

Resumen

El gasto sanitario total en España en 2017 fue de 100.000 millones de euros (9,3 por 100 del PIB), siendo el 71 por 100 gasto sanitario público y aproximadamente un cuarto de este atribuible a la prestación farmacéutica (62,54 por 100 recetas; 37,46 por 100 adquisiciones hospitalarias). La prestación farmacéutica es competencia de las comunidades autónomas y comprende también actuaciones encaminadas al uso racional. Se lleva a cabo a través de las *oficinas de farmacia*, de los *centros de salud de Atención Primaria* y de los *servicios de farmacia hospitalaria*. En el contexto de un presupuesto siempre limitado y basándose en sistemas de información evolucionados, dos de los aspectos clave en la Comunidad de Madrid son la planificación e implantación de programas y la compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios. En este artículo se describe el procedimiento de algunos de estos programas (análisis de situación, participación de profesionales, formación y seguimiento) así como modelos de compra centralizada que aseguren homogeneidad, competitividad y eficiencia de acuerdo a la legislación vigente.

Palabras clave: política farmacéutica, compras, eficiencia, indicadores.

Abstract

Total health care expenditure in Spain reached 100 billion € (9.3% of GDP) in 2017, where public health expenditure accounted for 71% of it, which in turns almost a quarter was due to pharmaceutical provision (62.54% patient prescriptions; 37.46% hospital purchasing). Pharmaceutical provision is ruled by Autonomous Communities or regions in Spain and it encompasses actions driven to promote rational use of medicines. It is carried out at *drug stores*, at the *primary care setting* and at *hospital pharmacy departments*. Being budgets systematically limited, and grounded on improved databases, planning and implementing programs as well as centralized drugs and medical devices purchasing procedures, represent two key strategies in Madrid Community. This article defines the implementation of some of the abovementioned programs (prior analysis, professionals' involvement, training programmes and monitoring). Furthermore it also describes centralized purchasing models to ensure homogeneity, competitiveness and efficiency, in line to current legislation.

Keywords: pharmaceutical policy, purchases, efficiency, indicators.

JEL classification: I18.

GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y COMPRAS PÚBLICAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

María José CALVO ALCÁNTARA
Ainhoa ARANGUREN OYARZÁBAL

Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

I. INTRODUCCIÓN

La evolución del gasto sanitario y del gasto farmacéutico y su comparación con el producto interior bruto (PIB) han sido ampliamente estudiado en los últimos años, así como las diferencias entre las fuentes de información donde se publican los datos de gasto (Lobo, 2017).

En la página web del Ministerio de Sanidad, en el apartado de «Sanidad en datos» se reúnen los datos existentes en el Sistema de Información Sanitaria a partir de la información que el Ministerio y las comunidades autónomas recogen desde el año 2004 (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017). Los últimos datos publicados sobre gasto sanitario indican que en España en 2017 este gasto sanitario total fue de 100.000 millones de euros (9,3 por 100 del PIB), siendo el 71 por 100 gasto sanitario público (6,6 por 100 del PIB). El 23 por 100 del gasto sanitario público corresponde a prestación farmacéutica.

El gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud en el año 2017, ascienden a 16.264 millones de euros. De estos, el 62,54 por 100 corresponde al gasto en recetas y el resto, el 37,46 por 100, al gasto en adquisiciones hospitalarias (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

La prestación farmacéutica, tal como se define en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, no solo comprende los medicamentos y productos sanitarios, sino también el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.

La prestación farmacéutica es competencia de las comunidades autónomas y se materializa desde distintos ámbitos. En la Comunidad de Madrid se organiza de la manera que explicamos a continuación.

Por un lado, a través de las *oficinas de farmacia* se dispensan los medicamentos y productos sanitarios prescritos y financiados. Esta prestación comprende:

- Medicamentos incluidos en el Nomenclátor Oficial del Sistema Nacional de Salud y provistos de cupón precinto.
- Productos sanitarios incluidos en el Nomenclátor Oficial del Sistema Nacional de Salud, provistos de cupón precinto.
- Fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados con los principios activos

que cumplan los requisitos establecidos en la normativa vigente, contenidos en el listado de principios activos del concierto entre la Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

- Vacunas individualizadas antialérgicas y vacunas individualizadas bacterianas elaboradas por laboratorios farmacéuticos registrados y autorizados para esta actividad.
- Productos dietoterápicos incluidos en la prestación del Sistema Nacional de Salud.

Algunos de estos productos, como los productos dietoterápicos, vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas y determinados medicamentos y efectos y accesorios, requieren el visado de inspección o la validación sanitaria de la receta oficial previo a la dispensación.

El Real Decreto Ley 16/2012 modificó la aportación de los usuarios, de tal forma que ya no se relaciona exclusivamente con su calificación como activos o pensionistas, sino que pasa a depender de la renta anual.

Por otro lado, en los *centros de salud de Atención Primaria* se gestiona la entrega directa de algunos productos, como tiras reactivas para la determinación de glucosa en orina y sangre, jeringuillas y agujas para la administración de insulina, absorbentes de incontinencia de orina para personas institucionalizadas en centros sociosanitarios públicos y vacunas para su administración en los propios centros de salud, de acuerdo con los correspondientes calendarios de vacunación.

Finalmente, los *servicios de Farmacia Hospitalaria* dispensan medicamentos a los siguientes grupos de pacientes:

- *Pacientes ingresados*, a quienes se les proporcionan los medicamentos y productos sanitarios necesarios durante su estancia, mediante las correspondientes prescripciones médicas.
- *Pacientes externos*, pacientes no ingresados que, por las características del medicamento prescrito, acuden a los servicios de farmacia para que les sea dispensado, de forma gratuita. Esta prestación incluye:
 - Medicamentos calificados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como medicamentos de uso hospitalario.
 - Medicamentos calificados de diagnóstico hospitalario y dispensación hospitalaria.
- *Pacientes ambulantes* o pacientes que no ingresan, pero reciben la administración de algún medicamento en unidades como hospital de día, urgencias, hemodiálisis, radiología, hemodinamia, etc. Esta prestación se elabora (si procede) y dispensa a través de los servicios de Farmacia Hospitalaria.

Gestionar la prestación farmacéutica desde una comunidad autónoma supone perseguir como objetivo que los pacientes accedan a los mejores tratamientos disponibles. Por tanto, esta gestión tiene dos vertientes, una sanitaria y otra económica. Sanitaria, en el sentido de buscar

una adecuada selección de tratamientos, es decir, medicamentos y productos sanitarios avalados por criterios de eficacia, seguridad y necesidad. Económica, en el sentido de garantizar la eficiencia, es decir, a igualdad de los criterios anteriormente mencionados, seleccionar el tratamiento de menor coste. En cualquier caso, la gestión de la prestación farmacéutica no debe centrarse en cuánto se gasta, sino en cómo se gasta, o mejor dicho, en cómo se invierte.

Tanto gestores como profesionales y pacientes comparten que los objetivos de un tratamiento medicamentoso pueden ser:

- Curar la enfermedad.
- Paliar o retrasar la progresión de la enfermedad.
- Aumentar la supervivencia.
- Mejorar la calidad de vida.

No obstante, ni todos los medicamentos autorizados en el mercado cumplen estos objetivos, ni los presupuestos de los que disponen los servicios de salud son infinitos. El concepto de coste oportunidad implica que, en estas condiciones de recursos presupuestarios siempre limitados lo que se gasta en unos tratamientos no puede dedicarse a otros. Por estas razones, desde las administraciones sanitarias se han abordado diferentes estrategias para realizar una correcta gestión de los medicamentos y productos sanitarios.

Las estrategias que han logrado mejores resultados son aquellas que parten de un análisis de la utilización de los medicamentos, de los factores que influyen en su utilización y de la

adaptación de los sistemas de información.

Estos sistemas de información, en su origen, estaban diseñados para la validación de la facturación, pero se han transformado en herramientas para la gestión de la eficiencia y la calidad de la prescripción, incluyendo cuadros de mando que permiten la comparación entre los distintos centros implicados (hospitales, centros de Atención Primaria) por medio de indicadores cualitativos y cuantitativos.

El Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid gestiona la prestación farmacéutica a través de las siguientes actividades:

- Autorización y control del uso de los talonarios de recetas médicas oficiales para la prescripción de medicamentos y productos sanitarios financiados.
- Comprobación y tramitación mensual de la factura farmacéutica correspondiente a las recetas oficiales dispensadas en las oficinas de farmacia.
- Tramitación y seguimiento de convenios y conciertos en materia de medicamentos y productos sanitarios.
- Planificación e implantación de programas y actividades para la mejora de la prestación farmacéutica en los distintos ámbitos asistenciales.
- Compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios.

En este artículo nos centraremos en los dos últimos puntos, la planificación y la compra pública centralizada.

En nuestra experiencia, consideramos que la mejora de la

prestación farmacéutica, independientemente del ámbito asistencial al que vaya dirigida, exige las siguientes fases:

1. Análisis de la utilización de medicamentos y productos sanitarios.
2. Participación de los profesionales en grupos de trabajo multidisciplinares para el diseño de los documentos y estrategias de implantación.
3. Elaboración de documentos de recomendaciones en la utilización de medicamentos y productos sanitarios con el objetivo de homogeneizar criterios en base a la evidencia disponible y disminuir la variabilidad de la práctica clínica no justificada.
4. Establecer una adecuada formación de los profesionales para la difusión y la implantación de las recomendaciones.
5. Establecer un sistema de evaluación, mediante el diseño de indicadores de seguimiento, compartidos, en la medida de lo posible, en todos los ámbitos asistenciales.
6. Elaboración de procedimientos de compra centralizada que aseguren homogeneidad y competitividad en los precios de los medicamentos para todo el Servicio Madrileño de Salud: memorias justificativas, memorias económicas y pliegos de prescripciones técnicas.

II. INFORMACIÓN Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN

Uno de los requisitos fundamentales para poder planificar

y posteriormente gestionar la compra pública centralizada es disponer de fuentes de información de consumo de medicamentos. En el caso de Atención Primaria se trata de la información que proviene de la grabación y digitalización de las recetas oficiales dispensadas en las oficinas de farmacia (Farmadrid: en el caso de la Comunidad de Madrid) y en el caso de los hospitales, de los datos de adquisición de medicamentos y productos sanitarios, que se recogen mensualmente de forma centralizada y se explotan en el gestor de información Farmadrid.

Los llamados «perfiles de prescripción», obtenidos a partir de dichas bases de datos, compartidos con los profesionales médicos y farmacéuticos, son un elemento fundamental para hacerles corresponsables en términos de seguridad y de eficiencia de los tratamientos.

Así, compartir estos datos permite:

- Devolver información comparada sobre la evolución del gasto.
- Difundir el grado de implantación de las recomendaciones de utilización de medicamentos comunes en el ámbito hospitalario, Atención Primaria y centros sociosanitarios.
- Dar a conocer los indicadores de prescripción compartidos para los hospitales y los centros de salud de Atención Primaria.
- Diseñar las estrategias en grupos de trabajo multidisciplinares de atención primaria, hospitales y centros sociosanitarios para la mejora de la efectividad.

- Generar conocimiento que ayude a la toma de decisiones.

Los objetivos anuales en forma de contratos programa, contratos de gestión o acuerdos de gestión son elementos clave en la difusión de las estrategias de la prestación farmacéutica. Estos objetivos transmiten en forma de indicadores las líneas estratégicas de la organización a todos los profesionales. La definición de los objetivos, de forma explícita tanto en su definición como en su justificación, metodología de medida y evidencia científica que los avala son clave para su transmisión a la organización.

Herramientas como los perfiles de utilización de medicamentos, las tablas de eficiencia, en las que se comparan medicamentos y tratamientos por precios y valor terapéutico para determinadas patologías de alto impacto (VIH, esclerosis múltiple, artropatías, etc.), ayudan a la selección de las terapias más eficientes.

En la Comunidad de Madrid, los indicadores de utilización de medicamentos se centran en los tres aspectos fundamentales del uso racional del medicamento: eficacia, seguridad y eficiencia, así como en resultados en salud (Servicio Madrileño de Salud, 2018). Todos son elaborados en grupos de trabajo multidisciplinares, con la participación de expertos clínicos y farmacéuticos, que ejercen su actividad en hospitales, centros de Atención Primaria y centros sociosanitarios.

Los indicadores centrados en resultados en salud son más complejos de obtener que los puramente económicos, pero son los que nos permiten conocer si los recursos destinados

a medicamentos alcanzan los objetivos para los que han sido utilizados. En la Comunidad de Madrid, son ejemplos: porcentaje respuesta viral sostenida en pacientes con hepatitis C crónica y en tratamiento con agentes antivirales directos; porcentaje carga viral indetectable en pacientes VIH tratados con antirretrovirales; porcentaje de carga viral indetectable y adherencia al tratamiento en pacientes con hepatitis B.

Las tablas de eficiencia, que comparan las distintas alternativas de tratamiento para una misma patología, ofrecen a los clínicos una herramienta dirigida a la efectividad y eficiencia cuando tienen que seleccionar un tratamiento para pacientes nuevos o pacientes que necesiten un cambio de tratamiento por falta de efectividad o problemas de seguridad. Un ejemplo de indicador en estos casos en la Comunidad de Madrid es el porcentaje de pacientes con hepatitis C en tratamiento de primera elección. Se elaboran tablas similares para pacientes en tratamiento con terapias biológicas o con esclerosis múltiple.

En el ámbito de la Atención Primaria se calculan indicadores que miden si los pacientes con una patología determinada para la que exista evidencia clara del beneficio de un tratamiento están recibiendo el tratamiento adecuado. Son ejemplo de ello el porcentaje de pacientes en prevención secundaria en enfermedad cardiovascular con antiagregantes; pacientes con cardiopatía isquémica en tratamiento con estatinas; o porcentaje de pacientes con nefropatía diabética que están recibiendo un fármaco del sistema renina angiotensina.

III. COMPRA PÚBLICA

La contratación pública supone entre el 16 y el 18 por ciento del PIB en la Unión Europea y cerca del 20 por ciento del PIB español. La compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios existe en Madrid desde el año 2012 y está regulada por el artículo 22, apartado 1, de la Ley 4/2012, de 4 de julio, de racionalización del gasto público que exige una previa declaración de los productos susceptibles de ser comprados por este procedimiento. Los primeros calificados como tales fueron los «productos sanitarios implantables activos (Orden 695/2012, de 30 de julio). Posteriormente y a lo largo del tiempo, diversos medicamentos y otros productos sanitarios han sido declarados de compra centralizada.

La Central de Compras del Servicio Madrileño de Salud (veáse Decreto 72/2015) tiene como objetivos el ahorro de costes en todos sus centros y unidades, promover economías de escala y garantizar los suministros y servicios a todos ellos con independencia de la situación geográfica, tamaño, características del centro y cuantía de gasto. Además, garantiza la calidad de los bienes y servicios y promueve la homogeneidad, la racionalización y la simplificación de la tramitación de los expedientes de contratación.

La Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública trajo una gran cantidad de novedades al sector de la contratación pública, que se pueden resumir en cuatro pilares: la eficiencia; la transparencia y la publicidad; los aspectos laborales, sociales y medioambientales; y la desburo-

cratización. Esta Directiva ha sido desarrollada en España por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), que entró en vigor el 9 de marzo de 2018.

La LCSP no contempla un tratamiento especial para la compra pública de medicamentos y productos sanitarios. Sin embargo, los servicios y centros sanitarios (hospitales, centros de salud, servicio de urgencias médicas-SUMMA) no pueden permitirse la discontinuidad en su adquisición. Son imprescindibles, por un lado, para pacientes ingresados o en urgencias, con situaciones clínicas agudas, que requieren asistencia urgente, y por otro, para pacientes externos con patologías crónicas, o pacientes que reciben material sanitario en los centros de salud. La interrupción del suministro podría provocar situaciones graves para la salud de los pacientes.

Pese a la dificultad de su adaptación al ámbito sanitario, tanto compradores como proveedores tenemos que realizar un esfuerzo en interpretar la nueva LCSP y en conseguir que nos sirva como herramienta para alcanzar los objetivos sanitarios. En el caso de los servicios de salud es imprescindible asegurar la continuidad del suministro que requiere la asistencia a los pacientes y garantizar la sostenibilidad del sistema.

IV. MODELOS DE COMPRA

Bajo los distintos marcos legislativos vigentes en cada momento, los modelos de compra han ido cambiando y evolucionando con el tiempo, desde fórmulas más simplistas hasta otras más sofisticadas basadas en resultados.

El Servicio Madrileño de Salud, con el objetivo de contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario a través de la optimización de los procedimientos de compra de medicamentos y productos sanitarios, desarrolla como línea estratégica la adquisición de medicamentos de alto impacto a través de tres acciones diferenciadas:

- Adhesión a los procedimientos de compra centralizada del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).
- Procedimientos de compra de medicamentos y productos sanitarios mediante procedimientos abiertos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).
- Observatorio de precios de medicamentos. Observatorio de precios de adquisiciones de medicamentos de ámbito hospitalario, cuyo objetivo consiste en la optimización de precios de compra de medicamentos del ámbito hospitalario mediante un procedimiento de comunicación a los Servicios de Farmacia, especialmente centrado en los medicamentos exclusivos (cuando no existe en el mercado otro medicamento de igual composición y vía de administración, por lo que no puede ser sustituido por otro fármaco) y que representan una cifra que ronda el 80 por 100 del importe total de las adquisiciones hospitalarias de medicamentos.

Los *acuerdos financieros* son el modelo más tradicional y también el más simple tanto en su diseño como en su aplicación. Consisten en *descuentos simples o dependientes del volumen*, que tratan de contener el gasto pagando el suministro del

producto o servicio a un precio resultante de una negociación comercial entre las partes y sin tener en cuenta los resultados clínicos del producto. Los acuerdos precio/volumen son función del número de unidades adquiridas, pero pueden aplicarse desde el principio o una vez alcanzado un cierto umbral en el volumen de compra.

Estos acuerdos son los que acumulan más experiencia y resultados en la Comunidad de Madrid y permiten abordajes diferentes. El acuerdo marco del infliximab fue uno de los primeros en incluir en un mismo lote un medicamento biológico original y los biosimilares existentes en el mercado. Ha supuesto un ahorro de 6.239.810 de euros en el año 2017 al Servicio Madrileño de Salud. El fraccionamiento industrial de plasma humano proveniente del Servicio Madrileño de Salud para la obtención de medicamentos derivados plasmáticos de uso terapéutico a partir de la sangre de donantes, a través del Centro de Transfusiones de la Comunidad de Madrid, también ha permitido grandes ahorros de recursos públicos. El coste aproximado de los medicamentos así obtenidos resulta a la mitad de los precios de mercado, de manera que se han ahorrado 7.459.873 de euros para el SERMAS, en el año 2017 (Servicio Madrileño de Salud, 2018).

Además de descuentos simples, como los ejemplos anteriores, también se incluyen *acuerdos de techos de gasto*, que consisten en que una vez alcanzado un umbral en un período preestablecido, no se pagan las unidades adicionales adquiridas. Varios acuerdos de techos de gasto han sido negociados desde el Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad, por ejemplo, para medicamentos para el tratamiento de la hepatitis C, o más recientemente, medicamentos oncológicos.

Los acuerdos financieros también se pueden establecer a nivel individual. Pueden ser *techos de gasto individual*, en los que se limita el número de dosis o el máximo importe que el pagador va a reembolsar por paciente (por ejemplo, el pago fijo de un número limitado de semanas de tratamiento para la hepatitis C, independientemente de que algunos pacientes requirieran semanas adicionales de tratamiento). También pueden ser *acuerdos capitativos de coste fijo*, en los que el pagador paga una cantidad fija por cada paciente, tanto si el coste real es más elevado o más bajo del definido. En ambos casos, el pagador se asegura un coste estable en aquellos pacientes que consumen más y elimina la incertidumbre en tratamientos de larga duración o de alta variabilidad en las dosis requeridas. Sin embargo, requieren seguimiento de pacientes, por lo que aumenta la complejidad. Además, es difícil estimar el techo o el coste fijo, en cada caso.

Algunos de estos acuerdos individualizados ofrecen un número de ciclos o dosis, o bien gratuitas o bien con algún descuento adicional, al inicio del tratamiento. Se sigue requiriendo un seguimiento de pacientes, pero el acuerdo se limita en el tiempo solo a las fases de inicio de tratamiento. Esto disminuye el impacto presupuestario solo a corto plazo y sigue teniendo la dificultad de establecer el grado de descuento.

Los acuerdos basados en resultados son modelos de compra

más innovadores y complejos, en los que entran los acuerdos de riesgo compartido y esquemas de pago por resultados. De alguna manera, el reembolso queda condicionado al resultado en salud obtenido con el tratamiento.

Algunos de estos acuerdos establecen el pago del medicamento para los pacientes que responden satisfactoriamente en un período determinado, con lo cual, el precio es reembolsado una vez se conozca el resultado positivo del tratamiento. En otros, el pago se produce en el momento del suministro y el fabricante se compromete a devolver el coste asociado, total o parcial según se haya acordado, de los tratamientos de los pacientes no respondedores. Ambas fórmulas presentan la ventaja de que se paga por el valor real del fármaco y que el propio modelo, a su vez, genera evidencia de la efectividad o los resultados obtenidos en la práctica clínica real. Sin embargo, llevan implícitos algunos inconvenientes, como la dificultad de establecer el criterio «resultado» que determinará el pago o la devolución correspondiente. También es un inconveniente la necesidad de un seguimiento exhaustivo de los pacientes por parte de los profesionales y la monitorización de resultados con la consecuente posible carga administrativa y complejidad operacional. Es clave que para su implantación, los servicios de salud dispongamos de herramientas informáticas válidas, ágiles, simples y fiables que permitan disponer del seguimiento de estos resultados. El registro RUA de hepatitis C que se implantó en la Comunidad de Madrid ha sido un ejemplo claro de su utilidad para el conocimiento de la efectividad

real y de resultados en salud en la práctica clínica.

Existe un modelo de compra más innovador aún y menos extendido, del que no existen experiencias a nivel centralizado en Madrid, que sería el *pago por valor*, en el que el reembolso del producto o servicio viene determinado, no solamente por el resultado clínico del tratamiento, sino por la consecución de objetivos de valor, previamente acordados por ambas partes. Una de las dificultades que esto presenta es la propia definición consensuada del concepto «valor». El «valor» podría relacionarse con costes evitados a medio o largo plazo, tanto costes directos (ingresos, consultas, pruebas, tratamientos, etc.) como indirectos (absentismo, discapacidad, baja laboral, etcétera). También podría relacionarse con resultados cualitativos relacionados con la salud de los pacientes, como el incremento de su satisfacción, la mejora de la calidad de vida, la mejora de determinados indicadores de salud de la población, etcétera.

V. CONCLUSIONES

Tanto el escenario cambiante a nivel legislativo como los nuevos modelos de compra, en los que los agentes implicados, la industria farmacéutica o proveedores, las administraciones sanitarias o pagadores, así como los usuarios o pacientes están modificando sus roles, marcan un futuro innovador y de cambio en la compra pública de medicamentos.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud y para adaptarnos con éxito al nuevo escenario es imprescindible y clave que vayamos evolucionando hacia:

<ul style="list-style-type: none"> – Catálogos centralizados de medicamentos que permitan el análisis de la información. – Establecer procedimientos de compra sistemáticos, homogéneos y ágiles. – Sistemas de información potentes que permitan disponer de información a tiempo real de los productos adquiridos (volumen y precio). – Sistemas de información que permitan también la disponibilidad de información clínica de forma compartida, accesible, a tiempo real y sin cargas adicionales para los profesionales clínicos. – Colaboración y consenso entre los profesionales para el abordaje de las patologías de alto impacto. <p>Todo ello con el objetivo de lograr eficiencia y equidad en la</p>	<p>utilización de los medicamentos y productos sanitarios.</p> <p>BIBLIOGRAFÍA</p> <p>COMUNIDAD DE MADRID. <i>Portal de la Contratación Pública de la Comunidad de Madrid</i>. Recuperado el 8 de julio 2018, de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalContratacion/Page/PCON_home</p> <p>Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid (BOCM n.º 160, de 8 de julio).</p> <p>Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE.</p> <p>IESE BUSINESS SCHOOL (2017). <i>Modelos de compra pública de medicamentos. Análisis de alternativas y experiencias en Europa</i>. IESE. https://media.iese.edu/research/pdfs/ST-0436.pdf</p> <p>Ley 4/2012, de 4 de julio, de modificación de la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para el año 2012, y de medidas urgentes de racionalización del gasto público e impulso y agilización de la actividad económica.</p>	<p>Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público (LCSP), por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.</p> <p>LOBO, F. (2017). <i>La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud Español</i>. Madrid: Funcas.</p> <p>MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2017). <i>Facturación de recetas médicas</i>. Recuperado el 8 de julio 2018, de: https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2017.htm</p> <p>— (2017). <i>Sanidad en datos</i>. Recuperado el 2 de noviembre 2018, de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2017.htm</p> <p>Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.</p> <p>SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD, SERMAS (2018). <i>Memoria 2017</i>. Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Recuperado el 2 de noviembre 2018, de: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020190.pdf.</p>
--	--	---