

Gasto farmacéutico en España y medidas de contención

Gastos com medicamentos na Espanha e medidas de contenção

Pharmaceutical expenditure and containment measures in Spain

Ángel Sanz Granda

Consultor de Farmacoeconomía.
España.

Resumen: Describiere la evolución de los gastos farmacéuticos en España en la última década, en especial después de 2009, frente a las medidas adoptadas para su reducción. El gasto farmacéutico aumentó entre 2003 e 2009, reduciéndose progresivamente desde 2010 hasta 2016, para niveles del inicio de aquel periodo, tanto en términos de gastos totales como por habitante. El gasto por medicamentos dispensados en las farmacias comunitarias españolas sufrió una reducción bruta acumulada del 23,76% entre 2009 y 2013, resultante de la reducción, tanto del gasto por receta como del número de recetas prescritas, revertiendo tendencia de periodo anterior (2003-2009) de progresiva elevación del gasto por receta y del número de éstas. En los últimos años, las farmacias hospitalarias pasaran a abarcar la atención farmacéutica a una variedad de pacientes ambulatorios, lo que se ha traducido en un gran aumento del gasto farmacéutico hospitalario por trasvase de los fármacos desde la farmacia comunitaria hacia la farmacia de los hospitales. En 2013, España presentaba una elevada proporción del gasto farmacéutico a través de las farmacias de hospital (27% sobre el total). En consecuencia, el gasto farmacéutico total en España no ha descendido, como podría deducirse de los datos indicados en farmacia comunitaria, sino ascendió a más de quince millones de euros. Son presentadas, además, las medidas más relevantes implantadas por las autoridades sanitarias para reducir la factura por medicamentos.

Palabras-claves: Medicamentos, gastos farmacéuticos, asistencia farmacéutica, España.

Abstract: The paper describe the evolution of pharmaceutical spending in Spain in the last decade, especially after the measures taken to reduce it in 2009. Pharmaceutical spending progressively increased between 2003 and 2009, decreasing from 2010 to 2016, to the same level of the beginning of that period, both in terms of total expenditure and per capita. Expenditure for medicines dispensed in community pharmacies suffered a cumulative gross reduction of 23.76% between 2009 and 2013, resulting from the reduction of both the media cost of prescriptions and the number of prescriptions, reversing the trend of the previous period (2003-2009) of progressive increase of the expense by prescription and of the number of these. In recent years, hospital pharmacies passed to cover pharmaceutical care for a variety of outpatients, which has resulted in a large increase in hospital pharmacy spending by transferring medicines from the community pharmacy to the hospital pharmacy. In 2013, Spain had a high proportion of pharmaceutical spending through hospital pharmacies (27% of the total). Consequently, the total pharmaceutical expenditure in Spain has not fallen, as could be deduced from the data indicated in community pharmacy, but amounted to more than fifteen million euros. The paper also presents the most relevant measures implemented by health authorities to reduce the bill for medicines.

Key words: Medicines; Pharmaceutical expenses; Pharmaceutical assistance; Spain.

Michael Porter¹ señalaba que, en el campo de la salud, el valor depende exclusivamente de los resultados obtenidos y no de los costes de los recursos invertidos; por tanto, el valor debe ser referido siempre alrededor del paciente.

El valor se define como la relación entre el resultado de salud y su coste. Es decir, este concepto se halla íntimamente asociado al de la eficiencia. Por ello, una reducción en el consumo de recursos sin tener en cuenta los resultados de salud generados puede producir un ahorro inicial (aparente), seguido de un incremento de costes para remediar la potencial reducción de la salud, al necesitar afrontar problemas de salud de mayor relevancia.

Imaginemos por un momento una reducción drástica de la utilización de tiras reactivas para la determinación de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus. Obviamente, el consumo de recursos sería menor en un principio. Ahora bien, el objetivo de la automonitorización de la glucemia es el control de la glucemia; en caso de reducir la monitorización del parámetro, se reduciría el control de la patología, incrementando el riesgo de complicaciones agudas (episodios de hipoglucemia) y crónicas (complicaciones macro y microvasculares). De este modo, el ahorro inicial se convierte en un mayor coste posterior. Porter *et al.*² manifiestan que, para obtener el máximo valor, es imprescindible medir resultados obtenidos y costes incurridos en todos los pacientes.

En la actualidad, las necesidades de cualquier Estado para mantener y restaurar la salud de sus ciudadanos son infinitas. Sin embargo, los recursos existentes en cualquier país son siempre limitados. Por ello, es preciso asignar los limitados recursos de la forma más eficiente con el objetivo de obtener el máximo valor. En este caso, obtener el mejor resultado de salud. Sin embargo, las medidas habituales se dirigen hacia la reducción del gasto sin considerar los resultados de salud y, menos aún, las consecuencias en salud asociadas a aquella reducción.

1. Magnitud del gasto farmacéutico

El Sistema Nacional de Salud español³ (SNS) se caracteriza por disponer de una amplia cartera de servicios que incluye la práctica totalidad de las tecnologías y procedimientos sanitarios con los que el conocimiento científico se enfrenta a las enfermedades y a sus consecuencias en la salud humana. Junto

a ello, la Ley General de Sanidad establece la universalidad de la cobertura, al determinar que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población. La financiación del SNS es mayoritariamente a través de los impuestos y está basada en la solidaridad entre regiones (quien más tiene más paga).

La cartera de servicios (donde se hallan las tecnologías incorporadas, como los medicamentos) se define a nivel central; no obstante, la provisión de la asistencia corre a cargo de cada comunidad autónoma (España se halla dividida en 17 comunidades autónomas). La asistencia sanitaria (atención primaria, especializada, hospitalaria o visitas a urgencias) es accesible a toda la población sin coste alguno. Únicamente en la asistencia farmacéutica se aplica un copago a los medicamentos, mediante la aplicación de unos porcentajes variables en función de la situación de la persona.

El gasto farmacéutico constituye una importante partida en cualquier sistema de salud. La fuerte crisis económica que ha afectado a nivel mundial ha supuesto un revulsivo para que muchos países, entre ellos España, hayan tomado medidas para tratar de reducir a toda costa la factura farmacéutica.

El gasto por medicamentos dispensados en las farmacias comunitarias españolas en 2009 ascendió a 12.506 millones € (13.295 millones US\$); 4 años después, en 2013, dicho concepto se había reducido hasta los 9.535 millones € (10.137 millones US\$), con una reducción bruta acumulada del 23,76% (2.971 millones €; 3.158 millones US\$). El tamaño de la población española, sin embargo, no sufrió ninguna reducción en dicho período que justificara el menor gasto farmacéutico. Así, 2009 comenzó con 46,24 millones de habitantes, mientras que 2016 finalizó con una población que había aumentado hasta 46,51 millones de habitantes (incremento de 272.928 personas).

2. Evolución del gasto a través de farmacias comunitarias

La evolución del gasto farmacéutico en los últimos años ha sufrido importantes cambios. En 2003 se abonaron 8.941 millones € (9.505 mill US\$), aumentando progresivamente hasta 2009 (12.506 mill €; 13.295 mill US\$). Sin embargo, dicha carrera alista se detiene a partir de dicho año, en donde el gasto se reduce progresivamente hasta el final de 2016 (9.912 mill €; 10.537 mill US\$) (Tabla 1).

Tabla 1. Gasto (€ 1.000,00) de farmacias comunitarias, numero de recetas (1.000) y población (1.000). España, 2003-2016.

<i>Año</i>	<i>Gasto (mil €)</i>	<i>Recetas (mil)</i>	<i>Población (mil)</i>
2003	8.941	706,32	41.827.836
2004	9.515	728,68	42.547.454
2005	10.051	764,63	43.296.335
2006	10.636	796,02	44.009.969
2007	11.191	843,37	44.784.659
2008	11.970	890,04	45.668.938
2009	12.506	934,00	46.239.271
2010	12.208	957,69	46.486.621
2011	11.135	973,21	46.667.175
2012	9.770	913,81	46.818.216
2013	9.183	859,58	46.727.890
2014	9.360	868,62	46.512.199
2015	9.535	882,10	46.449.565
2016	9.912	901,58	46.445.828

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración del autor.

A la vista de los datos, se observa que la disminución del gasto farmacéutico en España en el período 2010-2016 se explica por una reducción, tanto del gasto por receta como del número de recetas prescritas. Del mismo modo, la progresiva elevación inicial (2003-2009) fue debida al incremento del gasto por receta como del número de éstas (Tabla 2).

Tabla 2. Gastos (€) farmacéuticos medios por receta dispensada y por habitante. España, 2003-2016.

<i>Año</i>	<i>Gasto medio por receta (€)</i>	<i>Gasto por habitante y año (€)</i>
2003	12,66	214
2004	13,06	224
2005	13,15	232
2006	13,36	242
2007	13,27	250
2008	13,45	262
2009	13,39	270
2010	12,75	263
2011	11,44	239
2012	10,69	209
2013	10,68	197
2014	10,78	201
2015	10,81	205
2016	10,99	213

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración del autor.

En la Figura 1 se observa la correlación que explica la variación del gasto farmacéutico en función del gasto medio por receta (a) así como la existente entre el gasto por habitante y el gasto por receta (b).

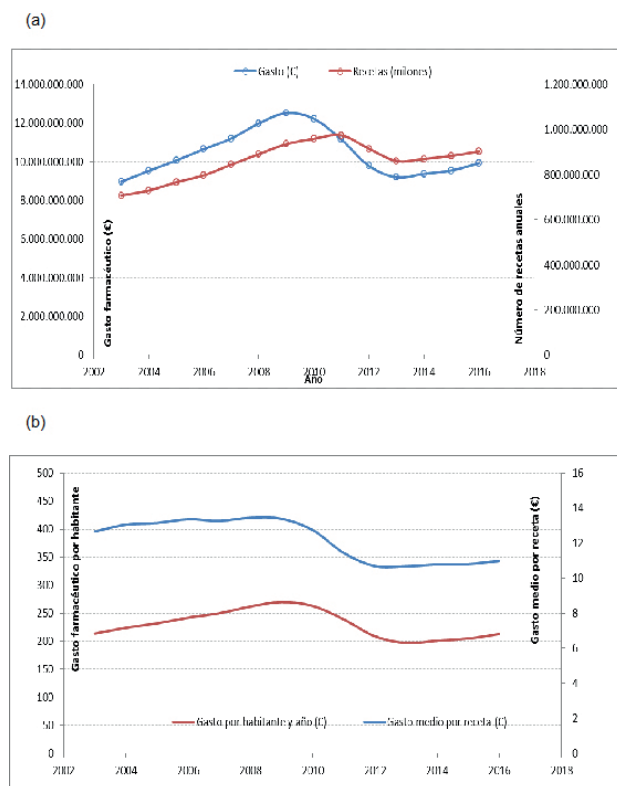


Figura 1. Correlación entre gasto farmacéutico y número de recetas

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración del autor.

3. ¿Se gasta mucho en fármacos?

Llegado a este punto, la pregunta que se suscita es la siguiente: ¿se está gastando mucho o poco?

Para ello se realiza una sencilla comparativa con los países del entorno de España, en donde coexisten unos sistemas de salud similares. El gasto farmacéutico medio del grupo de 25 países de la Unión Europea, en 2012, (como % respecto del PIB) fue del 1,54% (0,97% gasto público y 0,68% gasto privado), mientras que España mostró la cifra del 1,53% (1,04% y 0,49%).

Centrándonos en el gasto con cargo al SNS, la comparación con otros países nos muestra que Luxemburgo (0,51%), Holanda (0,79%), Italia (0,64%), Austria (0,86%), Suecia (0,63%), Suiza (0,73%), Dinamarca (0,32%) o Noruega (0,34%) presentan un consumo menor mientras que Grecia (1,53%), Eslovenia (1,39%), Francia (1,20%), Alemania (1,18%) o Irlanda (1,19%) tienen un gasto superior. Finalmen-

te, ciertos países, como Hungría (1,04%), Portugal (1,01%), Bélgica (1,03%), República Checa (1,02%) se hallan en una situación equivalente⁴.

La comparación del gasto farmacéutico público *per capita* (en US\$ ajustados a poder de paridad, PPP), en 2013, respecto de los países de la OCDE (404 US\$), sitúa a España ligeramente por debajo (358 US\$), similar a otros países como Eslovenia (367 US\$), Luxemburgo (364 US\$), Noruega (367 US\$) o Corea del Sur (353 US\$), aunque inferior a la media de la OCDE (404 US\$) y países como Grecia (721 US\$), Irlanda (653 US\$), Alemania (598 US\$), Italia (572 US\$), Suiza (538 US\$), Bélgica (524 US\$), Francia (493 US\$), Austria (426 US\$), Holanda (397 US\$) o Portugal (392 US\$); quedan entonces pocos países cuyo gasto farmacéutico PPP *per capita* sea inferior al de España, como República Checa (296 US\$), Dinamarca (191 US\$), Polonia (157 US\$) o Islandia (304 US\$)⁵.

En definitiva, de los datos mostrados no se deduce que el gasto farmacéutico público sea grande en nuestro país. Y, sin embargo, se han implementado diversas medidas con el objetivo de reducirlo drásticamente, si bien éstas no se han acompañado de una evaluación de los resultados obtenidos con las mismas.

4. El gasto farmacéutico a través de las farmacias de los hospitales

En un principio, los servicios de farmacia de los hospitales tuvieron la misión de proporcionar atención farmacéutica sólo a los pacientes que se hallaban ingresados; en la actualidad el ámbito se ha ampliado considerablemente su área de influencia⁶, abarcando a una variedad de pacientes ambulatorios, no hospitalizados.

Este hecho se inició en 1982, al autorizar la dispensación de tratamiento desde el hospital a los enfermos hemofílicos ambulatorios; posteriormente, en 1986, se amplió a los fármacos que exigen una particular vigilancia, supervisión y control por el equipo multidisciplinario del centro. Años más tarde, en 1992, el programa PROSEREME, cambia el ámbito de prescripción y dispensación en ciertos medicamentos, pasando a ser de uso hospitalario, comenzando entonces una larga lista de cambios de

determinados pacientes (fibrosis quística, hemofílicos, VIH positivos, esclerosis múltiple, hepatitis B, hipertensión pulmonar) o grupos farmacológicos (interferones, eritropoyetina, hormona de crecimiento, fármacos biológicos en artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica o enfermedad inflamatoria intestinal)⁷, lo que se ha traducido en un gran aumento del gasto farmacéutico hospitalario por trasvase de los fármacos desde la farmacia comunitaria hacia la farmacia de los hospitales.

Dicho aumento ha sido más importante desde que los nuevos tratamientos de la hepatitis crónica C han comenzado a dispensarse también en las farmacias de los hospitales, en 2015. Todo ello supone un ahorro para el Sistema Nacional de Salud derivado de la eliminación del margen económico de la farmacia y del distribuidor mayorista, así como de la obtención de potenciales descuentos obtenidos en el hospital.

El informe de la OCDE sobre gasto farmacéutico⁵ muestra que, en 2013, España presentaba una elevada proporción del gasto farmacéutico a través de las farmacias de hospital, con un 27% sobre el total, únicamente superado por Portugal (44%) y República Checa (33%). Otros países muestran una proporción menor, como Estonia (19%) o Alemania (10%).

En la actualidad, la reciente Memoria del Servicio Madrileño de Salud⁸ (que atiende a la población de la Comunidad Autónoma de Madrid (6.476.551 personas) muestra que de los 2.143 millones € (2.278 millones US\$) de gasto farmacéutico en 2015 sólo en esta Comunidad, el 44,53% (954 millones €; 1.014 millones US\$) se correspondían con fármacos de adquisición directa en atención hospitalaria. De ellos, 545 millones € (579 millones US\$, 57% del gasto farmacéutico hospitalario total) se corresponden con la dispensación a pacientes ambulatorios (Tabla 3).

Tabla 3. Número de medicamentos dispensados a pacientes ambulatorios a través de farmacias de hospital, coste por paciente (€) y coste total (€), según el tipo de paciente. Comunidad Autónoma de Madrid, 2015.

<i>Tipo de pacientes</i>	<i>Número</i>	<i>Coste /pac.</i>	<i>Coste total</i>
VIH con antirretrovirales	19.535	6.887	134.537.545
Hepatitis C	71	3.796	269.516
Hepatitis C con VIH	2.656	85.629	227.430.624
Hepatitis B	2.717	3.035	8.246.095
Esclerosis múltiple con EXT	4.466	10.344	46.196.304
Esclerosis múltiple en HD	484	18.567	8.986.428
Hormona de crecimiento	743	4.362	3.240.966
Artritis reumatoides (con biológicos)	3.685	7.489	27.596.965
Espondilopatías (con biológicos)	2.205	8.524	18.795.420
Artritis psoriásica (con biológicos)	1.069	8.715	9.316.335
Psoriasis (con biológicos)	1.639	10.399	17.043.961
Enfermedad inflam. intestinal (con biológicos)	2.740	11.313	30.997.620
Hipertensión pulmonar (tto. no parenteral)	455	19.120	8.699.60W0
Hipertensión pulmonar /tto. pulmonar	30	129.875	3.896.600
Total	42.497	...	545.253.629

Fuente: Memoria del Servicio Madrileño de Salud⁹

En consecuencia, el gasto farmacéutico total en España no ha descendido, como podría deducirse de los datos indicados en farmacia comunitaria, en donde no se refleja el importante y progresivo trasvase de medicamentos que se dispensan actualmente en las farmacias de hospital sustituyendo a la dispensación en las farmacias comunitarias (2011: 4.254 millones €; 4.522 millones US\$; 2015: 6.589 millones €; 7.005 millones US\$).

Según los últimos datos publicados por el Ministerio de Hacienda español, a noviembre 2016, el gasto farmacéutico total – incluyendo el Sistema Nacional de Salud más otros sistemas de salud minoritarios, por ejemplo, el específico de los funcionarios Civiles del Estado –, ascendió a 15.286 millones € (16.250 millones US\$), de los cuales 5.692 millones € (6.051 millones US\$, 37,2% del total) se correspondían con el gasto farmacéutico hospitalario.

5. Medidas adoptadas para la contención del gasto farmacéutico

Las autoridades sanitarias han procedido a implementar diversas medidas conducentes todas ellas a reducir la factura por medicamentos. A continuación se describen las medidas más relevantes, descritas en el proyecto del decreto que regulará la financiación y la fijación de precios de los fármacos en España para su uso en el Sistema Nacional de Salud¹⁰.

El proyecto comienza con una reflexión, atendiendo al valor de los fármacos, indicando que la financiación será selectiva y no indiscriminada; incluso así, se indica que no se financiaran aquellos que, aun habiendo demostrado eficacia y seguridad, se comercialicen a precios tan elevados que comprometan la viabilidad y sostenibilidad del sistema de salud. Finalmente, se eliminaría la financiación de aquellos que aun siendo autorizados previamente, no respondan a las necesidades terapéuticas actuales. Asimismo, entre la documentación exigida, se incluirán estudios farmacoeconómicos.

Tras estas consideraciones de valor y eficiencia, el proyecto del decreto describe otras de tipo economicista, como es la fijación de un sistema de precios dobles para algunos fármacos. Así, se definen los precios: notificados (correspondientes a su dispen-

sación fuera del Sistema Nacional de Salud, siendo públicos) y seleccionados (correspondientes a su financiación dentro del Sistema Nacional de Salud, y que serán confidenciales). Finalmente, se describen las denominadas ‘reservas singulares’ – como medidas de racionalización del gasto – y las ‘condiciones especiales’ (para la financiación). Estas últimas se corresponden principalmente con los contratos de riesgo compartido, en donde la financiación está vinculada a la obtención de unos resultados de salud predefinidos, y a los techos de gasto, tras haber alcanzado un determinado número de pacientes tratados o coste incurrido con determinados fármacos.

Previamente, la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios¹¹, de 2006, estableció una medida importante: la creación de los precios de referencia, por los que se fijaba el precio máximo que el Sistema Nacional de Salud pagará por los fármacos que estén incluidos en los conjuntos de referencia. Este sistema ha conducido a reducciones drásticas de los precios. La última disposición al respecto, de 2016, supuso un descenso del 58,16% a pregabalina o 49,28% a la combinación de salmeterol y fluticasona¹².

En 2007, un nuevo Real Decreto¹³, que regula los medicamentos de uso humano, describe los requisitos específicos de los medicamentos genéricos – ya descritos con anterioridad – los cuales son medicamentos con composición idéntica respecto del fármaco original y que ha demostrado bioequivalencia con el mismo, comercializándose con su nombre químico.

Inicialmente, el precio de estos fármacos es un 20% inferior al del original, pero posteriormente pueden disminuir considerablemente su precio. Como ejemplo extremo, el envase de omeprazol 14 cápsulas, que presentaba, en 1989, un precio de venta al público de 25 €, ha ido reduciendo su precio hasta 2,42 € para el envase de 28 cápsulas. Ello hace que la cuota de mercado de los medicamentos genéricos aumente de forma progresiva (2010: 316.091 envases, 1.036 millones €; 2016: 532.993 unidades, 1.963 millones €), si bien, en términos de facturación, España todavía se sitúa por debajo (18%) de la media de los países de la OCDE (24%)¹⁴.

Otras medidas posteriores, también de carácter economicista, fueron descritas en 2008¹⁵ establecien-

do principalmente: a) los márgenes de los medicamentos de alto coste (a partir de un precio de venta del laboratorio superior a 91,63 €), en donde no se aplica un porcentaje sobre el precio de venta al público sino una cantidad fija que aumenta desde 38,37 € a 48,37 €, en función del precio del fármaco; b) deducciones obligatorias a los medicamentos, del 7,5% con carácter general, aumentando al 15% a partir de los 10 años de comercialización, o reduciéndose al 4% en medicamentos huérfanos o al 0% si es un fármaco genérico.

Adicionalmente, alguna Comunidad Autónoma, como Andalucía, ha regulado y llevado a efecto un sistema – conocido popularmente como subastas – por las que se establece la adjudicación mediante una convocatoria pública del suministro de medicamentos de uso extrahospitalario (dispensación en farmacias comunitarias) y prescritos por principio activo.

Con ello se pretende comprar a gran escala los fármacos más prescritos, reduciendo así la factura final. Sin embargo, tal medida ha atraído a ciertos laboratorios con insuficiente capacidad de producción que han ofertado el precio más bajo y ganado la adjudicación, pero que no pueden abastecer de forma suficiente a las farmacias, generándose situaciones de desabastecimiento de fármacos.

6. Correspondencia entre gasto farmacéutico y resultados de salud.

A título de ejemplo, el consumo de fármacos antihipertensivos en España se situaba, en 2000, en algo más de 150 dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y año y aumentó hasta las 269 DDD/1.000 habitantes/año en 2013, mientras que la media de la OCDE fue superior: 190 aproximadamente y 318 DDD/1.000 habitantes/año respectivamente⁵.

Sin embargo, la Sociedad Española de Cardiología, a través de la Fundación Española del Corazón, ha difundido los datos de mortalidad atribuible a las enfermedades hipertensivas alertando de que el número de fallecimientos se ha doblado en los últimos 10 años, pasando de 6.661, en 2005, a 12.674, en 2015. En otros casos relacionados, como el infarto agudo de miocardio o el accidente cerebrovascular agudo, se ha reducido significativamente la mortalidad atribuible en el 32% y 18% respectivamente¹⁶.

7. Conclusiones

A lo largo de este artículo se ha querido dar información de la situación actual del gasto farmacéutico en España: su crecimiento progresivo hasta 2009 (una vez comenzada la crisis económica), en donde se observa un descenso drástico aparente hasta 2013.

Se han descrito brevemente las medidas más importantes para reducir la factura farmacéutica, si bien, se observa que el gasto total no se ha reducido. No obstante, debería quedar muy claro que cualquier medida conducente a modificar un aspecto principal – como la reducción del gasto – debería ir acompañada siempre de un análisis en profundidad de las consecuencias en salud que se pueden esperar. Es decir, deberían tener como objetivo principal la creación de valor – como indica Porter – y no la reducción de la factura.

Además, en el ejemplo anterior de los fármacos antihipertensivos se observa que el consumo de fármacos no parece ser el determinante principal del resultado, si bien es uno muy importante. Existen otros factores más relevantes, como son la adherencia al mismo, la adaptación a un estilo de vida saludable (eliminación del hábito tabáquico, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, abuso de alcohol) o el control de otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes, dislipemia etc.). Por tanto, reducir el gasto farmacéutico sin considerar la repercusión que puede conllevar en resultados de salud no parece ser una medida racional en farmacoterapia.

La racionalidad en la contención del gasto pasará siempre por la consideración del valor en el cuidado de la salud de la población atendida.

Referencias

- 1 Porter M. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477-81
- 2 Porter M, Larsson S, Lee T. Standardizing patient outcomes measurement. *N Engl J Med.* 2016;374:504-6
- 3 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud Madrid: Ministerio de Sanidad, s/d. [accedido 2017 mar 1]. Disponible en: <https://>

- www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pncalidad_02.htm
- 4 Lago J, Pérez M, Rodríguez F. EAE Business School. El gasto farmacéutico en España 2015. Documento 07/2015. Barcelona: EAE Business School 2015.
- 5 Belloni A, Morgan D & Paris V (2016). Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends and Future Challenges, OECD Health Working Papers, n° 87. Paris: OECD Publishing. [accedido 2017 mar 2]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5jm0qlf4cdq7-en>
- 6 Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Cuadro de Mandos Jerarquizado para Servicios de Farmacia Hospitalaria. Documento código GDPCM-1. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2009. [accedido 2017 mar 4]. Disponible en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/GDPCM/Cuadro_Mandos_Jerarquizado_Servicios_Farmacia_SEFH.pdf
- 7 Gómez M, Arbusa J. Dispensación ambulatoria en un hospital general de nivel terciario. Farm Hosp. 1996;20(5):289-94.
- 8 SaludMadrid. Memoria 2015. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, 2016 [accedido 2017 mar 4]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=-Content=-Disposition&blobheadervalulefile%3D%20Memoria_SER-MAS-2015_OK-REV-Mayo2016.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352926136521&ssbinary=true
- 9 SaludMadrid. Memoria 2015. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, 2016. [accedido 2017 mar 4]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=-Content=-Disposition&blobheadervalulefile%3D%20Memoria_SER-MAS-2015_OK-REV-Mayo2016.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352926136521&ssbinary=true
- 10 España. Proyecto de real decreto por el que se regula la financiación y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios y su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Portal de la Transparencia, s/d. [accedido 2017 mar 5]. Disponible en: <http://transparencia.gob.es/ser-vicios-buscador/contenido/normaelaboracion.htm?id=NormaEVB=35372-&lang=en&fcAct=2016-10-26T17:17:44.656Z>
- 11 Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, (178):28122-28165, de 27 de julio de 2006. [accedido 2017 ago 18]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554>
- 12 Orden SSI/1305/2016, de 27 de julio, por la que se procede a la actualización en 2016 del sistema de precios de referencia de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, (185):53754-54226, de 2 de agosto de 2016. [accedido 2017 ago 18]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2016-7399>
- 13 Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Boletín Oficial del Estado, (267):45652-45698, de 7 de septiembre de 2007. [accedido 2017 ago 18]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-19249>
- 14 Asociación Española de Medicamentos Genéricos (AESEG). Impacto de la industria de medicamentos genéricos en la economía española. Informe AESEG. Madrid: AESEG, 2017 [accedido 2017 mar 10]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2017/02/el-impacto-de-la-industria-de-medicamentos-genericos-en-la-economia-espanola.pdf>
- 15 Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano. Boletín Oficial del Estado, (131):25138-25140, de 30 de mayo de 2008. [accedido 2017 ago 18]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-9291>
- 16 Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte. Año 2015. Nota de Prensa, 27 de febrero de 2017. Madrid: INE, 2015 [accedido 2017 mar 3]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2015.pdf

Recibido em 17/03/2017.

Aceito para publicação em 25/08/2017.