

ORIGINAL

Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo

Patricia Carrera-Lasfuentes^{a,*}, Isabel Aguilar-Palacio^{b,c}, Eduardo Clemente Roldán^d, Sara Malo Fumanal^{b,c} y María José Rabanaque Hernández^{b,c}

^a CIBER de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Zaragoza, España

^b Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Medicina Preventiva y Salud Pública, Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA), Zaragoza, España

^d Dirección de Atención Primaria de Barbastro, Servicio Aragonés de Salud, Huesca, España

Recibido el 7 de marzo de 2013; aceptado el 2 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 12 de septiembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Utilización de medicamentos;
Autoconsumo;
Prevalencia;
Encuestas de salud;
Farmacoepidemiología

KEYWORDS

Drug utilization;
Self-consumption;
Prevalence;

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio es conocer las características de la población que se asocian al consumo y autoconsumo de fármacos en Aragón.

Diseño: Estudio transversal a través de la Encuesta Nacional de Salud de 2006.

Emplazamiento: Comunidad autónoma de Aragón.

Participantes: Población adulta residente en Aragón.

Mediciones principales: Consumo y autoconsumo de fármacos, así como características socio-demográficas, de salud y de estilos de vida.

Resultados: El 65,1% de los adultos aragoneses habían consumido al menos un fármaco en las últimas 2 semanas, el 11,7% lo hizo sin receta médica. Se observó mayor consumo en las mujeres y en personas de mayor edad. El mal estado de salud percibido incrementaba de manera significativa el consumo de fármacos. Las personas con bajo nivel de estudios tenían mayor consumo, mientras que el autoconsumo fue más frecuente en el grupo de mayor nivel de estudios

Conclusiones: El consumo de fármacos en Aragón es elevado, así como la prevalencia de autoconsumo. Resulta de gran interés conocer el perfil de estos pacientes para poder realizar intervenciones dirigidas a reducir el consumo innecesario y mejorar la adecuación y seguridad de los fármacos utilizados

© 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication

Abstract

Objective: The objective of this study is to determine the factors associated with medicine consumption and self-consumption in Aragón (Spain)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcarrera.iaacs@aragon.es (P. Carrera-Lasfuentes).

Health surveys;
Pharmacoepidemiology

Design: Cross-sectional study from the National Health Survey 2006.

Setting: Aragón (Spain).

Participants: Adult population in Aragón (Spain).

Main measurements: Medicine consumption and the type of consumption. Demographic, health and health style variables were also considered.

Results: At least one drug was taken by the 65.1% of the adults in Aragón during the previous two weeks. Of this group, 11.7% were self-medicated. A higher frequency of consumption was observed in females and older people, and in those with a poor self-perceived health. People with a low educational level took drugs more often, but self-consumption was more frequent in the group with a high educational level.

Conclusions: Medicine consumption and self-consumption in adults in Aragón is common. It is of great interest to know the consumption profile of these patients in order to develop specific interventions to reduce unnecessary consumption and to improve safety.

© 2013 Elsevier España, S.L. Open access under [CC BY-NC-ND license](#).

Introducción

El elevado consumo de fármacos en las sociedades desarrolladas ocasiona problemas de seguridad y supone un elevado gasto económico. En Aragón, este gasto ha aumentado por encima del IPC (Índice de precios de consumo), en torno al 6% anual. El número de recetas se duplicó entre 1994 y 2008, suponiendo 15 recetas por persona/año, por encima de la media de la Unión Europea (UE)¹.

El crecimiento del gasto farmacéutico puede ser explicado tanto por cambios demográficos como por la variación de precios de mercado. A esto hay que añadir la influencia de la industria farmacéutica. En Aragón se estimó que el 87% de los facultativos habían recibido algún beneficio de la industria durante 2008². En un estudio relativo a la publicidad de las revistas científicas, el 69,9% de los anuncios eran de fármacos, y solo un 5,4% correspondían a genéricos³, existiendo una mayor tendencia del profesional a recetar nuevos fármacos⁴.

Un problema añadido es el autoconsumo de fármacos. De esta modalidad se derivan diferentes complicaciones, como interacciones o efectos adversos. Barbero et al.⁵ observaron que de los medicamentos que precisaban receta, el 11,1% se solicitó sin ella, correspondiéndose en el 69,7% de los casos con tratamientos crónicos o urgentes. El fenómeno del autoconsumo es especialmente grave en los antibióticos. España presenta una de las tasas de resistencias microbianas más altas de la UE para infecciones adquiridas en la comunidad⁶, aunque se ha observado un progresivo descenso en el consumo extrahospitalario de antibióticos en los últimos años (19,68 DHD en 2009)⁷. En un análisis de los datos de consumo se concluyó que el autoconsumo representaba más del 30% de las especialidades farmacéuticas adquiridas y que los antibióticos eran el tercer grupo de medicamentos de más frecuente autoconsumo en la población española, tras analgésicos y antigripales⁸. Además, hasta un 40% de los medicamentos referidos por el paciente no se anotan en ningún registro clínico. Se ha señalado que la capacidad de recordar la posología del tratamiento es menor conforme aumenta la edad y disminuye el nivel académico, proporcionando estos pacientes una información poco fiable⁹.

Se han desarrollado diversas estrategias para contener el crecimiento del gasto farmacéutico público. Las principales

medidas implementadas están en relación con la oferta y la fijación de precios y sobre la demanda¹⁰. El copago farmacéutico ha sido modificado recientemente con diversidad de opiniones. Navarro¹¹ considera que las políticas aplicadas conllevarán una mayor polarización social, mientras que otros autores valoran los potenciales efectos beneficiosos del copago, aunque reconocen problemas asociados a su incorrecta aplicación¹².

Las encuestas de salud son una herramienta clave para la identificación de necesidades en salud percibidas por la población, y proporcionan información adicional sobre aquellas personas que no utilizan servicios sanitarios¹³. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) permite estimar el consumo de fármacos y la forma de prescripción en la población, e identificar factores asociados que puedan ocasionar desigualdades sociales y sanitarias.

El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de consumo y autoconsumo de medicamentos en la población adulta no institucionalizada de la comunidad autónoma de Aragón, a partir de los datos obtenidos de la ENS del año 2006 (ENS-06), e identificar factores asociados a ambos tipos de consumo.

Métodos

Estudio transversal a partir de los datos obtenidos de la ENS-06, para adultos (≥ 16 años) residentes en la comunidad autónoma de Aragón.

La ENS-06 es de ámbito poblacional nacional. La selección de las viviendas se realiza mediante muestreo polietápico poliestratificado, siendo las unidades de primera etapa las secciones censales de los municipios y las de segunda etapa las viviendas familiares principales de esas secciones. La selección de las unidades de tercera etapa, a las que se les realiza la encuesta, se hizo a partir de las personas encuestables en la vivienda. La información se recoge mediante entrevista personalizada.

Las variables sociodemográficas analizadas fueron sexo, edad, nacionalidad, tamaño del municipio de residencia y provincia, nivel de estudios y clase social. Entre las variables que hacen referencia al estado de salud del individuo se incluyeron la valoración del estado de salud por parte de los encuestados, el diagnóstico y tratamiento habitual

de las enfermedades crónicas y existencia de enfermedad limitante. Se estudiaron variables relativas a los estilos de vida, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, número de horas de sueño diarias, peso percibido y talla y peso autorreferidos. Como variables de utilización de servicios, se incluyeron la hospitalización, la visita a servicios de urgencias y la consulta médica en las últimas 4 semanas. En relación con el consumo de medicamentos, se analizaron las respuestas para 22 grupos de medicamentos y el tipo de consumo, en función de que fuese con o sin receta. Se denominó como «autoconsumo» al consumo de fármacos realizado sin receta médica.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables seleccionadas. Para estudiar su posible asociación con el consumo de fármacos se utilizó el test de ji cuadrado de Pearson. Se utilizó la regresión logística binaria, para estimar la asociación entre el consumo y autoconsumo de fármacos y las variables analizadas, recurriendo al método por pasos condicional hacia delante para la selección de las variables. Las odds ratios (OR) de las variables fueron calculadas con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se aceptó que existían diferencias significativas cuando el valor de p era inferior a 0,05.

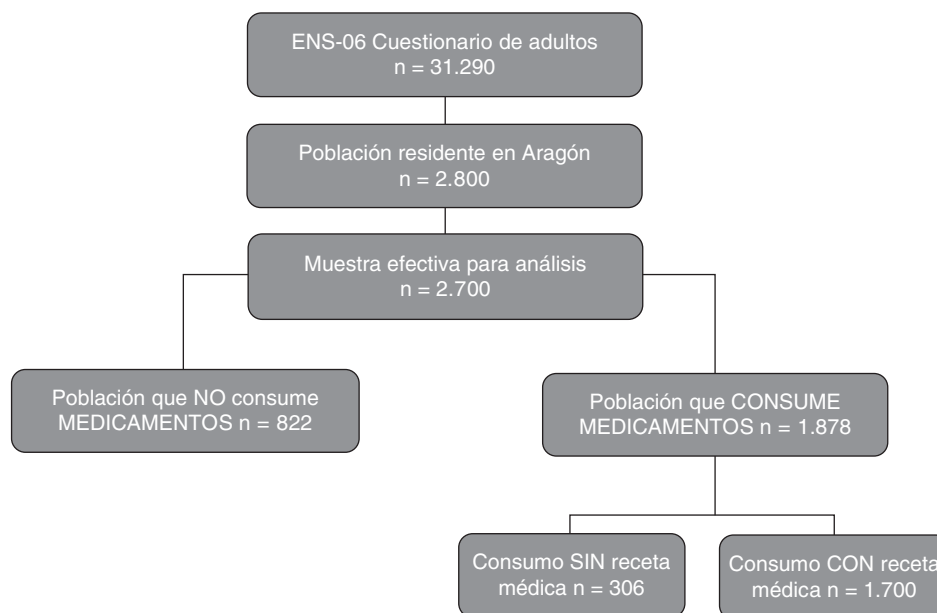
Para evitar errores asociados al diseño, la falta de respuesta y la distribución de la población, se aplicó el factor de ponderación proporcionado para el adulto en la ENS-06.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS®14.0, licencia de la Universidad de Zaragoza.

El 70,4% definieron su estado de salud como «bueno» o «muy bueno». El 21% presentaba alguna enfermedad crónica y el 29,3% había sufrido alguna limitación en su actividad diaria durante el último año. El 49,2% declararon tener sobrepeso. El 28,5% fumaba habitualmente y el 60% había consumido bebidas alcohólicas en las 2 últimas semanas. El 6,8% dormía < 6 h diarias.

El 38,4% había acudido al médico en las últimas 4 semanas y el 15,2% había recibido una prueba no urgente en ese mismo periodo. El 10% había estado ingresado en un hospital y una cuarta parte (25,4%) había acudido a urgencias, ambos durante el último año. El 65,1% de la población aragonesa había consumido al menos un fármaco en las 2 semanas previas, con una media de 2,23 fármacos (IC 95%: 2,22-2,23). El consumo de ≥ 3 fármacos se observó en el 20,7% de los encuestados. El 53,4% declararon que todos los fármacos habían sido recetados por un facultativo.

El 11,7% de los adultos aragoneses habían consumido medicamentos sin que hubiesen sido recetados por un facultativo, y en un 7,6% de los consumidores ninguno había sido recetado. Los fármacos con un consumo más elevado fueron los analgésicos (25,5%) y antihipertensivos (17,5%). Un 6% de los encuestados declararon haber autoconsumido algún fármaco para el dolor en la última quincena, seguido de un 3,4% que habían tomado medicamentos para el catarro, gripe, garganta o bronquios. Entre los que habían consumido algún fármaco en los últimos 15 días, el 39,2% había consumido para el tratamiento del dolor. Entre los más



Esquema del estudio: Estudio transversal a través del cuestionario de adultos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Se analiza la población residente en Aragón (con respuesta válida) en función del consumo de medicamentos en las últimas dos semanas, diferenciándose entre consumo con o sin receta.

Resultados

Se entrevistó a 2.700 adultos aragoneses, de los 2.800 teóricos (96,43%), que representaban a una población de 1.089.925 habitantes (tabla 1).

consumidos también se encontraban los antihipertensivos (27%) o tratamientos para problemas digestivos (16,5%). Entre las personas que declararon haber autoconsumido algún fármaco, el 51,8% habían tomado fármacos para el dolor, seguido del 29,0% de fármacos para el catarro.

La prevalencia de consumo fue más elevada a medida que aumentaba la edad, en mujeres, en los residentes en Huesca, los que carecían de estudios, los que tenían peor salud percibida y los que habían presentado una enfermedad limitante en el último año. Los adultos no fumadores,

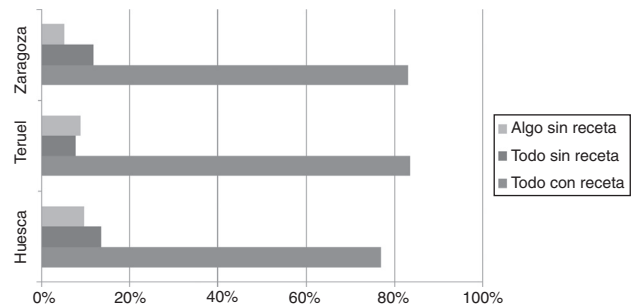
Tabla 1 Características sociodemográficas de la población en estudio

Sexo (%)	
Hombre	49,6
Mujer	50,4
Edad media (IC 95%)	
	47,91 (47,87-47,94)
Provincia de residencia (%)	
Zaragoza	72,2
Huesca	16,4
Teruel	11,4
Nivel de estudios (%)	
Sin estudios	8,2
Estudios primarios	36,6
Enseñanza secundaria	24,0
Enseñanza profesional	14,1
Estudios universitarios	17,1
Clase social (según ocupación)	
Directivos	16,1
Empleados	26,3
Trabajadores manuales cualificados	23,2
Trabajadores manuales semicualificados	16,9
Trabajadores manuales cualificados	17,5
Nacionalidad (%)	
Española	90,1
Extranjera	9,4
Ambas	0,5
País de nacionalidad (%)	
UE	4,0
Otro país de Europa	0,2
Canadá o EE. UU.	0,1
Otro país de América	3,9
Un país de Asia	0,2
Un país de África	1,5

que no consumían bebidas alcohólicas, dormían < 6 h o consideraban tener sobrepeso presentaban igualmente un mayor consumo. El tamaño del municipio y no haber visitado al médico, los servicios de urgencias o haber ingresado en un centro hospitalario, también se asociaron con el consumo (tabla 2).

En los fármacos sin receta, se observó un mayor consumo en las edades centrales de la vida, alcanzando una prevalencia del 17,3% en los individuos de 35 a 44 años. Se observó un mayor consumo en mujeres, pero no fue estadísticamente significativo. Se encontró asociación con residir en la provincia de Huesca y el tamaño del municipio ($p = 0,021$), siendo mayor la prevalencia de autoconsumo en los municipios entre 10.001 y 400.000 habitantes. Se observó un incremento significativo del autoconsumo a medida que el nivel de estudios aumentaba, alcanzando un 16,5% en los que tenían estudios universitarios. Existió un mayor consumo estadísticamente significativo en fumadores habituales y consumidores de bebidas alcohólicas, así como en los directivos (tabla 2).

No se encontró asociación entre la provincia de residencia y el número de fármacos consumidos. Entre los

**Figura 1** Porcentaje de población según el tipo de consumo de medicamentos entre aquellos que habían consumido algún fármaco en los 15 días previos, por provincias.

que declararon haber consumido fármacos en la última quincena, el 13,4% tenía como patrón de consumo «todo autoconsumido» en la provincia de Huesca, frente al 7,8% de Teruel, resultando esta asociación estadísticamente significativa (fig. 1).

Al analizar los factores asociados con un mayor consumo de fármacos se observó que, ajustado por el resto de variables, se mantenían las diferencias observadas por sexo (OR: 1,67; IC 95%: 1,37-2,04) en mujeres, respecto a hombres. Por grupos de edad, tomando como referencia al grupo de 16-24 años, la probabilidad de consumo fue 11 veces mayor para el grupo de 65-74 y casi 12 veces para el de ≥ 75 . Residir en Teruel o Zaragoza presentó un efecto protector para el consumo de medicamentos, así como dormir > 6 h. La mala salud percibida multiplicaba por 5,92 veces (IC 95%: 3,40-10,29) la probabilidad de consumo. La capacidad explicativa del modelo fue del 29,5% (tabla 3).

Los grupos más longevos presentaron una disminución del autoconsumo de medicamentos (grupo ≥ 75 años, OR: 0,43; IC 95%: 0,20-0,94). Se observó un menor autoconsumo en los residentes en Teruel y Zaragoza respecto a la provincia de Huesca. No se encontraron diferencias significativas en relación con el número de horas de sueño o los estudios cursados, pese a haber sido incluidas en el modelo final, que explicó tan solo el 6% de la variabilidad (tabla 3).

Discusión

El 65,1% de los adultos aragoneses habían consumido al menos un fármaco en las últimas 2 semanas, el 11,7% lo hizo sin receta médica. Las frecuencias de consumo fueron más elevadas en mujeres y personas de mayor edad, llegando a ser 11 veces más altas en los mayores de 65 años respecto al grupo más joven. Un mal estado de salud percibido incrementaba de manera significativa el consumo de fármacos. Así mismo, las personas sin estudios presentaron un mayor consumo. Por el contrario, el hecho de autoconsumir fármacos fue más frecuente entre los grupos con mayor nivel de estudios. Dormir más de 6 h resultó ser un factor protector para el consumo de medicamentos.

Los datos de medicación obtenidos en este estudio son similares a los obtenidos para el territorio nacional (65,9%)¹⁴, así como en otros estudios publicados utilizando la ENS¹⁵. Respecto a la media de medicamentos consumidos por los adultos aragoneses (2,23 al día), es conocido que el consumo aumenta con la edad, habiéndose calculado en más de 5 diarios (5,34) para los mayores de 65, estimando

Tabla 2 Variables asociadas al consumo de fármacos (cualquier tipo de consumo) y exclusivamente al autoconsumo de fármacos en Aragón ≥ 16 años. Análisis bivariante

	Consumo de fármacos		Autoconsumo	
	Porcentaje	p ^a	Porcentaje	p ^a
<i>Edad</i>				
16-24	35,3	0,000	11,5	0,000
25-34	49,7		14,3	
35-44	55,6		17,3	
45-54	63,2		11,7	
55-64	79,5		10,7	
65-74	91,8		5,6	
≥ 75	93,2		5,7	
<i>Sexo</i>				
Mujer	71,3	0,000	12,6	0,087
Hombre	58,7		10,8	
<i>Provincia</i>				
Huesca	73,0	0,000	16,8	0,001
Teruel	60,6		10,0	
Zaragoza	64,0		10,8	
<i>Tamaño del municipio</i>				
≤ 2.000 hab.	68,4	0,007	9,1	0,021
2.001-10.000 hab.	58,9		11,9	
10.001-400.000 hab.	66,2		14,2	
≥ 400.000 hab.	65,5		11,6	
<i>Nivel de estudios</i>				
Sin estudios	86,5	0,000	7,7	0,000
Estudios primarios	68,5		8,6	
Estudios secundarios	53,8		15,4	
Estudios universitarios	62,4		16,5	
<i>Clase social</i>				
Directivos	62,8	0,111	16,4	0,000
Empleados	65,6		9,5	
Trabajadores semi-no cualificados	65,2		14,4	
<i>Estado de salud</i>				
Bueno	55,2	0,000	12,8	0,063
Regular	87,2		8,6	
Malo	92,1		10,0	
<i>Enfermedad limitante</i>				
Sí	88,6	0,000	10,7	0,092
No	73,7		12,2	
<i>IMC calculado</i>				
Normal	57,7	0,000	13,1	0,001
Sobrepeso	71,2		10,4	
<i>Peso percibido</i>				
Normal	60,4	0,000	11,9	0,437
Sobrepeso	72,3		11,3	
<i>Hábito tabáquico</i>				
Sí	56,1	0,000	14,5	0,000
No	68,6		10,6	
<i>Consumo de alcohol</i>				
Sí	61,8	0,000	12,8	0,005
No	69,7		10,1	

Tabla 2 (Continuación)

	Consumo de fármacos		Autoconsumo	
	Porcentaje	p ^a	Porcentaje	p ^a
<i>Horas de sueño</i>				
< 6 h	85,6	0,000	14,6	0,261
≥ 6 h	63,5		11,5	
<i>Visitas al MAP</i>				
Sí	63,7	0,033	11,5	0,502
No	82,4		13,5	
<i>Hospitalización</i>				
Sí	75,4	0,000	12,7	0,124
No	63,9		11,6	
<i>Visitas a urgencias</i>				
Sí	72,3	0,000	12,1	0,670
No	62,6		11,6	

IMC: índice de masa corporal; MAP: médico de atención primaria.

^a Test estadístico: ji al cuadrado.

Tabla 3 Variables asociadas al consumo de fármacos (cualquier tipo de consumo) y exclusivamente al autoconsumo de fármacos en Aragón ≥ 16 años. Análisis multivariante: regresión logística

	Consumo de fármacos			Autoconsumo		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
<i>Sexo</i>						
Hombre	1					
Mujer	1,67	1,37-2,04	0,000	NS	—	—
<i>Edad</i>						
16-24 años	1			1		
25-34 años	1,74	1,08-2,81	0,022	1,38	0,70-2,71	0,354
35-44 años	1,74	1,10-2,75	0,017	1,41	0,74-2,72	0,300
45-54 años	2,06	1,29-3,29	0,002	0,97	0,50-1,92	0,940
55-64 años	3,70	2,25-6,11	0,000	0,80	0,39-1,65	0,554
65-74 años	10,97	6,27-19,17	0,000	0,44	0,20-0,97	0,041
≥75 años	11,70	6,63-20,65	0,000	0,43	0,20-0,94	0,035
<i>Provincia</i>						
Huesca	1			1		
Teruel	0,55	0,41-0,74	0,000	0,59	0,40-0,86	0,007
Zaragoza	0,72	0,57-0,92	0,007	0,57	0,43-0,76	0,000
<i>Nivel de estudios</i>						
Sin estudios				1		0,014
Estudios primarios	NS	—	—	0,66	0,39-1,12	0,122
Estudios secundarios	NS	—	—	0,89	0,49-1,61	0,705
Estudios universitarios	NS	—	—	1,12	0,62-2,05	0,707
<i>Estado de salud</i>						
Bueno	1					
Regular	4,18	3,12-5,60	0,000	NS	—	—
Malo	5,91	3,40-10,29	0,000	NS	—	—
<i>Horas de sueño</i>						
< 6 h	1			1		
> 6 h	0,60	0,39-0,93	0,022	0,65	0,42-1,00	0,050
<i>Constante</i>						
	0,90		0,741	0,38		0,040

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NS: variable no significativa; OR: odds ratios.

Nota: R² Nagelkerke = 0,295 (consumo de fármacos); R² Nagelkerke = 0,063 (autoconsumo).

que al menos uno de los mismos es innecesario, lo que podría favorecer la aparición de efectos adversos¹⁶. Entre los más dispensados en España están los fármacos para enfermedades cardiovasculares, analgésicos y trastornos psiquiátricos¹⁷. Estos fármacos, junto con los antineoplásicos, son los que más gasto generan al SNS. En consonancia con estos resultados, los fármacos consumidos con más frecuencia son los antihipertensivos y analgésicos.

Se ha observado un mayor consumo en mujeres. Estos resultados son coincidentes con los de un estudio desarrollado en España en población anciana¹⁸. En Cataluña¹⁹ se observó que 2 tercios de la población adulta habían tomado al menos un medicamento en la última quincena, superando las mujeres las 3 cuartas partes, en concordancia con una peor percepción de su estado de salud. Este aspecto es de especial relevancia debido al «sesgo del género» descrito en otros estudios²⁰, donde se observa que las mujeres, además, reciben fármacos de peor calidad. En lo que respecta al consumo en relación con el municipio de residencia, a pesar de haber encontrado diferencias, no parece existir un patrón claro según el número de habitantes. Según Ripio et al.²¹, las zonas básicas de salud con menos habitantes por núcleo de población y médico consumen más antibióticos. En otro trabajo se observó que los antibióticos se consumen más en áreas urbanas, siendo la población pediátrica y los ancianos más consumidores²². La asociación entre las pocas horas de sueño y un mayor consumo de fármacos ha sido previamente documentada. El 30% de los adultos tienen problemas de insomnio y muchos de ellos toman fármacos por este motivo²³. Además, está demostrada la asociación existente entre dormir pocas horas y algunas enfermedades crónicas, como la hipertensión o la obesidad²⁴⁻²⁶.

Según el INE¹⁴, el autoconsumo entre los adultos en España es del 15,56%, superior al de Aragón (11,7%). Los resultados de este trabajo concuerdan con los obtenidos por Orueta et al.¹⁵, que concluyó que la automedicación es mayor en mujeres con alto nivel cultural.

Las posibles limitaciones se encuentran relacionadas con el uso de la ENS-06. La recogida de información está basada en la autodeclaración de los encuestados, pudiendo existir un sesgo de memoria. Además, la ENS-06 no es una encuesta elaborada específicamente para el consumo de fármacos por parte de la población. No obstante, la ENS es una fuente de información ampliamente utilizada en nuestro medio.

El conocimiento y motivación por parte de los profesionales son fundamentales para influir en la cultura ciudadana respecto a la toma de fármacos²⁷. Aunque es habitual que la población no solicite receta para aquellos fármacos en los que no es necesario, como los tratamientos para el dolor o para el catarro, se ha constatado que la automedicación en fármacos que requieren receta representa aproximadamente el 40%²⁸. En estos colectivos de autoconsumidores, las acciones educativas de tipo «no consuma» parecen tener baja eficacia. La automedicación responsable, definida como «la voluntad y capacidad de las personas o pacientes para participar de manera inteligente y autónoma en las decisiones y en la gestión de las actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas que les atañen»²⁸ es una fórmula de mayor validez. Acciones como la receta electrónica o los nuevos sistemas de gestión de pacientes pueden ser eficaces²⁹ al plantear modelos de prescripción asistidos, ahorro económico y de tiempo y mejora de la prescripción,

y probablemente conseguirán desburocratizar, al menos en parte, las consultas de atención primaria, generadoras del 90% de las recetas³⁰. Sin embargo, todavía desconocemos el efecto que otras medidas pueden provocar en los patrones de consumo de fármacos, como el nuevo copago farmacéutico.

Lo conocido sobre el tema

El consumo de fármacos en nuestro medio es elevado, así como el consumo sin receta médica, lo que supone importantes problemas en la seguridad de los pacientes.

La identificación de factores asociados al consumo resulta de interés para conocer el perfil de estos usuarios.

Qué aporta este estudio

La prevalencia de consumo y autoconsumo de fármacos en Aragón es alta.

Existen diferencias de consumo según género, edad, salud percibida, nivel educativo y horas de sueño.

Conocer estas características es de utilidad para implicar a los grupos susceptibles en una automedicación responsable.

Financiación

El presente estudio ha contado con financiación externa por parte del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (i+cs) dentro del proyecto de investigación ics08/0207 «Consumo de medicamentos en Aragón en el contexto nacional».

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lopez-Casasnovas G. Regulación, innovación y mejora de las prestaciones sanitarias. El sector del medicamento. *Gac Sanit.* 2008;22:52-7.
2. Lobo E, Rabanaque MJ, Carrera P, Abad JM, Moliner J. Relationship between physician and industry in Aragón (Spain). *Gac Sanit.* 2012;26:336-42.
3. Riera EJC, de la Fuente DO, Rodríguez RMR. El mensaje publicitario de los anuncios de fármacos en las revistas médicas españolas. *Gac Sanit.* 2007;21:371-7.
4. Garzón G AJ, Carrión C, García PA, Liñares M, Maganto A. ¿Qué se puede hacer en un área sanitaria para mejorar el control del gasto farmacéutico? *Rev Adm Sanit.* 2006;4.
5. Barbero-Gonzalez A, Pastor-Sanchez R, del Arco-Ortiz de Zarate J, Eyaralar-Riera T, Espejo-Guerrero J. Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica. *Aten Primaria.* 2006;37:78-87.

6. van de Sande-Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, Tiemersma E, Monen J, Goossens H, et al. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerg Infect Dis*. 2008;14:1722-30.
7. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, Muller A, Minalu G, Faes C, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997-2009). *J Antimicrob Chemother*. 2011;66:3-12.
8. Hernández BEJ. Automedicación con antibióticos: una realidad vigente. *Centro de Salud*. 2001;9:357-64.
9. Gascon Canovas JJ, Saturno Hernandez PJ, Sanchez Sanchez JA. Utilidad del informe del usuario en la monitorización del uso racional de medicamentos. *Aten Primaria*. 2001;27:395-402.
10. Ausejo Segura M. Los nuevos precios de referencia: una oportunidad en la gestión eficiente del medicamento. *Aten Primaria*. 2005;35:64-6.
11. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit*. 2012;26:174-5.
12. Rodríguez M, Puig-Junoy J. Por qué no hay que temer al copago. *Gac Sanit*. 2012;26:78-9.
13. Rohlfs I, Borrell C, Anitua C, Artazcoz L, Colomer C, Escriba V, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit*. 2000;14:146-55.
14. Instituto Nacional de Estadística. *Salud: Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: INE, 2006.
15. Orueta R, Gómez-Calcerrada RM, Sánchez A. Actualización en medicina de familia. automedicación. *Semergen*. 2008;34:133-7.
16. Blasco F, Pérez R, Martínez J, Jiménez AI, García MJ, Cornide L. Estudio del consumo de fármacos inadecuados o no indicados en el anciano que ingresa en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2008;25:269-74.
17. Barrio IM, Simón P, March JC, Prieto MA. Legibilidad gramatical de los prospectos de los medicamentos de más consumo y facturación en España en 2005. *Rev Esp Salud Pública*. 2008;82:559-66.
18. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez del Molino J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:209-19.
19. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balana L, Balaguer-Vintro II. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002;16:121-30.
20. Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Pereiró Belenguer I, Martínez-Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria*. 2002;30:163-70.
21. Ripio MA, Jiménez JI, Pedraza A. Variabilidad en la prescripción de antibióticos en la provincia de Ávila. *Rev Esp Quimioterap*. 2007;20:44-50.
22. Pastor García E, Eiros Bouza JM, May Iscar A. Influencia de la estructura de la población en el consumo de antibióticos sistémicos en la provincia de Valladolid. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:293-300.
23. Neubauer DN. The evolution and development of insomnia pharmacotherapies. *J Clin Sleep Med*. 2007;3:S11-5.
24. Nieto FJ, Young TB, Lind BK, Shahar E, Samet JM, Redline S, et al. Association of sleep-disordered breathing, sleep apnea, and hypertension in a large community-based study. *Sleep Heart Health Study*. *JAMA*. 2000;283:1829-36.
25. Buscemi D, Kumar A, Nugent R, Nugent K. Short sleep times predict obesity in internal medicine clinic patients. *J Clin Sleep Med*. 2007;3:681-8.
26. Newman AB, Nieto FJ, Guidry U, Lind BK, Redline S, Pickering TG, et al. Relation of sleep-disordered breathing to cardiovascular disease risk factors: the Sleep Heart Health Study. *Am J Epidemiol*. 2001;154:50-9.
27. Vallès JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Cucurull E, et al. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. *Gac Sanit*. 2002;16:505-10.
28. Ramírez D, Larrubia O, Escortell E, Martínez R. La automedicación responsable, la publicidad farmacéutica y su marco en la Atención Primaria. *Semergen*. 2006;32:117-24.
29. Suárez-Varela J, Beltrán C, Molina T, Navarro P. Receta electrónica: de la utopía a la realidad. *Aten Primaria*. 2005;35:451-9.
30. Cubí R, Faixedas D. Viabilidad de la receta electrónica en España [editorial]. *Aten Primaria*. 2005;36:5.