

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**“Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre
una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito
Metropolitano de Quito”**

Francisco Xavier Sánchez Muñoz

Tesis de grado presentada como requisito
para la obtención del título de Maestría en Salud Pública

Quito, mayo 2008

Hoja de aprobación.

© Derechos de autor.
Francisco Xavier Sánchez Muñoz.
2008.

Dedicatoria

A mi gran amigo Andrés Endara y a su familia.

A mi familia, mi madre Carmen, mi hermana Sofía y mi sobrina Doménica, quien nació durante el desarrollo de esta Maestría.

Agradecimientos.

Al doctor Marco Fornasini director de este trabajo de investigación por su invaluable ayuda.

A los doctores Rafael Febres Cordero y Bernardo Ejgenberg por sus consejos y sugerencias.

A los señores Santiago Jarrín y Jacob Narbasta sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo

Resumen

La automedicación es un problema de Salud Pública a nivel mundial. El gasto en publicidad de medicamentos que fomenta esta conducta en los usuarios ascendió en un 330 por ciento en el período 1996-2006.

El objetivo de la presente investigación fue conocer la prevalencia y razones para automedicación en residentes de una parroquia urbana y una rural del Distrito Metropolitano de Quito y diferencias en variables de interés. Se realizó un estudio de corte transversal con 550 participantes en las parroquias de La Magdalena y Yaruquí sobre hábitos de automedicación en los últimos seis meses.

La prevalencia encontrada en el estrato urbano fue 60.4% y 55% en el rural y los compuestos más consumidos fueron antigripales, AINES y antibióticos. La principal razón para incurrir en automedicación fue falta de dinero o tiempo para recibir atención médica y el primer lugar de compra fueron farmacias. Aunque la principal fuente de información fue la televisión (34.7% en ambos estratos), se observó el papel importante de la Internet.

Los resultados obtenidos indican la realidad de la situación, la automedicación es una práctica frecuente en la población del DMQ que se debe a varios factores, es urgente diseñar políticas que permitan su control por las autoridades de salud.

Abstract.

Self-medication is a problem of Public Health worldwide. Expense in publicity of medications that foments this behavior in users ascended by 330 percent in the period 1996-2006.

The objective of the present investigation was to know the prevalence and reasons for self-medication in residents of an urban and a rural parish of the Quito Metropolitan District and differences in variables of interest. It was developed a population survey with 550 participants in La Magdalena and Yaruquí parishes on self-medication habits in the last six months.

The prevalence found in the urban stratum was 60.4% and 55% in the rural one and most consumed compounds were against flu medications, analgesic anti-inflammatory non steroids compounds and antibiotics. The main reason to incur in self-medication was lack of money or time to receive medical care and the first purchase place were pharmacies. Although the main source of information was TV (34.7% in both strata), the important paper of the Internet was observed.

The obtained results indicate the reality of the situation, self-medication is a frequent practice in the population of the district that is due to several factors, it is urgent to design politics that allow its control by health authorities.

Tabla de contenidos.

Introducción.....	Página 12.
Problema.....	Página 28.
Justificación.....	Página 29.
Objetivos.....	Página 31.
Materiales y Métodos.....	Página 32.
Resultados.....	Página 36.
Discusión.....	Página 48
Conclusiones.....	Página 72
Recomendaciones.....	Página 74
Bibliografía.....	Página 76
Anexos.....	Página 80.

Lista de tablas.

- Tabla 1.** Frecuencia y porcentaje estado civil participantes encuesta automedicación.....Página 36.
- Tabla 2.** Nivel de estudios alcanzado por participantes encuesta automedicación.....Página 37
- Tabla 3.** Ingreso mensual promedio participantes encuesta automedicación.....Página 37
- Tabla 4.** Respuestas por estrato enfermedades frecuentes últimos seis meses.....Página 38
- Tabla 5.** Relación entre automedicación, sexo y lugar de residencia.....Página 38
- Tabla 6.** Frecuencia uso de principios activos por lugar de residencia en participantes que se automedicaron.....Página 39
- Tabla 7.** Relación entre fuente de consejo, automedicación y lugar de residencia participantes estudio.....Página 40.
- Tabla 8.** Relación entre fuentes de información consultadas, automedicación positiva y lugar de residencia.....Página 40.
- Tabla 9.** Relación estado post automedicación y lugar de residencia.....Página 41.
- Tabla 10.** Relación entre lugar de compra de medicamentos y lugar de residencia.....Página 41.

Tabla 11. Relación entre gasto en salud y lugar de residencia participantes encuesta.....	Página 41.
Tabla 12. Relación entre efectos adversos post automedicación y lugar de residencia.....	Página 42.
Tabla 13. Relación entre lugar de residencia y razones automedicación participantes estudio.....	Página 42.
Tabla 14. Relación entre nivel de estudios alcanzado, automedicación positiva y lugar de residencia.....	Página 43.
Tabla 15. Relación entre ocupación laboral, automedicación positiva y lugar de residencia.....	Página 43.
Tabla 16. Relación entre automedicación positiva, nivel de ingreso y lugar de residencia.....	Página 43.
Tabla 17. Relación entre disposición de seguro de salud, automedicación y lugar de residencia.....	Página 44.
Tabla 18. Relación entre grupos de edad, automedicación y lugar de residencia.....	Página 44.
Tabla 19a. Información condensada. Antigripales.....	Página 45
Tabla 19b. Información condensada. Naproxeno.....	Página 45
Tabla 19c. Información condensada. AINES.....	Página 45
Tabla 19d. Información condensada. Paracetamol.....	Página 46
Tabla 19e. Información condensada. Antibióticos.....	Página 46

Tabla 19f. Información condensada ASA.....Página 46

Tabla 19g. Información condensada Antiespasmódicos.....Página 47

Tabla 20. Detalle cuadros de enfermedad pacientes automedicación negativa.....Página 47

1. Introducción.

La automedicación es un fenómeno que es más común de lo que miembros de los organismos que hacen salud a nivel internacional y local, las autoridades sanitarias, personal médico, de enfermería ó cuidados generales y todos los actores de la sociedad piensan.

En algunos casos es tomada como una conducta normal y que se ha vuelto cotidiana pues nos evita el paso, considerado costoso y molesto de acudir a un profesional de la salud que nos indique cuales son los procesos patológicos que estamos cursando y cuales son los principios activos que debemos consumir para poder solucionarlos o controlarlos, partiendo del principio que un fármaco es todo agente químico que modifica el protoplasma vivo.

Existen muchas definiciones de lo que se considera automedicación y lo que no lo es, dependiendo de cada uno de los actores que están involucrados en el fenómeno y de sus puntos de vista acerca de él.

Para los autores de una investigación realizada en la ciudad de Chiclayo en Perú en el año 2004 la automedicación es una conducta que implica tomar medicamentos de acuerdo a la propia iniciativa del paciente, por consejo del farmacéutico o de cualquier persona no médica.¹

En palabras de otros autores se la considera como una conducta frecuente y desde la perspectiva de algunos que financian salud, un acto deseable con el que se busca traspasar de alguna forma parte de los costos a los usuarios; afirmando que ya está extendida en todas las sociedades amen de su desarrollo tecnológico, industrial y social².

Una gran número de personas que están enfermas o presentan algún síntoma que refleja el inicio del desarrollo de un cuadro de enfermedad, prefieren consultar a un químico farmacéutico y obtener medicinas de sus repisas o bien consultan a algún vecino o

conocido sobre las molestias que tienen o consumen principios activos que le fueron recetados a éste para un cuadro similar, pero que no necesariamente es idéntico al que presentan en ese momento.³

En la mayoría de los países del mundo las personas tienen acceso a las farmacias en cualquier horario y con la presencia de un farmacéutico al que no se tiene que solicitar cita o esperar por mucho tiempo para consultar por una enfermedad francamente iniciada o la presencia solamente de ciertos síntomas molestos y aunque no es papel de ellos el recetar principios activos, si deben estar en la capacidad de indicar al paciente cuando debe remitirse a un médico o en su defecto a otro profesional de la salud que le ayude con su padecimiento y le prescriba una medicación con todo el proceso de diagnóstico que puede incluir o no mas de una prueba o examinación y el control ulterior luego del inicio del tratamiento farmacológico⁴.

Una tercera definición considera a la automedicación como una expresión mas actual de la siempre presente necesidad de los seres humanos de velar por su propia salud, aunque esta misma premisa señala que la automedicación tiene connotaciones mayormente negativas para la mayoría de los médicos y profesionales de la salud⁵.

Por lo que se puede indicar que el fenómeno de la automedicación, con todas las complicaciones que representa en el corto, mediano y largo plazo corre paralela a la creciente preocupación de los miembros de la sociedad por el cuidado de su salud, sin que medie en este la figura del médico.

Los estudios sobre la automedicación son escasos aunque en los últimos años en los que el problema se ha vuelto más preocupante, los hallazgos que arrojan los mismos son muy ilustrativos en cuanto a la dimensión social de esta conducta terapéutica.⁶

A la luz de todas estas posturas que indican que la automedicación es un fenómeno que tiene múltiples puntos de vista y muchas definiciones, algunas de ellas contrapuestas, la mejor que hemos encontrado es la de Baos y col., quienes citan en su investigación que es “La voluntad y capacidad de las personas-pacientes para participar de manera inteligente y autónoma (es decir informada) en las decisiones y en la gestión de la actividades diagnósticas, preventivas y terapéuticas que le atañen”⁷.

Este concepto empodera a la persona-paciente y la hace participar en todas las decisiones concernientes al ámbito de su salud, es decir lo vuelve un actor más en ella, pero no excluye al profesional capacitado ni le quita su papel de terapeuta cuando los conocimientos del usuario no son suficientes ni adecuados para la resolución del desequilibrio salud-enfermedad.

La sinergia entre médico y paciente es indispensable no solo para recuperar la homeostasis cuando esta se ha roto por un agente endógeno o exógeno sino para mantenerla en el transcurso del tiempo y asegurar su perduración.

Tras esta revisión de algunos de los conceptos y definiciones de lo que se considera automedicación, es necesario conocer cuales son los factores más comunes que llevan a que se produzca y cuales son las implicaciones para las sociedades en todo el mundo.

1.2 Factores predisponentes para el desarrollo de la automedicación.

La automedicación es un fenómeno que no tiene una sola causa en particular que lo produzca, sino que es la suma de una serie de factores los que provocan que aparezca y se mantenga. A continuación se citarán los que se consideran comunes:

1.2.1 Falta de tiempo para acudir a la consulta médica.

La sociedad actual está gobernada por reglas de consumo y de desarrollo de la fuerza laboral en el que la actividad económica parecería estar por encima de todas las demás, incluso la salud. Esto no permite a las personas no solo de los estratos más altos sino de todos ellos, acudir en el momento oportuno a la consulta de un profesional de la salud lo que a su vez desencadena dos eventos, el diagnóstico tardío de un cuadro nosológico y la eventual dificultad de darle un tratamiento completo y adecuado.

Por los factores mencionados es común que los usuarios acudan de forma más asidua a los autoservicios o expendios de medicamentos (farmacias) en busca de una pseudoconsulta para sus molestias por la flexibilidad de los horarios.

En investigaciones realizadas por Tello y col en el año 2003 mencionan que el 80% de los medicamentos que se adquieren en las farmacias son para automedicación.

1.2.2 Factores socioeconómicos.

En el último año en el Ecuador el crecimiento económico ha tenido una detención sostenida que ha provocado que la capacidad adquisitiva de las personas en materias como salud, educación, alimentación y vivienda haya caído sustancialmente⁸.

La pobreza es uno de los resultantes de esta situación y la no disposición de recursos hace que los usuarios busquen una solución accesible para sus necesidades de salud siendo una de ellas la automedicación.

El desempleo es otro motivo por el cual no hay un adecuado acceso a la salud pues las prioridades de las personas cambian, siendo que en el país la tasa de empleo sufre una severa contracción dando paso al trabajador informal o temporal que no tiene un salario fijo.

La división de clases sociales que cada día es más patente en el país, hace que unos pocos ciudadanos concentren la mayoría de los recursos que existen, entre ellos la disposición de los servicios de salud. Estos se han concentrado en las zonas urbanas, por lo que para la población de los sectores rurales no están disponibles, al menos en la misma proporción y tiempo que para los habitantes urbanos. La falta de este y otros servicios básicos e inherentes en su necesidad a todos los seres humanos facilita la migración de personas de estratos rurales a las grandes ciudades formando los cinturones de miseria incrementando la pobreza de las zonas urbanas y a la larga del país.

Adicionalmente este aumento poblacional, hace que los ya limitados recursos que hay en el campo de la salud se agoten a mayor velocidad y no se igualen al crecimiento de la pirámide demográfica de una nación del tercer mundo, que tiene en su perfil procesos nosológicos infecciosos y adicionalmente los que se deben al aumento del desarrollo tecnológico de la sociedad⁹.

Debemos considerar que el gasto en salud de la población en los diferentes quintiles está orientado mayoritariamente a la adquisición de medicamentos que a la obtención de servicios de salud.

Las Cuentas Satélites de Salud del año 2003 y publicadas por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos, indican que en el nivel de pobreza, las personas categorizadas como pobres aportan un 17.5% de sus gastos en salud para comprar medicamentos y para atención médica ambulatoria y hospitalaria de un 12.5% y 15% respectivamente¹⁰.

El panorama es similar en los otros quintiles de la población (no pobres) en donde el gasto en principios activos supera el 39% del total del monto destinado a salud.

Los datos señalados revisten una gran importancia para el desarrollo e incremento del fenómeno de la automedicación en nuestro país, ya que del gasto familiar apenas un 5 a 9% es invertido en salud (atención médica, exámenes, medicamentos) dependiendo del quintil poblacional, siendo que las familias situadas en el quintil 1 son las que más gastan en salud.

Se puede pensar que esto se debe a la falta de atención y planificación por parte de las autoridades sanitarias, lo que provoca que las personas sobre todo de los primeros quintiles de población se vean obligadas a usar sus ingresos en la adquisición de medicamentos para consumo sin prescripción o vigilancia, pero en los últimos años el porcentaje del Producto Interno Bruto (índice de crecimiento económico de la nación) que ha sido asignado a la salud ha aumentado notablemente y se han asignado mayores recursos bajo los regímenes de Emergencia.

La Organización Mundial de la Salud en su informe Salud en las Américas del 2007 indica que el Ecuador ha hecho progresos en la redistribución del gasto en salud. El presupuesto del sector salud creció desde el 3.3% en el año 2001 hasta casi el 5.9% en el 2005¹¹.

Al momento de desarrollar esta investigación los esfuerzos de la actual administración pública en el campo de la salud son importantes, sobre todo en las áreas de Consulta Externa y Hospitalización, donde ya se practica la gratuidad de servicios y el financiamiento del sector empieza a tener una visión de sostenibilidad fiscal a largo plazo.

Adicionalmente se observa a la salud como una inversión social que permitirá mejorar las condiciones y calidad de vida de toda la población, aunque para este proceso deban pasar algunos años y el Sistema de Salud que existe en el Ecuador fraccionado por varios prestadores y una débil rectoría deba que ser reformado íntegramente.

1.2.3 Factores culturales.

La automedicación como se ha mencionado es un fenómeno multicausal, dentro de ellas se encuentra la cultura de las personas que responden a estímulos como la presión de grupo sobre todo del entorno familiar que provoca la búsqueda de soluciones rápidas cuando se desea solucionar un problema de desequilibrio entre salud y enfermedad.

Esto unido a la poca formación educativa de las personas, hace que no posean los suficientes elementos de juicio para discernir la información que se recibe de las fuentes mas comunes (televisión, medios impresos y en los últimos tiempos Internet) la cual la mayoría de las veces es sesgada para conseguir el incremento de las ventas de los principios activos y no necesariamente la mejoría del usuario.

Estas carencias causan que existan enunciados como “busca rápido alivio a esas molestias”, los que tienen un papel decisivo en la decisión final del usuario¹².

Aunque los defensores de esta conducta señalan que cuando el usuario incurre en la automedicación, no se afecta a la fuerza laboral pues se da solución rápida a molestias que no son tan importantes con un mínimo costo.

1.2.4 Factores ligados a la industria farmacéutica.

La investigación y desarrollo de sustancias experimentales que deben seguir todo el proceso por el cual se convertirán en principios activos susceptibles de ser consumidos para lograr un efecto terapéutico en los seres humanos es largo y costoso, pero esto nunca ha sido un obstáculo para que la cadena de fabricación de dichos compuestos se detenga.

En las últimas dos décadas, la elaboración de sustancias activas se ha incrementado notablemente siendo que es uno de los mercados mas rentables en la actualidad esto se traduce en la salida al comercio de varios productos cada año para su venta, aunque en algunas circunstancias son retirados al poco tiempo por fallas en la evaluación de sus procesos de metabolismo y los efectos secundarios que pueden provocar como el caso del rofecoxib, analgésico antiinflamatorio no esteroideal de última generación asociado a procesos de isquemia cardiaca en pacientes geriátricos que lo consumieron de forma crónica. Al escribir esta investigación aún se están llevando a cabo procesos legales en los Estados Unidos y en el Reino Unido para indemnizar a los familiares de pacientes fallecidos por el consumo de esta sustancia.

Mucho del poder de la industria farmacéutica recae en los ingentes presupuestos que tienen asignados a la publicidad de sus productos en todos los medios de información de los que disponen los usuarios. Se ha llegado a puntos en los cuales la publicidad de los principios activos está en todos los lugares, incluso en sitios de esparcimiento como parques o plazas.

Esta saturación de información hace que el usuario se decida por la primera sustancia que le informan o por la que recuerda en el momento de estar adquiriendo medicamentos, pudiendo está no ser la mejor o más accesible de acuerdo a su presupuesto.

Este “bombardeo” de publicidad no es ajeno a nuestro continente, en algunos países como la República Argentina se han llevado a cabo estudios desde agosto de 2002, con avisos publicitarios emitidos por canales de TV abierta y en horario central de preferencia donde se concita la atención del grupo familiar, que proveen datos

suficientes para alertar sobre la gravedad del problema de la automedicación a los profesionales médicos, los propios comunicadores sociales y medios, los laboratorios de especialidades medicinales, las asociaciones de consumidores y los organismos estatales encargados de garantizar la salud poblacional.¹³

El papel de la industria farmacéutica y su influencia en el fenómeno son claros pero también pueden ser beneficiosos cuando se los asume con responsabilidad social, es decir cuando las empresas saben que su compromiso a largo plazo es con la sociedad en su conjunto y se alcanzan beneficios no necesariamente monetarios pero que si enriquecen el capital social de la misma.¹⁴

1.2.5 Fármacos utilizados en automedicación.

Dentro de los distintos grupos farmacológicos existentes hay algunos por los que los usuarios que incurren en la automedicación tienen predilección, no hay una relación directa entre el costo del principio activo y su demanda por los usuarios, más bien son las sustancias que tienen mayor difusión en los medios o los que tienen en el mercado algunas décadas como los analgésicos antiinflamatorios no esteroidales, antigripales, antibióticos entre los principales.

A continuación se hará un breve recuento de cada uno de los grupos de principios activos antes mencionados.

1.2.5.1 Analgésicos antiinflamatorios no esteroidales.

Es un grupo de principios activos que pertenecen a un solo grupo por las acciones que llevan cabo sobre las enzimas ciclooxigenasa 1 y 2 siendo que solo en años recientes se han desarrollado sustancias que actúan sobre la segunda que es el químico endógeno liberado por el sistema celular en respuesta a la inflamación.

Los fármacos de esta familia no comparten muchas características químicas pero si la acción antes señalada y su composición, casi todos son ácidos. El primer principio en ser detectado proviene de la corteza del sauce, árbol que abundaba en Europa en el siglo XIX. El químico fue llamado salicina y al ser aplicado en personas con fiebre tenía

efectos depresores del alza térmica.¹⁵ Por medio de procesos de refinación en 1875 se obtiene el principio activo de ácido acetil salicílico que es uno de los compuestos mas populares en el mundo el día de hoy para los dolores de carácter inflamatorio.

Existen otros principios activos descubiertos con posterioridad como el diclofenaco sódico y su análogo el diclofenaco potásico, naproxeno sódico, meloxicam, nimesulide, etc. Todos ellos tienen las mismas acciones sobre el protoplasma vivo, disminuir la acción de las enzimas ciclooxigenasa 1 y 2 aunque cada uno de ellos difiere en la potencia, biodisponibilidad y dosis en la que deben ser administrados.

Las reacciones adversas mas conocidas de esta familia de sustancias son las afectaciones de la mucosa gástrica por el efecto terapéutico que ejercen aunque también afectan a la función renal, este efecto es discutido en la actualidad.

Cuando su consumo se vuelve crónico en el caso de enfermedades degenerativas como la artritis reumatoidea existe el riesgo de la erosión de la mucosa gástrica y sangrado digestivo tanto alto como bajo.

A pesar de estos efectos muy documentados y señalados por las autoridades de control farmacológico del mundo, los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son de los productos de mayor venta al momento de la automedicación en los usuarios y de los mas difundidos por los medios de comunicación colectiva.

1.2.5.2. Antigripales.

Esta serie de principios activos son a su vez una serie de combinaciones y mezclas farmacológicas que incluyen productos como pseudoefedrina, paracetamol, difenhidramina entre otros.

Estas formulaciones son efectivas en la disminución de los síntomas de los cuadros de síndrome gripal que es una infección de tipo viral desarrollada sobre todo en el epitelio de las vías respiratorias superiores.

A pesar de haber sido formulados hace ya casi cuarenta años, en un inicio en Estados Unidos como solución a las altas tasas de influenza tipo A, no han tenido mayores cambios en su formulación primaria. No son una alternativa terapéutica sino modificadora de los síntomas de la influenza con un efecto depresor en la intensidad de los mismos pero que no inhiben el desarrollo ni el curso del proceso en sí. En otras palabras sobre el agente viral no tienen efecto alguno.

Por otro lado tienen serias consecuencias si es que se utilizan a largo plazo, una de ellas que se relaciona directamente con la automedicación es el enmascaramiento de cuadros infecciosos sobre todo bacterianos lo que si requieren de un tratamiento prolongado con sustancias específicas y por períodos de tiempo claramente determinados.

Entre los efectos secundarios mas conocidos se encuentran la sedación y disminución del nivel de conciencia, el aumento de la presión arterial tanto en personas normotensas como hipertensas y sequedad de las mucosas bucal y nasal.

En realidad no tienen indicaciones de uso terapéutico pues no son de elección para la infección respiratoria de etiología viral, pero de la misma manera que los AINES tienen un amplio canal de difusión en todos los medios y en casi todas las naciones del mundo son medicamentos de “percha” es decir que se adquieren libremente sin receta y sin responsabilidad por los efectos adversos que se puedan presentar.

1.2.5.3 Antibióticos.

Los fármacos antibióticos son de los más usados a nivel mundial desde el descubrimiento de la penicilina por Fleming en el siglo pasado, los antibióticos se han desarrollado de forma exponencial pero de la misma forma han aparecido a veces con mayor velocidad que los nuevos compuestos fenómenos de resistencia bacteriana mediada por diferentes mecanismos.¹⁶

Compuestos activos como beta-lactámicos, sulfonamidas, quinolonas entre otros, son adquiridos sin ningún control o regulación por lo que tampoco hay la vigilancia y seguimiento necesario de su efecto terapéutico y del cumplimiento del tiempo de administración.

El consumo de estos medicamentos siempre se debe hacer después de la prescripción por parte de un profesional médico que tenga los suficientes conocimientos para llegar a un diagnóstico apropiado y que posea la experiencia necesaria para de acuerdo al tipo de paciente que tiene en su práctica diaria (niño, adolescente, adulto, mujer embarazada, ancianos) y las características únicas de cada uno de ellos, indicar el antibiótico mas efectivo pero al mismo tiempo el que provoque la menor cantidad de efectos secundarios. El usuario a su vez debe exigir de parte del profesional una receta médica con todos sus componentes (nombre y edad del paciente, fecha, denominación del principio activo, dosis a administrar, vía, nombre, código y número telefónico del médico) para adquirir el medicamento en lugares autorizados para su expendio.

El consumo por cuenta propia de antibióticos es elevado, en un estudio conducido en España por Pérez y col, estos investigadores observaron que los pacientes iniciaban un régimen terapéutico con los medicamentos que tenían en sus hogares entre ellos antibióticos recetados hace varios meses y algunos de ellos ya vencidos.¹⁷

Esto era notable aunque dichos compuestos no hubieran sido prescritos para ellos sino para otro familiar. No habían tomado precauciones por los posibles efectos secundarios o reacciones de sensibilidad alérgica que podían haberse presentado y solo acudieron a un médico cuando su auto-prescripción no había tenido varios días después los efectos esperados.

También se pueden presentar otras consecuencias como la administración de antibióticos en procesos en los cuales no se justificaba su uso ó en cuadros que no eran de tipo infeccioso en lo absoluto.

Finalmente un desenlace de los más importantes al usar este tipo de principios activos en la automedicación, es el aumento de los costos en la atención de salud.¹⁸

A pesar de estos eventos, los organismos de salud a nivel mundial luego de la Asamblea de Alma Ata en 1978 que abrió la reforma a la atención y el concepto mismo de salud enfocaron sus esfuerzos a la prevención y promoción, informando a los usuarios sobre los riesgos de varias conductas nocivas entre ellas el consumo de medicación por cuenta propia sin la prescripción de un profesional médico.

De este evento se han cumplido 30 años y el fenómeno de la automedicación ha aumentado en lugar de desaparecer volviéndose una amenaza para los estamentos de la Salud Pública en todo el mundo.

1.2.6. Implicaciones legales y papel de las autoridades.

En las Cuentas Nacionales de Salud del Ecuador publicadas en 1998, se indica que del gasto en salud de la población el 61% es invertido en medicamentos, fármacos y otras sustancias perecederas con apenas un 24 % destinado a la atención médica.¹⁹

La Ley Orgánica del Sistema de Salud Ecuatoriano indica que el Estado será el encargado en su papel rector de las políticas públicas en el campo de la salud de controlar la venta de medicamentos.

Es por esto que creemos necesario mencionar cual es la definición de medicamento que se encuentra vigente al momento en la nación, según el Código de la Salud en su artículo 125 es la siguiente: “Medicamento es toda preparación o forma farmacéutica cuya fórmula de composición, expresada en unidades del sistema métrico decimal, está constituida por una sustancia o mezcla de sustancias, con peso, volumen y porcentajes constantes elaborados en laboratorios farmacéuticos legalmente establecidos, envasadas o etiquetadas para ser vendidos como eficaces para el diagnóstico, tratamiento, mitigación o profilaxis de una enfermedad, anomalía física o síntoma, o para el restablecimiento, corrección o modificación del equilibrio de las funciones orgánicas del hombre” .²⁰

Adicionalmente indica en el artículo 129 que “todo medicamento debe ser vendido con receta médica, a excepción de los medicamentos de venta libre, que son los de uso oral

o tópico, que por su composición y acción farmacológica de sus principios activos, están autorizados para ser despachados sin aquella.

La receta médica, además del nombre comercial, obligatoriamente deberá contener el nombre genérico del medicamento.

Quien lo expenda deberá informar al comprador sobre la existencia del genérico y su precio, será obligatorio disponer de un cuadro básico de medicamentos genéricos”.

Con esto podemos observar que las obligaciones del Estado, de los profesionales de la salud que son los que por ley deben expedir la receta y de los surtidores de los principios activos están bien detalladas y especificadas en cuerpos legales.

Sin embargo estas disposiciones no son acatadas o peor aún no son conocidas por todos los actores involucrados pues se expenden medicamentos sin prescripción ni responsabilidad en una infinidad de lugares como autoservicios, tiendas de barrio y pseudo-farmacias que no cuentan con los permisos respectivos ni llevan un control de los productos que venden, la calidad y vigencia de los mismos y en que cantidad y para que fin (datos que están en una receta debidamente facilitada) los lleva el cliente.

Se puede pensar que esta es una conducta común en América Latina, pero la Organización Panamericana de la Salud ha dado los primeros pasos en procesos de legislación contra el aumento de la automedicación, uno de ellos es el Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Resistencia a los Antibióticos. En el se detallan los riesgos y las consecuencias del consumo de antibióticos de manera indiscriminada y se señalan soluciones en el corto plazo.

Son enfáticos en señalar que se deben diseñar e implementar normas legales y políticas tendientes a la racionalización del uso de antibióticos pero identifican también una dificultad en su estrategia: la falta de datos fidedignos que indiquen que principios activos adquieren los usuarios y quienes se los prescriben, con lo que se detienen las posibles intervenciones.²¹

Aunque la misma OPS/OMS tiene en sus postulados un principio que denomina automedicación responsable que se refiere principalmente al uso de medicamentos de

libre acceso (los que no requieren de receta o prescripción para ser vendidos y que se mencionan vagamente en nuestra Legislación) y el de auto prescripción que es el uso indiscriminado de medicamentos sin indicación ni vigilancia facultativa.²²

La automedicación responsable es considerada como el “rol válido” que acepta la Organización Mundial de la Salud, en el cual considera que un usuario de un sistema de salud bien organizado y que dispone de toda la información necesaria puede adquirir ciertos medicamentos mayormente analgésicos de baja y media potencia para tratar cuadros sintomáticos sin que esto signifique el evitar en el corto plazo una visita de control a una unidad de salud. La OMS indica que esta conducta es aceptable en países desarrollados y con un sistema de salud bien establecido.

Bajo esta definición se puede entender el concepto de OCM (Over the Counter Medication) que se practica mayormente en los Estados Unidos y otras naciones industrializadas donde pocas sustancias activas permitidas por la ley pueden ser adquiridas directamente en las farmacias sin que exista una nota de prescripción pero los dependientes llevan un registro de la cantidad de ocasiones que el cliente acude en busca de medicamentos de esta categoría.

Es decir se mantiene la regla de que el paciente si bien puede tener un rol mas activo en el cuidado de su salud y consumir ciertos principios activos que brindan un alivio temporal de los síntomas de un proceso de enfermedad, no está exento de acudir a un profesional que pueda seguir todos los pasos necesarios para llegar a un buen diagnóstico.

Retomando los aspectos legales en nuestro país podemos decir que en las actuales leyes no especifican cuales principios activos son los “autorizados” por lo que este acápite se presta a especulación e interpretación de cada sector: la industria farmacéutica, las farmacias y los usuarios del sistema de salud, siendo que en lugar de ser un instrumento de utilidad para la vigilancia y supresión de la automedicación, no da mayores aportes o su sustento legal es débil.

Cuando el compromiso de las naciones es fuerte, se diseñan cuerpos legales muy completos que indican con lujo de detalles cuales son los pasos que debe seguir tanto el profesional de la salud que receta un principio activo como la persona que lo va a adquirir y consumir en último término.

Este es el caso del Programa de Prevención de la Automedicación promulgado en la República Argentina en la Provincia de Buenos Aires por la Cámara de Diputados; se inicia el documento definiendo a la automedicación como la “enfermedad silenciosa” y señalando de manera sencilla tres objetivos que esta ley debe llegar a cumplir en beneficio de los usuarios siendo aquellos:

- 1) Informar a los consumidores acerca de las características que debe reunir un medicamento de venta libre para ser adquirido confiadamente, y en lugares autorizados para dicho fin;
- 2) Informar a los consumidores acerca de las contraindicaciones y efectos colaterales que tienen todos los medicamentos de venta libre;
- 3) Formar conciencia en la población acerca de los peligros del mal uso y/o abuso de los medicamentos de venta libre y la posible creación de adicciones.²³

En los puntos siguientes se reafirma la necesidad de que el Sistema de Salud de la Nación tenga un rol fuerte que garantice los postulados que se han decretado. Como se observa son apenas tres los puntos que se desea cumplir siempre en beneficio de los usuarios, pero existe el compromiso de las autoridades que han identificado y le otorgan a la automedicación el carácter de un problema de Salud Pública que amenaza a toda la población y que puede tener consecuencias nefastas para el sistema si es que no es combatido con energía y eficacia en todos los niveles.

Este no es el único ejemplo de la preocupación de los Estados por la salud de sus habitantes, en el 2006 la República Bolivariana de Venezuela a través del Ministerio de Salud emitió una ley de regulación de venta de antibióticos que en sus puntos mas importantes señala que ciertos medicamentos de grupos como macrólidos, beta

lactámicos, quinolonas, lincosamidas entre otros deben ser vendidos solamente bajo receta y la adquisición de los mismos debe ser notificada de forma escrita o electrónica al ente sanitario.²⁴

Los esfuerzos por controlar el fenómeno automedicación no están lejos de nuestro país y en el momento que vivimos en el que se desea iniciar con una reforma de todos los estamentos de la sociedad es deber de todos los involucrados: autoridades, industria farmacéutica, distribuidores, expendedores, profesionales de la salud y público en general el cumplir y hacer cumplir las leyes que en último término buscan mejorar la salud y la calidad de vida de todos los ciudadanos.

2. Problema.

La Automedicación se definió en el presente estudio de la siguiente manera “El consumo de medicamentos por cualquier vía de administración sin la prescripción de un profesional médico ni su vigilancia y de manera voluntaria por el usuario o paciente”.

Se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- 1) Cuál es la prevalencia de automedicación en una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ)?
- 2) Cuáles son las razones más importantes que llevan a las personas residentes en una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ a incurrir en la automedicación?
- 3) Cuáles son los medicamentos o principios activos mas utilizados por las personas en una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ para automedicarse?
- 4) Existen diferencias por sexo, edad, nivel socioeconómico, instrucción y ocupación para automedicarse en los habitantes de una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ?

3. Justificaciones para la realización del presente estudio.

La automedicación es un problema que afecta a muchas personas en varias partes del mundo, la presente investigación se justifica por las siguientes razones:

- Es un problema de salud pública pues esta conducta conduce a otros fenómenos graves como la resistencia bacteriana a los antibióticos, el apareamiento de reacciones adversas no controladas en los usuarios de los sistemas de salud y el cumplimiento parcial de los procesos terapéuticos para distintas enfermedades, creando así un círculo vicioso en el que los perjudicados son el usuario, su familia y el mismo sistema que provee el servicio de salud.
- Conlleva un incremento en los gastos de los sistemas de salud a nivel mundial, debido a que altera los patrones de enfermedad al disimular los procesos sindrómicos con lo que se deben utilizar más recursos físicos, de imagen y laboratorio para diagnosticar los cuadros nosológicos.
- Representa una desventaja para iniciar y mantener una adecuada relación entre el médico y sus pacientes pues al incurrir en la automedicación, el usuario se abstiene de consultar a un profesional de salud.
- En el Ecuador no se dispone de estadísticas específicas acerca de este fenómeno y como está afectando a la salud de los ciudadanos. Los datos obtenidos pertenecen a encuestas nacionales (ENDEMAIN) y a documentos que reflejan el gasto en salud de las personas (Cuentas Nacionales de Salud 1998 y 2004) que solo mencionan de manera general la existencia de la automedicación, pero que no indican directamente sus causas ni permiten inferir cuáles son sus consecuencias en el corto plazo para la población y las instituciones que hacen salud. No se ha estudiado como una serie de variables adicionales como la edad, la accesibilidad de recursos económicos, el nivel de instrucción y la cobertura de

los diferentes proveedores en el sistema de salud inciden en el desarrollo de este fenómeno ni en los posibles desenlaces que podría tener en el futuro mediato.

- A pesar de que se conocen los riesgos del fenómeno no se han tomado acciones para regular y controlar la excesiva publicidad que estimula la automedicación en los usuarios, así como la disposición y venta de sustancias por personas que no están autorizadas para ello.
- Considerando que existen Leyes y disposiciones claras que limitan la venta de sustancias activas a ciertos tipos de establecimientos (farmacias) que no son cumplidas en este momento en el país pues se pueden adquirir estos compuestos en cualquier punto de abasto de forma libre sin prescripción, pero aún más importante sin que haya de por medio la vigilancia de personal médico con los conocimientos suficientes para el manejo de las reacciones secundarias y/o adversas que se pueden presentar.
- Otras naciones del Continente como Argentina y Venezuela tienen reguladas como políticas de Estado la venta de sustancias activas (antibióticos mayormente), lo que demuestra la preocupación de los países por la magnitud de este problema y señalan su deseo de involucrarse en su control presente y desaparición futura.

4. Objetivos.

Para dar respuesta a las preguntas de investigación que fueron planteadas, se diseñaron un objetivo general y cuatro objetivos específicos. Son detallados a continuación:

4.1 Objetivo General.

“Contribuir con datos actualizados de dos parroquias una urbana y otra rural del Distrito Metropolitano de Quito para conocer un poco más acerca del fenómeno de la automedicación.”

4.2. Objetivos específicos.

- a) Establecer la prevalencia de automedicación en una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito.
- b) Determinar las razones que llevan a los residentes de una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ a incurrir en la automedicación.
- c) Conocer cuáles son los grupos farmacológicos más usados por las personas residentes en una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ para automedicarse.
- d) Determinar si existen diferencias en cuanto a la automedicación mediadas por la edad, sexo, nivel de instrucción, condición socioeconómica y ocupación entre los residentes de una parroquia urbana y una parroquia rural del DMQ.

5. Materiales y Métodos.

Durante un período de dos meses, entre el 1 de septiembre y el 5 de noviembre del 2007 se realizó un estudio de corte transversal, en dos parroquias del Distrito Metropolitano de Quito. Una está localizada dentro del perímetro urbano en el sector sur de la ciudad, conocida como La Magdalena perteneciente a la Administración Zonal Centro-Sur y la otra se encuentra en la periferia del Valle de Tumbaco a 16 Km. del casco urbano de la ciudad de Quito por una vía de comunicación de primer orden aunque es considerada por el ente municipal como una parroquia rural, Yaruquí. Pertenece geopolíticamente a la Administración Zonal Tumbaco. La oferta de salud en la parroquia La Magdalena está circunscrita a un Centro de Salud que es la Jefatura del Área 5 de la Provincia de Pichincha dependiente a su vez de la Dirección Provincial de Salud; cuenta con las cuatro especialidades básicas y tiene un horario de atención de ocho horas. Existen en las inmediaciones centros médicos particulares y pequeños consultorios de profesionales que abastecen la demanda del sector. Es necesario señalar que a pocos kilómetros se encuentra localizado el Hospital General Enrique Garcés en el sector de Chilibulo así como el Dispensario Centro Occidental del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

La oferta de salud en la parroquia de Yaruquí se concentra en el Hospital Cantonal Alberto Correa de la misma localidad que es la Jefatura del Área de Salud 14 de la provincia de Pichincha que abarca desde Cumbayá hasta la población de Ascázubi. Cuenta con 12 camas habilitadas para el proceso de hospitalización, un área de Emergencias que atiende las 24 horas con médicos residentes y especialistas en las cuatro ramas básicas para el servicio de Consulta Externa, además de personal de Enfermería y una sala de operaciones. Existen centros de segundo y tercer nivel privados en las inmediaciones del valle pero su servicio es utilizado mayoritariamente por los pobladores de la zona de Cumbayá y en menor proporción Tumbaco.

No existen dentro de los límites de la parroquia de Yaruquí instalaciones de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

El estudio constó de las siguientes fases:

- 1) Revisión bibliográfica que sustente la realización de esta investigación.

- 2) Cálculo de la muestra necesaria para la realización del estudio, fue llevado a cabo con el paquete informático de acceso libre EPIINFO versión 6.0. El resultado luego de los cálculos realizados por el programa fue de 267 encuestas a conseguir en la población general por cada uno de los estratos (urbano y rural) es decir 534 en total; al no existir datos estadísticos del fenómeno automedicación o estudios similares al propuesto que se hayan llevado a cabo en el Ecuador en los que nos hubiéramos podido basar para tener un dato aproximado de prevalencia del fenómeno, por parte del equipo de investigación se decidió trabajar con una prevalencia del 50% de los factores a estudiar, un nivel de confianza del 95% y un error máximo de la verdadera prevalencia de $\pm 6\%$.

- 3) Diseño de un instrumento de recolección de datos (encuesta) que incluyó todas las variables consideradas para llevar a cabo la investigación. Éste fue validado antes de ser ejecutado en las poblaciones de estudio con diez sujetos que no fueron incluidos en los cálculos totales y que eran residentes de parroquias cercanas a las que fueron escogidas para la realización de este trabajo (Cumbayá y Tumbaco en el estrato rural; San Juan y Carapungo en el estrato urbano). Con las correcciones que se obtuvieron de dicho piloto, entre las cuales estuvo la formulación de la pregunta que indagaba acerca de la automedicación que fue de difícil comprensión y tuvo que ser replanteada para facilitar su entendimiento, (Originalmente esta pregunta señalaba “se tomó, inyectó o aplicó alguna medicación sin receta en los últimos seis meses” y fue cambiada a “qué fue lo que tomó, se hizo inyectar o aplicar por cuenta propia la última vez que se

enfermó?) y la inclusión de la opción “ninguna” en el acápite de efectos adversos, se estandarizó el instrumento. El costo del diseño y ejecución de este cuestionario fue 45 dólares de los Estados Unidos de América.

- 4) La recolección de datos se llevó a cabo durante ocho fines de semana en el sector urbano de la Magdalena por personas que interrogaron a los participantes que accedieron a colaborar en el desarrollo de la encuesta, la que en tiempo promedio duró cinco minutos. Se informó a los participantes potenciales cuáles eran los datos que se requerían y cual era el trasfondo de la encuesta, que fue anónima. En el sector rural la encuesta se llevó a cabo en cuatro fines de semana pues existió una mayor participación de la población, se siguieron las mismas normas para la elección de los participantes que en el área urbana, es decir que cumplieran con los criterios de inclusión que fueron planteados en el protocolo de investigación que señalaban que el participante debía ser mayor de edad, residente de la parroquia por lo menos durante 6 meses, no tener una enfermedad crónica (como diabetes, HTA) o de carácter terminal (neoplasias). Aunque existieron algunos participantes que se rehusaron a participar en la encuesta, no se presentaron mayores inconvenientes en la recolección de la muestra propuesta. En ambas parroquias se encuestó a las personas que se encontraban en sus labores diarias o caminando por las calles, pero los encuestadores no interrogaron a personas cerca de farmacias, tiendas o centros de salud y consultorios médicos. Los cuatro encuestadores que prestaron su contingente en el desarrollo del trabajo de campo lo hicieron de forma voluntaria y antes de iniciar con la recolección de datos se les instruyó en la manera de recabar la información, como diferenciar a los participantes y saber cuales eran aptos para ingresar al estudio y cuáles no, además de las posibles respuestas que se podían obtener y su forma adecuada de registro en la encuesta.
- 5) Los datos obtenidos de los dos estratos fueron ingresados en una hoja de cálculo formato Excel y fueron codificados mediante dígitos para una interpretación más ágil por parte del paquete de análisis. Una vez que fue completada la muestra, se llevó a cabo una depuración de los datos requerida debido a errores de digitación; estos fueron corregidos antes de llevarse a cabo el análisis. Entre estos componentes de la depuración estuvo la estandarización llevada a cabo por

el equipo de investigación, de las respuestas que brindaron los participantes a la pregunta referente a enfermedades sufridas en los últimos seis meses, esto debido a la gran variación de términos de las mismas que podían ser englobadas dentro de cuadros de etiología similar. Por citar un ejemplo las causas como artralgias, lumbalgias, “dolores musculares o de huesos” fueron agrupadas bajo la denominación de causas traumatológicas con lo que se facilitó el análisis de los datos.

- 6) La base de datos depurados fue procesada con el paquete informático de análisis inferencial SPSS versión 12.0. Este proceso fue llevado a cabo dentro de los predios de la Universidad San Francisco de Quito conjuntamente con el director de la investigación. Se ingresó la base de datos en formato Excel al paquete estadístico, así como también se proveyó al mismo de la codificación de las respuestas para su estudio. A las 550 encuestas procesadas se les aplicó pruebas de estadística descriptiva con medidas como porcentaje para las variables cualitativas y con medidas como promedio, moda, mediana, rango y desviación estándar para las variables cuantitativas. Adicionalmente se realizaron pruebas para observar si es que existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos estratos. (Chi cuadrado y valor P) que ayudaran a reforzar la discusión.

6. Resultados.

Durante un período de dos meses (1 de septiembre a 5 de noviembre del 2007), se recolectaron 550 encuestas en dos parroquias, una urbana (La Magdalena) y otra rural (Yaruquí) pertenecientes al Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito.

De estas 268 pertenecieron al estrato urbano, representando el 48% del total de los encuestados y 282 fueron del estrato rural representando el 51 %.

De ellos 319 personas fueron hombres (58% del total de la muestra) y 231 fueron mujeres (42%).

El promedio de edad de las personas que participaron en el estudio fue de 33 años, con un rango entre 18 y 84 años y una desviación estándar de 10,5.

El detalle del estado civil de los encuestados se detalla en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de estado civil participantes encuesta automedicación.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	118	21.5
Casado	282	51.3
Viudo	15	2.7
Divorciado	18	3.3
Unión Libre	117	21.3
Total	550	100

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

El promedio de los años de estudio aprobados por los participantes fue de 9 con un rango que fue desde 0 años (participantes analfabetos) a 19 (participantes con educación superior) y una DE de 4,4.

El nivel de estudios alcanzado por los participantes en el estudio se detalla en el cuadro 2.

Tabla 2. Nivel de estudios alcanzado por todos los participantes encuesta automedicación.

Nivel de estudios	Número	Porcentaje
Primaria incompleta	55	10
Primaria completa	166	30.2
Secundaria incompleta	49	8.9
Secundaria completa	179	32.5
Superior	95	17.3
Analfabetos	6	1.1
Total	550	100.

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

El tiempo promedio de duración de los participantes en su último empleo fue de 3 años con un rango entre 1 y 5 años y una DE de 1,17.

El ingreso monetario mensual de los participantes en la encuesta se detalla en el siguiente cuadro.

Tabla 3. Ingreso Mensual Promedio de todos los participantes encuesta automedicación.

Nivel de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 100 dólares	40	7.3
100 a 150 dólares	53	9.6
150 a 249 dólares	243	44.2
250 a 500 dólares	139	25.3
Más de 500 dólares	75	13.6
Total	550	100

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

El promedio en que los participantes presentaron algún cuadro nosológico fue de 1.5 ocasiones o eventos en los últimos seis meses, con un rango de 0 (los que respondieron que no se habían enfermado en el semestre) a 13 con una DE de 1.6.

En la siguiente tabla se detalla los primeros siete cuadros de enfermedad citados como respuesta por los participantes de cada estrato en el estudio.

Tabla 4. Respuestas por estrato, enfermedades frecuentes últimos seis meses.

<i>Cuadro Sindrómico</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato Rural</i>	<i>Total</i>	<i>Valor p</i>
Cuadros Respiratorios	87(32.4%)	117 (41.4%)	204	0.02
Cuadros Tx.	47 (17.5%)	63 (22.3%)	110	0.15
Cuadros Digestivos	20 (7.4%)	38 (13.4%)	58	0.02
Cefalea	20 (7.4%)	11 (3.9%)	31	0.07
Síndromes febriles	8 (3%)	12 (4.2%)	20	0.42
Cuadros urinarios	5 (1.8%)	14 (5%)	19	0.04
Causas dérmicas	3 (1.1%)	11 (3.9%)	14	0.03

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. Elaboración: Autor.
(70%) de las respuestas.

Algunos participantes respondieron más de una enfermedad en los últimos seis meses.

Algunos participantes que se enfermaron no se automedicaron

La prevalencia en consumo de medicamentos por cuenta propia sin la prescripción o vigilancia de un profesional de la salud fue de 57.8% (319 personas)

La distribución del fenómeno, su relación con el sexo de los participantes y el lugar de residencia se detalla en el cuadro siguiente.

Tabla 5. Relación entre automedicación, sexo y lugar de residencia.

<i>Automedicación</i>	<i>Urb.</i>	<i>Rural</i>	<i>Valor p</i>	<i>H. Urb.</i>	<i>H. rural</i>	<i>Valor p</i>	<i>M. Urb.</i>	<i>M rural</i>	<i>Valor p</i>
Automedicación Positiva.	162 (60,4%)	157 (55%)	0,2	89 (57%)	92 (55%)	0.71	73 (64%)	64 (54.7%)	0.14
Total	162	157		89	92		73	64	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. Elaboración: Autor.

H. Urb: Hombres estrato urbano H. Rural: Hombres en estrato rural

M. Urb: Mujeres estrato urbano. M. Rural: Mujeres en estrato rural.

El promedio del número de ocasiones en las que el participante encuestado se automedicó durante los últimos seis meses fue de 2.4 veces.

La frecuencia de consumo de medicamentos por cuenta propia sin prescripción ni vigilancia durante los últimos seis meses fue la siguiente: 112 participantes (41.8%) en el estrato urbano respondieron que su frecuencia de consumo era ocasional, similar número y porcentaje respondieron de esa forma en el estrato rural (113 participantes). Por otro lado 50 personas del estrato urbano (18.6%) y 44 (27.3%) del rural respondieron que su frecuencia de consumo de medicamentos sin prescripción ni vigilancia era permanente.

Los grupos farmacológicos más citados por los participantes en el estudio para automedicarse se detallan en el siguiente cuadro.

Tabla 6. Frecuencia de uso grupos farmacológicos por lugar de residencia en participantes que se automedicaron.

<i>Fármaco</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p.</i>
AINES	47 (17.5%)	42 (14.8%)	0.4
Antigripales	37 (13.8%)	34 (12%)	0.5
Naproxeno sódico	21 (7.8%)	41 (14.5%)	0.01
Antibióticos	25 (9.3%)	34 (12%)	0.3
Antiespasmódicos	12 (4.4%)	8 (2.8%)	0.3
Paracetamol	10 (3.7%)	17 (6%)	0.2

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. **Elaboración:** Autor.
Algunos participantes consumieron más de un principio activo de un grupo farmacológico en los últimos 6 meses. Antigripales, naproxeno, ASA y paracetamol son medicamentos de venta libre.

Las fuentes que aconsejaron a los participantes para que incurrieran en el consumo de medicamentos sin prescripción o vigilancia por cada uno de los estratos se detallan a continuación:

Tabla 7. Relación entre fuente de consejo, automedicación positiva y lugar de residencia participantes estudio.

<i>Fuente consejo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Empleado farmacia	80 (29.9%)	83 (29.4%)	0.9
Amigo/a	7 (2.6%)	7 (2.4%)	0.9
Familiar	16 (6%)	33 (11.7%)	0.01
Vecino	9 (3.3%)	16 (5.6%)	0.19
Dependiente tienda abarrotes	30 (11.1%)	13 (4.6%)	0.004
Nadie	20 (7.4%)	5 (1.7%)	0.001
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

En la siguiente tabla se detalla la fuente de información consultada para automedicarse por cada uno de los estratos.

Tabla 8. Relación entre fuentes de información consultadas, automedicación positiva y lugar de residencia.

<i>Fuente</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato Rural</i>	<i>Valor p</i>
TV	93 (34.7%)	98 (34.7%)	0.99
Otras personas	76 (28.3%)	65 (23%)	0.15
Internet	19 (7.08%)	2(0.7%)	<0,005
Periódicos	5 (1.8%)	11 (3.9%)	0.15
Revistas	10 (3.7%)	5 (1.7%)	0.15
Letreros	8 (2.9%)	4 (1.06%)	0,1
Radio	2 (0.7%)	2 (0.7%)	0.65
Total respuestas	213	187	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. **Elaboración:** Autor.

Se aceptó más de una respuesta en esta pregunta por participante.

El estado biológico de los participantes por estrato en el estudio luego del consumo de medicamentos sin prescripción ni vigilancia se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 9. Relación entre estado post automedicación y lugar de residencia.

<i>Estado post medicación</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p.</i>
Mejor	103 (38.4%)	56 (19.8%)	<0,005
Igual	42 (15.6%)	76 (26.9%)	0.001
Peor	17 (6.3%)	24 (8.5%)	0.3
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

El lugar en donde los participantes por estrato adquirieron los principios activos para automedicarse se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 10. Relación entre lugar de compra de medicamentos y lugar de residencia.

<i>Lugar de compra</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Farmacia	117 (43.6%)	118 (41.8%)	0.6
Tienda	45 (16.7%)	36 (12.7%)	0.1
Otros	0	3 (1.06%)	*
Total	162	157	

*No se puede obtener valor p. Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

El gasto en salud (consultas a profesionales, adquisición de medicamentos, exámenes, etc.) y su relación con el lugar de residencia de los participantes, se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 11. Relación entre gasto en salud y lugar de residencia participantes encuesta.

<i>Nivel de gasto</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato Rural</i>	<i>Valor p</i>
Bajo (< 10 USD)	88 (32.8%)	79 (28%)	0.21
Medio y alto (11USD en adelante)	79 (29.5%)	104 (36.9%)	0.07
No gastaron	101 (37.6%)	99 (35.1%)	0.52
Total	268	282	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

Las reacciones adversas que se presentaron en los participantes por estrato que consumieron medicación por cuenta propia sin prescripción o vigilancia se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 12. Relación entre efectos adversos post automedicación y lugar de residencia.

<i>Efecto adverso</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Ninguno	93 (34.7%)	100 (35.4%)	0.8
Epigastralgia	25 (9.3%)	17 (6%)	0.1
Mareo	19 (7%)	10 (3.5%)	0.06
Diarrea	12 (4.4%)	12 (4.2%)	0.8
Náusea	8 (2.9%)	9 (3.1%)	0.8
Erupciones en piel	4 (1.4%)	6 (2.1%)	0.3
Cefalea	0	2 (0.7%)	*
Constipación	1 (0.3%)	0	*
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. **Elaboración:** Autor.

* No se puede obtener valor p.

Existen celdillas con valor 0

La relación entre las razones por las cuales los participantes positivos incurrieron en el consumo de medicamentos sin prescripción o vigilancia y el lugar de su residencia se detallan en el siguiente cuadro.

Tabla 13. Relación entre lugar de residencia y razones automedicación participantes en estudio.

<i>Razón</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p.</i>
Dinero	62 (23.1%)	103 (36.5%)	0.000
Tiempo	78 (29.1%)	27 (9.5%)	<0.000
No médico	18 (6.7%)	13 (4.6%)	0.28
IESS	3 (1.1%)	2 (0.7%)	0.9
Dolor existente	0	3 (1.06%)	*
Malestar general	0	1 (0.3%)	*
Referencia familiar	0	2 (0.7%)	*
Prescripción previa	1 (0.3%)	4 (1.4%)	0.4
Otros	0	2 (0.7%)	*
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. **Elaboración:** Autor.

* No se puede obtener valor p por existir celdillas con valor de 0.

Las diferencias por ocupación, nivel de instrucción, nivel de ingresos y consumo de medicación sin prescripción o vigilancia y su detalle por cada uno de los estratos se detallan en los siguientes cuadros

Tabla 14. Relación entre nivel de estudios alcanzado, automedicación positiva y lugar de residencia.

<i>Nivel de estudios</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato Rural</i>	<i>Valor p</i>
Menor o igual a 6 años*	35 (13.3%)	84 (29.7%)	<0,000
7 a 12 años	73(25%)	63 (22.3%)	0.4
Más de 13 años	54 (20.1%)	5 (1.7%)	<0,000
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. Elaboración: Autor.

* Se incluye a 4 participantes analfabetos del estrato rural.

Tabla 15. Relación entre ocupación laboral, automedicación positiva y lugar de residencia.

<i>Ocupación laboral</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Empleado privado	72 (26.8%)	23 (8.1%)	<0.000
Obrero	6 (2.2%)	70 (24.8%)	<0,000
QQDD	24 (8.9%)	5 (1.7%)	0.000
Comerciante	18 (6.7%)	10 (3.5%)	0.09
Agricultor	1 (0.3%)	17 (6.0%)	0.000
Desempleados	1 (0.3%)	14 (4.9%)	0.000
Secretarias	12 (4.4%)	2 (0.7%)	0.005
Estudiantes U.	9 (3.3%)	0	*
Guardias	3 (1.1%)	5 (1.7%)	0.77
Mecánicos	4 (1.4%)	2 (0.7%)	0.63

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ. Elaboración: Autor.

Se tomaron las 10 ocupaciones iniciales.

*No se puede obtener valor p por existir una celdilla con valor de 0.

Tabla 16. Relación entre automedicación positiva, nivel de ingreso y lugar de residencia.

<i>Nivel de ingreso (USD)</i>	<i>Personas urbanas</i>	<i>Personas rurales</i>	<i>Valor p</i>
-100	4 (2.2%)	11 (3.9%)	0.26
100 a 150	11 (4.1%)	15 (5.3%)	0.5
151 a 249	56 (20.8%)	79 (28%)	0.05
250 a 500	49 (18.2%)	47 (16.6%)	0.61
> 500	42 (15.6%)	5 (1.7%)	< 0.005
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.

Elaboración: Autor.

La relación entre la disposición o no de un seguro de salud y el consumo de medicamentos sin prescripción o vigilancia por cada uno de los estratos se detalla a continuación.

Tabla 17. Relación entre disposición de seguro de salud, automedicación y lugar de residencia.

<i>Condición de uso de seguro</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
No dispone de seguro	63 (23.5%)	48 (17%)	0.05
Si dispone con problemas acceso	34 (12.6%)	85 (30.3%)	<0.005
Si dispone prefiere automedicación	65 (24.2%)	23 (8.1%)	<0.005
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.
Elaboración: Autor.

La relación entre la edad de los participantes, el lugar de residencia y automedicación es la siguiente. Para evitar la dispersión de las cifras dado su amplio rango se diseñaron dos grupos.

Tabla 18. Relación entre grupos de edad, automedicación y lugar de residencia.

<i>Grupo de edad</i>	<i>Estrato urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
18 a 33 años	89 (33.2%)	99 (35%)	0.6
> 33 años	73 (29.5%)	58 (21%)	0.02
Total	162	157	

Fuente: Estudio diferencias automedicación parroquias DMQ.
Elaboración: Autor.

En las siguientes tablas se detallan los datos más relevantes (causa de uso, fuente de consejo, fuente de información, efecto adverso y razón de consumo) de cada uno de los grupos farmacológicos; para consultar la información completa, por favor remitirse a la sección de anexos al final de este trabajo.

Tabla 19 a. Información condensada. Antigripales.

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	C. Respiratoria	29 (78.3%)	26 (76.4%)	0.8
Fuente Consejo	Emp. Farmacia	16 (43.2%)	15 (44.5%)	0.9
F. Inform.	TV	25 (67.5%)	20 (58.8%)	0.44
Ef. Adverso	Mareo	12 (32.4%)	9 (26.4%)	0.5
Razón	Dinero	10 (27%)	25 (73.3%)	<0.005

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19 b. Información condensada. Naproxeno.

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	Causa Tx.	11 (52.3%)	19 (46.7%)	0.6
Fuente Consejo	Emp. Farmacia	6 (28.5%)	21 (51.2%)	0.08
F. Inform.	TV	15 (71.4%)	29 (70.7%)	0.9%
Ef. Adverso	Epigastralgia	11 (52.3%)	11 (28.8%)	0.04
Razón	Dinero	9 (42.8%)	30 (73.1%)	0.01

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19 c. Información condensada. AINES (se incluyen diclofenaco, nimesulide, meloxicam, celecoxib, etericoxib e ibuprofeno).

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	Causa Tx.	22 (46.8%)	19 (45.2%)	0.8
Fuente Consejo	Emp. Farmacia	28 (54.5%)	25 (59.5%)	0.4
F. Inform.	TV	33 (70.2%)	25 (59.5%)	0.2
Ef. Adverso	Epigastralgia	7 (14.8%)	10 (23.8%)	0.2
Razón	Dinero	15 (31.91%)	26 (61.9%)	0.004

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19d. Información condensada. Paracetamol.

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	Causa Resp.	5 (50%)	11 (64.7%)	0.7
Fuente Consejo	Familiar	3 (30%)	7 (41.1%)	0.8
F. Inform.	TV	8 (80%)	12 (70.5%)	0.9
Ef. Adverso	Ninguno	10 (100%)	15 (88.2%)	0.8
Razón	Dinero	6 (60%)	12 (70.5%)	0.8

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19e. Información condensada. Antibióticos. (se incluyen beta-lactámicos, macrólidos, quinolonas, sulfas y tetraciclinas).

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	C. Resp.	15 (60%)	16 (47%)	0.3
Fuente Consejo	Emp. Farmacia	12 (48%)	20 (58.8%)	0.4
F. Inform.	Otras personas	19 (76%)	17 (50%)	0.04
Ef. Adverso	Diarrea	9 (36%)	7 (20.5%)	0.18
Razón	Dinero	8 (32%)	21 (61.7%)	0.02

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19f. Información condensada. Ácido acetilsalicílico.

<i>Parámetro</i>	<i>Hallazgo</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato rural</i>	<i>Valor p</i>
Patología	Cefalea	8 (72.2%)	4 (66%)	0.7
Fuente Consejo	Emp. Farmacia	4 (36.3%)	2 (33%)	0.6
F. Inform.	TV	5 (45.4%)	4 (66.6%)	0.7
Ef. Adverso	Epigastralgia	8 (72.7%)	3 (50.5%)	0.6
Razón	Dinero	6 (54.5%)	4 (65%)	0.9

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Tabla 19 g. Información condensada. Antiespasmódicos.

<i>Parámetro</i>	Hallazgo	Estrato Urbano	Estrato rural	Valor p
Patología	Sd. Digestivos	6 (50%)	7 (87.5%)	0.2
Fuente	Emp.Farmacia	6 (50%)	3 (37.5%)	0.7
Consejo				
F. Inform.	Otras personas	6 (50%)	5 (62.5%)	0.9
Ef. Adverso	Náusea	2 (16.6%)	1 (12.5%)	0.4
Razón	Dinero	6 (50%)	6 (75%)	0.5

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

* Si bien el efecto adverso más citado fue “ninguno”, se tomó el más importante luego de éste para las tablas.

A continuación se detalla las causas más comunes de enfermedad en los participantes que no se automedicaron:

Tabla 20. Detalle de cuadros enfermedad pacientes automedicación negativa.

<i>Cuadro Sindrómico</i>	<i>Estrato Urbano</i>	<i>Estrato Rural</i>	<i>Valor p</i>
Ninguno	90 (84.9%)	77 (61.6%)	<0.005
Causas Resp.	5 (4.7%)	22 (17.6%)	0.002
Causas Tx.	3 (2.8%)	16 (12.8%)	0.005
Causas Digestivas	6 (5.6%)	9 (7.2%)	0.6
Cuadros Urinarios	2 (1.8%)	2 (1.6%)	0.7
C. Dérmicos		5 (4%)	

Fuente: Estudio Automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

7. Discusión.

La investigación realizada entre los meses de septiembre y noviembre del 2007 en dos parroquias del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito fue ejecutada con el afán de determinar inicialmente la prevalencia de consumo de medicación por cuenta propia sin prescripción ni vigilancia médica.

De ese punto de partida se deseó observar si existían diferencias significativas entre los habitantes de las dos parroquias una situada dentro del perímetro urbano y otra en la periferia. Además se analizaron otras variables como edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, ingreso económico mensual entre las más interesantes.

En todo el mundo los datos de automedicación no son del todo certeros, pues no se recoge toda la información que existe acerca de éste fenómeno y adicionalmente porque hay interés de las industrias farmacéuticas en el aumento de las ventas de sus productos sin que importen ni como consigue el usuario los principios activos ó el tipo de uso que se les da a los mismos.²⁵

En el Ecuador los datos que se disponen del fenómeno no aportan datos concretos, pues en las encuestas realizadas no se deseaba diferenciar la automedicación entre personas que viven en la ciudad que se supone que disponen de un mayor poder adquisitivo y mas importante aún de mayores ofertas en cuanto a servicios de salud y las personas que viven en las áreas rurales que por lo general tienen una capacidad adquisitiva menor y pocos proveedores de salud si es que existen en sus lugares de residencia.

El estudio que realizaron Tella y Yovera en residentes del Distrito de Chiclayo en Perú buscó determinar cuales eran las razones por las que las personas se automedicaban. Encuestaron a 371 personas al azar en un período de tres meses y los estratificaron por edad, sexo, nivel de instrucción y el ingreso mensual que percibían. Chiclayo es un distrito eminentemente industrial pesquero del litoral peruano por lo que su flujo de comercio es importante durante todo el año.

Los investigadores identificaron como los factores más importantes a los económicos, los sociales (que los autores denominan de grupo) y los culturales que son los que inciden de manera directa en la conducta de los usuarios al momento de adquirir sustancias activas para el consumo.

Los resultados de la investigación se desglosan a continuación:

- 43,9% de la población estudiada de la ciudad de Chiclayo se automedicaba y dentro de este grupo, la conducta es más frecuente en los jóvenes varones de 18 a 28 años de edad que representaron un 35.6% del total de las personas que incurrieron en esta conducta.
- El mayor porcentaje de los pobladores que incurrían en la automedicación tenían un ingreso menor a 500 nuevos soles mensuales, a una tasa de cambio 3.50 nuevos soles por dólar. (142 dólares al cambio de moneda descrito).
- El nivel de instrucción de las personas que se automedicaban variaba, pero el 50% de los analfabetos lo hacía comparado con 39,2% de los estudiantes universitarios o personas con instrucción superior completa.

En el presente estudio se encontró que el 57.8 de los encuestados habían incurrido al menos una vez en la automedicación en los últimos seis meses y de manera similar se encontró que la automedicación es mayor en las personas de sexo masculino en ambos estratos, pues los integrantes de este grupo representaron el 56.7% de los participantes que tomaron medicación sin vigilancia, no hubo diferencia importante entre los hombres residentes en los dos estratos ($p > 0,05$). Esto coincide con las revisiones hechas que indican que los hombres son mas proclives a la automedicación por su tendencia a no ir a la consulta de un profesional de la salud sino solo cuando los cuadros ya han avanzado o lo que se han administrado no ha tenido el efecto esperado, al contrario de las mujeres que tienen un sentido de la prevención de las enfermedades más desarrollado.

Dentro de los dos estratos que se construyeron para esta investigación, se observó que el 60 % de los habitantes en la zona urbana y el 55 % en la zona rural incurrieron al menos una vez en la automedicación en los últimos seis meses. A la luz de estos datos

podemos afirmar que no existen diferencias significativas ($p>0,05$) importantes entre ambos lugares de residencia al momento de consumir medicamentos por cuenta propia, es decir se trata de una conducta similar.

De igual forma al determinar cual fue el grupo de edad que mas incurrió en la automedicación observamos que se trató de gente joven en el segmento de los 18 a los 35 años de edad, con porcentajes similares en ambos estratos (33.4% en el urbano y 35 % en el rural) sin que exista una diferencia significativa en la conducta de automedicarse que esté mediada por el lugar de residencia, sin embargo en el estrato urbano existió un 8% más de personas que se automedicaron en la presente investigación.

Dentro de este grupo de edad se encuentra la mayoría de la población económicamente activa y que tiene mayor disposición de recursos.

La relación entre el nivel de instrucción y la automedicación nos indica que mientras el primero es mayor es mas común que se incurra en el fenómeno, en el presente estudio se detectó que las personas que se automedicaron en su mayoría tenían estudios secundarios (25% en el estrato urbano y el 22.3% en el rural). Esto se relaciona con investigaciones de hábitos de automedicación como la de Cesolari y col., practicadas en el Instituto Universitario Italiano de Rosario en Argentina en el año 2004. Entre los objetivos propuestos se deseaba estudiar los patrones de consumo de medicamentos de los miembros de la comunidad universitaria y las formas de automedicación evaluadas por sexo, edad, tipo de principio activo, trabajo que realizaba el encuestado, los saberes y creencias que poseían acerca de la práctica en el consumo de medicamentos. Toda esta información fue recolectada mediante encuestas anónimas.

Los hallazgos de este estudio, realizado durante el desarrollo del curso lectivo, mostraron que fueron los docentes y el personal administrativo de la Universidad los que más incurrieron en el fenómeno de la automedicación con porcentajes de 63 % y 34% respectivamente. El porcentaje de estudiantes que se automedicaron fue apenas del 9% en dicho estudio. No existieron diferencias significativas mediadas por el sexo de los encuestados. Los investigadores en este caso no ajustaron los resultados en base a

la edad de los participantes, pues al incrementarse ésta, es más probable que una persona requiera aumentar el uso y la frecuencia de los medicamentos que consume sean estos bajo la prescripción de un profesional o sin aquella.

Los principios activos más consumidos fueron los analgésicos con un porcentaje cercano al 90%.²⁶

Los investigadores señalaron que son las personas con mayores niveles de estudios los que se automedican con frecuencia por los conocimientos adquiridos previamente o por las experiencias obtenidas de otros procesos de enfermedad, además de poseer una mayor diversidad de fuentes de información en donde consultar sobre los principios activos para cualquier tipo de proceso biológico.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en la presente investigación aunque aquella no fue estratificada por el lugar de residencia de los participantes, por lo que podemos señalar que al tener mayor formación académica es más común que las personas incurran en el fenómeno de la automedicación. Incluso se observó que se automedicaron en mayor número los participantes que tenían acceso al Internet.

Por la ocupación de los participantes observamos que hay diferencias importantes entre ambos estratos, mientras los empleados privados con y sin relación de dependencia son los que incurren más en la automedicación con un 26.8% en la zona urbana ($p < 0,005$) contra apenas un 8% en el área rural.

Complementario a este dato en el área rural los empleados de mano de obra calificada representaron el 24.8% de los que se automedicaron contra apenas un 2.2 % en el área urbana. ($p < 0.005$).

Adicionalmente en tercer lugar se encontraron las amas de casa, con un 8.9% del total de las personas que se automedicaron en el estrato urbano contra un 1.7% del estrato rural. ($p < 0.005$).

Las diferencias en los dos primeros grupos se explican debido a que en el estrato urbano más personas se dedican a labores de trabajo como empleados en diferentes ramas, mientras que en el estrato rural elegido es más común el trabajo en plantaciones de la zona y complejos industriales.

En el caso de las amas de casa se trata de un hallazgo interesante que nos indica una diferencia entre los grupos pues en el estrato urbano las mujeres permanecen más tiempo en el hogar involucradas en las tareas domésticas y no disponen del tiempo suficiente para acudir a un servicio de salud para recibir diagnóstico y tratamiento. En el estrato rural por lo que indican los resultados esto no es tan frecuente, debido a que además de ocuparse de tareas del hogar las mujeres tienen otras actividades que cumplir sobre todo de tipo agrícola y por su movilización a los centros de abasto de la parroquia quizás les es más factible acudir a un profesional de la salud.

El ingreso promedio de los participantes en el estudio que incurrieron en la automedicación fue de 200 dólares mensuales, 20.8% en el estrato urbano y 28% en el rural se encontraron dentro de este grupo siendo que en valores económicos se consideran tres cifras bajas, pero de acuerdo al Estado ecuatoriano es el salario mínimo vital vigente en estos momentos.²⁷

El ingreso mensual de las personas que no se automedicaron fue también de 200 dólares mensuales en promedio, un 48% de los participantes se colocaron en este grupo.

La mayoría de las personas que se automedicaron en el presente estudio fueron de clase media y media baja cuyos gastos en general se enfocan a alimentación, vestimenta, educación de los hijos, vivienda y salud; en el reporte de las Cuentas Nacionales de Salud de 1998 se menciona que solo el 24 % de los ingresos destinados a salud son para la atención médica y que otro gran porcentaje es usado para la compra de medicamentos. No existieron diferencias significativas entre los dos estratos ($p = 0.05$)

De acuerdo a los resultados del presente estudio que nos indican que al aumentar la capacidad adquisitiva de las personas se incrementa la compra de medicamentos sin prescripción, sin que exista una diferencia significativa entre ambos grupos geográficos, podemos afirmar que no tiene mayor importancia la condición socioeconómica de los usuarios del sistema de salud ni los recursos que tengan, ellos prefieren en un inicio incurrir en gastos de adquisición de medicamentos y luego en un momento posterior acudir a un profesional de la salud.

Quizás esto se debe a la poca oferta y pobre calidad de los servicios de salud en el Ecuador, enfocados a la terapéutica mas que a la prevención y promoción y en donde el 30% del sector es regentado por el Ministerio de Salud Pública y el resto por otras organizaciones locales y sectoriales y apenas el 18% de la población económicamente activa en puestos laborales fijos o parciales con relación de dependencia, tiene cobertura del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.²⁸

Aunque en los resultados de la presente investigación, los porcentajes de automedicación para cada uno de los estratos difieren ligeramente, apenas en un 5%, esto nos lleva a especular que la percepción sobre la calidad y oferta de los servicios de salud en las dos parroquias elegidas son iguales, es decir no satisfacen la demanda de los usuarios que sin importar donde residen prefieren inicialmente incurrir en la automedicación.

Adicionalmente se determinó que el porcentaje de usuarios del IESS que indicaron tener dificultades en el acceso a los servicios del mismo fue diferente dependiendo del estrato pues en la zona urbana fue 12.6% y en la rural de 30.3% ($p < 0.005$).

Por otro lado el porcentaje de usuarios que a pesar de tener un seguro de salud con el IESS ú otro prestador, preferían incurrir en la automedicación fue de 24.2% en el estrato urbano y 8.1% en el estrato rural con una diferencia significativa entre ambas zonas de residencia ($p < 0.005$).

La disposición de los servicios de salud en las zonas estudiadas ya fue detallada, pero en la parroquia de Yaruquí y en toda el área de salud número catorce como mencionamos, no existen dependencias de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y los pobladores de estas zonas tienen que desplazarse hasta la ciudad de Quito para acceder a los servicios del prestador incurriendo en gastos adicionales de transporte que aumentan la dificultad en el acceso percibida por las personas en este estrato.

En la zona urbana si hay la existencia de una dependencia de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, pero que no satisface solamente las necesidades de los habitantes de la parroquia sino que es un centro de referencia para todos los habitantes

de la zona sur de la ciudad que de igual forma que en el caso de los residentes del estrato rural deben incurrir en gastos adicionales para llegar al Dispensario.

Un dato interesante es que todas las dependencias que prestan salud en el IESS se manejan bajo el sistema de turnos, los cuales son repartidos en las mañanas antes de la apertura del centro por lo que existe un número predeterminado de los mismos que cada profesional de la salud tiene asignado por día, en promedio 20 pacientes.

No es difícil suponer que no se satisface la demanda de ciertas especialidades que deben tener más de ese número de asistentes cada día como son Ginecología, Medicina Interna y Cirugía General.

Aunque no era parte de los objetivos de la presente investigación los encuestados de ambos estratos indicaban que los tiempos de espera prolongados, el horario de atención que produce faltas al lugar de trabajo de los afiliados, el sistema de citas pactadas con demasiada antelación, la cancelación de esas mismas citas sin previo aviso, la escasez de profesionales de distintas especialidades y la falta de medicamentos e insumos eran las razones por las que a pesar de contar con el beneficio de aseguramiento preferían incurrir en la automedicación que recibir la atención mencionada.

Las parroquias elegidas para el presente estudio tienen en sus límites geográficos dependencias para la atención que son parte del Ministerio de Salud Pública, en ambos casos centros que son las Jefatura del Área de influencia. Aunque al momento de la investigación el sector de la salud se encontraba bajo el régimen de emergencia que supone la entrega ágil de recursos y la disposición de mayor cantidad de personal para atender la demanda en horarios extendidos observamos que los usuarios prefieren no recibir atención en estos centros y consumir medicación por cuenta propia; esto a pesar de que desde el mes de marzo del 2007 existe un Decreto Presidencial que sostiene que la atención de salud (no solo médica) en las unidades del Ministerio en los servicios de Consulta Externa es gratuita para toda la población.²⁹

Futuros estudios deberían evaluar si la implementación de estas políticas han tenido un impacto positivo o negativo en el fenómeno de la automedicación y si es que hay un cambio en la percepción de los servicios que entregan los centros de salud regentados por el Estado.

La predilección por sustancias o distintos grupos farmacológicos es otro hecho a considerar, en la presente investigación fueron los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos los que ocuparon el primer lugar. Aunque se separó a ciertos productos que pueden ser comercializados sin prescripción médica como el naproxeno, paracetamol, y antigripales.

Los AINES tuvieron porcentajes de consumo muy similares en ambos estratos (17.5% en el urbano y 14,8% en el rural) sin que hubieran diferencias estadísticamente significativas.

En segundo lugar se encontraron los antigripales con 13% en el estrato urbano y 12 % en el rural.

En la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana, proyecto de análisis situacional de toda la población de este sector de España que arrancó en el 2004 pero presentó sus resultados dos años después, se presenta una serie de resultados acerca de la predilección de los principios activos y grupos farmacológicos de los habitantes.

En esta encuesta se detalló de forma más explícita a cada uno de los grupos y se separó a las personas que compraron medicamentos con receta y sin aquella por cada uno de los compuestos, además se relacionaron con otras variables como la edad, sexo, nivel de instrucción, etc.

En los resultados se puede apreciar una constante que guarda similitud que la actual investigación, los dos primeros lugares en el consumo de medicamentos sin receta son para medicamentos para la gripe (denominación que le dan a los antigripales) y analgésicos. Se indica que son mayormente los hombres los que se automedican, en el caso de los antigripales con un 28.7% contra un 24% de las mujeres y en el caso de los analgésicos del tipo de los AINES con un 35.2% de hombres contra un 32% de las mujeres³⁰.

El gasto en esta clase de consumo se concentra mayoritariamente en familias cuyos ingresos son considerados bajos en la Comunidad Económica, debido a que son las que registran un ingreso mensual de hasta 3601 euros (cercaos al 30% de la muestra total).

Si bien las cifras adquisitivas de la población de Valencia no son equiparables a las del Ecuador por la diferencia en el peso de la moneda, si se puede observar que la tendencia de consumo es la misma por los principios que se eligen, mayoritariamente para el alivio de molestias de tipo respiratorio o muscular de forma rápida sin importar la forma en la que la adquieren y si es que hay o no la vigilancia de un profesional de la salud. En el presente estudio este tipo de compuestos fueron consumidos mayoritariamente para tratamiento de cuadros traumatológicos con porcentajes similares (46 y 45%). Esto nos podría indicar que al menos en principio, el uso de estos compuestos en el régimen de automedicación se hace para procesos en los cuales están indicados.

En el tercer lugar se ubicó el naproxeno sódico, perteneciente a la familia de los AINES, con 7.8% de predilección en el estrato urbano pero con un 14.3% en el estrato rural ($p < 0.05$). La intensa campaña de publicidad que tiene este compuesto desde hace algunos años con el uso de personalidades sobre todo del ambiente deportivo hace que sea uno de los mayormente utilizados a más de que se puede adquirir de forma libre en los expendios autorizados.

Las presentaciones que existen el mercado del principio activo naproxeno sódico son en tabletas recubiertas de 275, 500 y 550 miligramos y suspensión pediátrica de 125 mg/5 ml a pesar de que no se recomienda el uso de esta sustancia en menores de dos años.

De la misma forma que con los otros analgésicos de este grupo, el naproxeno fue utilizado mayoritariamente para tratamiento de molestias de tipo traumatológico.

Las contraindicaciones de los AINES especifican que no se pueden administrar en personas que tengan antecedentes de alergia a los compuestos, úlcera gástrica o problemas renales. Estas advertencias rara vez son tomadas en consideración por las personas que expenden los principios activos en farmacias y otros lugares.

Los antigripales por otro lado, son de los productos de mayor consumo y aunque sean de venta libre y en el presente estudio hallan sido consumidos más para el tratamiento de procesos de índole respiratorio con porcentaje similares en ambos estratos, eso no debe relevar al personal de salud de conocer y vigilar su volumen de venta y su eficacia terapéutica en el manejo exclusivo de síntomas de la gripe.

El paracetamol es uno de los antitérmicos más usados en el mundo, especialmente en niños por sus bajas tasas de efectos secundarios, incluso se encuentra dentro de protocolos de atención para la infancia como el AIEPI. No existen investigaciones que indiquen cuales son los potenciales efectos, sobre todo en niños, del uso indiscriminado y sin vigilancia de un profesional de salud.

A pesar del conocimiento de estos efectos terapéuticos beneficiosos, ampliamente conocidos y publicitados, en nuestra investigación fue usado para el tratamiento de molestias de carácter respiratoria (50% en el estrato urbano y 64.7% en el rural), lo que nos puede indicar que a pesar de la información de la que el usuario dispone, muchas veces consume medicamentos por cuenta propia sin saber a ciencia cierta el efecto que produce el compuesto o cuáles son sus verdaderas indicaciones terapéuticas.

Los efectos cuando es consumido en exceso son de afectación de la función hepática pero a dosis elevadas de más de 10 gramos por día.

En el presente estudio en ambos grupos geográficos se utilizó este compuesto que es de venta libre, pero no exime al usuario que lo adquiere de visitar a un profesional de la salud que evalúe la necesidad y conveniencia de la utilización del mismo.

Los antibióticos fueron otro de los grupos farmacológicos que se encontró en esta investigación que ocupó el cuarto lugar de preferencia. En este estudio las familias encontradas fueron beta-lactámicos, quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclina, sulfas (trimetropim-sulfametoxazol) y macrólidos (azitromicina). Todos estos compuestos deben ser comercializados con receta y bajo la vigilancia de un profesional de la salud que determine el número de días que debe ser administrado, en qué horario, a qué clase de usuario y en cuanto tiempo se debe realizar un control sobre el estado del paciente.

Con un leve incremento, fueron más consumidos en el estrato rural (12%) que en el urbano (9%) y en su mayoría para causas de tipo respiratorio con porcentajes similares en ambos estratos.

El consumo indiscriminado de estos compuestos se ha elevado en los últimos años, llevando a fenómenos de resistencia bacteriana cada vez más comunes en todas partes del planeta, incluso en el Ecuador.

Dentro de estos merecen especial atención los beta-lactámicos que fueron de los más usados por las personas que se automedicaron en esta investigación.

Los antibióticos beta-lactámicos fueron los primeros en descubrirse y aunque sus usos terapéuticos han decaído en las últimas décadas sobre todo por ser de los grupos farmacológicos más afectados por el fenómeno de la resistencia bacteriana, aún gozan de cierta popularidad entre los participantes del presente estudio, en especial la penicilina pero en presentación inyectable y en menor medida los comprimidos de ampicilina y amoxicilina. En el presente estudio se observó que el uso de la penicilina benzatínica garantizaba aparentemente cumplir con una dosis terapéutica en el caso del que el paciente presentara un cuadro supuesto de faringitis bacteriana. En algunos manuales latinoamericanos de terapéutica aún es uno de los compuestos de elección para el tratamiento de este cuadro siempre y cuando sea causado por estreptococo beta hemolítico del grupo A que demuestre sensibilidad al fármaco.

En un estudio conducido en ocho centros hospitalarios de tercer nivel públicos y privados del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito en el período marzo del 2002 y marzo del 2003, se evidenció el hallazgo de cepas bacterianas de *Klebsiella Pneumoniae* resistente a casi todos los antibióticos de este grupo y capaz de producir enzimas inhibidoras de los integrantes más potentes de la familia, las cefalosporinas de tercera generación.

Los datos obtenidos en dicho estudio indicaron que había una prevalencia de 37.2% de cepas de *Klebsiella* capaces de desarrollar resistencia en los hospitales. Antes del desarrollo de este trabajo se desconocía por completo de la existencia de estas bacterias y sus potenciales efectos negativos en los pacientes de las unidades de salud y aunque no fue uno de los objetivos de la investigación, se logró determinar que el uso indiscriminado de antibióticos era una de las causas para el desarrollo de la resistencia bacteriana avanzada. En este estudio solo se observó a una clase de bacteria en particular, pero se encontraron otras que también presentaron similar potencia de resistencia a las drogas betalactámicas.³¹

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos indican que los productos mencionados son los que “se venden mejor” pero también los que menos vigilancia de sus efectos tienen, pues no existe la precaución de advertir la posibilidad del desarrollo de reacciones secundarias o de indicar contraindicaciones absolutas o relativas para su consumo por parte de determinados grupos de pacientes; por ejemplo no existen advertencias en los empaques de los productos antigripales que indiquen riesgo de consumo por parte de pacientes hipertensos ó que realicen tareas que requieran de un cierto grado de vigilia como manejo de maquinarias pesadas.

Los medios por los que se informan los usuarios revisten importancia a la hora de escoger incurrir en la automedicación. En la presente investigación se observó que el primer medio citado como fuente de información por los participantes en ambos estratos fue la televisión con un porcentaje similar en los dos grupos de 34.7%. Sin lugar a dudas la televisión es el primer medio de penetración en los hogares del país, sean estos urbanos o rurales.

Esta afirmación tiene una sola excepción cuando desglosamos la información por cada uno de los grupos terapéuticos, los antibióticos tuvieron en el comentario de persona a persona a su principal fuente de información con un 76% en el estrato urbano y un 50% en el rural.

Hernández Novoa en el artículo que publica en la Revista Médica de la Universidad de Valladolid en España en el mes de julio del 2001, señala que por lo general las personas que se automedican con antibióticos tienen en las experiencias anteriores de la enfermedad, en las que si visitaron al médico para un diagnóstico y en el consejo de otras personas a las mejores fuentes de información a la hora de adquirir un determinado producto.

Incluso señala que hay la costumbre de armar “un botiquín casero” con antibióticos para tenerlos disponibles en nuevas oportunidades en las que se presenten síntomas o signos parecidos a los anteriores.

Esto es serio debido a que no se toma en consideración los potenciales efectos peligrosos del consumo de antibióticos expirados, mal conservados o que no están acorde con el cuadro que esta cursando el usuario, siempre y cuando este sea de tipo infeccioso bacteriano.

Podemos afirmar que el consejo de persona a persona para adquirir antibióticos, citado en el presente estudio no es entonces una fuente de información válida o confiable, pues se basa en el juicio a priori de las personas y sus experiencias propias no aplicables a otros usuarios ya que el consumo de medicamentos, sin importar el grupo al que pertenezcan, siempre debe considerar las individualidades biológicas del paciente.

Otra fuente de información mencionada fue la Internet, pero con una fuerte tendencia hacia el estrato urbano pues el 7% de los integrantes de esta zona lo mencionaron como herramienta de investigación acerca de los efectos de los principios activos contra un 0.7% en el estrato rural ($p < 0,001$).

Se puede indicar que la disposición de redes de conexión al Internet, mayor en el estrato urbano que en el rural como una de las razones que provocan que sea más común como recurso informativo, aunque vale la pena conocer si es que los datos que provee la misma son confiables. Por otro lado es interesante señalar que la propaganda que llega a los usuarios por medio del espectro radiofónico no tuvo mayor significancia pues apenas un 0.7% de cada uno de los estratos lo citó como una fuente de información relevante para incurrir en la automedicación.

La penetración en los hogares de la radio ha decaído en el último lustro, por el avance de las telecomunicaciones y de la misma forma porque la televisión ha tenido una mayor captación de los recursos de publicidad de todas las industrias incluyendo la farmacéutica aunque sea más costoso pautar en ella que en la radio. A pesar de los resultados que se han dado en el presente estudio no debemos pasar por alto el papel de la radio en la difusión de publicidad acerca de principios activos pues aún hay lugares del Ecuador en los que la señal de televisión no es de buena calidad y las emisoras son las únicas fuentes de noticias e información para muchos pobladores.

A este respecto, Valtueña en una revisión realizada para la Organización Mundial de la Salud en el año 2001 ya advirtió que la información que se obtiene a través de la Internet, no es sometida a una adecuada depuración que separe los hechos probados de las meras hipótesis y creencias. El autor va mas allá al indicar que en la red tiene la misma valía la opinión de un experto profesor universitario que la vertida por asociaciones de enfermos o personas sin los mayores conocimientos sobre el campo de la salud, además señala que el perfil de los usuarios que realizan búsquedas es el de enfermos crónicos.

Menciona que existen una serie de soluciones de corto plazo que podrían hacer que esta búsqueda de información de mala calidad se corrija, una de ellas la creación de un dominio de extensión (.health) que sea la raíz para la publicación en línea de material confiable sobre salud para todos los habitantes, acción que fue negada por los propietarios de los dominios de Internet pero no desechada por la Organización.³²

Dentro de los motivos por los cuales los participantes en el estudio decidieron incurrir en la automedicación, se menciona como primera razón a la falta de recursos económicos con un 23.1% en el estrato urbano y un 36.5% en el rural y una diferencia significativa entre los dos grupos ($p < 0.005$); que confirma lo que se indicó anteriormente en cuanto al poder adquisitivo, mayor en las zonas urbanas que en las rurales.

De la misma forma al desglosar las razones por cada uno de los grupos farmacológicos, se mantiene la constante de la falta de dinero como la principal razón para caer en la automedicación en todos ellos, siendo que en el grupo de los AINES y en los antigripales es en donde se da la diferencia estadística mas significativa entre ambos estratos ($p < 0.005$). Podemos especular que el costo unitario de estos productos puede ser una de las motivaciones para que sean muy consumidos en ambos estratos. Aunque la tarifa de una consulta médica es variable y no fue uno de los objetivos de este trabajo determinar el valor de la misma es altamente posible que sea menos costoso adquirir un medicamento sin prescripción o vigilancia, que acudir a la consulta de un profesional de la salud, por lo que la primera se convierte en la opción mas atractiva.

Este dato se relaciona con una falta de proveedores de salud en el sector rural elegido para el estudio. Si bien la oferta privada es importante con centros de segundo y de tercer nivel recientemente inaugurados, estos no se encuentran al alcance de las personas residentes en la parroquia de Yaruquí pues sus costos son demasiado altos para el ingreso promedio de esas familias que se ha indicado con anterioridad en esta investigación.

La segunda razón es la falta de tiempo para acudir a un profesional de la salud con un 29.1% en el estrato urbano y un 9% en el rural con una diferencia estadísticamente significativa. Recordemos que la ocupación laboral que la mayoría de los encuestados del estrato urbano mencionó fue la de empleado privado, situación en la que los horarios de jornadas son usualmente de 8 horas y no permiten un acceso sencillo a las ofertas de salud ya sean estas públicas o privadas.

Sumado a esto el descontento de las personas por el sistema de salud en el país en el que hay largas esperas y pocos turnos para la atención y quizás a la percepción de que la enfermedad contraída no es grave y se puede esperar para su diagnóstico y tratamiento son factores que se relacionan y hacen que la automedicación se convierta en una opción atractiva para una rápida resolución del problema.

La frecuencia de consumo de principios activos es otro hecho a considerar, el promedio de consumo mayor de las personas en el estrato urbano y rural fue de 3 veces (19.4% y 14.1% respectivamente), sin que existieran diferencias significativas entre los dos grupos. Esto nos indica que no se siguió un régimen terapéutico que lograra resolver los procesos de enfermedad a plenitud, pues con un consumo tan efímero de principios activos es poco probable que se hayan alcanzado los efectos de curación completa considerando que los cuadros traumatológicos y respiratorios fueron identificados como de las primeras causas de enfermedad y en el caso de los segundos necesitan por lo menos de un período de 7 días para considerarse resueltos. Una excepción es el uso como se mencionó en párrafos anteriores de frascos de penicilina benzatínica de 1200000 UI que administrados en procesos bacterianos con sensibilidad probada al compuesto alcanzan en una sola dosis, el efecto curativo de infecciones respiratorias localizadas en la faringe.

Los puntos en los que los participantes indicaron haber adquirido los medicamentos en su mayoría fueron las farmacias 43.6 % en el sector urbano y 41% en el rural, establecimientos existentes en todas las parroquias del Distrito Metropolitano, sin embargo no se expresaron diferencias importantes entre los dos grupos. En segundo lugar mencionaron a las tiendas de abarrotes, las cuales de acuerdo a la disposición publicada en el Registro Oficial del 22 de Diciembre del 2006 como un alcance a la Ley Orgánica de la Salud, el cual indica que sólo las farmacias y bajo receta de profesionales facultados para hacerlo pueden vender medicamentos a excepción de los que son de venta libre que no la requieren pero deben ser vendidos de la misma manera en una farmacia registrada en el Instituto Nacional de Higiene.

Las tiendas de abarrotes no pueden tener en sus inventarios estos productos y menos comercializarlos pues las personas que los regentan no tienen los conocimientos suficientes para el manejo de sustancias químicas biológicas ni su correcto almacenamiento y preservación. Aunque no representó un porcentaje importante en ambos estratos, la realidad es que las tiendas de abarrotes son considerados como lugares inocuos para la comercialización de medicamentos transgrediendo la ley vigente si es que ésta es conocida.³³

El papel que juegan las farmacias en la automedicación es muy importante pues adicionalmente a ser el primer lugar de compra, también son el lugar en el que los usuarios “consultan” en busca de alguna sustancia que alivie los síntomas de sus procesos de enfermedad. En ambos estratos el porcentaje de personas que toman al dependiente de farmacia como fuente de consulta fue del 29%.

La segunda fuente de consulta de las personas antes de incurrir en la automedicación fueron sus familiares, pero con una marcada tendencia al estrato rural con un 11.7% y 6% en el estrato urbano.

Como se mencionó antes las tiendas de abarrotes no fueron el primer lugar para la compra de sustancias activas, pero los dependientes de estos locales si son considerados como una fuente de consejo válida por los participantes de esta investigación, con mayor tendencia al estrato urbano con un 11.1% y apenas un 4,6 % en el rural. Valdría la pena preguntarse si es que la información que fue proporcionada por estas personas es de buena calidad (apegada a fuentes confiables) o se basa solamente en la experiencia personal y que tanto incide en la decisión final del usuario que adquiere la medicación.

Un dato que reviste importancia es que en el estrato urbano un porcentaje de los participantes en la presente investigación señalaron que no necesitaron del consejo de ninguna fuente para incurrir en la automedicación, quizás esto se debe a que perciben tener mayor conocimiento sobre el uso de los principios activos basados en experiencias anteriores pero al mismo tiempo porque disponen de mayores y mejores fuentes de información que las personas del estrato rural. La diferencia entre ambos grupos de personas que respondieron de esta forma fue estadísticamente significativa ($p < 0.001$)

En el artículo citado previamente en esta discusión, Valtueña señala que existe una especie de fidelidad al farmacéutico por parte de los usuarios, por datos obtenidos de una encuesta realizada en la ciudad de Ginebra, Suiza en el año 2001. Dicha encuesta buscó determinar los perfiles de automedicación de personas de todos los grupos étnicos. Las cifras indican que el 87% de los encuestados adquirirían sus medicamentos recetados en el farmacéutico de su confianza y que de estos el 74 % eran productos

adquiridos en régimen de automedicación. Esta cifra es alta e indica que es una costumbre en cualquier localidad del mundo adquirir medicamentos interrogando al dependiente de la farmacia sin conocer si tiene el suficiente bagaje de conocimientos para indicar que principio activo consumir.

La percepción o no de reacciones adversas por parte de los encuestados que se automedicaron en nuestra investigación es otro punto a considerar, la mayoría de los interrogados en ambos estratos mencionó no haber tenido ningún efecto secundario (34.7 % en el estrato urbano y 35% en el estrato rural) sin que hayan diferencias entre los grupos.

Al desglosar este dato por cada uno de los grupos farmacológicos, observamos que la tendencia es similar, pero si tomamos al segundo efecto adverso de cada uno de ellos obtenemos que si hay una relación, aunque baja en valores porcentuales, entre el compuesto consumido y la reacción presentada, de esta forma:

- Las personas que se automedicaron antigripales tuvieron en un 32.4% y un 26.4% en los estratos urbano y rural molestias compatibles con el mareo o la sedación, que la mayoría de estas preparaciones provocan por componentes que son depresores del nivel de alerta (antihistamínicos de primera generación).
- Quienes consumieron naproxeno sódico presentaron epigastralgia, pero fue más citado en el estrato urbano con un 52.3% contra apenas un 28.8% en el estrato rural, lo que nos puede sugerir que la percepción de lo que se considera una molestia debida a la ingestión de medicamentos por cuenta propia varía entre las dos poblaciones, aunque no hubieron diferencias estadísticamente significativas.
- En el caso de los otros AINES, se obtiene un hallazgo interesante, a pesar de que provocan las mismas molestias que el naproxeno, la percepción de efectos adversos es mucho menor que en aquel, con apenas un 14.8% del total de respuestas en el estrato urbano y un 22% en el estrato rural señalando la aparición de epigastralgia.
- Con los antibióticos sucede algo similar, con porcentajes bajos de usuarios (36% en el estrato urbano y 20 % en el rural) que mencionan diarrea como efecto adverso de su consumo.

- Compuestos como el paracetamol en cambio tienen una percepción benigna de sus efectos, siendo que en el estrato urbano no hubo un solo reporte de efectos molestos después de su utilización, a pesar de que sabemos que todo medicamento tiene efectos secundarios.

Con estos hallazgos en los diferentes grupos farmacológicos, podemos afirmar que la percepción de lo que es un efecto adverso por parte de los usuarios, no tiene ninguna relación con el estrato en el que residan en la mayoría de los casos se menciona que no existió ninguno, reforzando la creencia de que la automedicación es una conducta que beneficia pero que no tiene consecuencias en la salud de la población.

No se tomó en consideración cual fue la vía de administración del fármaco al momento de la automedicación en la presente investigación aunque en su gran mayoría por los compuestos referidos se trató de la oral, pero el efecto del principio activo sin vigilancia, así sea de manera tópica puede revestir peligro para el usuario.

Por ejemplo en junio del 2007 se presentó el caso de una joven atleta fallecida por el consumo por cuenta propia en vía tópica de un analgésico muscular en los Estados Unidos; los investigadores de este evento señalaron que el uso excesivo de productos de este tipo fueron la causa de la muerte.³⁴

Esta es una consecuencia grave del consumo de medicamentos por cuenta propia y sin que haya mediado una vigilancia adecuada. No hay en el momento en nuestro país un registro que nos permita saber como afecta este fenómeno a la salud de la población ni los costos que implica para el sistema que el usuario primero se automedique y después acuda por atención médica.

En cuanto a los participantes que no se automedicaron en el presente estudio, se puede observar que existe una diferencia estadísticamente significativa, sobre todo en las personas que cursaron con cuadros respiratorios y traumatológicos ($p < 0.005$).

En el estrato urbano los porcentajes no son muy altos no así en el estrato rural, lo que nos sugiere que estas personas hicieron uso de otras formas de medicina como la tradicional que tiene un peso muy importante en la sociedad.

Hay algunos cuadros menores que responden a este tipo de terapéutica que no puede ser clasificada como automedicación pues no se utilizan productos químicos refinados sino alternativas de índole natural, que responden a un conocimiento ancestral adquirido por los pueblos a través de los siglos.

Esto es común en las comunidades rurales del país en donde el saber acerca de la Medicina ancestral y tradicional así como también el uso de los recursos botánicos son una alternativa ante la falta de agentes de Medicina formal.

Aunque estas respuestas no fueron computadas para los fines de esta investigación, nos ha parecido relevante indicar que existieron otras opciones para tratar los cuadros nosológicos por parte de los participantes fuera de la automedicación, siendo una de ellas el uso de la Medicina tradicional y en menor medida acudir a un profesional de la salud que resuelva los procesos de enfermedad en la manera clásica.

La Política Nacional de Medicamentos elaborada por el CONASA (Consejo Nacional de Salud) y promulgada el 19 de julio del 2006 define los lineamientos de las adquisiciones de medicamentos por parte del Estado y su manejo, pero no especifica cuales son los órganos encargados del control y prevención de ventas dolosas o ilegales y de registrar las consecuencias de las mismas.³⁵

Como hemos visto el gasto en salud de los participantes que se automedicaron en esta investigación es bajo y se concentra mayoritariamente en las personas que tienen ingresos de hasta 249 dólares.

Esto nos lleva a considerar si es que existe equidad en la salud en el Ecuador. Según lo indica la Ley Orgánica de salud en sus artículos iniciales, la equidad se define como el principio de “garantizar a toda la población el acceso a los servicios de calidad, de acuerdo a sus necesidades, eliminando las disparidades evitables e injustas”.

En la presente investigación hemos mencionado la falta de oferta de salud accesible para la población del estrato rural, pues los centros de tercer nivel ubicados en parroquias vecinas tienen tarifas que no son sensibles con la realidad económica de los habitantes de Yaruquí.

Dentro de esta equidad debe estar contemplado el acceso a medicamentos de bajo costo y excelente calidad que puedan ser adquiridos por las personas que los requieran, sean estos de venta libre o de compra con receta.

El manejo de nombres genéricos (contemplado en la misma Ley Orgánica) de forma obligatoria debe garantizar este acceso a medicamentos, sobre todo para los residentes de los estratos rurales o quintiles poblacionales más desprotegidos.

Una posibilidad de alcanzar esta equidad en la adquisición de medicamentos es la implementación de un “subsidio de medicamentos” para las personas de los primeros quintiles poblacionales, que son a su vez los que más gastan en compra de medicamentos en la nación como hemos detallado en párrafos anteriores. Este subsidio debe ser dirigido de forma exclusiva para las familias ubicadas en este nivel y el monto que se entregue debe ser usado solo en la adquisición de medicamentos e insumos.

La vigilancia del correcto uso de este recurso extraordinario por parte del grupo familiar debe ser hecha por el ente rector, señalando que solo estaría disponible siempre y cuando se compruebe su utilización racional.

Una modalidad para acceder a este subsidio sin la necesidad de crear nuevos gastos o invertir en infraestructura para el Estado sería la presentación de recetas o facturas de compra de principios activos en los mismos lugares en los que se realiza el pago del Bono Solidario con lo que las familias más vulnerables recibirían un reembolso sobre sus gastos de salud, entre ellos medicamentos siempre que sean adquiridos con receta médica en caso de requerirla.

De esa forma el ente rector adicionalmente comprobaría que los principios activos fueron adquiridos en lugares autorizados.

Con este mecanismo que es sencillo también se cumple con otro principio de la Ley Orgánica, el de solidaridad, que le exige al Sistema de Salud satisfacer y proteger las necesidades de la población más vulnerable de la nación con la cooperación de toda la sociedad.

En ese sentido y tomando en consideración el proceso de cambio que liderado por la Asamblea Constituyente en los próximos meses va a tener el Sistema Nacional de Salud se debe contemplar la formulación de una nueva Política Pública de Medicamentos, en la que se refuercen las regulaciones existentes en cuanto a la prescripción y comercialización de productos genéricos de buena calidad, la venta de los principios activos en los lugares ya definidos, pero que también se señale la creación de una división o departamento de Medicamentos que se encargue del control de estas leyes al interior del ente rector y que lleve un registro de las adquisiciones de medicamentos por parte de los expendios de venta y su flujo de consumo por el público.

A su vez este nuevo departamento tendría a su cargo la certificación de ingreso de nuevos productos farmacéuticos al mercado, la capacitación permanente en las leyes al personal de las farmacias, velar por el acceso de toda la población a los medicamentos, regular la publicidad disponible, los espacios y horarios en los que es desplegada y la calidad de información que provee a la ciudadanía, además de conducir estudios sobre automedicación inicialmente en las ciudades mas grandes y luego en todo el país para de esa manera disponer siempre de información actualizada y oficial acerca de este fenómeno y observar su comportamiento a través del tiempo en los diferentes estratos.

Todo esto requiere inicialmente de una profunda reforma, que le permita al Ministerio de Salud la disposición de los recursos necesarios (económicos, humanos, materiales y logísticos) pero también de la colaboración permanente de todos los actores involucrados en el fenómeno automedicación, usuarios, industria, medios, personal de salud y la población en general con el único fin de conseguir su control.

A continuación se enumerarán las fortalezas que existieron en el desarrollo de este estudio:

- Se investigó un fenómeno conocido pero para el que no existen mayores datos específicos que aportar.
- Se tomaron dos parroquias de una misma ciudad para observar el comportamiento de la automedicación mediado por diferentes variables.
- Se consiguió la información de forma directa, es decir mediante la interrogación a los participantes.
- Todos los resultados obtenidos fueron depurados y codificados con el objetivo de brindar la información más útil.
- Existieron datos nuevos de aspectos asociados a la automedicación como la publicidad de los productos farmacéuticos o las razones por las que las personas no desean hacer uso de los seguros de salud y se automedican.

Por otro lado existieron las siguientes debilidades:

- El diseño del estudio no contempló los meses en los que fue realizado, septiembre a noviembre, en los que el gasto de las personas está más enfocado al inicio de clases o preparativos para fechas festivas, en las que la salud pudiera no ser una prioridad.
- Una de las fuertes limitaciones del estudio fue la forma en la que se escogió a los participantes, pues se pudo inducir un sesgo de selección. Un ejemplo claro de esta situación se da en el caso de las amas de casa que fue más probable que se las pudiera encontrar en sus domicilios en el estrato urbano que en el rural. Esto fue ocasionado por el hecho de que en el estrato rural, las mujeres ejercen otras actividades además de los quehaceres domésticos y podían ser encuestadas fuera de su lugar de residencia. Esto nos obliga a indicar que el dato de amas de casa y automedicación discutido previamente en esta investigación debe ser considerado con mucha atención y dentro de todo el contexto del trabajo, con las diferencias logísticas antes señaladas entre las dos parroquias.

- El tamaño de la muestra, solo permite considerar los datos para las dos parroquias estudiadas en el presente trabajo. Los resultados no se deben extrapolar a todo el centro urbano.
- La estandarización de las respuestas en los cuadros de enfermedad no se pudo ceñir del todo a ningún manual conocido, dado que hubieron expresiones y formas de citar la enfermedad que son autóctonas de las poblaciones estudiadas pero que son muy vagas o inespecíficas. (“me quiere hacer daño” que equivalía a síndromes digestivos).
- Quizás el tiempo en el que se debía completar la investigación no permitió que se siguiera con más detalle el alcance del fenómeno de la automedicación en las familias.
- No se tomó en consideración a las poblaciones pediátricas o adolescentes en esta investigación, por lo que se perdió a un grupo etéreo que sin lugar a dudas también puede automedicarse y en el que es aún más importante medir las consecuencias del fenómeno en el corto plazo.

8. Conclusiones.

- La automedicación es un fenómeno que afecta a muchas personas en diferentes estratos del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito y que está presente sin que medien en ella la condición socioeconómica, el lugar de residencia o la oferta de los servicios de salud.
- Es mas común que se presente en personas con formación académica media y superior que tienen acceso a diferentes recursos de información con los que pueden consultar sobre los procesos de enfermedad que padecen pero al mismo tiempo sobre los productos que tienen efectos específicos en aquellos. Sin embargo no se toma en consideración la seriedad y validez de los datos que se obtienen antes de incurrir en el fenómeno ni medir sus consecuencias. Fue más importante el acceso a fuentes como la televisión, el consejo de persona a persona y el Internet que los medios impresos o visuales (vallas publicitarias).
- En el presente estudio fueron los comprimidos orales de AINES, antigripales, naproxeno sódico y antibióticos los más citados por los participantes como compuestos usados en la automedicación, siendo a su vez los tres primeros indicados los que tienen mayor publicidad.
- Aunque un importante porcentaje de los usuarios mencionaron tener acceso a sistemas de seguros de salud mayormente de tipo público, prefirieron incurrir en la automedicación por los costos añadidos que significaba acudir a las dependencias del prestador en busca de atención de salud, además de la percepción negativa de la calidad de atención y el largo tiempo de espera en estos centros.
- El patrón de consumo de medicamentos por cuenta propia por parte de los participantes en el estudio fue esporádico (menos de 4 veces).
- La razón principal por la que los participantes indicaron que incurrieron en la automedicación fue la falta de recursos económicos para acceder a diferentes ofertas de salud, las cuales en el caso del estrato rural son bastante limitadas o se encuentran fuera del alcance presupuestario de los habitantes. El gasto en salud promedio de todos los participantes en el estudio incluyendo a los que no se

automedicaron es bajo y se centra en la compra de insumos antes que en la atención de salud.

- Aunque la mayoría de las personas que incurrieron en la automedicación adquirieron los principios activos en farmacias cercanas a su lugar de residencia, mencionaron como segundo lugar a las tiendas abarrotes, locales que no están facultados por las leyes vigentes en el Ecuador para expender ningún compuesto de tipo farmacológico ni siquiera los que se consideran de venta libre.
- El grupo de edad más proclive a incurrir en la automedicación en el presente estudio fue el de personas jóvenes (menores de 40 años) quienes en general buscan alivio para molestias menores como cefalea, congestión de las vías respiratorias o dolores de tipo inflamatorio.
- No se tiene en el país en estos momentos un plan claro que permita determinar a nivel nacional cuales son los porcentajes de personas que incurren en la automedicación ni cuales son los potenciales efectos adversos que esta puede causar. No hay una política de vigilancia por parte del organismo rector para que en el corto plazo se pueda conocer estos datos ni que haga cumplir la ley vigente o que detalle cuantos y cuales compuestos son vendidos a los usuarios en los diferentes lugares de expendio sin que exista de por medio una receta de un profesional de la salud o un diagnóstico previo de los procesos de enfermedad.

9. Recomendaciones.

- Planificar y diseñar la realización de un proceso de investigación que obtenga datos del fenómeno de la automedicación en una muestra representativa de los habitantes del Distrito Metropolitano de la ciudad de Quito y sus zonas de influencia en todos los grupos de edad incluyendo niños y adolescentes, para de esta manera poseer valores que le indiquen a todos los que hacen salud en la ciudad en un inicio la existencia de este problema y posteriormente entregue aportes para su control.
- Presentar un proyecto de normativa de la publicidad de medicamentos que regule la calidad de la información que entregan a sus audiencias los medios de comunicación masiva sean estos escritos, televisivos, radiofónicos, estáticos o digitales. Con este cuerpo legal se podrá regular de mejor manera los horarios y la clase de datos acerca de principios activos farmacológicos a los que tienen acceso los ciudadanos del Distrito Metropolitano de Quito.
- Que en las nuevas regulaciones que se diseñen para la difusión de información y publicidad de productos activos farmacéuticos por cualquier medio señalen de manera expresa cuales son las contraindicaciones de dichos compuestos, sus efectos adversos y los lugares y condiciones en los que se los puede adquirir con toda seguridad.
- En el presente estudio se ha demostrado que la Ley que regula el expendio de medicamentos en lugares específicos no se cumple, por lo que es necesario que se implemente una campaña de educación en las personas del Distrito Metropolitano de Quito, en la que se les indique la importancia de tener un diagnóstico de salud previo a la compra de cualquier medicamento y cuáles son los lugares donde los pueden adquirir.
- De la misma manera se puede implementar un plan de capacitación para las personas que son dependientes de las farmacias que en la presente investigación se convirtieron en la primera fuente de consulta de los usuarios antes de incurrir en la automedicación. Esto con el fin de que se conviertan en colaboradores de los profesionales de la salud, siendo ellos los que informen a las personas su

derecho de acudir a consulta con el fin de tener un diagnóstico certero y una prescripción farmacológica adecuada que controle sus padecimientos.

- Considerar estrategias que permitan el cumplimiento de las leyes existentes para la venta de medicamentos. En ese sentido se puede sugerir que los estudiantes de los últimos años de las Facultades de Química y Farmacia de los distintos centros de educación superior a nivel nacional, como parte de sus estudios, realicen un trabajo de campo en el que vigilen el acatamiento de las regulaciones impartidas en los lugares de venta de medicamentos (prescripción con nombre genérico del producto, firma y código del profesional legalmente capacitado para recetar, etc). Si es que estas disposiciones no se cumplen, se debe recordar a los propietarios y responsables de los establecimientos la legislación existente y cuales son las implicaciones en la salud de los usuarios al no tomarla en cuenta.
- Realizar a nivel nacional una campaña de información que contemple la difusión de las leyes de venta y prescripción de medicamentos en los medios de comunicación más importantes, recordando a los usuarios cuales son sus derechos y obligaciones al momento de adquirir un principio activo y los riesgos para la salud que se pueden presentar al comprar medicamentos sin la prescripción de un profesional facultado para este fin.
- Implementar comités de usuarios en las diferentes parroquias del DMQ en los que exista al menos un representante de cada uno de los barrios que las integran para que se encarguen de supervisar el cumplimiento de las disposiciones de venta de medicamentos solo en lugares autorizados.

10. Bibliografía.

¹ Tello S., Yovera A. *Factores asociados a la incidencia de automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del Distrito de Chiclayo-Perú*. Base de Monografías “monografias.com” Mayo 2005.
URL: <http://www.monografias.com/trabajos27/automedicacion/automedicacion.shtml>
Obtenido el 16 de julio del 2007.

² Riedemann J., Illesca M., Droghetti R. *Automedicación en individuos de la región Araucanía con problemas musculoesqueléticos*. Revista Médica de Chile 2001; Vol. 6, Número 129. URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001000600008&script=sci_arttext
Obtenido el 16 de julio del 2007.

³ Barar Frank. *Dangers of the Self Medication*. Health and Fitness Magazine. Febrero 2005 Versión en línea. Dept. of Pharmacology, SMS Medical College, Jaipur-302004. Obtenido el 17 de julio del 2007.

⁴ Federación Farmacéutica Internacional. *Declaración de Principios: Autocuidado, incluida la automedicación responsable*. 1996. Documento en formato PDF. Obtenido el 14 de junio del 2006.

⁵ Caamaño, F y Figueiras F. *La Automedicación, concepto y perfil de sus “usuarios”*. Gaceta Sanitaria 2000; Vol.14 Número 4. Págs. 294-299.
URL: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=10017266>
Obtenido el 20 de Julio del 2007.

⁶ Hernández Novoa B., Eiros Bouza M. (2001). *Automedicación con antibióticos una realidad vigente*. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad y Hospital Clínico de Valladolid, España. 2001; Vol 6. Documento en PDF.

⁷ Baos V. *Estrategias para reducir los riesgos de la automedicación*. Informe del Tercer Sistema Nacional de Salud de España. 2000; Vol 24, páginas 147-152.

⁸ Diario El Comercio. *Economía crecimiento negativo*. Edición del 26 de diciembre 2007. Página 1. Quito- Ecuador.

⁹ *La transición demográfica y el régimen demográfico moderno*. 2004
<http://club.telepolis.com/geografo/poblacion/regmoderno.html> Obtenido el 01 de junio del 2007.

¹⁰ Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. *Cuentas Satélites de Salud*. 2003 Sección de Indicadores. Documento en PDF.

¹¹ Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas*. Volumen II, Países. 2007. Sección Ecuador. Página 2. Documento en PDF.

¹² *Los peligros de la automedicación*. Gaceta Universitaria Buenos Aires Argentina 1999. Edición del 02 de agosto.

¹³ Dellamea A., Drutman J. *Publicidad de Medicamentos: Derecho a la salud? ó incitación al abuso y la automedicación*. III Congreso de Periodismo Médico 2003. Buenos Aires, Argentina.

¹⁴ Robbins.S, Coulter M *Administración*. Pearson Educación. 2005 Capítulo 5, páginas 134-137. México DF.

¹⁵ Goodman Gilman A., Hardmann J., Limbird L. *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica Mc Graw Hill Interamericana* 1999; Capítulo 27 Analgésicos antipiréticos antiinflamatorios y fármacos antigotosos. México DF.

¹⁶ Paterson, D., Yu V. *Extended spectrum beta-lactamases: a call for improved detection and control*. Clin. Infect. Diseases 1999; 29 : 1419-1422.

¹⁷ Pérez Fuentes M., Moratalla G., *Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud*. Revista de Atención Primaria 1994. Vol 14. 769-774. Madrid España.

¹⁸ Millar LG., Blue L. *Physician awareness of prescription drugs costs. A missing element of drug prescription and adversity*. Family Practice Magazine 1994; Vol. 33. Pág 33-36.

¹⁹ Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud, Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador*. 1998; Págs 31-40. Documento en PDF.

²⁰ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Código de la Salud* 1997. Publicado en Quito.

²¹ Organización Panamericana de la Salud. *Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos en las Américas*. 1999; Documento memoria. Washington DC. Documento en PDF.

²² Fundación Eroski.. *Automedicación responsable: el paciente, protagonista del cuidado de su salud*. Revista Eroski 2002 Vol. 51.
URL: <http://revista.consumer.es/web/es/20020101/salud/> Obtenido 16 de julio del 2007.

²³ República Argentina. Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. *Decreto de Creación del Programa de Prevención de la Automedicación*. 2002; Págs 4-8.

²⁴ Marcano R. *Por fin regularon el uso indiscriminado de antibióticos, pero se quedaron cortos*. Base de artículos Medicina Preventiva 2006. Caracas, Venezuela.
URL <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/Vol111/m1110506.pdf>
Obtenido el 5 de diciembre del 2007.

²⁵ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. *Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador*. 2004. Documento en formato PDF.

²⁶ Cesolari A., Calvi B., Garrote N., Pérez B., Busmail L. *Automedicación, un problema de educación Médica*. Revista Médica de Rosario 2004; Vol 70. Págs. 139-145.

²⁷ Diario El Comercio. *30 USD más al salario*. Edición del 28 de Diciembre 2007. Pág 1. Quito-Ecuador.

²⁸ Laspina, C. *El sistema de salud en el Ecuador, perspectivas generales*. 2006. Presentación en Power Point; proyecciones 1 a 22. Quito-Ecuador.

²⁹ República del Ecuador. *Decretos Presidenciales del 12 de marzo: Emergencia en el sector de la salud*. Gobierno Constitucional del Ec. Rafael Correa D. Hoja web de la Presidencia de la República 2007. Quito, Ecuador.
URL: www.presidencia.gov.ec/decretos.
Obtenido el 01 de enero del 2008.

³⁰ Ministerio de Sanidad y Consumo de España. *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana*. Páginas 117-122; 2005. Documento en PDF. Obtenido el 4 de febrero del 2008.

³¹ Matavay M., Sánchez F. *Determinación de prevalencia de Klebsiella Pneumoniae productora de beta lactamasa de espectro extendido en Hospitales de Quito*. Tesis de Grado para la obtención del título de Doctor en Medicina y Cirugía. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2003; Págs 43-60.

³² Valtueña J. *De la autoinformación a la automedicación*. Organización Mundial de la Salud. Publicación Bimensual de Actualidad Profesional. Julio-Agosto 2001. Págs 3-6.

³³ República del Ecuador, Registro Oficial. *Alcances a la Ley Orgánica de la Salud, resoluciones del Tribunal Constitucional*. Dic. 2006; Páginas 12,13,14 y 15.

³⁴ Diario El Comercio. *Un atleta murió por exceso de crema* .2007; Edición del 11 de Junio. Página 26.

³⁵ Consejo Nacional de Salud, Cooperación Técnica OMS/OPS. *Política Nacional de Medicamentos*. Resolución 2006; 03-06. Páginas 12-20.

11. Anexos

Tablas detalladas de grupos farmacológicos.

Anexos 1 al 9. Relación entre principio activo y patología.

Relación entre principio activo y patología. Naproxeno.

Patología	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p
Cuadros Tx.	11 (52.3%)	19 (46.3%)	0.65
Cuadros Resp.	8 (38.09%)	21 (51.2%)	0.32
Sd. Digestivos	1 (4.7%)	1 (2.4%)	No calculable
Cefalea	1 (4.7%)	*	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y patología. Antigripales.

Patología	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p
Cuadros Resp.	29 (78.3%)	26 (76.4%)	0.84
Cefalea	2 (5.4%)	4 (11.7%)	0.5
Sd. Febriles	2 (5.4%)	2 (5.8%)	NC
Alergias	3 (8.1%)	1 (2.9%)	0.6
Cuadros Tx.	1 (2.7%)	1 (2.9%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación principio activo y patología. AINES. (incluidos diclofenaco, nimesulide, celecoxib, etericoxib, ibuprofeno y meloxicam)

Patología	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Causas Tx	22 (46.8%)	19 (45.2%)	0.8
Causas Resp.	14 (29.79%)	7 (16.67%)	0.14
Sd. Febriles	5 (10.64%)	9 (21.43%)	0.16
Cefalea	6 (12.77%)	3 (7.14%)	0.5
Sd. Digestivos		3 (7.14%)	*
Sd. Urinarios		1 (2.38%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación principio activo y patología. Paracetamol.

Patología	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Cuadros Resp.	5 (50%)	11 (64.7%)	0.7
Sd. Febriles	4 (40%)	3 (17.6%)	0.4
Cefalea	1 (10%)	2 (11.7%)	0.6
Sd. Urinarios	*	1 (5.8%)	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación principio activo y patología. Antibióticos (beta-lactámicos, quinolonas, macrólidos, sulfas y tetraciclinas).

Patología	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Cuadros Resp	15 (60%)	16 (47.06%)	0.3
Sd. Digestivos	5 (20%)	9 (26.47%)	0.5
Sd. Urinarios	5 (20%)	6 (17.65%)	0.9
Cuadros Tx		2 (5.88%)	*
Cuadros Dérmicos.		1 (2.94%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y patología. ASA.

Patología	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Cefalea	8 (72.73%)	4 (66.67%)	0.7
Cuadros Resp.	1 (9.09%)	2 (33.3%)	0.5
Cuadros Tx	1(9.09%)		*
Sd. Digestivos	1 (9.09%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y patología. Antiespasmódicos.

Patología	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Sd. Digestivos	6 (50%)	7 (87.50%)	0.2
Sd. Ginecológicos	4 (33.33%)	1 (12.50%)	0.5
Cefalea	1 (8.33%)		*
Cuadros Resp.	1(8.33%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y patología. Antiulcerosos (ranitidina y omeprazol)

Patología	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Sd. Digestivos	5 (100%)	2 (100%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y patología. Antidiarreicos (fármaco: loperamida)

Patología	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Sd. Digestivos	1 (100%)	1 (100%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Anexos 10 al 19. Relación entre fuente de consejo y principio activo.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Naproxeno.

Fuente	Estrato Urbano	Estrato rural	Valor p.
Empleado farmacia	6 (28.5%)	21 (51.2%)	0.08
Dep. tienda	6 (28.5%)	4 (9.7%)	0.12
Amigo	3 (14.2%)	4 (9.7%)	0.9
Familiar	2 (9.5%)	5 (12.1%)	0.9
Vecino	3 (14.2%)	3 (7.3%)	0.6
No cita	1 (4.7%)	4 (9.7%)	0.8

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre principio activo y fuente de consejo. Antigripales.

Fuente	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p
Empleado farmacia	16 (43.2%)	15 (44.1%)	0.9
Familiar	4 (10.8%)	9 (26.4%)	0.08
Vecino	4 (10.8%)	4 (11.7%)	0.8
Dep. tienda	6 (16.2%)	2 (5.8%)	0.31
No cita	4 (10.8%)	3 (8.8%)	0.9
Amigo	3 (8.1%)	1 (2.9%)	0.6

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. ASA

Fuente	Estrato urbano	Estrato Rural	Valor p
Empleado farmacia	4 (36.3%)	2 (33.33%)	0.6
Dep. tienda	3 (27.2%)	1 (16.67%)	0.9
No cita	3 (27.2%)		*
Amigo		2 (33.33%)	*
Familiar		1 (16.67%)	*
Vecino	1 (9.09%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Antibióticos.

Fuente	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p.
Empleado farmacia	12 (48%)	20 (58.82%)	0.4
Vecino	3 (12%)	4 (11.76%)	0.7
No cita	5(20%)	1 (2.94%)	0.08
Dep. tienda	1 (4%)	5 (14.71%)	0.3
Familiar	2 (8%)	2 (5.88%)	0.8
Amigo	2 (8%)	2 (5.88%)	0.8

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Antiespasmódicos.

Fuente	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Empleado farmacia	6 (50%)	3 (37.5%)	0.7
Dep.tienda	3 (25%)	1 (12.5%)	0.9
Familiar	1(8.33%)	3 (37.5%)	0.3
Vecino	1 (8.3%)	1 (12.5%)	NC
No cita	1 (8.3%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Antiulcerosos.

Fuente	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Empleado farmacia	3 (60%)	1 (50%)	NC
Amigo	2 (40%)	1 (50%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Antidiarreicos

Fuente	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dep tienda	1(100%)		NC
Vecino		1(100%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. AINES.

Fuente	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Empleado farmacia	28 (59.5%)	25 (59.5%)	0.99
Familiar	4 (8.5%)	12 (28.5%)	0.01
Dep. tienda	6 (12.7%)	2 (4.7%)	0.3
Vecino	4 (8.5%)	2 (4.7%)	0.7
No cita	4 (8.5%)	1(2.3%)	0.4
Amigo	1 (2.1%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de consejo y principio activo. Paracetamol.

Fuente	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p
Familiar	3 (30%)	7 (41.1%)	0.8
Empleado farmacia	2 (20%)	6 (35.2%)	0.6
Dep. Tienda	2 (20%)	1 (5.8%)	0.6
Vecino	2 (20%)	1 (5.8%)	0.6
Amigo	1 (10%)	1 (5.8%)	NC
No cita	*	1 (5.8%)	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Anexos 20 al 28 . Relación entre fuente de información y principio activo.
Se acepta más de una respuesta en esta pregunta.

Relación entre fuente de información y principio activo. Naproxeno. S

Fuente de inf.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
TV	15 (71.4%)	29 (70.7%)	0.9
Otras personas	3 (14.2%)	7 (17%)	0.9
Letreros	*	4 (9.7%)	
Internet	3 (14.2%)	1 (2.4%)	0.2

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Antigripales.

Fuente de inf.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
TV	25 (67.5%)	20 (58.8%)	0.44
Otras personas	7 (18.9%)	9 (26.4%)	0.44
Medios impresos	1 (2.7%)	5 (14.7%)	0.16
Internet	4 (10.8%)	*	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. ASA

Fuente de inf	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
TV	5 (48.4%)	4 (66.6%)	0.7
Otras personas	3 (27.2%)	1 (16.6%)	0.9
Letreros	1 (9.09%)	1 (16.6%)	NC
Revistas	1 (9.09%)		*
Internet	1 (9.09%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Antibióticos.

Fuente de inf	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Otras personas	19 (76%)	17 (50%)	0.04
TV	3 (12%)	13 (38.2%)	0.02
Medios impresos	2 (8%)	4 (11.76%)	0.9
Internet	2 (8%)	1 (2.9%)	0.7
Radio		1 (2.9%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. AINES.

Fuente de inf	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
TV	33 (70.2%)	25 (59.5%)	0.2
Otras personas	12 (25.5%)	15 (35.7%)	0.2
Medios impresos	3 (6.3%)	2 (4.7%)	0.8
Internet	3 (6.3%)	1 (2.3%)	0.6
Letreros		1 (2.3%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Antiespasmódicos

Fuente de inf.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Otras personas	6 (50%)	5 (62.5%)	0.9
TV	4 (33.3%)	3 (37.5%)	0.7
Medios impresos	2 (16.6%)		*
Letreros	1 (8.3%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Antiulcerosos.

Fuente de inf.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Otras personas	3 (60%)	2 (100%)	NC
TV	2 (40%)		NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Antidiarreicos.

Fuente de inf.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Otras personas	1(100%)	1(100%)	NC
Vecino	1 (100%)	1(100%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre fuente de información y principio activo. Paracetamol.

Fuente de inf.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
----------------	----------------	---------------	----------

TV	8 (80%)	12 (70.5%)	0.9
Otras personas	1 (10%)	3 (17.6%)	0.9
Medios impresos	*	2 (11.7%)	
Internet	1 (10%)		

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Anexos 29 al 37 . Relación entre efectos adversos y principio activo.

Relación entre efectos adversos y principio consumido. Naproxeno.

Reacción adv.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Ninguna	8 (38%)	21 (51.2%)	0.3
Epigastralgia	11 (52.3%)	11 (26.8%)	0.04
Náusea	1 (4.7%)	2 (4.8%)	0.5
Erup. Piel.	1 (4.7%)	2 (4.8%)	0.5
Diarrea	*	3 (7.3%)	
Cefalea	*	2 (4.8%)	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principio consumido. Antigripales.

Reacción adv.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Ninguna	19 (51.3%)	20 (58.8%)	0.5
Mareo/adormecido	12 (32.4%)	9 (26.47%)	0.5
Náusea	3 (8.1%)	2 (5.8%)	0.9
Erup. Piel	2 (5.4%)	2 (5.8%)	0.6
Diarrea	1 (2.7%)	1 (2.9%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principio consumido. Paracetamol.

Reacción adv.	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Ninguna	10 (100%)	15 (88.2%)	NC*
Náusea	*	2 (11.7%)	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principio consumido. ASA

Reacción adv.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Epigastralgia	8 (72.7%)	3 (50%)	0.6
Ninguna	3 (27.2%)	3 (50%)	0.6

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principio consumido. Antibióticos.

Reacción adv.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Ninguna	7 (28%)	20 (58.8%)	0.01
Diarrea	9 (36%)	7 (20.5%)	0.18
Náusea	7 (28%)	5 (14.7%)	0.2
Mareo/adormecido	1 (4%)	1 (2.9%)	NC
Epigastralgia	1 (4%)		*
Erup.piel		1 (2.9%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principio activo. AINES.

Reacción adv.	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Ninguna	35 (74.4%)	25 (59.5%)	0.13
Epigastralgia	7 (14.8%)	10 (23.8%)	0.2
Erup.piel		3 (7.1%)	*
Mareo/adormecido	2 (4.2%)	1 (2.3%)	0.9
Náusea	2 (4.2%)	1 (2.3%)	0.9
Cefalea		2 (4.7%)	*
Diarrea	1 (2.1%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principios activos. Antiespasmódicos.

Reacción adversa	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Ninguno	8 (66.6%)	4 (50%)	0.7
Náusea	2 (16.6%)	1(12.5%)	0.7
Erup. Piel		2 (25%)	*
Mareo/adormecido	1 (8.8%)	1 (12.5%)	NC
Diarrea	1 (8.8%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principios activos. Antiulcerosos.

Reacción adversa	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Ninguna	4 (80%)	2 (100%)	NC
Diarrea	1 (20%)		NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre efectos adversos y principios activos. Antidiarreicos.

Reacción adversa	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Constipación	1 (100%)		*
Mareo		1(100%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Anexos 38 al 46. Relación entre razón de la automedicación y principio activo.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Naproxeno

Razón	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Dinero	9 (42.8%)	30 (73.1%)	0.01
Tiempo	9 (42.8%)	6 (14.6%)	0.01
Falta médico	3 (14.2%)	1 (2.4%)	0.2
Dolor	*	3 (7.3%)	
Rp. Previa	*	1 (2.4%)	

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Antigripales.

Razón	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Dinero	10 (27.02%)	25 (73.5%)	<0.005
Tiempo	23 (62.1%)	4 (11.7%)	<0.005
Falta médico	3 (8.1%)	2 (5.8%)	0.9
Rp. Previa	1 (2.7%)	3 (8.8%)	0.5

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. ASA.

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dinero	6 (54.5%)	4 (66.6%)	0.9
Tiempo	3 (27.2%)	2 (33.3%)	0.7
Causas IESS*	1 (9.09%)		*
Falta médico	1 (9.09%)		*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

*causa atribuible a problemas en el Servicio de Salud del IESS (detalladas en discusión)

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Antibióticos

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dinero	8 (32%)	21 (61.7%)	0.02
Tiempo	9 (36%)	8 (23.5%)	0.2
Falta médico	6 (24%)	1 (2.9%)	0.03
Malestar general	1 (40%)	2 (5.8%)	0.7
Rp. Previa		1 (2.9%)	*
Causas IESS	1 (40%)		*
Otras (no deseo ir)		1 (2.9%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. AINES

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dinero	15 (31.9%)	26 (61.9%)	0.004
Falta de tiempo	27 (57.4%)	10 (2.3%)	<0.005
Falta médico	4 (8.5%)	4 (9.5%)	0.8
Ref. familiar		1 (2.3%)	*
Causas IESS	1 (2.1%)		*
Otras (no quiero gastar)		1 (2.3%)	*

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Antiespasmódicos

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dinero	6 (50%)	6 (75%)	0.5
Falta tiempo	3 (25%)	1 (12.5%)	0.9
Falta médico	3 (25%)	1 (12.5%)	0.9

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Antiulcerosos.

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Falta de tiempo	4 (80%)	1 (50%)	NC
Dinero	1 (20%)	1 (50%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Antidiarreicos.

Razón	Estrato urbano	Estrato rural	Valor p
Dinero	1 (100%)		NC
Falta médico		1 (100%)	NC

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.

Relación entre razón de la automedicación y principio consumido. Paracetamol.

Razón	Estrato Urbano	Estrato Rural	Valor p.
Dinero	6 (60%)	12 (70.5%)	0.8
Tiempo	4 (40%)	5 (29.4%)	0.8

Fuente: Estudio automedicación DMQ.

Elaboración: Autor.