



# Análisis de la implementación de los Informes de Posicionamiento Terapéutico en España

MÍRIAM SOLOZABAL, LAURA PLANELLAS, ELISABET VIAYNA, NEUS CANAL.

Health Economics & Outcomes Research. Real-World Insights. IQVIA España.

## Resumen

**Objetivos:** Los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPTs), que permiten posicionar los nuevos productos dentro del mercado español, se implementaron para contribuir al uso racional del medicamento y para promover la equidad de acceso en todo el territorio. El objetivo del estudio es revisar el cumplimiento de los criterios para la elaboración de los IPTs y ver si existen diferencias en su tiempo de elaboración en relación con diferentes variables de interés.

**Métodos:** Se incluyeron todos los medicamentos con opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP positivo) desde mayo del 2013 hasta diciembre del 2017, autorizados en España y susceptibles de tener IPT. La información de interés sobre los medicamentos incluidos se obtuvo de las páginas web de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y de BotPlus. La información relacionada con los IPTs se obtuvo de los informes publicados en la página web de la AEMPS. Se analizó la relación entre el tiempo de elaboración de los IPTs y las siguientes variables: tiempo de negociación de precio y financiación (PyF), área terapéutica de los medicamentos, tipo de dispensación, coste/tratamiento/día y especificación de indicación en el IPT.

**Resultados:** Se obtuvieron 197 medicamentos candidatos a tener un IPT, y el 93,2% lo tenía iniciado. La mediana de tiempo de elaboración era de unos 7 meses, siendo esta tendencia decreciente en el tiempo. La mayoría de los IPTs estaban disponibles para la negociación de PyF (89%), y se observó una relación positiva entre el tiempo de negociación y el tiempo de elaboración de los IPTs. El IPT se elaboró más rápidamente en los medicamentos hematológicos (4,2 meses), en los de uso y diagnóstico hospitalario y en los de mayor coste. No se observaron diferencias de tiempo relacionadas con las especificaciones finales de los IPTs.

**Conclusiones:** En el presente estudio se observa que el tiempo de elaboración de los IPT es menor para los medicamentos de mayor coste, de uso o diagnóstico hospitalario y pertenecientes a determinadas áreas terapéuticas, lo cual podría indicar una posible priorización de la evaluación de este tipo de medicamentos. A pesar de estas diferencias, en la actualidad, se cumplen los principales criterios de elaboración de los IPTs, demostrando que son una herramienta útil y bien establecida a nivel nacional para el posicionamiento de un nuevo medicamento.

**Palabras clave:** informe de posicionamiento terapéutico, precio y reembolso, acceso al mercado, política sanitaria.

## Abstract

**Objectives:** Therapeutic Positioning Reports (IPTs), which enable the positioning of new products within the Spanish market, were implemented to contribute to the rational use of drugs and to promote equity of access throughout the country. The aim of this study is to review the fulfilment of IPT development criteria and to analyse if IPT development time differs based on different variables of interest.

**Methods:** All drugs that obtained a positive opinion from the Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP) between May 2013 and December 2017, that were subsequently authorised to be commercialized in Spain and were eligible for IPT development, were included. Relevant information on included drugs was obtained from the European Medicines Agency (EMA), the Spanish Agency of Medicines and Medical Devices (AEMPS) and BotPlus websites. IPTs related information was obtained from reports published on AEMPS website. The correlation between IPT development time and the following drug variables was analysed: negotiation time for pricing and reimbursement (P&R), therapeutic area, type of dispensation, daily treatment cost and IPT indication specification.

**Results:** Overall, 197 drugs were candidates for IPT development, with a 93.2% having an IPT already initiated. Median time for IPT development was 7 months, with a downward trend over time. Most IPTs were available at the time of P&R negotiation (89%), and a correlation between P&R negotiation time and IPT development time was observed. IPTs were developed more rapidly in haematological drugs (4.2 months), in hospital use and hospital diagnosis drugs and in those with higher cost. No time differences were observed related to IPT final specifications.

**Conclusions:** The present study shows some differences in IPT development time, this being lower for drugs with a higher cost, hospital use and hospital diagnosis drugs and for some therapeutic areas, potentially indicating a possible prioritization of the evaluation of certain drugs. Despite these differences, the main criteria for IPT development are currently met, showing that it is a useful and well-established tool for the positioning of a new product at a national level.

**Key words:** therapeutic positioning report, pricing and reimbursement, market access, health policy.

## INTRODUCCIÓN

En España, en los últimos años, la crisis económica y el creciente número de lanzamientos de fármacos innovadores ha llevado a la implementación de medidas que tratan de garantizar el acceso de estos nuevos medicamentos sin comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario. Son muchos los cambios regulatorios que se han ido implementando<sup>1</sup>, siendo el Real Decreto Ley 16/2012<sup>2</sup> una de las medidas con mayor impacto en la contención del gasto sanitario.

Aun así, el acceso al mercado de los medicamentos innovadores sigue representando un reto para el Sistema Nacional de Salud (SNS)<sup>3</sup>. El tiempo requerido para la decisión sobre precio y financiación (PyF) de estos medicamentos ha ido aumentando<sup>4,5</sup>, siendo superior a los 6 meses señalados por la legislación vigente. Por otro lado, últimamente se han detectado diferencias en el acceso de los medicamentos en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), e incluso entre hospitales<sup>7-10</sup>. Especialmente relevante fue la publicación de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), en la que se detecta la heterogeneidad en el acceso regional y hospitalario de fármacos oncológicos, tanto en las evaluaciones de las Comisiones como en la duración del proceso<sup>11</sup>.

El documento marco para la elaboración de los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPTs) se aprobó el 21 de mayo del 2013<sup>12</sup>. Los IPTs se implementaron con el objetivo de contribuir al uso racional del medicamento y promover la equidad en el acceso entre las CCAA. Así pues, en base a la evidencia científica disponible, muestran la posición que un nuevo medicamento ocupará en el mercado español en comparación con otras alternativas terapéuticas disponibles, lo que permite que sean una de las bases de la financiación selectiva de

### Autor para correspondencia

Miriam Solozabal Coll  
Calle Juan Esplandiú 11, 6ª planta  
28007 Madrid  
Teléfono: 610 177 056  
E-mail: miriam.solozabal@iqvia.com



nuevos medicamentos y que ayuden a la fijación de precios y a la posterior incorporación de los medicamentos en la práctica clínica.

Los IPTs se realizan en un marco de trabajo conjunto en el que la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) es la que coordina el sistema de evaluación, con la participación de la Dirección General de Cartera Básica del Servicio Nacional de Salud y Farmacia (DGCBSF) y las CCAA. Concretamente, los informes son elaborados por un Grupo de Evaluación y la versión final es presentada al Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico (GCPT), integrado por representantes de la AEMPS y de dos CCAA, que posteriormente remite el IPT a la DGCBSF<sup>12</sup>.

Según el documento marco, se deben elaborar IPTs de todos los medicamentos con opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP positivo) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), el tiempo de elaboración debe ser de unos 3 meses y deben estar disponibles para la decisión de PyF. A pesar de que el desarrollo de los IPTs se implementó como una medida para facilitar la equidad en el acceso a los medicamentos y contribuir al uso racional, en algunos sectores han sido percibidos como una barrera regulatoria más<sup>3</sup>. Además, en algunos casos, como en el de los anticoagulantes orales, las sociedades científicas han considerado el IPT como insuficiente e ineficaz para solventar la inequidad que sufren los pacientes en comparación con otros países europeos<sup>13</sup>.

El objetivo de este estudio es revisar el cumplimiento del documento marco para la elaboración de los IPTs en base a los criterios previamente definidos, así como ver si existen diferencias en el tiempo de elaboración de los mismos en función del área terapéutica, el coste del tratamiento diario o su dispensación. Finalmente, también se analiza si el posicionamiento final del IPT es diferente a la indicación terapéutica.

## METODOLOGÍA

Se incluyeron en el estudio todos aquellos medicamentos con CHMP positivo desde la fecha de publicación del documento marco de

elaboración de los IPTs (mayo del 2013) y hasta el 31 de diciembre del 2017, autorizados en España y susceptibles de tener IPT.

A través de la página web de la EMA<sup>14</sup> se obtuvo el listado de medicamentos de uso humano con CHMP positivo entre mayo del 2013 y diciembre del 2017, extrayendo el nombre comercial, el principio activo y la fecha de CHMP positivo. Para cada medicamento incluido en el listado extraído de la EMA, se recogieron las fechas de autorización en España de la página web de la AEMPS<sup>15</sup> y las fechas de comercialización publicadas en la página web del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (BotPlus), que se asumieron como fechas de PyF<sup>16</sup>. El tiempo de negociación de PyF se asumió como la diferencia de tiempo (en meses) entre la fecha de aprobación de la AEMPS y la fecha de comercialización del medicamento en España.

Se calculó el porcentaje de medicamentos con CHMP positivo y aprobados por la AEMPS que disponían de IPT, excluyendo del análisis los medicamentos retirados y aquellos en los que se acuerda no realizar IPT (según se indica en los informes de las reuniones mensuales del GCPT)<sup>17</sup>. Únicamente se analizaron los IPTs de la primera indicación de cada medicamento.

A partir de los informes de las reuniones mensuales del GCPT<sup>16</sup>, se obtuvieron las fechas de inicio de elaboración de los IPTs y las fechas en las que los IPTs se enviaron a la DGCBSF, definidas como las fechas en las que los IPTs estaban disponibles para la negociación de PyF. El tiempo de elaboración de los IPTs se calculó como la diferencia de tiempo entre la fecha de inicio del IPT y la fecha de envío a la DGCBSF en meses (mediana, mínimo y máximo) para el total de los IPTs identificados en todo el periodo en estudio, para cada año del periodo estudiado (de 2013 hasta 2017) y para todos los subgrupos analizados.

En la página web de la AEMPS, se identificaron todos los IPTs publicados desde mayo de 2013 hasta diciembre de 2017 y se recogió el área terapéutica de cada uno<sup>18</sup>. De cada informe se extrajo la indicación del medicamento y las consideraciones finales del GCPT, a partir de las cuales se analizó la posible existencia de restricciones de uso.

El coste del tratamiento por día de los medicamentos incluidos se calculó a partir del precio de venta del laboratorio (PVL) y de la dosis diaria definida (DDD). El PVL se obtuvo de BotPlus<sup>15</sup>, mientras que la DDD se extrajo de la página web de la Organización Mundial de la Salud<sup>19</sup>. Cuando la DDD no estaba disponible, ésta se calculó a partir de la posología indicada en la ficha técnica del producto publicada por la AEMPS<sup>14</sup>.

Los medicamentos se clasificaron en función del área terapéutica, el tipo de dispensación según la AEMPS (dos grupos: uso y diagnóstico hospitalario o sujeto a prescripción médica), el coste/tratamiento/día (clasificados en tres grupos según los terciles: <16,82€/día, entre 16,82 y 198,66€/día y >198,66€/día, denominados de coste bajo, coste medio y coste alto, respectivamente), y en función de si se hacía o no una especificación del uso del medicamento sobre la indicación por ficha técnica en las consideraciones finales del GCPT del IPT. Para cada uno de los subgrupos definidos, se calculó el porcentaje de medicamentos cuyo tiempo de elaboración del IPT era superior a la mediana (7 meses) y se analizó si existían diferencias en función de las variables mencionadas. Se realizaron pruebas de significación mediante

el test de chi-cuadrado de Pearson para cada una de las clasificaciones anteriores.

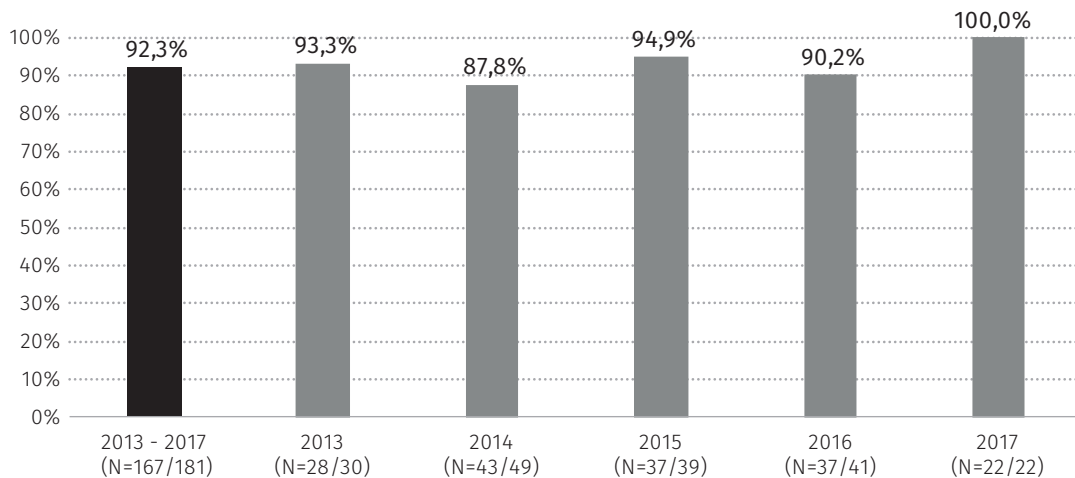
Así, se analizó si el tiempo de elaboración de los IPTs variaba según el área terapéutica, el tipo de dispensación, el coste/tratamiento/día y la restricción de la indicación por parte del GCPT, y se analizó la relación entre el tiempo de negociación de PyF y el tiempo de elaboración de los IPTs. Adicionalmente se describió la mediana de coste/tratamiento/día estratificando los medicamentos en función de si el GCPT había restringido su indicación.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 197 medicamentos candidatos a tener IPT – medicamentos con CHMP positivo (entre el 23 de mayo del 2013 y el 31 de diciembre del 2017) y aprobados en España. Según el GCPT, en 15 de ellos no era necesario realizar un IPT y el desarrollo del IPT de uno de los medicamentos se paralizó (Respreeza®, inhibidor de la proteinasa alfa-1), por lo que finalmente se obtuvieron 181 medicamentos candidatos a tener IPT. El 93,2% (n=167) de los medicamentos incluidos disponían de IPT iniciado (Figura 1).

**FIGURA 1**

PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS APROBADOS EN ESPAÑA Y CON IPT INICIADO, SEGÚN AÑO DE OPINIÓN POSITIVA DEL CHMP



N: número de informes

Fuente: Elaboración propia.

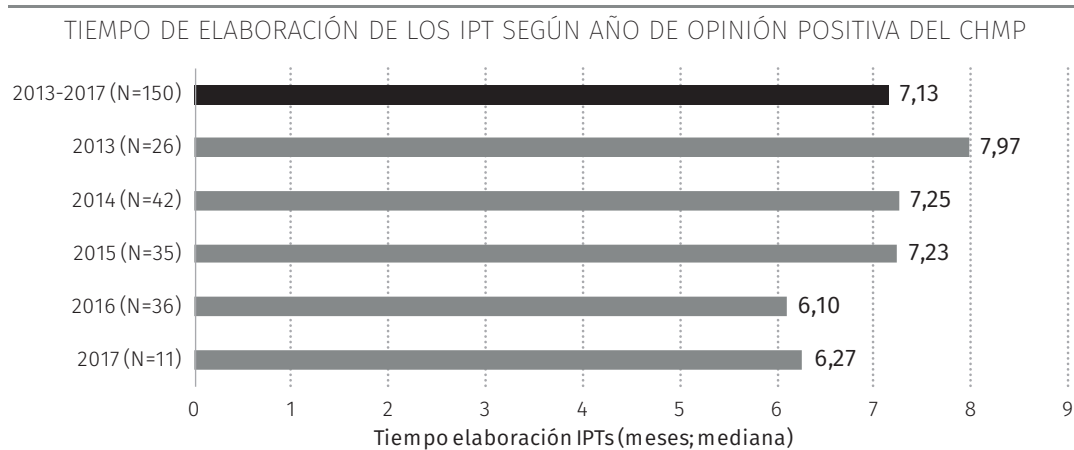


La mediana de tiempo de elaboración de los IPTs estimada para todo el periodo en estudio, fue de 7,1 meses. Se observó una tendencia descendiente de este tiempo, sobre todo en los dos últimos años (Figura 2).

El 89% (n=140) de los IPTs se finalizaron antes de la decisión de PyF, siendo este resultado

constante a lo largo de los años, aunque se detectó un porcentaje menor en los medicamentos que obtuvieron CHMP positivo durante el año 2017. Para los medicamentos con un menor tiempo de negociación de PyF, el tiempo de elaboración del IPT también fue menor, observándose una correlación positiva (Figura 3).

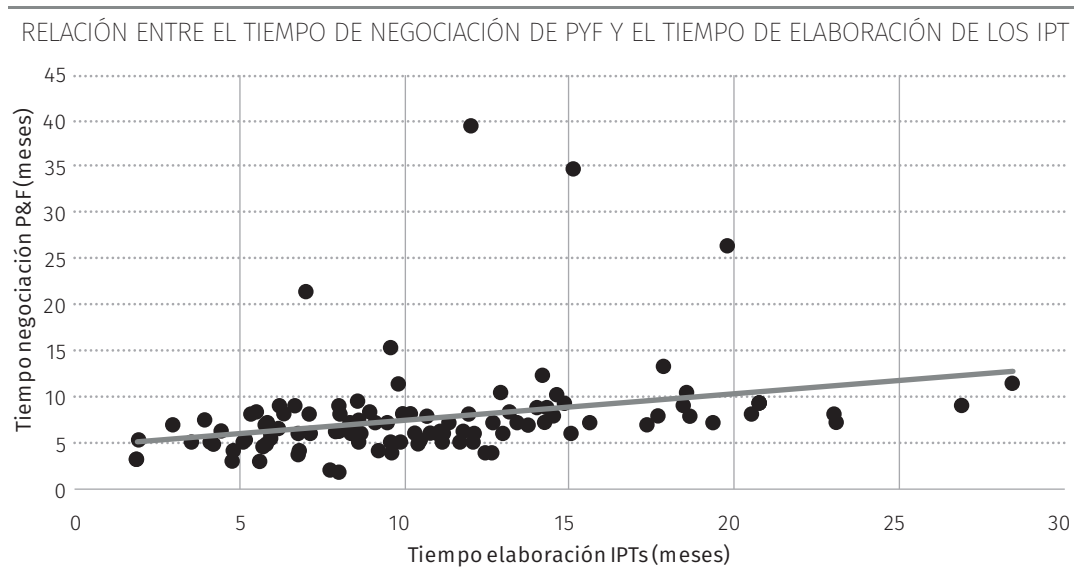
**FIGURA 2**



IPTs: informes de posicionamiento terapéutico; N: número de informes.

Fuente: Elaboración propia.

**FIGURA 3**



IPTs: informes de posicionamiento terapéutico; PyF: precio y financiación.

Fuente: Elaboración propia.

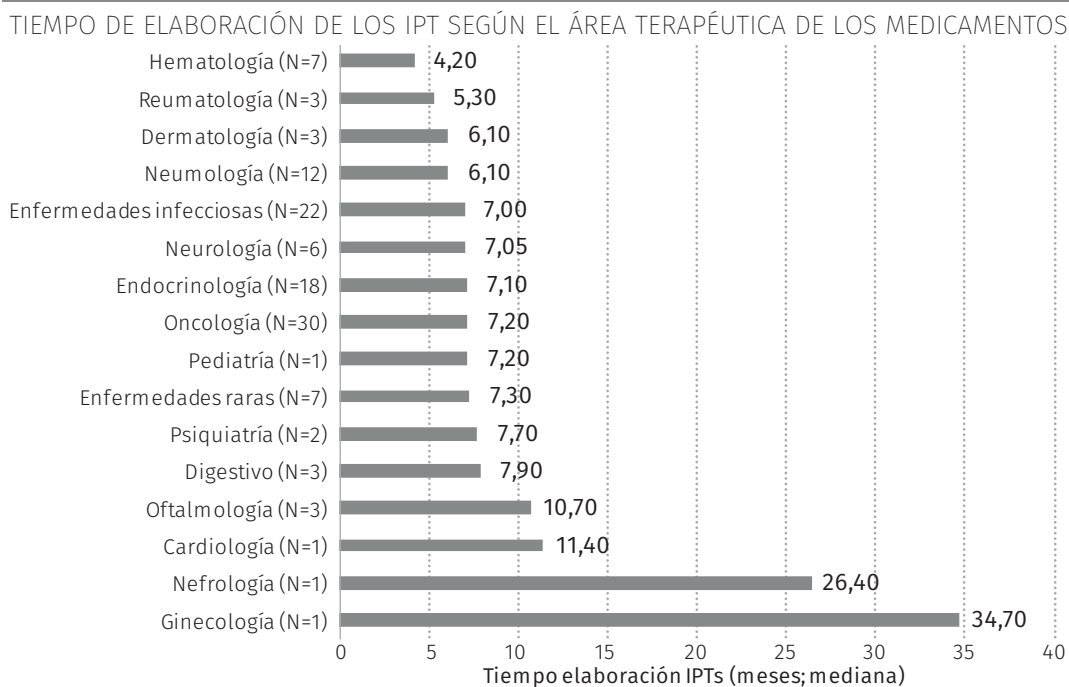
Los IPTs de los medicamentos de hematología (n=7) fueron los que se elaboraron más rápidamente (4,2 meses), muy por debajo de la mediana de todos los medicamentos incluidos en el estudio (7,1 meses) (Figura 4). Otras áreas terapéuticas en las que los IPT también se elaboraron más rápidamente que la mediana global fueron: reumatología (5,3 meses), dermatología y neumología (6,1 meses), enfermedades infecciosas (7,0 meses), neurología y endocrinología (7,1 meses). Se observó que los IPTs de los medicamentos oncológicos y los indicados para enfermedades raras presentaban un tiempo de elaboración ligeramente superior a la mediana global (7,2 y 7,3 meses, respectivamente).

En el 61% (n=22) de todos los medicamentos sujetos a prescripción médica y en el 47% (n=53) de todos los de uso y diagnóstico hospitalario el IPT tardó más en elaborarse que la mediana global (7,1 meses). Por otro lado, los medicamentos clasificados en el grupo de menor coste (PVL por DDD<16,82€) fueron los que tardaron significativamente más tiempo

en tener el IPT disponible (7,6 meses de mediana), en comparación con los de coste medio (PVL por DDD 16,82€-198,66€) y los de coste elevado (PVL por DDD>198,66€) (6,1 y 6,7 meses, respectivamente; p=0,02). Las diferencias entre estos dos últimos grupos no fueron significativas (Figura 5).

De los 122 IPTs publicados, el GCPT considera adecuada la indicación aprobada por ficha técnica en el 57% (n=70) de los informes, mientras que en el 28% (n=34) especifica una restricción de la indicación. En el 15% (n=18) de los IPTs no se especifica ninguna consideración. No se observaron diferencias con relación al tiempo de elaboración de los IPTs en función de las consideraciones finales del GCPT, ya que los IPTs sin y con restricción de la ficha técnica se elaboraron en una mediana de 7,0 y 7,2 meses, respectivamente. Sin embargo, la mediana de coste/tratamiento/día para los medicamentos a los que se había restringido la indicación y a los que no, fue de 126,65 €/DDD y 34,28 €/DDD, respectivamente.

**FIGURA 4**



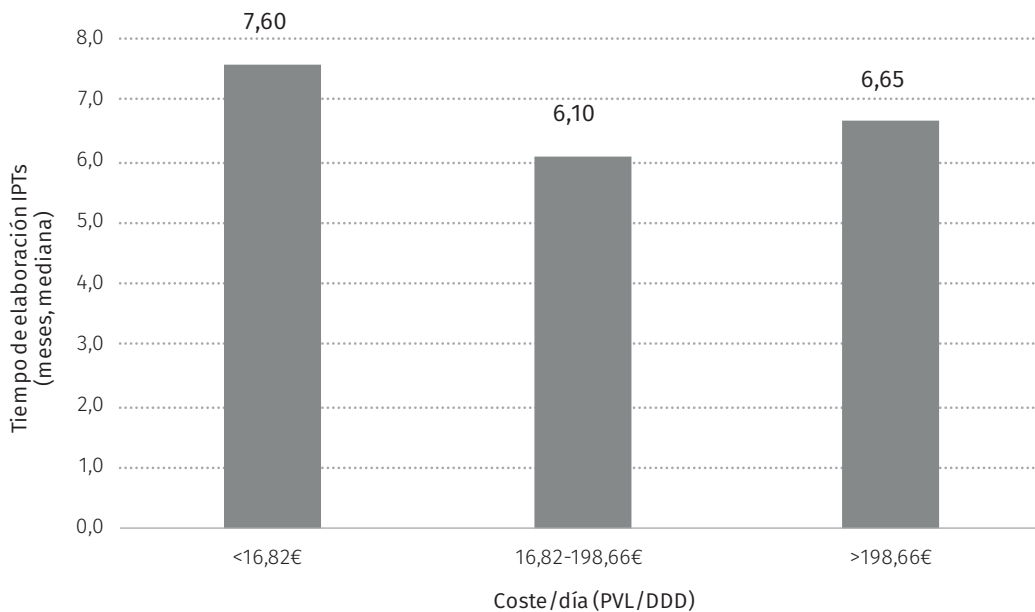
IPTs: informes de posicionamiento terapéutico; N: número de informes.

Fuente: Elaboración propia.



FIGURA 5

TIEMPO DE ELABORACIÓN DE LOS IPT SEGÚN EL COSTE POR DÍA DE LOS MEDICAMENTOS



DDD: dosis diaria definida; IPTs: informes de posicionamiento terapéutico; PVL: precio de venta del laboratorio.

Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que, actualmente, tal y como preveía el documento marco de elaboración de los IPTs, se están elaborando informes de prácticamente todos los medicamentos que obtuvieron CHMP positivo por parte de la EMA desde el año 2013 (93,2%); de hecho, ya se ha iniciado el IPT de todos los que lo obtuvieron durante el año 2017. Aunque el tiempo de elaboración de los informes es, en general, superior al estimado en el documento marco (tres meses)<sup>12</sup>, es cierto que se observa una tendencia descendente desde el año 2013. Además, aun observándose esta demora de tiempo, casi el 90% de los IPTs se envían a la DGCSF antes de la decisión de PyF, lo que indica que probablemente estén disponibles durante la negociación de precio. De hecho, se observa una relación entre el tiempo de negociación de PyF y el tiempo de elaboración de

los IPTs. En caso de no estar disponibles, la decisión de PyF puede adoptarse con independencia de los informes<sup>3</sup>.

El tiempo de elaboración de los IPTs muestra variabilidad entre medicamentos, con influencia de factores diversos. El área terapéutica es una de las variables que parece estar relacionada con el tiempo de elaboración de los IPTs. Por ejemplo, para los medicamentos del área terapéutica de digestivo, la elaboración del IPT estimada es el doble que para los medicamentos hematológicos (aproximadamente 8 meses frente 4 meses). Estos resultados concuerdan con los obtenidos en un estudio anterior<sup>19</sup>, aunque se observan tiempos más cortos, aproximadamente se reducen en un 1 mes en la mayoría de las áreas terapéuticas.

Otra variable relacionada con el tiempo de elaboración de los IPTs es la condición de uso del medicamento, donde se observa como el tiempo de elaboración es superior para los

medicamentos sujetos a prescripción médica en comparación con los de uso o diagnóstico hospitalario. Este resultado podría estar relacionado con el mayor tiempo de elaboración de los IPTs en los medicamentos de menor coste. A diferencia de los resultados obtenidos en un estudio previo<sup>20</sup>, esta tendencia no es lineal. Así pues, aunque se observa una clara disminución del tiempo de elaboración de los informes en los medicamentos clasificados como de coste medio en relación con los de menor coste, el tiempo vuelve a aumentar ligeramente en aquellos medicamentos de mayor coste, aunque manteniéndose casi un punto por debajo de los de coste bajo.

Prácticamente un tercio de los IPTs aplican una restricción a la indicación de la ficha técnica del producto, acotando la prescripción a un subgrupo de población específico con la justificación que el medicamento actúa con mayor eficacia. A pesar de que el tiempo de elaboración de los IPTs no se ha visto especialmente afectado por estas consideraciones finales del GCPT, la mediana de coste/tratamiento/día es numéricamente superior en el grupo de medicamentos en los que se ha aplicado una restricción. Una de las preocupaciones de la AEMPS es la inequidad en el acceso a los medicamentos en España, el hecho de reducir la población diana indicada en la ficha técnica de un medicamento podría ser una herramienta para mitigar estas inequidades.

Aunque inicialmente los IPTs se percibieron como una nueva barrera regulatoria<sup>3</sup>, con el paso de los años se han ido convirtiendo en un elemento de referencia más en todo el proceso de evaluación de medicamentos y de acceso de los mismos al mercado español<sup>3</sup>, consolidándose en el acceso nacional como un documento de posicionamiento terapéutico para la negociación de PyF. El presente estudio no ha analizado el impacto de los IPTs a nivel de acceso regional, pero en un país en el que la tendencia sigue siendo que las CCAA tengan comisiones autonómicas de Farmacia, el posicionamiento establecido por el IPT debería ayudar a reducir las reevaluaciones y reinterpretaciones de los medicamentos en dichas comisiones<sup>3,21</sup>.

Los IPTs se consideran una buena herramienta de partida para comparar clínicamente un nuevo fármaco frente a sus alternativas terapéuticas, pero no permiten cuantificar el valor de la innovación ni el grado de eficiencia que aporta el nuevo medicamento. Así pues, todavía podrían quedar puntos de mejora en el proceso de elaboración de los IPTs.

La principal limitación de este estudio está relacionada con la falta de información pública para obtener los datos. Como se ha comentado, la fecha de la decisión de PyF no es pública, por lo que se ha tenido que asumir como la fecha de comercialización. Además, la fecha de envío a la DGCSBF se ha asumido como la fecha de disponibilidad del IPT para la negociación de PyF. Por otro lado, el precio utilizado para el cálculo del coste/DDD de los medicamentos de uso hospitalario (PVL) probablemente se haya sobreestimado, dado que el precio final al que los hospitales adquieren estos medicamentos no es público.

En conclusión, transcurridos 5 años desde la incorporación de los IPTs en el proceso de acceso al mercado de los medicamentos, actualmente se cumplen los principales criterios de elaboración de los mismos, encontrándose el IPT disponible para la mayoría de los medicamentos con CHMP positivo antes de la decisión de PyF. Así pues, a nivel nacional pueden considerarse una herramienta útil y bien establecida para el posicionamiento de un nuevo medicamento frente a sus alternativas terapéuticas. Sin embargo, se observan variaciones en el tiempo de elaboración, siendo este inferior para los medicamentos de mayor coste, de uso o diagnóstico hospitalario y pertenecientes a determinadas áreas terapéuticas como hematología y reumatología, lo cual podría indicar una posible priorización de la evaluación de este tipo de medicamentos. Por último, como líneas de investigación a futuro, se podría evaluar el impacto de los IPTs en el acceso regional o a nivel de equidad entre CCAA, así como un análisis más cualitativo para determinar cuáles son los pasos, dentro del proceso de evaluación, que tienen un mayor impacto en el tiempo de elaboración de los IPTs.





# REFERENCIAS

---

**Financiación**

El artículo no ha recibido ninguna financiación para su desarrollo.

**Conflicto de intereses**

Los autores afirman no tener ningún conflicto de interés con el contenido de este artículo.

1. Repullo JM. Cambios de regulación y de gobierno-no de la sanidad. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):62-68.
2. Boletín Oficial del Estado. 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. BOE núm 98 de 4/4/2012.
3. Hernández García C, Calleja Hernández MA, Peiró Morneo S, Gómez Pajuelo P. Política y Evaluación de los Medicamentos Hospitalarios. Fundación Gaspar Casal 2015.
4. Pinyol C, Valmaseda A, Gómez-Ulloa D et al. Duración del proceso de financiación en España de los fármacos innovadores aprobados por la Agencia Europea del Medicamento. 2008 – 2013. Rev Esp Salud Pública 2015;89: 191-202.
5. Rojo A, Polanco A. Acceso al mercado de los fármacos innovadores financiados por el Sistema Nacional de Salud. Farmacia Abierta. Vol. 30, Núm. 5, Septiembre-October 2016.
6. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 271/1990 de 23 de febrero, sobre la reorganización de la intervención de precios de las especialidades farmacéuticas de uso humano. BOE núm 53 de 2/3/1990.
7. Jano.es. Diferencias autonómicas en el acceso a tratamientos para la artritis reumatoide. Enero 2010. Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-diferencias-autonomicas-el-acceso-tratamientos-9080>.
8. Cinco Días, El País. Restricciones a los medicamentos innovadores. Octubre 2013. Disponible en: [https://cincodias.elpais.com/cincodias/2013/10/23/empresas/1382549037\\_490354.html](https://cincodias.elpais.com/cincodias/2013/10/23/empresas/1382549037_490354.html).
9. elEconomista.es. Esteve: “Mi reto es acabar con las diferencias regionales en el acceso a los fármacos”. Junio 2015. Disponible en: <http://www.economista.es/empresas-finanzas/noticias/6765706/06/15/mi-reto-es-acabar-con-las-diferencias-regionales-en-el-acceso-a-los-farmacos.html#.Kku8k5jWpad9p4P>.
10. Fundación Instituto Roche. Los pacientes piden acceso a la innovación en salud. Septiembre 2015. Disponible en: [https://www.institutoroche.es/noticiasmedicinapersonalizada/144/los\\_pacientes\\_piden\\_acceso\\_a\\_la\\_innovacion\\_en\\_salud](https://www.institutoroche.es/noticiasmedicinapersonalizada/144/los_pacientes_piden_acceso_a_la_innovacion_en_salud).
11. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Estudio SEOM sobre el acceso a fármacos en Oncología Médica en las Comunidades Autónomas. 2015.
12. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). Propuesta de colaboración para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos. 21 de Mayo de 2013. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/propuesta-colaboracion-informes-posicionamiento-terapeutico.pdf>.
13. Naiara Brocal Carrasco. Aluvión de críticas al IPT mientras los problemas de acceso continúan. Correo Farmacéutico, página 13. Madrid. 28/11/2016.
14. European Medicines Agency (EMA). Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/ema/>.
15. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS). CIMA. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>.
16. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2013. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>.
17. Reuniones del Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/grupo-coordinacion-posicionamiento-terapeutico/home.htm>.
18. Informes de Posicionamiento Terapéutico. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/home.htm>.
19. ATC/DDD Index 2018. WHO. Disponible en: [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/).
20. Viayna E, Planellas L, Solozabal M. Análisis de las diferencias en el tiempo de elaboración de los Informes de Posicionamiento Terapéutico. XXXVII Jornadas de Economía de la Salud, Comunicación oral, Barcelona 2017.
21. Gaceta Médica. FarmaIndustria ‘diagnostica’ a las CCAA un cuadro de “comisionitis”. Noviembre 2017. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/newsletter/gaceta-medica/farmaindustria-diagnostica-a-las-cc-aa-un-cuadro-de-comisionitis-IC1224280>.