

CONSUMO DE MEDICAMENTO EN URBES SELECCIONADAS DE CUBA CONSUMPTION OF MEDICATION IN SELECTED CITIES OF CUBA

Ana Julia García Milián¹, Liuba Alonso Carbonell², Pedro López Puig³, Heberto Romeo Priego Álvarez⁴, Odalis Rodríguez Ganem⁵



RESUMEN

Introducción. La zona de residencia es uno de los factores que influye en el consumo de medicamentos. **Objetivo:** Caracterizar el consumo de medicamentos en la población adulta residente en las urbes de Cuba. **Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Se estudió una muestra de 1 055 habitantes distribuidas en la totalidad de las urbes del país con más de 100,000 habitantes y distribuida en cuatro estratos: tipo I- urbes de más de 1 000 000 de habitantes; tipo II- urbes entre 500 001 y 1 000 000 de habitantes; tipo III: urbes entre 300 001 y 500 000 habitantes y tipo IV: urbes entre 100 000 y 300 000 habitantes. **Resultados:** El mayor porcentaje de consumidores en

todas las urbes, con independencia del tipo de urbe, son mayores de 60 años de edad con 31.3%, 29.4%, 29.8 % y 34.4% respectivamente. Los trabajadores fueron el grupo más nutrido donde se ubicaron alrededor de un tercio de los consumidores incluidos en cada una de las urbes. El pre universitario fue el nivel escolar de mayor porcentaje de consumo. **Conclusiones:** Las prácticas de consumo de medicamentos identificadas en esta población sugieren la necesidad de diseñar un programa de promoción para el uso racional de los mismos en el país teniendo como sustrato un predominio del sexo femenino, los trabajadores y el alto nivel escolar, además de un incremento del mismo con la edad y

tendencia a la polifarmacia.

Palabras clave: consumo, medicamentos, urbes

ABSTRACT

Introduction. The area of residence is one of the factors influencing the consumption of medicines. **Objective:** Characterize the consumption of drugs in the adult population living in the cities of Cuba. **Method:** Descriptive, cross-sectional study. A sample of 1 055 inhabitants was studied distributed in all of the cities in the country with more than 100,000 inhabitants and distributed into four layers: type I – cities of more than 1 000 000 inhabitants; Type II - cities from 500 001 to 1 000 000 inhabitants;

¹ Doctor en Ciencias de la Salud. Médico. Esp II Grado en Farmacología, Máster en Economía de la Salud. Profesor e investigador auxiliar. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). República de Cuba.

² Médico. Esp II Grado en Farmacología, Máster en Promoción de Salud. Profesor e investigador auxiliar. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). República de Cuba.

³ Médico. Esp II Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor e investigador auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. (ENSAP). Cuba.

⁴ Profesor investigador titular. Doctor en Ciencias de la Salud. División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México

⁵ Licenciada en Farmacia. Máster en Farmacia Clínica. Aspirante a Doctor en Ciencias. Escuela Superior de Medicina, Sección Estudios de Posgrado e Investigación. Instituto Politécnico Nacional. México, D.F.

Correspondencia: Dra. Ana Julia García Milián. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. La Habana, Cuba. Correo electrónico: purmed@infomed.sld.cu

Type III: cities between 300 001 and 500 000 inhabitants and type IV: cities between 100 000 and 300 000 inhabitants. **Results:** The highest percentage of consumers in all cities, irrespective of the type of city, are over 60 years of age with 31.3%, 29.4%, 29.8% and 34.4% respectively. Workers were more nourished group where placed about one-third of consumers including in each of the cities. Senior high school was the school greater percentage of consumption level. **Conclusions:** Consumption of medication practices identified in this population suggest the need to design a promotion programme for the rational use of them in the country having a predominance of female sex, workers, and the high school level, in addition to an increase of the same age and trend to the polypharmacy as substrate.

Keywords: consumption, medicines, cities

INTRODUCCIÓN

Una ciudad es un área urbana con alta densidad de población en la que predominan fundamentalmente la industria y los servicios. Se diferencia de otras entidades urbanas por diversos criterios, entre los que se incluyen población, densidad poblacional o estatuto legal, aunque su distinción varía entre países. La población de una ciudad puede variar entre unas pocas centenas de habitantes hasta una decena de millones de habitantes.⁽¹⁾

Por su parte el Manual de la Real Lengua Española al referirse a urbe la define como "ciudad, especialmente la que es grande y tiene un gran número de habitantes".⁽²⁾ En el caso que nos ocupa se consideró urbe a toda ciudad de más de 100 000 habitantes.

Los seres humanos han incorporado el consumo de fármacos desde etapas tempranas de su vida, entendido este como un fenómeno complejo, multifactorial, que involucra al medicamento como tecnología sanitaria, al sistema de salud responsable de realizar una oferta adecuada de los mismos y la respuesta conductual del consumidor como consecuencia de la interacción con el prescriptor y dispensador teniendo como sustento sus conocimientos, actitudes y prácticas.⁽³⁾ Esto conlleva a establecer patrones, definido como el conjunto de elementos que caracterizan el consumo de medicamentos de la población en un contexto dado y que puede ser tomado

como referente, base para el estudio y la planificación, así como para establecer perfiles, tendencias en la utilización y costos de los tratamientos en diferentes horizontes temporales que permitan evaluar y perfeccionar las políticas y programas trazados.

Para su estudio se debe considerar el análisis de las categorías siguientes: de *la persona*: edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico y cultural; *del medicamento*: medicamentos consumidos, forma farmacéutica, dosis, frecuencia de consumo, duración de tratamiento, tipo de medicamento, indicación, consecuencias del consumo, fuente de obtención; *de las creencias, actitudes y prácticas*: persona que recomendó el tratamiento, razón para acudir a personas distintas al médico, satisfacción con la prescripción e información, cumplimiento, manejo del medicamento; *del prescriptor y dispensador*: conocimiento, años de graduado, especialidad, nivel de atención, hábitos de prescripción y dispensación y del *sistema de salud*: calidad del cuadro básico de medicamentos que oferta.

Los conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante el consumo de medicamentos expresarán en mayor o menor medida el grado de cumplimiento terapéutico de esta, lo que desde la perspectiva de la práctica médica se conoce como el cumplimiento por parte del paciente de las recomendaciones terapéuticas realizadas por el prescriptor.

La participación de los medicamentos (tecnología sanitaria) en este consumo se traduce como los efectos de los mismos en términos beneficiosos o perjudiciales, vistos los últimos como las reacciones adversas que aparecen como consecuencia de su consumo. A juicio de los autores, en la medida que este es mayor, aumenta la probabilidad de ocurrencia de reacciones adversas e interacciones medicamentosas. A esto se le suma el efecto del origen de la prescripción, pues cuando el consumo es por autoprescripción el riesgo aumenta.

La consecuencia de la interacción mostrará en mayor o menor medida las prácticas de consumo de medicamentos que realiza la población. Nos estamos refiriendo al comportamiento de esta ante el cumplimiento terapéutico y la autoprescripción y la automedicación.

Es por ello que se considera el consumo de medicamentos por parte de la

población, como la medida real de la exposición de esta a los fármacos. El problema de acceso a los medicamentos hace que diferentes sectores de la sociedad tengan diferentes consumos y exposiciones a los medicamentos, para la salud pública es importante poder caracterizar estas diferencias en la búsqueda de soluciones a los problemas que representan.

La caracterización de las mismas y las variaciones que se producen como consecuencia del fenómeno del consumo deben ser analizadas en función de los factores que pueden modificar dicho consumo.

Enfrentar esta situación implica conocer la magnitud del problema, identificar los factores determinantes, así como diseñar y evaluar intervenciones para mejorarla. Los medicamentos constituyen la tecnología sanitaria más utilizada en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria. Su utilización es algo cotidiano en la población esperándose de su empleo racional relevantes beneficios.⁽⁴⁾ Sin embargo, el incremento del número de fármacos disponibles, unido al creciente hábito de buscar la prescripción de medicamentos, incluso por males menores, ha tenido el efecto indeseable de hacer que estos no siempre se utilicen de la manera más apropiada. Su utilización para resolver un problema de salud puede provocar efectos indeseables o secundarios.⁽⁵⁾

El problema al que se expone la sociedad con el consumo de medicamentos es complejo. Además de las políticas que se trazan en torno a estos, el acceso, la calidad y seguridad de los mismos es necesario tener en cuenta los factores que influyen de manera negativa en los eslabones de la cadena por la que transitan. En Cuba, la política de medicamentos implementada, permite controlar la calidad y propicia la accesibilidad de los medicamentos que se producen, prescriben y dispensan en el país, con el único propósito de hacer un uso racional de estos y elevar la calidad de vida de la población.

En Cuba, la producción de medicamentos está en manos del Estado. La industria trabaja en coordinación con el Sistema Nacional de Salud y produce y distribuye los medicamentos en función del cuadro epidemiológico del país. Se desarrolla una estrategia educativa mediante el empleo de la televisión con

vistas a promover el uso racional de los medicamentos, con especial énfasis en el aumento del cumplimiento terapéutico y la disminución de la automedicación. Además, casi en su totalidad los medicamentos se dispensan por receta médica y el resto son adquiridos por el sistema de tarjeta control de acuerdo a la dosificación prescrita para el mes,⁽⁶⁾ con la misión de propiciar un uso racional de los medicamentos a través del control de la calidad de la prescripción, de las reacciones adversas producidas por medicamentos, la investigación y la búsqueda constante de información sobre terapéutica. El estado coordina además el Programa de Información, Educación y Comunicación de Promoción de Uso Racional de Medicamentos dirigido a la población.⁽⁷⁾ También se encargaba del monitoreo de la prescripción médica mediante el Centro Centinela de Vigilancia de la Prescripción, (CCVP). En la actualidad, como parte de los cambios que se realizan en el Ministerio de Salud Pública, este centro desapareció pero sus funciones continúan desarrollándose dentro de una nueva estructura, la Dirección Nacional de Medicamentos. En los últimos años se han dado pasos para asegurar un mejor uso de los medicamentos. Se creó el Centro Estatal de Control de la Calidad de los Medicamentos (CECMED) y el Centro Coordinador Nacional de Ensayos Clínicos (CENCEC). Por otra parte las modificaciones del cuadro básico de medicamentos se realizan a través de un análisis profundo del mismo por la Comisión Nacional del Formulario. La misma está integrada por profesionales de todas las especialidades médicas, con alto nivel científico y fue liderada en sus inicios por el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología, CDF, creado en el año 1996,

Sin embargo, no siempre se hace un uso racional de los medicamentos. Son múltiples los factores que influyen en tal resultado, estos transitan desde una producción que no logra satisfacer todas las necesidades en volúmenes y distribución hasta formulaciones farmacéuticas que no cubren las demandas y en ocasiones no se corresponden con el esquema de prescripción propiciando el almacenamiento del producto sobrante por la población.

El consumo por automedicación es una práctica que se observa en más de la tercera parte de la población cubana y el incumplimiento terapéutico es repor-

tado en 50 por ciento de los pacientes a los que se les indica algún tratamiento farmacológico.⁽⁸⁾

Queda mucho que aprender en el tema de la provisión de servicios sanitarios en los contextos urbanos, y existe la necesidad de desarrollar una metodología coherente para tratar los problemas de salud de los hogares y las comunidades de la ciudad. La salud no debe considerarse como un tema aislado de los graves problemas socioeconómicos que afectan a las poblaciones urbanas. El medio urbano es más complejo que el rural. En éste, el número de actores es muy superior y la coordinación entre los mismos y la puesta en marcha de proyectos conjuntos pueden resultar muy complejos. Los problemas, entre otros sanitarios, que afectan a las ciudades de hoy, ponen de relieve el hecho de que éstas son el centro del crecimiento demográfico más acelerado que se haya registrado en la historia de la humanidad.

Ninguno de los estudios y de las informaciones documentadas que se poseen han analizado al consumo, en términos cuantitativos y cualitativos, utilizando a la población como fuente de información, a pesar de ser este el eslabón de la cadena donde se pone de manifiesto inconsistencias que propician un consumo no racional de los medicamentos. Derivado de lo anterior, el consumo no racional representa para la salud pública un gasto adicional por concepto de ingresos por reacciones adversas, ausencias laborales y escolares, también repercute en la morbilidad y mortalidad, además de influir en la imagen y prestigio que tienen no solo en Cuba sino también a nivel internacional los servicios de salud.

Por otra parte, si bien se dispone de investigaciones científicas que caracterizan el consumo de medicamentos en la población adulta de Cuba sobre la base de las particularidades socioculturales y demográficas de los consumidores, nunca se han realizado estudios referidos a los elementos distintivos de la población urbana.

Al tener como premisa que la zona de residencia es un factor que influye en el consumo de medicamentos⁽⁹⁾, los autores consideran que conocer el comportamiento de este resulta útil como sustrato para el diseño e implementación de estrategias sobre la base de las particularidades de la población urbana. En tal sentido se realizó esta

investigación que tuvo como objetivo general caracterizar el consumo de medicamentos en la población adulta residente en las urbes de Cuba. Para dar salida al mismo se realizó una comparación teniendo en cuenta variables sociodemográficas y propias del consumo de medicamento en función de la densidad poblacional de las urbes.

MÉTODO

Se realizó una investigación con una muestra de tamaño 1 055 habitantes distribuidas en la totalidad de las urbes de Cuba (16 urbes). Se consideró una proporción esperada de consumo de medicamento de 50 por ciento. Este valor se fijó a partir de los resultados obtenidos en un estudio realizado en el país para caracterizar el consumo⁽¹⁰⁾ y una confiabilidad de 95 por ciento.

La muestra se distribuyó en cuatro grupos estratificados bajo el criterio del número de habitantes:

Tipo I: urbes de más de 1 000 000 de habitantes (La Habana)

Tipo II: urbes entre 500 001 y 1 000 000 de habitantes (Santiago de Cuba)

Tipo III: urbes entre 300 001 y 500 000 habitantes (Camagüey y Holguín)

Tipo IV: urbes entre 100 000 y 300 000 habitantes (Guantánamo, Santa Clara, Las Tunas, Bayamo, Manzanillo, Pinar del Río, Cienfuegos, Matanzas, Ciego de Ávila, Sancti Spiritus, Palma Soriano, Cárdenas)

Con posterioridad se seleccionaron los sujetos a integrar la muestra por el método de rutas aleatorias.⁽¹¹⁾ La cantidad de encuestados dentro de cada grupo estuvo en consonancia con el peso relativo de estos, -por edad y sexo- sobre el tamaño de muestra global.

Se estudiaron variables demográficas (edad, sexo, ocupación, escolaridad) y relacionadas con el consumo. Se consideró esta última como variable principal y se definió como la ingesta de al menos un medicamento con independencia del origen de la prescripción y tipo de fármaco en el momento de recogida de la información. Para su caracterización se tuvo en cuenta el número de medicamentos consumidos, grupo farmacológico y origen de la prescripción. Para la recogida de la información se utilizó el cuestionario, "Consumo de medicamentos", el cual fue validado por los autores en investigaciones anteriores.⁽¹⁰⁾

Previa aplicación del instrumento se realizó un taller metodológico imparti-

do por los investigadores a los encuestadores con el propósito de entrenarlos en el llenado del cuestionario y se prestó especial atención a las dudas que pudieran aparecer en el auditorio tanto de forma individual como colectiva.

Después de tres sesiones de entrenamiento, se seleccionaron y certificaron 16 entrevistadores y dos como supervisores. Los supervisores revisaron cada uno de los cuestionarios antes de que se introdujeran en la base de datos y comprobaron periódicamente y de manera aleatoria simple, el 10 por ciento de todas estas y en caso de detectar discrepancias las solucionaron antes de introducir el dato primario. La aplicación del mismo fue realizada mediante una entrevista cara a cara.

Desde el punto de vista ético esta investigación respeta los postulados de la ética que aparecen en la Declaración de Helsinki. Su objetivo esencial es científico, sin afectaciones del medio ambiente, ni riesgos predecibles.⁽¹²⁾ Para realizar la encuesta, se le informó al entrevistado de los objetivos perseguidos con la investigación y se le solicitó su consentimiento para participar en ella. La información obtenida no se empleó para otros fines fuera del marco de la investigación. Los datos primarios se manejaron con discreción para la investigación y en una etapa posterior para su publicación.

RESULTADOS

La tabla 1, muestra la distribución de los consumidores de medicamentos según grupo de edades. Como puede apreciarse el mayor porcentaje en todas las urbes, con independencia del tipo, son mayores de 60 años de edad con 31.3%, 29.4%, 29.8 % y 34.4% respectivamente. Mientras que los porcentajes menores se encuentran para el caso de las urbes tipo I (2.1%), II (2.9%) y IV (1.6%) en el grupo de 20-24 años y para las urbes tipo III en el grupo de 25-30 años con 0.0%. De manera general, el porcentaje de consumidores aumenta con la edad y el comportamiento de esta variable es muy similar en todos los tipos de urbes.

En cuanto al sexo, se observó poca variación entre grupos.

Para la urbe tipo III el predominio de consumidores correspondió al sexo masculino con 51.1%, mientras que para el resto de estas fueron las mujeres las mayores consumidoras. Tabla 2.

Grupos Etarios (años)	Tipo de urbes			
	Tipo I (n=335)	Tipo II (n=34)	Tipo III (n=47)	Tipo IV (n=128)
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
15-19	3.9	8.8	10.6	4.7
20-24	2.1	2.9	4.3	1.6
25-29	5.4	8.8	0.0	6.3
30-39	20.9	17.6	14.9	13.3
40-49	17.0	17.6	12.8	21.9
50-59	19.4	14.7	27.7	18.0
60 y más	31.3	29.4	29.8	34.4

Tabla 1. Consumo de medicamentos según grupo etario y tipo de urbe. Urbes de Cuba. 2007

Tipo de urbe	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
	Porcentaje	Porcentaje	
Tipo I	603	397	335
Tipo II	588	412	34
Tipo III	489	511	47
Tipo IV	578	422	128

Tabla 2. Consumo de medicamentos según sexo y tipo de urbe. Urbes de Cuba. 2007

Ocupación	Tipo de urbes			
	Tipo I (n=335)	Tipo II (n=34)	Tipo III (n=47)	Tipo IV (n=128)
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Trabajador estatal	42.1	32.4	36.2	46.9
Cuentapropista	4.8	8.8	8.5	5.5
Estudiante	3.3	17.6	10.6	5.5
Ama de casa	17.9	17.6	12.8	12.5
Jubilado	27.2	17.6	27.7	28.1
Sin vinculo laboral	4.8	5.9	4.3	1.6

Tabla 3. Consumo de medicamentos según ocupación y tipo de urbe. Urbes de Cuba 2007.

Otra de las variables exploradas en el estudio fue la ocupación. Su distribución aparece en la tabla 3. En ella encontramos que los trabajadores fueron el grupo más nutrido donde se ubicaron alrededor de un tercio de los consumidores incluidos en cada una de las urbes (tipo I 42.1%, tipo II 32.4%, tipo III 36.2% y tipo IV 46.9%).

El segundo lugar en frecuencia correspondió a los jubilados, grupo donde se ubicó el 27.2% de los consumidores de las urbes tipo I, 17.6 % en las tipo II, 27.7 y 28.1% en las tipo III y IV respectivamente.

El pre universitario fue el nivel escolar de mayor porcentaje de consumo de medicamentos identificado en el estudio con independencia del tipo de urbe, siendo de 44.2, 38.2, 31.9 y 35.9 % para las urbes tipo I, II, III y IV respectivamente. En la tabla 4 se observa que la escolaridad primaria sin terminar y terminada fueron las de menor porcen-

taje de distribución del consumo. En el tipo II, estos porcentajes fueron 0.0%.

El número de medicamentos consumidos se observa en la tabla 5. Consumir entre 1-3 medicamentos fue el porcentaje mayor para cada tipo de urbe con frecuencias superiores al 80%, mientras que más de siete medicamentos fue el número de menor frecuencia de consumo.

El promedio de consumo de mayor número de fármacos fue para las urbes ubicadas en el tipo IV (2.6%) y el menor para el tipo II (1.6%).

Como se aprecia en la tabla 6, los grupos farmacológicos de mayor consumo son muy similares en todos los tipos de urbes, solo aparece la excepción de los antihistamínicos ubicados en el tercer lugar dentro de los más consumidos en las urbes tipo II. De igual manera los porcentajes de consumidores por grupo farmacológico en todas las urbes tampoco difieren mucho, así encontramos que los antihipertensivos son consumidos por alrededor de la tercera parte de los incluidos en las urbes

tipo I, II y IV con un 31.6%, 35.3% y un 36.7% respectivamente. En las urbes tipo III este porcentaje fue más elevado alcanzando el 51.1% del total de consumidores dentro de ese grupo. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) ocuparon el segundo lugar en frecuencia en todas las urbes excepto en las tipo I donde ocuparon el primer lugar, sin embargo los valores porcentuales no mostraron mucha variación de un tipo de urbe a otra, así encontramos que para las tipo I el porcentaje de consumidores que refirió consumir algún AINEs fue de 33.1%, mientras que para las urbes tipo III y tipo IV fue de 36.2 y 35.2 respectivamente, el porcentaje más bajo fue encontrado en las urbes tipo II (20.6%). El tercer lugar en frecuencia lo ocuparon los psicofármacos salvo la excepción, ya mencionada anteriormente para las urbes tipo II, donde este lugar fue ocupado por los antihistamínicos.

El consumo de medicamentos con prescripción médica fue el porcentaje mayor encontrado en el estudio para todos los tipos de urbes. En la tabla 7 se observa que el mayor porcentaje correspondió a la urbe tipo I (99.4%) y el menor a la tipo II (79.4%).

DISCUSIÓN

Las variables de consumo estudiadas no varían entre los tipos de urbe estratificados. Son escasos los trabajos con datos paralelos de consumo en varias áreas de una misma estructura geográfica.⁽¹³⁾

En cuanto a la edad se observa un aumento del consumo con la edad con independencia del tipo de urbe analizada. Estos resultados pudieran explicarse debido a que con la edad aumenta el número de enfermedades de curso crónico, las cuales conducen a la polifarmacia,⁽¹⁴⁾ tal es el caso de la hipertensión arterial (HTA), la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus. La terapéutica empleada para el control y mantenimiento de estas enfermedades coinciden con los grupos farmacológicos identificados como más consumidos.

El consumo de medicamentos en un estudio en México a población mayor de 60 años fue el doble de veces mayor en las zonas urbanas que en las rurales.⁽¹⁵⁾

En un estudio realizado en Valladolid, España el consumo es ligeramente in-

Escolaridad	Tipo de urbes			
	Tipo I (n=355)	Tipo II (n=34)	Tipo III (n=47)	Tipo IV (n=128)
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Primaria sin terminar	2.4	0.0	10.6	1.6
Primaria	10.1	0.0	21.3	13.3
Secundaria	26.9	35.3	27.7	30.5
Pre-universitario	44.2	38.2	31.9	35.9
Universitario	16.4	26.5	8.5	18.8

Tabla 4. Consumo de medicamentos según escolaridad y tipo de urbe. Urbes de Cuba 2007.

Número de medicamentos	Tipo de urbes			
	Tipo I (n=335)	Tipo II (n=34)	Tipo III (n=47)	Tipo IV (n=128)
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
1-3	81.8	97.0	95.7	82.0
4-6	17.0	3.0	4.3	18.0
7 y más	1.2	0.0	0.0	0.0
Promedio	2.2	1.6	1.8	2.3

Tabla 5. Consumo de medicamentos según número de medicamentos consumidos y tipo de urbe. Urbes de Cuba 2007.

Grupos farmacológicos	No.	%	Grupos farmacológicos	No.	%
Urbes tipo I			Urbes tipo III		
Antiinflamatorios no esteroideos	111	33.1	Antihipertensivos	24	51.1
Antihipertensivos	106	31.6	Antiinflamatorios no esteroideos	17	36.2
Psicofármacos	79	23.6	Psicofármacos	10	21.3
Urbes tipo II			Urbes tipo IV		
Antihipertensivos	12	35.3	Antihipertensivos	47	36.7
Antiinflamatorios no esteroideos	7	20.6	Antiinflamatorios no esteroideos	45	35.2
Antihistamínicos	6	17.6	Psicofármacos	32	25.0

Tabla 6. Consumo de medicamentos según grupo farmacológico. Urbes de Cuba 2007.

Uso de medicamentos	Tipo de urbes			
	Tipo I (n=355)	Tipo II (n=34)	Tipo III (n=47)	Tipo IV (n=128)
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Con prescripción médica	99.4	79.4	97.9	85.2
Sin prescripción médica	0.6	20.6	2.1	14.8

Tabla 7. Consumo de medicamentos según origen de la prescripción. Urbes de Cuba. 2007

ferior al encontrado en esta investigación.⁽¹⁶⁾ Es necesario mencionar que en la literatura nacional e internacional revisada hay pocos estudios que estratifiquen el consumo según la localización geográfica.

Lo elevado de esta cifra pudiera explicarse también por la amplia diversidad de fármacos disponibles en el mercado y lo extendido de su utilización. Su uso se ha generalizado, tanto por la comunidad de prescriptores como por la población, siendo empleados para el tratamiento de enfermedades así como para el alivio sintomático e incluso para la prevención de enfermedades o conservación de la salud.

Otros factores, como los culturales, inciden en el incremento del uso de fármacos; la cultura del consumo parece hacer obligatoria la existencia de un producto para cada necesidad, y también para cada situación patológica.

En cuanto al sexo también se encontró un aumento del consumo de medicamento para las mujeres con independencia del estrato asignado. No obstante, el análisis del consumo con enfoque de género se hace necesario si se tiene en cuenta que las féminas, por tradición, han ido más al médico que los hombres, quizá porque antes no trabajaban y no estaban atadas a compromisos laborales; mientras que

para el hombre pedir permisos era más complicado.⁽¹⁷⁾ Esto también puede ser debido a que tienen mayor esperanza de vida que el hombre y en la medida que aumenta la edad es cuando se consumen más fármacos.

En la determinación de la salud, tanto del componente social como del biológico, el debate en torno a la sobre morbilidad femenina y la masculina, refleja que persisten tensiones entre quienes priorizan a uno sobre otro y viceversa. La idea del mayor “malestar de las mujeres” ha tenido explicaciones desde lo biológico y más reciente desde su determinación social.⁽¹⁸⁾ Una explicación podría ser que las mujeres son más dadas a manifestar o expresar su malestar que los hombres o, que las condiciones materiales de vida y sus funciones (materno, doméstico, sexual y otros) conllevan a una mayor morbilidad asociada. Los problemas que presentan los hombres en su perfil epidemiológico, de igual forma han sido vinculados a las relaciones de género, sobre todo a aquellos que representan los estereotipos de masculinidad: represión de emociones, temor a ser visto como débil y agresividad.⁽¹⁷⁾

Estas cifras, a juicio de los autores, podrían representar diferencias epidemiológicas entre hombres y mujeres, pero también podrían ser explicadas por roles sociales fijos, por diferencias entre los géneros en su percepción del bienestar y la salud, en su propensión a la consulta profesional, o por diferencias en el patrón de prescripción de algunos profesionales. Por lo tanto, se hace necesario el abordaje del consumo de medicamentos, desde esta perspectiva, en el contexto cubano teniendo en cuenta las diferencias entre géneros descritas en este estudio. De esta forma se puede contribuir a mayores logros en su esfera y al diseño de intervenciones en salud pública adecuadas para la satisfacción de los requerimientos de hombres y mujeres con equidad de género.

Para comprender en profundidad las repercusiones de las diferencias en el género sobre la accesibilidad y el uso de medicinas e introducir una perspectiva en consecuencia en las políticas de salud, se necesitan estudios sociales y datos estadísticos. Estos últimos aportarán la evidencia de tales diferencias, en tanto que los estudios sociales brindarán una explicación de ellas, lo que asistirá a quienes desarrollan las políticas sanitarias en su comprensión de

las desigualdades y en la adopción de medidas para asegurar un acceso equánime para todos.

La necesidad de asumir un enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud es tratar de visualizar las múltiples formas en las cuales las construcciones de género producen situaciones de inequidad que afectan la salud, y de analizar las normas culturales que “naturalizan” dichas diferencias, haciéndolas parecer inmodificables.

Con resultados similares, en un estudio realizado en Cataluña, España se muestra el perfil de consumo de medicamentos prescritos superior en mujeres.⁽¹⁹⁾

De manera similar a los resultados alcanzados en este estudio, la distribución del consumo de medicamentos según sexo reportada en estudios desarrollados en Noruega y Alemania las mujeres resultaron ser las más consumidoras.⁽²⁰⁾ Por el contrario, resultados inferiores se encontraron en un estudio realizado en Suecia con mujeres entre 35-65 años de edad donde menos de la mitad de las féminas se catalogaron como consumidoras de medicamentos, no obstante puede considerarse que la especificidad del rango de edades puede haber influido en lo discordante de este resultado.⁽²¹⁾ Los autores consideran necesario esta comparación pues Cuba ha desarrollado un sistema sanitario único, gratuito en todos sus niveles de atención, de cobertura universal, acceso amplio y de sólidas bases en la estrategia de Atención Primaria de Salud, que lo colocan en la vanguardia de toda la América en lo que respecta a sus indicadores sanitarios, comparable con los países del primer mundo, y que constituyen trazadores en la eficacia de un sistema como la Mortalidad Infantil, Materna y Esperanza de Vida. Todos ellos logrados sin distinción de raza, sexo, nivel económico o filiación política o religiosa.⁽²²⁾

En el campo de la salud el desafío radica en demostrar y estudiar cómo el género influye en el proceso salud-enfermedad-atención. Las formas en que mujeres y hombres buscan los servicios de atención de la salud difieren debido a las funciones, oportunidades y expectativas propias de cada género.

Las mujeres españolas superan a los hombres en el consumo de fármacos (con prescripción médica) y en la automedicación para solucionar ciertos malestares frecuentes en edades comprendidas entre 45 y 64 años. El porcentaje

de mujeres maduras que consumen fármacos es cada vez más elevado y alto entre las amas de casa que entre las mujeres que salen a trabajar fuera.⁽²³⁾

El hecho de que los trabajadores fueran la ocupación donde se ubicó el mayor número de consumidores es un resultado no esperado. Esto es debido a que por lo general, en las urbes las personas trabajan fuera de su hogar y evitan o posponen el consumo de medicamentos ya que interfieren con los horarios de trabajo, les produce síntomas que dificultan su desempeño o carecen de tiempo para asistir al médico.

Una investigación realizada en Perú⁽²⁴⁾ encontró diferencias en cuanto al consumo y la ocupación pero en función de estratos socioeconómicos y no de densidad poblacional como es el caso de este trabajo.

En la literatura no hay consenso en cuanto al nivel escolar y el consumo de medicamentos. En un estudio realizado en España, el nivel educativo no influyó en la toma de medicamentos.⁽²⁵⁾ En un estudio realizado en México, la escolaridad influyó similar a esta investigación. Las personas con mayor grado de educación formal y con actividades de tipo profesional consumieron más.⁽²⁶⁾

A diferencia de este, en una investigación realizada en Brasil el consumo de medicamentos aumentaba a medida que descendía el nivel escolar.⁽²⁷⁾ Por su parte en otro estudio similar realizado en Perú no se encontró diferencias significativas del consumo de medicamentos con el sexo, la edad, el grado de instrucción y la ocupación.⁽²⁸⁾

La media de medicamentos consumidos por cada paciente, con independencia del estrato asignado descendió a la mitad al compararla con una investigación realizada por los autores en el país, dos años antes, donde este valor era superior.⁽²⁹⁾ Este resultado constituye un elemento que merece análisis aparte, si se toma en cuenta que la polifarmacia aporta un riesgo adicional a los consumidores. Esta afirmación tiene como soporte los efectos de las interacciones medicamentosas y el incremento de las reacciones adversas que esta práctica puede ocasionar.

Los grupos terapéuticos más consumidos en la población estudiada se ajustan al perfil de motivos de prescripción más frecuentes, de ahí que los antihipertensivos ocupen el primer lugar, resultado este esperado si se tiene en cuenta la alta prevalencia de hiper-

tensión arterial en nuestra población y como consecuencia la necesidad de consumir medicamentos para el control de la misma. ⁽³⁰⁾

Coincidimos con otros autores ^(31,32) que la hipertensión arterial es la enfermedad prevalente en la tercera edad, más allá del entorno socio-económico y la localización geográfica de la población, elementos estos que explican el alto consumo de medicamento para esta enfermedad identificada en el estudio.

En la práctica clínica se observa que entre los padecimientos que con más frecuencia son motivos de consulta y por ende propician consumo de medicamentos, se encuentran las enfermedades que cursan con dolor, lo que justifica que el grupo donde se incluyen los medicamentos empleados para aliviar el dolor ocupen el segundo lugar en frecuencia. ⁽³³⁾ De igual forma la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño constituyen con mucha frecuencia causa de consulta con un profesional de la salud.

El estrés de la vida cotidiana ha traído un incremento de estos padecimientos que aparecen formando parte de las manifestaciones sintomáticas de estados generales que pueden o no acompañar cuadros psiquiátricos. Se calcula que en Colombia la incidencia de estos trastornos oscila entre el 15-20% de la población. ^(34,35)

Todo esto determina que el campo de las aplicaciones clínicas de los psicofármacos haya aumentado notablemente en los últimos años, lo que explica que este grupo farmacológico se encuentre entre los más consumidos en el estudio.

Los resultados de esta investigación coinciden con un estudio realizado por Carrasco-Garrido en España quien encontró que los fármacos más consumidos, según la clasificación ATC ⁽³⁶⁾ fueron: medicamentos para el aparato cardiovascular, para el sistema nervioso y para el aparato locomotor. ⁽³⁷⁾ Un estudio realizado en diversos centros de salud de ese mismo país, mostró que los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son los más prescritos en mujeres mayores de 40 años, los antihipertensivos cuando se consideraron las prescripciones sin diferencias de sexo o edad y medicamentos para enfermedades del sistema nervioso central en mujeres mayores de 40 años y la población en general. ⁽³⁸⁾

De igual manera Álvarez Hurtado y Váz-

quez García encuentran en su investigación que los grupos terapéuticos más habituales entre la población española consumidora de fármacos son: analgésicos, psicofármacos, antihipertensivos y antiinflamatorios. ⁽²⁰⁾ En un estudio realizado en Portugal también se observó un alto consumo de psicofármacos. ⁽³⁹⁾

Es meritorio destacar que con independencia del tipo de urbe, el consumo de medicamentos por prescripción médica fue el porcentaje mayor encontrado en el estudio. Esto constituye un dato alentador si se tiene en cuenta los peligros asociados a la automedicación. En este sentido, aunque la OMS establece una diferencia respecto a la automedicación responsable, en el estudio no se tuvo en cuenta pues se conoce que la autoprescripción conlleva múltiples problemas, incluso la muerte. Al enmascarar la enfermedad y ocultar ciertos síntomas pueden prolongarla o agravarla, o bien generar dependencia psíquica o física, esta contradicción es lo que hace que dicha práctica, muy cuestionada, ha llegado a tener tanto seguidores como detractores. ⁽⁴⁰⁾

Los defensores de la automedicación le confieren ciertas ventajas dentro de las que podría mencionarse: conseguir una menor demanda de asistencia médica por dolencias menores que no la requieren, evitar la sobresaturación de los servicios médicos y reducir el tiempo de visitas médicas y de los costos del sistema sanitario. ^(41,42) Todo esto puede ser importante, si se tiene en cuenta que los recursos son limitados, además de ganar en rapidez, fácil accesibilidad y disponibilidad del tratamiento medicamentoso. ⁽⁴³⁾

Los riesgos derivados del consumo por autoprescripción irracional llevada a cabo por razones sociales, económicas y culturales, muchas veces más que satisfacer las necesidades de salud del individuo las empeoran o agravan. Esto es debido a que se pueden presentar disímiles problemas tales como, elección incorrecta del medicamento por auto-diagnóstico equivocado, uso y administración incorrecto, riesgo de abuso y dependencia, uso de asociaciones peligrosas en grupos de riesgo, aparición de reacciones adversas y demora en busca de asistencia médica apropiada. A estos se le suma que a pesar del bajo porcentaje obtenido por este comportamiento, un alto número de la población encuestada admitió realizaría esta práctica para diferentes padecimientos,

lo que evidencia el peligro potencial que esta conducta representa. Es criterio de los autores que una explicación a la diferencia encontrada entre la población que admite automedicarse y la que refiere podría hacerlo es la influencia que en la misma tiene la campaña de comunicación social que se realiza en el país y de forma específica con el programa televisivo "La dosis exacta". Esto es debido a que siempre concluye diciendo que no se automedique, comentarario este que puede haber llevado a que las personas al menos saben que no es bueno hacerlo y por consiguiente responden en presente en la encuesta que no lo hacen; sin embargo, sí reconocen que lo harían.

La proporción de personas que reconoció automedicarse en el momento de la aplicación de la encuesta fue muy baja en comparación con lo encontrado en la literatura internacional revisada. ^(44,45) La ausencia de estudios cubanos similares impide hacer un análisis similar a este valor del consumo. En Canarias, España, ⁽⁴⁶⁾ las tres cuartas partes de los medicamentos consumidos fueron prescritos por el médico; existiendo un consumo por autoprescripción ligeramente superior al de esta investigación. Otro estudio realizado sobre automedicación en la población universitaria española observó que la práctica de la automedicación es elevada y que el sexo femenino y los hábitos de información están asociados a este comportamiento. ⁽⁴⁷⁾

No obstante, aunque este pudiera clasificarse de bajo, los autores consideran necesario resaltar que lo más importante no es el valor en sí, sino las consecuencias que esta práctica representa para la población y para la salud pública.

El comportamiento de la población consumidora de medicamentos de manera similar para cada tipo de urbe pudiera estar dado por la igualdad de acceso, equidad y seguridad de los fármacos que circulan en el país con independencia del tipo de urbe.

CONCLUSIÓN

Derivado del estudio se puede concluir que las prácticas de consumo de medicamentos identificadas en esta población sugiere la necesidad de diseñar un programa de promoción para el uso racional de los mismos en el país teniendo como sustra-

to un predominio del sexo femenino, los trabajadores y el alto nivel escolar, además de un incremento del mismo con la edad y tendencia a la polifarmacia.

Además el mayor consumo de medicamentos usados para el tratamiento de afecciones cardiovasculares, analgesia e inflamación y psicofármacos

con independencia del origen de la prescripción, corresponde con las entidades para las cuales fueron prescritas y guarda relación con el cuadro epidemiológico del país.

Por último, se puede afirmar que la caracterización del consumo de medicamentos realizada tuvo un comportamiento similar con independencia

del tipo de urbe estudiada, lo que permite plantear que no es la **densidad poblacional** al elemento que define el consumo sino variables sociodemográficas como la edad, el sexo y la ocupación y relacionadas directamente con el consumo como el tipo de medicamento y entidad para la cual lo consume.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mark. Dutour, T. La ciudad medieval: orígenes y triunfo de la Europa urbana. Buenos Aires: Paidós. 2005.
2. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. Larousse Editorial, S.L. 2007.
3. García Milián AJ, Alonso Carbonell L, López Puig P, Priego Álvarez HR. Segmentación del mercado farmacéutico consumidor de medicamentos en Cuba. *Salud en Tabasco* 2012. Vol 18 (1).
4. Infosalud. Debemos tener un sistema de trazabilidad de los medicamentos en el país. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.; 2004; Edición del 28 y 29 de septiembre de 2008. [Citado enero 2010]. [Disponible en: www.femeba.org.ar/2004febrero.php].
5. Tognoni G. La cultura del medicamento. *Medicamentos y Salud. España*: 2002
6. CDF. Resolución Ministerial No. 44, MINSAP. (1996).
7. García Milián A, Delgado Martínez I, Lara Bastanzuri C. Estrategia para lograr un uso racional de los medicamentos. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 2003; 19(2). [Citado febrero 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi14203.htm.
8. Acosta González M, Debs Pérez G. Conocimientos, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con la adherencia terapéutica. *Rev Cubana Enfermer* 2005; 21(3). [Citado febrero 2009]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol21_3_05/enf08305.pdf.
9. Borges Yáñez A, Gómez Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud pública Méx* vol.40 n.1 Cuernavaca Jan./Feb. 1998. Citado enero 2011. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100003.
10. García A, Alonso L, Rodríguez O, Yera I, Debesa F, López P. Consumo de medicamentos en la población cubana mayor de 15 años, año 2005. *Boletín Fármacos* [serial on the Internet]. 2008; 11(2): Disponible en: http://www.boletinfarmacos.org/042008/Prescripción_Farmacia_y_Utilización_Investigaciones.asp
11. Taró Y. Elementary Sampling Theory. Habana: Pueblo y Educación; 1989
12. Mundial AM. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos 2006: Disponible en: <http://www.uchile.cl/doc/helsinky.htm>.
13. Pastor García E, Eiros Bouza JM, Mayo Iscar M. Análisis de la variabilidad geográfica del consumo de antibióticos de uso sistémico en la provincia de Valladolid. *Medicina General* 2002; 45: 473-480
14. Fernández Guerra N, Díaz Armesto D, Pérez Hernández B, Rojas Pérez A. Polifarmacia en el anciano. *Acta médica* 2002; 10:p.1-2.
15. Borges-Yañez S, GÓMEZ-DANTÉS H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 1998 Jan [cited 2011 Nov 30]; 40(1):13-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000100003>.
16. Álvarez Hurtado A, Vásquez García V, Carretero Ares JL, Alonso del Teso F, González de las Heras R. Consumo habitual de fármacos en tratamientos prolongados en la provincia de Valladolid 2009. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/382-386.pdf>
17. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011; 37(1). Fecha de acceso febrero 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_01_11/spu09111.htm.
18. Baghdadli G. Género y Medicinas: Una Perspectiva Internacional de la Salud Pública. *Journal of Women's Health* 14(1):82-86, Ene 2006. Citado: 10-2-2011. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/clmedweb508.htm>.
19. Mariño E, Modamio P y Lastra C. Identifying how age and gender influence prescription drug use in a primary health care environment in Catalonia, Spain. 2010. [citado 2011 Ago 18] Disponible en: <http://espana.pmfarma.com/noticias/8541-un-estudio-muestra-el-perfil-de-consumo-de-medicamentos-prescritos-en-atencion-primaria-en-cataluna.html>.
20. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: the Troms Study. *Int J Epidemiol* 2004; 23:1262-72.
21. Bardel A, Wallander MA, Svärdsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: a population based study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53:637-43.
22. MINSAP. Resumen del Proceso de Implementación de la Carpeta Metodológica de APS en los GBT de Ciudad de La Habana. Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios. Octubre, 2001
23. Informe de salud y género editado por el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo. [citado 2011 Ago 18]. Disponible en: <http://www.amecopress.net/spip.php?article1160>.
24. Mestanza F, Pamo O. Drug consumption and self-medication in Lima. *Rev Med Hered* 2002; 3(3): 101-108.
25. Sans G, Paluzie T, Puig L. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit* 2002; 16(2):121-130.
26. Tapia R, Cravioto P, Borges-Yañez A. Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta nacional de adicciones 1993. *Salud Pública Méx* 1996; 38(6):458-465.
27. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilización de medicamentos en adultos: prevalencia e determinantes individuales. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:228-38.
28. Llanos Zavalgas LF, Contreras Ríos CE, Velásquez Hurtado JE. Automedicación en cinco provincias de Cajamarca. *Rev Med Hered*. [online]. oct. 2001,12 (4):127-133. [citado 20 Junio 2011]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2001000400004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X.
29. Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. CDF. Práctica del consumo de medicamentos en la población cubana. Investigaciones rápidas. [serie en la Internet]. 2005. Fecha de acceso: diciembre 2009. Disponible en: <http://www.cdf.sld.cu>.
30. Health NIH The seven report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of High Blood Pressure. Lung and Blood Institute, National High Blood Pressure education program: NIH 2007. [Citado mayo 2009]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>.
31. Arjona Mateos, C.; Criado Velasco, J. Medicina general, 2002; Enfermedades Crónicas y Consumo de fármacos en mayores de 65 Años. 47: 684-695
32. Bertoldo P, Ascar G. Problemas de salud y uso de medicamentos en adultos mayores rurales en la provincia de Córdoba. *Ars Pharm*, 2010, Vol. 51 n°3; 137-143.
33. Ariz MJ, Meléndez A. Actualización en el manejo del dolor crónico. Uso racional de la escalera analgésica de la OMS. *Bol Información fármaco-terapéutica de Navarra*. 2007; 12(4):27-38. (fecha de acceso 25 de mayo 2008) Disponible en: <http://www.navarra.es/salud/publicaciones>.
35. Jaramillo LE y Castillo A. Tratamiento psicofarmacológico en medicina psicosomática. *Rev.colomb.psiquiatri* 2006, 35 (supl.1): 141-156.
36. Centro Estatal para el Control de los Medicamentos. CECMED. Normas farmacológicas cubanas. La Habana: Ciencias Médicas; 1998.
37. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández-Barrera C, et-al. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2008; 17:193-9.
38. Gómez Juanes V, Candas Villar MA, Fidalgo González S, Armesto Gómez J, Calvo Alcántara MJ, de Marino Gómez-Sandoval MA, Vicens Caldentey C. Análisis del consumo de medicamentos utilizando indicadores de calidad en la prescripción. *Aten Primaria* 2000; 25(9): 618-24.
39. Furtado C, Teixeira I. Benzodiazepine's utilization in continental Portugal (1999-2003). *Acta Med Port* 2006;19:239-46.
40. MINSAP Arg. Automedicación. [serial on the Internet]. 2007. Fecha de acceso 10 de mayo 2008) Disponible en: <http://www.salud.mendoza.gov.ar>.
41. How S. The self-medication market- a literatura study. *J Soc Adm Pharm* 2002;9 (3):123-3.
42. Lunde I. Self-care: what is it? *J Soc Adm Pharm* 2000; 7(4):150-55.
43. Cranz H. Health economics and self-medication. *J Soc Adm Pharm* 2000,7(4):184-9.
44. Caamaño F. La automedicación: concepto y perfil de sus usuarios. *Gac Sanit* 2000; 14(4):294-99.
45. Tobón Marulanda FA. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia. *IATREIA. Revista de la Facultad de Medicina Universidad de Antioquia* 2002;15(4):242.
46. Canarias G. Consumo de medicamentos en Canarias. 2010 [enero 2010]; Disponible en: <http://www.gobierno-decanarias.org/sanidad/scs/scs/1/plansalud/psc10.htm>.
47. Guillem Sáiz P, Francès Bozal F, Gimenez Fernández F, Sáiz Sánchez C. Estudio sobre Automedicación en Población Universitaria Española. *Rev Clin Med Fam* [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2010 Dic 02]; 3(2): 99-103. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695-X2010000200008&lng=es.