

LA COOPERACION MULTIDISCIPLINARIA: OTRO PILAR PARA LA REALIZACION DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO.

Céline BAES

*Doctoranda, Facultad de Derecho de Granada, Licenciada en la Facultad de Derecho, Paul Cézanne, Aix-en-Provence,
Master 2 de Salud pública*

I. El URM como guía común para el ejercicio de las profesiones del medicamento. II. La repercusión del fomento de la cooperación multidisciplinaria en el mundo de la prescripción: especial referencia a la prescripción enfermera. 1. La profesión de enfermería o la justificación de la expansión de sus competencias. 2. La Comunidad Autónoma de Andalucía como pionera en esta materia. 3. El reconocimiento a nivel estatal de la prescripción enfermera. **III. La cooperación multidisciplinaria en la dispensación de medicamentos.** 1. La dispensación en la oficina de farmacia española: un acto reglamentario según la estrategia de URM. 2. Debate acerca de la profesión farmacéutica: el reconocimiento del valor añadido de la profesión farmacéutica. **IV. Bibliografía consultada.**

RESUMEN

Si nuestro propósito reside en ofrecer al lector, una herramienta para entender todo lo referido al URM, parece pertinente averiguar cómo esta estrategia repercute en las actuaciones de los distintos agentes implicados; y de ahí, se destacan tres piezas claves que merecen la pena analizar con mucho cuidado y atención. En el primer epígrafe de nuestro trabajo, se destaca cómo la estrategia de URM puede tener similitud a un guía común para facilitar el ejercicio de las profesiones sanitarias. En un segundo plano, veremos como la cooperación multidisciplinaria, pilar del URM, ha suscitado un debate en el mundo de la prescripción del medicamento. En efecto, con la modificación de la LGRUMPS en el último día de 2009, apareció, bajo condiciones, nuevas figuras prescriptoras, tal y como la profesión de enfermería. En tercer lugar, y siguiendo el trayecto de vida del medicamento, nuestro interés nos conducirá a la dispensación del medicamento, para saber cómo el URM se aplica en la profesión farmacéutica ejercida en la oficina de farmacia.

Palabras clave: Uso Racional del Medicamento; Profesionales del Medicamento, cooperación multidisciplinaria.

ABSTRACT

If our intention resides in offering the reader a tool, to understand everything referent to the Rational Use of Medicament, it seems pertinent to find out how this strategy has a repercussion on the behaviour of the different agents implied - hence, three important ideas are shown as worthy for a careful analysis. In the first epigraph of our work, the strategy of the Rational Use of Medicament stands out as a kind of a general guide to facilitate the practice of the different professions linked with Health. Secondly, we will see as the multidisciplinary cooperation - which is the cornerstone of the RUM - has caused a debate within the world of prescription of the medicine. In fact, with the modification of the LGRUMPS, in the last day of 2009, and following some conditions, new figures among the range of sanitary professions can prescribe, such as nurse. Thirdly, following the trajectory of the medicament life, our interest will lead us to the dispensation of the medicine, so as to know how the RUM is applied within the pharmaceutical professions and more precisely at the chemist's.

Key words: Rational Use of Medicament, Sanitary professions, multidisciplinary cooperation.

I. El Uso Racional del Medicamento como guía común para el ejercicio de las profesiones del Medicamento.

Una de las características más importantes que podemos advertir, en primer lugar, es la aparición de la estrategia del Uso Racional del Medicamento (en adelante URM) a un método o guía para asegurar un ejercicio de calidad de las profesiones sanitarias hacia el paciente. Sin embargo, esta afirmación nos lleva a la demostración. Concretamente, lo pretendido a continuación reside en ayudar al lector a darse cuenta de que, pese a las especificidades que caractericen cada una de las profesiones concernidas (a las cuales nos referiremos más tarde), para la realización de URM, el legislador español puso de relieve la necesidad de establecer unas líneas comunes en el ejercicio

profesional de cada uno de los implicados¹, señalando, en el artículo 5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias² (en adelante LOPS), a cuyo tenor literal, que:

“Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta Ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos. Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquellos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones. Los pacientes tienen derecho a la libre elección del médico que debe atenderles. Los pacientes tienen derecho a recibir información, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.”

Sin embargo, sin ánimo de ser exhaustivos, cabe ser más preciso en las que consideramos como más revelantes para garantizar el logro del URM³.

Pues bien, en primer lugar, se destaca la formación continuada⁴ definida en el artículo 33.1 LOPS como *“el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica”*. Al mismo tiempo, de su apartado 2 se destacan los principales objetivos de la formación continuada que coinciden perfectamente con el URM⁵. Por otra parte, especial relevancia tiene la Exposición de Motivos de dicha

¹ En este contexto, ver el artículo 4.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

² BOE n°280, de 22 de noviembre de 2003.

³ Como ya se sabe, el artículo 87 de la derogada Ley del Medicamento considera como garantía del URM en la atención primaria las funciones siguientes: *“Elaboración de protocolos y pautas farmacoterapéuticas; Transmisión de información sobre medicamentos a los profesionales sanitarios, Información sobre la medicación a los pacientes, seguimiento de los tratamientos y farmacovigilancia, colaboración con los hospitales y servicios de atención especializada; Impulso y participación en la educación de la población sobre medicamentos, su empleo racional y la prevención de su abuso; la custodia y correcta conservación de los medicamentos a su cargo; La dispensación de medicamentos a los pacientes por un farmacéutico o bajo su supervisión, con plena responsabilidad profesional y de acuerdo con la prescripción, o según las orientaciones de la ciencia y el arte farmacéutico en el caso de los autorizados sin receta, informándoles, aconsejándoles e instruyéndoles sobre su correcta utilización; Elaboración y dispensación de formulas magistrales y preparados oficinales, garantizando su calidad con arreglo a lo dispuesto en la presente Ley.”*

⁴ Relativo a este tema, ver C. GARCIA LUNA, “Formación y desarrollo de los profesionales sanitarios”, en *Marco Jurídico de las profesiones sanitarias*, D. LARIOS RISCO (coord.), Lex Nova, Valladolid, 2006., pp. 159-164.

⁵ Son objetivos de la formación continuada según el artículo 33.2 de la LOPS:

- a) *garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.*
- b) *Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso pueda derivarse.*
- c) *generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del sistema sanitario.*

norma, donde se hace hincapié en las consecuencias positivas de la formación continuada⁶ para el desarrollo, la consolidación y cohesión del SNS. Por ello, se exige al profesional sanitario la realización, a lo largo de su vida profesional, de una formación continuada, y la acreditación de su competencia profesional⁷. De esta manera, se intenta sensibilizar a los profesionales sanitarios de la necesidad de participar a dicha formación, para garantizar, a las personas que atienden, mayor calidad en el ejercicio profesional.

En segundo lugar, la cooperación multidisciplinaria⁸ constituye otro pilar para la realización del URM. Este proceso se halla en las siguientes normas⁹: El artículo 4.7 e) de la LOPS, que pone de manifiesto la necesidad de dirigir el ejercicio de los profesionales sanitarios hacia la “progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria”. Asimismo, en el artículo 36 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se hace hincapié en la necesidad de que los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos universitarios del ámbito de las ciencias de salud favorezcan el trabajo en equipo multiprofesional y multidisciplinario. El artículo 19.d) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud¹⁰, relativo al deber de los profesionales sanitarios de colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo. Y por último, cabe referirse a las disposiciones de artículo 3 del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud¹¹, donde se evidencia el carácter multidisciplinar del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que componen el Equipo de Atención Primaria.

A continuación, basándonos en la Exposición de Motivos de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios¹² (en adelante LGRUMPS), garantizar el URM pasa por la adopción de medidas “orientadas a ofrecer una información de calidad”. La información, por tener una mayor importancia en la estrategia de URM¹³, es, como señala V. JIMENO MARTINEZ, “*en definitiva, un elemento más del medicamento, y en consecuencia, totalmente inseparable de él*”¹⁴. Además, tenemos que subrayar, como la ha indicado M. MARTINEZ DE LA GANDARA, que la información, en el ámbito que nos interesa, tiene “*influencia decisiva en la prescripción por parte de los médicos, en la dispensación realizada por*

d) mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas, que ello comporta.

e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

⁶ En este contexto, nótese la importancia de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en sus artículos 36 y ss.

⁷ Art. 4.6 de la LOPS.

⁸ Para más información, recomiendo la lectura del capítulo de V. LOMAS HERNANDEZ, “Profesiones y profesionales sanitarias en la normativa actual”, en *Marco jurídico de las profesiones sanitarias*, D. LARIOS RISCO (coord.), op.cit., p. 61.

⁹ V. LOMAS HERNANDEZ, op.cit., p. 61.

¹⁰ BOE nº 301, de 17 de diciembre de 2003.

¹¹ BOE nº 27, de 2 de febrero de 1984.

¹² Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, (BOE nº 178, de 27 de julio de 2006.)

¹³ Los autores F. ABELLAN y J. SANCHEZ-CARO consideran la información para el uso correcto del medicamento como “*uno de los ingredientes básicos de la prestación farmacéutica, que a su vez, constituye por sí misma uno de los pilares de la atención sanitaria.*” Ver el libro titulado *La responsabilidad médica por la información del medicamento*, Comares, Granada, 2007, p. 19.

¹⁴ V. JIMENEZ MARTINEZ, *Uso racional de los medicamentos*, Farmaindustria, Madrid, 1991, p. 77.

*el farmacéutico y en la educación sanitaria que recibe el público*¹⁵”. A mi juicio, con las medidas relativas a la formación continua, a la cooperación multidisciplinaria, a la información; estamos en posición de afirmar que todo el ejercicio de las profesiones implicadas gira entorno a la realización de un solo fin: el URM.

Para finalizar esta introducción, restaría decir algunas palabras sobre la educación sanitaria¹⁶. El objetivo fundamental de la educación sanitaria es la adquisición de conocimientos y actitudes, y la modificación de la conducta individual y colectiva en asuntos relacionados con la salud¹⁷. Según la LOPS, “*corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria (...)*”¹⁸. Al hilo de nuestro estudio, veremos que el desarrollo de la educación sanitaria coincide con la nueva era de la “automedicación” del paciente; haciendo de este último, un agente cada vez más autónomo en sus decisiones de salud.

Después del breve estudio que acabamos de realizar, conviene ahora poner de relieve las características específicas de cada uno de nuestros protagonistas, donde intentaremos a continuación revelar que no siempre han aceptado de manera homogénea las medidas del URM.

II. La repercusión del fomento de la cooperación multidisciplinaria en el mundo de la prescripción de medicamentos: especial referencia a la prescripción enfermera.

Si nuestro interés se centra en todo lo relativo a la prescripción de medicamentos es por que constituye un acto profesional donde el URM tiene una especial énfasis. En este contexto, cabe referirnos en lo que ya la derogada Ley del Medicamento (en adelante LM) señalaba en su artículo 3.3: “la prescripción y dispensación de medicamentos deberá realizarse de acuerdo con los criterios básicos de uso racional”¹⁹ que se establecen en esta ley”. Antes que nada, es preciso recordar que la prescripción de medicamentos no es el único acto ejercido por la profesión médica²⁰. En efecto, la LOPS señala que “*corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los*

¹⁵ M. MARTINEZ DE LA GANDARA, “Legislación vigente relacionada con la información a los profesionales sanitarios y publicidad sobre medicamentos”, en *La información médica y farmacéutica en España*, F. ZARAGOZA, Master Line, Madrid, 2007, p.60.

¹⁶ En palabras de H. BANDO, “*la Educación para la salud debe pilotar un papel dinamizador dirigido a todos los grupos de población, ya que tiene un papel fundamental, inculcando a los ciudadanos una serie de hábitos y comportamientos, que se dirigirán hacia una mejoría de su salud, con el consiguiente aumento de calidad de vida.*” Ver H. BANDO, “Derecho a la Educación para la salud”, en *Derechos en Salud para el siglo XXI*, Grupo Europeo de derecho farmacéutico Eupharlaw, Madrid, 2004, p. 129.

¹⁷ L. SALLERAS SANMARTT, *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicación*, Diaz de Santos, Madrid, 1985, p. 57.

¹⁸ Art. 4.4 de la LOPS.

¹⁹ El subrayado es nuestro.

²⁰ En la Exposición de Motivos de la LGRUMPS se precisa que: “*El médico es una figura central en las estrategias de impulso de la calidad en la prestación farmacéutica dada el papel que se le atribuye en el cuidado de la salud del paciente y, por tanto, en la prevención y el diagnóstico de la enfermedad, así como en la prescripción, en caso de tratamiento con medicamentos.*”

*pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.*²¹”

No obstante, este monopolio de la prescripción parece que tiene los días contados. A mi juicio, el mundo de la prescripción está en perpetuo movimiento pero con un único objetivo: hacer del URM una prioridad. Sin embargo, la adopción de estas medidas puede, en un momento dado, producir diferencias en las profesiones sanitarias y surgir conflictos en sus competencias respectivas. No obstante, como ya se dijo, la consecución de esta estrategia pasa tanto por la adopción de medidas de control del gasto sanitario, como el fortalecimiento de la cooperación multidisciplinaria entre los profesionales concernidos. Este último elemento, ha puesto de relieve la necesidad de atribuir nuevas competencias a algunas profesiones sanitarias, y es lo que trataremos a continuación.

Una vez más, la actualidad jurídica nos ofrece una nueva línea de debate justificando la razón de este epígrafe²². Salvo error de nuestra parte, parece ser que la profesión de enfermería juega un nuevo papel en la estrategia de URM, compartiendo una de las facetas más características de la profesión médica; la prescripción de medicamentos y productos sanitarios²³. No obstante, era cuestión de tiempo que el legislador español interviniese en este ámbito²⁴. Como ya hemos mencionado, la importancia del “trabajo en equipo²⁵”, reflejada en diversas normas del ordenamiento jurídico español, constituye una herramienta para fortalecer la eficacia de lo pretendido con las medidas de URM²⁶. Cabe solamente recordar una de las disposiciones de la LOPS, para corroborar lo anteriormente dicho. En efecto, la cooperación entre las profesiones sanitarias mencionada en su artículo 9.1, donde se proclamó que -“*la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas*”- se consideraba ya en este momento, como una línea potencialmente eficaz para responder a las exigencias de URM.

1. La profesión de enfermería o la justificación de la expansión de sus competencias.

²¹ Art. 6.a).

²² En esta materia, pueden consultar el estudio muy completo de J. LOPEZ GUZMAN y A. APARASI MIRALLES, “La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal”, *Revista Derecho y Salud*, nº2, vol. 14, julio-diciembre 2006, pp. 169-204.

²³ Asimismo, ya recordemos que La LGRUMPS, en su art. 77.1 establecía como únicos profesionales sanitarios con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos a los médicos y odontólogos.

²⁴ Según el Preámbulo de la Ley 28/2009, “*en el ámbito de las profesiones sanitarias son crecientes los espacios competenciales compartidos y el funcionamiento del trabajo en equipo requiere la colaboración entre profesionales, en organizaciones crecientemente multidisciplinarias que evolucionen de forma cooperativa, y transparente.*”

²⁵ V. LOMAS HERNANDEZ, “Profesiones y profesionales sanitarios en la normativa actual”, op.cit., p. 61.

²⁶ Como recogen J. LOPEZ GUZMAN y A. APARASI MIRALLES, “*la aportación de la experiencia profesional de cada uno de los miembros del equipo dedicado al cuidado de la salud elimina ineficacia y aminora el esfuerzo. Tal colaboración interprofesional cobra más importancia en aquellas especialidades en las que el desarrollo de la enfermedad depende de una mayor confluencia de factores.*” J. LOPEZ GUZMAN y A. APARASI MIRALLES, op.cit., p. 197.

A los profesionales que se dedican al ejercicio de la enfermería, la OMS reconoció como principales misiones la “*de ayudar a los individuos, familiares y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, y a realizarlo dentro del contexto desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere enfermeros que desarrollen y realicen funciones que se relacionen con el fomento y mantenimiento de la salud, así como con la prevención de la enfermedad. Enfermería incluye también, la planificación y la prestación del cuidado durante la enfermedad y la rehabilitación, abarcando los aspectos físicos, mentales y sociales y espirituales de la vida que pueden afectar a la salud, a la enfermedad, a la discapacidad y a la muerte.*”²⁷”

La profesión de enfermería tiene un papel importante relativo a las prestaciones de cuidados²⁸, en la coordinación y administración de los servicios de salud, sin menoscabar el rol que desarrolla en materia de prevención y educación sanitaria. Y así, lo señala el artículo 7.2ª) de la LOPS donde se establece que corresponde a los enfermeros “*la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*”.

Sin embargo, y vistas las disposiciones de la LOPS, la profesión de enfermería estaba en posición de pedir el reconocimiento de una mayor autonomía e independencia profesional, pudiendo conllevar la consagración de nuevas competencias como garantía al URM. En este sentido, conviene citar el artículo 4.7 de la LOPS donde se señala que “*el ejercicio de la profesión enfermera se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico*”. Del mismo modo, a nuestro parecer, la profesión de enfermería española podía justificar sus nuevas exigencias basándose en el reconocimiento de la prescripción a nivel internacional. En el Informe presentado por el Consejo General de Enfermería²⁹, se pone de manifiesto las razones del desarrollo profesional adaptado por algunos países, entre otros, los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Francia; razones que coinciden con la estrategia de URM³⁰. La primera es la necesidad de mejorar la provisión del cuidado a los pacientes que se ha detectado sobre todo en las áreas rurales; La segundo es permitir

²⁷ OMS, *Enfermería en Acción*, Copenhague, 1993, en www.who.int

²⁸ En esta misma dirección, J. F. PEREZ GALVEZ, quién ofreció un análisis jurídico muy extenso y brillante relativo a dicha profesión, pone de relieve las funciones más características de la profesión, funciones que me permito parafrasear a continuación: Prestar y administrar cuidados (como valorar las necesidades del individuo, planificar y administrar los cuidados de enfermería requeridos, implicar al individuo en todos los aspectos del cuidado e impulsándolos a la participación comunitaria, en el autocuidado y a la autodeterminación en todos los temas relativos a la salud, etc.; Enseñar a los pacientes y al personal sanitario (preparar y dar la información requerida en un nivel apropiado, organizar o participar en campañas de educación para la salud, etc.); Actuar como un miembro de equipo de salud (Negociar la participación del usuario en la ejecución de su plan de cuidado); Desarrollar la práctica de enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación.” Ver PEREZ GALVEZ, J., *Régimen Jurídico de las especialidades en enfermería*, Comares, Granada, 2006.

²⁹ Informe del Consejo General de Enfermería, *op.cit.*, pp. 25-44.

³⁰ En este contexto internacional, se destaca distintos tipos de prescripción enfermera. Primero, lo que se conoce como la “*prescripción independiente o autónoma*”, donde se considera la profesión enfermera como la única responsable de la valoración del paciente, de la determinación de la medicación y del tratamiento, y de la prescripción. Segundo, la denominada “*prescripción dependiente o colaborativa*”. Concretamente, dicha profesión colabora con la profesión médica pero sin estar bajo ninguna supervisión. El tercer punto se aparenta más a una administración medicamentosa ejercida bajo la autoridad y prescripción de un profesional médico. Se trata de la “*prescripción de tiempo y dosis*” que permite a la profesión enfermera adecuar el tiempo y la dosis de las medicaciones prescritas por el médico.

un uso más efectivo del tiempo y de los recursos; La tercera refleja la necesidad de aumentar el estatus profesional, entendido como la legitimación del trabajo autónomo del que actualmente son responsables; Y por último, mejorar la relación entre los profesionales sanitarios³¹.

Sin ir más allá en nuestro propósito, podemos aludir al sistema jurídico francés donde se ha hecho efectiva la prescripción enfermera. En efecto, la Ley francesa de Financiación de la Seguridad Social para 2007³² preveía el reconocimiento, a los enfermeros, del derecho a prescribir productos sanitarios. En este sentido, añadió en el artículo L.4311-1 del Código francés de la Salud Pública, el siguiente apartado: “*Una Orden de los Ministerios encargados de la salud y de la Seguridad Social³³ fija la lista de los productos sanitarios que los enfermeros, cuando actúan sobre la prescripción médica, pueden prescribir a sus pacientes, salvo indicaciones contrarias por parte del médico (...)*”³⁴. La razón de este reconocimiento legal reside en la Exposición de Motivos de dicha Ley francesa³⁵. En efecto, sabiendo que la prescripción de los kinesiterapeutas ha sido autorizada, el objetivo era extender este derecho a prescribir los productos sanitarios, a la profesión enfermera. Entre otras cosas, el motivo principal se basa en que, visto el enriquecimiento de la profesión médica, era lógico enriquecer las profesiones sanitarias que colaboran a su lado para lograr una mejor coordinación de la asistencia sanitaria.

No obstante, parecía difícil pensar, hasta hace poco, que la prescripción de medicamentos y productos sanitarios pudiera entrar en el marco de las nuevas competencias enfermeras españolas. Cabe solamente recordar la Orden de 26 de noviembre de 1945, de Ministerio de la Gobernación, por la que se aprueban los Estatutos de las profesiones auxiliares sanitarias y de los colegios oficiales de auxiliares sanitarios³⁶, en su artículo 4, a cuyo tenor: “*en ningún caso podrá ni el Practicante, ni la Enfermera, ni la Matrona, dedicarse al ejercicio de actos que están atribuidos como excluidos de otras profesiones. Los Colegios oficiales de Médicos, Odontólogos y Auxiliares Sanitarios, sancionaran severamente a sus colegiados que fomenten o consientan el intrusismo.*”

³¹ Informe del Consejo General de Enfermería, *op.cit.*, p. 26.

³² Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, JO n° 296 du 22 décembre 2006.

³³ Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. JO n°88, de 14 avril 2007.

³⁴ La traducción es mía. En el texto original, podemos leer que « *un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient* ».

³⁵ En su versión francesa, se lee que “*L'article L.4321-1 du code de la santé publique autorise les masseurs kinésithérapeutes à prescrire à leurs patients des dispositifs qui relèvent de leur compétence à l'exclusion de ceux qui ont vocation à figurer dans le nécessaire des soins infirmiers utilisés lors de leurs actes, leur permettant d'exercer leur activité sans que le patient n'ait à retourner consulter son médecin traitant. Cette mesure sera ainsi source de simplification pour les professionnels, médecins et infirmiers, et pour les patients, et source potentielle d'économies pour l'assurance maladie. Elle constitue également la reconnaissance d'une compétence nouvelle des infirmiers. Comme le métier médical s'enrichit, il est logique que le métier des professions de santé auxiliaires du médecin s'enrichisse parallèlement. Afin de garantir la coordination des soins, cette prescription devra s'accompagner d'un retour d'information vers le médecin traitant du patient pour les dispositifs médicaux qui le nécessitent. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et la Haute Autorité de Santé seront consultées avant établissement de la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers peuvent prescrire* ».

³⁶ BOE n° 338, de 4 de diciembre.

En esta misma dirección, el artículo 77.1 de la LGRUMPS señala que: *“la receta médica y la prescripción hospitalaria, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos.”*

Sin embargo, visto lo anterior, estamos convencidos de que la profesión de enfermería va a jugar un papel importante en el marco de sus competencias en la consecución del URM. En primer lugar, una eventual expansión de las competencias profesionales puede ser ventajosa para el último destinatario del URM, el paciente. En mi opinión, la participación de dicha profesión en la mejora de la educación sanitaria, en la información relativa a los medicamentos son tantos elementos que garantizan la seguridad del paciente. En segundo lugar, la prescripción enfermera es adecuada al desarrollo normativo actual de dicha profesión, desarrollo contemplado en las disposiciones del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería³⁷. Además, a la luz de la Disposición adicional duodécima de la LGRUMPS, encontramos otro argumento a favor de la prescripción enfermera: *“De la revisión de medicamentos sujetos a prescripción: Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta ley, no pueden prescribir medicamentos. Así, en un plazo de un año, el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.”³⁸*

Veamos cómo la prescripción enfermera ha sido reconocida en el ordenamiento jurídico español, donde parece que el camino hacia el reconocimiento ha sido algo tumultuoso.

2. La Comunidad Autónoma de Andalucía como pionera en esta materia.

Con la adopción del Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía³⁹ (en adelante Decreto 307/2009), aparecieron con claridad, nuevas exigencias sociales en materia de salud. Como queda reflejado en su Exposición de Motivos, la razón de dicha norma reside en que *“(…) teniendo como objetivo fundamental la seguridad y el beneficio de los pacientes,”* y *“desde el reconocimiento de que el ejercicio de la práctica profesional de enfermeras y enfermeros, en sus distintas modalidades de cuidados generales o especializados, implica necesariamente la utilización de medicamentos y productos sanitarios, y por tanto, dado el interés que para el sistema sanitario público de Andalucía tiene el que dicha utilización se produzca de forma ordenada, mediante los procedimientos y requisitos necesarios.”* De este modo, Andalucía se convirtió en la primera Comunidad Autónoma que reguló la indicación de productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras de la sanidad pública.

En esta misma dirección, según las disposiciones de su artículo 2, se reconoce a la profesión de enfermería, la posibilidad de desarrollar las siguientes actuaciones:

³⁷ BOE nº 108, de 6 de mayo de 2005.

³⁸ El subrayado es nuestro.

³⁹ BOJA nº 151, de 5 de agosto de 2009.

- *“usar e indicar los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica⁴⁰ y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones de que se establecen en este Decreto.*
- *Cooperar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos (...).*
- *Indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.⁴¹*

A primera vista, el legislador autónomo intentó seguir lo que ya se inició a nivel internacional, fortaleciendo al mismo tiempo las perspectivas de URM para garantizar mayor seguridad al paciente en materia sanitaria. De ahí, se desprende como la profesión enfermera participa en la mejora y coherencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía, apostando por la cooperación entre las profesiones sanitarias.

No obstante, esta iniciativa normativa ha sido objeto de debate entre la profesión médica quien, en un principio, no admitió los fundamentos de dicho Decreto. Según el Consejo General de Médicos⁴², existen vicios de ilegalidad en la disposición reglamentaria autonómica⁴³.

Primero, pone de manifiesto la “infracción del principio de delimitación de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas”. En este sentido, se pone de relieve que todo lo relativo a la regulación de las profesiones sanitarias reguladas es de competencia exclusiva del Estado según el artículo 149.1.16ª de la Constitución Española. Segundo, destaca la “infracción del principio de reserva legal”. En efecto, según el artículo 36 CE, la regulación de las profesiones reguladas debe hacerse por ley, lo que excluye la posibilidad de una regulación por Decreto. Y por último, basándose en las disposiciones de la LOPS, el Consejo General de Médicos hace hincapié en una posible “infracción de la regulación legal”, apoyando su argumentación⁴⁴ en el hecho de que dicha Ley reconoce solamente los médicos y odontólogos como los únicos competentes en materia de prescripción y diagnóstico⁴⁵.

En este contexto, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (en adelante TJSA) admitió las consideraciones del Consejo General de Médicos, suspendiendo la

⁴⁰ Según el art. 3 del Decreto 307/2009, “las enfermeras y enfermeros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el ejercicio de su actuación profesional, tanto en el ámbito de los cuidados generales como en los especializados, podrán usar e indicar medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica. Por ello, podrán autorizar su dispensación por los servicios de farmacia de centros asistenciales correspondientes y por las oficinas de farmacia, en su caso, de los medicamentos que se encuentren incluidos la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes que tengan derecho a la misma.”

⁴¹ Ver art. 5 de dicho Decreto.

⁴² Se interpuso recurso contencioso-administrativo a instancia del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía sobre el Decreto 307/2009. Ver antecedentes del Auto del TSJA, sala de lo contencioso-sede Granada, recurso nº 1715.9/2009, de 19 de noviembre de 2009.

⁴³ Lo esencial de esta información ha sido extraída del artículo *on-line* titulado “El TJSA paraliza el decreto andaluz de la prescripción de enfermera al entender que comete vicios de ilegalidad”, en <http://www.lexureditorial.com>

⁴⁴ Art. 403 del Código Penal.

⁴⁵ Art. 6.2ª) de la LOPS.

aplicación del Decreto 307/2009. En el Fundamento jurídico 3 de la Sentencia de 19 de noviembre⁴⁶, el Tribunal proclama que:

“La aplicación del “fumus boni iuris” requiere una prudente aplicación para no prejuzgar, al resolver el incidente de medidas cautelares el fondo del recurso, ante la existencia de bastantes vicios de ilegalidad”.

Asimismo, añade que *“no ha quedado acreditado que exista un interés público que exija la inmediata ejecución de la nueva ordenación de la gestión asistencial (...).”*⁴⁷

En mi modesta opinión, de la lectura de las críticas emitidas por la profesión médica acerca de la prescripción enfermera, es posible pensar que los médicos temían el menoscabo de sus competencias profesionales. Compartir la prescripción de medicamentos puede tener, a los ojos del médico prescriptor, similitud con lo que el Código Penal⁴⁸ considera intrusismo profesional⁴⁹.

A nuestro parecer, cuando el Consejo General de Médicos pone de manifiesto que la LOPS no prevé en sus disposiciones la prescripción enfermera, es una manera de resaltar la falta de competencia de la profesión enfermera para prescribir medicamentos. En esta misma línea, podemos suponer que la decisión de paralizar el Decreto andaluz por parte del TJSA refleja, a espera de una repuesta estatal en este ámbito, la necesidad de delimitar las facultades de las distintas profesiones sanitarias en materia de prescripción, indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios. Ante este panorama, se adoptó la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos sanitarios⁵⁰.

3. El reconocimiento a nivel estatal de la prescripción enfermera.

La adopción de la Ley 28/2009 responde claramente a las nuevas exigencias de las profesiones sanitarias que colaboran al logro del URM. En este sentido, se destacan una serie de modificaciones que merecen nuestro interés para entender el propósito del legislador estatal en esta materia.

En primer lugar, fortalecer, una vez más, lo que ya se ha reconocido como principio básico en la LOPS - la cooperación multidisciplinar⁵¹- para asegurar una coherencia y eficacia del sistema de salud español. Por ello, el legislador estatal modificó la LGRUMPS para *“contemplar la participación en la prescripción de determinados medicamentos de otros profesionales sanitarios como son los enfermeros y podólogos, desde el reconocimiento del interés para el sistema sanitario de su participación en*

⁴⁶ TSJA, sala de lo contencioso-sede Granada, recurso n° 1715.9/2009, de 19 de noviembre de 2009.

⁴⁷ Fundamento jurídico tercero de la STJSA de 2009.

⁴⁸ Recordar que la infracción de intrusismo está sancionada en el dicho Código, donde se indica que: *“el que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España con la legislación vigente, incurría en la pena de multa de seis a doce meses. Si la actividad profesional desarrollada exigiere un título oficial que acredite la capacitación necesaria y habilite legalmente para su ejercicio, y no se estuviere en posesión de dicho título, se impondrá la pena de multa de tres a cinco meses”.*

⁴⁹ En este ámbito, recomiendo P. FARALDO CABAN, “Algunos aspectos del Delito de intrusismo”, en *Lecciones de Derecho Sanitario*, J. M. GOMEZ Y DIAZ-CASTROVERDE, F. J. SANZ LARRUGA (Dir.), Universidad Da Coruña, Coruña, 1999, pp. 555-567.

⁵⁰ BOE n° 315, de 31 de diciembre de 2009.

⁵¹ Art. 9.1 de la LOPS.

programas de seguimiento de determinados tratamientos, teniendo como objetivo fundamental la seguridad y el beneficio de los pacientes y de dichos profesionales.⁵²”

Sin embargo, el reconocimiento de la prescripción de medicamentos y/o productos sanitarios se enmarca en el respeto del régimen de incompatibilidades previsto en el artículo 3 de la LGRUMPS.

En efecto, la Ley 28/2009 modifica los apartados 1 y 3 del artículo 3 de la LGRUMPS de la siguiente manera:

1. *Sin perjuicio de las incompatibilidades establecidas para el ejercicio de actividades públicas, el ejercicio clínico de la medicina, odontología, veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos, serán incompatibles con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración, distribución y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios.*
3. *El ejercicio clínico de la medicina, odontología, veterinaria y otras profesiones sanitarias con facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos, serán incompatibles con el desempeño de actividad profesional o con la titularidad de oficina de farmacia.*

Importa subrayar aquí el interés legislativo para proteger y delimitar las competencias respectivas de cada una de las profesiones sanitarias implicadas. En palabras del legislador de 2009, es imprescindible que la colaboración entre los profesionales sanitarios se fomente respetando los “*criterios de conocimientos y competencia*” de cada uno, “*en función de la actividad concreta a desarrollar*” y de los “*principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas*”⁵³. A nuestro parecer, la decisión de incluir una vez más “el régimen de incompatibilidades” responde a las inquietudes de algunas profesiones sanitarias de ver sus competencias menoscabadas o afectadas por el riesgo de intrusismo a que nos hemos referido anteriormente.

En segundo lugar, se reconoce a nivel legislativo, la prescripción de medicamentos sometidos a receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a los médicos, odontólogos y podólogos. Asimismo, el legislador insiste de nuevo en el respeto de las competencias de cada una de las profesiones sanitarias⁵⁴.

En tercer lugar, se le otorga competencia a la profesión de enfermería para “*indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación*”⁵⁵.

Sin embargo, en lo referido a los medicamentos sujetos a prescripción médica, la Ley 28/2009 señala que: “*El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica*

⁵² Ver Preámbulo de la Ley 28/2009.

⁵³ Ver Preámbulo de la Ley 28/2009.

⁵⁴ El legislador de 2009 modifica el artículo 77.1 de la LGRUMPS, mediante la siguiente redacción: “La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.”

⁵⁵ Modificación del art. 77.1 de la LGRUMPS. Ver artículo Único, apartado 2, párrafo 2 de la Ley 28/2009.

clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.⁵⁶ De la misma manera, el legislador de 2009 prevé la posibilidad del Gobierno de regular la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica, *“en el ámbito de los cuidados generales como especializados”* así como la fijación, *“con la participación de las organizaciones colegiales de enfermeros y médicos, de los criterios generales, de los requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efectos en todo el territorio del Estado⁵⁷”*.

Al hilo de nuestro estudio, tenemos que apuntar que esta reciente redacción legislativa representa un gran avance tanto para las profesiones sanitarias así como para el sistema de salud español en general. No nos cabe duda que la prescripción por parte de la profesión de enfermería constituye una nueva herramienta para mejorar tanto la eficiencia en la prestación de servicios por parte del Servicio de Salud, como la accesibilidad, y supondrá un beneficio adicional⁵⁸.

Sin embargo, para concluir sobre este tema, una mayor atención hemos de prestar a la incidencia que haya podido tener la Ley 28/2009 sobre la problemática expuesta por el Consejo General de los Médicos ante el TJSA. En mi opinión, la consecuencia no es nada sorprendente. En efecto, dicho Tribunal decretó, el 23 de febrero de 2010, el alzamiento de la suspensión cautelar que pesaba sobre el Decreto 307/2009 reconociendo a las profesiones de enfermería el derecho a prescribir medicamentos y/o productos sanitarios. De forma que el Decreto está en vigor de nuevo, dando la posibilidad a esta profesión de prescribir según lo estipulado en dicho Decreto.⁵⁹

En conexión con lo hasta aquí expuesto, se entiende la prescripción de medicamentos, independientemente de quien prescribe, como un momento clave en la realización del objetivo que nos interesa, el URM. Pese a su complejidad y a la perpetua evolución que afecta esta materia, hemos podido comprobar la eficacia de la medida de cooperación multidisciplinaria, adoptada por el legislador español para intentar hacer del objetivo del URM, una realidad. No en vano, debemos continuar esta investigación

⁵⁶ Modificación del art. 77.1 de la LGRUMPS. Ver artículo Único, apartado 2, párrafo 3 de la Ley 28/2009.

⁵⁷ Ver artículo Único, apartado 4 de la Ley 28/2009 que modifica la disposición adicional duodécima de la LGRUMPS, con un nuevo título: *“De la regulación de la participación de los enfermeros en el ámbito de los medicamentos sujetos a prescripción médica.”*

⁵⁸ Informe de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, *Prescripción enfermera*. Gobierno de Cantabria, en <http://www.gacetamedica.com>

⁵⁹ Según los propios términos empleados por el TJSA, *“(…) en el párrafo 3^a del mismo n^o1 del art. 77, se dispone que el Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica para los enfermeros (...) lo que no está en contradicción con el art. 5 del Decreto 307/09 de 21 de julio que respecto a productos sanitarios cuando autoriza la indicación y prescripción, y la ley solo autoriza la indicación, uso y autorización de dispensación de todos los medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios. Por tanto, aun cuando el Decreto se excede al utilizar el término “prescripción”, no entiende la sala que deba mantenerse la suspensión acordada en aras del “fumus boni iuris” con el respaldo legal que supone la modificación de la ley 29/2006. Ver el Razonamiento segundo del Auto del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso-Granada-Recurso n^o1715.9/2009, de 23 de febrero de 2010.*

dirigiendo nuestro interés hacia otro momento importante para garantizar el URM; la dispensación de medicamentos.

III. La repercusión del URM en la dispensación de medicamentos.

1. La dispensación en la oficina de farmacia española: un acto reglamentado según la estrategia de URM.

Si usar racionalmente el medicamento significa que “*los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, en dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo coste posible para ellos y para la Comunidad*”⁶⁰, conviene ahora exponer cómo se lleva a cabo la dispensación del medicamento en una oficina de farmacia según la política sanitaria de URM. Dicho de otra forma, el lector tendrá a su disposición los medios necesarios para averiguar cómo un ciudadano pueda beneficiarse de una prestación farmacéutica adecuada a sus necesidades de salud. Conviene señalar que a lo largo del tiempo, la profesión farmacéutica ha ido evolucionando tanto por el dinamismo social como por el progreso científico y cultural. Si bien hoy en día, la función del farmacéutico va más allá de la simple venta de los medicamentos y/o preparación de las fórmulas magistrales y preparados oficinales. En este caso, el farmacéutico tiene como principal responsabilidad, por ser a veces el único contacto del usuario con el sistema de salud, proteger la salud de los ciudadanos y maximizar el beneficio de los medicamentos⁶¹.

La primera observación a destacar es que la dispensación del medicamento forma parte de un conjunto de servicios profesionales del farmacéutico desarrollados dentro de la oficina de farmacia, conjunto conocido como “Atención Farmacéutica”. La primera definición del concepto de Atención Farmacéutica apareció en el lenguaje estadounidense en la década de los noventa⁶². Así, según la doctrina, se la conoce como “*la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes*”⁶³. Actualmente, este concepto refleja una nueva perspectiva con la búsqueda de optimización de la intervención asistencial del farmacéutico. En efecto, al definirse como “*la participación activa del farmacéutico en la asistencia del paciente durante la dispensación y el seguimiento de un tratamiento farmacoterapéutico en cooperación con el médico y con otros profesionales sanitarios, para conseguir resultados que mejoren la calidad de vida del paciente*”⁶⁴, el farmacéutico ahora debe colaborar con todos los actores del URM, y sobre todo con el médico, para garantizar el alto nivel de protección de la salud exigido tanto por las autoridades sanitarias como por el propio ciudadano. En este sentido, se destaca la nueva responsabilidad de las profesiones farmacéuticas hacia el

⁶⁰ Definición del URM propuesta por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Expertos sobre Uso racional del medicamento, celebrada en Nairobi en 1985.

⁶¹ J. ESTEVA DE SAGRERA., P. MARTIN BAREA. , *Función social de las oficinas de farmacia-Dispensación y cuidado de la salud*, Elsevier, Madrid, 2007, p.3.

⁶² M. SALDAÑA, “La Atención Farmacéutica”, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, n°4, vol. 13, Narón (la Coruña), mayo 2006, pp. 213-215. Artículo *on-line*, en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000400001&Ing=es&nrm=iso

⁶³ CD. HEPLER., LM. STRAND, “Opportunities and responsibilities in Pharmaceutical Care”, *Am. J. Pharma*, n°47, 1990, pp.533-543.

⁶⁴ Documento “Consenso sobre Atención Farmacéutica”, presentado a las Autoridades sanitarias el 19 de octubre de 2002 y declarado por el Ministerio de Sanidad y Consumo como Actividad de interés sanitario, p.19, en la página Web <http://campus.usual.es/~galencia/atenfca/CONSENSO.pdf> .

usuario del SNS. Sin lugar a dudas, los farmacéuticos deben cumplir una serie de funciones que tengan como principal objetivo, maximizar los beneficios de los tratamientos medicamentosos a favor del bienestar de los pacientes. Y todo ello se plasma en la LGURMPS que califica los farmacéuticos “*como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos*” y, además, según este Texto legislativo, son los que “*velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de Atención Farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente*”⁶⁵.

Sentado lo anterior, y como recogen J. SANCHEZ-CARO y F. ABELLAN, la Atención Farmacéutica convierte el farmacéutico en un agente activo en la tarea de favorecer el URM, todo ello dentro del proceso de interrelación con el paciente y con el resto de profesionales sanitarios⁶⁶.

La segunda observación nos lleva a exponer la razón por la cual se incluye el acto de la dispensación dentro de las actividades de Atención Farmacéutica. De manera concreta, el objetivo es atribuir una nueva dimensión asistencial del acto de dispensación. Así, incluir la dispensación dentro del ámbito de la Atención Farmacéutica permite un cierto desarrollo de las obligaciones y deberes del farmacéutico para garantizar un URM. En estos términos, el profesional sanitario debe, entre otras cosas, entregar el medicamento y/o producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente; proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos. Esto implica que el acto de dispensación sirva también como fuente de información para los pacientes sobre la medicación que van a utilizar; filtro para la detección de situaciones en las que hay un riesgo de sufrir problemas relacionados con los medicamentos; fuente de información para el farmacéutico a partir de la cual tome la decisión más beneficiosa para el paciente⁶⁷.

Concretamente, el objetivo perseguido es la mera búsqueda de evidenciar la participación y responsabilidad del farmacéutico en el logro de resultados que mejoren la calidad de vida del paciente⁶⁸. Por lo tanto, la prestación farmacéutica intenta acercarse al objetivo de un bienestar general del paciente. El profesional sanitario ejerciendo en una oficina de farmacia debe ir más allá de la simple entrega de un medicamento. Hoy en día, este profesional debe tomar en cuenta tanto el medicamento como sus consecuencias en la salud de un paciente determinado. Para ello, ante las responsabilidades que suponen esta nueva estrategia sanitaria, conviene que sea un profesional calificado para garantizar la calidad, la seguridad y la efectividad del medicamento.

⁶⁵ Artículo 84.1 de dicha ley.

⁶⁶ J. SANCHEZ-CARO, F. ABELLAN, *Atención Farmacéutica y responsabilidad profesional*, Comares, Granada, 2004, p.59.

⁶⁷ J. SANCHEZ-CARO, F. ABELLAN, *Atención Farmacéutica y responsabilidad (...)*, op.cit., p.69.

⁶⁸ M. J. FAUS DADER., P. AMARILES MUÑOZ., F. MARTINEZ MARTINEZ., *Atención Farmacéutica, conceptos, procesos y casos prácticos*, Madrid, 2007, p.43. Disponible en la pagina Web http://www.farmacare.com/pdf/libro_AF.pdf.

Con el curso del tiempo, la sociedad ya no quiere estar al margen de las decisiones relativas a su salud, dejando atrás el antiguo “paternalismo médico” de los siglos pasados. Los ciudadanos, cada vez más exigentes piden coherencia, información, calidad y seguridad en todo lo que pueda tener consecuencias directas o no, en su bienestar. En este contexto, las autoridades sanitarias conscientes de la incidencia del nuevo papel del propio individuo, se enfrentan a la necesidad de dar un nuevo impulso al conjunto de las decisiones políticas en esta materia, mediante una redefinición de las funciones de las profesiones sanitarias. El objetivo perseguido es aproximarse de manera óptima, a las necesidades sanitarias de los usuarios de los sistemas de salud. Desde este punto de vista, el farmacéutico, ya no es el último eslabón de la cadena de dispensación del medicamento, sino aquel que permite una conexión entre los pacientes, los profesionales sanitarios y los poderes públicos⁶⁹. El propio Ministerio de Salud del Reino Unido comentaba en el año 2003, que “*los farmacéuticos representan probablemente uno de los recursos menos explotados para la mejora de la salud. Exploraremos las oportunidades para desarrollar y amplificar la contribución que los farmacéuticos deben cumplir para reducir las desigualdades en materia de salud proporcionando consejos adecuados para la mejora de la salud, y la reducción del malestar*”⁷⁰.

Ahora bien, desarrollar las competencias de la profesión farmacéutica para garantizar un URM conlleva un incremento de sus funciones asistenciales y un fomento de la colaboración con las demás profesiones sanitarias. Entonces, cabe averiguar cómo el farmacéutico español consigue responder a las exigencias sociales y sanitarias de los ciudadanos, dispensando medicamento, respetando los criterios de calidad y de eficacia. Cabe recordar que la dispensación⁷¹ del medicamento⁷² se define como el acto profesional que pone un medicamento a disposición del paciente bajo su supervisión de acuerdo con la prescripción médica formalizada mediante receta, con las salvedades legalmente establecidas⁷³.

⁶⁹ Informe de Ordre National des Pharmaciens, “La pharmacie d’officine en France- Bilan et perspectives”, diciembre de 2007, p.39, documento *on-line*, en <http://www.pharmacie.ups-tlse.fr/actualites/documents/857.pdf>

⁷⁰ Cita del Department of Health (DOH): “A vision for pharmacy in the new NHS”, 2003, p.7, encontrada en el Informe de Ordre National des Pharmaciens, “La pharmacie d’officine (...)», *op.cit*, p.38.

⁷¹ El Código francés de Salud Pública define en su artículo R.4235-48 la dispensación de medicamento como un acto que va más allá de la mera entrega de medicamentos. En este sentido, se lee que « *le pharmacien doit assurer dans son intégralité l’acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance:*

- 1) *Une analyse pharmaceutique de l’ordonnance médicale, si elle existe ;*
- 2) *La préparation éventuelle des doses à administrer ;*
- 3) *La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage des médicaments. »*

⁷² También se puede definir “*la dispensación como aquel acto profesional por el que el farmacéutico, ante la solicitud de un medicamento, y tras verificar de manera sistemática que el paciente o cuidador tienen información suficiente acerca del objetivo del tratamiento y de la forma adecuada de utilización, procede a la entrega del medicamento de acuerdo con la legislación vigente, evaluando con la información disponible en el momento, que el medicamento es adecuado para ese paciente.*” M. J. FAUS DADER., P. AMARILES MUÑOZ., F. MARTINEZ MARTINEZ., *Atención Farmacéutica, conceptos (...)*, *op.cit*, p.44.

⁷³ Art. 2) de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.

Según las disposiciones de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias⁷⁴, los únicos profesionales cualificados para asegurar una dispensación de medicamentos respetando los criterios de calidad y seguridad son los licenciados en Farmacia⁷⁵. Si bien, y con el objetivo de justificar la razón por la cual se reserva el ejercicio de la dispensación únicamente a los farmacéuticos, conviene aplicar algunas disposiciones del artículo 5.1 de la Ley 44/2003 anteriormente citada. En este sentido, veremos punto por punto, cómo el farmacéutico, debido a su cualificación profesional universitaria justifica su intervención en la dispensación del medicamento en perfecta conexión con la política de uso racional desarrollada en el territorio español.

En primer lugar, según el artículo 5.1 a) de dicha ley, *“la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos, se rige por los siguientes principios generales. Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley (...).”* Respeto a lo anteriormente dicho, el farmacéutico es competente para averiguar y detectar los problemas derivados de la medicación con el fin de poder encontrar las soluciones adecuadas en materia de salud, en colaboración con las demás profesiones sanitarias. Esta función conocida como el seguimiento farmaterapéutico personalizado se define como la *“práctica profesional en la que el farmacéutico se responsabiliza de las necesidades del paciente relacionadas con los medicamentos mediante la detección, prevención y resolución de los problemas derivados de la medicación, de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con el propio paciente y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de los pacientes”⁷⁶.*

En este ámbito, prestar una atención sanitaria profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que los farmacéuticos atienden, significa también tomar en cuenta la posible peligrosidad de algunos medicamentos y por ello según las propias palabras de J.M. CARDENAS GUITIERREZ, *“aceptar la existencia de otros factores (...) y que es necesario identificar y controlar para que, con la intervención de los profesionales de salud, se alcancen los más altos niveles de eficacia, efectividad y eficiencia”⁷⁷.*

Siguiendo con la necesaria intervención del farmacéutico en la cadena URM, debemos señalar los apartados c) y f) del artículo 5.1 de la Ley 44/2003, donde se puede leer que: *“(...) en todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.”* Y que *“los pacientes tienen el derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos*

⁷⁴ BOE n°280, de 22 de noviembre de 2003.

⁷⁵ El Artículo 6.2 b) de dicha ley dispone que *“corresponde a los licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, fármacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública”*

⁷⁶ J. ESTEVA DE SAGRERA., P. MARTIN BAREA. , *Función social de las oficinas de farmacia (...), op.cit., p.146.*

⁷⁷ J.M. CARDENAS GUITIERREZ, *“La integración del conocimiento farmacéutico para lograr un alto impacto en la salud- Situación en América. Papel y perspectivas de la FEPAFAR”*, *Ars. Pharma* 2008, n° 49, vol. 2, 2008, p.165.

y obligaciones en materia de información.”Es decir, ofrecer una dispensación individualizada, adecuada a su estado de salud.

Sobre ello, conviene resaltar que las competencias profesionales del farmacéutico en materia de dispensación están limitadas en el sentido de no poder inmiscuirse en las del propio médico⁷⁸. En esta misma dirección, cabe transcribir las disposiciones del artículo 6.2ª) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias donde se establece la competencia exclusiva de los médicos sobre el diagnóstico y tratamiento: “a) *corresponde a los licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como el enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención*”.

Dicho de otra forma, el consejo farmacéutico no debe ir más allá de las “*recomendaciones técnicas y sanitarias impartidas por un profesional farmacéutico, en la consulta farmacéutica del establecimiento de asistencia donde ejerce su actividad profesional, garantizando la confidencialidad tanto del paciente como de la información recibida e impartida*”⁷⁹.

Pues bien, se entiende por consulta o indicación farmacéutica⁸⁰, el servicio que es prestado ante la demanda de un paciente⁸¹ o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir, y solicita al farmacéutico el remedio más adecuado para un problema de salud concreto⁸². Me estoy refiriendo aquí a aquellas sintomatologías que no necesitan un diagnóstico preciso, teniendo en cuenta que al farmacéutico le está permitido legalmente dispensar medicamentos no sujetos a prescripción médica⁸³, de modo que estos mismos puedan ser utilizados para autocuidado⁸⁴ de la salud del ciudadano⁸⁵. El farmacéutico debe averiguar que el paciente conozca el objetivo del tratamiento y que también conozca la forma de

⁷⁸ Ver el artículo *on-line*, titulado “El farmacéutico quiere hacer de médico”, de 24 de febrero de 2009, Madrid, <http://www.medicosypacientes.com/noticias/2009/02-02-25-farmacia>

⁷⁹ Artículo 2.h) de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-la-Mancha.

⁸⁰ V. J. BAIXAULI FERNÁNDEZ, “La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica”, *Revista Pharmaceutical Care España*, Vol.10, nº 10, 2008, pp. 22-31.

⁸¹ Según M. PLASENCIA, “*Entrar en una Oficina de farmacia, no supone siempre la adquisición de un producto farmacéutico; a veces, la solución que ofrece el titular es verbal, traducida a un consejo o una recomendación oral. En otras ocasiones, se demanda información de servicios médicos, interpretación de análisis clínicos, consultas sobre vacunas (...)*”. M. PLASENCIA, *op.cit.*, p.46.

⁸² Documento “Consenso sobre Atención Farmacéutica”, *op.cit.*, p.16.

⁸³ El artículo 19.2 de la LGRUMPS define los medicamentos sujetos a prescripción médica los que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

- a) *puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico.*
- b) *se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerada, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud.*
- c) *contengan sustancias o preparados a base de dichas sustancias, cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente.*
- d) *se administren por vía parental, salvo casos excepcionales, por prescripción médica.*

⁸⁴ En su exposición de motivos, la ley incorpora el concepto de «autocuidado de la salud» relacionado con la calificación de medicamentos no sujetos a prescripción médica. Se trata de adaptar la redacción de la Ley a la realidad social del siglo XXI.

⁸⁵ Esta categoría de medicamentos está conocida también bajo el término de “especialidad farmacéutica publicitaria”. En efecto, si se cumplen los requisitos mencionados en el art. 78 de la LGRUMPS y en el art. 25 del Real Decreto 1345/2007, dichas especialidades podrán ser objeto de publicidad hacia el público.

administración correcta del medicamento; asimismo, que la información esté disponible en ese momento; que el medicamento no sea inadecuado para ese paciente teniendo en cuenta la medicación concomitante que éste pueda estar tomando y/o otras enfermedades que pudiera padecer⁸⁶. En su dispensación en la oficina de farmacia, el farmacéutico deberá informar, aconsejar e instruir sobre su correcta utilización⁸⁷.

Como vemos, la Ley obliga que la dispensación de los medicamentos sea realizada en una oficina de farmacia con la intervención de un farmacéutico como garantía del URM.

3. Cuestión de debate acerca de la profesión farmacéutica: El reconocimiento del valor añadido de la profesión farmacéutica.

Después de haber mencionado, en los epígrafes anteriores, la evolución del papel del farmacéutico, conviene ahora referirse al nuevo debate que gira alrededor de la profesión sanitaria ejercida en oficina de farmacia⁸⁸. Parece lógico que nos preguntamos cómo será reconocido mañana el conjunto de las actividades desarrolladas por el farmacéutico. Para encontrar soluciones a dicha problemática, es necesario mirar más allá de nuestras fronteras. En primer lugar, podemos citar el ejemplo de las pretensiones de los farmacéuticos canadienses. En efecto, los farmacéuticos canadienses (Québec) consiguieron una remuneración por honorarios por algunos actos farmacéuticos. Así, desde el 17 de diciembre de 2003 están remunerados 15,70 dólares (o sea 9,50 euros) por cualquier consulta en el momento de la dispensación de la píldora del día siguiente. Este reconocimiento del acto farmacéutico en Québec favorece el nuevo papel de la profesión en el logro un alto nivel de protección de salud. Por ello, los poderes públicos canadienses, conscientes del servicio sanitario prestado por las profesiones farmacéuticas, decidieron reconocer el valor añadido del acto farmacéutico y atribuir una rentabilidad directa de la actividad por medio de la remuneración⁸⁹. Asimismo, se destaca la iniciativa de Bélgica, con la creación desde el 2 de marzo de 2007, de un nuevo sistema de remuneración del farmacéutico de oficina, un sistema de honorarios para los actos farmacéuticos⁹⁰. También, en el Reino Unido⁹¹ se ha previsto la posibilidad de que el farmacéutico pueda percibir honorarios en el caso de que efectúe un análisis del buen uso de los medicamentos para el paciente (*medicine use review*) y/o la renovación de recetas en lo que se refiere a los tratamientos crónicos. El objetivo perseguido, tanto en Bélgica como en el Reino Unido, es la valoración de las nuevas

⁸⁶ Documento “Consenso sobre Atención Farmacéutica”, *op.cit.*, p.19.

⁸⁷ Según las disposiciones del artículo 19.4 de la dicha Ley, “la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá calificar como medicamentos no sujetos a prescripción médica aquéllos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización”.

⁸⁸ Información extraída de M. RUIZ CANELA LOPEZ, “Nuevos retos profesionales para el farmacéutico: necesidad de una reflexión ética”, *Cuadernos de Bioética XVI*, n°2, 2005, pp. 257-273. disponible en <http://www.aebioetica.org/rtf/07-BIOETICA-57.pdf>

⁸⁹ Ver el artículo titulado “Québec: Rémuneration de la consultation pharmaceutique”, *Revista LNP* n°272, de 13 de Febrero de 2004, artículo *on-line*, disponible en <http://www.crpon.org/publications/quebec1.pdf>

⁹⁰ Información encontrada en el Proyecto de Ley Belga n°3-2121/5 (Projet de loi portant modification des dispositions législatives), del Senado Belgo en su sesión 2006, www.senate.be

⁹¹ J. RUBIO GALVEZ, *Manual de la Nueva Farmacia*, Diaz de Santos, Madrid, 1999, p.25.

funciones llevadas a cabo por esta profesión, la remuneración conllevando al reconocimiento de las nuevas tareas farmacéuticas⁹².

En Francia, el debate ha pasado desapercibido. No obstante, existe en esta materia, una verdadera polémica jurídica entre las profesiones médicas y las farmacéuticas. En mayo 2007, una mutua francesa⁹³ y las compañías de seguro Crédit Mutuel han ofrecido la posibilidad, a sus clientes, de que un farmacéutico pueda realizar un “examen de prevención de salud”⁹⁴ a cambio de una remuneración equivalente a 21 euros. Además, mediante este acuerdo, el farmacéutico puede facturar productos “homeopáticos” o los conocidos como “productos de medicina natural”, no reembolsados por la Seguridad Social francesa, en un límite de 50 euros por año. Sin embargo, el coste de la “consulta oficial” esconde cierta similitud, en Francia, al precio establecido por la “consulta médica”. De ello deriva cierta confusión en lo relativo a las competencias de cada una de las profesiones sanitarias. Y así lo expresa el propio Colegio Nacional francés de Médicos: *“¿Si a los farmacéuticos se reconoce la competencia de hacer consultas, los médicos podrían pretender dispensar medicamentos en lugar de los farmacéuticos? ¿Dónde se encontraría la coherencia y la calidad de lo que permite identificar cada una de estas profesiones sanitarias reglamentadas según las atribuciones del Código de la Salud Pública? ¿Dónde se sitúa el límite del ejercicio ilegal de la Medicina si tales prácticas están incluidas en las actividades profesionales de los farmacéuticos?”*⁹⁵

Sin embargo, nótese que en Francia el debate sigue abierto⁹⁶, y se han destacado dos posiciones relativas a las consecuencias de una remuneración de la “consulta oficial”. Una parte de la doctrina defiende esta nueva alternativa como medio para fortalecer la cooperación interprofesional entre las distintas profesiones sanitarias. Además, ven en el “examen de prevención de salud” la posibilidad de aliviar una parte de las tareas del médico, permitiendo a este profesional concentrarse únicamente en las enfermedades

⁹² J. MORISSON, “UE: Un vent de dérégulation soufflé en Europe”, artículo *on-line*, en http://www.pharmaceutiques.com/php/magpdf/php152_268dossier.pdf

⁹³ Mutuelle Lyonnaise MRTL.

⁹⁴ El “examen de prevención de salud” es un cuestionario que permite al farmacéutico seguir los tratamientos del paciente, vigilar las posibles interacciones medicamentosas, asegurarse del uso correcto de los medicamentos, el estado de las vacunaciones del paciente, etc.

⁹⁵ La traducción es mía. En el texto original se puede leer: “Si les pharmaciens font désormais des consultations, les médecins pourraient-ils prétendre délivrer les médicaments à la place des pharmaciens? Où se trouveraient alors la cohérence et la qualité des métiers des médecins et des pharmaciens qui sont chacun dans les attributions réglementées par le Code de la Santé au service des personnes et de la santé publique? Où se situe la limite de l’exercice illégal de la Médecine si de telles pratiques étaient admises dans l’activité professionnelle des pharmaciens?”. Ver Documento del Consejo Nacional de los Médicos titulado «L’Ordre s’oppose à une consultation pharmaceutique, en http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/article.php3?id_article=103

⁹⁶ España se encuentra en la primicia de este debate. No obstante, parece interesante, a mi juicio, destacar los argumentos a favor de la remuneración del acto farmacéutico, expresado por J.G. QUIROS HIDALGO, en su libro titulado *Prestación farmacéutica de la Seguridad Social*, Lex Novia, Valladolid, 2006, p.300. “En primer lugar, la inclusión de honorarios añadidos por actos farmacéuticos o servicios prestados a favor de los pacientes (...) aportaría coherencia entre función y retribución. Tales actividades podrían quedar referidas a guardias, consejos sobre el medicamento adecuado, realización de formulas magistrales y de preparados oficinales, seguimiento node los efectos secundarios de los tratamientos (...), etc. Así los beneficios posiblemente reducidos de las oficinas de estas características encontrarían una nueva fuente de incremento, propiciando conjuntamente una más celosa atención complementaria a las sanitarias (...) y otorgaría pleno significado (...) para potenciar la actividad de este profesional especializado (...)”.

graves. Otra parte de la doctrina ve un cierto intrusismo de la profesión farmacéutica en las competencias reservadas al médico, pudiendo favorecer el ejercicio ilegal de la medicina⁹⁷. En resumen, estamos pendientes de una decisión del Gobierno francés para solucionar los conflictos de interés de cada parte implicada. A mi juicio, nos podemos ignorar lo ocurrido en otros ordenamientos jurídicos. En este sentido, sea o no justificada la petición de los farmacéuticos, es evidente que esta cuestión deberá ser objeto de una futura regulación jurídica por parte del legislador español.

IV. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.

- ABELLAN, F.y SANCHEZ-CARO, J., *La responsabilidad médica por la información del medicamento*, Comares, Granada, 2007
- BAIXAULI FERNÁNDEZ, V.J., “La consulta farmacéutica y la consulta de información de medicamentos como actividades de atención farmacéutica”, *Revista Pharmaceutical Care España*, Vol.10, nº 10, 2008.
- DOMENECH PASCUAL, G., *El régimen jurídico de la Farmacovigilancia*, Thomson Reuters, Navarra, 2009.
- ESTEVA DE SAGRERA J., MARTIN BAREA., P., *Función social de las oficinas de farmacia-Dispensación y cuidado de la salud*, Elsevier, Madrid, 2007.
- H. BANDO, “Derecho a la Educación para la salud”, en *Derechos en Salud para el siglo XXI*, Grupo Europeo de derecho farmacéutico Eupharlaw, Madrid, 2004.
- GARCIA LUNA, C., “Formación y desarrollo de los profesionales sanitarios”, en *Marco Jurídico de las profesiones sanitarias*, D. LARIOS RISCO (coord.), Lex Nova, Valladolid, 2006.
- JIMENEZ MARTINEZ, V., *Uso racional de los medicamentos*, Farmaindustria, Madrid, 1991.
- LOMAS HERNANDEZ, V., “Profesiones y profesionales sanitarias en la normativa actual”, en *Marco jurídico de las profesiones sanitarias*, D. LARIOS RISCO (coord.), Lex Nova, Valladolid, 2006.
- LOPEZ GUZMAN, J. y APARASI MIRALLES, A., “La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal”, *Revista Derecho y Salud*, nº2, vol. 14, julio-diciembre 2006.
- MARTINEZ DE LA GANDARA, M., “Legislación vigente relacionada con la información a los profesionales sanitarios y publicidad sobre medicamentos”, en *La información médica y farmacéutica en España*, F. ZARAGOZA, Master Line, Madrid, 2007.
- PEREZ GALVEZ, J., *Régimen Jurídico de las especialidades en enfermería*, Comares, Granada, 2006.
- RUBIO GALVEZ, J., *Manual de la Nueva Farmacia*, Diaz de Santos, Madrid, 1999.
- RUIZ CANELA LOPEZ, M., “Nuevos retos profesionales para el farmacéutico: necesidad de una reflexión ética”, *Cuadernos de Bioética XVI*, nº2, 2005, pp. 257-273. disponible en <http://www.aebioetica.org/rtf/07-BIOETICA-57.pdf>
- SALLERAS SANMARTT, L., *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicación*, Diaz de Santos, Madrid, 1985, p. 57.

⁹⁷ Ver el artículo de G. BONNEFOND, titulado “Le bilan réalisé par le pharmacien n’empiète pas sur la compétence médicale”, enero 2009, artículo *on-line*, en http://www.cvaio.org/no_cache/actualites/news/19012009-gilles-b-2.html