



Artículo especial

Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España

Inequalities in the financing of medicines among Autonomous Regions in Spain

Ana Vieta* y Xavier Badia

HEOR IMS Health, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2008

Aceptado el 18 de junio de 2008

On-line el 6 de marzo de 2009

La descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS) se completó en 2002 con la transferencia a las 10 comunidades autónomas (CC.AA.) que formaban parte del Instituto Nacional de la Salud. Desde ese momento todas las CC.AA. tuvieron autonomía sanitaria y competencia en materia sanitaria.

En 2003 se aprobó la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003, de 28 de mayo). Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el SNS. En el capítulo 1, sección III, artículo 23, se establece que «todos los usuarios del SNS tendrán acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas en esta Ley en condiciones de igualdad efectiva»¹. Asimismo, la prestación farmacéutica se regirá por lo dispuesto en la Ley 25/1990 del Medicamento² (actualmente derogada por la Ley 29/2006³, de 26 de julio, sobre garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), por la normativa de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables, y por el anexo V dedicado a la prestación farmacéutica del Real Decreto (RD) 1030/2006⁴ que establece la cartera de servicios comunes del SNS.

La Ley de Cohesión y Calidad determina que las CC.AA., en el ámbito de sus competencias, son las encargadas de aprobar sus respectivas carteras de servicios, las cuales deben incluir como mínimo las indicadas por el SNS. Como prestaciones adicionales, en Extremadura se regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores y otros colectivos⁵. En Galicia se prevén algunas prestaciones complementarias, bajo determinados requisitos, de carácter ortoprotésico, transporte

sanitario, dietoterapia y técnicas de tratamiento respiratorio a domicilio (Ley 7/2003)⁶. Y en Aragón se prevé la posibilidad de incorporar los beneficios de los tratamientos complementarios como acupuntura, homeopatía, osteopatía-quiropática y medicina natural (Medida 27, en las Estrategias de Salud 2003–2007)⁷. Además, algunas CC.AA. han introducido prestaciones como la atención bucodental infantil, la planificación familiar o la atención con anestesia epidural, así como la financiación de algunas prestaciones farmacéuticas⁸. La prestación farmacéutica del SNS integra medicamentos, efectos y accesorios, y fórmulas magistrales.

Como es sabido, la ampliación del catálogo de prestaciones básicas no ha sido homogénea entre CC.AA. Sin embargo, se desconoce el alcance de estas desigualdades en la prestación farmacéutica de medicamentos. Debido a ello, el objetivo del presente trabajo consiste en identificar las prestaciones adicionales al catálogo del SNS en medicamentos por CC.AA., es decir, en determinar las diferencias en la financiación pública de medicamentos entre CC.AA.

Método

El método utilizado ha consistido en la revisión sistemática de la bibliografía. Dado el tema de la revisión, la búsqueda se centró en fuentes nacionales; no obstante, se completó en bases de datos internacionales.

Se revisaron las bases de datos Índice Médico Español y SciELO, así como de la hemeroteca de la editorial Doyma, los boletines oficiales de las CC.AA. y del Estado (BOE) en TodaLaLey.com, y las páginas web de las consejerías de salud de las diferentes CC.AA. Se procedió a una búsqueda en las páginas web de la Asociación de Economía de la Salud, Asociación Madrileña de Administración Sanitaria, Red Española de Atención Primaria, Sociedad Española

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avieta@es.imshealth.com (A. Vieta).

de Epidemiología, Asociación Jurista de la Salud, Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears, y Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias. En todas ellas se revisaron informes, libros, presentaciones, comunicaciones, jornadas, congresos, documentos, resoluciones, noticias y comunicados. Se realizó además una búsqueda con el buscador Google y una revisión de la prensa general y especializada (*El Médico Interactivo*, *El Global*, *Correo Farmacéutico*, *PMFarma*, *Diario Médico*) para la localización de informes o noticias relacionadas. Las palabras clave utilizadas fueron: «prestaciones sanitarias», «prestaciones farmacéuticas», «desigualdades», «acceso», «financiación», «reembolso», «economía», «productos farmacéuticos», «medicamentos», «vacunas», «productos éticos», «productos farmacéuticos publicitarios», «SNS» y el nombre de cada comunidad autónoma.

Por último, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica publicada en la bases de datos Medline y Cochrane Library Plus. Se realizó una búsqueda sensible utilizando términos MeSH independientes y posteriormente se llevó a cabo una búsqueda específica añadiendo términos booleanos y límites. La estrategia utilizada fue: «Reimbursement Mechanisms» [Mesh] OR «Reimbursement, Incentive» [Mesh] OR «Financing, Organizad» [Mesh] OR «Financing, Government» [Mesh] OR «economics» [Sub-heading] OR «Economics, Pharmaceutical» [Mesh] AND («Pharmaceutical Preparations» [Mesh] OR «Vaccines» [Mesh] OR «ethic products» OR OTC OR «preventive products» OR «non prescription drugs») AND «Spain» [Mesh].

Los idiomas de la búsqueda fueron el inglés y el español, y ésta se limitó del 1 de enero de 1993 hasta el 15 de junio de 2007. La recuperación de los documentos se realizó por internet y por contacto directo con la red de bibliotecas nacionales.

Resultados

Los resultados de la búsqueda, tras la eliminación de los documentos no relevantes y de los que contenían información duplicada, son: 9 documentos de derecho legislativo de diarios oficiales de las CC.AA., 2 documentos de trabajo del SNS, 3 noticias de prensa, 6 artículos, 3 noticias publicadas por las CC.AA., 2 planes de salud y una instrucción autonómica.

Para facilitar la exposición de los resultados, los documentos encontrados se han agrupado según el tipo de medicamento al que hacen referencia (medicamentos excluidos del SNS por los RD 83/1993 y 1663/1998, productos para la deshabituación tabáquica, medicamentos para la disfunción eréctil, píldora poscoital y vacunas) y a la especial aportación económica de que gozan determinados grupos de pacientes.

Financiación de medicamentos excluidos de los Reales Decretos 83/1993 y 1663/1998

La financiación selectiva de medicamentos llevada a cabo por el gobierno establece que no se financiarán con fondos públicos los medicamentos cuyas indicaciones sean sintomatológicas o para síndromes menores, así como los subgrupos o categorías de medicamentos cuya financiación pública no se estime necesaria. De acuerdo con el principio de financiación selectiva, por el RD 83/1993⁹ (BOE, 19 de febrero) y su ampliación, RD 1663/1998 (BOE, 25 de julio)¹⁰, se recortaron los medicamentos financiados a cargo del SNS. Ambos decretos eliminaron de la financiación pública fármacos considerados de utilidad terapéutica baja, tales como suplementos alimentarios, anabolizantes, productos contra la obesidad, productos cuya finalidad terapéutica fuera la de higiene o para síntomas o síndromes dermatológicos y aquéllos destinados a síntomas menores.

El RD 1663/1998¹⁰ no fue bien acogido por los gobiernos autonómicos, y ello llevó a que tanto Navarra como Andalucía asumieran para ciertos medicamentos excluidos del SNS la aportación establecida para las prestaciones farmacéuticas del SNS. En Navarra el Decreto Foral 258/1998¹¹, de 1 de septiembre, y en Andalucía el Decreto 159/1998, de 28 de julio, regulan la financiación de estos medicamentos^{12,13}. Tales decretos establecen la prestación complementaria de antiespasmódicos y anticolinérgicos gastrointestinales, cicatrizantes, corticoides tópicos, preparados contra el acné, antisépticos de uso ginecológico, antisépticos y antiinfecciosos urinarios, antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos, miorrelajantes de acción central, psicolépticos, expectorantes, antiasmáticos, productos oftalmológicos e inmunoreguladores.

Productos para la deshabituación tabáquica

El consumo de tabaco es un indiscutible factor de riesgo para numerosas enfermedades y la principal causa prevenible o evitable de pérdida de salud y de muerte prematura en los países desarrollados. Ante esta situación cada comunidad autónoma implementa sus programas, cursos de prevención y ayuda a la deshabituación, y desarrolla los reglamentos necesarios para contribuir al abandono de este hábito.

Los programas regionales para dejar de fumar, comprendidos en los planes regionales, presentan una enorme variabilidad entre sí. Pueden ir destinados a grupos poblacionales determinados (embarazadas, profesionales sanitarios, personal de la Administración pública) o a toda la población. Se desarrollan en centros de atención primaria o centros especializados en el tratamiento del tabaquismo. En éstos se mantienen entrevistas individuales y, según el grado de dependencia y el estado de motivación del paciente, se establece el plan de atención, que podrá contemplar asistencia a grupos de ayuda psicológica y, en caso necesario, tratamiento farmacológico. Aunque casi todas las CC.AA. financian programas de deshabituación tabáquica, no en todas se financian los tratamientos farmacológicos.

En Navarra, a partir del 16 de junio de 2003, mediante el Decreto Foral 139¹⁴, se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda para dejar de fumar. Por este decreto tienen acceso a dicha prestación los residentes en Navarra que se acojan a los programas de ayuda para dejar de fumar que promueve el Plan Foral de Acción sobre el Tabaco. Se realiza a través de la red de atención primaria, con tratamiento individual y grupal, y se financia el tratamiento sustitutivo de nicotina (parches transdérmicos de 30; 20, y 10 mg) y bupropión en las mismas condiciones establecidas para el resto de prestaciones farmacéuticas del SNS. En La Rioja, la Consejería de Salud financia totalmente los tratamientos farmacológicos destinados a lograr una mayor efectividad en el proceso de abandono del tabaco en los fumadores riojanos¹⁵. En Extremadura¹⁶ los tratamientos farmacológicos se financian a través de los centros de drogodependencias, y en Madrid¹⁷, en la Unidad de la Princesa y unidades de las consultas adscritas de atención primaria. En Andalucía¹⁸, Castilla-La Mancha¹⁹ y Cataluña²⁰ se oferta ayuda a ciertos colectivos, tales como los empleados de la Administración sanitaria y pública. En Cantabria²¹ y Cataluña²⁰ se ofrecen los productos para dejar de fumar, sin cargo alguno, a los pacientes hospitalizados.

Píldora poscoital

El catálogo nacional del SNS no establece entre sus prestaciones básicas todos los métodos anticonceptivos. Por ello, adicionalmente, cada comunidad autónoma decide cuáles correrán a

cargo de su presupuesto. Entre los métodos anticonceptivos, en 2001 el Ministerio de Sanidad aprobó el uso de la píldora poscoital en España. La píldora poscoital es un anticonceptivo de urgencia al que se puede recurrir cuando falla o no se ha usado un método anticonceptivo planificado.

Andalucía fue la primera comunidad en financiar la píldora poscoital, en 2001²². Otras comunidades donde la píldora poscoital está financiada son: Aragón, Asturias²³, Canarias, Cantabria, Cataluña²⁴, Extremadura, Galicia, Navarra y Baleares²⁵. En estas comunidades se han establecido registros para determinar las características del receptor y el uso realizado. No se observan problemas de accesibilidad y se dispensa gratuitamente en urgencias hospitalarias y en centros de atención primaria^{26,27}.

Tratamiento para la disfunción eréctil

Una de las causas de la disfunción eréctil es la lesión medular. En estas circunstancias se produce la interrupción traumática o por cualquier otra etiología de la médula espinal. El mayor porcentaje de pacientes con lesión medular corresponde a la franja de edad de 20 a 40 años, y casi el 80% de ellos son varones. Actualmente están comercializados medicamentos por vía oral para el tratamiento de la disfunción eréctil que no están financiados por el SNS y que constituyen la primera línea de tratamiento no agresiva y de alta efectividad.

Las CC.AA. que financian estos tratamientos para pacientes con lesión medular son: Comunidad Valenciana²⁸, Murcia²⁹, Baleares²⁵ y Castilla-La Mancha³⁰. La Comunidad Valenciana (Orden de 29 de junio de 2006)²⁸ financia el 100% del tratamiento para pacientes con lesiones medulares, entre ellas la espina bífida, la esclerosis múltiple y lateral amiotrófica. Los medicamentos deben ser prescritos por especialistas y contener los principios activos sildenafil, tadalafil y vardenafil. En Murcia (Orden de 25 de enero de 2007)²⁹ la cuantía de las ayudas individualizadas podrá alcanzar hasta el equivalente al 100% del importe de los gastos correspondiente a 2 dosis de 50 mg semanales, estableciéndose un máximo de 1.079€ por beneficiario y año.

Vacunas

La planificación y gestión de los programas de inmunización está en manos de las CC.AA., por lo que éstas establecen su propio calendario de vacunación, se aseguran de su ejecución y pueden elegir la posibilidad de ofrecer otras vacunas adicionales al paquete acordado para el ámbito nacional. El resultado de este traslado de competencias es una gran diversidad en el calendario de vacunación tanto en su contenido como en las pautas temporales de administración, que dependen de la comunidad autónoma de residencia³¹.

Forman parte de estos calendarios de vacunación 2 vacunas no incluidas en el catálogo nacional: la antineumocócica conjugada y la de la varicela.

Comercializada en España en junio de 2001, la vacuna conjugada contra el neumococo se incluyó en el calendario madrileño en noviembre de 2006 para los niños nacidos a partir del 1 de septiembre de 2006, contraviniendo la recomendación del Consejo Interterritorial del SNS³². De este modo, la Comunidad de Madrid se convirtió en la primera de nuestro país que recomienda de manera oficial y con cargo a los presupuestos públicos la vacunación frente a la enfermedad neumocócica a partir de los 2 meses de edad, siguiendo el ejemplo de países como EE.UU., Canadá, Reino Unido y Alemania.

Todas las consejerías de sanidad, excepto la de Canarias, han incorporado la vacuna contra la varicela al calendario vacunal, siguiendo la recomendación del Ministerio de Sanidad, dirigida a

la prevención en grupos de riesgo, de vacunar a los adolescentes que no hayan pasado aún la enfermedad. Sin embargo, Madrid y Navarra, siguiendo lo recomendado por la Asociación Española de Pediatría, incorporan en sus calendarios la vacunación universal contra la varicela a los 15 meses de edad, en Madrid desde la implantación del nuevo calendario de vacunación infantil, octavo publicado hasta la fecha³³, y en Navarra para todos los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2006, medida que se aplica desde el 1 de abril de 2007³⁴.

Diferencias en la aportación económica para determinados grupos de pacientes

Algunas CC.AA. disminuyen la aportación económica y otras financian el 100% de los medicamentos prescritos a determinados colectivos. En el primer caso se encuentra Castilla y León, que presenta una aportación reducida para antifúngicos y antivíricos en pacientes con cáncer, y en el segundo, la Comunidad Valenciana, que financia el coste total de las especialidades con los principios activos rifabutina, rifampicina, isoniacida, piracinamida y etambutol para el tratamiento de la tuberculosis³⁵. Otro ejemplo es Extremadura, donde se financia la totalidad del coste de medicamentos prescritos a familias numerosas y a pacientes con enfermedad crónica menores de 14 años³⁶.

Discusión

En la presente revisión se han encontrado diferencias en la financiación de determinados medicamentos o grupos terapéuticos. Los pacientes de Navarra y Andalucía son los únicos que tienen derecho a algunos de los productos excluidos por el RD 83/1993 y su ampliación 1663/1998. En Navarra, La Rioja, Extremadura y Madrid se financian los productos para la deshabituación tabáquica a toda la población que lo desee, mientras que en Cantabria y Cataluña sólo a determinados colectivos. La píldora poscoital se financia en Andalucía, Cantabria, Cataluña, Canarias, Aragón, Asturias, Baleares y Galicia. Los medicamentos por vía oral para el tratamiento de la disfunción eréctil por lesión medular se financian en Valencia, Murcia, Baleares y Castilla-La Mancha. También se han encontrado diferencias en el modo de financiación de ciertos fármacos para determinados grupos de pacientes. Tal es el caso de Castilla y León, que presenta aportación reducida en antifúngicos y antivíricos en pacientes con cáncer; Extremadura, donde se financia la totalidad del coste de los fármacos prescritos a familias numerosas y a pacientes con enfermedad crónica menores de 14 años, y Valencia, que financia el coste total del tratamiento de la tuberculosis.

Las diferencias encontradas no son de extrañar, ya que la descentralización política y económica implica romper las pautas uniformes de provisión de servicios sanitarios para adaptarlas a las necesidades de cada comunidad. Consecuentemente, la descentralización conduce a diferencias entre CC.AA. en la provisión de servicios sanitarios y de medicamentos. No obstante, el SNS busca garantizar la equidad, calidad, seguridad y efectividad de la asistencia sanitaria, que incluye la farmacéutica, entendiendo por equidad en este caso la equidad horizontal (tratamiento igual para igual necesidad): la provisión de servicios de salud debe ser independiente del lugar de residencia de los ciudadanos.

Contra poniendo ambos argumentos, habría que plantearse si las divergencias en la financiación de medicamentos entre CC.AA. son razonables; es decir, en qué grado se perciben como causa de inequidad y si verdaderamente se redistribuyen los recursos de acuerdo con las preferencias de la población. ¿Prefiere la población de Cataluña tener acceso gratuito a la píldora poscoital,

tal y como lo tiene, o preferiría tener financiados los tratamientos para la disfunción eréctil? Si la respuesta se desconoce, el sistema de priorización en la asignación de recursos para financiar un medicamento determinado y no otro no cuenta con la participación ciudadana. Entonces ¿cuáles son los criterios utilizados por los gobiernos autonómicos? A priori, conocidos son el deseo de complacer al electorado y las relaciones entre los diferentes actores involucrados (asociaciones de pacientes, industria farmacéutica, departamentos de los servicios regionales de salud, etc.). Sin embargo, se desconocen los canales y los trámites que deben seguir los fármacos no subvencionados por el SNS si desean optar a la financiación autonómica. De igual modo, se desconoce públicamente el alcance de estas desigualdades, como se ha constatado con las pocas referencias encontradas en la revisión, posiblemente por ser un tema sensible y no exento de controversia.

Estas desigualdades pueden tender a incrementarse en los años sucesivos debido a la creciente autonomía de las comunidades para implantar sus políticas regionales. Nota de ello, con fecha posterior al cierre de esta revisión, es la autorización de comercialización en España de la vacuna contra el virus del papiloma humano. Dicha vacuna no está financiada, aunque sí recomendada, por el SNS y corre a cargo de las CC.AA. su financiación. A pesar de que todas las CC.AA. han manifestado su intención de incluirla en sus respectivos calendarios de vacunación y de este modo financiarla, no todas han iniciado el proceso y sólo algunas han empezado con la vacunación. Todavía más reciente es la resolución relativa a la Armonización de Criterios de Utilización de Medicamentos en los Centros del Servicio Andaluz de Salud (SAS)³⁷. De acuerdo con lo dispuesto en dicha resolución, el SAS establecerá los criterios de inclusión o exclusión de los medicamentos o nuevas indicaciones autorizadas en los últimos años por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en las Guías Farmacoterapéuticas del SAS, siendo éstas de obligatorio cumplimiento. Asimismo, el SAS establecerá la utilización de medicamentos en indicaciones no aprobadas por la ficha técnica de la AEMPS. Por consiguiente, esta resolución vulnera la garantía a la equidad en el acceso a los productos farmacéuticos entre Andalucía y las otras CC.AA.

Llegados a este punto, debemos plantearnos el límite de aceptación de estas desigualdades y si éstas pueden tener un impacto en los indicadores sanitarios y, por consiguiente, en la salud de la población. Por ejemplo, si, como parece demostrado, los productos para la deshabituación tabáquica ayudan a dejar este hábito, que supuestamente es un factor de riesgo importante para numerosas enfermedades, entre ellas el cáncer de pulmón, ¿puede una comunidad autónoma tener una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón inferior o superior a otra debido a esta financiación diferencial? Ésta y otras preguntas relativas a la morbilidad y mortalidad de la población deben investigarse adecuadamente en el futuro.

En definitiva, se observan diferencias entre CC.AA. en la financiación pública de medicamentos considerados de utilidad terapéutica baja, de estilos de vida, de fin preventivo o de salud pública. Estas diferencias pueden tender a incrementarse en los próximos años. No se conoce públicamente el proceso de decisión referido en las CC.AA. para aceptar la financiación de un medicamento excluido de la financiación del SNS. Es necesario incorporar las preferencias de la población en la toma de decisiones sobre qué medicamentos adicionales de deben financiar, y determinar cómo la inequidad de acceso a los medicamentos repercute en la salud de la población por CC.AA.

Bibliografía

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, de 29 mayo 2003 (RCL 2003, 1412).
2. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm. 306, de 22 de diciembre de 1990.
3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE núm. 178, de 27 de julio de 2006.
4. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.
5. Decreto 55/2006, de 21 de marzo, por el que se regula la concesión de subvenciones destinadas a la financiación de determinados productos y tratamientos ortoprotésicos para las personas mayores y otros colectivos y se establece su convocatoria. Diario Oficial de Extremadura, del 18 de abril de 2006.
6. Ley 7/2003, de 9 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Galicia. DOG núm. 246, de 19 de diciembre de 2003.
7. Departamento Salud, Consumo y Servicios Sociales. Estrategias de salud 2003-2007. Disponible en: http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/FOLDER/INF_SANITARIA/ESTRATEGIAS
8. González López-Valcárcel B, Barber P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Laboratorio de Alternativas. Documento de trabajo 90/2006.
9. Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 43, de 19 de febrero de 1993.
10. Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad. BOE núm. 177, de 25 de julio de 1998.
11. Decreto Foral 258/1998, de 1 de septiembre, por el que se establece la prestación complementaria de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial de Navarra, núm. 105, de 2 de septiembre de 1998.
12. Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Consejería de Salud. BOJA núm. 91, de 13 de agosto de 1998.
13. Vidal C. El desarrollo legislativo de la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento y el Uso Racional del Medicamento. Su problemática. DS. 2001;9:151-68.
14. Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, de Navarra, que establece las condiciones de acceso a las prestaciones farmacológicas de ayuda a dejar de fumar. BCFN núm. 85, de 4 de julio de 2003.
15. Rioja Salud. Salud financiará tratamientos con fármacos a los pacientes que deseen abandonar el hábito tabáquico. 14 de junio de 2007. Disponible en: www.riojasalud.es
16. Sociedad Española de Especialistas en Tabaco. Un millar de cacereños combaten su adicción al tabaco en el centro de drogodependencias. HoyDigital, 31 de enero de 2005. Disponible en: http://www.sedet.es/secciones/noticias/noticias.php?id_categoria=7&anyo=2005&mes=1
17. Toledo Pallarés J. Planes de tabaquismo: una realidad. Prev Tab. 2002;4: 117-9.
18. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010. Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2005. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planes/PlanTabaco.pdf>
19. SESCAM. Fármacos para la deshabituación tabáquica. Revista de la Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. Primaria Hoy. Disponible en: <http://seacam.jccm.es/web/gaptalavera/home.jsp>
20. Gencat. Departament de Salut. Institut Català de Salut (ICS). Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir469/index.html>
21. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Salud Pública, Drogodependencia, Plan Control del Tabaquismo. Plan de Prevención y Control del Tabaquismo de Cantabria para el período 2004-2007.
22. Martínez E. El uso de la píldora del día después aumenta un 38%. Instituto de Sexología Al-Andalus. 31 de diciembre de 2003. Disponible en: www.sexandalus.org/home/index.php?id=521
23. Zariquiegui P. La demanda de la píldora poscoital supera las previsiones de Salud. La Voz de Asturias, 13 de julio de 2006. Disponible en: www.lavozdeasturias.com/noticias/noticia.asp?pkid=284038
24. CatSalut. Instrucció 03/2005. Implantació del Programa d'anticoncepció d'emergència en el CatSalut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 17 de mayo de 2005.
25. Navarro A. Cohesión farmacéutica: una necesidad. Rev Adm Sanit. 2004;2: 61-75.
26. Gainer E, Blum J, Toverud EL, Portugal N, Tyden T, Nesheim BI, et al. Bringing emergency contraception over the counter: experiences of non prescription users in France, Norway, Sweden and Portugal. Contraception. 2003;68: 117-24.
27. Observatorio de Salud de la Mujer. Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España. Federación de Planificación Familiar de España. DG de Calidad del SNS. 29 de junio 2006. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/plancalidadsns/pdf/equidad/estudio%20salud%20sexual%20y%20reproductiva.%Observatorio.pdf
28. Orden de 29 de junio de 2006, de la Conselleria de Sanitat, por la que se establece la financiación de determinados medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil a lesionados medulares. DOGV núm. 5314, de 31 de julio de 2006.

29. Orden de 25 de enero de 2007, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las bases reguladoras de las ayudas del Servicio Murciano de Salud, a personas afectadas de lesión medular. BORM núm. 41, de 19 de febrero de 2007.
30. SESCAM. La Junta ofrecerá medicamentos orales a lesionados medulares para el pleno desarrollo de su sexualidad. 10 de mayo de 2007. Disponible en: <http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/noticias/23186MedicSexMedular.html>
31. Merino Moína M. Vacunas infantiles: ¿cuál es nuestro papel como pediatras de atención primaria? Foro Pediátrico. 2007. Disponible en: <http://www.spapex.org/pdf/vacunas.pdf>
32. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunaciones recomendado 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/c2006.pdf>
33. Orden 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid. BOCM núm. 253, de 24 de octubre de 2006.
34. Orden Foral 133/2006, de 13 de diciembre, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra. BON núm. 4, de 8 de enero de 2007.
35. Orden de 6 de marzo de 2002, por la que se establecen las condiciones de financiación, para los pacientes con tuberculosis, de las especialidades con los principios activos: rifabutina, rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. DOGV 4212, de 18 de marzo de 2002.
36. Navarro A. Cohesión farmacéutica: una necesidad. *Ars Médica (Revista de Humanidades)*. 2003;2:199–209.
37. Resolución 0089/08 de 21 de febrero de 2008. Armonización de Criterios de Utilización de Medicamentos en los Centros del Servicio de Andaluz de Salud. Sevilla: Secretaría General del SAS; 2008.