

ORIGINALES

# ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria

R. Llanes de Torres<sup>a</sup>, A. Aragón Peña<sup>b</sup>, M.I. Sillero Quintana<sup>c</sup> y M.D. Martín Ríos<sup>d</sup>

Centro de Salud Pozuelo Centro. Áreas 6 y 9 de Atención Primaria y Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid.

**Objetivo.** Conocer las representaciones sociales que sobre la oficina de farmacia tiene la población más frecuentadora.

**Diseño.** Estudio cualitativo. Análisis del discurso producido por 2 grupos de discusión.

**Participantes.** Mujeres de 30-60 años, residentes urbanas de la Comunidad de Madrid.

**Mediciones y resultados principales.** Las oficinas de farmacia son identificadas por el usuario como un recurso de atención primaria accesible —tanto por su cercanía como por sus horarios— y de confianza. En ellas se realiza una actividad asistencial de apoyo para el tratamiento de dolencias menores («automedicación asistida»), y por otro lado se aconseja sobre tecnicismos médicos y sobre el uso de la medicación.

Desde la farmacia se deriva al médico a los usuarios con cuadros potencialmente graves. Las imágenes asociadas a «ir al médico» carecen de la cercanía y familiaridad que se asocia a «bajar a la farmacia».

**Conclusiones.** La integración de los farmacéuticos de la oficina de farmacia dentro de un marco global de atención primaria supondría una mejora para la salud de la población.

**Palabras clave:** Atención primaria; Estudio cualitativo; Farmacéutico; Farmacia; Oficina farmacia.

## GO TO THE HEALTH CENTRE OR DROP ROUND TO THE CHEMIST'S? PHARMACY OFFICES AS A PRIMARY HEALTH CARE RESOURCE

**Objective.** To find what the pharmacy office represents socially to the population that uses it most.

**Design.** Qualitative study. Analysis of the contents of two discussion groups.

**Participants.** Women from 30 to 60 years old, urban residents of the Community of Madrid.

**Measurements and main results.** The pharmacy offices were identified by the user as a primary care resource which was accessible —both because of its closeness and opening hours— and trustworthy. They provided health care support for treating minor ailments («assisted self-medication») and also advised on medical technicalities and use of medication. Users with potentially serious clinical pictures were referred from the pharmacy to the doctor. The images associated with «going to the doctor» lacked the nearness and familiarity of «dropping round to the pharmacy».

**Conclusions.** Integrating pharmacy office pharmacists into a general primary care framework would improve the health of the general population.

(Aten Primaria 2000; 26: 11-15)

## Introducción

La histórica declaración de Alma-Ata<sup>1</sup> definió la atención primaria de salud como «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad (...)». Asimismo, señaló que las actividades que comprende son, al menos: educación, promoción, asistencia maternoinfantil, inmunización, lucha contra las enfermedades endémicas, tratamiento de las enfermedades y traumatismos comunes y el suministro de medicamentos esenciales. El posterior desarrollo conceptual, legislativo y práctico ha ido delimitando, sin embargo, la atención primaria de salud a la labor de unos profesionales determinados (principalmente médicos, enfermeras y, en menor medida, matronas y trabajadores sociales), y circunscribiéndola a un marco muy concreto: el centro de salud<sup>2</sup>. Desde aquella perspectiva inicial, que incluía la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinario, cabe plantearse el papel de la atención farmacéutica y las oficinas de farmacia como recurso sanitario básico. Son de destacar, al respecto, las aportaciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que en su Libro Blanco<sup>3</sup> señala, entre otros, un conjunto de objetivos —comunes, por lo demás, al Sistema Nacional de Salud—: equidad, eficacia, eficiencia, satisfacción del usuario, y el papel del farmacéutico como asesor en salud, así como su deseo de trabajar en equipo con otros profesionales sanitarios.

Ciertamente, hace años que se considera al farmacéutico como proveedor de «atención primaria»<sup>4,5</sup> y se han realizado intentos de coordinar la aten-

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Técnico Superior de Salud Pública. <sup>c</sup>Trabajadora Social. <sup>d</sup>Médico Interno Residente de Medicina Preventiva.

Correspondencia: Dr. Rafael Llanes de Torres.  
C/ Narciso Serra, 15, 1.º, 3.ª, 28007 Madrid.

Correo electrónico: llanestorres@worldonline.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 2-II-2000.

ción médica y farmacéutica<sup>6-8</sup>, aunque en nuestro país ello parece despertar suspicacias en el colectivo médico<sup>9</sup>. En cualquier caso, parece que esa coordinación se muestra capaz de, al menos, modificar los hábitos de prescripción de los médicos<sup>10</sup>. Sin embargo, no abundan los estudios que se pregunten por las expectativas y perspectivas del usuario del sistema sanitario en general<sup>11,12</sup>, y en particular de la farmacia<sup>13,14</sup>. El objeto del presente trabajo es revelar las *representaciones sociales*<sup>15</sup> —percepciones, actitudes y creencias— que sobre la oficina de farmacia tiene el segmento de población que más la frecuenta; particularmente, las imágenes referidas a la farmacia como recurso diferenciado de «ir al médico».

### Metodología

En el mes de febrero de 1999 se llevó a cabo un estudio cualitativo para investigar las representaciones sociales que la población tiene sobre las oficinas de farmacia. Se eligió la metodología cualitativa por resultar óptima cuando el propósito es conocer las perspectivas subjetivas de la población<sup>16-19</sup>. La técnica de producción de datos utilizada fue el grupo de discusión<sup>20</sup>. De forma exploratoria se hicieron 2 grupos de discusión con la población más frecuentadora de las farmacias<sup>21,22</sup>. Se utilizaron como criterios de inclusión en el grupo: género femenino, edad de 35-60 años, que el lugar de residencia fuera el municipio de Madrid, nivel de estudios secundario o inferior y clase social media o media-baja. El único criterio de exclusión fue tener un vínculo familiar directo con profesionales farmacéuticos o sanitarios. Se consideró variable significativa para nuestro estudio vivir sola o en familia. Los participantes en los grupos se determinaron según los perfiles diseñados (tabla 1), para lo cual se utilizó la captación mediante una red informal de pasos privados, técnica también conocida como «bola de nieve». Los objetivos específicos del estudio eran: a) conocer las ideas, actitudes e imágenes

que sobre las oficinas de farmacia tienen los usuarios; b) conocer qué servicios atribuyen a las oficinas de farmacia y cómo los utilizan y valoran, y c) conocer las razones y motivos por los que la población acude a las oficinas de farmacia para hacer consultas de salud.

A partir de los datos obtenidos en el discurso de los participantes, se han seleccionado aquellos elementos del discurso que hacen referencia explícita o implícita a la utilización de las farmacias como dispositivo asistencial primario, y aquellos otros en los que aparece la interacción médico de cabecera-oficina de farmacia-usuario.

### Resultados

El usuario, ante un problema menor de salud, decide entre ir a la farmacia o al médico. A lo largo del discurso se aprecia que el usuario percibe la farmacia como un recurso de atención primaria cercano y de confianza. La farmacia parece ser el primer lugar donde acudir cuando se trata de «cosas sin importancia» y/o comprar medicamentos conocidos y asociados a enfermedades «poco graves» o ya indicados con anterioridad por su médico para síntomas similares:

*«Cuando es el clásico catarro que te duelen los ojos, que tienes mucosidad, que tienes la cabeza... pues sí, bajas.»*  
*«Voy directamente a por algo que ha tomado otra vez y le ha sentado bien.»*

En la mayoría de estos casos, ir al médico se percibe como una pérdida de tiempo. La confianza en el farmacéutico como profesional perfectamente capacitado para resolver tales situaciones —«... es que es acertado lo que te aconseja y cómo te orientan»—, así como la rapidez del servicio de atención de la oficina de farmacia, conllevan un importante y apreciado ahorro de tiempo y la convierte en primera opción ante los problemas de salud señalados:

*«... si te duele la garganta vas a ir antes al farmacéutico a que te dé algo y te excusas de ir al médico.»*

Incluso, aunque no se tenga receta, la farmacia ofrece un servicio más accesible y ágil que el centro de salud:

*«... muchas veces voy a comprar medicinas sin receta; por doscientas pesetas más no pierdo la tarde, que vale más mi tiempo.»*

A lo largo del discurso se detectan con frecuencia expresiones que informan de la proximidad geográfica que los usuarios tienen respecto a la oficina de farmacia: «la farmacia de abajo», «la de enfrente» o «la de la esquina», «la de mi barrio», «la de mi zona», «la que te pillas de paso», etc. Es frecuente que se manifiesten matices de cercanía vital y de confianza. En ocasiones, la cercanía está expresada en un modo extremo, como cuando se identifica la farmacia con algo propio:

*«Normalmente voy a la mía, a la de mi casa...».*

Asimismo, se valora muy positivamente la disponibilidad de la farmacia y de los farmacéuticos para prestar atención a cualquier hora:

*«... y siempre, a la hora que vayas del día, siempre está allí...».*

En este sentido, por contraste, se detectan quejas por la menor accesibilidad del centro de salud:

*«... bajas y no pierdes el tiempo... es que mi médico, es que pierdo toda la mañana...».*

El farmacéutico, tras indagar en el proceso por el que consulta el individuo, aconseja un medicamento (de laboratorio, fórmula magistral o «tipo herbolario»). No obstante, si tras la recomendación no se soluciona el problema o previo a ella, el farmacéutico lo considera conveniente, suele sugerir al individuo la necesidad de ir al médico, orientando incluso hacia el especialista al que debe dirigirse:

*«Él te dice: vete al médico... Te orienta un poco hacia dónde tienes que dirigirte para preguntar las cosas.»*

Por el contrario, el usuario acude al médico y no a la farmacia, cuando los síntomas son «algo más» o los medicamentos son propios de un tratamiento delicado:

*«¡Hombre! cuando sospechas que es algo más grave, por supuesto...».*

La posibilidad de diagnosticar parece quedar reservada al médico e ir a éste supone evitar ciertos riesgos, idea que se acentúa cuando se trata

TABLA 1. Perfil de los participantes en los grupos de discusión

Características	Perfil	I			II	III			IV
	Sujeto	1	2	3	4	5	6	7	8
Mujer		X	X	X	X	X	X	X	X
Estudios: secundarios o inferiores		X	X	X	X	X	X	X	X
Clase: media o media-baja		X	X	X	X	X	X	X	X
Edad: 30-44 años		X	X	X	X				
Edad: 45-60 años						X	X	X	X
Tiene personas a su cargo		X	X	X		X	X	X	
Vive sola					X				X

de medicación de un familiar que depende de la persona que toma la decisión:

«... *mi hijo es un poco delicado y nunca le daría nada sin que lo viese el médico*».

Sin embargo, con frecuencia se compare al farmacéutico con el médico y se opta por el primero por su cercanía física y su familiaridad de trato. El personal de farmacia conoce a los usuarios, «*está al tanto*» de ellos:

«*Es un poco como el concepto que tenemos del médico de cabecera, que ya te conocía tu historia de toda tu familia*».

Las imágenes asociadas a «*ir al médico*» carecen de la cercanía y familiaridad a la que se asocia «*bajar a la farmacia*». Además, a los ojos del usuario el farmacéutico se encuentra en mejor disposición que el médico para «escuchar», por la ya mencionada cercanía física de la farmacia, así como el mayor tiempo empleado en la relación personal. Resulta evidente lo importante que es para el paciente entender lo que no ha comprendido en el médico, que por falta de confianza no se ha atrevido a preguntar y que sí lo hará con su farmacéutico. A este respecto cabe señalar la valoración positiva que se hace sobre el servicio de interpretación de los tecnicismos médicos —«*como persona civil no tienes obligación de saber el lenguaje médico*»—, así como del conocido tópicos de la indecifrable letra del médico —«*interpretan la letra de médico, pues no sabes lo que te han recetado hasta que llegas a la farmacia*».

En relación con las actividades de prevención y promoción de la salud, parecen quedar algo diluidas en el discurso, aunque se señala que el control de ciertos parámetros (presión arterial, peso, colesterol, glucosa) para prevención de algunas patologías se hace a veces en la farmacia. Nuevamente aparece la farmacia como un lugar más accesible y familiar que la consulta del médico.

«... *van a la farmacia a volvérsela a tomar porque se fían más de la farmacia, porque además en el médico están más nerviosas*».

## Discusión

El discurso elaborado en torno a las percepciones, imágenes y actitudes que suscitan las oficinas de farmacia en los usuarios ha sido utilizado como elemento básico para desvelar al-

go de lo que los usuarios entienden como atención primaria. En efecto, aunque en ningún momento se utiliza esta denominación, a lo largo del discurso subyace —y con frecuencia, se manifiesta con claridad— una visión notable, por su sencillez y realismo, de las características del primer escalón asistencial. Así, aunque los objetivos del estudio cualitativo se desplegaban en torno a las representaciones sociales que de las oficinas de farmacia tienen los usuarios, muchas ideas y afirmaciones que emanan del discurso se refieren a la atención primaria.

La percepción de los usuarios parece identificar, en la práctica, la función de la farmacia y del farmacéutico como elementos de atención primaria. Esto llama la atención por el contraste con la doctrina que podríamos denominar «oficial», en la que se restringe la atención primaria al centro de salud.

El usuario tiende a comparar la atención sanitaria que se presta en la farmacia y la que se realiza en la consulta del médico. En general, no se discute la calidad técnica que, en ambos casos, se presupone. La desventaja le viene al médico por motivos de escasez de tiempo para la consulta y las relativas esperas de los usuarios. También es mejor considerada la farmacia en lo referente a la accesibilidad —tanto geográfica como de horarios— y al trato.

En conjunto, el farmacéutico goza de la atribución de la cercanía natural: forma parte del vecindario, mientras que el médico aparece como más distante, absorbido por una organización burocratizada (y, por tanto, rígida) y con problemas de masificación. Todo ello va a tener una notable influencia en la decisión del usuario para acudir al farmacéutico o al médico. En efecto, se tiende a consultar al farmacéutico para las «dolencias menores» que el usuario no aprecia como una amenaza, sino como una disminución pasajera de la calidad de vida o de la capacidad funcional. En cambio, si se aprecia un síntoma más inquietante (según, claro está, su propio juicio) irá la mayoría de las veces al médico. Estas reglas generales admiten múltiples matizaciones. En particular, el usuario ¿dónde coloca el límite entre lo que percibe como una «dolencia menor» y otra más seria? La respuesta deberá tener en cuenta en cada persona y en cada momento de su historia el peso va-

riable de factores culturales, psicológicos, económicos, mediáticos, etc.

Dejando aparte la mera relación comercial de compraventa de medicamentos (que sólo puede ser considerada como un contacto superficial con el sistema sanitario), existe un tipo de interacción sanitaria en la que sólo participan el usuario y el farmacéutico. Esta interacción se puede a su vez subdividir en dos modalidades de atención: a) la consulta sobre temas de salud, y b) la consulta sobre temas de salud junto con la adquisición de medicamentos no prescritos por el médico. La consulta de temas de salud suele responder a una preocupación personal o de algún miembro de la familia del usuario. Además, no es raro que se comenten cuestiones de salud relacionadas con algún conocido o con noticias publicadas en los medios de comunicación, etc. En uno y otro caso, la oficina de farmacia aparece como un lugar privilegiado para el desarrollo de acciones de promoción y educación para la salud, como ha sido reiteradamente señalado<sup>23-26</sup>.

La adquisición de medicamentos no recetados es parte fundamental del proceso de la automedicación<sup>27,28</sup>. En ella, si va unida a la consulta o comentarios sobre el problema de salud en cuestión, el farmacéutico desempeña un importante papel moderador y de consejero autorizado, de modo que puede racionalizar la actitud de autocuidado del usuario. Este tipo de interacción se podría denominar como «automedicación asistida». El farmacéutico desarrolla en ella una función clave, ya que de su prestigio, conocimientos y habilidad para ganar la confianza del cliente (o usuario) depende que éste no se «desenganche» por completo del sistema sanitario y se automedique sin más, con los riesgos que esto conlleva<sup>29</sup>.

En su interacción con el sistema sanitario, el usuario puede establecer dos secuencias temporales distintas: en primer lugar, la que podemos llamar «usuario-médico-farmacéutico» en la que, tras acudir al médico, y a consecuencia de la prescripción, recurre a la farmacia, donde establece una mera relación mercantil, o demanda algún tipo de aclaración al personal de farmacia. Una segunda secuencia sería «usuario-farmacéutico-médico», que podríamos considerar como la continuación «natural» de la interacción usuario-farmacéutico de la que hemos venido hablando:

la aparición de elementos de riesgo para la salud que no pueden ser atajados con la automedicación u otras medidas de autocuidado determinan que —a partir del diálogo con el farmacéutico— el usuario decida solicitar atención médica.

En ambas secuencias existe un punto crítico que depende fundamentalmente del usuario: la decisión de completar la secuencia (utilizar el segundo recurso sanitario tras la indicación del primero). En un cierto número de casos<sup>30</sup>, la relación no es completada, con potenciales efectos nocivos para la salud.

Una consideración inmediata al respecto es la conveniencia de mejorar la coordinación médico-farmacéutico. O mejor, centro de salud-oficina de farmacia. Hay que señalar aquí, antes de seguir adelante, que en el discurso se observa una identificación entre «ir al centro de salud» e «ir al médico». Al igual que no se encuentra diferencia entre el farmacéutico y el personal de farmacia no titulado. En cualquier caso, una relación más fluida entre los elementos médico y farmacéutico mejoraría tanto la asistencia global como el conocimiento de los pacientes por ambas partes.

En la situación actual, pues, convendría sin duda buscar las sinergias y la complementariedad entre los «recursos sanitarios», tal como los percibe el usuario. Esto implica la apertura y el desarrollo de canales de comunicación entre médicos y farmacéuticos. En el ámbito de la atención primaria, ya existe —al menos en España— una colaboración entre médicos y farmacéuticos de atención primaria, pero restringe la posición de éstos a la de meros asesores en temas formativos y administrativos encaminados al mejor uso de los medicamentos<sup>31</sup>. Compartimos la opinión de que habría que dar un paso más, e integrar de alguna manera a los farmacéuticos de la oficina de farmacia dentro de un marco global de atención primaria<sup>32</sup>. El proceso podría mostrarse particularmente enriquecedor en lo concerniente a la promoción y educación para la salud que se presta en las farmacias, el seguimiento terapéutico, la farmacovigilancia e incluso la vigilancia epidemiológica. Para alcanzar esos objetivos, deberían diseñarse espacios de colaboración, ágiles y flexibles, libres de corporativismos.

A modo de conclusión, creemos que es necesario ampliar la investigación

en estos campos: las características de las dolencias menores por las que se consulta al farmacéutico (en particular, los determinantes que llevan al usuario a considerar un problema de salud como una «dolencia menor»); las secuencias usuario-médico-farmacéutico o usuario-farmacéutico-médico y las causas por las que en ocasiones no llegan a su fin; y, de un modo particular, las percepciones de los usuarios sobre nuestro sistema sanitario. Finalmente, se tiene que profundizar en el conocimiento y la mejora de la comunicación técnico-profesional entre médicos y farmacéuticos. En este sentido, la utilización de metodología cualitativa nos recuerda que los aspectos de participación, tan propios del concepto de atención primaria, se han descuidado, y convendría retomarlos para no alejarse más y más del modelo deseado y necesario.

### Agradecimientos

A Sara Ríaza Fresno, por su participación durante la fase de producción de datos.  
A Demetrio G.<sup>a</sup> de León, del Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, por su espíritu crítico y su trabajo de revisión técnica.

### Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS, UNICEF, 1978.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud. Madrid: MSC, 1984.
3. Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. Informe Libro Blanco. Farmacéuticos 1997; 211: 16-67, y 1997; 212: 23-61.
4. Bass M. The pharmacist as a provider of primary care. *Can Med Assoc J* 1975; 112 (1): 60-64.
5. Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. Advice provided in British community pharmacists: what people want and what they get. *J Health Serv Res Policy* 1998; 3 (4): 219-225.
6. Hassell K, Noyce PR, Rogers A, Harris J, Wilkinson J. A pathway to the GP: the pharmaceutical "consultation" is a first port of call in primary health care. *Fam Pract* 1997; 14 (6): 498-502.
7. Bradley CP, Taylor RJ, Blekinsopp A. Developing prescribing in primary care. *BMJ* 1997; 314: 744-777.
8. Wells WDE. Pharmacists are key members of primary health care teams (carta). *BMJ* 1997; 314: 1486.

9. Anónimo. Injerencias profesionales en el campo de la medicina. *OMC* 1999; 63: 21.
10. Geoghegan M, Pilling M, Holden J, Wolfson D. A controlled evaluation of the effect of community pharmacists on general practitioner prescribing. *Pharm J* 1998; 261: 864-866.
11. Calnan MW. The patient's perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 1998 (1); 14: 24-34.
12. Cleary PD. Satisfaction may not suffice! A commentary on «A patient's perspective». *Int J Technol Assess Health Care* 1998 (1); 14: 35-37.
13. Hargie O, Morrow N, Woodman C. Consumer perceptions of and attitudes to community pharmacy services. *Pharm J* 1992; 21 nov.: 688-691.
14. Cordina M, McElroy JC, Hughes CM. Societal perceptions of community pharmaceutical services in Malta. *J Clin Pharm Ther* 1998; 23 (2): 115-126.
15. Elejabarrieta F. Las representaciones sociales. En: Echevarría A, editor. *Psicología social sociocognitiva*. Bilbao: Descleé de Brower, 1991; 253-276.
16. Iñiguez Rueda L. Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Aten Primaria* 1999; 23 (8): 496-502.
17. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós Studio, 1992.
18. Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis Sociológica, 1997.
19. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cualitativas y cuantitativas. En: *Revisión en Salud Pública*. Barcelona: Masson, 1997; 5: 175-193.
20. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 1994.
21. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud, 1995.
22. Domínguez Castro A. Aspectos relacionados con la demanda de información sanitaria en las oficinas de farmacia (tesis del máster de salud pública). Madrid: Centro Universitario de Salud Pública, 1998.
23. Barwani S, Panton R, Morley A. Survey of public opinion about the community pharmacists as a source of health advice. *Pharm J* 1987; 10 oct.: R15.
24. Agirre Lekue MC, Ortiz de Zárate JA, García de Vicuña Landa B, Gorostiza Hormaetxe I, Ruiz Golvano J. Evaluación de la información al paciente en las farmacias. *Aten Primaria* 1993; 11 (1): 33-37.
25. Dossier. La atención farmacéutica hace camino. *Farmacéuticos* 1998; 214: 32-34.
26. Guayta R, Taberner JL. Prevención y promoción de la salud en la oficina de farmacia. *FMC* 1999; 6(1): 54-57.
27. Ausejo M, Apechechea C, Rodríguez MJ, Salgado L, Puerta MC, Izquierdo MC et

- al. Estudio sobre automedicación de antiinfecciosos en dos oficinas de farmacia. *Aten Primaria* 1993; 11 (1): 57-59.
28. Fidalgo García ML, López Bilbao C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuarios de oficinas de farmacia. *Medifam* 1995; 5 (5): 245-252.
29. Montastruc JL, Bagheri H, Geraud T, Lapeyre-Mestre M. Pharmacovigilance de l'automédication. *Thérapie* 1997; 52 (2): 105-110.
30. Mateos Campos R, Camacho Álvarez M. Incumplimiento de la prescripción médica en atención primaria, en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19 (1): 41-46.
31. Baos Vicente V. La calidad en la prescripción de medicamentos. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1999; 23 (2): 45-54.
32. Capilla P. Comparecencia del presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos en el Congreso de los Diputados. *Farmacéuticos* 1996; 201: 24-28.