

Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña

S. Sans / G. Paluzie / T. Puig^a / L. Balañá / I. Balaguer-Vintró

Instituto de Estudios de la Salud. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

^aInstitut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Correspondencia: Dra. Susana Sans Menéndez. Programa CRONICAT. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

C/ Sant Antoni M.^a Claret, 167. 08025 Barcelona.

Correo electrónico: cronicat@santpau.es

Recibido: 25 de septiembre de 2001.

Aceptado: 14 de enero de 2002.

(Prevalence of drug utilization in the adult population of Catalonia, Spain)

Resumen

Objetivos: Describir la prevalencia de la utilización de medicamentos según factores sociodemográficos y estado de salud autopercebido en la población adulta.

Métodos: Examen de salud transversal del estudio CRONICAT/MONICA-Cataluña realizado en 1994-1996 en una muestra aleatoria de la población general de 25 a 64 años. Se interrogó a 3.421 participantes (tasa de respuesta del 72%) con cuestionario abierto sobre los medicamentos consumidos durante las dos semanas previas y otros hábitos de salud. Los medicamentos se codificaron posteriormente según la clasificación ATC (versión 1993).

Resultados: Mayor proporción de mujeres (38%) que de varones (26%) autopercebió peor estado de salud ($p < 0,001$). El consumo total de medicamentos ajustado por edad fue: varones, del 57% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 55-59), y en mujeres, del 76% (IC del 95%, 74-78). Excluyendo los anticonceptivos, el consumo regular fue: varones, del 35% (IC del 95%, 33-37), y en mujeres, del 48% (IC del 95%, 46-51). Tomaron más de un medicamento el 29% de los varones y el 48% de las mujeres ($p < 0,001$). Ni el nivel educativo ni el estado civil influyeron en la toma de medicamentos. Mayor proporción de jubilados o pensionistas consumieron medicamentos (68%; IC del 95%, 62-74) que los trabajadores activos (54%; IC del 95%, 52-57) sólo en los varones. Los medicamentos más consumidos fueron para el sistema nervioso (35% en varones; 51% en mujeres; $p < 0,001$); digestivo (15%) y cardiovascular (9% en varones; 13% en mujeres; $p < 0,001$). La mayoría de la medicación consumida fue prescrita por el especialista (40%) y una cuarta parte fue autoprescrita.

Conclusiones: La prevalencia del consumo total de medicamentos en la población adulta de Cataluña es alta, especialmente entre las mujeres, quienes autoperceben peor salud. Las políticas de racionalización del gasto farmacéutico deberían considerar el patrón epidemiológico.

Palabras clave: Utilización de medicamentos. Prevalencia. Encuestas de salud. Salud autopercebida. Género. Socioeconómico. Farmacoepidemiología.

Summary

Objectives: To describe the prevalence of drug utilization according to sociodemographic factors and self-perceived health in the adult population.

Methods: Cross-sectional health survey of the CRONICAT/MONICA-Catalonia study carried out in 1994-96 in a random sample of the general population aged 25-64 years. A total of 3,421 participants (72% response rate) were interviewed about drug consumption in the previous two weeks with an open questionnaire. The participants were also asked about other health habits. Drugs were subsequently classified according to the ATC classification (1993 version).

Results: A higher proportion of women (38%) than men (26%) self-perceived poor health status ($p < 0.001$). Age-adjusted total drug utilization was 57% in men (95%CI: 55-59) and 76% in women (95%CI: 74-78). Excluding contraceptives, regular drug utilization was 35% in men (95%CI: 33-37) and 48% in women (95%CI: 46-51). Twenty-nine percent of men and 48% of women ($p < 0.001$) took more than one drug. Neither educational level nor marital status influenced drug utilization. Among men, drug consumption was higher in retired individuals and pensioners (68%; 95%CI: 62-74) than in active workers (54%; 95%CI: 52-57). The most frequently used drugs were those for the nervous system (35% men and 51% women; $p < 0.001$), alimentary tract (15%) and the cardiovascular system (9% and 13%; $p < 0.001$). Most drugs (40%) were prescribed by specialists and one quarter was self-prescribed.

Conclusions: The prevalence of total drug utilization in the adult population of Catalonia is high, specially among women, who self-perceived worse health status. Policies of rationalization of drug expenditures should take the epidemiological pattern into account.

Key words: Drug utilization. Prevalence. Health surveys. Self-perceived health. Gender. Socioeconomic. Pharmacoepidemiology.

Introducción

En los países europeos se asiste a un interesante debate sobre el aumento del gasto farmacéutico y la necesidad de armonizar y regular el mercado de medicamentos en la Unión Europea, dadas las peculiaridades sanitarias de cada país miembro^{1,2}. España es uno de los países de la Unión con mayor número de especialidades farmacéuticas y porcentaje de gasto farmacéutico sobre el total del gasto sanitario público (19% en 1996)^{1,2}. Entre 1986 y 1996 el gasto per cápita del consumo total farmacéutico aumentó de 8.766 a 16.584 ptas. constantes por habitante³. El Real Decreto-Ley 5/2000 de 23 de junio (BOE 151) sobre medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico y utilización racional del uso de medicamentos indica que éste es uno de los temas prioritarios de la política y gestión sanitarias.

A pesar de la envergadura del problema, son escasos la información y el conocimiento disponibles sobre la utilización de medicamentos por subgrupos de población, ya que gran parte de los estudios previos se encaminó al análisis del gasto y la sociología de la prescripción, y analizó indirectamente el consumo de medicamentos a partir de las unidades de venta, las prescripciones, fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria, o el botiquín familiar^{4,6}. Las encuestas de salud poblacionales son mejores herramientas para obtener esta información, pero se han publicado pocos estudios de esta naturaleza⁷⁻⁹.

El objetivo del presente trabajo es describir la prevalencia del consumo de medicamentos entre la población general de 25 a 64 años y su relación con el estado autopercebido de salud y otras características sociodemográficas, así como los prescriptores de la medicación.

Métodos

Éste es un estudio transversal sobre la población general de 25 a 64 años de Cataluña, basado en la tercera encuesta/examen de salud de los estudios CRO-NICAT/MONICA-Cataluña¹⁰.

El área de estudio, la población diana, los métodos de muestreo y reclutamiento de los participantes han sido descritos anteriormente^{11,12}. Se utilizó un diseño de muestreo bietápico. Primero se escogieron aleatoriamente municipios en un muestreo aleatorio proporcional a la población de cada municipio del área. En segundo lugar, se eligió a los individuos de los 9 municipios seleccionados mediante muestreo aleatorio simple estratificado por grupos de edad extraídos de los padrones municipales. Sobre una muestra final de 4.950

sujetos, participaron 3.485 (1.827 varones y 1.658 mujeres; tasa de respuesta del 72%), de los cuales 50 fueron excluidos del presente análisis por ser mayores de 64 años y 14 por falta de información sobre la medicación.

La encuesta/examen de salud se realizó en dos unidades móviles, entre junio de 1994 y mayo de 1996. Para minimizar variaciones estacionales, la muestra escogida en cada municipio se distribuyó aleatoriamente en dos mitades que fueron examinadas en estaciones del año opuestas. Un equipo de enfermeras entrenadas administró los cuestionarios, previo consentimiento informado de cada participante. Se valoró la autopercepción del estado de salud mediante la pregunta: «¿Cómo diría usted que ha sido su salud en general durante los últimos 12 meses?: muy buena, buena, regular, mala, muy mala». El estado civil se agrupó en dos categorías: casado/a o emparejado/a y soltero/a o separado/a o divorciado/a o viudo/a. La educación se agrupó en tres niveles: universitario/a, secundaria y primaria o inferior, incluyendo el analfabetismo. La situación laboral se clasificó en: a) activo/a; b) desempleado/a, c) jubilado/a o pensionista; d) ama de casa, y e) otros (estudiantes o enfermedad de larga duración).

Clasificación de los medicamentos

Se solicitó a cada participante que llevara a la revisión los prospectos y/o los envases de todos los medicamentos que hubiese tomado en las dos semanas anteriores a la entrevista. La enfermera anotó el nombre comercial, la dosis diaria, la periodicidad y el prescriptor según declaración del/la participante. En caso de que éste/a olvidara traer los medicamentos, se concertaba una llamada telefónica para solicitárselos. Con posterioridad a la entrevista, los medicamentos fueron codificados según la clasificación ATC¹³ (Anatomical Therapeutic Chemical), versión de enero de 1993. Para este artículo se utilizaron los dos primeros niveles de la ATC. En el caso de medicamentos con múltiples códigos ATC según su indicación terapéutica, se escogió el código del grupo correspondiente al motivo de salud declarado por el/la participante. Se codificó hasta un máximo de 5 medicamentos por participante y en caso de superarlos (2% de los participantes), se dio preferencia a los de consumo regular.

Se definió «regular» la toma diaria de un medicamento dentro de las dos semanas previas a la entrevista, incluso si la duración del tratamiento fue inferior, y «ocasional» al consumo casual de un medicamento, o cuando la ingesta hubiera sido irregular a pesar de tener prescrita una pauta; se denomina «total» cuando se consideran indistintamente ambos tipos de consumo.

Análisis estadístico

Se empleó el paquete estadístico SPSS® 9.0¹⁴ para Windows®. Para la estandarización por edad según el método directo, se utilizó la población del área de estudio del año 1991 como estándar (pesos de 0,31, 25-34 años; 0,27, 35-44 años; 0,21, 45-54 años, y 0,21, 55-64 años). Para comparar las proporciones se empleó la prueba de la χ^2 de Pearson. Las proporciones se presentan con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

El 33% (IC del 95%, 32-35) de los participantes (varones, 26%, IC del 95%, 24-28; mujeres, 38%, IC del 95%, 35-40 ajustando para la edad) declaró haber percibido regular, mala o muy mala salud durante el último año. Las mujeres autopercebieron significativamente peor estado de salud que los varones en todos los grupos de edad a partir de los 35 años (fig. 1).

El 67% (IC del 95%, 65-69) de los participantes de 25 a 64 años consumió al menos un medicamento en los 15 días anteriores al examen, y un 46% (IC del 95%, 45-48) lo hizo de forma regular. El consumo aumentó significativamente con la edad en ambos sexos y fue

superior en las mujeres en todos los grupos de edad, incluso al excluir los anticonceptivos. Ni el estado civil ni el nivel educativo se asociaron a la toma de medicamentos (tabla 1). El consumo de medicamentos fue más alto en jubilados o pensionistas pero no en las jubiladas, y también en el grupo «otros» de ambos sexos. La mayoría de los varones eran trabajadores activos (77%), frente a sólo el 49% de las mujeres, y la jubilación alcanzaba al 22% de los varones y al 11% de las mujeres de los mayores de 45 años. La mediana de medicamentos consumidos fue uno en ambos sexos y en todos los grupos de edad, excepto en las mujeres de 45 a 64 años, que fue de dos.

El número de fármacos consumidos de forma regular aumentó según el grado de salud autopercebida (varones: $\chi^2 = 270,4$; $p < 0,0001$; mujeres: $\chi^2 = 367,4$, $p < 0,0001$) (fig. 2). El 44% de los/as participantes que declararon tener mala o muy mala salud en el último año consumieron tres o más medicamentos de forma regular en los 15 días anteriores, sin diferencias de género significativas (excluyendo los anticonceptivos). Entre los que declararon muy buena salud, el 21% de los varones (IC del 95%, 16-26) y el 27% de las mujeres (IC del 95%, 20-33) (34%; IC del 95%, 27-41, incluyendo anticonceptivos) había tomado al menos un medicamento.

Los grupos terapéuticos de mayor consumo total fueron los del sistema nervioso, con un 43% (varones: 35%,

Figura 1. Nivel de salud autopercebida durante el último año según grupo de edad y sexo. Estudio CRONICAT, 1994-1996.

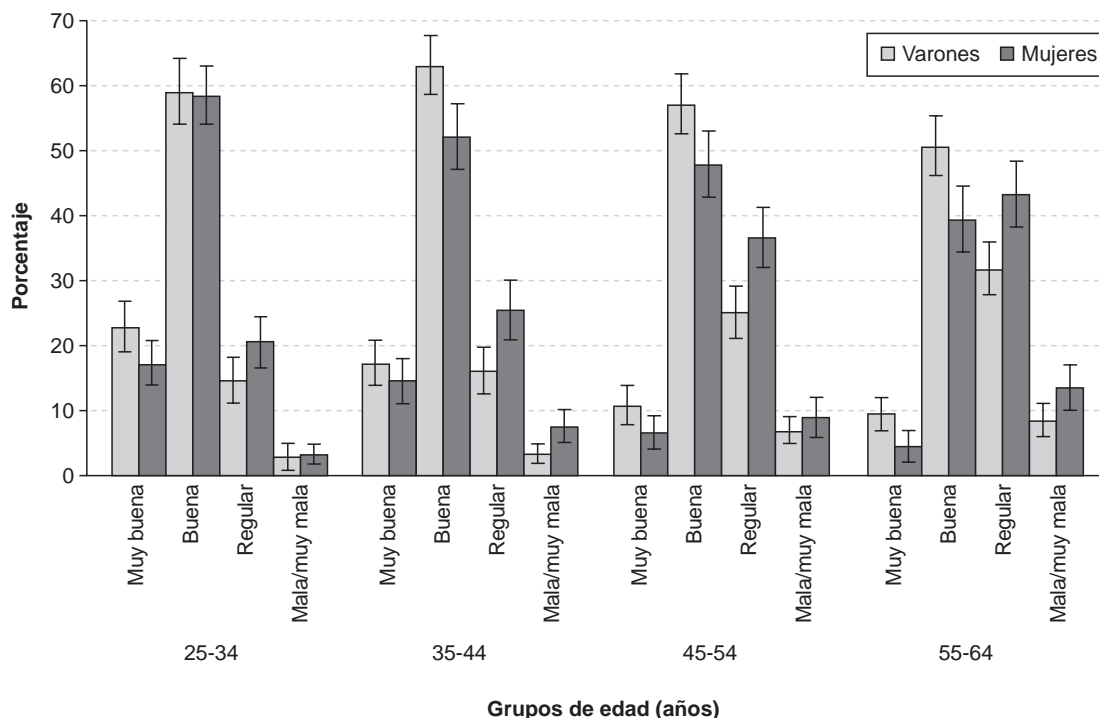


Tabla 1. Prevalencia (IC del 95%) del consumo de medicamentos según factores sociodemográficos; 25-64 años ajustado por edad. Estudio CRONICAT, 1994-1996

	Varones			Mujeres				
	Número	Total (%)	Regular (%)	Número	Total (%)	Regular (%)	Excepto anticonceptivos	
							Total (%)	Regular (%)
Grupo de edad								
25-64	1.799	56,8 (54,5-59,1)	35,0 (32,8-37,2)	1.622	76,2 (74,1-78,2)	55,2 (52,7-57,6)	72,9 (70,7-75,1)	48,4 (46,0-50,8)
25-34	403	52,4 (47,5-57,2)	25,6 (21,3-29,8)	416	74,0 (69,8-78,3)	53,6 (48,8-58,4)	64,2 (59,6-68,8)	34,6 (30,0-39,2)
35-44	445	50,3 (45,7-55,0)	26,3 (22,2-30,4)	407	69,8 (65,3-74,2)	43,7 (38,9-48,6)	69,3 (64,8-73,8)	41,3 (36,5-46,1)
45-54	471	58,8 (54,4-63,3)	38,6 (34,2-43,0)	416	79,6 (75,7-83,4)	57,0 (52,2-61,7)	79,1 (75,2-83,0)	55,8 (51,0-60,5)
55-64	480	70,0 (65,9-74,1)	56,7 (52,2-61,1)	383	84,3 (80,7-88,0)	70,8 (66,2-75,3)	84,3 (80,7-88,0)	70,8 (66,2-75,3)
Estado civil								
Casado/a-emparejado/a	1.517	56,8 (54,3-59,3)	33,9 (31,5-36,3)	1.366	76,5 (74,3-78,8)	55,7 (53,0-58,3)	73,2 (70,8-75,5)	48,2 (45,6-50,9)
Soltero/a-divorciado/a-viudo/a	282	59,7 (54,0-65,4)	41,0 (35,2-46,7)	256	75,2 (69,9-80,5)	52,9 (46,8-59,1)	72,4 (66,9-77,9)	48,9 (42,8-55,0)
Nivel educativo								
Universitario	151	55,9 (48,0-63,8)	29,2 (22,0-36,5)	138	74,6 (67,4-81,9)	51,6 (43,3-59,9)	69,6 (61,9-77,2)	43,2 (34,9-51,4)
Secundaria	484	54,8 (50,4-59,3)	34,1 (29,9-38,3)	378	71,8 (67,3-76,4)	49,4 (44,4-54,5)	69,8 (65,2-74,4)	43,9 (38,9-48,9)
Primaria o inferior	1.159	58,0 (55,1-60,8)	35,3 (32,5-38,0)	1.105	76,8 (74,3-79,3)	54,8 (51,8-57,7)	72,9 (70,3-75,6)	48,1 (45,2-51,1)
Situación laboral								
Activo/a	1.387	54,2 (51,6-56,8)	31,2 (28,8-33,7)	800	73,2 (70,1-76,3)	51,0 (47,6-54,5)	69,5 (66,3-72,7)	43,4 (39,9-46,8)
Desempleado/a	122	53,8 (44,9-62,6)	34,7 (26,2-43,1)	102	79,8 (72,0-87,6)	61,5 (52,1-71,0)	75,8 (67,5-84,1)	54,3 (44,6-64,0)
Jubilado/a o pensionista	216	68,0 (61,7-74,2)	64,1 (57,7-70,5)	96	69,8 (60,6-78,9)	36,3 (26,7-46,0)	69,8 (60,6-78,9)	36,3 (26,7-46,0)
Ama de casa				581	77,9 (74,5-81,3)	54,0 (49,9-58,0)	75,6 (72,1-79,1)	49,4 (45,3-53,5)
Otros (estudiantes, enfermedad larga duración)	72	85,0 (76,7-93,2)	73,0 (62,8-83,3)	42	94,6 (87,8-101,5)	86,5 (76,1-96,8)	94,6 (87,8-101,5)	82,6 (71,2-94,1)
N.º de medicamentos								
0		43,2 (41,2-45,7)	65,4 (63,2-67,6)		23,8 (21,8-25,9)	44,8 (42,4-47,3)	26,9 (24,8-29,1)	51,5 (49,0-53,9)
1		27,3 (25,2-29,4)	16,8 (15,0-18,5)		27,7 (25,5-29,9)	26,2 (24,1-28,4)	28,4 (26,2-30,6)	21,3 (19,3-23,3)
2		14,6 (13,0-16,3)	9,3 (8,0-10,6)		23,0 (21,0-25,1)	15,3 (13,6-17,1)	20,7 (18,7-22,7)	14,2 (12,5-15,9)
3 o más		14,7 (13,0-16,3)	8,6 (7,3-9,9)		25,4 (23,3-27,5)	13,6 (12,0-15,3)	24,1 (22,0-26,2)	13,0 (11,4-14,6)

Test de tendencia de Mantel-Haenszel del grupo de edad (gl = 1): varones total $\chi^2 = 36,1$; $p < 0,001$; varones regular $\chi^2 = 18,2$; $p < 0,001$; mujeres total $\chi^2 = 109,4$; $p < 0,001$; mujeres regular $\chi^2 = 32,5$; $p < 0,001$; mujeres total y excluido anovulatorios, $\chi^2 = 51,5$; $p < 0,001$; mujeres regular, excluido anovulatorios, $\chi^2 = 119,9$; $p < 0,001$.

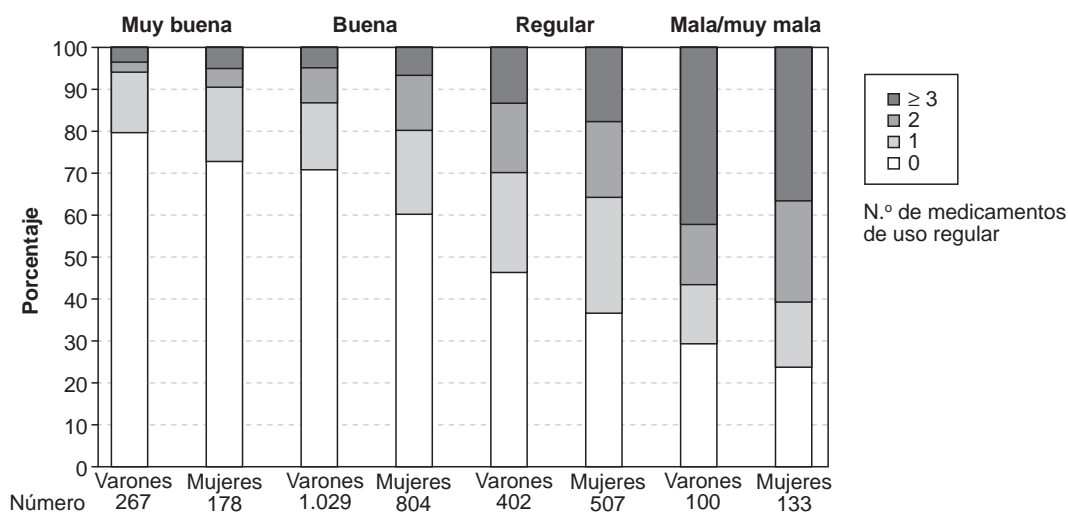
IC del 95%, 33-37; mujeres: 51%, IC del 95%, 49-54), digestivo (15%) y cardiovascular, con un 13% (varones: 9%, IC del 95%, 8-11; mujeres: 13%, IC del 95%, 11-15) (tabla 2). Los subgrupos más frecuentemente consumidos fueron los analgésicos, psicópticos (antipsicóticos, ansiolíticos o sedantes) y antiinflamatorios en todos los grupos de edad y especialmente entre las mujeres; los anticonceptivos en mujeres menores de 35 años, y los hipotensores en varones y mujeres de 55 a 64 años. El consumo de fármacos cardiovasculares, genitourinarios, hormonales, antiinfecciosos, del sistema nervioso, del aparato locomotor, antianémicos y vitaminas fue superior en las mujeres, y los antiulcerosos, antitrombóticos y terapia cardíaca superior en los varones. En el resto de los grupos y subgrupos terapéuticos no se observaron diferencias de género (tabla 2). El 16% de los medicamentos consumidos contenían combinaciones de dos o más principios activos incluidas en la clasificación ATC. Otro 4,5% de los me-

dicamentos, principalmente anticatarrales/antitusígenos, contenían combinaciones de principios activos no incluidas en la ATC.

Al restringir el análisis al consumo regular (tabla 3), los medicamentos del sistema nervioso disminuyeron de forma considerable debido a la reducción de los analgésicos; los del grupo digestivo por disminución de los antiulcerosos; los del grupo locomotor por reducción de los antiinflamatorios, y los del respiratorio por los anticatarrales/antitusígenos. El consumo regular del resto de grupos terapéuticos no presentó variaciones sustanciales respecto del consumo total.

La mayoría de los medicamentos fueron prescritos por especialistas en el caso de los varones (34%; IC del 95%, 32-36), y especialmente en las mujeres (41%; IC del 95%, 39-42), seguido por el médico de atención primaria, aunque las proporciones varían según el grupo terapéutico (tabla 4). La autoprescripción fue más frecuente en los varones (34%; IC del 95%, 31-35) que

Figura 2. Número de medicamentos consumidos de forma regular (excepto anticonceptivos) durante los 15 días anteriores según el nivel de salud autopercebida durante el último año; 25 a 64 años ajustado por edad. Estudio CRONICAT, 1994-1996.



en las mujeres (25%; IC del 95%, 23-27). Los analgésicos, los preparados del aparato respiratorio, digestivo y los antiinfecciosos fueron los más frecuentemente autoprescritos, y en las mujeres, además, los del aparato locomotor.

Finalmente el 3% (IC del 95%, 2-4) de los varones y el 11% de las mujeres (IC del 95%, 9-12) utilizaron algún tipo de terapia alternativa, aunque su uso exclusivo se limitó al 1,6%. Las hierbas medicinales y preparados naturistas fueron los más empleados: en varones, un 2% (IC del 95%, 1-3), y en mujeres, un 10% (IC del 95%, 8-11), seguidos de los preparados homeopáticos (0,6%) y las fórmulas magistrales u otros (0,6%).

Discusión

En este estudio casi dos tercios de la población adulta tomó al menos un medicamento en los 15 días anteriores, y casi una cuarta parte, tres o más. Estas cifras son superiores a las de la encuesta de salud de Cataluña⁸ (ESCA) (36% de los varones y el 51% de las mujeres de todas las edades) o a las de la encuesta nacional de salud de España⁹ (42% de los varones y el 53% de las mujeres), aunque los métodos utilizados no son demasiado comparables. En estas dos últimas encuestas se empleó una lista seleccionada de categorías muy genéricas de medicamentos asociadas a indicaciones específicas, mientras que en el presente estudio se utilizó un cuestionario abierto que permitió anotar literalmente todos y cada uno de los medica-

mentos consumidos por el/la entrevistado/a durante los 15 días anteriores a la entrevista. Además, en la ESCA el período cubierto se limitó a 48 h. El consumo regular de medicamentos encontrado en nuestro estudio fue similar, superior e inferior, respectivamente, al de Noruega^{15,16} (27-38% en varones, y del 44-55% en mujeres de mediana edad en las dos semanas previas, 1986-1988), Alemania¹⁷ (42% en varones y del 61% en mujeres de 30 a 64 años, 1984) y Suecia¹⁸ (40% en mujeres de 35-65 años, 1995). En ninguno de estos estudios se explicitó si la toma de medicamentos era ocasional, regular o ambas, y en todos ellos se usaron cuestionarios de listas cerradas y autoadministrados por los participantes. La utilización de una lista cerrada de categorías requiere la decisión *in situ* del observador o del entrevistado no sólo para la clasificación del medicamento, sino también para asociarlo a una patología, y ello puede limitar la información obtenida.

El período de referencia de la toma de medicamentos abarcó las dos semanas previas a la entrevista, dado que un período más corto reduciría la probabilidad de capturar el consumo ocasional de medicación o las enfermedades o recidivas agudas de corta duración. Asimismo se intentó minimizar la posibilidad de sesgos de memoria solicitando con anticipación que los/as participantes acudieran al examen de salud con los folletos o envases de los medicamentos. Además, los métodos utilizados cubren todas las estaciones y, en consecuencia, la patología estacional, por lo que la estimación de la prevalencia de consumo de medicamentos es más sólida. La mayoría de los estudios españoles de consumo farmacéutico se ha realizado en el ámbi-

Tabla 2. Prevalencia^a del consumo total de medicamentos durante los 15 días anteriores según grupo de edad y sexo. Estudio CRONICAT, 1994-1996

Grupo y subgrupo terapéutico ATC	Varones				Mujeres				25-64 ^b	
	25-34	35-44	45-54	55-64	25-34	35-44	45-54	55-64	Varones	Mujeres
Digestivo (A)	7,7	11,9	14,0	20,6	9,9	10,3	17,3	26,6	12,9	15,0
Antiulcerosos (A02)	3,2	7,6	7,9	9,4	2,6	4,9	6,0	7,6	6,7	5,0*
Antidiabéticos (A10)	0,2	1,1	2,3	5,8	0,0	0,2	3,4	5,7	2,1	2,0
Vitaminas (A11) y minerales (A12)	1,7	1,3	3,0	3,8	3,1	2,2	4,8	8,4	2,3	4,3***
Resto digestivo	3,5	2,0	2,3	3,1	4,3	3,7	5,3	6,8	2,8	4,9***
Hematológico (B)	0,7	2,7	6,4	12,5	4,8	3,9	3,8	10,7	4,9	5,6
Antitrombóticos (B01)	0,0	0,4	2,3	8,1	0,2	0,2	0,2	3,4	2,3	0,9***
Antianémicos (B03)	0,2	0,2	0,2	0,4	4,6	3,0	2,4	0,8	0,3	2,9***
Hipolipemiantes (B04)	0,5	2,0	3,6	5,2	0,0	0,2	1,2	6,8	2,5	1,7
Resto hematológico	0,0	0,0	0,6	0,4	0,2	0,5	0,2	0,3	0,2	0,3
Cardiovascular (C)	1,7	4,0	10,8	25,6	0,7	6,6	17,3	35,0	9,2	12,9***
Terapia cardíaca (C01)	0,2	0,7	0,8	5,2	0,0	0,7	0,2	2,3	1,5	0,7*
Antihipertensivos (C02)	0,7	1,8	5,3	14,4	0,0	1,0	8,7	15,4	4,8	5,3
Diuréticos (C03)	0,2	1,1	1,9	6,5	0,0	1,0	3,6	13,1	2,1	3,7**
Vasodilatadores periféricos (C04)	0,0	0,4	0,6	3,8	0,0	0,0	0,5	5,7	1,0	1,3
Vasoprotectores (C05)	0,2	0,2	1,3	1,9	0,7	2,7	4,1	7,8	0,8	3,4***
Bloqueadores beta (C07)	0,5	0,7	3,0	2,9	0,0	1,2	2,4	2,3	1,6	1,3
Dermatológico (D)	2,5	2,0	0,6	0,8	1,9	1,5	1,4	1,3	1,6	1,6
Genitourinario y hormonas sexuales (G)	0,2	0,4	0,8	3,5	30,0	7,6	10,6	5,2	1,1	14,6***
Anticonceptivos hormonales (G03A)	0,0	0,0	0,0	0,0	25,7	4,9	1,4	0,0	0,0	9,6
Resto genitourinario	0,2	0,4	0,8	3,5	4,3	2,7	9,1	5,2	1,1	5,1***
Otras hormonas (H)	0,0	0,7	0,6	1,7	1,4	1,2	2,2	4,7	0,7	2,2***
Antiinfecciosos (J)	7,2	4,9	7,2	6,7	8,9	8,4	8,4	7,3	6,5	8,3*
Antineoplásicos (L)	0,0	0,2	0,6	0,4	0,5	0,2	1,2	0,5	0,3	0,6
Locomotor (M)	4,5	4,9	8,3	13,3	7,0	10,1	11,8	17,8	7,2	11,1***
Antiinflamatorios/antirreumáticos (M01)	3,5	2,9	6,6	8,8	6,5	9,6	10,1	13,8	5,1	9,6***
Antiinflamatorios tópicos (M02)	0,7	1,3	0,8	1,5	0,2	0,0	1,0	2,1	1,1	0,7
Antigotosos (M04)	0,5	1,3	1,7	4,4	0,0	0,2	0,0	1,6	1,8	0,4***
Resto locomotor	0,0	0,2	0,0	0,8	0,2	0,7	0,7	0,8	0,2	0,6
Nervioso (N)	36,7	34,2	35,2	32,9	45,4	50,9	58,7	53,5	34,9	51,4***
Analgésicos (N02)	32,0	28,5	28,5	25,2	40,9	46,4	48,1	39,4	28,9	43,6***
Antiepilépticos (N03)	1,2	0,7	1,5	1,3	0,2	0,5	0,2	1,0	1,1	0,5*
Antiparkinsonianos (N04)	1,0	0,4	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,8	0,5	0,3
Psicolépticos (N05)	4,7	5,4	6,6	8,1	4,3	8,4	14,4	17,5	6,0	10,3***
Psicoanalépticos (N06)	2,0	2,5	3,6	2,9	2,6	5,7	9,4	11,0	2,7	6,6***
Resto nervioso	0,2	0,2	0,8	0,4	0,0	0,5	1,2	1,3	0,4	0,7
Antiparasitario (P)	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1
Respiratorio (R)	10,2	9,2	7,4	11,0	12,3	11,5	9,6	8,9	9,5	10,7
Antiasmáticos (R03)	1,2	1,1	3,2	5,2	1,4	1,2	3,8	2,6	2,4	2,1
Anticatarrales/antitusígenos (R05)	6,9	5,6	3,0	4,4	8,9	7,9	4,1	5,0	5,2	6,8
Antihistamínicos (R06)	1,0	0,9	1,1	1,0	0,2	1,7	1,7	1,3	1,3	1,2
Resto respiratorio	1,7	1,6	1,1	1,0	2,4	2,2	0,7	1,0	1,4	1,7
Sensorial (S)	0,7	0,0	0,8	2,1	0,7	1,0	2,2	2,3	0,8	1,4
Varios (V)	0,2	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1

Los datos se expresan como porcentaje.

^aPorcentajes sobre el número de participantes de cada grupo de edad y sexo. La suma de los porcentajes de cada grupo de edad y sexo puede sumar más de 100; ^bajustada por edad. *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001, χ^2 entre varones y mujeres de 25-64 años para cada grupo terapéutico.

to de la atención primaria pública y, aunque tienen una indudable utilidad, tienen un sesgo de selección, ya que se basan sólo en los pacientes que acuden a dichas consultas.

En nuestro conocimiento, ésta es la primera vez que se publica en España el consumo farmacéutico de la población adulta según variables sociodemográficas. La prevalencia del consumo de medicamentos fue supe-

Tabla 3. Prevalencia^a del consumo regular de medicamentos en grupos terapéuticos seleccionados durante los 15 días anteriores según grupo de edad y sexo. Estudio CRONICAT, 1994-1996

Grupo y subgrupo terapéutico ATC		Grupo de edad				
		25-34	35-44	45-54	55-64	25-64 ^b
Digestivo (A)	Varones	4,5	7,2	11,5	17,3	9,3
	Mujeres	6,7	7,9	13,7	22,7	11,8*
Antiulcerosos (A02)	Varones	1,0	3,6	5,5	6,5	3,8
	Mujeres	1,0	3,7	4,6	5,7	3,5
Locomotor (M)	Varones	3,0	2,9	5,7	9,8	5,0
	Mujeres	2,9	5,4	7,9	12,3	6,6*
Antiinflamatorios/antirreumáticos (M01)	Varones	2,2	1,3	4,0	5,4	3,0
	Mujeres	2,4	5,2	6,3	9,4	5,4**
Nervioso (N)	Varones	7,7	7,6	10,2	12,3	9,2
	Mujeres	8,4	13,0	23,3	26,4	16,5***
Analgésicos (N02)	Varones	2,7	2,2	3,4	3,5	2,9
	Mujeres	3,8	5,4	7,5	6,8	5,6***
Respiratorio (R)	Varones	5,7	6,1	5,3	9,8	6,6
	Mujeres	8,2	8,1	7,0	7,6	7,8
Anticatarrales/antitusígenos (R05)	Varones	3,2	4,3	1,7	4,0	3,3
	Mujeres	5,8	5,4	2,2	4,2	4,6

Los datos se expresan como porcentaje.

^aPorcentaje sobre el total de participantes de cada grupo de edad y sexo; ^bAjustado por edad.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001; χ^2 entre varones y mujeres de 25-64 años para cada grupo terapéutico.

rior en las mujeres en todos los grupos de edad estudiados, independientemente del nivel educativo, del estado civil y de la situación laboral, incluyendo o excluyendo los anticonceptivos. Pocos estudios han tenido la precaución de excluir los anticonceptivos en las comparaciones de género. El mayor consumo farmacéutico en las mujeres podría explicarse por una superior frecuentación médica y, en consecuencia, por una mayor probabilidad de detección y diagnóstico, o por una mayor prescripción inducida por las propias mujeres¹⁹. Sin embargo, este elevado consumo no es sorprendente teniendo en cuenta la mayor prevalencia de mujeres que autopercebieron mala salud, al igual que lo observado en otros estudios^{20,21}, aunque al ajustar por nivel de salud autopercebido no se observaron diferencias significativas de género en el número de medicamentos.

Los grupos terapéuticos de mayor consumo fueron los de los sistemas nervioso, cardiovascular y digestivo, en concordancia tanto con los estudios de utilización de medicamentos por pacientes como los basados en prescripciones o ventas^{7,22-24}. El elevado consumo de analgésicos es similar al de otros estudios españoles^{7,22}, pero algo superior al observado en el norte de Europa¹⁵. Notablemente, al igual que en este último, la utilización de analgésicos fue similar en todos los grupos de edad. La alta prevalencia de dolor en los 6 meses previos entre el 80% de los encuestados demostrada en una encuesta telefónica realizada en Cataluña²⁵ y la elevada autoprescripción (64%), parecida a la de EE.UU.²⁶ podrían contribuir a este tipo de patrón. El consumo de psicoflépticos y psicoanalépticos

Tabla 4. Prescriptores^a de los principales grupos terapéuticos; 25-64 años ajustado por edad. Estudio CRONICAT, 1994-1996

Grupo terapéutico	Varones							Mujeres						
	N.º de medicamentos	Especialista	Médico de atención primaria	Farmacéutico	Auto-prescripción	Otros ^b	Sin información	N.º de medicamentos	Especialista	Médico de atención primaria	Farmacéutico	Auto-prescripción	Otros ^b	Sin información
Digestivo (A)	302	43,3	30,0	2,2	22,5	1,8	1,0	312	50,2	31,2	3,0	13,1	0,5	1,9
Hematológico (B)	115	50,6	47,2	0,0	1,9	0,0	0,3	102	57,2	40,1	1,3	0,9	0,0	0,5
Hipolipemiantes (B04)	53	27,5	71,7	0,0	0,8	0,0	0,0	34	26,5	70,6	0,0	0,0	0,0	2,9
Cardiovascular excepto hipertensión arterial (C)	119	74,5	10,0	2,3	11,3	0,0	1,9	103	77,9	14,6	0,0	1,0	2,1	3,6
Hipertensión arterial ^c (C02)	159	10,1	56,3	18,8	2,8	11,2	0,7	208	11,0	53,2	8,1	3,1	23,3	1,4
Genitourinario (G)	24	98,8	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	241	93,7	5,1	0,4	0,8	0,0	0,0
Antiinfecciosos (J)	129	27,6	43,7	2,6	15,7	5,5	4,9	140	28,8	47,2	0,7	2,9	4,4	6,0
Locomotor (M)	176	42,2	42,5	0,5	6,8	7,3	0,7	205	39,4	38,3	1,4	13,8	2,4	4,6
Nervioso (N)	798	26,1	17,0	0,8	52,7	2,0	1,5	1.169	25,6	27,0	1,2	44,3	0,5	1,3
Analgésicos (N02)	562	7,5	15,6	0,8	72,3	1,8	2,0	807	9,0	27,9	1,7	59,2	0,7	1,4
Respiratorio (R)	209	29,5	24,0	4,4	37,1	4,3	0,7	217	28,0	36,6	4,2	28,7	1,4	1,0
Total	2.110	34,1	25,6	2,0	33,6	3,4	1,3	2.814	40,6	29,1	1,7	25,0	1,7	1,9

Los datos se expresan como porcentaje.

^aPorcentaje ajustado por edad sobre el total de medicamentos consumidos en cada grupo terapéutico y sexo; ^bincluye médico de urgencias, médico de empresa, familiar médico, ATS; ^cen el caso de la hipertensión arterial, se asimiló como prescriptor al personal que realiza el control de la hipertensión.

(antidepresivos, psicoestimulantes) es también coherente con el de otros estudios²⁷⁻²⁹. La mayor prevalencia de medicación cardiovascular entre las mujeres se explica por el tratamiento hipotensor. Es conocido que las mujeres tienden a cuidar mejor su hipertensión¹².

Ciertas condiciones socioeconómicas como la escasa educación, la soledad o el desempleo son factores adversos para el mantenimiento de la salud. Porta y Kritchevsky³⁰ demostraron que a finales de los años setenta existía una correlación inversa entre el gasto de la Seguridad Social en medicamentos y la renta per cápita provinciales. También existe una asociación ecológica entre las tasas de mortalidad total y las tasas de desempleo de las comunidades autónomas³¹. Se han descrito peores índices de salud mental³² y respiratoria³³ entre los desempleados. En la ESCA se observó un mayor consumo de medicamentos entre las mujeres de la clase social V, definida según la ocupación, pero no entre los varones⁸. Sorprendentemente en el presente estudio no se pudo demostrar diferencias del consumo de medicamentos según el nivel educativo, el desempleo o el estado civil, como tampoco se observaron en Noruega¹⁶. Es posible que la accesibilidad casi universal al Sistema Nacional de Salud y, en particular, la cobertura farmacéutica actúen como moduladores o enmascaren las desigualdades en salud³¹.

El consumo de medicamentos más elevado se observó en el subgrupo con larga enfermedad, aunque es minoritario, y entre los jubilados y pensionistas, pero no entre las jubiladas, quizá debido a su menor número. En 1996, el 69% del gasto total del consumo farmacéutico en España era originado por los pensionistas³. En Cataluña este porcentaje fue del 77%²². Se ha estimado que a escala estatal los pensionistas consumen el 76% de los medicamentos prescritos³⁴. Habitualmente se tiende a planificar con el supuesto de que la jubilación ocurre después de los 65 años. Uno de los hallazgos de este estudio es la proporción relativamente alta de jubilados/as prematuros. En los intentos de elaborar indicadores para la asignación de presupuestos de farmacia en la atención primaria³⁵ o de prever el gasto sanitario³⁶ debería considerarse este aspecto, puesto que se trata de colectivos exentos de copago² y pasarlo por alto pudiera contribuir a los desvíos presupuestarios.

La mayoría de los medicamentos fueron originalmente prescritos por especialistas, hospitalarios o no, característica encontrada también en Málaga³⁷. Sin embargo, los hipotensores, antiinfecciosos, anticatarrales/antitusígenos y analgésicos fueron mayoritariamente prescritos, como cabría esperar, en atención primaria. Además, se detectaron interacciones de género: en el caso de los preparados del aparato locomotor se observaron más prescripciones por especia-

listas en los varones, y en los del aparato respiratorio más prescripciones por el médico de atención primaria entre las mujeres. Un tercio del total de la medicación consumida por los varones y un cuarto en las mujeres fueron autoprescritas. Se ha señalado que la primera indicación de un medicamento autoprescrito acostumbra realizarse por un médico u otro personal sanitario, circunstancia que influiría posteriormente en la decisión de tomarlo sin necesidad de prescripción^{38,39}.

El aumento del gasto farmacéutico en los últimos años ha sido muy superior al del gasto sanitario total³⁵. Numerosos factores podrían incidir en este aumento, y sin olvidar la influencia notable, no exenta de controversia, ejercida por la industria sobre los hábitos médicos de prescripción y la opinión pública⁴⁰⁻⁴², probablemente la introducción de fármacos de nueva generación de precios muy superiores y el aumento real del número absoluto de patología debido al envejecimiento de la población⁴³ desempeñen un papel importante. En el debate general sobre el aumento del gasto farmacéutico la referencia a la situación epidemiológica acostumbra a estar ausente, girando más en torno de los comportamientos del médico y el paciente. Parte de las variaciones de prescripción en la atención primaria podrían explicarse por diferentes estructuras sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes atendidos. Sería, pues, conveniente empezar a ir más allá de las simples medidas monetarias en las políticas de racionalización del gasto farmacéutico³⁴, y elaborar estrategias basadas en las patologías más prevalentes para asegurar simultáneamente la optimización del beneficio potencial del arsenal terapéutico disponible. Además de los esfuerzos encaminados a aplicar terapéuticas basadas en la evidencia científica, la profundización en el conocimiento del patrón epidemiológico y de las necesidades de la población, la formación continuada del médico y la información objetiva a los ciudadanos serían otras vías complementarias a seguir.

En conclusión, este estudio constata el elevado consumo de medicamentos entre la población adulta, especialmente entre las mujeres, en concordancia con su peor estado autopercebido de salud.

Agradecimientos

Este estudio no hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de Alberto Oriol Bosch y la colaboración de Carmen Yagüe, Carmen Tirvió, Alicia Álvarez, Pilar Fabré, Iñaki Pérez, Rosa Aguilera, Sílvia Antich, Núria Alarcón y Concepción Campos. El estudio CRONICAT ha sido financiado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, con la colaboración de la Caixa de Manresa.

Bibliografía

1. Taylor D. Prescribing in Europe –forces for change. *Br Med J* 1992;304:239-42.
2. Puig J. Reptes en la gestió de la prestació farmacéutica. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 1999;33:6-13.
3. Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos de España [consultado el 9/7/2001]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com>.
4. Laporte JR, Porta M, Capella D. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. *Br J Clin Pharmacol* 1983;16:301-4.
5. Drobic L, Canela J, Beni C, Ezpeleta A, Castells E. Estudi de l'ús de les consultes i de les prescripcions farmacològiques a l'Assistència Primària de Barcelona. *Gas Sanit Barc* 1983;2:58-61.
6. Puche E, Saucedo R, García Morillas M, Bolaños J, Vila A. Estudio del botiquín familiar y algunas de sus características en la ciudad de Granada. Estudio realizado en 1.548 familias. *Med Clin (Barc)* 1982;79:118-21.
7. Toranzo I, García Pascual LM, Bagan M, Sala Guiteras A, Alcón Domínguez A, Barbosa Boy J, et al. Utilización continuada de medicamentos: estudio sobre el consumidor. *Med Clin (Barc)* 1987;89:235-9.
8. Servei Català de la Salut. Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Barcelona: Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, 1996.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
10. Sans Menéndez S, Balaguer Vintró I. Programa CRONICAT: experiencia en la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Rev Clin Esp* 1987;180:35-7.
11. Rodés A, Sans S, Balaña LI, Paluzie G, Aguilera R, Balaguer-Vintró I. Recruitment methods and differences in early, late and non-respondents in the first MONICA-Catalonia population survey. *Rev Epidém et Santé Publi* 1990;38:447-53.
12. Sans S, Paluzie G, Balaña LI, Puig T, Balaguer-Vintró I. Tendencias de la prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña [Aparece fe de errores publicada en *Med Clin (Barc)* 2001;117:731]. *Med Clin (Barc)* 2001;117:246-53.
13. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 1993.
14. SPSS Inc. SPSS 9.0 Base Syntax Reference Guide. Chicago: SPSS Inc, 1999.
15. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: the Tromsø Study. *Int J Epidemiol* 1994;23:1262-72.
16. Furu K, Straume B, Thelle DS. Legal drug use in a general population: association with gender, morbidity, health care utilization, and lifestyle characteristics. *J Clin Epidemiol* 1997;50:341-9.
17. Tennis P. Drug utilization by the 30-64 years-old people in two cities in the Federal Republic of Germany in 1984. *Eur J Clin Pharmacol* 1990;38:447-52.
18. Bardel A, Wallander MA, Svärdsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: a population based study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:637-43.
19. Danti G, Castellani L. La prescripción inducida en medicina general. Investigación orientada a la reflexión sobre los estudios de utilización de los fármacos. *Farm Clin* 1991;8:236-52.
20. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badía X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J Epidemiol Community Health* 1999;53:218-22.
21. Sèculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá S, Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001;15:217-23.
22. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1999.
23. Arroyo MP. Prescripción versus dispensación libre en una zona básica de salud. *Farm Clin* 1991;8:812-22.
24. Jimeno V. Farmaindustria. Uso racional de los medicamentos. Consumo de medicamentos. Madrid: Farmaindustria, 1991; p.101-12.
25. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999;83:9-16.
26. Johnson RE, Pope CR. Health status and social factors in non-prescribed drug use. *Med Care* 1983;12:225-33.
27. Torralba M, Rams N, Martín LM, Faixedas MT, Casals A. Utilizació de medicaments antipsicòtics a Catalunya. *Butll Epidemiol Catalunya* 2001;22:37-42.
28. Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jiménez R, Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicotropos en la población adulta española. Datos obtenidos a partir de las encuestas nacionales de salud de España de los años 1993, 1995 y 1997. *Med Clin (Barc)* 2001;116:324-9.
29. Pariente P, Lépine JP, Lellouch J. Self-reported psychotropic drug use and associated factors in a French community sample. *Psychol Med* 1992;22:181-90.
30. Porta M, Kritchevsky SB. La asociación entre mortalidad y gasto de medicamentos persiste al controlar por la renta «per cápita» *Gac Sanit* 1987;1:5-11.
31. Navarro V, Benach de Rovira J. Desigualdades sociales de salud en España. *Rev Esp Salud Pub* 1996;70:505-636.
32. Garrido P, Castillo I, Benavides F, Ruiz I. Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal. *Gac Sanit* 1994;8:128-32.
33. Kogevinas M, Antó JM, Tobías A, Alonso J, Soriano J, Alinar E. Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. *Eur Respir J* 1998;11:1363-8.
34. Antoñanzas F. El consumo de medicamentos: políticas y pacto social. *Gac Sanit* 2000;14:93-6.
35. García-Sempere A, Peiró S. Gasto farmacéutico en atención primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit* 2001;15:32-40.
36. Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. *Gac Sanit* 2000;15:154-63.
37. Lomeña JA, Ceballos M, Medina MT, Mediavilla E, Sarmiento F, Hernández JL. Gasto farmacéutico en atención primaria según el origen de las prescripciones. *Aten Primaria* 1996;18:35-8.
38. Laporte JR. Automedicación: ¿la información de los usuarios aumenta al mismo tiempo que el consumo? *Med Clin (Barc)* 1997;109:795-6.
39. Moral S, Aguarón E, Adán FM, Pons L, Baquer A, Viejo L. ¿Se automedican correctamente los pacientes? *Aten Primaria* 1994;13:242-6.

40. Martín S. Ética de la prescripción. Conflictos del médico con el paciente, la entidad gestora y la industria farmacéutica. *Med Clin (Barc)* 2001;116:299-306.
 41. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift ever just a gift? *JAMA* 2000;283:373-80.
 42. Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultants and general practitioners. *Br Med J* 2001;323:1-7.
 43. Anderson GM, Kerluke KJ, Pulcins IR, Hertzman C, Barer ML. Trends and determinants of prescription drug expenditures in the elderly: data from the British Columbia Pharmacare program. *Inquiry* 1993;30:199-207.
-