



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ISSN: 1561-3127

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

García Milian, Ana Julia; López Verde, Lisbet; Pría Barros, María del Carmen; León Cabrera, Pablo
Consumo de medicamentos y condiciones de vida en un municipio de La Habana
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 44, núm. 1, 2018, Enero-Marzo, pp. 27-45
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21458796004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y CONDICIONES DE VIDA
EN UN MUNICIPIO DE LA HABANA

Consumption of medicines and living conditions in a municipality
of Havana

Ana Julia García Milian^{1*}
Lisbet López Verde²
María del Carmen Pría Barros¹
Pablo León Cabrera¹

¹Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

²Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana "Victoria de Girón". Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: purmed@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: En Cuba, la producción de medicamentos está en manos del Estado, su acceso, calidad y seguridad está asegurada con las políticas correspondientes, pero es importante tener en cuenta los factores que influyen en el consumo de medicamentos según condiciones de vida.

Objetivo: identificar las prácticas de consumo de medicamentos según condiciones de vida en la población del municipio Playa, La Habana.

Métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado durante el primer semestre de 2016. Para el tamaño muestral se consideró 51,4 %, de prevalencia de consumo de medicamentos, 10 % de precisión, 1,5 de efecto de diseño y 10 % de no respuestas. Se obtuvo una muestra de 586 individuos.

Resultados: Elevadas prevalencias de consumo de medicamentos con predominio del grupo con condiciones de vida menos favorable (81,5 %). Las mujeres fueron las que mayores tasas presentaron, 77,0 % en el estrato con condiciones de vida medianamente favorable y 84,8 % en el de menos favorables. Se observaron diferencias significativas entre los consumidores de medicamentos según condiciones de vida y nivel de escolaridad. Las mayores tasas de prevalencia del consumo de medicamentos se encontraron en el estrato menos favorable para todos los niveles de escolaridad.

Conclusiones: Existen diferencias en el consumo de medicamentos según estrato de condiciones de vida. El medianamente favorable es el que menor *per cápita* familiar refleja lo que contrasta con su mayor nivel educacional y ser trabajadores del sector estatal. El género y la edad influyen en el consumo con independencia del estrato.

Palabras clave: Consumo de medicamento; condiciones de vida; desigualdades; determinantes sociales.

ABSTRACT

Introduction. In Cuba, the production of medicines is in the hands of the State, its access, quality and safety is ensured with the corresponding policies, but it is important to take into account the factors that influence the consumption of medicines according to living conditions.

Objective: to identify drug use practices according to living conditions in the municipality of Playa, Havana.

Methods: Descriptive and cross-sectional study carried out during the first semester of 2016. For the sample size it was considered 51.4%, prevalence of drug consumption, 10% accuracy, 1.5 of design effect and 10% of no answers. A sample of 586 individuals was obtained.

Results: High prevalence of drug consumption with predominance of the group with less favorable life conditions (81.5%). Women presented the highest rates, 77.0% in the stratum with moderately favorable life conditions and 84.8% in the least favorable. Significant differences were observed among drug users according to living conditions and level of schooling. The highest prevalence rates of drug use were found in the least favorable stratum for all levels of schooling.

Conclusions: There are differences in the consumption of medications according to the stratum of living conditions. The moderately favorable is that the lowest per capita family reflects what contrasts with their higher educational level and be workers in the state sector. Gender and age influence consumption independently of the stratum.

Keywords. Consumption of medication, living conditions, inequalities, social determinants.

Recibido: 23/09/2017

Aceptado: 29 /09/2017

INTRODUCCIÓN

El consumo de los medicamentos es una práctica que realiza el hombre desde su surgimiento y que hoy día alcanza una definición evolucionada y más acabada luego de muchos años de estudio y análisis. Es un fenómeno complejo, multifactorial, que involucra al medicamento como tecnología sanitaria, al sistema de salud responsable de realizar una oferta adecuada de los mismos y la respuesta conductual del consumidor como consecuencia de la interacción con el prescriptor y dispensador, teniendo como sustento sus conocimientos, actitudes y prácticas.^(1 2)

El consumo puede traducirse tanto en términos beneficiosos como perjudiciales, en este último caso se reflejan en las reacciones adversas que pueden aparecer siempre que haya exposición a un medicamento. Por eso es que se considera el consumo de medicamentos como la medida real de la exposición de una población a los fármacos.⁽²⁾

En los últimos años se han establecido las definiciones administrativas y los procedimientos que garantizan el marco técnico, jurídico y laboral que se requiere para hacer un uso razonado de los medicamentos. La estrategia sobre medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2011 tiene en cuenta cinco objetivos: política, acceso, calidad, seguridad y uso racional, los cuales respaldan una estrategia y control racional del uso de los medicamentos sustentada en la racionalidad de su empleo.⁽³⁾

Sin embargo, la venta de medicamentos en el mundo sobrepasa los 380 billones de dólares anuales. Alrededor del 30 % de los recursos de salud son destinados para la industria farmacéutica, a pesar de existir evidencias del uso irracional de los fármacos. Un documento de la Organización Mundial de la Salud referenciado por García Milian señala que el 50 % de los medicamentos que se venden, prescriben, dispensan o consumen se usan de forma inadecuada.⁽⁴⁾

En Cuba, la producción de medicamentos está en manos del estado. La industria trabaja en coordinación con el Sistema Nacional de Salud y se encarga de producir y distribuir los medicamentos en función del cuadro epidemiológico del país. Se desarrolla una estrategia educativa mediante el empleo de los medios masivos de difusión, con vistas a promover el uso racional de los medicamentos, con especial énfasis en el aumento del cumplimiento terapéutico y la disminución de la automedicación.⁽⁵⁾

No obstante el problema al que se expone la sociedad con el consumo de medicamentos es complejo. Además de las políticas que se trazan en torno a estos, el acceso, la calidad y seguridad de los mismos, es necesario tener en cuenta los factores que influyen en los eslabones de la cadena por la que "transitan", tal es el caso de las condiciones de vida. Castellanos entiende por Condiciones de Vida (CV), a un conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad, es decir, en la producción, distribución, consumo de bienes y servicios que la sociedad desarrolla y en las relaciones de poder que caracterizan la organización política de dicha sociedad.⁽⁶⁾

Los estudios que clasifican los territorios según CV resultan vitales para la realización de trabajos como el que aquí se presenta. Estos estudios, que utilizan una forma o metodología común,⁽⁷⁻⁹⁾ se iniciaron en la década del 90 del siglo xx, cuando Castellanos brinda los principios metodológicos para su realización y establece las dimensiones de los procesos de reproducción social (conciencia y conducta, biológica (factores genéticos e inmunológicos), ecológica (medio ambiente, ambiente laboral, residencial, climático, infraestructura sanitaria) y económica (producción, distribución y consumo de bienes y servicios).

Las desigualdades en las CV se traducen en desigualdades en salud y por tanto en el consumo de medicamentos, que deben ser medidas para su estudio y solución. Los principales indicadores de que se dispone en la actualidad buscan aproximaciones indirectas de la salud.⁽¹⁰⁾ Un grupo de investigadores de la Facultad de Salud Pública (actual Ensap) desarrollaron varios estudios sobre la situación de salud según condiciones de vida^(11,12) donde se construye y valida un índice de condiciones de vida municipal. Otro aporte es la estrategia metodológica para

estudiar las condiciones de vida y salud a nivel local⁽¹⁰⁾ que brinda una creativa forma para analizar este problema de salud a partir de las condiciones de vida en áreas pequeñas –estratificación al interior de los municipios y la situación de salud, dispensarización, morbilidad y mortalidad.

La revisión de la producción científica sobre consumo de medicamentos precisa que dicho consumo es bajo aunque coincide con los grupos farmacológicos más usados, y las publicaciones son, en su mayoría, de autores transeúntes con alto índice de autorías compartidas.⁽¹³⁾ Las principales temáticas abordadas en los artículos son la descripción del consumo de medicamentos en ancianos,⁽¹⁴⁾ consumo de medicamentos específicos (benzodiazepinas en Ciego de Ávila,⁽¹⁵⁾ de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en La Habana,⁽¹⁶⁾ de medicamentos en la población adulta⁽¹⁷⁾ y femenina⁽¹⁸⁾ de Cuba. También se publicó un libro "Investigación sobre consumo de medicamentos. Experiencia cubana"⁽⁴⁾ que presenta los sustentos teóricos fundamentales sobre el uso de los medicamentos y expone el papel de la farmacoepidemiología y la farmacovigilancia.

Sin embargo, no se encontraron estudios que describan o caractericen el consumo de medicamentos según CV, pues a pesar de que en Cuba todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y por supuesto a los medicamentos, es oportuno mirar al interior de un municipio. En el caso de esta publicación, el municipio Playa en la provincia La Habana, para identificar el patrón de consumo de la población adulta según sus CV, y describir este consumo de acuerdo a la edad, sexo, ocupación, escolaridad, tipología del medicamento, entre otras.

Se escogió este municipio porque aunque los resultados de Pría Barros⁽¹²⁾ lo clasificaban en ese momento en el estrato I de CV de Astraín,⁽¹¹⁾ se encontraron diferencias en indicadores de morbilidad, mortalidad y problemas percibidos por la población residente según las condiciones de vida. Diez años después se repitió esta investigación en este mismo municipio y se obtuvieron resultados similares, lo que motivó el interés para determinar si existían diferencias en cuanto al consumo de medicamentos en Playa. En tal sentido, pretendemos identificar las prácticas de consumo de medicamentos según condiciones de vida en la población del municipio Playa durante el primer semestre de 2016.

MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal, de consumo de medicamentos según CV, en el municipio Playa de la provincia La Habana, en el primer semestre de 2016. El universo fue la totalidad de la población mayor de 15 años residente en el municipio hasta el 30 de enero de 2016.⁽¹⁹⁾

Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados estratificado polietápico, considerando como variable de estratificación las condiciones de vida. Las unidades de primera etapa (UPE) fueron las áreas de salud que se seleccionaron con probabilidades proporcionales al tamaño, de igual forma se seleccionaron dentro de estas, los consultorios médicos, unidades de segunda etapa (USE) y en cada uno de ellos se realizó un muestreo simple aleatorio para seleccionar a los individuos a estudiar (unidades de análisis).

Para la determinación del tamaño muestral se consideró una prevalencia de consumo de medicamentos de 51,4 %, ⁽¹⁾ una precisión de 10 %, un efecto de diseño de 1,5 y el 10 % de no respuestas. Se obtuvo un tamaño de muestra de 586 individuos. Se utilizó la estratificación según CV realizada mediante el Índice de

Desarrollo Integral (IDI), que clasificó las áreas de salud del municipio en favorable, medianamente favorable y menos favorable. Se consideró CV al conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar cada grupo de población en el funcionamiento del conjunto de la sociedad.⁽⁸⁾

Se estudiaron las variables edad, sexo, ocupación principal, escolaridad, per cápita familiar, consumo de medicamento, tipo de medicamento consumido, grupo farmacológico, origen del consumo, enfermedades que padece, automedicación y cumplimiento terapéutico. Para medir el acceso a los medicamentos se utilizó el lugar donde se adquieren los medicamentos y frecuencia con que los encuentran en la farmacia.

Para la recogida de la información se utilizó el cuestionario "Consumo de medicamentos"⁽²⁰⁾ modificado con fines de la investigación. Esto permitió determinar el consumo de medicamentos desde la perspectiva del consumidor y criterios válidos que justificaran su uso y aplicación en el terreno investigativo y la práctica médica.⁽²¹⁾

El cuestionario se aplicó de forma individual, los responsables de la aplicación fueron instruidos con anterioridad para este fin. Se confeccionó una base de datos en el programa SPSS versión 19.0 con la información recogida. Se utilizó en el procesamiento de los datos variables cualitativas (frecuencia absoluta, relativa y tasas de prevalencia de consumo tipificadas por el método directo) y cuantitativas (mediana, media y coeficiente de variación). Para la identificación de diferencias significativas entre los grupos de estudio se utilizó la prueba χ^2 de homogeneidad. Para la significación se consideró una $p < 0,05$.

Desde el punto de vista ético esta investigación respetó los postulados de la ética que aparecen en la Declaración de Helsinki. Para realizar la encuesta, se informó al entrevistado los objetivos perseguidos con la investigación y se le solicitó su consentimiento para participar.

RESULTADOS

Se observó el predominio del sexo femenino en general, que representa el 70,5 % del total. En el análisis de los estratos de condiciones de vida se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, más de las $\frac{3}{4}$ partes de la población en las condiciones de vida medianamente favorables y favorables correspondieron al sexo femenino, mientras que en el menos favorable más del 40 % son hombres.

La edad según condiciones de vida fue significativamente diferente ($p = 0,041$), a expensas de diferencias entre el estrato medianamente favorable y los estratos extremos de la tabla (favorable y menos favorable). En el estrato favorable la edad media fue de 50,9 años, la mediana de 49,0 y el coeficiente de variación de 37,4 %; en el estrato medianamente favorable la edad media fue de 47,5, la mediana de 48,0 y el coeficiente de variación de 35,5 %, mientras que en el menos favorable la media fue de 51,8, la mediana de 50,0 y el coeficiente de variación de 36,7 %.

Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la distribución de la escolaridad y las condiciones de vida. Se destacaron los niveles de escolaridad preuniversitario y universitario en los estratos con condiciones de vida favorables (33,2 % y 30,0 %, respectivamente) y medianamente favorables (33,7 % y 30,8 %, respectivamente), con valores similares; mientras que en el estrato con condiciones de vida menos favorables predominaron los niveles de

primaria (15,4 %) y secundaria básica (35,9 %). Llama la atención el predominio de las amas de casa con el 21,9 % y los trabajadores estatales con el 51,3 % en el estrato con condiciones de vida medianamente favorables y en el estrato de condiciones de vida menos favorable, los estudiantes con el 8,0 % y los jubilados con el 26,5 %. El mayor porcentaje de personas que trabajan por cuenta propia (8,4 %) se presentó en el estrato de condiciones de vida favorables. No se encontraron otros estudios para comparar los resultados obtenidos (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de personas según condiciones de vida y características sociodemográficas en el municipio Playa

| Características sociodemográficas | Condiciones de vida | | | | | | Total | |
|---|---------------------|-------|-------------------------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| | Favorables | | Medianamente favorables | | Menos favorables | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Sexo $\chi^2= 19,692$ $p= 0,000$ | | | | | | | | |
| Femenino | 138 | 72,6 | 183 | 78,2 | 92 | 56,8 | 413 | 70,5 |
| Masculino | 52 | 27,4 | 51 | 21,8 | 70 | 43,2 | 173 | 29,5 |
| Total | 190 | 100,0 | 234 | 100,0 | 162 | 100,0 | 586 | 100,0 |
| Grupos de edad $\chi^2 =13,117$ $p= 0,041$ | | | | | | | | |
| Menos de 20 (años) | 5 | 2,6 | 7 | 3,0 | 10 | 6,2 | 22 | 3,8 |
| 20 a 39 | 55 | 28,9 | 66 | 28,2 | 39 | 24,1 | 160 | 27,3 |
| 40 a 59 | 67 | 35,3 | 106 | 45,3 | 57 | 35,1 | 230 | 39,2 |
| 60 y mas | 63 | 33,2 | 55 | 23,5 | 56 | 34,6 | 174 | 29,7 |
| Nivel de escolaridad $\chi^2 =25,494$ $p= 0,001$ | | | | | | | | |
| Hasta Primaria | 20 | 10,5 | 21 | 9,0 | 25 | 15,4 | 66 | 11,3 |
| Secundaria básica | 43 | 22,6 | 45 | 19,2 | 58 | 35,9 | 146 | 24,9 |
| Pre universitario | 63 | 33,2 | 79 | 33,7 | 36 | 22,2 | 178 | 30,4 |
| Técnico medio | 7 | 3,7 | 17 | 7,3 | 7 | 4,3 | 31 | 5,3 |
| Universitario | 57 | 30,0 | 72 | 30,8 | 36 | 22,2 | 165 | 28,2 |
| Ocupación $\chi^2 =45,502$ $p= 0,000$ | | | | | | | | |
| Ama de casa | 6 | 18,9 | 49 | 20,9 | 30 | 18,5 | 115 | 19,6 |
| TCP* | 16 | 8,4 | 17 | 7,3 | 10 | 6,2 | 43 | 7,3 |
| Estudiante | 6 | 3,2 | 7 | 3,0 | 13 | 8,0 | 26 | 4,4 |
| Jubilado | 46 | 24,2 | 40 | 17,1 | 43 | 26,5 | 129 | 22,0 |
| Trabajador estatal | 84 | 44,2 | 120 | 51,3 | 66 | 40,7 | 270 | 46,1 |

* Trabajador por cuenta propia.

El análisis del *per cápita* familiar mostró que es significativamente diferente según condiciones de vida ($p= 0,013$). Los mayores valores de *per cápita* se encontraron en los estratos favorable y poco favorable, con una media de 543,95 y 530,24; respectivamente, mientras que el de menor *per cápita* fue el de condiciones de vida medianamente favorables con una media de 471,19 (tabla 2).

Tabla 2 - Medidas de resumen del *per cápita* familiar según condiciones de vida

| Condiciones de vida | N | Media | Mediana | Desviación estándar | cv % |
|-------------------------|-----|--------|---------|---------------------|-------|
| Favorables | 190 | 543,95 | 447,50 | 383,92 | 70,58 |
| Medianamente favorables | 234 | 471,19 | 375,00 | 282,17 | 59,88 |
| Menos favorables | 162 | 530,24 | 475,00 | 299,82 | 56,54 |
| Total | 586 | 511,10 | 400,00 | 324,29 | 63,45 |

$$\chi^2= 7068 \quad p= 0,013$$

Se encontraron elevadas prevalencias de consumo de medicamentos en todos los grupos y en el total, con predominio del grupo de condiciones de vida menos favorable (tasa de 81,5 %). Hubo predominio del sexo femenino en cuanto al consumo de medicamentos en todos los estratos y de forma general (tabla 3). Se pudo apreciar que en la población estudiada la prevalencia del consumo de medicamentos aumentó con la edad, de forma que la mayor tasa de prevalencia de consumo de medicamentos se presentó en el grupo de edad de 60 y más con una tasa total de 96,0 %, y la menor en los menores de 20 años, 31,8 %; este comportamiento se reprodujo también al interior de cada estrato. Las mayores tasas de prevalencia del consumo de medicamentos se presentaron en el estrato menos favorable para todos los niveles de escolaridad. En el favorable el nivel clasificado como hasta primaria y en el medianamente favorable las personas con técnico medio y preuniversitario. Además se comprobó en general una tendencia a menos consumo de medicamentos a mayor escolaridad, excepto en los consumidores de preuniversitario que tuvieron el menor consumo con una tasa de 69,1 %. Las mayores tasas de prevalencia de consumo de medicamentos las continúa presentando el estrato con condiciones de vida menos favorables a excepción de los jubilados, que presentaron la mayor tasa de prevalencia de consumo en el estrato con condiciones de vida favorable (97,8 %). Llama la atención el caso de las amas de casa del estrato con condiciones de vida menos favorable que casi en su totalidad consumen medicamentos, con una tasa de 96,7 %.

Tabla 3 - Prevalencia de consumo de medicamentos según condiciones de vida

| Consumidores | Condiciones de vida | | | | | | | | | Total | | |
|-----------------------------|---------------------|------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | Favorables | | | Medianamente favorables | | | Menos favorables | | | | | |
| | ni | No. | Tasa / /100 | ni | No. | Tasa / /100 | ni | No. | Tasa / /100 | ni | No. | Tasa / /100 |
| Sexo | | | | | | | | | | | | |
| Femenino | 138 | 113 | 81,9 | 183 | 141 | 77,0 | 92 | 78 | 84,8 | 413 | 332 | 80,4 |
| Masculino | 52 | 36 | 69,2 | 51 | 37 | 72,5 | 173 | 127 | 73,4 | 173 | 127 | 73,4 |
| Grupos de edad | | | | | | | | | | | | |
| Menos de 20 | 5 | 0 | 0,0 | 7 | 2 | 28,6 | 10 | 5 | 50,0 | 22 | 7 | 31,8 |
| 20 a 39 | 55 | 31 | 56,4 | 66 | 38 | 57,6 | 39 | 20 | 51,3 | 160 | 89 | 55,6 |
| 40 a 59 | 67 | 56 | 83,6 | 106 | 86 | 81,1 | 57 | 54 | 94,7 | 230 | 196 | 85,2 |
| 60 y más | 63 | 62 | 98,4 | 55 | 52 | 94,5 | 56 | 53 | 94,6 | 174 | 167 | 96,0 |
| Nivel de escolaridad | | | | | | | | | | | | |
| Hasta Primaria | 20 | 19 | 95,0 | 21 | 18 | 85,7 | 25 | 22 | 88,0 | 66 | 59 | 89,4 |
| SB* | 43 | 38 | 88,4 | 45 | 37 | 82,2 | 58 | 54 | 93,1 | 146 | 129 | 88,4 |
| Técnico Medio | 7 | 5 | 71,4 | 17 | 16 | 94,1 | 7 | 3 | 42,9 | 31 | 24 | 77,4 |
| PU* | 63 | 43 | 68,3 | 79 | 55 | 69,6 | 36 | 25 | 69,4 | 178 | 123 | 69,1 |
| Universitario | 57 | 44 | 77,2 | 72 | 52 | 72,2 | 36 | 28 | 77,8 | 165 | 124 | 75,2 |
| Ocupación | | | | | | | | | | | | |
| Ama de casa | 36 | 32 | 88,9 | 49 | 40 | 81,6 | 30 | 29 | 96,7 | 115 | 101 | 87,8 |
| TCP* | 16 | 8 | 50,0 | 17 | 9 | 52,9 | 10 | 8 | 80,0 | 43 | 25 | 58,1 |
| Estudiante | 6 | 0 | 0,0 | 7 | 2 | 28,6 | 13 | 5 | 38,5 | 26 | 7 | 26,9 |
| Jubilado | 46 | 45 | 97,8 | 40 | 38 | 95,0 | 43 | 40 | 93,0 | 129 | 123 | 95,3 |
| Trabajador estatal | 84 | 62 | 73,8 | 120 | 88 | 73,3 | 66 | 50 | 75,8 | 270 | 200 | 74,1 |
| Total | 188 | 147 | 78,2 | 233 | 177 | 76,0 | 162 | 132 | 81,5 | 583 | 456 | 78,2 |

*SB: Secundaria Básica, PU: Preuniversitario TCP: Trabajador cuentapropista.

Se excluyen dos personas con condiciones de vida favorable y otra medianamente favorable sin vínculo laboral.

ni: número de individuos a encuestar. No: consumidores.

En la tabla 4, se aprecian diferencias significativas en el número de medicamentos consumidos según condiciones de vida. En el estrato con condiciones de vida menos favorables hubo un predominio de consumo de hasta 3 medicamentos mientras que en el favorable predominó el consumo de 4 o 5 medicamentos y en el medianamente favorable 6 medicamentos y más. El mayor porcentaje de consumo fue para 2 a 3 medicamentos con el 48,8 %.

En el estrato con condiciones de vida favorables predominaron la HTA, la DM y los individuos sin enfermedad; en el medianamente favorable las enfermedades del SOMA, la alergia, asma bronquial y otras enfermedades mientras que en el estrato menos favorable, las cardiopatías, los trastornos nerviosos y digestivos. En el comportamiento del consumo de medicamentos por enfermedades no trasmisibles, hubo un mayor porcentaje de consumo por HTA (55,1 %), otras enfermedades (19,4 %), enfermedades del SOMA (17,9 %) y en cuarto lugar por DM (15,7 %). Los grupos de medicamentos que más se consumieron fueron los antihipertensivos con el 56,6 %, los AINEs con el 37,5 % y los antidiabéticos con el 14,8 % en correspondencia con las enfermedades no trasmisibles que motivaron un mayor consumo de medicamentos (tabla 4).

Tabla 4 - Consumo de medicamentos según condiciones de vida

| Consumo de medicamentos | Condiciones de vida | | | | | | Total | |
|--------------------------|---------------------|------|-------------------------|------|------------------|------|-------|-------|
| | Favorables | | Medianamente favorables | | Menos favorables | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Número de medicamentos | | | | | | | | |
| 1 | 35 | 23,5 | 48 | 27 | 42 | 31,8 | 125 | 27,2 |
| 2 a 3 | 74 | 49,7 | 83 | 46,6 | 67 | 50,8 | 224 | 48,8 |
| 4 a 5 | 37 | 24,8 | 42 | 23,6 | 23 | 17,4 | 102 | 22,2 |
| 6 y mas | 3 | 2,0 | 5 | 2,8 | 0 | 0 | 8 | 1,7 |
| Total | 149 | 100 | 178 | 100 | 132 | 100 | 459 | 100,0 |
| Tipo de ENT* | | | | | | | | |
| HTA | 89 | 59,7 | 95 | 53,4 | 69 | 52,3 | 253 | 55,1 |
| SOMA | 28 | 18,8 | 42 | 23,6 | 12 | 9,1 | 82 | 17,9 |
| DM | 25 | 16,8 | 27 | 15,2 | 20 | 15,2 | 72 | 15,7 |
| Alergia y Asma Bronquial | 19 | 12,8 | 30 | 16,9 | 14 | 10,6 | 63 | 13,7 |
| Cardiopatías | 12 | 8,1 | 11 | 6,2 | 14 | 10,6 | 37 | 8,1 |
| Trastornos nerviosos | 9 | 6,0 | 11 | 6,2 | 12 | 9,1 | 32 | 7,0 |
| Trastornos digestivos | 16 | 10,7 | 16 | 9,0 | 18 | 13,6 | 50 | 10,9 |
| Otras enfermedades | 28 | 18,8 | 43 | 24,2 | 18 | 13,6 | 89 | 19,4 |
| Ninguna enfermedad | 8 | 5,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 8 | 1,7 |
| Grupo farmacológico | | | | | | | | |
| Anti HTA | 89 | 59,7 | 98 | 55,1 | 73 | 55,3 | 260 | 56,6 |
| AINEs | 58 | 38,9 | 68 | 38,2 | 46 | 34,8 | 172 | 37,5 |
| Anti DM | 24 | 16,1 | 26 | 14,6 | 18 | 13,6 | 68 | 14,8 |
| Ansiolíticos | 19 | 12,8 | 19 | 10,7 | 21 | 15,9 | 59 | 12,9 |
| Antihistamínicos | 21 | 14,1 | 29 | 16,3 | 7 | 5,3 | 57 | 12,4 |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| Anti AB | 13 | 8,7 | 20 | 11,2 | 12 | 9,1 | 45 | 9,8 |
| Anti Ulcerosos | 11 | 7,4 | 10 | 5,6 | 17 | 12,9 | 38 | 8,3 |
| Antidepresivos | 8 | 5,4 | 11 | 6,2 | 4 | 3,0 | 23 | 5,0 |
| Relajantes musculares | 5 | 3,4 | 15 | 8,4 | 1 | 0,8 | 21 | 4,6 |
| Antianginoso | 4 | 2,7 | 2 | 1,1 | 13 | 9,8 | 19 | 4,1 |
| Capilarotróficos | 4 | 2,7 | 9 | 5,1 | 3 | 2,3 | 16 | 3,5 |
| Otros | 45 | 30,2 | 43 | 24,2 | 32 | 24,2 | 120 | 26,1 |

*HTA: hipertensión arterial; SOMA: sistema osteomioarticular; DM: diabetes mellitus.

En la tabla 5 se aprecian diferencias significativas en cuanto al tipo de tratamiento y las condiciones de vida. El mayor porcentaje de tratamientos adecuados se presentó en el estrato con condiciones de vida medianamente favorables (77,5 %) y el de mayor porcentaje de tratamientos inadecuados fue el favorable con el 27,5 %. Aunque de forma general predominaron los tratamientos adecuados con el 73,0 % no resulta despreciable el porcentaje de inadecuados que representaron el 23,5 %.

No se hallaron diferencias significativas ($p= 0,973$) en cuanto al consumo de medicamentos según indicación médica y condiciones de vida. El 72,3 % de los consumidores de medicamentos se automedican y los valores porcentuales más elevados se encontraron en el estrato con condiciones de vida medianamente favorables.

No se encontraron diferencias significativas ($p= 0,921$) en cuanto al cumplimiento del tratamiento en los consumidores de medicamentos según condiciones de vida. Solo el 3,9 % de los consumidores encuestados refirieron no cumplir con el tratamiento médico y el resto (96,1 %) manifestó que lo cumplían, unos en dosis y en días (75,6 %), otros en días (3,5 %) y otros solo en dosis (17,0 %).

Tampoco se observaron diferencias significativas en cuanto al lugar donde se adquieren los medicamentos y las condiciones de vida ($p= 0,285$). La mayoría de los encuestados refirieron adquirir los mismos en la farmacia que les corresponde según su dirección de residencia, representando el 78,0 %; el 20,7 % los adquieren en otra farmacia y solo el 1,3 % refirió no haber encontrado el medicamento en todo el tiempo transcurrido desde que comenzó el año. Con respecto a la frecuencia con que se encuentra el medicamento en farmacia según condiciones de vida se encontraron diferencias significativas ($p= 0,002$). De forma general predominó "casi siempre" con el 59,3 % en todos los consumidores, después "a veces" con el 30,7 %, luego "siempre" con el 9,8 % y por último "nunca" con el 0,2 %. Resultó interesante que en el estrato con condiciones de vida medianamente favorables fue donde con mayor frecuencia los consumidores encontraron los medicamentos en farmacia ("siempre" 14,6 %) y que en el menos favorable fue donde con menor frecuencia esto ocurrió ("a veces" 38,6 %).

Tabla 5 - Características del consumo de medicamentos según condiciones de vida

| Características del consumo | Condiciones de vida | | | | | | Total | |
|---|---------------------|-------|-------------------------|-------|------------------|-------|-------|-------|
| | Favorables | | Medianamente favorables | | Menos favorables | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Tipo de tratamiento $\chi^2= 21,675$ $p= 0,001$ | | | | | | | | |
| Adecuado | 100 | 67,1 | 138 | 77,5 | 97 | 73,5 | 335 | 73,0 |
| Inadecuado | 41 | 27,5 | 32 | 18 | 35 | 26,5 | 108 | 23,5 |
| Ninguno | 8 | 5,4 | 8 | 4,5 | 0 | 0 | 16 | 3,5 |
| Indicación médica $\chi^2= 0,055$ $p= 0,973$ | | | | | | | | |
| No | 7 | 4,7 | 9 | 5,1 | 7 | 5,3 | 23 | 5,0 |
| Sí | 142 | 95,3 | 169 | 94,9 | 125 | 94,7 | 436 | 95,0 |
| Automedicación | | | | | | | | |
| Se automedica | 112 | 75,2 | 139 | 78,1 | 81 | 61,4 | 332 | 72,3 |
| Dolores | 71 | 47,7 | 94 | 52,8 | 45 | 34,1 | 210 | 45,8 |
| Fiebre | 76 | 51,0 | 101 | 56,7 | 67 | 50,8 | 244 | 53,2 |
| Estados gripales | 13 | 8,7 | 46 | 25,8 | 18 | 13,6 | 77 | 16,8 |
| Otras causas | 41 | 27,5 | 10 | 5,6 | 5 | 3,8 | 56 | 12,2 |
| Cumplimiento del tratamiento $\chi^2=1.983$ $p= 0,921$ | | | | | | | | |
| En días y dosis | 113 | 75,8 | 136 | 76,4 | 98 | 74,2 | 347 | 75,6 |
| En días | 6 | 4,0 | 4 | 2,2 | 6 | 4,5 | 16 | 3,5 |
| En dosis | 24 | 16,1 | 30 | 16,9 | 24 | 18,2 | 78 | 17,0 |
| No cumple | 6 | 4,0 | 8 | 4,5 | 4 | 3,0 | 18 | 3,9 |
| Lugar donde adquiere medicamentos $\chi^2= 5,019$ $p= 0,285$ | | | | | | | | |
| Farmacia que corresponde | 118 | 79,2 | 143 | 80,3 | 97 | 73,5 | 358 | 78,0 |
| Otra farmacia | 31 | 20,8 | 32 | 18,0 | 32 | 24,2 | 95 | 20,7 |
| No encuentra medicamento | 0 | 0,0 | 3 | 1,7 | 3 | 2,3 | 6 | 1,3 |
| Frecuencia con que se encuentra el medicamento en farmacia $\chi^2=20,328$ $p= 0,002$ | | | | | | | | |
| Siempre | 17 | 11,4 | 26 | 14,6 | 2 | 1,5 | 45 | 9,8 |
| Casi siempre | 94 | 63,1 | 99 | 55,6 | 79 | 59,8 | 272 | 59,3 |
| A veces | 38 | 25,5 | 52 | 29,2 | 51 | 38,6 | 141 | 30,7 |
| Nunca | 0 | 0,0 | 1 | 0,6 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 |
| Total | 149 | 100,0 | 178 | 100,0 | 132 | 100,0 | 459 | 100,0 |

DISCUSIÓN

La ausencia de publicaciones sobre el tema en el municipio limita la comparación de estos resultados. Sin embargo, en el anuario del municipio Playa de 2014 encontramos semejanzas con los estratos favorable y medianamente favorable, ya que aparece un predominio del sexo femenino (96 430) sobre el masculino (84 565) en su población.⁽²²⁾

Si se comparan los datos con los que se resumen en el citado anuario,⁽²²⁾ se observan semejanzas, ya que el grupo de edad que predomina es el de 40 a 59 años con un total de 230 personas y en el anuario ocurre lo mismo con un total de 59 453 personas. Las diferencias significativas en cuanto a la distribución de la escolaridad y las condiciones de vida pudieran deberse a que cuando las necesidades básicas se encuentran afectadas, como es el caso de la vivienda y los medios para vivir, el hombre destina más tiempo y energía para mejorarlas y menos en otras actividades de tipo intelectual, como el estudio.

Llama la atención que el grupo con condiciones de vida medianamente favorable tiene en promedio menor *per cápita* que el de condiciones de vida menos favorable y que a su vez en este último estrato se encuentren semejanzas con el *per cápita* del estrato de mejores condiciones de vida. Esto reproduce la situación observada en el país, donde se aprecia en general que las personas más preparadas, que trabajan para el estado, tienen menores ingresos que los que no tienen elevada preparación, pero trabajan por cuenta propia.

A criterio de los autores este aumento del consumo de medicamentos en el estrato con condiciones de vida menos favorable pudiera estar relacionado con una mayor morbilidad. El nivel educativo y los ingresos determinan fundamentalmente la elección y los comportamientos, que en última instancia, pueden producir enfermedades. Los orígenes de muchos de los problemas que afrontan las personas con ingresos bajos resaltan la necesidad de un enfoque multidisciplinar para encarar las necesidades sociales y atenuar las desigualdades en materia de salud.⁽²³⁾ En el caso del predominio del sexo femenino en el consumo es algo esperado, ya que el sexo femenino se destaca por ser mayor consumidor de medicamentos respecto al masculino, así lo demuestran varios estudios en Cuba,⁽¹⁾ España⁽²⁴⁾, Brasil.⁽²⁵⁾ Otro elemento a considerar es que las féminas tienen mayor morbilidad registrada por acudir más al médico.

Para todos es sabido que las condiciones de vida varían entre un grupo social y otro, de este modo cambia el acceso al agua, las condiciones sanitarias, los alimentos sanos, la buena nutrición, la vivienda adecuada, las condiciones de trabajo, el medio ambiente sano, el acceso a la educación, los recursos y la información sobre salud y la salud sexual y reproductiva, entre otros. Hombres y mujeres tienen diferentes oportunidades y derechos para acceder a los recursos relacionados con la salud para su propio beneficio y para participar en el mejoramiento de la salud de la colectividad. Esto tiene una consecuencia en las implicaciones diferenciadas en el proceso salud-enfermedad de cada sexo.⁽²⁶⁾ Si se analiza el consumo de medicamentos con enfoque de género es cierto que las mujeres presentan una mayor tendencia a ir al médico, tal vez porque existen más amas de casa que amos de casa; aquejan más afecciones y dolores no porque el hombre no los padezca sino porque "los hombres no se quejan". También las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres y con el aumento de la edad aumenta la morbilidad y el consumo de fármacos.⁽²⁷⁾

Las desigualdades de género están relacionadas con las funciones que el estereotipo masculino y femenino aprueban de acuerdo a la cultura y a las costumbres de las comunidades a la que se pertenece, todo lo cual condiciona en gran medida, la presencia de enfermedades que sufren los integrantes de la colectividad.⁽²⁸⁾

Un aumento de la edad trae consigo un incremento de la morbilidad por enfermedades no transmisibles como HTA, DM, cardiopatía isquémica, lo que conlleva a un aumento en el consumo de fármacos. Estos resultados coinciden con los hallados por *García Millán*⁽¹⁾ y otros de la misma autora realizado en urbes seleccionadas de Cuba,⁽⁵⁾ y difieren de dos estudios españoles que no encontraron relación entre el consumo de medicamentos y la edad.^(29,30)

Según *Neubauer* el 30 % de los adultos mayores tienen problemas de insomnio y muchos de ellos consumen fármacos por este motivo.⁽³¹⁾ A juicio de los autores, la presencia de las mayores tasas de prevalencia del consumo de medicamentos en el estrato menos favorable para todos los niveles de escolaridad pudiera deberse a que en los grados escolares inferiores se encuentran las personas de mayor edad que resultaron ser los mayores consumidores de medicamentos. Resultados similares se obtuvieron en un estudio cubano anterior⁽¹⁾ y otro brasileño.⁽³²⁾ Sin embargo, otros dos estudios cubanos difieren en sus resultados de los obtenidos en esta investigación.^(5,18)

Era de esperar que los jubilados presentaran las mayores tasas de consumo ya que son los de mayor edad y por tanto mayor comorbilidad, lo que trae consigo un mayor consumo de medicamentos. Similares resultados muestran estudios realizados en Cuba,⁽¹⁾ España⁽²⁴⁾ y Brasil,⁽²⁵⁾ otros difieren como es el caso de dos estudios realizados en Cuba uno en urbes seleccionadas⁽⁵⁾ y otro en la población femenina,⁽¹⁸⁾ en los que predominaron los trabajadores estatales en el consumo de medicamentos.

Otro elemento es que muchas veces las personas que trabajan fuera de su hogar evitan o posponen su consumo ya que le interfiere con los horarios de trabajo, le produce síntomas que dificultan su desempeño o carecen de tiempo para asistir al médico. Esto podría explicar de conjunto con la variable edad, el mayor consumo de fármacos en los jubilados y amas de casas que por lo general permanecen más tiempo en sus hogares.

En un estudio realizado en Cuba sobre consumo de medicamentos en urbes seleccionadas⁽⁵⁾ se obtuvieron resultados similares, donde el consumo de hasta tres medicamentos fue el mayor, también ocurrió así en un estudio cubano donde se caracterizó epidemiológicamente el consumo de medicamentos en la población adulta de Cuba.⁽¹⁾ Sin embargo, en una investigación realizada en Puerto Rico⁽³³⁾ se encuentra que la población consume como promedio cuatro medicamentos.

Resulta oportuno destacar que en las personas de la llamada tercera edad, los efectos de la polifarmacia, sumados al costo, las reacciones adversas y el mal uso de medicamentos, redundarían de forma negativa con mayor intensidad y con carácter devastador.⁽³⁴⁾

Se encontraron semejanzas con los resultados de otros estudios donde la HTA y las enfermedades del SOMA constituyeron las primeras causas de consumo de medicamentos.^(1,25,35) El cuadro epidemiológico del país que aparece en el anuario estadístico del 2015 sitúa a las enfermedades cardiovasculares entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad.⁽³⁶⁾ Esto se relaciona con las principales

enfermedades identificadas como motivo de consumo de medicamento en este estudio.

Llama la atención que los mayores porcentajes de consumo de antihipertensivos se registraron en el estrato con condiciones de vida favorables. Es posible que esto se deba a que la HTA, DM y las enfermedades osteomioarticulares son frecuentes en países desarrollados cuyas condiciones de vida son similares a las de estrato favorable. A ello se le atribuye el sedentarismo, la alimentación chatarra y el estrés.⁽¹⁾

No obstante, en los otros dos estratos también se consumieron medicamentos para enfermedades no transmisibles como fueron los antihistamínicos y antiasmáticos, los antidepresivos y los antianginosos. Estos resultados son semejantes también a los encontrados en otros estudios en Cuba,⁽¹⁾ Brasil⁽²⁵⁾ y Venezuela.⁽³⁵⁾

Los tratamientos inadecuados pueden deberse a la poca motivación y poca actualización científica del personal médico, lo que trae consigo que se tomen decisiones terapéuticas que están en desuso y que a largo plazo no mejoran la calidad de vida de los pacientes. Otro elemento a considerar es el consumo por automedicación. Aunque los valores de tratamiento inadecuado pudieran considerarse bajos, en la práctica médica implican mayores costos al sistema de salud ya que se relacionan con mayor número de reacciones adversas y por tanto mayor número de visitas a las instituciones de salud.

En cuanto al consumo de medicamentos según indicación médica en la mayoría de los encuestados coinciden con los encontrados en Cuba,⁽¹⁾ Puerto Rico⁽³³⁾ y Ecuador.⁽³⁷⁾ La automedicación y la polifarmacia son los principales patrones de consumo de medicamentos dentro del uso irracional de fármacos. Ambas prácticas se han convertido en un problema de salud a nivel mundial y constituyen un potencial riesgo para los sujetos que las practican. En un estudio realizado en Venezuela, en el Sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco se encuentra que el 82,4 % de los individuos se automedican.⁽³⁸⁾ En cuanto a las causas de automedicación podemos decir que coinciden con las más noticadas por *García Millian* en un estudio realizado en Cuba⁽¹⁾ y con las halladas en otro estudio realizado en España, en Aragón.⁽²⁴⁾

Los resultados de automedicarse muestran un sesgo en cuanto a plantear o no la automedicación por parte de los encuestados. Esto pudiera ser resultado de la incorporación de la "pregunta filtro" al cuestionario. Esta pregunta se incorpora para evitar que sintieran vergüenza de reconocer ante un facultativo que se automedicaban.

La sujeción de lo prescrito es un fenómeno complejo, diversos factores tienen una influencia ya sea positiva o negativa. La enfermedad, el tratamiento, la forma en que se administra el medicamento y el número de dosis o de preparaciones que se han de tomar todos los días, la polifarmacia, el bajo nivel educativo y socioeconómico del paciente, el costo del tratamiento, la insatisfacción con la relación médico/paciente y las relaciones familiares, son algunos de los factores que atentan contra la adherencia a los tratamientos indicados por el facultativo.⁽³⁹⁾ Se conoce a partir de investigaciones que un cuarto de las personas no cumple con el tratamiento médico prescrito, más de la mitad de las personas botan al basurero la medicación sobrante, 62 % de las personas salen insatisfecho(a)s del consultorio cuando no les dan una receta y 23 % comparte los medicamentos que se recetan por el sistema de salud.⁽⁴⁰⁾

Aunque la cifra porcentual de las personas que no encontraron el medicamento es pequeña, no es de despreciar, ya que eso significa que son pacientes que no tienen tratamiento para su enfermedad debido a que no han tenido acceso al fármaco recetado. Es válido también hacer alusión a que en las encuestas se recogieron comentarios negativos acerca de la venta de medicamentos sin receta médica por parte de personas acaparadoras e inescrupulosas, lo que pudiera influir en que otras personas no puedan adquirir el medicamento que llevan para su padecimiento.

Otro elemento a destacar es el hecho de que en Cuba los medicamentos son distribuidos por el Estado sin discriminar la zona geográfica, lo que contradice el resultado de que el estrato bajo no adquiriera el medicamento en la farmacia que le corresponde con igual frecuencia, en contraste con los restantes estratos. No se encontraron referencias que midieran el acceso a los fármacos de la forma en que lo hizo esta investigación, lo que limita su comparación. Los autores llaman la atención sobre la necesidad de realizar investigaciones que profundicen en cuanto al nivel de acceso y disponibilidad de medicamentos en el país según área geográfica. Pudiera deberse a que los lugares más céntricos en las ciudades y municipios son los de mayor población y tal vez esto de alguna forma pudiera influir en el abasto de productos que consume la población, entre ellos los medicamentos. También hay que tener en cuenta que la Farmacia Principal Municipal está situada en el estrato favorable y por programa de medicamentos es allí donde hay mayor cobertura.

Dentro de las limitaciones de la investigación, podemos decir que el estudio tiene alcance municipal, la disponibilidad de medicamentos en el período en que se recogió la información fue de más de 85 % de los productos incluidos en el Cuadro Básico de Medicamentos, por lo que no se consideró como una variable que influyera en los resultados. No obstante es un aspecto que debe tomarse en consideración en el análisis siempre que se considere necesario en este tipo de estudios.

Por primera vez se realiza un estudio de consumo de medicamentos según condiciones de vida en el municipio Playa. Se puede concluir que existen diferencias en el consumo de medicamentos según estrato de condiciones de vida en este municipio.

El estrato medianamente favorable es el que menor *per cápita* familiar refleja lo que contrasta con su mayor nivel educacional y ser trabajadores del sector estatal. El trabajador por cuenta propia se identifica con mayor frecuencia como ocupación en los estratos extremos los cuales tienen mayor ingreso y nivel educacional. El género y la edad influyen en el consumo con independencia del estrato. Se destacan inconsistencias entre la automedicación y el consumo por indicación médica para los tres estratos.

Recomendamos extender el estudio a otros municipios de la ciudad y controlar la disponibilidad de medicamentos en la recogida de información.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García AJ. Caracterización epidemiológica del consumo de medicamentos en la población adulta de Cuba. 2007-2010 [tesis]. 2012. Acceso: 15/10/2015. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/517/1/GarciaMilian.pdf>

2. García AJ, Alonso L, López P, León P. Definición de consumo de medicamentos y su patrón. Horizonte Sanitario. 2013;12(3). Acceso:15/10/2015. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2013_sep_dic/2_DEFINICION_CONSUMO.pdf
3. Estrategias sobre medicamentos de la OMS: 2011. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud 2011. Acceso: 15/10/2015. Disponible en: <http://www.paho.org/>
4. García AJ, Alonso L, López P. Investigación sobre consumo de medicamentos. Experiencia cubana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
5. García AJ, Alonso L, López P, Priego HR, Rodríguez O. Consumo de medicamentos en urbes seleccionadas de Cuba. Rev Salud Quintana Roo. 2012;5(22). Acceso: 15/10/2015. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=92857&id_seccion=3320&id_ejemplar=9108&id_revista=198
6. Castellanos PL. Pobreza y desigualdades en perfiles de mortalidad. Trabajo preparado por solicitud de Programa Análisis de la situación de salud y sus tendencias. OPS. 1992; 5:18-20.
7. Amaro I. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida, Santiago de Cuba. 1989-1991 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1992.
8. Astraín M. Alternativas metodológicas para el análisis de la mortalidad según condiciones de vida[tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1998.
9. Alonso I. Construcción de un Índice de Condiciones de Vida. Cuba. 1999 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 2000.
10. Pria MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba[tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.
11. Astraín ME. Situación de Salud según condiciones de vida. En: Martínez S, editor. El análisis de situación de salud según condiciones de vida. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Medicas; 2004. p. 85-104.
12. Pria Barros MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba[tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba 2007.
13. García A, Alonso L, López P, León P. Caracterización de las publicaciones científicas de consumo de medicamentos. Rev Cubana Med Gen Int. 2014;30(4). Acceso: 10/11/2016. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_4_14/mgi05414.htm
14. Peña MA, García A, Groning E. Consumo de medicamentos en ancianos. Rev Cubana Med Gen Int. 2003;19(3). [Citado 15 sep 2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300007
15. Cepero S, Báez R, Cepero F, Álvarez M. Consumo de Benzodiazepinas en Ciego de Ávila. Rev MediCiego. 2009;15(1). Acceso: 15/10/2015. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=60282&id_seccion=3715&id_ejemplar=6087&id_revista=226

16. Cabrera JR. Análisis del consumo de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina en el territorio oeste de La Habana, 2005-2009. Rev Cubana Farm. 2011;45(4). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: <https://doaj.org/article/6f8105cf2381459dac60e6c588f8b1e3>
17. García AJ, Alonso L, López P, Yera IB, Ruiz AK; Blanco N. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. Rev Cubana Med Gen Int. 2009;25(4). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252009000400003&lng=es.
18. García AJ, Alonso L, López P. Consumo de medicamentos en la población femenina adulta de Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39(3). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300003&lng=es.
19. Anuarios de estadística de la salud. Sitio Web en Internet. Acceso: 21/7/2016. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu/servicios/estadisticas/>
20. García AJ, Alonso L, Suárez N, López P, Rodríguez O. Validación de instrumentos para caracterizar el consumo de medicamentos. Horizonte Sanitario. 2012;11(3). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2012_sept_diciem/02-VALIDAINSTRUMENTO.pdf
21. Alonso R, Bayarre H, Artilés L. Construcción de un instrumento para medir la satisfacción personal en mujeres de mediana edad. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(2). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200006&lng=e
22. Anuario Municipio Playa. Acceso: 21/7/2016. La Habana: ONEI; 2014. Disponible en: <http://www.onei.cu/aedm2014.htm>
23. Suárez Lugo N. La salud como resultado del consumo. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(4). Acceso: 21/7/2016. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/lil-571724>
24. Carrera P, Aguilar I, Clemente E, Malo S, Rabanaque MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. Rev Aten Prim. 2013;45(10) Acceso: 15/10/2015. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consumo-medicamentos-poblacion-adulta-influencia-S0212656713001650>
25. Galvao TF, Silva MT, Gross R, Pereira MG. Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross-sectional, population-based study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2014;23(5). Acceso: 21/7/2016. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24520028>
26. Castañeda Abascal IE, Corral Martín A, Barzaga Torres M. Perfiles de género y salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2010;36(2):132-41. Acceso: 16/5/2017. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200006&lng=en

27. García Milian AJ. Consumo de medicamentos y género en Cuba. Madrid: Editorial academia española; 2016.
28. Helman CG. Culture, Health and Illness. Gender and reproduction. Fifth edition. Hodder Arnold Publication, editor. Oxford: Planta Tree; 2000. p. 108.
29. Álvarez A, Vásquez V, Carretero JL, Alonso del Teso F, González de las Heras R. Consumo habitual de fármacos en tratamientos prolongados en la provincia de Valladolid. 2009 Acceso: 11/10/2016. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/382-386.pdf>.
30. Tuesca R, Guallar P, Banegas JR, Graciani A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. Gac Sanit (Barcelona). 2006;20 (3):220-7.
31. Neubauer DN. The Evolution and Development of Insomnia Pharmacotherapies. JCSM.2007;3(5Suppl):S11-S16. Acceso: 11/10/2016. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1978321/?report=reader>
32. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalencia e determinantes individuais. Rev Saúde Pública. 2004;38:228-38.
33. Díaz F, Colón V, Vera M. Factores asociados al uso de múltiples medicamentos en adultos mayores de 60 años o más en Puerto Rico. Rev Med Salud Publica. 2016. Acceso: 11/10/2016. Disponible en: <http://www.medicinaysaludpublica.com/factores-asociados-al-uso-de-multiples-medicamentos-en-adultos-mayores-de-60-anos-a-mas-en-puerto-rico/>
34. Figueiras A, Otero J. Sociodemographic factors related to self medication in Spain. Eur J Epidemiol. 2000;16:19-26. Acceso: 11/10/2016. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10780338>
35. Ayari G. Determinantes relacionados con la tenencia de medicamentos y su uso racional. [tesis].Venezuela: Municipio Trujillo, Estado Trujillo; 2011. Acceso: 11/10/2016. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/10803/48519/1/aa1de1.pdf>
36. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: Ministerio de Salud Pública (MINSAP); 2015 Acceso: 25/2/2016. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
37. Ortiz E, Galarza C, Cornejo F, Ponce J. Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. Rev Panam Salud Pública. 2014. Acceso: 11/10/2016. Disponible en: www.paho.org/.../index.php?...acceso-a-medicamentos-y-situacion-del-mercado-farmaceutico-en-ecuador
38. Salazar J. Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco. Arch venezolanos Farmacol Terap. 2013;32(1). Acceso: 11/10/2016. Disponible en: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/0b706d0460c9204f62421294eed90480.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1474297656&Signature=LHF1Zb7SdRQWjG43dFhg9pEp1bU%3D>
-

39. Haynes RB. Review: Evidence on the effectiveness of interventions to improve patient adherence to prescribed medications is limited. Evidence-based Nur. 2008; 11(4):109.

40. Arroyo M. Caracterización psicosocial del consumo de medicamentos en Costa Rica: Estado de la cuestión. Rev Reflex. 2014;93(2). Acceso: 11/10/2016. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/17872>

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existieron conflictos de ningún tipo en la realización de esta investigación.