



Unión Europea

Fondo Europeo  
de Desarrollo Regional

Andalucía  
se mueve con Europa

# Serie Estudios

# 10



**Estudio sobre los efectos en la formación de los precios y en la competencia de las ayudas, y/o de los precios regulados en determinados mercados.**



Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía  
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO



**Estudio sobre los efectos en la formación de los precios y en la competencia de las ayudas, y/o de los precios regulados en determinados mercados.**



Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía  
**CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO**

Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía  
Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo Junta de Andalucía

Realización: OTRI de la Universidad de Málaga.  
Dirección: Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción  
de la Competencia de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía  
Diseño, Maquetación y edición digital: Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción  
de la Competencia de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía  
Se autoriza la reproducción siempre que se cite la fuente.



Proyecto cofinanciado por la Unión Europea:  
Financiado por: FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional)  
Tasa de cofinanciación: 100,00%

## **PRESENTACIÓN**

En un mercado competitivo, el libre funcionamiento de las fuerzas de demanda y oferta permite que se alcance una asignación eficiente en equilibrio. Pero es de todos igualmente conocido que los mercados presentan fallos que afectan a la solución que proporciona este mecanismo de formación de los precios, alejándola de la que representaría una óptima asignación de recursos.

La corrección de estos fallos de mercado, que producen pérdidas de bienestar a los consumidores y frenan el progreso económico, es lo que ha justificado la intervención de los poderes públicos y la existencia, entre otras, de una política de competencia, para garantizar y promover un mejor funcionamiento competitivo de los mercados.

La intervención de los poderes públicos es una cuestión compleja, que genera en muchas situaciones efectos contradictorios, y por ello resulta necesario disponer de investigaciones y análisis de sus efectos sobre los precios, así como las consecuencias de esta intervención sobre la asignación de los recursos económicos. Ello resulta clave para fundamentar sobre una base económica las diferentes políticas y medidas públicas.

La Agencia de Defensa de Competencia de Andalucía (ADCA) ha sido consciente de esta problemática y a tal efecto, presentó la realización de un “*Estudio sobre los efectos en la formación de los precios y en la competencia de las ayudas, y/o de los precios regulados en determinados mercados*” dentro del Programa Operativo FEDER de Andalucía 2007-2013 en el que se encuentra el *Proyecto de Observatorio de Precios y Competencia*, como parte de las actuaciones a realizar conforme al eje 7 “Asistencia Técnica y Refuerzo de la Capacidad institucional”, tema prioritario 86 “Evaluación y estudios; información y comunicación”; al objeto de conocer el funcionamiento de la formación de precios en determinados sectores económicos.

En este marco de actuación mediante concurso público se seleccionó para la realización del mismo a un equipo de la OTRI DE LA UNIVERSIDAD DE MALAGA, bajo la dirección de José Manuel Ordóñez de Haro y con la participación de los investigadores: Lluís Bru Martínez, Joan Ramón Borrell Arque, María del Carmen Ordóñez de Haro, Carlos Rivas Sánchez y José Luis Torres Chacón.

Como resultado del trabajo realizado por ese equipo de investigación, se presenta el *Estudio sobre los efectos en la formación de los precios y en la competencia de las ayudas, y/o de los precios regulados en determinados mercados* que por motivos operativos se divide en dos partes, una primera parte titulada “Mecanismos de regulación de precios y ayudas públicas. Elementos económicos”, en la que se efectúa un análisis genérico de los “*Fundamentos de la intervención pública*”, el “*Concepto, funcionamiento y efectos de los mecanismos de regulación de precios*”, concluyendo con el “*Concepto, clasificación, funcionamiento y efectos de las ayudas públicas*”.

En esta segunda parte bajo el título “La evaluación de las políticas de regulación de precios y/o ayudas públicas: análisis sectorial”, se analizan tres sectores económicos, que para facilitar su comprensión y lectura se publicará en tres volúmenes separados, en concreto:

- Efectos sobre la formación de precios y la competencia de las ayudas y los mecanismos de intervención en el sector del aceite de oliva.
- El transporte de viajeros por carretera en Andalucía.
- Efectos en la formación de los precios y en la competencia de la regulación y la financiación pública en el mercado de productos farmacéuticos.

El volumen que ahora se publica se centra en el mercado de productos farmacéuticos, en el que tras un análisis inicial de la situación actual que contextualiza el debate, se realiza en el epígrafe segundo un análisis comparativo de los precios desde diversos puntos de vista. En un tercer apartado se muestra cómo los nuevos medicamentos se lanzan al mercado como productos de marca bajo patente a alto precio, con el tiempo devienen en productos genéricos sobre los que se pueden conseguir ahorros muy significativos siempre y cuando la competencia sea efectiva y las políticas de financiación pública sepan extraer el máximo provecho de la dinámica competitiva en el mercado de genéricos. Tras un análisis del papel de las farmacias se concluye que es necesario concretar reformas de calado que hagan que la regulación de precios y los sistemas de establecimiento de los precios que pagan las Administraciones sanitarias autonómicas incorporen mecanismos automáticos que fomenten la competencia en precios, y su traslado a los consumidores y contribuyentes con mayor agilidad y diligencia. Entre estas reformas destacan las que deben hacer que los farmacéuticos que se cuidan de la distribución minorista en oficinas de farmacia se conviertan en verdaderos agentes económicos del sistema, que sean los que con su presión competitiva en las compras, vehiculen la rápida y decidida inercia de reducción de los precios de los medicamentos para los que irán caducando en el futuro sus patentes y que verán como entran en el mercado sustitutivos genéricos. De la misma manera, mecanismos como el establecimiento de guías y catálogos de preferencias de elección de medicamentos, basados en criterios de coste-eficacia a nivel autonómico, así como otras iniciativas autonómicas como las subastas para conseguir que las versiones genéricas que se

dispensen sean aquellas que ofrecen mejores condiciones económicas son claves para lograr que la financiación pública sea en este terreno pro-competitiva.

Para concluir, debe señalarse que el Departamento de Estudios, Análisis de Mercados y Promoción de la Competencia, ha dirigido estos estudios con la finalidad de promover la transparencia y eficiencia en el funcionamiento de los mercados. Asimismo, la ADCA tiene gran interés en poder mostrar al público en general el análisis del funcionamiento de la formación de precios regulados o por la incorporación de ayudas públicas a los mismos, en concreto en los mercados del aceite de oliva, transporte público y productos farmacéuticos. La difusión de los resultados a través del Portal de Precios de la ADCA, así como por las distintas redes sociales, contribuirá sin duda a la mejora de la información de los operadores y la ciudadanía sobre estos sectores económicos.

**Efectos en la formación de los precios y en la competencia de la regulación y la financiación pública en el mercado de productos farmacéuticos.**

## **ÍNDICE**

1. Introducción
2. Comparación de precios
3. De marca a genérico y más allá
  - 3.1. Medicamentos más costosos del SNS
  - 3.2. Marcas de nacimiento
  - 3.3. Lanzamiento de genéricos
  - 3.4. Financiación competitiva: precios de referencia y más allá
4. El papel de las farmacias
5. Conclusiones



## **1. Introducción**

La partida del gasto en medicamentos muestra como ninguna otra la inercia explosiva en la que se había instalado nuestra apreciada y envidiada sanidad pública.

Los medicamentos tienen una gran capacidad de darnos más años de vida y de mayor calidad. Ahora bien, hacer frente a un creciente gasto farmacéutico es un problema común en los países avanzados.

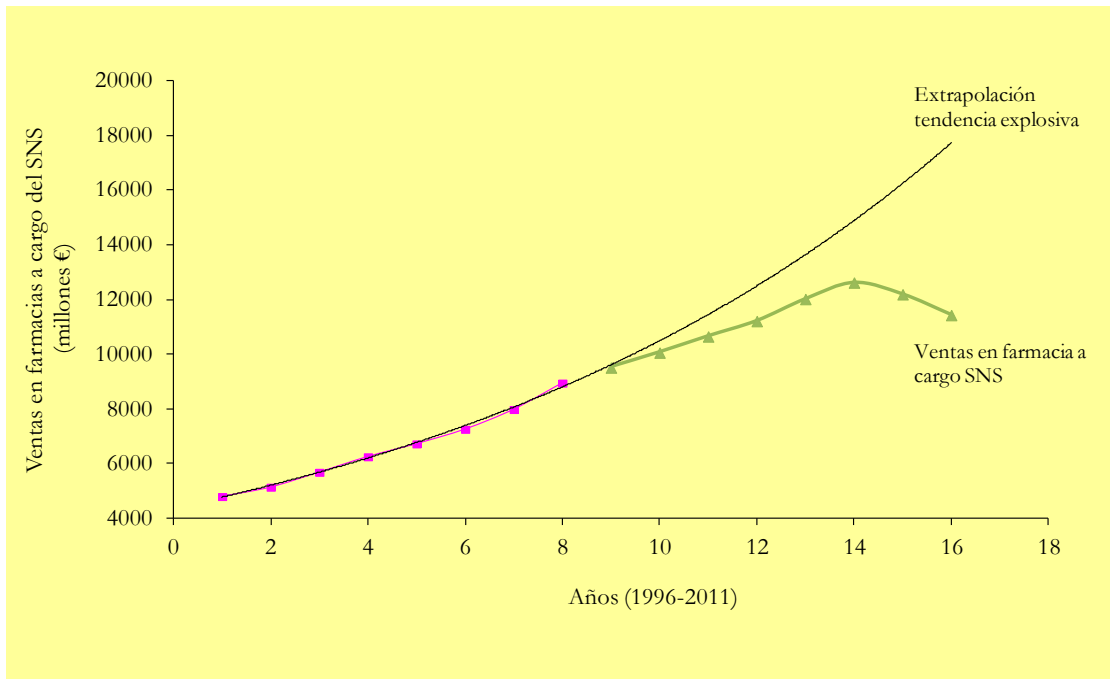
En España, fue la integración en la UE la que tuvo el efecto adverso de alimentar una tendencia explosiva en nuestro gasto farmacéutico. La UE, como en tantos otros campos, nos ha aportado la modernización de nuestro sistema de patentes. Y es desde aproximadamente el año 2000, cuando los laboratorios pueden negociar con el regulador español, el Ministerio de Sanidad, precios mucho más elevados que antes por sus medicamentos más innovadores patentados.

Ahora bien, nuestro sistema sanitario público no estaba preparado para este cambio. En marzo de 2010, el precio medio no ponderado por ventas de los nuevos medicamentos que llevaban menos de 10 años en el mercado alcanzó los 150 euros frente a los 8 euros que costaban los medicamentos genéricos sometidos a precios de referencia.

El continuo e intenso aumento del precio medio de los nuevos medicamentos disparó el gasto farmacéutico. Entre 1996 y 2003, la tasa anual de crecimiento del gasto farmacéutico público fue del 9% anual acumulativo. A este ritmo, el gasto en medicamentos se ha duplicado cada 9 años.

Esta tasa casi duplica el ritmo de crecimiento nominal de la economía española de los últimos años. Y hace que el gasto farmacéutico pese cada vez más en relación al conjunto del gasto sanitario, y también de la economía española.

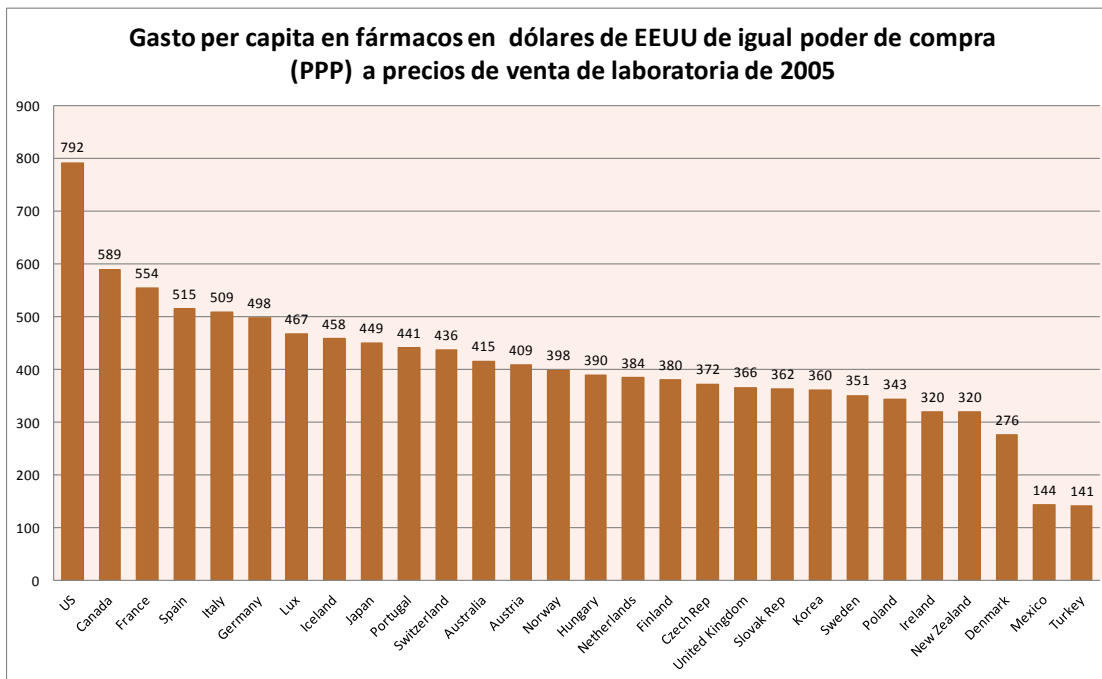
**Gráfico 1.- Tendencia explosiva del gasto en farmacias a cargo del SNS en España (1996-2011)**



Esta inercia situó ya en 2005 a España entre los países con mayor gasto per cápita en farmacia cuando ajustamos el gasto a unidades monetarias constantes (dólares de igualdad poder adquisitivo) como muestran los siguientes gráficos.

El gasto per cápita a precios de venta de laboratorio en España en 2005 quedó sólo por detrás de EEUU, Canadá y Francia entre los países de la OCDE. Además, en EEUU, los datos no recogen los precios más bajos que se negocian entre las mutuas y los laboratorios farmacéuticos. Así, los españoles nos hemos convertido en ciudadanos que contribuimos como los que más en relación a nuestro poder adquisitivo entre los ciudadanos del mundo a los ingresos de la industria farmacéutica.

**Gráfico 2.- Gasto en fármacos a precios de venta de laboratorio (2005)**



Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE.

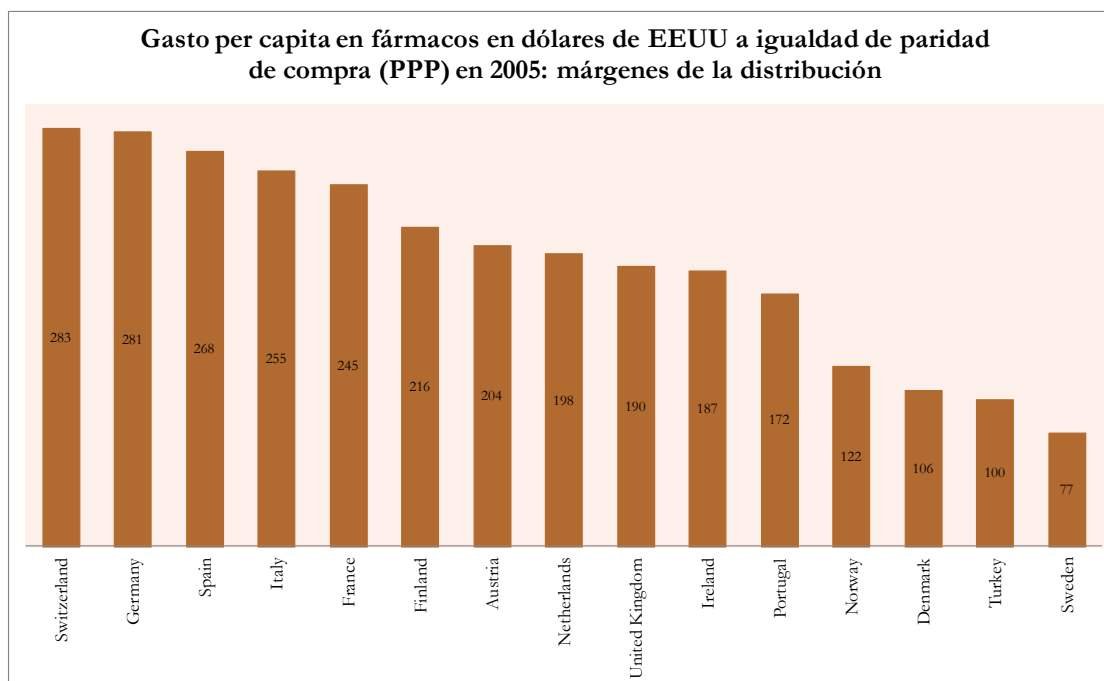
Y la misma tendencia explosiva se ha trasladado a los márgenes de la distribución, siendo de nuevo España en 2005 uno de los países de la OCDE con mayor gasto en márgenes de distribución en términos de paridad de compra.

La retribución de los servicios de los farmacéuticos en oficinas de farmacia minoristas, y en distribución mayorista es esencialmente proporcional. Gracias a una reforma de 1999 que ha devenido importante en el tiempo y que limitó el margen proporcional de la distribución a una importe fijo a partir de un precio máximo de los fármacos, y a la incorporación en 2000 de crecientes aportaciones de las farmacias de mayor facturación al SNS, actualmente en España el margen de distribución es regresivo respecto al precio de los medicamentos y a la facturación de las farmacias.

Aún así, durante los últimos 10 años hasta los decretos-leyes aprobados a partir de mayo de 2010, el incremento de facturación de la distribución mayorista y minorista ha seguido el frenético ritmo de casi dos dígitos del conjunto del gasto farmacéutico.

Es por ello, que en 2005, España se situaba en las posiciones delanteras en gasto en distribución farmacéutica en paridad de compra entre los países de la OCDE para los que tenemos datos homogéneos tal y como muestra el gráfico siguiente.

**Gráfico 3.- Gasto en distribución minorista de fármacos (2005)**

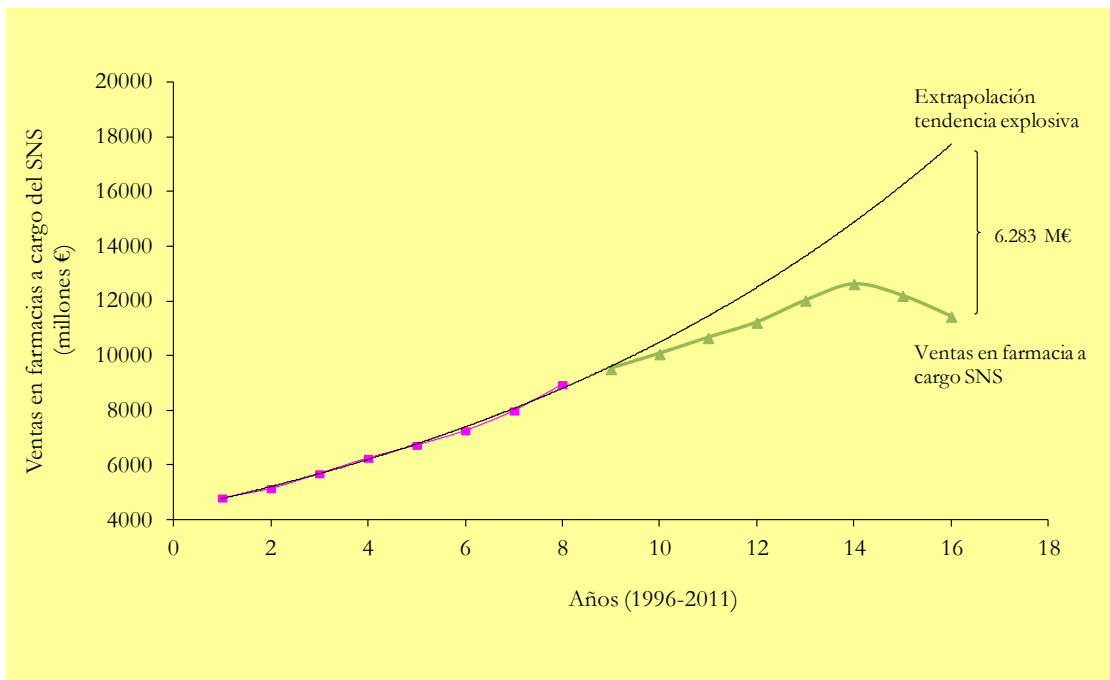


Esta inercia explosiva se rompió gracias a la introducción de los medicamentos genéricos y a la incorporación de variados sistemas de comparación competitiva de precios, como los precios de referencia. La Administración ha creado un incipiente y todavía infradesarrollado mercado competitivo en beneficio propio y de los sufridos contribuyentes.

Desde 2004 de forma muy elemental, y a partir de 2006 de forma más intensa, y con los últimos decretos-ley de 2010 y 2011, la Administración está consiguiendo verdaderos ahorros en la factura farmacéutica. Se ha roto la inercia y los ahorros a día de hoy se pueden contar por miles de millones.

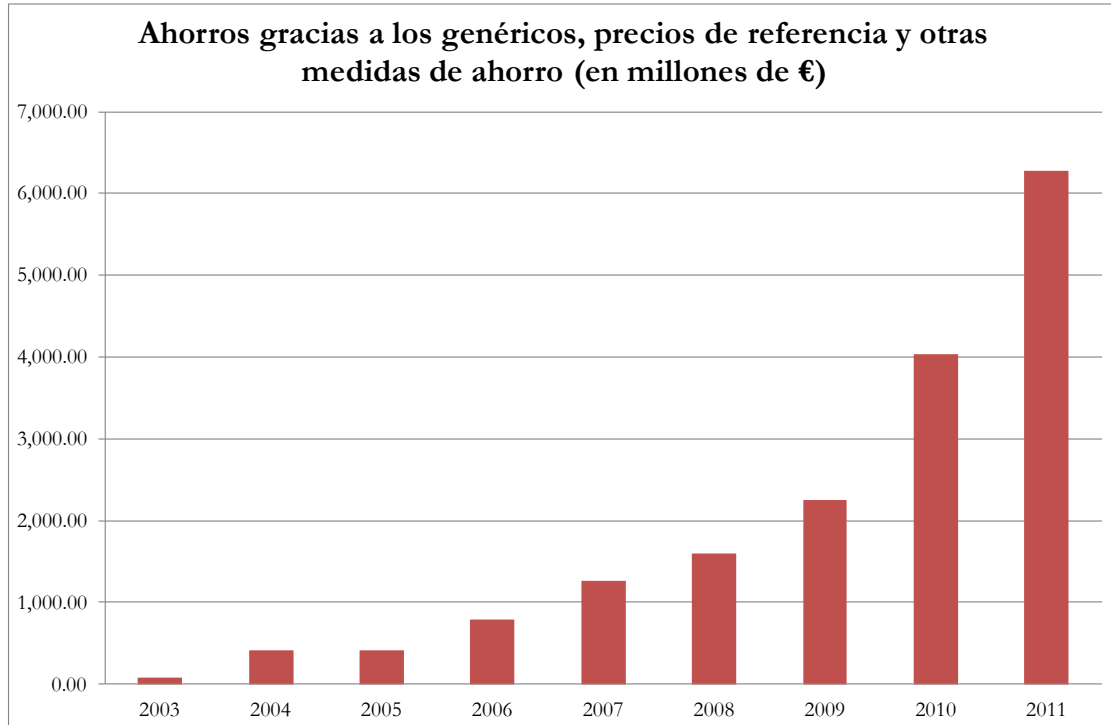
Tal y como muestra el siguiente gráfico, en el último año completo para el que disponemos datos, el ahorro por la introducción de los genéricos, los precios de referencia y otras medidas superó los 6.000 millones de euros.

**Gráfico.4.- Brecha de ahorro en gasto en farmacias a cargo SNS por la introducción de genéricos, precios de referencia y otras medidas (1996-2011)**



Tal como muestra, el siguiente gráfico, los ahorros anuales por la brecha abierta por los genéricos, los precios de referencia y otras medidas ha ido aumentando año a año desde los casi 500 millones de euros en 2004 hasta los más de 6000 millones en 2011.

**Gráfico 5. Ahorros gracias a los productos farmacéuticos genéricos**



Desde 2004, la factura farmacéutica crece a una tasa mucho más moderada del 3% anual acumulativa. A este ritmo, el gasto farmacéutico tarda 25 años en doblarse.

El cuadro siguiente muestra la dinámica del gasto en farmacia del SNS durante los últimos 16 años. La moderación de la factura se debe exclusivamente a la reducción del precio medio de los medicamentos que ha caído en 2011 por debajo del nivel que tenían hace diez años: el precio medio por receta bajó en 2011 hasta los 11,44 euros, un importe ligeramente inferior al de 11,70 euros de 2001.

Esta reducción del precio medio por receta dispensada se ha conseguido porque los medicamentos genéricos sometidos a precios de referencia tienen precios medios que han bajado hasta los 8 euros, un precio muy inferior al promedio al de los medicamentos de marca que en promedio eran como hemos comentado los 150 euros en 2010.

El cambio en la dinámica de precios es la que explica el cambio de tendencia en los últimos años. El resto de componentes como son la población atendida, y el número de recetas por persona protegida, han experimentado cambios mucho menos significativos.

**Cuadro 1. Dinámica del crecimiento del gasto**

Dinámica crecimiento del gasto - Medicamentos y productos sanitarios dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS					
Año	Total dispensado a PVPIVA (en millones €)	Número de recetas (miles)	PVPIVA por receta (€)	Población	Recetas por persona/año
1996	4,814.37	551,696	8.73	39669394	13.9
1997	5,155.22	562,299	9.17		
1998	5,700.16	561,716	10.15	39852651	14.1
1999	6,267.85	569,526	11.01	40202160	14.2
2000	6,738.59	596,891	11.29	40499791	14.7
2001	7,271.65	621,593	11.70	41116842	15.1
2002	7,996.17	661,402	12.09	41837894	15.8
2003	8,962.11	706,737	12.68	42717064	16.5
2004	9,529.93	728,722	13.08	43197684	16.9
2005	10,075.44	764,884	13.17	44108530	17.3
2006	10,665.53	795,820	13.40	44708964	17.8
2007	11,228.62	843,630	13.31	45200737	18.7
2008	12,033.99	890,676	13.51	46157822	19.3
2009	12,636.78	936,262	13.50	46745807	20.0
2010	12,207.68	961,098	12.70	47021031	20.4
2011	11,135.40	973,212	11.44	46158682	21.1
1996-2003	9%	4%	5%	1%	3%
2004-2009	6%	5%	1%	2%	3%
2004-2011	2%	4%	-2%	1%	3%
2009-2011	-6%	2%	-8%	-1%	3%

Ahora bien, como en muchos otros ámbitos de la Administración en estos tiempos difíciles de magros ingresos públicos, no sólo hay que romper la inercia, hay que reorganizar los servicios públicos para consolidar una dinámica de crecimiento del gasto más ajustada a nuestras capacidades financieras como país. Esta es una tarea difícil pero posible.

Los genéricos y los precios de referencia han tardado demasiados años en dar frutos. Sólo lo han hecho a golpe de decreto. En especial, a golpe de los últimos decretos: es a partir de 2010 y 2011, con los decretos-leyes de reducción del gasto que se consiguen reducir el importe de la factura farmacéutica en términos nominales.

Y lo que es peor, en España no hay mecanismos automáticos para el ahorro. Tal y como está organizado el sistema de comercialización, distribución y dispensación de medicamentos en España, sólo los decretos del gobierno central permiten frenar el gasto.

Ya hace tiempo que estudios académicos diversos demuestran que hay muchos ahorros potenciales. Ahora bien, estos no son posibles si el gobierno central no experimenta o deja que los gobiernos autonómicos lleven a cabo reformas en la forma de contratar con los laboratorios y los profesionales de farmacia que forman la cadena de la prestación farmacéutica al público.

Los profesionales de salud no asumen el papel que les corresponde como agentes económicos del sistema. Sólo ellos, los profesionales de la salud son los que tienen la legitimidad social y los conocimientos para ejercer la tarea de prestar la asistencia sanitaria todo conteniendo los costes del sistema.

Ninguna otra partida de gasto sanitario demuestra de forma más fehaciente como la buena regulación y los profesionales de la salud pueden combinar la tarea de asegurar una prestación sanitaria de máxima calidad a costes económicamente sostenibles.

Algunas de las reformas que se han ido introduciendo a golpe de decreto han hecho automáticos esos comportamientos que ahorran costes. Los farmacéuticos tienen desde 2006 la obligación de sustituir todos los medicamentos prescritos por los médicos de la sanidad pública por sus equivalentes genéricos de menor precio siempre que estén disponibles.



Ahora bien, aún queda muchos mecanismos que faciliten la tarea de médicos y farmacéuticos de ahorrar gasto en medicamentos. Todavía son pocas las CCAA y los Centros de Asistencia Primaria que tienen guías de prescripción que designan cuáles deben ser los medicamentos de primera elección para el tratamiento de cada patología de acuerdo a la relación entre el coste y la eficacia de cada medicamento. Algunos hospitales han elaborado guías de prescripción que deben ser elaboradas de forma compartida por equipos de médicos y farmacéuticos con experiencia y reputación asistencial.

Y lo que es peor, todo el sistema de incentivos al que están sometidos los farmacéuticos que ejercen su labor profesional en las oficinas de farmacia es completamente inadecuado.

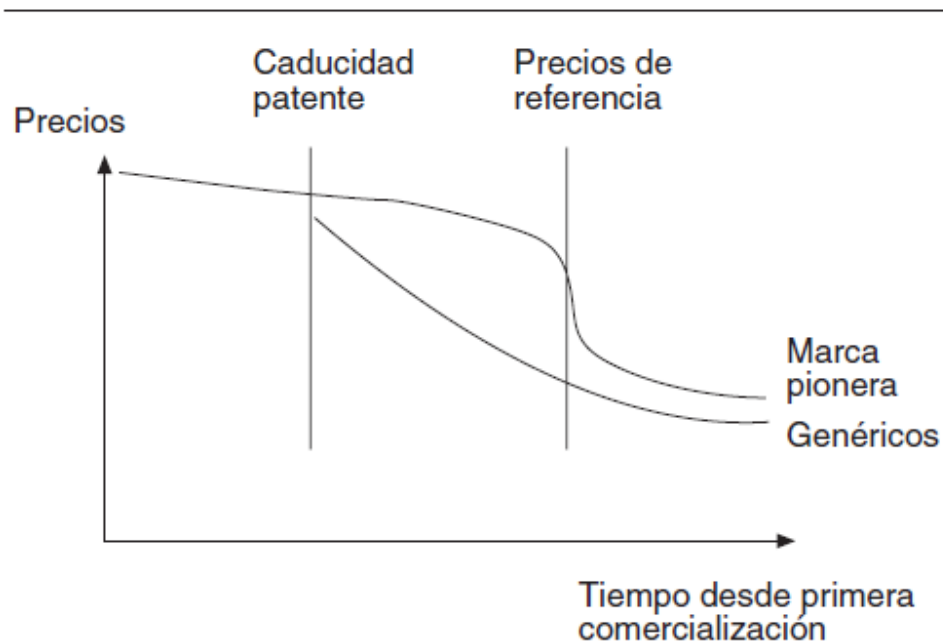
Tanto la regulación que limita la apertura de farmacias como de márgenes profesionales tiene su origen en los decretos de posguerra. Su objetivo es aislar completamente a los profesionales de los riesgos económicos de su actividad. Y al hacerlo, favorecen la inflación de costes: la remuneración de su actividad se calcula de forma casi proporcional al precio de los medicamentos que dispensan.

De esta manera, someten al profesional a un conflicto moral continuo: en el momento de dispensar, pueden obtener más beneficios de su actividad si nos dispensan el producto más caro.

Esta perversidad ha sido un freno en el avance en el ahorro para la dispensación de genéricos en España. Decreto a decreto, el gobierno ha ido condicionando la actividad de los farmacéuticos para que finalmente dispensen aquellos de entre los genéricos que son los medicamentos más baratos de su grupo.

El Ministerio debe agrupar los medicamentos de marca y todas las diversas versiones de genéricos que comercializan laboratorios independientes, fijar su precio máximo, y ajustar gradualmente ese precio máximo a los menores precios de las nuevas versiones de genéricos que van entrando a más bajo precio. Esta dinámica es la que mostramos en la siguiente figura:

**Figura 1.**



Fuente: Borrell y Merino (2006).

Esta es una tarea lenta que no es capaz de seguir la frenética dinámica competitiva ni la continua reducción de los precios por la entrada de nuevas versiones genéricas.

En otros países, se evita regular de esta forma tan continua y detallada el comportamiento de los profesionales de la salud. Lo que se modifican son sus incentivos económicos para que estén en línea con sus responsabilidades asistenciales.

Además, a pesar de esta detallada y continua regulación, el Ministerio no ha querido, no ha podido o no le han dejado abordar la cuestión de los descuentos que los laboratorios de productos genéricos ofrecen a los farmacéuticos para que sea su genérico lo que sea dispensado de entre los que tienen el mismo precio. Esta es una fuente de ahorros potenciales para el sistema público que está por explotar. En vez de reconocerse como tal, el gobierno ha preferido prohibir estos descuentos. Y como toda prohibición sin sentido, no se respeta, y los descuentos continúan.

En Inglaterra o en Holanda, por ejemplo, no se prohíben los descuentos. Muy al contrario, son libres, y los sistemas sanitarios públicos reclaman y obtienen de los farmacéuticos una parte de las rentas que éstos obtienen de los descuentos de los laboratorios.

Como las diversas versiones genéricas son equivalentes, conseguir que se dispense el producto que ofrece más descuento respeta la decisión asistencial de prescripción, anima a los farmacéuticos a dispensar el genérico más competitivo, y parte de los descuentos se trasladan a la sanidad pública.

Como ésta, quedan muchas reformas por realizar de manera que los profesionales de la salud no sean agentes pasivos del sistema, o lo que es peor, profesionales por los que sus incentivos económicos sean contrarios al ajuste en los costes de la prestación asistencial. Romper la inercia es un primer paso, pero en adelante la reorganización de los servicios públicos de salud debe ser la prioridad.

## **2. Comparación de precios**

La raíz del problema del crecimiento del gasto en farmacia a cargo del SNS puede verse en el siguiente cuadro. El precio por envase promedio ponderado por ventas de los medicamentos que no están sometidos a una comparación competitiva de precios mediante el sistema de precios de referencia era en 2008 de casi 18 euros.

En cambio, el precio promedio de los medicamentos sometidos a comparación competitiva de precios era sólo de unos 8 euros, un 55% menor que los anteriores. En 2008, todavía el 80% de las ventas correspondía a los medicamentos no sometidos a comparación competitiva de precios.

Esta gran diferencia de precios se explica porque los medicamentos de marca gozan de un período de exclusividad desde su lanzamiento en el mercado hasta que la Administración permite que entren versiones genéricas que compitan en precio respecto al medicamento original.

En 2008, las versiones genéricas de los medicamentos sometidos a comparación competitiva de precios tenían un precio promedio ponderado por ventas de sólo 6,36 euros, frente al precio de 9,43 euros de las marcas originales con las que competían. Una diferencia de precios del 32% en promedio. Los genéricos habían conseguido en 2008 casi el 50% de las ventas a cargo de la SNS de los medicamentos sometidos a comparación competitiva de precios.

Las versiones genéricas de los medicamentos de marca todavía no sometidas a comparación competitiva de precios (precios de referencia) tenían un precio promedio de sólo 3,01 euros. Las versiones originales con las que compiten tenían un precio promedio ponderado por envase de 18,37 euros. El precio promedio de los genéricos es un 84% menor al de los de marca.

En este caso, estamos comparando los precios promedios de medicamentos que están protegidos por patentes o que su patente ha caducado pero que cuentan con muy escasas y, normalmente, recién introducidas versiones genéricas, con los precios de los primeros medicamentos genéricos introducidos para sustituir a las marcas que acaban de ver caducada su patente. Los primeros representan más del 99% de las ventas de este grupo, mientras los segundos representan menos del 1%.

### **Cuadro 2.- Comparación de precios ponderados por ventas a cargo del SNS**

Ventas de medicamentos dispensadas en oficinas de farmacia a cargo del SNS - 2008				
	Presentaciones (%)	Envases (%)	Importe PVP-IVA (%)	Precio medio (Euros)
<b>Conjuntos sujetos a precios de referencia</b>				
Genéricos	33	20	9	6,36
Marca	14	16	11	9,43
<b>Subtotal Conjuntos</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>20</b>	<b>7,76</b>
<b>No Conjuntos (Sin precios de referencia)</b>				
Genéricos	6	2	0.5	3,01
Marca	47	62	80	18,37
<b>Subtotal No Conjuntos</b>	<b>53</b>	<b>64</b>	<b>80</b>	<b>17,86</b>

Esta comparación de precios también la podemos realizar sin ponderar por ventas, tan sólo analizando los precios de comercialización de los medicamentos incluidos en el Nomenclátor Digitales que mantiene actualizado con toda la información de comercialización, precios y condiciones de financiación pública de todos los medicamentos disponibles en España.

En el siguiente cuadro mostramos los precios medios y medianos a nivel de los distintos principios activos para los distintos regímenes de regulación y comparación de precios relativos a su financiación pública. Como se trata de precios no ponderados por ventas y la distribución de precios es asimétrica, los precios medios no reflejan los precios más habituales ya que los medicamentos más caros sesgan la media hacia arriba. Por ello, en adelante utilizaremos la mediana del precio, es decir, el precio que deja a un lado y otro de la distribución el 50% de las observaciones, y que se asemeja más al precio medio ponderado por ventas.

El precio mediano de los medicamentos con más de 10 años de antigüedad para los que podría existir en España una versión genérica era en marzo de 2010 de tan sólo 5,35 euros, mientras que los medicamentos con menos de 10 años de antigüedad tenían un precio mediano de 23,51 euros. Se trata de una diferencia de precios del 77%.

Es necesario recordar que en España fue precisamente hacia el año 2000 cuando se introdujeron los primeros productos con plena protección de patente de producto. La ley de patentes de 1986, promulgada de acuerdo a los compromisos de España en el proceso de integración a la CEE, estableció que tras un período de transición sería a partir del año 1992 cuando se podían solicitar patentes plenas de producto. Anteriormente sólo era posible en España solicitar patentes de proceso. Las primeras hacen que el derecho de exclusividad del laboratorio innovador sea mucho más completo que las segundas.

Como entre la solicitud de una patente y la introducción de un nuevo medicamento suelen pasar entre 8 y 10 años, los nuevos medicamentos comercializados bajo el nuevo régimen de patentes vigente desde 1992 se empezaron a comercializar en España hacia el año 2000.

Así, los medicamentos de menos de 10 años en marzo de 2010 de nuestra estadística, fueron introducidos en España posteriormente a marzo de 2000. A pesar de que en España, el precio de venta de laboratorio no es libre, sino que es un precio máximo que fija el Ministerio de Sanidad para todos los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica en el momento de la primera comercialización del producto en España, los laboratorios durante los últimos 10 años han podido negociar precios máximos regulados mucho más altos que en años anteriores.

Los medicamentos comercializados en España durante los últimos 10 años han conseguido unos niveles de precios máximos de primera comercialización jamás vistos anteriormente.

España ha pasado a contribuir de forma mucho más significativa que jamás en su historia anterior en la financiación de la innovación farmacéutica mundial, reconociendo unos precios a los medicamentos innovadores que son iguales o incluso superiores a los precios que se pagan en los países más desarrollados cuando los ajustamos por la renta per cápita de cada país.

De ahí que resulte especialmente importante que con la caducidad de la patente, los precios de los medicamentos se ajusten a la nueva dinámica competitiva que hace aflorar la presencia de versiones genéricas de esos mismos medicamentos.

Actualmente, entre los medicamentos de más de 10 años de antigüedad encontramos dos grupos muy diferenciados. Por un lado existen un conjunto de medicamentos muy antiguos para los que los precios máximos de comercialización fueron fijados en el momento de su primera comercialización y que el Ministerio de Sanidad ha permitido un ajuste de precios igual o menor al del índice de precios al consumo.

Así, para estos medicamentos que no contaban con patentes de producto, el precio fijado al inicio de su vida fue mucho menor al precio que ese mismo medicamento tenía en otros países desarrollados. En algunos muchos casos, sus bajos precios apenas dejan espacio para la introducción de versiones genéricas competitivas (en otros, como el Sintrom, el Ministerio no ha permitido la entrada de genéricos por razones sanitarias ya que se trata de medicamentos para los que no es tolerable un rango del 20% en la biodisponibilidad que es habitual en el resto de medicamentos).

El precio mediano de estos medicamentos es de 4,77 euros. Un precio muy cercano al precio mediano de referencia para los medicamentos de más de 10 años con alternativa genérica y comparación competitiva de precios que era en marzo de 2010 de 4,41 euros.

Por otro lado, tenemos un conjunto de medicamentos para los que compiten versiones de marca originales y versiones genéricas. Los precios medianos de estos medicamentos cuando no están sujetos a comparación competitiva de precios (precios de referencia) es de 10,32, cuando sí están sujetos a comparación competitiva de precios es de 8,19 euros por envase, y el precio de referencia mediano es de tan sólo 4,41 euros.

Así pues, conseguir que el precio mediano por envase se reduzca desde los 23,69 euros que corresponde al precio de los medicamentos de menos de 10 años sin alternativa genérica, al precio mediano de 4,41 euros por envase, que es la referencia competitiva de un medicamento de más de 10 años con alternativas genéricas, es clave para conseguir ahorros significativos en la prestación farmacéutica del SNS.

**Cuadro 3.- Comparación de precios sin ponderar. Conjunto del mercado español**

	Número	Precios medios no ponderados por ventas (€)	Precios medianos no ponderados por ventas (€)
Principios Activos	1285	59.93	7.93
con más de 10 años de antigüedad	887	20.1	5.35
sin genérico	724	20.37	4.77
con genérico, sin precios de referencia	53	30.38	10.32
con genérico y con precios de referencia	110	13.37	8.19
de los cuáles, precios de referencia		8.08	4.41
sin genérico, y precio mayor de 10€	229	56.19	28.69
con menos de 10 años de antigüedad	398	148.98	23.51
sin genérico	370	156.54	23.69
con genéricos, sin precios de referencia	9	56.2	24.28
con genéricos, con precios de referencia	19	20.91	12.48
de los cuáles, precios de referencia		56.85	6.51

Fuente: Nomenclator Digitalis. Ministerio de Sanidad. Marzo 2010

Sólo una regulación de precios con los incentivos adecuados y un marco que promueva la competencia entre medicamentos de marca y genéricos una vez han caducado la patentes puede hacer que la dinámica de bajada de precios sea rápida y efectiva. Se trata de alcanzar en el plazo más corto de tiempo posible una reducción de precios de un 80%.



Ni la regulación de precios en España, ni el mecanismo de reconocimiento de precios para la financiación de la prestación farmacéutica pública del SNS, han permitido que esta transición se produzca de forma rápida y efectiva.

Los decretos-leyes de ahorro en la prestación farmacéutica, promulgados desde mayo de 2010, han suplido por la vía de la regulación bruta la falta de un marco de promoción de la competencia bien encajado en los mecanismos de reconocimiento de precios de la prestación farmacéutica pública. Además de reducciones lineales de los precios de los medicamentos, tanto de marca como genéricos, los decretos han intentado forzar la reducción de los precios de los medicamentos de marca a sus equivalentes genéricos de menor precio.

Se trataba sobre todo de reducir la distancia entre el precio de un medicamento de marca con genéricos en el mercado y sometido a comparación competitiva de precios (precios de referencia) que en mediana alcanzaba precios de 8,19 euros, a los precios de referencia de su conjunto de comparación genérica que alcanzaban sólo los 4,41 euros en marzo de 2010. Se trataba de una reducción del 46% en el precio de los medicamentos de marca.

Con las medidas de reforma introducidas desde mayo de 2010, se ha pasado además de revisiones anuales en los precios de referencia y en los precios de los genéricos, a revisiones mensuales en el afán de hacer más rápida la convergencia de los precios de los medicamentos de marca y sus versiones genéricas a los que deberían ser los precios de coste.

### **3. De marca a genérico y más allá**

Para entender cuáles son las fuerzas que rigen la dinámica del gasto en farmacia del SNS, es necesario conocer cómo los nuevos medicamentos se lanzan al mercado como productos de marca bajo patente a alto precio, y devienen con el tiempo productos genéricos sobre los que se pueden conseguir ahorros muy significativos siempre y cuando la competencia sea efectiva y las políticas de financiación pública sepan extraer el máximo provecho de la dinámica competitiva en el mercado de genéricos.

A continuación, tomaremos el ejemplo de los medicamentos dispensados en farmacias que generaban más gasto para el SNS en 2008 para mostrar la transición entre medicamentos sometidos al régimen de exclusividad de las marcas y las patentes, al de medicamentos sometidos a la competencia entre genéricos.

### 3.1. Medicamentos más costosos del SNS

En 2008, los 10 medicamentos que suponían un mayor gasto para el SNS eran los que recoge la siguiente tabla. La atorvastatina, un hipolipemiente contra el colesterol, era el medicamento más costoso para el SNS. Comprometió el 4,43% del gasto en farmacia a cargo del SNS. Junto con los otros nueve que aparecen en la tabla, representaban el 17,11% del gasto.

**Cuadro 4.-**

10 productos más dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS, 2008 (valor)				
Principios activos	Acción terapéutica	PVP-IVA	PVP-IVA acumulado	PVP-IVA por Envase
ATORVASTATINA	Hipolipemiente	4,43%	4,43%	41,64
	Antiagregante			
CLOPIDOGREL	plaquetario	2,15%	6,58%	57,98
OMEPRAZOL	Antiulceroso	1,85%	8,44%	5,07
RISPERIDONA	Antipsicóticos	1,58%	10,02%	96,56
OLANZAPINA	Antipsicóticos	1,30%	11,32%	122,02
BROMURO				
IPRATROPIO	Antiasmático	1,29%	12,61%	53,03
VENLAFAXINA	Antidepresivos	1,17%	13,79%	47,52
PANTOPRAZOL	Antiulceroso	1,13%	14,92%	25,45
RISEDRONICO,				
ACIDO	Hipocalcemiante	1,12%	16,03%	39,43
ESCITALOPRAM	Antidepresivos	1,08%	17,11%	33,05

Fuente: CGCOF

Se trataba de medicamentos de precio elevado. Excepto el omeprazol, un protector gástrico muy recetado y dispensado, el rango de precios por envase va de los 25 euros del pantoprazol, también un protector gástrico, a los 122 euros de la olanzapina, un antipsicótico.

### 3.2. Marcas de nacimiento

Todos estos medicamentos son superventas porque han demostrado una gran eficacia y seguridad en el tratamiento de enfermedades muy prevalentes. Nacieron todos como medicamentos de marca. Tal y como muestra la tabla siguiente, en algunas ocasiones los laboratorios innovadores comercializan estos productos con una única marca internacional, como Lilly que ha comercializado en EEUU y en España la olanzapina bajo una única marca: Zyprexa. Ahora bien, en muchas ocasiones los medicamentos se comercializan en los distintos países utilizando marcas distintas. En ocasiones, un mismo laboratorio comercializa el producto con distintas marcas en distintos países, y en otras ocasiones el laboratorio innovador concede una licencia a un laboratorio local que puede comercializar el producto utilizando la marca original o bien una marca alternativa.

**Cuadro 5.-**

10 productos más dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS, 2008 (valor)				
Principios activos	Nombre EEUU	Nombre en España	Laboratorio EEUU	Laboratorio en España
ATORVASTATINA	Lipitor	Prevencor/Cardyl	Pfizer	Almirall/Pfizer
CLOPIDOGREL	Plavix	Iscover/Plavix	Sanofi Aventis	Bristol-Myers Squibb/Sanofi Aventis
OMEPRAZOL	Prilosec	Losec/Omapren/Audazol	AstraZeneca	Tau/Nupel/Almirall / Alon Cusi/Janssen Cilag
RISPERIDONA	Risperdal	Risperdal	Janssen	Janssen Cilag
OLANZAPINA	Zyprexa	Zyprexa	Lilly	Lilly
BROMURO IPRATROPIO	Atroven	Atroven (Dineasmol 1982-1997)	Boehringer Ingelheim	Berenguer-Infale (Boehringer Ingelheim)
VENLAFAXINA	Effexor XR	Vandral/Dobupal	Wyeth	Almirall/Wyeth
PANTOPRAZOL	Protonix	Anagasta/Pantecta (Ulcotenal 1996-2003)	Wyeth	Altana/Pharmacia (Robapharm)
RISEDRONICO, ACIDO	Actonel	Actonel/Acrel	Warner Chilcott	Aventis/Vita Científica
ESCITALOPRAM	Lexapro	Esertia/Cipralax	Forest	Almirall/Lundbeck

En España, la atorvastatina de Pfizer que en EEUU se denomina Lipitor se ha dado a conocer como Cardyl. Además Pfizer concedió una licencia a Almirall para que simultáneamente pudiera comercializar su atorvastatina bajo un nombre comercial alternativo, Prevencor.

Ahora bien, la capacidad de un laboratorio innovador o sus licenciatarios de comercializar un producto eficaz y seguro para el tratamiento de una enfermedad prevalente a un precio elevado depende de la regulación relativa a la patente, el derecho a comercializar el producto en exclusiva durante un período de tiempo determinado.

### **3.3. Lanzamiento de genéricos**

En la tabla siguiente, podemos ver las fechas de caducidad de las diversas patentes relativas a todos y cada uno de estos 10 productos seleccionados. Sólo uno, el bromuro ipratropio tenía todas las patentes caducadas en EEUU. Aún así, en España no hemos contado con versiones genéricas de este medicamento hasta el mes de Noviembre de 2006. Y no se sometió al régimen de precios de referencia hasta Mayo de 2007.

El resto de medicamentos tenían en 2008 o bien todas las patentes en vigor, o bien en el caso del omeprazol y la risperidona algunas de las patentes en vigor. Cada jurisdicción establece a qué innovación da derechos de exclusividad. Las oficinas de patente tienen que evaluar si las solicitudes de patentes se refieren a invenciones no obvias y realmente novedosas. Así, en primer lugar, los laboratorios patentan los principios activos en el momento que disponen de alguna aportación científica que muestre su posible acción terapéutica para el tratamiento de una afección.

Conforme avanza la investigación preclínica, clínica o incluso post-lanzamiento de un producto, los laboratorios van reclamando nuevos derechos de exclusividad sobre los nuevos usos clínicos descubiertos, las nuevas indicaciones terapéuticas, las nuevas formas farmacéuticas, etc. Esta práctica se conoce con el anglicismo “ever-greening” que se refiere a la práctica de conseguir extender el derecho de exclusividad el máximo tiempo posible reclamando nuevas innovaciones relativas a un mismo producto.

**Cuadro 6.-**

10 productos más dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS, 2008 (valor)				
Principios activos	EEUU		España	
	Caducidad Primero	Caducidad - Último	Genérico	PR
ATORVASTATINA	2009	2017	Julio 2008	Mayo 2010
CLOPIDOGREL	2009	2019	Diciembre 2009	No
OMEPRAZOL	caducada	2019	Diciembre 1999	Mayo 2002
RISPERIDONA	caducada	2017	Abril 2005	Mayo 2007
OLANZAPINA	2011	2018	Julio 2007	Mayo 2007
BROMURO IPRATROPIO	caducada	caducada	Noviembre 2006	Mayo 2007
VENLAFAXINA	2010	2017	Junio 2005	Mayo 2007
PANTOPRAZOL	2010	2026	Enero 2007	No
RISEDRONICO, ACIDO	2011	2018	Octubre 2009	No
ESCITALOPRAM	2011	2023	Enero 2010	No

A pesar de estas estrategias de extensión del derecho de patente, para los 10 productos más costosos en 2008 para el SNS contamos en España con una versión genérica. En el caso del omeprazol, disponemos de genéricos desde Diciembre de 1999, y en el caso del escitalopram desde Enero de 2010.

La tabla siguiente muestra la antigüedad de estos 10 medicamentos más costosos en 2008 en España y EEUU. En términos de antigüedad en España, tenemos un grupo de cuatro medicamentos jóvenes (de menos de 10 años), un grupo de cinco medicamentos maduros (de 10 a 14 años), y los casos excepcionales de medicamentos *seniors* (el bromuro de ipratropio y el omeprazol) de 19 y 22 años respectivamente.

El caso del bromuro de ipatropio es excepcional porque se trata de un inhalador para el que se innovó a mitad de su vida comercial en su uso terapéutico. El caso del omeprazol es sorprendente ya que su uso es masivo, pero su precio todavía era en 2008 relativamente elevado para un medicamento de casi 20 años de vida comercial.

### Cuadro 7.-

10 productos más dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS, 2008 (valor)				
Principios activos	Lanzamiento EEUU	Lanzamiento España	Antigüedad en EEUU	Antigüedad en España
ATORVASTATINA	1996	1997/2001	12	11
CLOPIDOGREL	1997	1999	11	9
OMEPRAZOL	1989	1989	19	19
RISPERIDONA	1993	1994	15	14
OLANZAPINA	1996	1997	12	11
BROMURO IPRATROPIO	1986	1997 (1979)	22	29
VENLAFAXINA	1993	1995	15	13
PANTOPRAZOL	1993	1996	15	12
RISEDRONICO, ACIDO	1998	2000	10	8
ESCITALOPRAM	2002	2004	6	4

Más revelador de los problemas que el marco regulador de los precios y de la prestación farmacéutica en España es conocer la antigüedad de estos 10 medicamentos en el momento de la introducción del genérico en España. La antigüedad en el mercado español en el momento de la introducción del genérico en España era de entre 9 y 11 años, excepto en un caso que es de 6 años. Dado el retraso en la comercialización de productos en España respecto a EEUU, la antigüedad en el mercado norteamericano en el momento de la introducción del genérico en España es de 10 a 14 años, excepto en un caso que sólo es de 8 años y otro que es de 20 años.

### 3.4. Financiación competitiva: precios de referencia y más allá

Ahora bien, sólo en el caso del omeprazol contamos en España con una aplicación dilatada de precios de referencia ya que se le aplican desde 2002. Por el contrario, cuatro de estos 10 medicamentos no estaban sometidos a precios de referencia en 2008 (ni todavía en 2011). Y otros cuatro, están sometidos a precios de referencia sólo desde 2007, y un último producto ha sido sometido a precios de referencia en 2010.

Esta lentitud en el sometimiento de los medicamentos a sistemas de precios de referencia u otros sistemas de financiación competitiva explica en gran medida por qué se mantienen como medicamentos muy costosos para el SNS. Y además, el sistema de precios de referencia hasta muy recientemente ha sido muy lento en conseguir rebajas significativas de precios, y los sistemas alternativos de financiación competitiva que algunas CCAA como Andalucía o Galicia han intentado establecer se han visto cuestionados desde el gobierno central.

También sorprende el detalle del retraso en el establecimiento de precios de referencia una vez existen genéricos en España: entre seis meses y dos años para los cinco productos con precios de referencia y, para los que no tenían todavía precios de referencia en mayo de 2010, éstos llevan un retraso de entre cinco meses y tres años y medio.

#### Cuadro 8.-

10 productos más dispensados en oficinas de farmacia a cargo del SNS, 2008 (valor)						
Principios activos	Lanzamiento EEUU	Lanzamiento España	Genérico en España	Antigüedad en España en el momento de la entrada del genérico en España	Antigüedad en EEUU en el momento de la entrada del genérico en EEUU	
ATORVASTATINA	1996	1997/2001	2008	11	12	
CLOPIDOGREL	1997	1999	2009	10	12	
OMEPRAZOL	1989	1989	1999	10	10	
RISPERIDONA	1993	1994	2005	11	12	
OLANZAPINA	1996	1997	2007	10	11	
BROMURO IPRATROPIO	1986	1997 (1979)	2006	9	20	
VENLAFAXINA	1993	1995	2005	10	12	
PANTOPRAZOL	1993	1996	2007	11	14	
RISEDRONICO, ACIDO	1998	2000	2009	9	11	
ESCITALOPRAM	2002	2004	2010	6	8	

#### **4. El papel de las farmacias**

Para conseguir este tránsito tan importante desde precios elevados de los medicamentos más dispensados bajo patente a precios reducidos en el momento de entrada de los genéricos, el papel de los farmacéuticos minoristas es esencial. Este es un papel poco destacado en el debate público.

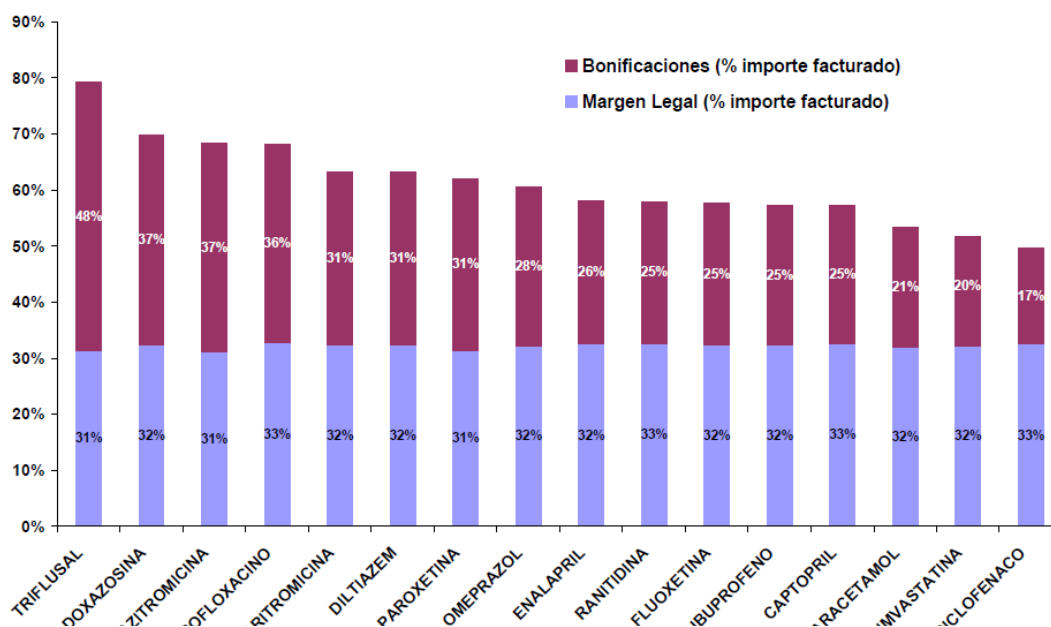
Además de ser profesionales que se deben a una ética y compromiso con el servicio público, los farmacéuticos pueden devenir agentes económicos claves en conseguir ahorros en la prestación farmacéutica a través del fomento de la competencia.

Los farmacéuticos en este momento son remunerados a partir de un porcentaje sobre las ventas de cada medicamento, ya sea en el marco de la prestación farmacéutica pública o en las ventas privadas. Este es un porcentaje actualmente limitado a un importe fijo para los medicamentos que superan un umbral máximo de precio. Y además, cada farmacia debe contribuir al sostenimiento de la prestación pública de forma creciente según su facturación (actualmente algunas farmacias pequeñas de hecho reciben una financiación pública extra adicional a su margen de dispensación sobre sus ventas).

Desde hace tiempo es conocido que además, los farmacéuticos reciben bonificaciones de los laboratorios por dispensar los fármacos genéricos que estos comercializan cuando el médico receta por principio activo en los casos de igualdad de precio entre distintos genéricos bioequivalentes. Esta práctica se ha convertido en una fuente importante de ingresos para los farmacéuticos.

En Borrell y Merino (2006) quedó documentado por primera vez en España que entre octubre de 2003 y enero de 2005, los farmacéuticos catalanes habían recibido bonificaciones que en ocasiones les suponían mayores ingresos respecto al margen regulado sobre el importe facturado al Servicio Catalán de Salud.





Fuente: Borrell y Merino (2006).

Esta es una práctica que en España ha llevado hacia debates sobre la legalidad de estos descuentos. En otros países, como en el Reino Unido, estas bonificaciones son el elemento clave que garantiza que el mercado de genéricos sea verdaderamente competitivo.

En el Reino Unido, los farmacéuticos reciben del Servicio Nacional de Salud (NHS) una remuneración fija por acto de dispensación y además un pago por los costes de aprovisionamiento. Además, algunas farmacias pequeñas reciben financiación extra al atender a poblaciones muy pequeñas y alejadas para las que la financiación ordinaria no es suficiente para lograr una rentabilidad razonable.

En el cálculo de los costes de aprovisionamiento que reconoce el NHS a los farmacéuticos, se incluyen los precios de venta de laboratorio de los medicamentos genéricos. Estos precios son comunicados por los laboratorios al NHS. Ahora bien, el NHS además realiza un estudio de mercado sobre los descuentos y bonificaciones que los laboratorios ofrecen a las oficinas de farmacia para que dispensen su versión genérica frente a las versiones de sus competidores.

De este estudio, el NHS obtiene el descuento o bonificación promedio que los laboratorios han otorgado a los farmacéuticos. Y el NHS reduce el importe que reconoce como coste de aprovisionamiento de las farmacias, el descuento promedio y, de esta manera, trasladan una parte de su esfuerzo por reducir sus precios de compra para el sostenimiento de la prestación pública.

De esta manera, los farmacéuticos intentan obtener descuentos mayores a los descuentos promedios que igualmente el NHS les descontarán, introduciendo una efectiva dinámica competitiva en los aprovisionamientos y una intensa inercia descendente de los precios reales de transacción en la venta de los medicamentos genéricos de laboratorios a las farmacias.

## **5. Conclusiones**

La regulación de los precios de los medicamentos en España y las estructuras de la prestación farmacéutica pública a cargo de fondos públicos afectos a sanidad en el marco del SNS no estaba preparada para encajar un cambio tan significativo como fue el reconocimiento de plenos derechos de patente de productos farmacéuticos en España para los nuevos medicamentos comercializados desde el año 2000 en adelante.

El antiguo régimen de regulación de precios y de financiación pública de medicamentos dependía de la elevada fuerza negociadora que disponía el Ministerio de Sanidad para forzar los precios de los medicamentos en España muy por debajo del nivel de los precios de esos mismos productos en el resto de países desarrollados.

Esta capacidad negociadora se perdió con la promulgación de la nueva ley de patentes de 1986. Ahora bien, esta ley fue un torpedo a la línea de la sostenibilidad de la prestación farmacéutica con efectos retardados. No fue hasta aproximadamente el año 2000 cuando en España las multinacionales farmacéuticas han contado con la capacidad de negociar precios tan altos o más que en el resto de países desarrollados. La disponibilidad de fondos públicos durante los años de la burbuja hizo el resto.

Entre 1996 y 2003, el gasto público en medicamentos a través de oficinas de farmacia creció a una tasa del 9% anual acumulativa. Hasta 2004/2005 no se consiguió moderar este frenético ritmo de crecimiento. Entre 2004 y 2009, la tasa anual acumulativa se moderó hasta el 6%, y no ha sido hasta el período 2009 a 2011 que se ha conseguido reducir el gasto farmacéutico público a una tasa anual acumulativa del -6%.

La dinámica del gasto farmacéutico público durante todos estos años está íntimamente relacionada con la dinámica de crecimiento del precio medio de los medicamentos. Ningún otro componente, ya sea el número de personas protegidas en el marco del SNS, ni el número de recetas por persona, es capaz de explicar el boom vivido en el gasto, ni la moderación posterior, ni el significativo descenso final.

El marco de regulación de precios y de la financiación pública en el marco de la prestación farmacéutica del SNS se ha ido deslizando por una lenta y agónica reforma que sólo muy recientemente está dando réditos en forma de ahorros significativos en el gasto público farmacéutico: en 2011 los ciframos en casi 6.000 millones de euros (nada más y nada menos que un 0,6% del PIB).

Las reformas han venido de la mano de los nuevos medicamentos genéricos, definidos legalmente en España en 1997, y del sistema de precios de referencia, definidos legalmente en España en 2000 pero que no entraron en vigor y de forma tímida e incompleta en 2002. También por cambios modestos inicialmente en la remuneración de las oficinas de farmacia en 1999 y 2000.

Los réditos de las reformas han tardado en llegar, y se han materializado gracias a decisiones recientes, a partir de mayo de 2010, que en buena medida establecen reducciones lineales de precios inspiradas por la sensación de que la regulación y financiación pública era incapaz de conseguir que los precios reflejasen verdaderamente el incremento en la competencia efectiva entre medicamentos de marca y genéricos en el mercado.

Antes de estas medidas excepcionales, en España se requería la entrada de un número elevadísimo de versiones genéricas de un mismo medicamento para conseguir reducciones significativas de precios. Tal y como muestra el cuadro siguiente, ya en 2005 para 18 de los 77 principios activos de mayores ventas con genéricos, existían entre 11 y 35 distintas versiones genéricas. Y sorprendentemente, casi un cuarto de los principios activos de mayores ventas se escapaban de la aplicación de precios de referencia.

Number of generic firms	Active ingredient markets		Markets with reference pricing		Percentage of markets with reference pricing	
	1997	2005	1997	2005	1997	2005
0	26	19	-	-	-	-
1 - 5	14	27	0	17	0	63
6 - 10	1	13	0	9	0	69.20
11 - 35	0	18	0	18	0	100
Total	41	77	0	44	0	75.86

Fuente: Moreno, Puig y Borrell (2009).

Falta, por ello, concretar reformas de calado que hagan que la regulación de precios y los sistemas de establecimiento de los precios que pagan las Administraciones sanitarias autonómicas incorporen mecanismos automáticos que fomenten la competencia en precios, y su traslado a los consumidores y contribuyentes con mayor agilidad y diligencia. El factor tiempo es clave para lograr ahorros en el gasto que suponen los medicamentos más eficaces comercializados durante una primera etapa de unos 10 años en el mercado, bajo plenas patentes de producto.

Entre estas reformas destacan las que deben hacer que los farmacéuticos que se cuidan de la distribución minorista en oficinas de farmacia se conviertan en verdaderos agentes económicos del sistema, que sean los que con su presión competitiva en las compras, vehiculen la rápida y decidida inercia de reducción de los precios de los medicamentos para los que irán caducando en el futuro sus patentes y que verán como entran en el mercado sustitutivos genéricos.

De la misma manera, mecanismos como el establecimiento de guías y catálogos de preferencias de elección de medicamentos, basados en criterios de coste-eficacia a nivel autonómico, así como otras iniciativas autonómicas como las subastas para conseguir que las versiones genéricas que se dispensen sean aquellas que ofrecen mejores condiciones económicas son claves para lograr que la financiación pública sea en este terreno pro-competitiva.

## Referencias bibliográficas

- Borrell, J. R. (1999) 'Pharmaceutical Price Regulation. A Study on the Impact of the Rate-of-Return Regulation in the UK', *PharmacoEconomics*, 15(3) March, 291-303.
- Borrell, J. R. (2003) 'Drug Price Differentials Caused by Formularies and Price-Caps', *International Journal of the Economics of Business*, 10(1), 37-50.
- Borrell, J. R. (2004) '¿Las patentes, aceleran o retrasan la comercialización de medicamentos en los países en desarrollo?' *Cuadernos Económicos de ICE*, 67, 209-225.
- Borrell, J. R. (2005) 'Patents and the Faster Introduction of New Drugs in Developing Countries', *Applied Economics Letters*, 12, 379-382.
- Borrell, J. R. (2007) 'Patents and Pricing HIV/AIDS Drugs in Developing Countries', *Applied Economics*, 39:4, 505-518.
- Borrell, J. R. (2012) 'Drug Price Regulation: Recent Trends and Downstream Neglected Issues' in Walter García-Fontes (Ed) Incentives for R&D Investments in Pharmaceuticals and Biotechnology, Springer.
- Borrell, J. R. y C. Cassó 'Drug Pharmacies' in A. Cutler (Ed) Encyclopedia of Health Economics, Elsevier, forthcoming.
- Borrell, J.R., A. Costas y R. Nonell (2002) 'Regulación y Competencia en los Mercados de Medicamentos, en Puig-Junoy (Ed.) Análisis Económico de la Financiación Pública de Medicamentos, Masson, Barcelona.
- Borrell, J.R. y A. Merino (2006) 'Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España. ¿Hasta dónde se traslada la competencia?', *Gaceta Sanitaria*, 20: Monográfico 2, 41-50.
- Borrell, J.R. y A. Merino (2007) 'Los beneficios de una competencia incipiente: descuentos y bonificaciones a oficinas de farmacia' en Lluís Cases (Ed.) *Anuario de la Competencia 2006*, Fundación ICO-Marcial Pons, Madrid.
- Borrell, JR (2001), Los precios de los medicamentos: competencia, regulación y financiación pública, Madrid: Instituto de Estudios Económicos.
- Moreno I., J. Puig & J.R. Borrell (2009) 'Generic Entry into the Regulated Spanish Pharmaceutical Market', *Review of Industrial Organization*, 34:4, 373-388.

Nonell R, Borrell J. R. (2001) 'Demand for medicines, regulation and Government-Firms relationship in Spain', *Environment & Planning C: Government & Policy*, 19(1), 119-134.

Nonell R, Borrell, J. R. (1998) 'Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y la provisión pública', *Papeles de Economía Española*, 76, 113-131.

Padrós, C.; J. R. Borrell y L. Fernández-Villadangos (2009) 'Restricciones al libre establecimiento de farmacias: lecciones de las recientes sentencias del TJCE y de la experimentación autonómica' en Lluís Cases (Ed.) *Anuario de la Competencia 2008*, Fundación ICO, Barcelona.