

# Automedicación en cinco provincias de Cajamarca.

LLANOS ZAVALAGA Luis Fernando\*; CONTRERAS RÍOS Carlos Enrique; VELÁSQUEZ HURTADO José Enrique\*\*;  
MAYCA PÉREZ Julio Ander\*\*; LECCA GARCÍA Leonid\*\*; REYES LECCA Roberto\*\*; PEINADO RODRÍGUEZ  
Jesús.

## SUMMARY

**Self-medication in low-income populations is one of the main problems of public health. This may increase the adverse reactions, antimicrobial resistance and costs, causing in the person an elevated, avoidable, expensive and ineffective risk. Objective: To determine the characteristics of self-medication in the rural area of Cajamarca. Material and methods: An analytical cross-sectional study was carried out between December 1999 and January 2000. A survey was applied to 384 households selected in a systematic way with proportional probability to the size; the sampling was probabilistic and multistage. Results: Self-medication was reported at 36.19% of homes, acquiring some medication 66.18% of them in a private pharmacy. There was no significant difference in relation to the variables sex, occupation and educational level of the head of the house, as well as its affiliation to a health insurance. Association was found between income greater than 300 nuevos soles and self-medication. The reason most frequently by the population to self-medicate was: "I already know what they prescribe" (41.72%). Conclusions: Self-medication is a common problem in rural areas of Cajamarca. Drugs are usually bought at are acquired in private pharmacies. Association was only found between self-medication and homes with income greater than 300 nuevos soles. ( Rev Med Hered 2001;12: 127-133 ).**

**KEY WORDS:** Self-medication, drugs.

## RESUMEN

La automedicación en poblaciones de bajos recursos es uno de los principales problemas de salud pública. Ello puede incrementar las reacciones adversas, la resistencia antimicrobiana y los costos, ocasionando en la persona un riesgo elevado, evitable, caro e ineficaz. **Objetivo:** Este estudio pretende determinar las características de la automedicación en la zona rural de Cajamarca. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico, entre diciembre de 1999 y enero del 2000, aplicándose una encuesta a 384 jefes de hogar seleccionados de manera sistemática con probabilidad proporcional al tamaño; el muestreo fue probabilístico y polietápico. **Resultados:** Se encontró automedicación en 36.19% de hogares, adquiriendo alguna medicación 66.18% de ellos en una farmacia privada. No hubo diferencia significativa en relación a las variables sexo, ocupación y grado de instrucción del jefe de hogar, así como su afiliación a un seguro familiar. Se encontró asociación entre ingreso mayor de 300 nuevos soles y automedicación. El motivo más frecuente mencionado por la población para automedicarse fue: "ya sé que recetan"

\* Magister en Políticas, Planificación y Financiamiento en Salud. Profesor Asociado Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Universidad Peruana Cayetano Heredia.

\*\* Médico Cirujano. Unidad de Gestión. Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca". Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(41.72%). **Conclusiones:** La automedicación es un problema frecuente en zonas rurales de Cajamarca. Los medicamentos son comúnmente adquiridos en farmacias privadas. Sólo se encontró asociación entre automedicación y hogares que tienen un ingreso mayor de 300 nuevos soles. ( *Rev Med Hered* 2001; 12: 127-133 ).

**PALABRAS CLAVE:** Automedicación, medicamento

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las enfermedades ha sido una constante preocupación a través de los tiempos y las sociedades. Los medicamentos y vacunas tienen el potencial de conferir enormes beneficios a la población en la medida que se usen adecuadamente, se suministren en el momento preciso y sean accesibles económicamente (1,2). No obstante, las consecuencias y el papel prioritario que han adquirido los medicamentos en la sociedad y particularmente en los sistemas de salud, involucran necesariamente aspectos ideológicos (3).

La automedicación es una práctica frecuente en el mundo, aunque no se ha insistido en forma suficiente en el papel relevante de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene resaltando en los últimos años la existencia de un lugar válido para la automedicación en las sociedades desarrolladas y la necesidad de que se forme a la población en el uso adecuado de fármacos, como un aspecto más de la educación en salud (4). Es en este sentido que en los países desarrollados la automedicación está tomando cada vez un mayor protagonismo (5) en el contexto de lo que ha sido denominado "automedicación responsable".

Sin embargo, el concepto de automedicación se torna crítico en países en vías de desarrollo (6-11), involucra directamente el comportamiento de los consumidores o pacientes quienes ante una enfermedad o molestia, deciden consultar con personas que no son profesionales de salud (familiares, vecinos o dispensadores de medicamentos) para obtener la recomendación de algún fármaco y adquirirlo.

Las consecuencias de esta práctica son numerosas. El incremento en el riesgo de reacciones adversas, el aumento de la resistencia bacteriana, el aumento de los costos en salud, el encubrimiento de la enfermedad de fondo con las complicaciones por la misma y la disminución de la eficacia del tratamiento por uso inadecuado o insuficiente de los medicamentos son algunas de ellas. Estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento, como son

ancianos y niños (12-16).

La automedicación en algunas sociedades se ha convertido así, en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento (17).

En nuestro medio se han realizado estudios a nivel de zonas urbanas; sin embargo, en zonas rurales existen factores que podrían agravar el problema de la automedicación, los cuales han sido poco explorados, entre ellos se puede mencionar: mayor pobreza, menor accesibilidad a servicios y profesionales de salud y creencias sobre la efectividad de algunos medicamentos.

El Departamento de Cajamarca está ubicado en la zona nororiental del Perú, tiene una extensión aproximada de 33317.54 Km<sup>2</sup>, cuenta con 13 provincias y 127 distritos. En 1996 el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) estimó que el departamento de Cajamarca alojaba una población total de 1,343,501 habitantes, correspondiendo el 72.1% a zona rural.

La población de Cajamarca recibe atención de salud del Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud y Sanidad de la Policía Nacional del Perú, siendo el MINSA el que brinda mayor cobertura contando con 172 establecimientos de salud en la DISA- Cajamarca, entre puestos y centros de salud y un hospital localizado en la provincia de Cajabamba. La oferta de profesionales de salud está por debajo del promedio nacional, existiendo 2.18 médicos y 3.74 enfermeras por 10000 habitantes. Los establecimientos de salud privados están centralizados en la provincia de Cajamarca, existiendo una ausencia notable de oferta privada en las demás provincias. Las ONGs cumplen un rol importante en el trabajo preventivo-promocional.

Este estudio pretende evaluar la situación actual de la automedicación en la zona rural de Cajamarca e identificar los factores que puedan caracterizarla; de

este modo, se pretende contribuir con el conocimiento de los factores condicionantes de la automedicación en zonas rurales del Perú y diseñar estrategias que busquen mejorar el uso apropiado de medicamentos de acuerdo a nuestra realidad.

## MATERIALES Y METODOS

El presente estudio transversal analítico fue realizado durante los meses de diciembre de 1999 y enero del 2000. Se seleccionó 5 provincias de la Dirección de Salud-Cajamarca (DISA-Cajamarca), que albergan aproximadamente el 19.5% de la población total de este departamento: Contumazá, San Pablo, San Miguel, Celendín y San Marcos. Se realizaron entrevistas a un total de 384 jefes de hogar de las provincias mencionadas.

Para la estimación del tamaño muestral, basado en estudios anteriores, se consideró un porcentaje de automedicación de 35%, un efecto de diseño muestral de 1.5, un nivel de confiabilidad de 95% y un error absoluto de 7.5%.

Se aplicó una encuesta a la población de dichas provincias, siendo la unidad de observación los hogares y la unidad de análisis la persona que forma parte del hogar. Se realizó un muestreo probabilístico, polietápico de áreas e independiente en cada dominio de estudio. En todas las etapas de muestreo, se utilizó la selección sistemática con probabilidad proporcional al tamaño.

La encuesta se aplicó a la persona responsable de la familia. A partir de ella se obtuvieron datos socio-demográficos (nombre, edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, ingreso familiar, lugar de residencia) y datos de automedicación con las motivaciones para hacerlo. La información obtenida fue revisada, codificada y luego digitada mediante un programa de captura de datos con un error no mayor al 7%.

Para fines del estudio se definieron los siguientes conceptos:

- \* Automedicación: Consumo de medicamentos por la población sin tener prescripción alguna.
- \* Medicamento: Toda sustancia o mezcla utilizada para la prevención, diagnóstico, alivio o restablecimiento de alguna enfermedad o la modificación de alguna función orgánica.
- \* Receta o prescripción: Cuando el(los) medicamento(s) fue prescrito por un personal de salud (se incluyen: médicos, odontólogos, enfermeras, técnico de enfermería y obstetrix).

Algunos autores consideran a la automedicación como toda compra de medicamento realizada sin tener una prescripción (receta) profesional. Sin embargo, en zonas rurales de la sierra, como la zona de estudio caracterizada por su difícil accesibilidad, donde la población está dispersa, y la relación médico habitante es baja<sup>6</sup>, los prescriptores “por necesidad” vienen a ser las enfermeras, los técnicos de enfermería o los promotores, quienes desarrollan la actividad asistencial en esas zonas. Por esta razón se adaptó la definición de automedicación en la comunidad, considerando como prescriptores autorizados a los prestadores de los puestos de salud sean técnicos, promotores o enfermeras.

Se consideró como variable dependiente a la automedicación en los últimos tres meses; mientras que las variables independientes fueron: motivo de compra de medicamentos sin receta, lugar donde los adquiere, ingreso mensual, afiliación a algún seguro de salud, grado de instrucción y ocupación del jefe de familia.

El procesamiento estadístico y generación de gráficos y tablas se realizó con el paquete estadístico SPSS para Windows v. 9. Se realizaron cruces bivariados entre las variables, la fuerza de asociación se evaluó mediante la prueba chi-cuadrado, considerando como estadísticamente significativo un valor  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

Se entrevistaron 384 jefes de familia, de ellos 330 (85.9%) fueron varones, la edad promedio fue 46.3 ± 14.0 años, 175 (45.57%) no llegaron a terminar estudios primarios, 253 (65.88%) desarrollan sus actividades en el campo y 41 (10.67%) tenían derecho a algún tipo de seguro médico. El ingreso promedio familiar fue 278.9 (256.8 nuevos soles (Cuadro N°1).

Cuando se les preguntó si en los últimos tres meses habían comprado medicinas sin receta (automedicación)

**Cuadro N°1. Características de la población.**

CARACTERISTICAS DEL JEFE DEL HOGAR	
SEXO MASCULINO	85.90%
EDAD (Años)	46.27 ± 13.99
NO TERMINARON ESTUDIOS PRIMARIOS	45.57%
DESARROLLAN ACTIVIDADES EN EL CAMPO	65.88%
TIENEN SEGURO MEDICO	10.67%
INGRESO PROMEDIO	278.9 ± 256.8

139 jefes de familia (36.19%; IC 95%: 33.79-38.59) contestaron afirmativamente. De ellos 92 (66.18%) adquirieron los medicamentos en una farmacia privada, 19 (13.67%) en una bodega y 16 (11.51%) en un establecimiento de salud. Las principales motivaciones que manifestaron para comprar medicinas sin receta fueron: “ya sé que recetan” 58 (41.72%), “el farmacéutico sabe” 34 (24.46%), “por hábito” 24 (17.26%) y “evito pagar la consulta” 15 (10.79%).

Se buscó establecer asociación entre automedicación y algunos factores como ocupación del jefe de familia, derecho a seguro en la familia, nivel de instrucción del jefe de familia e ingreso familiar. Sólo se encontró asociación significativa con ingreso familiar mayor de 300.00 soles (RR = 1.32; IC 95%: 1.02-1.70; p = 0.03), no hubo asociación significativa con las otras variables.

Los entrevistados no señalaron complicaciones por automedicación.

## DISCUSION

Diversos estudios a nivel mundial dan a conocer las consecuencias y lo nocivo que puede resultar el uso inadecuado de los medicamentos por la población, fenómeno que se torna aún más preocupante en países en vías de desarrollo, donde se suman factores sociales, culturales, económicos y geográficos que pueden agravar el problema. Estudios en países tan distintos como la India (18), Arabia Saudita (19), España (20,21)

y Francia (22) muestran, en su población de estudio, entre 12 y 40% de automedicación, tendencia similar a la observada en estudios realizados en países de Latinoamérica (6,8,11,12,23,25-29)

Como es natural, el Perú no escapa a este problema, el cual aparentemente conlleva a una visión diferente debido a la diversidad de características con que cuentan las regiones comprendidas en su territorio. El INEI del Perú estimó para 1998, que 7.04 millones de peruanos habitaban en zonas rurales (Centro poblado con menos de 100 viviendas contiguas), cifra que representa el 28.39% de la población total del país, y que presenta el 88.2% de su población en algún grado de pobreza (definido en función de necesidades básicas insatisfechas). Contrariamente, en departamentos como Cajamarca, el 72.1% de sus habitantes residen en zonas rurales. Esta población cuenta con características diferentes a las presentadas en zonas urbanas, requiriendo por tanto estudios diferenciados que analicen el mismo problema.

Del total de jefes de hogar entrevistados 36.19% compraron medicinas sin prescripción, en los últimos tres meses, cifra similar a la observada en otros estudios latinoamericanos, en donde el porcentaje de automedicación fluctúa entre 16 y 67% (ver Cuadro N°2). Sin embargo, debemos mencionar que algunos de estos reportes consideran como población de estudio a personas que acuden a comprar un medicamento (estudios realizados en farmacias) o personas que acuden

**Cuadro N°2. Aumedicación en algunos estudios latinoamericanos.**

AUTOR	LUGAR Y AÑO	AMBITO	% AUTOMEDICACION
Rondinel C. (26)	Lima, Perú. 1975	Poblacional	32.0%
Núñez R. (27)	Lima, Perú. 1984	Poblacional	51.0%
Price LJ. (25)	Ecuador. 1989	Farmacias	51.0%
Angeles Chimal P. (8)	Cuernavaca, México. 1992	Poblacional	16.4%
Bobadilla J. (12)	Lima, Perú. 1992	Emergencia Hospitalaria	60.9%
Mestanza F. (28)	Lima, Perú. 1992	Farmacias	66.7% Estrato bajo 40.6% Estrato alto
Brancher M. (29)	Passo Fundo, Brasil. 1994	Poblacional	41.5%
Vicencio D. (6)	Morelia, México. 1995	Farmacias	51.4%
Vilarino J. (11)	Sur de Brasil. 1998	Poblacional	53.2%
Lalama M. (23)	Quito, Ecuador. 1999	Poblacional	36.0%

para atención hospitalaria, y no a la población total susceptible de entrevista, que reúne a las personas que tienen o no necesidad de comprar algún medicamento, hecho que se vería reflejado en la disminución de los valores en las cifras reportadas en aquellos estudios.

Aparentemente, la automedicación en zonas rurales como la de Cajamarca, es un problema de proporciones similares a las reportadas en ciudades grandes como Lima. Sin embargo, dadas las diferencias entre ambas poblaciones hay que considerar aspectos adicionales, generalmente ausentes en zonas urbanas, como la poca accesibilidad a lugares de expendio de medicamentos, conocimiento inadecuado de la población, baja relación médico-habitante y creencias y aspectos culturales que conllevan a que la población reemplace los medicamentos comerciales por preparados naturales basados en medicina tradicional.

Las principales fuentes de expendio de los medicamentos utilizados para automedicación fueron las farmacias privadas (66.18%) seguidos por bodegas (13.67%) y el establecimiento de salud (11.51%). Estos valores son semejantes a los encontrados por Angeles-Chima (1,8) en Cuernavaca (México), quien muestra que el consumo por automedicación se realiza con mayor frecuencia en farmacias (59.7%) a pesar que la población tiene acceso a los servicios del seguro social; y al de Joubert (30) en Ga-Rankuwa (Sudáfrica) quien encuentra que la mayoría de medicinas fueron obtenidas en farmacias (37.1%), en distribuidores generales (34.9%) y finalmente hospitales y clínicas (15.8%). En nuestro país, al igual que en otros lugares la mayor parte de los medicamentos a consumir se obtienen en farmacias privadas, probablemente porque no existe casi restricción alguna para la venta de medicamentos. Es fácil obtenerlos sin importar, en ocasiones, la edad del comprador, ni requerir la presentación de una receta médica.

Las principales motivaciones para automedicarse se encuentran relacionadas con el “conocimiento suficiente” para manejar las molestias presentadas, 41.7% “ya sé que recetan”, 24.5% “el farmacéutico sabe”, sólo el 10.8% mencionaron el aspecto económico como factor limitante para automedicarse (“evito pagar la consulta”). Estos resultados podrían explicarse porque la población en estas zonas generalmente presenta enfermedades de leve intensidad y repetitivas, como infecciones respiratorias agudas (IRA) o enfermedad diarreica aguda (EDA). Otra explicación no aplicable a este escenario está en relación con la prevalencia de enfermedades crónicas. Se ha descrito que la presencia de enfermedades frecuentes o enfermedades crónicas generan cierta familiaridad con

la sintomatología más común, con el diagnóstico probable y con el tratamiento. Sin embargo, esta familiaridad no presupone necesariamente conocimientos y prácticas adecuadas. El hecho que en segundo lugar se encuentre la opción “el farmacéutico sabe” nos hace suponer que detrás de este aspecto, subyace el criterio económico, ya que la gente preferiría hacer un solo gasto consultando únicamente al farmacéutico y negándose a acudir al establecimiento de salud y realizar un nuevo pago por un “problema que sabe como tratar”. Hallazgos similares son los encontrados por Cortéz, en un estudio realizado en todo el Perú, aunque en hogares no pobres, donde obtiene un patrón de respuestas relacionadas con el “conocimiento suficiente” sobre qué medicarse (31) y por Lalama (23) en Quito-Ecuador donde el 43% de la población estudiada se automedicó debido a una “información suficiente” sobre el tratamiento medicamentoso a seguir, sin embargo difiere del encontrado por Durgawale (24) en la India en donde el principal motivo para automedicación fue el aspecto económico (60.53%).

En nuestro estudio no se encontró diferencias significativas en la automedicación con el sexo, edad, grado de instrucción, ocupación y pertenencia a un seguro del jefe de familia, en contraste a los estudios realizados por otros autores como Vilarino (11), Mestanza (28) y Franco (32) quienes encuentran asociación principalmente con variables como edad y grado de instrucción, aunque debemos anotar que estos estudios son realizados en poblaciones distintas y contextos diferentes.

El único factor con asociación significativa fue el ingreso familiar mayor de 300.00 Nuevos Soles. Considerando que en zonas rurales el mayor porcentaje de la población se encuentra dividido principalmente en personas pobres y personas en extrema pobreza, este resultado nos indicaría que las familias pobres se automedican con mayor frecuencia que las familias en extrema pobreza. Quizás el comportamiento hacia la automedicación esté presente en ambos, pero el limitante económico haría que personas en extrema pobreza no tengan el dinero suficiente para conseguir los medicamentos, buscando acudir a establecimientos de Salud, en donde les proporcionen medicamentos gratuitos de los programas nacionales o utilizando equivalentes en la medicina tradicional. Estudios anteriores como el realizado por Lalama (23) y Mestanza (28) señalan una asociación de la automedicación con el grupo de ingresos económicos deficientes, resultados no compartidos por otros autores como Vilarino (11) quien en su estudio encuentra que tal asociación no es significativa. Debemos subrayar que en ninguno de ellos se precisa un punto de corte que divida a la población

en población pobre y población en extrema pobreza.

López y Kroeger en un estudio realizado en zonas periurbanas de Lima y Chimbote (Perú), y La Paz (Bolivia), observan que mejorar los conocimientos de la población acerca del uso de los medicamentos no siempre conlleva un cambio de conducta, pues es necesario considerar además características propias de la población como creencias populares, características de la oferta, etc; con el fin de diseñar intervenciones educativas apropiadas para el medio en que se realizan (5).

Basados en nuestro estudio, se puede observar que la automedicación es un problema que se presenta en magnitudes semejantes tanto en zonas urbanas como rurales. Sin embargo, en las zonas rurales la diversidad cultural, el bajo nivel educacional, las características socioeconómicas y la desproporción entre oferta-demanda entre otros factores hacen que la solución de este problema se torne más compleja. Ello exige de las autoridades de salud y gubernamentales impulsar estrategias integrales que consideren no sólo el aspecto socio-económico (alivio de la pobreza y mejora de la calidad de vida), sino que además considere de manera paralela el aspecto cultural (mejorar el nivel educativo, y de manera especial de las madres de familia), aumentando así la accesibilidad sanitaria y educacional. Además se debe considerar el papel que cumple el personal que expende medicamentos, estableciendo normas que rijan en forma adecuada y estricta el expendio de medicamentos, sobre todo en zona rural.

A los trabajadores de salud les corresponde alcanzar un nivel elevado de conocimientos para prescribir adecuadamente y considerar que sus indicaciones a fuerza de repetición son copiadas por la comunidad y asumidas en el tiempo como hábitos.

Consideramos que deben realizarse estudios que complementen los hallazgos encontrados, que aborden el problema de manera integral y que analicen el comportamiento de la comunidad rural frente al uso de medicamentos, de tal manera que permitan diseñar estrategias de intervención para disminuir el grado de automedicación, involucrando la totalidad de los actores.

### Correspondencia:

Luis Fernando Llanos Zavalaga  
 Av. Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima-Perú Apto. 4314.  
 Teléfono: 511- 4818283  
 Correo electrónico: filanos@upch.edu.pe

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Guidelines for Developing National Drug Policies; Ginebra 1988.
2. López R, Pretel L. En: ¡Santo Remedio! EDISALUD. Chimbote, Perú 1994.
3. Acción Internacional para la Salud. En: Lo que todo participante de AIS debe saber. López R, Rojas G. Oficina de coordinación AIS LAC. Lima 1999, 34.
4. Guidelines for the medical assessment of drugs for use in self-medication. Copenhague: WHO-Regional Office for Europe. 1986.
5. López R, Kroeger A. Intervenciones educativas populares contra el uso inadecuado de medicamentos. Bol Of Sanit Panam 1994;116(2): 135-45.
6. Vicencio D, Alfaro A, Martinez JL. Características de la adquisición de medicamentos en Morelia (México). Bol Of Sanit Pan 1995; 119(3): 236-242.
7. Amery L. Medicamentos en el Perú. IPEP.Chimbote-Perú, 1986.
8. Angeles-Chimal P. Automedicación en Población Urbana de Cuernavaca, Morelos. S Pub Mex. 1992; 34(5): 554-61.
9. Arraís P, Coelho HL, Batista M, Carvalho M, Righi R, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. Rev Saude Púb.1997; 31(1): 71-7.
10. Badilla B. La automedicación con antibióticos en las farmacias de la comunidad. Rev Costarric Cienc Med 1990; 11 (3/4):19-25.
11. Vilarino J, Soares I, Silveira C, Rödel AP, Bortoli R, Lemos R. Perfil da automedicação em municipio do Sul do Brasil. Rev Saude Pub 1998; 32(1):43-9.
12. Bobadilla J. Estudio del consumo de medicamentos previo a la consulta en un servicio de emergencia pediátrica (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1992, 54 pp.
13. Ureña H, Miguel R. Abuso de los antibióticos: el problema de la automedicación. Rev Méd Domin 1998; 59:85-6.
14. De la Cruz AM, Bravo J, Rojas V. Conocimientos, creencias y prácticas respecto a las infecciones respiratorias agudas en adultos mayores de 65 años. Cad Saude Pública 1999; 15:851-7.
15. Ruiz JG. Consumo de medicamentos en niños, previo a la consulta al servicio de emergencia del Hospital Regional Honorio Delgado (Tesis de Bachiller). Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín, 1996, 58pp.
16. Banzas T. Los problemas de la automedicación en pediatría. Bol Acad Nac Med B Aires 1992; (supl): 77-87.
17. Campos J.M. Prescripción de medicamentos por farmacéuticos de 72 farmacias de Bello Horizonte. J

- Pediatric 1985; 59:307-312.
- 18.Saradamma RD. Social factor influencing the acquisition of antibiotics without prescription in Kerala State, South India. *Soc Sci Med* 2000; 50(6):891-903.
  - 19.Saeed AA. Self- medication among primary care patients in Farazdak Clinic Riyadh. *Soc Sci Med* 1988; 27:287-9.
  - 20.Figueiras A, Caamano F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(1): 19-26.
  - 21.Tejedor N, Zafra E, Sánchez del Viso Y, López A, Vidal C, López F. Desórdenes comunes de Salud: autocuidado y automedicación. *Aten Primaria* 1995; 16(1): 13-8.
  - 22.Laure P. Investigation on self-medication: from disease to performance. *Therapie* 1998; 53(2): 127-35.
  - 23.Lalama M. Perfil de consumo de medicamentos en la ciudad de Quito. *Educ Med Contin* 1999; 64: 7-9.
  - 24.Durgawale PM. Practice of self medication among slum-dwellers. *Indian J Public Health* 1998; 42(2): 53-5.
  - 25.Price LJ. In the shadow of biomedicine: self- medication in two Ecuadorian pharmacies. *Soc Sci Med* 1989; 28:905-15.
  - 26.Rondinel C. Características del consumo de medicamentos en Lima y Yauri (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1975.
  - 27.Núñez R. Medicina Popular y autotratamiento en tres grupos socioeconómicos de Lima (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1984.
  - 28.Mestanza F. Estudio Muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima Metropolitana. *Rev Med Hered* 1992; 3:101-108.
  - 29.Brancher M, Zorzetto J, Pescador M, Ribeiro A. Automedicação Passo Fundo. *Rev Med Hosp São Vicente de Sao Paulo*. 1994; 6: 35-8.
  - 30.Joubert PH, Sebata PD, Van Reenen OR. Self-medication in a developing community. *S Afr Med J* 1984; 65(4): 129-31.
  - 31.Cortez R. Análisis de la demanda por servicios de salud. Centro de Investigacion de la Universidad del Pacífico - Ministerio de Salud. 1997.
  - 32.Franco R, Carvalho J, Khouri M, et al. Consumo de medicamentos com um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. *Rev Baiana Saúde Pública* 1987; 14(1): 113-21.