

Uso de principio activo. Dilemas sobre seguridad, isoaparencia, marketing y libertad de prescripción

Melguizo Jiménez M¹, Sánchez Mariscal D²

¹ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almanjáyar. Granada. Distrito Sanitario de AP Granada Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud

² Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Caballero. Granada. Distrito Sanitario de AP Granada Metropolitano. Servicio Andaluz de Salud.

Aceptado para publicación el 22-03-2020

INTRODUCCIÓN

En 1985 la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) definió el uso racional del medicamento como aquel que permite que “Los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad”¹.

El uso racional del medicamento forma parte consustancial del acto médico. Una prescripción correcta debe incluir al menos cuatro objetivos diferentes: la máxima eficacia, los mínimos efectos adversos, la aceptabilidad y el menor coste posible tanto para el paciente como para la sociedad. Estos objetivos se sintetizan en dos elementos diferenciados, de una parte la racionalidad (calidad intrínseca) y de otra la responsabilidad (rentabilidad social de los recursos públicos)².

Una *prescripción racional* se fundamenta, en primer lugar, en una decisión clínica rigurosa y

científica por parte del profesional médico. No obstante, también esta decisión precisa de una corresponsabilidad facilitadora por parte de otros agentes como los organismos financiadores y gestores del sistema sanitario, la Industria Farmacéutica y el propio ciudadano.

La prescripción racional obliga a seguir un complejo proceso en diferentes pasos que puede resumirse en la siguiente cadena:

1. Definición del problema de salud.
2. Delimitación del objetivo terapéutico.
3. Búsqueda de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
4. Selección del grupo farmacológico.
5. Selección del fármaco adecuado.
6. Delimitación de posología, vía de administración, tiempo de prescripción y posibles interacciones con otros fármacos activos en el paciente.
7. Seguimiento de los resultados y posibles efectos adversos³.

Una *prescripción responsable*, por otra parte, obliga a plantearse una reflexión acerca del considerable coste económico que supone para nuestra sociedad el gasto farmacéutico. En 2016, el gasto farmacéutico y de productos sanitarios (gasto hospitalario + gasto por receta) en España correspondió aproximadamente al 23.5% del gasto sanitario público total en términos normalizados internacionales del Sistema de Cuentas de Salud. Dicho gasto, pese al receso de los años de crisis económica, sigue un incremento porcentual anual (sobre todo a costa del gasto de farmacia hospitalario) y, en términos absolutos, se sitúa siempre por encima del crecimiento del Producto Interior Bruto⁴.

Las decisiones para favorecer una prescripción racional y responsable tienen una dimensión ética incuestionable. Se trata, nada menos, de satisfacer las necesidades de salud, con la máxima calidad y al menor coste posible. Los principales agentes comprometidos con la prescripción, Administraciones y profesionales sanitarios, tienen el deber de hacer aquello que sea “lo mejor para el paciente”, pero no a “cualquier precio”. Y la primera reflexión acerca de la prescripción farmacéutica pasa por sopesar el gasto farmacéutico de un sistema sanitario con el “coste oportunidad” (aquello que dejamos de hacer cuando asignamos recursos a una actividad)⁵.

Para resolver la dicotomía entre la gestión contenida del gasto farmacéutico y la profesionalidad, en aras de ofrecer la máxima calidad, puede ser útil apelar al análisis a través de los principios de la bioética clínica. No obstante, estos principios colisionan entre sí y es imposible apelar en exclusiva a solo uno de ellos para resolver los conflictos que se nos plantean. En realidad, los conflictos éticos en el campo de la biomedicina pueden entenderse como conflictos de deber entre los cuatro principios éticos básicos de la Bioética, que delimitan de modo amplio los valores que deberían ser respetados en todo momento por cualquier actor.

- La **Beneficencia** nos obliga a tomar las decisiones de prescripción en función de evidencias científicas en cuanto a eficacia, efectividad y seguridad.

- La **Autonomía** a una aceptación informada de la prescripción por parte del paciente, no necesariamente ligada a la elección de un tipo de fármaco.
- La **No maleficencia** a ofrecer un beneficio clínico con un daño mínimo asumiendo que los efectos adversos por hipersensibilidad (inmunomediados) o farmacológicos (toxicidad, sobredosis, interacciones, etc.) son en ocasiones impredecibles e ineludibles.
- La **Justicia** a la distribución de los recursos de atención sanitaria de manera justa y equitativa haciendo compatible el bien individual con el bien social⁶.

De forma general los sistemas sanitarios públicos han respondido a los retos planteados por la prescripción racional y la responsabilidad de gestionar de forma equitativa fondos públicos con medidas ya suficientemente conocidas y que pueden ser complementarias entre sí.

Financiación del medicamento de coste más bajo en situación de bioequivalencia, promoción de la prescripción del principio activo, información a los profesionales (a través de historia digital) de las alternativas terapéuticas más económicas, limitación de la financiación de innovaciones terapéuticas que no aportan mejoras clínicas, pactos con la Industria Farmacéutica para la contención del gasto, formación de profesionales basada en la evidencia, estrategias de de-prescripción, abordaje de polimedicados /pluripatológicos o promoción del uso sensato y solidario de los servicios públicos sanitarios.

Una parte de estas medidas son responsabilidad de las administraciones públicas y deben ser abordadas desde una óptica de “Ética de la Financiación”, pero otra parte de ellas corresponden a la práctica del profesional dentro de lo que podemos llamar “Ética de la Prescripción”.

Dentro de esta ética de la prescripción nos centraremos en la prescripción por principio activo como un camino imprescindible para una prescripción más racional y más responsable.

LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

La **prescripción por principio activo** (PPA) es una modalidad de prescripción en virtud de la cual el médico no indica, en la receta u orden de dispensación, la marca del medicamento concreto que debe ser dispensado o administrado al paciente, sino que consigna únicamente el principio activo del mismo, la forma farmacéutica, su vía de administración y su dosificación. La identificación del fármaco se produce, por tanto, en lugar de por el nombre comercial o de fantasía, mediante la *Denominación Común Internacional* (DCI) o, en su caso, a través de la *Denominación Oficial Española* (DOE)⁷.

De forma general podemos enumerar las ventajas e inconvenientes de la prescripción por principio activo.

Ventajas de la PPA (inconvenientes de la prescripción por marca):

- La DCI constituye un término claro para los profesionales sanitarios que se utiliza durante el periodo de formación académica pregrado, que facilita su identificación en las fuentes de información científica, que otorga seguridad en la comunicación interprofesional y entre médicos con pacientes.
- La PPA permite evitar errores en la prescripción y en la dispensación de medicamentos. Los profesionales sanitarios se familiarizan mejor con las DCI que con distintas denominaciones comerciales para una misma DCI.
- La DCI favorece la gestión de stocks y de almacenes de medicamentos. La identificación del principio activo previene confusiones y errores.
- La PPA y el uso de la DCI favorecen una mayor independencia de los médicos frente a las estrategias de marketing y promoción de la Industria Farmacéutica.
- La PPA contribuye a potenciar las estrategias de isoapariencia. Una DCI, sin variabilidad de marcas, permitiría una presentación homogénea en embalaje, así como en la forma, color y apariencia de las presentaciones comerciales.

- La PPA evita confusiones para los pacientes al impedir tener que disponer de diferentes marcas para el mismo preparado farmacológico.
- La PPA favorece la prescripción de genéricos con la consiguiente eficiencia en el control del gasto farmacéutico global.

Inconvenientes de la PPA (ventajas de la prescripción por marca comercial):

- La prescripción por marca comercial puede permitir recordar mejor el nombre del producto, al ser diseñado éste precisamente para facilitar su evocación.
- La farmacovigilancia de un preparado es mejor cuando el seguimiento se hace sobre una sola presentación comercial. El perfil de absorción, distribución tisular y liberación es mucho mejor estudiado cuando se hace sobre solo una marca comercial.
- La eficacia de un medicamento no depende únicamente del principio activo sino también de los excipientes y de aquellos factores que condicionan la adherencia, como presentación y formulación comercial.
- La prescripción por marca comercial evita errores en la toma de medicación por parte de pacientes, especialmente los mayores, polimedicados y con limitaciones sensoriales. La identificación del fármaco con un envase, una denominación de marca y un color evita confusiones cuando pueden dispensarse varias marcas para un mismo principio activo.
- La prescripción por marca evita cambios continuos de presentaciones comerciales a expensas de la fluctuación de los precios de financiación por parte de los servicios de salud.
- La prescripción por marca puede entenderse que incrementa la libertad de prescripción.

Dentro de las dimensiones enumeradas podemos plantearnos la siguiente agrupación de los principales conflictos éticos que plantea la PPA.

1. *¿Debe ser la isoapariencia un objetivo del Sistema Sanitario o una aspiración sacrificable para mantener el régimen actual de marcas comerciales?*

Si. La isoapariencia debe ser una aspiración del modelo de prestación farmacéutica de nuestro sistema sanitario. La isoapariencia probablemente es incompatible con la prescripción por marcas comerciales.

La PPA supone un riesgo de seguridad para los pacientes ancianos o con un bajo nivel cultural, fundamentalmente aquellos polimedicados, a los que se les proporciona un envase del fármaco prescrito con apariencia diferente en función de la disponibilidad del mismo⁸.

Para superar este riesgo los profesionales han adoptado medidas de información al paciente y a las cuidadoras. Información escrita con descripción exhaustiva del principio activo y la posología que se actualiza continuamente tras cada cambio o transición asistencial. Revisión de botiquines de pacientes pluripatológico por parte de enfermería. En esta actividad informativa sería trascendental la cooperación de los farmacéuticos de oficinas de farmacia. Otra actitud posible es la prescripción por marca a los pacientes de mayor riesgo.

Si queremos progresar en la vía de la prescripción responsable es necesaria la participación de la administración sanitaria mediante la implantación de la isoapariencia. Esta medida puede colisionar con el interés de la industria de promocional el uso de sus marcas, pero debe ser también la administración la que colabore con los profesionales en la aplicación de la justicia en la distribución de los recursos sanitarios.

Se pueden tomar medidas estrictas de igual identificación de los envases y formas farmacéuticas de una misma DCI o llegar a situaciones de mínimos como la propuesta por *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)*, la *Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)* y la *Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA)* publicaron un manifiesto por la isoapariencia de los medicamentos con el mismo principio activo con el lema «Si son iguales, que parezcan iguales» que propone que una de las caras mayores de un envase contenga sobre una base en blanco: nombre del principio activo, dosis por unidad y número de dosis y forma farmacéutica. Con ella se intenta compatibilizar la seguridad

de los pacientes más frágiles y el derecho de la industria a la promoción de sus productos⁹.

2. *¿La prescripción por principio activo puede afectar a la seguridad de la prescripción y a la dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia?*

Si, en un sentido positivo. El principio activo siempre posibilita una identificación más nítida y una simplificación en la comunicación entre profesionales. Junto a ello se conoce que la prescripción por principio activo con formulación genérica presenta similar seguridad farmacológica que la marca comercial. Finalmente, el principio activo da más posibilidades de evitar confusiones por parte de los pacientes si se complementa con políticas de genéricos y medidas de isoapariencia.

Los puntos principales en la prescripción farmacológica, en relación a marca o principio activo, que pueden afectar a la seguridad del paciente son los errores en la dispensación por parte del profesional, las supuestas diferencias de efectividad entre marca y genérico y la confusión en la toma por parte de los pacientes.

La prescripción por marca introduce confusión en el manejo de la información clínica y la comunicación entre profesionales sanitarios. Así mismo la presión comercial de la Industria Farmacéutica puede condicionar la elección de marcas comerciales. Hay estudios que sugieren que se aliente a residentes y médicos de familia a utilizar denominaciones por principio activo (o en todo caso genéricas) en el ámbito académico, en los registros de la historia clínica y en la propia comunicación con los pacientes con una mejora directa de la adherencia¹⁰.

Hay suficientes evidencias que corroboran la seguridad y eficacia de los medicamentos genéricos generados por prescripciones por principio activo.

Aunque puede haber alguna excepción en países del tercer mundo el mercado del genérico está altamente regulado. De hecho, se ha reducido considerablemente el número de profesionales que creen en la menor eficacia de los genéricos en relación a la marca. Al margen de su seguridad los médicos prescriptores también asumen

el beneficio económico para los pacientes y el sistema de salud de seleccionar genéricos¹¹.

En cuanto a los pacientes, la prescripción de principio activo puede ocasionar, en función de la política de precios y financiación farmacéutica, una dispensación en las oficinas de farmacia de marcas comerciales diferentes para un mismo preparado. Cuando los pacientes pueden recibir distintos preparados en prescripciones prolongadas por procesos crónicos la adherencia siempre será menor y la posibilidad de efectos adversos considerable. Solo cabe en este último caso apelar a la obligación de ofertar similares preparados en procesos crónicos o a que una prescripción por principio activo genere una continuidad de prescripción a través de un mismo genérico. En todo caso el problema de la seguridad del paciente sea prescripción por marca o por principio activo, siempre ha de salvarse con el compromiso de mantenimiento de los mismos preparados en tratamientos crónicos.

3. *¿La interferencia del marketing comercial puede determinar la prescripción general y la utilización de determinadas marcas comerciales?*

Si, siendo necesario contrarrestar esta influencia. Existen numerosos estudios que demuestran esta interferencia, desde los profesionales más jóvenes a toda la vida profesional. Existen claros conflictos de interés y condicionantes que determinan la prescripción por marcas comerciales. La prescripción por principio activo, junto a políticas de transparencia en la asignación de incentivos, reducen considerablemente la influencia del marketing comercial.

La industria farmacéutica, encargada de la investigación, producción y comercialización de medicamentos, es uno de los sectores económicos más potentes del mundo. El mercado farmacéutico supera los beneficios de la industria armamentística o de las telecomunicaciones. El volumen comercial de este conglomerado industrial justifica que su objetivo se concentra más en el beneficio económico que en el beneficio para la persona o el bien común.

Las estrategias utilizadas por la industria farmacéutica a través de incentivos económicos hacia

los profesionales y las autoridades sanitarios condicionan la formación de los profesionales, la investigación biomédica, las publicaciones científicas, las guías de práctica clínica, la actuación de sociedades científicas y asociaciones de pacientes, la intervención de las agencias reguladoras, la actividad de las oficinas de farmacia y, como no, la propia práctica asistencial de los médicos. Esta situación genera un conflicto de intereses constante en todos los agentes del sistema sanitario¹².

En la prescripción el conflicto de interés se define como el condicionamiento del juicio y la actuación de un profesional, en relación a un interés primario, por la interferencia de un interés secundario. La singularidad de la prescripción farmacéutica reside en que el interés primario afecta nada menos que a un derecho fundamental como es la salud de la persona y, no menos importante, que la financiación de dicha prescripción proviene de fondos públicos. En cambio, el interés secundario se traduce en un beneficio personal (económico o promocional) del prescriptor. Si bien la transparencia sería la primera condición para evitar estos conflictos de interés, por si misma no parece suficiente para contrarrestar la enorme influencia de la poderosa industria farmacéutica. Se habla ya de una insidiosa enfermedad moral que afecta a la integridad del ejercicio de la medicina¹³.

Una de las estrategias más reconocidas y explícitas por parte de la industria farmacéutica es la promoción de la prescripción por marca para facilitar la comercialización de sus productos.

Hay estudios que señalan entre estudiantes de medicina y residentes una asociación entre las actitudes positivas hacia las interacciones entre la industria y los médicos y menos conocimiento sobre prescripción basada en la evidencia, junto a una mayor inclinación a recomendar medicamentos de marca. Concluyendo que las políticas destinadas a aislar a los residentes del marketing farmacéutico pueden promover mejores resultados educativos¹⁴. Otros estudios reflejan la dicotomía, entre estudiantes y médicos en formación, de la formación académica a través de principio activo y la realidad de las rotaciones y prácticas hospitalarias donde es

habitual el uso exclusivo de marcas comerciales¹⁵.

Por otra parte, hay trabajos que evidencian interacciones perversas médico-industria farmacéutica, tanto con representantes como a través de regalos de las compañías farmacéuticas, que afectan a la forma de prescribir de los médicos promoviendo una prescripción irracional de fármacos y contraria a las recomendaciones de uso racional de su propio centro sanitario². Así mismo se observa una relación directamente proporcional entre interacciones con la industria farmacéutica y uso de marcas comerciales. En un estudio realizado sobre diferentes especialidades médicas se aprecia un cambio de actitud hacia la aceptación de la prescripción de genéricos por principio activo en función de su calidad y seguridad¹⁷.

4. *¿puede verse mermada la libertad de prescripción con la prescripción por principio activo?*

No. La libertad de prescripción no está afectada, ni la prescripción por principio activo supone una merma en el libre ejercicio clínico de la profesión.

La *Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC)* ha elaborado varios informes sobre libertad de prescripción, siendo de referencia el editado en 2011 bajo la denominación "La libertad de prescripción del médico"¹⁸.

Este informe señala que la libertad de prescripción se basa en la capacidad del médico de prescribir una determinada sustancia o su equivalente terapéutico, no en si debe tener un nombre comercial u otro. Así mismo la libertad de prescripción no es un valor absoluto sin límites; en la prescripción la libertad debe conjugarse con la competencia y con la responsabilidad profesional. Por ello en la prescripción intervienen elementos científicos, de seguridad del paciente, sociolaborales y económicos que condicionan la toma de decisiones.

Por último, señala el informe, el médico no puede olvidar que la financiación de la prestación farmacéutica se realiza con fondos públicos y que está obligado por ello a utilizar tanto el criterio de racionalidad científica como el de responsabilidad en el gasto.

Pero no es solo la "eficiencia económica" quien debe limitar la libre prescripción de marcas, un sentido de la responsabilidad académica y de adecuada comunicación científica se ha señalado como argumento decisivo para el uso de la denominación por principio activo y genérica. Sus principales ventajas también fueron señaladas en apartados anteriores:

- Alfabetización compartida de profesionales y pacientes. Especialmente útil en pacientes con polifarmacia para evitar duplicidades.
- Fomento de un entorno de aprendizaje neutral que minimiza los prejuicios y la influencia de la industria en los médicos, promoviendo mejores resultados educativos.
- Ayuda para la comunicación interprofesional. La profesión médica se ha caracterizado por un lenguaje compartido que los médicos utilizan para comunicarse entre sí, personalmente o a través de publicaciones científicas¹⁹.

CONCLUSIONES

En la prestación farmacéutica influyen numerosos agentes (médicos, administración sanitaria, industria farmacéutica, organismos evaluadores, oficinas de farmacia), algunos pueden ser orientados en sus decisiones de una "ética de la financiación". Otros, esencialmente los médicos, debemos actuar y decidir bajo el soporte de una sólida "ética de la prescripción".

Constituye una obligación profesional garantizar una prescripción farmacológica con racionalidad científica y responsabilidad social. Dentro de las estrategias para desarrollar estas dos dimensiones se encuentra la prescripción por principio activo (PPA).

Se han publicado y manifestado argumentos a favor y en contra en relación a la PPA. Algunos de ellos plantean conflictos éticos a los profesionales médicos. Entendemos que la PPA ayuda a un horizonte de medicamentos con isoapariencia, mejora la seguridad de la prescripción, evita interferencias del marketing de la industria farmacéutica y garantiza la libertad de ejercicio clínico.

Como conclusión entendemos que las ventajas superan claramente a los posibles inconvenientes y el uso de la PPA contribuye, junto a otras estrategias no desarrolladas en este artículo, a una prescripción de calidad, eficiente, aceptable por los pacientes, favorecedora de la comunicación interprofesional e independiente de conflictos de interés con otros agentes del sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- O.M.S. Uso racional de los medicamentos - Informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi 25-29 November 1985. Disponible en: <http://apps.who.int/medicine-docs/documents/s21286es/s21286es.pdf>
- Moya-Bernal A. Ética de la prescripción. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011; 35: 57-63.
- Córdoba R. Ética de la prescripción. Zaragoza: Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo6/Unidad%206.%20Etica%20de%20la%20prescripcion.pdf>
- Lobo F. Estadísticas de gasto farmacéutico, debemos mejorar. [Recurso electrónico]. *Economía y salud*. 2018. Disponible en: <http://www.aes.es/blog/2018/11/14/estadisticas-de-gasto-farmacutico-debemos-mejorar/>
- Ética en la prescripción. Consellería de Sanidad – Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Santiago 2012. Disponible en: <https://www.sergas.es/cas/publicaciones/docs/atprimaria/pdf-2191-es.pdf>
- Payette M, Grant-Kels JM, Brand name versus generic drugs: The ethical quandary in caring for our sophisticated patients while trying to reduce health-care costs: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. 2013; 31: 772–776. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24160285>
- Situación regulatoria de la prescripción por principio activo. Madrid: Fundación salud 2000; 2011. Disponible en: <https://www.fundacionmercksalud.com/in-forme-de-experto/no-2-situacion-regulatoria-la-prescripcion-principio-activo/>
- Palacio J, Villafaina J, Gavilán E. Isoapariencia: Si son iguales que parezcan iguales. *AMF*. 2016;12(8):445-451. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1913
- Palacio R, Hernández MA. Isoapariencia. Una necesidad imperiosa en la prescripción por denominación oficial española. *Aten Primaria*. 2011; 43(12): 625-626. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-43-num-12-S0212656711X00124>
- Riaz H, Krasuski RA. Should Physicians be Encouraged to use Generic Names and to Prescribe Generic Drugs? *Am J Cardiol*. 2016; 117:1851-1852. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002914916303691>
- Sharfstein JM, Greene J. Promise and Peril for Generic Drugs. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(6):733-734. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2520673>
- El conflicto de intereses en los profesionales de la salud. Instituto Borja de Bioética. *Bioética & Debat*. 23 (81). Barcelona 2017. Disponible en: https://www.iborjabioetica.url.edu/sites/default/files/2019-07/BD_81_es.pdf
- Altisent R. La insidiosa enfermedad de los conflictos de interés en medicina. *Aten Primaria*; 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.003>
- Austad K, Avorn J, Franklin JM, Campbell EG, Kesselheim AS, Austard. Association of Marketing Interactions With Medical Trainees. Knowledge About Evidence-Based Prescribing Results From a National Survey. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(8):1283-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/-24911123>
- Davis JS, Barrett T, Harris L. Knowledge of proprietary and generic drug names among hospital prescribers: time to mandate generic prescribing? *Intern Med J*. 2017; 47(8):959-962. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28782212>
- Fickweiler F, Fickweiler W, Urbach E. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry generally and sales representatives specifically and their association with physicians' attitudes and prescribing habits: a systematic review. *BMJ Open*. 2017; 27; 7(9):e016408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28963287>
- Patel MS, Day SC, Halpern SD, Hanson CW, Martinez JR, Honeywell S Jr, et al. Generic Medication Prescription Rates After Health System–Wide Redesign of Default Options Within the Electronic Health Record. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(6):847-848. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2520677>
- La libertad de prescripción del médico. Comisión Central de Deontología. Consejo General de Colegios de Médicos de España. Madrid 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/noticias/2011/03/11_03_08_comunicado_prescripcion
- Summers A, Ruderman A, Leung F and Slater M. Examining patterns in medication documentation of trade and generic names in an academic family practice training centre. *BMC Medical Education*. 2017; 17:175. Disponible en: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-1015-z>