9,07	2,86
F48	Atovacuona Oral	248	2	WELLVONE 750mg/5ml suspensión	23/04/2002	2021	423	1,70	1,68	710,57	2,86
F73	Bupropion Oral	13	12	Elontril 150 mg 30 COMP lib modif	18/09/2008	2018	27,1	2,08	1,37	37,10	2,85
F464	Brivudina Oral	66,6	2	NERVINEX 125MG 7 COMP	25/07/2003	2022	117	1,75	1,62	189,25	2,84
F353	Oxicodona/Naloxona O	25,4	37	TARGIN 10 mg/5 mg 56 COMP lib PR	01/11/2010	2018	52,9	2,08	1,35	71,40	2,81
F164	Enoxaparina Parentera	11,5	85	CLEXANE 8000 UI (80 mg)/ 0,8 ml SO	01/12/2010	2019	23,9	2,08	1,35	32,24	2,81
F411	Solifenacina Oral	40,8	51	Vesicare 10mg 30 COMP RECUB	27/07/2007	2017	80,1	1,96	1,42	113,67	2,79
F259	Isotretinoína Oral	17,1	22	DERCUTANE 10MG 50 CAPS	15/01/2004	2014	29,7	1,74	1,6	47,49	2,78
F485	Sitagliptina Oral	6,63	109	JANUVIA 25 mg 28 COMP RECUB	01/10/2012	2023	14	2,11	1,3	18,19	2,74
F443	Travoprost Oftalmica	13,4	10	TRAVATAN 40 mcg/ml, COLIRIO 2,5 ml	15/04/2002	2018	21,8	1,63	1,68	36,59	2,74
F68	Budesonida Rectal	40,3	9	ENTOCORD ENEMA 2MG 7 CP DISP +	17/06/1998	2014	58,4	1,45	1,89	110,45	2,74
F127	Condroitin Sulfato Oral	11,6	6	CONDROSAN 400MG 60 CAPS DURAS	29/04/2003	2014	19,4	1,67	1,63	31,57	2,71
F467	Eslicarbazepina Oral	92	31	ZEBINIX 800MG 30 COMP	01/02/2011	2022	188	2,04	1,33	249,40	2,71
F377	Progesterona Oral	5,81	20	PROGEFFIK 100 mg 30 CAPS BLANDA	11/12/1995	2015	7,86	1,35	2	15,72	2,71
F509	Pilocarpina Oral	51,9	2	SALAGEN 5MG 84 COMP RECUB	22/05/2003	2025	86,5	1,67	1,62	140,08	2,70
F19	Agomelatina Oral	30,7	9	VALDOXAN 25MG 28 COMP RECUB	01/08/2009	2019	60,1	1,96	1,37	82,34	2,69
F436	Tolterodina Oral	28,6	14	DETRUSITOL 2MG 56 COMP RECUB	12/01/2000	2014	42,3	1,48	1,81	76,54	2,68
F9	Ácido Fólico Oral	2,5	6	ACFOL 5MG 28 COMP	08/03/2000	2014	3,69	1,48	1,81	6,68	2,67
F181	Ezetimiba Oral	30,9	39	EZETROL 10MG 28 COMP	25/03/2004	2018	51,4	1,67	1,6	82,26	2,67
F119	Clorazepato de Potasio	1,53	8	TRANXILUM 10 mg 30 CAPS	19/05/2004	2014	2,56	1,67	1,58	4,04	2,64
F25	Amiodarona Oral	3,48	2	TRANGOREX 200MG 30 COMP	23/06/2004	2019	5,81	1,67	1,58	9,18	2,64
F349	Otilonio, Bromuro Oral	11	4	SPASMOCTYL 40MG 60 GRAGEAS	10/06/2004	2015	18,4	1,67	1,58	29,01	2,63
F158	Dutasterida Oral	20,1	19	AVIDART 0,5MG 30 CAPS BLANDAS	19/04/2004	2018	33,5	1,67	1,58	52,93	2,63
F137	Dexclorfeniramina Pare	4,78	4	POLARAMINE INY, 5 ampollas	22/06/2004	2015	7,96	1,67	1,58	12,58	2,63
F420	Tamsulosina/Dutasteride	20,2	29	DUODART 05/0,4 mg CAPS	01/09/2010	2020	39,1	1,94	1,35	52,74	2,62
F373	Prednicarbato Topica	5,06	12	BATMEN 025 % 30G POMADA	21/10/1996	2019	6,83	1,35	1,93	13,18	2,61
F132	Desogestrel Oral	3,98	14	CERAZET 75 mcg 28 COMP RECUB	01/08/2009	2014	7,56	1,90	1,37	10,36	2,60
F499	Tapentadol Oral	44	56	PALEXIA RETARD 100 mg	01/06/2011	2024	88,1	2,00	1,3	114,47	2,60
F399	Rupatadina Oral	6,98	18	RINIALER 10MG 20 COMP	02/03/2005	2017	11,6	1,67	1,55	18,03	2,58
F306	Metformina/Pioglitazona	32,2	2	COMPETACT 15 mg/850 mg 56 COMP	19/12/2007	2018	59,9	1,86	1,39	83,23	2,58
F313	Metotrexato Parenteral	13,5	100	METOJECT 10 mg/ 0,20 ml 1 jeringa p	01/09/2011	2014	26,7	1,98	1,29	34,43	2,55
F427	Teriparatida Parenteral	252	7	FORSTEO 20 mcg/80 MICROLITROS, S	01/06/2004	2020	405	1,61	1,58	640,50	2,54
F63	Brimonidina Oftalmica	7,31	6	ALPHAGAN 2 mg/ml COLIRIO 5 ml	01/03/2012	2014	14,3	1,95	1,3	18,55	2,54
F404	Salmeterol Pulmonar	29,6	9	SEREVENT 25 mcg/ inhalación, suspe	18/06/1997	2020	38,8	1,31	1,92	74,50	2,52
F168	Eplerenona Oral	53,3	45	ELECOR 50MG 30 COMP RECUB CON	12/09/2005	2014	88,9	1,67	1,51	134,24	2,52
F481	Metformina/Vildaglipti	36,2	57	EUCREAS 50 mg/850 mg 60COMP RE	20/06/2008	2024	65,6	1,81	1,38	90,49	2,50
F156	Dronedarona Oral	56,7	5	MULTAQ 400MG 60 COMP RECUB	01/08/2010	2020	105	1,85	1,35	141,62	2,50
F238	Hidroxizina Oral	2,97	9	ATARAX 25MG 50 COMP	18/06/1999	2017	4,01	1,35	1,85	7,42	2,50
F341	Ofloxacino Oftalmica	2,83	2	EXOCIN, 3 mg/ml COLIRIO EN SOLUC	20/10/1999	2017	3,85	1,36	1,82	7,01	2,48
F176	Estradiol Transdermica	7,65	18	EVOPAD 100 mcg/24 H 8 PARCHES TR	22/12/1997	2014	9,81	1,28	1,9	18,64	2,44
F106	Ciprofloxacino Otica	7,51	7	CETRAXAL OTICO 0,3 % GOTAS 10ML	11/12/1995	2014	9,14	1,22	2	18,28	2,43
F498	Tamsulosina/Solifenaci	30,1	15	VESOMNI 6 MG/0,4 MG 30 COMP DE	28/03/2014	2024	56,7	1,89	1,29	73,18	2,43
F389	Rasagilina Oral	91,3	31	AZILECT 1MG 30 COMP	05/12/2005	2016	149	1,63	1,49	222,23	2,43
F408	Silodosina Oral	15,7	37	Urorec 8 mg 30 cápsulas	01/08/2010	2020	27,9	1,77	1,35	37,60	2,39
F390	Reboxetina Oral	12	4	NOREBOX 4MG 20 COMP	28/10/1998	2014	15	1,26	1,87	28,11	2,35
F116	Clobetasol Topica	10,9	7	CLOBEX 500 mcg/g 125 ml	14/12/2007	2014	18,3	1,69	1,39	25,48	2,34
F410	Simvastatina/Ezetimib	32,7	51	INEGY 10 mg/40 mg COMP, 28 COMP	01/09/2010	2018	56,5	1,73	1,35	76,33	2,33
F35	Anagrelida Oral	313	7	XAGRID 0,5MG 100 CAPS DURAS	05/07/2005	2018	481	1,54	1,51	726,42	2,32
F82	Capsaicina Topica	12,9	11	CAPSICIN 0,075 % 30G CREMA	14/02/2002	2014	17,6	1,36	1,69	29,74	2,30
F101	Cilostazol Oral	21	14	EKISTOL 100 mg COMP, 56 COMP	01/04/2009	2014	35	1,67	1,37	47,91	2,28
F14	Ácido Tranexámico Ora	4,62	6	AMCHA FIBRIN 500 MG 30 COMP REC	01/09/2009	2018	7,7	1,67	1,36	10,47	2,27
F252	Insulina Isófana Humana	45,6	4	HUMULINA NPH PEN 100UI/ML 6 PL	26/11/1998	2014	54,5	1,19	1,87	101,95	2,23
F105	Ciprofloxacino Oftalmic	3,25	4	OFTACILOX 3 mg/g POMADA OFT 3,5	23/06/2003	2015	4,48	1,38	1,62	7,26	2,23
F469	Roflumilast Oral	34,7	3	DAXAS 500MCG 30 COMP RECU CON	01/02/2011	2022	57,8	1,67	1,33	76,93	2,22
F8	Ác Alendrónico/Coleca	17,9	18	FOSAVANCE 70 mg/2800 UI 4 COMP	21/12/2007	2016	28,6	1,59	1,39	39,71	2,22
F434	Tiotropio, Bromuro Pul	39,3	6	SPIRIVA 18 mcg inhalador + 30 cápsu	16/01/2003	2018	52,8	1,34	1,63	86,00	2,19
F331	Naloxona Parenteral	15	4	NALOXONA KERN PHARMA 0,4MG/M	08/02/2005	2020	21	1,40	1,55	32,61	2,18

F400	Sabalís Serrulatae Oral	16,5	2	PERMIXON 160MG 60 CAPS	24/05/1999	2014	19,4	1,18	1,85	35,95	2,17
F80	Candesartán Oral	21	74	PARAPRES 32 mg 28 COMP	01/05/2012	2014	35	1,67	1,3	45,44	2,17
F209	Folitropina Alfa Parente	305	24	GONAL-F 900 UI/1,5 ml (66 mcg/1,5	09/09/2004	2015	407	1,34	1,56	635,28	2,09
F495	Nebivolol/Tiazidas Oral	9,52	4	LOBIVON PLUS 5/25MG 28 COMP RE	01/01/2010	2024	14,6	1,53	1,36	19,79	2,08
F143	Diclofenaco Topica	47,1	10	SOLARAZE 30MG/G GEL 60 GRAMOS	25/03/2011	2021	73,4	1,56	1,33	97,58	2,07
F407	Sevelámero Oral	195	16	RENVELA 2,4 g POLVO SUSP ORAL, 90	01/08/2010	2018	298	1,53	1,35	402,19	2,07
F429	Tetrabenazina Oral	124	3	NITOMAN 25 mg 112 COMP	01/05/2009	2018	185	1,50	1,37	253,34	2,05
F78	Calcipotriol/Betametas	44,7	13	DAIVOBET 50 mcg/ 0,5 mg/g POMAD	27/06/2003	2017	55,9	1,25	1,62	90,51	2,03
F260	Ispaghula Oral	3,31	3	BIOLID 3,5G/SOBRE 30 SOBRES POLV	09/03/2001	2014	3,87	1,17	1,73	6,70	2,02
F298	Memantina Oral	144	87	EBIXA 20MG 56 COMP RECUB	01/02/2009	2014	209	1,45	1,38	288,02	2,00
F251	Insulina Glargina Paren	56,3	7	LANTUS SOLOSTAR 100 UNIDADES/m	27/09/2006	2016	77	1,37	1,46	112,35	2,00
F1	13C-Urea Oral	30,5	6	UBTEST 100 mg 1 COMP RECUB	28/03/2006	2016	40,2	1,32	1,48	59,54	1,95
F10	Ácido Fusídico Topica	2,56	7	FUCIDINE 2 % 15G CREMA	22/07/2005	2014	3,31	1,29	1,51	5,00	1,95
F40	Apomorfina Parenteral	148	12	APO-GO PEN 10MG/ML 5 PLUMAS 30	23/04/2002	2014	171	1,16	1,68	287,92	1,95
F284	Levosulpirida Oral	4,93	6	LEVOGASTROL 25MG 30 COMP	07/07/2005	2014	6,35	1,29	1,51	9,59	1,94
F277	Leuprorelina Parentera	384	9	PROCRIN SEMESTRAL 30 mg jeringa	01/01/2012	2014	565	1,47	1,3	733,85	1,91
F200	Fluocinolona/Ciproflox	7,91	5	CETRAXAL PLUS 3MG/ML 10ML GOTA	15/07/2002	2017	9,14	1,16	1,65	15,08	1,91
F138	Dexibuprofeno Oral	8,71	4	ATRISCAL 400MG 30 COMP RECUB	24/08/2001	2015	9,48	1,09	1,7	16,12	1,85
F57	Betametasona Topica	2,5	11	DIPRODERM 0,5 mg/g CREMA 30 g	02/11/2006	2014	3,15	1,26	1,46	4,60	1,84
F162	Enalapril/Nitrendipino	23,6	2	ENEAS 10/20 mg COMP, Blister con 30	17/06/2002	2015	25,8	1,09	1,65	42,55	1,80
F339	Nortriptilina Oral	2,06	2	NORFENAZIN 25 25MG 30 COMP	13/11/2000	2017	2,11	1,02	1,75	3,69	1,79
F166	Epinefrina Parenteral	42,1	17	ALTELLUS 300 mcg ADULTOS 1 pluma	11/12/2007	2014	53,3	1,27	1,39	74,06	1,76
F229	Hidroclorotiazida Oral	2,34	15	ESIDREX 25MG 20 COMP	28/06/2001	2014	2,39	1,02	1,71	4,09	1,75
F204	Fluticasone Topica	4,68	3	FLUTICREM 05 mg/g crema, 30 g	01/08/2011	2015	6,23	1,33	1,29	8,04	1,72
F122	Codeína Oral	2,97	5	CODEISAN 28,7MG 20 COMP	25/09/2002	2014	3,03	1,02	1,65	5,00	1,68
F506	Formoterol/Beclomet	44,8	10	FOSTER NEXTHALER 100 mcg/6 mcg	30/10/2012	2025	54,3	1,21	1,3	70,63	1,58
F145	Diclofenaco Oftalmica	8,37	8	DICLOABAK 1 mg/ml, colirio 10 ml	20/06/2008	2014	9,37	1,12	1,38	12,93	1,54
F170	Eprosartan/Htzda Oral	24,8	4	TEVETENS PLUS 600/12,5MG 28 COM	20/01/2005	2021	24,8	1,00	1,54	38,22	1,54
F136	Dexametasone Oftalmi	2,5	13	MAXIDEX 1 MG/ML COLIRIO 5 ml	01/03/2012	2015	2,95	1,18	1,3	3,84	1,53
F250	Insulina Asparta Parent	43,2	8	NOVORAPID FLEXPEN 100 U/ml, 5 pl	20/05/2008	2019	47	1,09	1,38	64,82	1,50
F125	Colestiramina Oral	16,8	2	EFENSOL, 40 sobres	01/12/2009	2014	17,9	1,07	1,36	24,40	1,45
F403	Salbutamol/Ipratropio	13,9	3	COMBIPRASAL 05 mg/25 mg SOL INH	01/06/2011	2021	15,4	1,11	1,3	20,05	1,44
F241	Ibuprofeno/Codeína O	7,02	3	ASTEFOR 400/30 mg COMP CON CUB	19/12/2007	2017	7,02	1,00	1,39	9,76	1,39
F226	Gonadotrofina Human	333	8	MENOPUR 1200 UI INY, 1 vial + 2 jerí	01/09/2011	2014	333	1	1,29	429,35	1,29

Bibliografía

- (1) <https://cima.aemps.es/cima/publico/nomenclador.html#>
- (2) <https://cima.aemps.es/cima/publico/listadesabastecimiento.html#>
- (3) <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/nomenclador.do>
- (4) https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/precios/docs/20220526_Doc_Infor_Financiacion_Med_Esp.pdf
- (5) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2000-14126>
- (6) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24860>
- (7) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-24639>
- (8) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-19715>
- (9) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-9190>
- (10) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-22973>
- (11) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-22466>
- (12) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-21015>
- (13) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-21015>
- (14) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-18258>

- (15) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-20545>
- (16) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-7472>
- (17) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-11177>
- (18) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2016-7399>
- (19) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-13834>
- (20) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-16150
- (21) <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-13312>
- (22) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-15176
- (23) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-19643
- (24) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-19679
- (25) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-22303
- (26) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2024-20293
- (27) https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-20356
- (28) <https://www.eleconomista.es/salud-bienestar/empresas/noticias/>
- (29) <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns02.pdf>
- (30) Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, Nº 2/2009.
- (31) <https://www.cnmc.es/sites/default/files/413228.pdf>
- (32) https://elpais.com/sociedad/2011/03/01/actualidad/1298934008_850215.html?outputType=amp
- (33) <https://www.farmaindustria.es/web/prensa/notas-de-prensa/2012/01/03/los-nuevos-precios-de-referencia-tendran-un-impacto-sobre-el-sector-farmaceutico-de-mas-de-650-millones-de-euros/>
- (34) <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- (35) https://www.sanidad.gob.es/normativa/audiencia/docs/APL_MEDICAMENTOS_Y_PRODUCTOS_SANITARIOS.pdf
- (36) <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espagna>

ORIGINAL

Francesc Puigventós, Colegio de Médicos de Toledo, Confederación Salud Mental España, Sara Plaza y Salud y Fármacos, premiados de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento



• Reconocimiento especial a Roberto Santiago

AAJM.



El 15 de noviembre de 2025, el Ayuntamiento de **Noblejas** acogió, una vez más, la entrega de la III edición de los Premios de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento (AAJM) que este año ha otorgado al especialista en farmacia hospitalaria **Francesc Puigventós**, al **Colegio Oficial de Médicos de Toledo**, a la **Confederación Salud Mental España**, a la periodista **Sara Plaza Casares** y a la organización internacional **Salud y Fármacos**.

El escritor y director de cine **Roberto Santiago** recibió un Reconocimiento Especial, por su labor de difusión de las prácticas y abusos de la industria farmacéutica que ha descrito en su libro “La

rebelión de los buenos”.

Los Premios AAJM 2025, que este año celebran su III edición coincidiendo con el octavo aniversario de la asociación, reconocen la labor de profesionales, instituciones, organizaciones y medios de comunicación que han destacado por su labor en defensa de la asistencia sanitaria de cobertura universal, del acceso justo a medicamentos y vacunas para todo el mundo y en la denuncia del uso abusivo de las leyes de propiedad intelectual que

impiden el acceso a los medicamentos necesarios.

El acto de entrega se ha celebrado, al igual que en anteriores ediciones, en el salón de actos del Ayuntamiento de Noblejas y ha estado presidido por Soledad Cabezón y el alcalde de Noblejas, Agustín González, con la participación también de Fernando Lamata y Juan José Rodríguez Sandín, presidente de honor y ex presidente de la AAJM, respectivamente.



Como anfitrión de los premios, Agustín Jiménez, expresó el "honor que para este pueblo y para la corporación municipal que presido" supone acoger estos premios y reiteró el apoyo a la AAJM por "algo que compartimos profundamente: que el medicamento es un derecho humano, no un bien de consumo. Que nadie debe quedar excluido por no poder pagar. Que la salud no puede depender del mercado ni de la especulación y que las enfermedades no distinguen entre ricos y pobres; y por eso, los medicamentos tampoco deben hacerlo". Y

"esa misión -dijo- supone una defensa clara y valiente de nuestro Sistema Nacional de Salud", que "afronta retos enormes y como patrimonio colectivo, defenderlo es casi una obligación moral".



Soledad Cabezón, presidenta de la AAJM, afirmó que, desde la asociación, "defendemos el acceso Justo a los medicamentos para toda la ciudadanía porque defendemos un derecho universal de acceso a la salud, un derecho que no puede ser negociable". Tras señalar que "no corren buenos tiempos ante el simplismo especulador de que todo tiene un precio y un enriquecimiento lícito, aunque sea a vista de la salud de otros", dijo que "reconocer la labor de las personas que contribuyen en la defensa del acceso a los medicamentos para toda la ciudadanía es visibilizar ese compromiso colectivo de la defensa de una sanidad pública de calidad".

Fernando Lamata, presidente de honor de la AAJM, expuso que, actualmente, 2.500 millones de personas en el mundo siguen sin



Fernando Lamata



Juan José Rodríguez Sendín

tener acceso al medicamento necesario y, cada año, 10 millones de personas mueren por no poder pagar el medicamento que les habría salvado la vida. Tras preguntarse si es posible una salida para este tremendo problema, se mostró confiado en poder cambiar la situación gracias a “gente pequeña, como nosotros, en lugares pequeños, como Noblejas, haciendo cosas pequeñas, como la entrega de los premios de la Asociación por un Acceso Justo al Medicamento”.

Juan José Rodríguez Sendín, ex presidente de la AAJM, destacó en su intervención la importancia de la Atención Primaria, del médico de familia, a la hora de prescribir los medicamentos necesarios y señaló como problemas para una atención de calidad la “falta de médicos estables, que dificulta crear confianza”, y las listas de espera, que “retrasan el diagnóstico y a veces llevan a recetar o hacer pruebas que no hacen falta”. Para Rodríguez Sandín “un acceso justo al medicamento es cuidar de las personas, no solo con lo que hacemos, sino también con lo que decidimos no hacer porque tan importante como saber qué hacer, es saber

cuándo no intervenir. Dejar de hacer no es rendirse, sino tener criterio, conocimiento y ética para evitar tratamientos o pruebas innecesarias”, concluyó.

Premiados AAJM 2025

- 1) **Personalidad destacada en el ámbito político/ sanitario**
Francesc Puigventós Latorre, especialista en farmacia hospitalaria en el Servicio en Son Espases (Palma) y uno de los fundadores del grupo GENESIS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, dedicado a la evaluación de medicamentos. Este premio es un reconocimiento a toda su labor en defensa de un acceso justo al medicamento que está perfectamente reflejada en el libro “Medicamentos: ¿Derecho humano o negocio? del que es coautor y con el que se pretende promover la estabilidad de los sistemas sanitarios públicos y el acceso de todas las personas a los medicamentos necesarios.

Francesc Puigventos expresó su emoción por recibir este premio, “mucho más valioso que cualquier premio científico o profesional”, concedido por “una asociación de la que forma parte personas tan comprometidas, críticas y de alto conocimiento como es la AAJM”.



En su intervención, lamentó que “mientras que hay una sobre medicalización general, todavía más intensa en las personas con bajos niveles económicos, en muchas ocasiones los medicamentos útiles y necesarios no llegan a las personas que los necesitan” y abogó para que el copago desaparezca de los medicamentos con receta al igual que ocurre con la medicación de dispensación hospitalaria y para que se incluyan en la financiación pública los “medicamentos que son efectivos para tratar o paliar un problema de salud”.

2) Mejor labor de una Institución científica-sanitaria Colegio Oficial de Médicos de Toledo, institución creada en 1900 para

representación exclusiva de la profesión médica y de la actividad profesional de los Colegiados de esta provincia castellanomanchega. La AAJM destaca con este premio su defensa de la ética y de la deontología y su significativo apoyo a la labor de la asociación en la búsqueda de un acceso justo a los medicamentos para todo aquel que lo necesite.



El premio lo recogió su presidente, Raúl Calvo Rico, quien puso de manifiesto el trabajo del colegio en “la lucha para visibilizar y denunciar el problema ante la sociedad y ante las autoridades gestoras y políticas y su labor como altavoz y el respaldo institucional a asociaciones como la AAJM que trabajan por evitar esas inequidades en el acceso justo a los medicamentos”.

Raúl Calvo Rico afirmó que “las políticas de preservación de las patentes y de

establecimiento de precios, muy por encima de costes de investigación desarrollo y comercialización, ponen en claro peligro la sostenibilidad de los sistemas públicos mantenidos con los impuestos de la población y generan gastos desproporcionados y la necesidad de derivar recursos que podrían dedicarse a otras políticas que generarán salud poblacional”.

Para el Colegio Oficial de Médicos de Toledo, este premio es -en palabras de su presidente- “un auténtico orgullo que pone en valor la política que sigue actualmente esta Junta y las dos anteriores de independencia de la industria farmacológica y de tecnología sanitaria, favoreciendo una formación absolutamente libre de las influencias de un sector con intereses comerciales que pueden pervertir dicha formación”.

3) Mejor labor de una Asociación de Pacientes Confederación Salud Mental España, por su labor a lo largo de más de 40 años en defensa de los derechos de las personas afectadas con problemas de salud mental para que no se sobremediquen, prestando una atención social a los afectados y familiares y luchando contra el estigma y la invisibilidad que supone la salud mental.

El premio fue recogido por su presidente, Nel A. González Zapico, quien puso en valor este reconocimiento porque “reconoce la labor que la entidad y su movimiento asociativo está realizando para transformar el modelo de atención a la salud mental hacia una perspectiva más integradora, comunitaria y multidisciplinar, lo cual incluye un tratamiento adecuado para las personas que lo necesiten, incluyendo la eliminación de la sobre medicación, tanto en los casos de ingresos involuntarios, como en la práctica clínica ordinaria”.

Tras señalar el estigma como “la principal barrera a la que se enfrentan las personas



Nel Anxelu González Zapico

con problemas de salud mental”, una situación que “se traduce en conductas de rechazo, discriminación, menosprecio y distancia social por parte de la población general”, defendió que “las personas, sea cual sea su situación, tienen derecho a recibir la ayuda que necesitan cuando tienen un problema de salud mental” y abogó por “trabajar por en la inclusión a todos los niveles: asistencia sanitaria, recursos sociales, inserción laboral, educación, cultura e imagen pública”.

Este reconocimiento -finalizó- que recibimos de la AAJM, “refuerza y da impulso a nuestro propósito compartido: que los derechos de las personas imperen por encima de cualquier otro interés comercial, económico o institucional”.

4) Mejor labor de información y divulgación Sara Plaza Casares, coordinadora de sanidad del diario digital El Salto, por sus informaciones en defensa de la transparencia, las denuncias de opacidad de los precios que la



Sara Plaza

Sanidad pública paga por los medicamentos y su labor de difusión de la estrategia y prácticas engañosas de marketing de la industria farmacéutica en la venta de medicamentos.

Sara Plaza agradeció a la AJM el premio que supone “un reconocimiento a la labor de medios independientes, que pasa desapercibida ante los grandes medios de este país, dopados de publicidad institucional y de las grandes farmacéuticas”.

“En El Salto -explicó Sara Plaza- tenemos la suerte de que no aceptamos publicidad de ninguna de las empresas del Ibex 35, ni de ninguna multinacional farmacéutica, por tanto, podemos publicar con total libertad investigaciones que aluden a la mala praxis de las grandes farmacéuticas”.

Sara Plaza aludió a “la falta de transparencia de las administraciones públicas sobre los precios de determinados medicamentos, en especial, del ministerio de Sanidad que recientemente ha visto avalada su opacidad

por la Audiencia Nacional al desestimar las decisiones del Consejo de Transparencia a petición de diferentes sociedades civiles para obtener dichos datos”. Y lamentó que estos asuntos no ocupen la agenda mediática ni tampoco las demandas ciudadanas.

5) **Mejor Labor de una Organización Salud y Fármacos**, organización internacional sin ánimo de lucro, por su labor de más de 27 años de promoción, divulgación e investigación sobre el acceso y uso apropiado de los medicamentos entre la población de América Latina, a través de sus diversos boletines digitales. Recogió el premio Nuria Homedes, directora ejecutiva de la organización y una de las impulsoras de la misma.



Nuria Homedes, Doctora en Medicina y Cirugía, Especialista en Salud Pública, Medicina Preventiva y Medicina Interna y

profesora emérita de la Universidad de Texas-Austin (EE. UU), expresó su agradecimiento a la AAJM por este premio que “nos confirma que lo que estamos haciendo sirve para algo, que alguien está prestando atención a lo que publicamos y lo considera útil y es un estímulo para seguir haciéndolo”.

Nuria Homedes expuso en el acto los diversos escenarios sobre el acceso a los medicamentos en América Latina, con sistemas de salud fraccionados: un sistema de seguridad social para los empleados públicos, seguros de salud privados, y un sistema financiado con impuestos para la población general. Por lo tanto, “el acceso a los medicamentos -explicó- depende del sistema al que uno tenga acceso, y de la disponibilidad de los medicamentos en el país”. Cuestiono que mientras en la mayoría de los países Latinoamericanos la salud está reconocida como un derecho fundamental, en EEUU “la salud no se considera un derecho sino más bien una mercancía” y el acceso a los medicamentos depende – según Nuria Homedes- de la capacidad individual/

familiar/empleador de costear un buen seguro de salud”. Aseguró que “hay poblaciones con muy buen acceso, y hay otras que tienen dificultades para acceder a los medicamentos básicos que necesitan para sobrevivir, a veces tan básicos como la insulina o los antibióticos”.

Reconocimiento especial

El jurado de los III Premios AAJM ha otorgado un reconocimiento especial a **Roberto Santiago**, escritor y director de cine, guionista y dramaturgo, por su novela la “La rebelión de los buenos”, en la que describe de manera magistral las prácticas y abusos de la industria farmacéutica, de cómo enfrentarse a una multinacional con largos tentáculos y desafiar el poder de las farmacéuticas.

Para Roberto Santiago, que como escritor ha recibido varios premios, este reconocimiento “me llega al corazón” porque “la función de la literatura como espejo de la sociedad en la que vivimos queda aquí demostrada y que una asociación como la AAJM haya visto valores destacados en mi novela, me llena de orgullo y de confianza en que el trabajo merece la pena”.

Contó cómo surgió la idea de “La rebelión de los buenos”, a raíz de una noticia en la prensa en la que, tras una demanda contra una gran farmacéutica, esta cerró el caso con un acuerdo extrajudicial por una gran suma de dinero. “Esto en Europa -afirmó- no es una práctica tan habitual y me llamó la atención. Después empecé a investigar y descubrí que había muchos más casos”.

Creo -dijo- que “la novela negra debe tener siempre un componente de denuncia social”, eso es lo que me movió para escribir “La rebelión de los buenos” que ahora estudia llevarla al cine y a una serie de televisión.

El acto, que se celebró en el salón de actos del Ayuntamiento de Noblejas, contó con la asistencia de miembros de la junta directiva de la AAJM, de la corporación municipal y de vecinos de la localidad castellano-manchega.



Roberto Santiago



MALDIGO LA POESÍA DE QUIEN NO TOMA PARTIDO HASTA MANCHARSE

“La poesía es un arma cargada de futuro”.
Cantos iberos. Gabriel Celaya. 1955

No es la tierra, Estúpido. Eres tú! / La buena Orilla

Miguel Ríos (2025)



Miguel Ríos nació en 1994 en Granada en el seno de una familia numerosa de la clase trabajadora. Pronto, como señalaba el propio Miguel Ríos, Elvis Presley se convertiría en su ídolo, y así comenzaría su etapa de rock'n'roll.

Muy joven con solo 16 años comienza su carrera en Madrid y así una larguísima trayectoria de esfuerzo, inteligencia y trabajo que llega hasta nuestros días. Sus discos y composiciones han iluminado el escenario musical de este país y algunas se han convertido en verdaderos himnos. Pero su trayectoria como artista han ido siempre acompañada de un posicionamiento claro a favor de los más débiles y de la necesidad de asegurar servicios públicos como la sanidad para todas y todos los ciudadanos.

En 2014 aseguraba en una entrevista que no podía subirse a la tribuna “sin tener en cuenta el sufrimiento, la desesperación y la incertidumbre de los que menos tienen, de los que nada tienen ya” y “sin enrojecer de rabia por no ser capaces de cambiar la situación de flagrante injusticia”.

Queremos desde la AJM recoger sus palabras con estas dos espléndidas letras llenas de inteligencia en su denuncia y plenas de sentimiento poético para mantener así la esperanza en el próximo año 2026 donde la igualdad y la fraternidad sean los valores fundamentales.

No es la tierra, Estúpido. Eres tú!

Miguel Ríos · 2025

<https://youtu.be/NUJqxmbe1AQ?si=ItEERrY6ZiZg7GYy>

Letra

El planeta gira, sin saber que gira
Orbitando va por el sistema solar
Y no ve, ni siente
Ni habla, ni se compadece
Y nunca supo nada de ti
Ni de mí
Mi cabeza gira y yo sé por qué gira
Se rebota hasta la indignación
Porque veo y siento
Nos roban el aliento
Y además se ríen de ti
Y de mí
El culpable del calentamiento
global
No es la tierra, estúpido. Eres tú!
El capitalismo escupe polución
Y la pasta le llueve gracias al CO2
Los negacionistas cobran de
Corporaciones
Viven de escribir y ocultar la
verdad
Publicando bulos
Blanqueando el lado oscuro
Nos toman por idiotas a ti
Y a mí
El culpable del calentamiento
global
No es la tierra, estúpido. Eres tú!
El capital escupe polución
Y la pasta le llueve gracias al CO2
Extraño los campos de mi juventud
El aire limpio de la sierra
El agua clara y fresca del Río Genil

Los chopos de La Vega, la brisa de
abril
Las lineas rojas, que tanto me
acongojan
Según los científicos quedaron atras
Desaparecen las especies
Las danas recrudecen
El dióxido nos puede matar
Te da igual?
El culpable del calentamiento
global
No es la tierra, estúpido. Eres tú!
El capitalismo escupe polución
Mientras la pasta llueve gracias al
CO2
El peligro de la crisis global
No es la tierra, estúpido. Eres tú!
No tenemos un planeta B
Para cubrir el despilfarro
Insostenible
La sociedad tiene que despertar
Para evitar el suicido
Alerta roja!
Reaccionar, por el futuro
De la humanidad
Salvar el aire, salvar el mar
Salir del pozo de desigualdad
Hay que luchar!

La Buena Orilla Miguel Ríos · 2025

La muerte viaja en cayuco
A la deriva en la tempestad
La radio nos cuenta que partieron
De las costas de Senegal
La morgue del mar, los engulló
Pobres parias piel de carbón
Nadie se salvó, lo puedes ver
En color por televisión
Oh, no son víctimas
De la crueldad del mar
Son versos sueltos de un dios
Que olvidó la justicia
Vienen del otro lado del mundo
Llegan del otro lado del mar
Salen buscando una buena orilla
Donde ponga libertad
Huyen de las tinieblas profundas
Escapan del horror de la guerra tribal
Mueren buscando una buena orilla
Donde ponga libertad
Mientras que aquí, en la vieja Europa
En el templo de la igualdad
Vuelven los fantasmas del fascismo
Con banderas de oscuridad
Si los emigrantes vencen al mar
Los racistas los perseguirán
Propagando bulos hasta inyectar
Su veneno en la sociedad
Pero no convencerán
A quien tenga corazón
Pues, sin solidaridad
No tendremos futuro
Vienen del otro lado del mundo
Llegan del otro lado del mar
Salen buscando una buena orilla
Donde ponga libertad
Huyen de las tinieblas profundas
Escapan del horror de la guerra tribal
Mueren buscando una buena orilla
Donde ponga libertad

Puedes colaborar con esta revista o directamente con la Asociación de Acceso Justo al Medicamento (AAJM). <https://accesojustomedicamento.org/colabora-con-nosotros/>

ACCESO JUSTO AL MEDICAMENTO

AAJM

ISSN 2697-1712



Edita: Asociación Acceso
Justo al Medicamento.
Plaza de las Cortes 11. 4º.
28014 Madrid