

ORIGINAL

Evolución del consumo de fármacos específicos para la demencia en la comunidad autónoma de Madrid durante el periodo 2002-2012[☆]



M.C. de Hoyos-Alonso^{a,*}, E. Tapias-Merino^b, C.M. Meseguer Barros^c,
M. Sánchez-Martínez^d y A. Otero^d

^a Servicio Madrileño de Salud, Centro de Salud Pedro Laín Entralgo, Alcorcón, Madrid, España

^b Servicio Madrileño de Salud, Centro de Salud Comillas, Área Centro, Madrid, España

^c Servicio Madrileño de Salud, Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, España

^d Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Recibido el 16 de octubre de 2013; aceptado el 2 de febrero de 2014

Accesible en línea el 4 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Demencia;
Anticolinesterásicos;
Memantina;
Farmacoepidemiología;
Uso de fármacos;
Coste

Resumen

Introducción: El análisis del consumo de fármacos en grandes grupos poblacionales permite ver tendencias de consumo y comparar diferentes ámbitos.

Objetivo: Analizar la tendencia temporal de consumo y costes de fármacos específicos para la demencia en la comunidad autónoma de Madrid (CAM) y comparar por grupos de edad y sexo.

Métodos: Estudio descriptivo, seleccionando anticolinesterásicos (N06DA) y memantina (N06DX01) dispensados en la CAM del 2002 al 2012 con cargo al Sistema Nacional de Salud. El consumo se calculó analizando la evolución de las dosis diarias definidas (DDD), con incrementos totales y anuales. El coste se estimó por precio de DDD. Para comparar el consumo por edad y sexo, se calcularon las DDD por 100 habitantes-día.

Resultados: Del 2002 al 2012 se multiplicó por 6 el consumo de fármacos para la demencia. El 76,70% de los fármacos consumidos en este periodo fueron anticolinesterásicos y el 23,30% memantina. La evolución del coste estimado se multiplicó por 5,7 en 11 años (por 4 considerando utilización de fármacos genéricos).

En 2012, el 2,42% de los mayores de 65 años consumió anticolinesterásicos (2,82% mujeres, 1,83% hombres) y el 0,90% memantina (1,10% mujeres, 0,61% hombres). El consumo aumentó hasta los 86-90 años (5,84% en anticolinesterásicos; 2,33% en memantina), disminuyendo posteriormente.

KEYWORDS

Dementia;
Cholinesterase
inhibitors;
Memantine;
Pharmacoepidemiology;
Drug utilization;
Cost

Conclusiones: El consumo de anticolinesterásicos y memantina aumentó progresivamente, sin alcanzar en 2012 cifras equivalentes a la prevalencia poblacional de demencia. Las medidas de contención de gasto farmacéutico pueden frenar el aumento del coste, aunque este volverá a crecer si persiste la misma tendencia temporal de consumo.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Consumption trends for specific drugs used to treat dementia in the region of Madrid (Spain) from 2002 to 2012

Abstract

Introduction: Analysing drug consumption in large population groups lets us observe consumption trends and compare them between different settings.

Objective: to analyse the time trends for consumption and costs of specific drugs used to treat dementia in the region of Madrid (Spain) and compare trends by sex and age cohort.

Methods: Descriptive study of cholinesterase inhibitors (N06DA) and memantine (N06DX01) dispensed in Madrid between 2002 and 2012 and covered by the Spain's national health system. Consumption was calculated by analysing changes in DDD (defined daily doses) to find total and yearly increases. The cost was estimated based on DDD price. To compare consumption rates by age and sex, we calculated DDD per 100 inhabitants/day.

Results: Between 2002 and 2012, consumption of drugs used to treat dementia increased six-fold. During this period, cholinesterase inhibitors accounted for 76.70% of the drugs consumed and memantine, 23.30%. The estimated cost rose by a factor of 5.7 over 11 years (or by a factor of 4 taking into account the use of generic drugs).

In 2012, 2.42% of the patients aged 65 or over consumed cholinesterase inhibitors (women 2.82%, men 1.83%) and 0.90% consumed memantine (women 1.10%, men 0.61%). Consumption increased in age cohorts up to 86 to 90 (5.84% for cholinesterase inhibitors and 2.33% for memantine) and declined thereafter.

Conclusions: Consumption of cholinesterase inhibitors and memantine gradually increased, but consumption in 2012 did not reach levels equivalent to dementia prevalence figures. Pharmaceutical expenditure restraint measures may temporarily slow the cost increase temporarily but if the same trend of consumption persists, costs will rise.

© 2013 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de demencia se aproxima al 6,4% en los mayores de 65 años, aumentando con la edad desde el 0,8% en personas de 65 a 69 años, al 10% en mayores de 70 años y el 25-54% en el grupo de 90 o más años¹⁻³. La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia más frecuente y la principal causa de discapacidad en mayores, suponiendo importantes cargas para los cuidadores y coste para la sociedad que van aumentando con la gravedad de la enfermedad^{4,5}. Se calcula que en España existen unas 600.000 personas con demencia, 400.000 de ellas con EA². El coste medio estimado de la EA según el estudio ECO⁶ es de 1.425 euros por persona al mes, de los cuales el 88% es debido a cuidados informales financiados por la propia familia, un porcentaje mayor que la cifra media europea, en torno al

de suspender los fármacos¹⁵⁻¹⁷, pero algunas comunidades autónomas han establecido normas de uso y continuidad¹⁸. La relación coste-beneficio del tratamiento está en discusión. Aunque varios estudios indican que su uso, sobre todo en fases leves-moderadas, podría retrasar la progresión de la enfermedad, la institucionalización y los costes asociados, los resultados todavía son inciertos¹⁹⁻²¹ y deben interpretarse teniendo en cuenta las diferencias entre los distintos sistemas de salud pública que influirán en la distribución de costes¹⁴.

Desde su comercialización, el consumo de IACE y memantina ha aumentado de forma progresiva²²⁻²⁶, llegando a estar en España dentro de los 35 principios activos de mayor coste para el Sistema Nacional de Salud²⁷. Este aumento, que puede deberse en parte al aumento de prevalencia de demencia relacionado con el envejecimiento poblacional, está condicionado también por la mayor proporción de pacientes con demencia tratados al haberse normalizado el uso de estos fármacos. Así, en un estudio realizado en el ámbito de la atención primaria en el mismo periodo que el analizado en este trabajo subió el porcentaje de pacientes con demencia tratados con estos fármacos del 23% en 2002 al 41% en 2011²⁸.

Dentro de los estudios farmacoepidemiológicos, los estudios cuantitativos de consumo de fármacos a través de facturación de recetas y/o cifras de ventas del mercado permiten ver la tendencia real de consumo de fármacos en grandes grupos poblacionales, contribuyen a conocer parte de los costes reales de la enfermedad y permiten comparar diferentes ámbitos o poblaciones²⁹.

El objetivo de este trabajo es analizar la tendencia temporal de consumo y costes de fármacos específicos para la demencia, anticolinesterásicos (IACE) y memantina, en la comunidad autónoma de Madrid (CAM) del 2002 al 2012 y comparar el perfil de consumo por grupos de edad y sexo.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de base poblacional en la CAM sobre el consumo de fármacos específicos para el tratamiento de la demencia entre el 1 de enero del 2002 y el 31 de diciembre del 2012. Para ello se utilizó como fuente de datos el Sistema de Análisis y prospección de la prestación farmacéutica de la CAM (Farm@drid), base de datos de recetas médicas oficiales dispensadas en las oficinas de farmacia de la CAM y facturadas con cargo al Sistema Nacional de Salud.

Se seleccionaron los fármacos anticolinesterásicos, pertenecientes al subgrupo químico terapéutico N06DA, identificando los principios activos donepezilo (N06DA02), rivastigmina (N06DA03) y galantamina (N06DA04). Del subgrupo N06DX se seleccionó la memantina (N06DX01), obviando ginkgo biloba (N06DX02), no utilizado como tratamiento específico de la demencia.

Como variables asociadas al tratamiento, se analizaron el año de consumo del mismo, el sexo y el grupo de edad en nueve categorías (51-55 años, 56-60 años, 61-65 años, 66-70 años, 71-75 años, 76-80 años, 81-85 años, 86-90 años y más de 90 años).

Para analizar el consumo de fármacos se emplearon la dosis diaria definida (DDD) y la dosis habitante y día (DHD) de cada principio activo.

La DDD corresponde a la dosis de mantenimiento de un fármaco en la principal indicación para una vía de administración determinada en adultos³⁰. Se han utilizado las DDD establecidas por la Organización Mundial de la Salud: donepezilo 7,5 mg, rivastigmina 9 mg (9,5 mg en vía transdérmica), galantamina 16 mg y memantina 20 mg³¹.

La evolución del consumo de fármacos en el periodo de estudio se analizó calcul

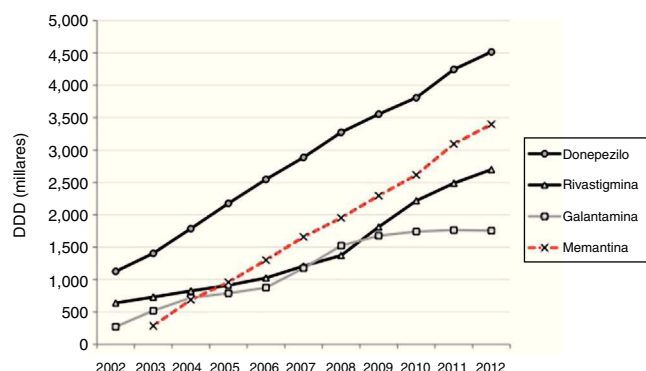


Figura 1 Evolución del consumo de fármacos específicos para la demencia (anticolinesterásicos y memantina) en la comunidad autónoma de Madrid del 2002 al 2012, en dosis diarias definidas.

DDD: dosis diarias definidas.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS versión 19.0, Excel® versión 12.3.0 (110427) y Epidat 3.0.

Resultados

El consumo de fármacos específicos para la demencia, anticolinesterásicos (IACE) y memantina, en la CAM, se multiplicó por 6 del 2002 al 2012, con un incremento total de las DDD del 507%. El 76,7% de los fármacos para la demencia consumidos en este periodo fueron anticolinesterásicos y el 23,3% memantina (tabla 1).

La mitad de las recetas de IACE a lo largo de todo el periodo fueron de donepezilo. El consumo de galantamina aumentó de forma progresiva hasta 2008, momento en que se estaciona su uso. A partir del 2009, aumentó el consumo de rivastigmina, suponiendo en 2012 el 30% de los IACE. La

Tabla 1 Evolución del consumo de fármacos específicos para la demencia (anticolinesterásicos y memantina) en la comunidad autónoma de Madrid del 2002 al 2012, en dosis diarias definidas

Año	Anticolinesterásicos			Memantina			Total fármacos para demencia	
	DDD	Δ (%) ^a	% TFD ^b	DDD	Δ (%) ^a	% TFD ^b	DDD	Δ (%) ^a
2002	2.037.210		100	NC			2.037.210	
2003	2.656.311	30,39	90,29	285.712		9,71	2.942.024	44,41
2004	3.331.106	25,40	82,87	688.464	140,96	17,13	4.019.571	36,63
2005	3.877.923	16,42	80,17	959.370	39,35	19,83	4.837.294	20,34
2006	4.449.169	14,73	77,36	1.302.078	35,72	22,64	5.751.247	18,89
2007	5.274.603	18,55	76,09	1.657.862	27,32	23,91	6.932.465	20,54
2008	6.170.972	16,99	75,97	1.952.172	17,75	24,03	8.123.145	17,18
2009	7.041.935	14,11	75,42	2.295.350	17,58	24,58	9.337.285	14,95
2010	7.766.068	10,28	74,80	2.616.482	13,99	25,20	10.382.550	11,19
2011	8.497.908	9,42	73,31	3.094.222	18,26	26,69	11.592.130	11,65
2012	8.969.820	5,55	72,54	3.396.356	9,76	27,46	12.366.176	6,68
Total	60.073.025	340,30	76,70	18.248.068	1088,73	23,30	78.321.093	507,02
2002-2012								
Relación final/inicio ^c	4,40			11,89			6,	

Tabla 3 Distribución del consumo de fármacos específicos para la demencia (anticolinesterásicos y memantina) en la comunidad autónoma de Madrid en 2012 por grupos de edad y sexo

Grupo de edad	DHD Donepezilo		DHD Rivastigmina		DHD Galantamina		DHD IACE		DHD Memantina	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
51-55 años	0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	0,01	0,01	< 0,01	< 0,01
56-60 años	0,02	0,03	0,01	0,02	0,01	0,01	0,05	0,05	0,03	0,03
61-65 años	0,07	0,07	0,05	0,04	0,03	0,03	0,14	0,14	0,06	0,06
66-70 años	0,16 ^a	0,23 ^a	0,12	0,13	0,07	0,06	0,34 ^a	0,42 ^a	0,13	0,18
71-75 años	0,44 ^a	0,66 ^a	0,32	0,38	0,18 ^a	0,20 ^a	0,94 ^a	1,25 ^a	0,31 ^a	0,49 ^a
76-80 años	1,19 ^a	1,65 ^a	0,81 ^a	0,94 ^a	0,51 ^a	0,57 ^a	2,51 ^a	3,16 ^a	0,79 ^a	1,15 ^a
81-85 años	1,95 ^a	2,96 ^a	1,30 ^a	1,68 ^a	0,91 ^a	1,14 ^a	4,15 ^a	5,78 ^a	1,40 ^a	2,13 ^a
86-90 años	2,31 ^a	3,35 ^a	1,28 ^a	1,74 ^a	1,04 ^a	1,30 ^a	4,64 ^a	6,38 ^a	1,63 ^a	2,65 ^a
>90 años	1,38 ^a	1,73 ^a	0,76	0,87	0,46 ^a	0,63 ^a	2,61 ^a	3,22 ^a	0,89 ^a	1,46 ^a
Total	1,21 ^a	1,90 ^a	0,78 ^a	1,05 ^a	0,53 ^a	0,70 ^a	2,52 ^a	3,6		

65 años encontrada en estudios poblacionales realizados en nuestro entorno más cercano. La diferencia es más acusada si consideramos únicamente los mayores de 70 años, ya que el consumo de IACE (3,13%) y memantina (1,16%) indicaría que menos del 4,29% de los mayores de 70 años consumen estos fármacos, mientras que la prevalencia de demencia en ese grupo de edad es muy superior².

El mayor consumo en mujeres a partir de los 65 años, tanto en los IACE como en memantina, puede explicarse por la mayor prevalencia de demencia en mujeres. También el aumento de consumo con la edad, al aumentar con ella la prevalencia de demencia. Sin embargo, hay una caída de consumo en edades más avanzadas, observada también en otros estudios en población general^{28,40} y en pacientes institucionalizados^{41,42} y podría explicarse tanto porque en nonagenarios no continúa el aumento exponencial de la prevalencia de demencia como por una posible limitación del esfuerzo terapéutico (por comorbilidad, potencial toxicidad, demencia muy avanzada) que condicione la retirada y/o el menor uso de estos fármacos en este grupo de edad^{3,17}.

El consumo de los diferentes principios activos varía según el sexo y la edad, lo que parece indicar un perfil de prescripción ligado al sexo, también señalado en otros estudios^{28,40}. Confirmar diferencias de género en la prescripción de estos fármacos requeriría estudios complementarios de consumo en pacientes con demencia, para comprobar si las diferencias persisten tras ajuste por subtipo de demencia y por fase evolutiva de la misma, ya que ambas circunstancias pueden condicionar el principio activo a utilizar.

El coste de IACE y memantina ha ido aumentando desde su comercialización debido al progresivo aumento de consumo, ya que el precio se ha mantenido sin grandes variaciones. El porcentaje que estos fármacos suponen sobre el gasto farmacéutico de recetas dispensadas de la CAM⁴³ también aumentó según nuestros resultados desde el 1,31% en 2003 al 3,04% en 2010, en línea con lo reflejado en la comunidad autónoma vasca²⁴. En la CAM, este porcentaje sigue aumentando a partir de 2011, a pesar del freno del gasto producido por estos fármacos por la entrada en vigor de las presentaciones genéricas, de modo que en 2012, con un gasto en recetas de 1.057 millones⁴³, el porcentaje del gasto estimado que suponen estos fármacos sube al 4,50% (3,23% en caso de utilización de genéricos). En contrapartida, un uso adecuado de IACE y/o memantina podría contribuir a disminuir el uso indiscriminado de otros fármacos utilizados para el deterioro cognitivo y demencia (como ginkgo biloba, piracetam o citicolina), que no han demostrado ningún beneficio en el control de síntomas de los pacientes con demencia.

Este estudio presenta algunas limitaciones derivadas de su propia naturaleza. Así, los datos de consumo de IACE y memantina son referidos a la población total, sin referencia a personas con diagnóstico confirmado de demencia.

No se dispone de información sobre tratamiento combinado (IACE con memantina), de forma que la prevalencia de personas de la CAM en tratamiento con fármacos específicos para la demencia (IACE y/o memantina), únicamente podría obtenerse como estimación, comparando con otros estudios.

No se han contemplado en el estudio las prescripciones que pudieran haberse dado con receta privada o de

regímenes especiales como Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Mutualidad General Judicial o Instituto Social de las Fuerzas Armadas. Tanto en el número de recetas como en población, no afectaría a la validez interna de los datos por su escaso número (0,87%) en relación a la población de la CAM cubierta por el Sistema Nacional de Salud⁴⁴.

La utilización de las DDD para el estudio tiene las limitaciones inherentes a este tipo de indicador, unidad técnica de medida que no refleja necesariamente la dosis diaria realmente prescrita^{30,31}. No obstante, al estar indicados únicamente en la demencia y estar su uso muy protocolizado, reflejan el consumo con bastante fiabilidad.

La estimación de costes se ha

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflictos de intereses.

Agradecimientos

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Juan José de la Cruz Troca. Universidad Autónoma de Madrid.

Bibliografía

- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology*. 2000;54(11 Suppl 5):S4–9.
- De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BMC Neurol*. 2009;9:55.
- Carrillo-Alcalá ME, Bermejo-Pareja F. Demencia en nonagenarios. Revisión sistemática de estudios poblacionales con datos de España. *Rev Neurol*. 2008;47:347–54.
- Jönsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: A review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics*. 2009;27:391–403.
- López-Pousa S, Garre-Olmo J, Turon-Estrada A, Hernández F, Expósito I, Lozano-Gallego M, et al. Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. *Med Clínica (Barc)*. 2004;122:767–72.
- Coduras A, Rabasa I, Frank A, Bermejo-Pareja F, López-Pousa S, López-Arrieta J-M, et al. Prospective one-year cost-of-illness study in a cohort of patients with dementia of Alzheimer's disease type in Spain: The ECO study. *J Alzheimers Dis JAD*. 2010;19:601–15.
- Wimo A, Jönsson L, Gustavsson A, McDaid D, Ersek K, Georges J, et al. The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26:825–32.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
- O'Brien JT, Burns A, BAP Dementia Consensus Group. Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2011;25:997–1019.
- National Institute for Clinical Excellence. Technology appraisal guidance 217. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease (review of NICE technology appraisal guidance 111). [Internet] [consultado 4 Oct 2013]. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/TA217
- Lopez OL, Becker JT, Wahed AS, Saxton J, Sweet RA, Wolk DA, et al. Long-term effects of the concomitant use of memantine with cholinesterase inhibition in Alzheimer disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:600–7.
- Howard R, McShane R, Lindesay J, Ritchie C, Baldwin A, Barber R, et al. Donepezil and

30. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios- Medicamentos de uso humano. Observatorio del Uso de Medicamentos de la AEMPS [Internet] [consultado 6 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/home.htm>
31. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Complete ATC/DDD Index 2012. [Internet] [consultado 16 Sept 2013]. Disponible en: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06D
32. Nomenclátor Digitalis. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad [Internet] 2011 [consultado 21 Sept 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/nomenclatorDI.htm>
33. Portela Romero M, Pombo Romero J, Bugarín González R, Tasende Souto M, Represa Veiga S. Utilización de los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina para el tratamiento clínico de la demencia tipo Alzheimer. *Rev Esp Salud Pública*. 2005;79:665–72.
34. Tapias Merino E, De Hoyos Alonso MC, Garrido Barral A. Atención a los pacientes con demencia en Atención Primaria de Salud. En: Libro Blanco sobre la demencia y enfermedad de Alzheimer en la Comunidad de Madrid. 1.^a ed. Madrid: Siglo SL; 2005. p. 27–43.
35. Mucha L, Shaohung S, Cuffel B, McRae T, Mark TL, Del Valle M. Comparison of cholinesterase inhibitor utilization patterns and associated health care costs in Alzheimer's disease. *J Manag Care Pharm JMCP*. 2008;14:451–61.
36. Truter I. Prescribing of drugs for Alzheimer's disease: A South African database analysis. *Int Psychogeriatr IPA*. 2010;22:264–9.
37. Villar-Fernández I, Bjerrum L, Feja C, Rabanaque MJ. Variability in the prescription of cholinesterase inhibitors and memantine. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;28:373–9.
38. García García FJ, Sánchez Ayala MI, Pérez Martín A, Martín Correa E, Marsal Alonso C, Rodríguez Ferrer G, et al. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. *Estudio Toledo. Med Clin (Barc)*. 2001;116:401–7.
39. Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Olazarán J, de Toledo M, Díaz-Guzmán J, et al. Consistency of clinical diagnosis of dementia in NEDICES: A population-based longitudinal study in Spain. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2009;22:246–55.
40. Villar Fernández I, Rabanaque Hernández MJ. Análisis de la utilización de fármacos específicos para la enfermedad de Alzheimer en Aragón. 2008 [tesis doctoral]. Zaragoza.
41. López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz FJ, Tammes Gómez S, León Colombo T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2009;44:5–11.
42. Parsons C, Briesacher BA, Givens JL, Chen Y, Tjia J. Cholinesterase inhibitor and memantine use in newly admitted nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:1253–9.
43. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Datos de Facturación de Recetas Médicas del Sistema Nacional de Salud (CC.AA. e Ingesa) [Internet] [consultado 6 Oct 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
44. Consulta interactiva del Sistema Nacional de Salud [Internet] [consultado 22 Sept 2013]. Disponible en: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/>
45. Disposición 14021 del BOE n.º 200 del 2011-BOE-A-2011-14021.pdf [Internet] [consultado 27 Sept 2013]. Disponible en: [http://www.boe](http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf)