

## Forum dos alunos

# Estudio de los medicamentos guardados en los domicilios del Concelho de Oeiras.

## Implicaciones para la salud y económicas

FERNANDO GUERRA ROMERO

### 1. Introducción

La Conferencia de Alma-Ata y la OMS recomiendan y resumen las siguientes ideas: Que se establezcan las orientaciones a cerca de importación, producción, venta y distribución de medicamentos, con el fin de garantizar la disponibilidad de productos farmacéuticos esenciales, para proporcionar protección, mantenimiento y restauración de la salud, así como que se adopten medidas específicas para evitar la utilización excesiva de medicamentos, ya que en los últimos años se ha producido un extraordinario aumento en el número de productos farmacéuticos comercializados, sin que se haya observado una mejora proporcional en el estado de salud general (OMS/FISE, 1978), (OMS, 1977).

El consumo de medicamentos, debido al abuso que se está haciendo de ellos, tanto por hiperconsumo como por mala utilización ha pasado a ser un problema en Salud Pública,

abandonando su dimensión exclusiva de instrumento de intervención terapéutica (Lain-Entralgo et al, 1986).

Las causas que hacen del consumo de medicamentos un problema se pueden analizar desde tres perspectivas;

Farmacológica en la que la razón de prescripción se centra en la complacencia médica y en factores extra-médicos, más que en conocimientos de indicaciones clínico-terapéutica (Hartzena e Christensen, 1983) (Laporte e Cappelá, 1987); Sociológica en la que la automedicación y la consideración de productos derivados de otros (me-too) y la diversidad de presentaciones, condicionan una presión comercial de la industria químico-farmacéutica, sobre el médico y la sociedad para poder seguir el ritmo de investigación y dinámica comercial (Meyer, 1986) (Dukes, 1986), (Abrantes e Cunha 1987).

Las consecuencias derivadas por tanto del problema de consumo de medicamentos se pueden analizar en dos dimensiones, una en cuanto a la Salud produciéndose una disminución de la relación beneficio/riesgo entendiéndola como la expresión de un juicio referente al papel del conjunto de fármacos en la práctica

□

Fernando Guerra Romero é médico de Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública e é coordenador da Educação para a Saúde no Serviço Andaluz de Saúde.

médica, basada en datos sobre eficacia, obtenidos fundamentalmente por ensayos clínicos controlados, y seguridad en el uso, junto a consideraciones de la enfermedades en las que se emplean y una segunda dimensión económica en la que se observa un aumento de los gastos en medicamentos soportados tanto por la participación del S.N.S. como por los usuarios (Tognoni e Laporte, 1983). (Correia Campos, 1983), (Siha e Patrás, 1984), (Giraldes, 1988).

Dentro de la definición de estudios de utilización, como aquellos que tratan de la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, con énfasis sobre sus consecuencias medicas, sociales y sanitarias, el presente trabajo se puede incluir en los de uso de medicamentos post-marketing, también llamados de Farmacovigilancia o monitorización y naturalístico, entendiéndolo como aquel en el que el medicamento se encuentra en su medio natural, en el contexto en el que se utiliza.

El objetivo pretendido con este estudio es caracterizar la cantidad y calidad de las farmacias domiciliarias, así como los problemas de salud secundarios a medicamentos y el origen de los mismos.

El diagrama siguiente presenta la conceptualización de este trabajo, en relación al problema de los medicamentos, *Figura 1*.

## 2. Metodología

### 2.1. Definiciones y conceptos

— **VALOR INTRINSECO DE UN MEDICAMENTO (V.I.)** (Laporte et al, 1982) — es considerado como una variable y viene definido para el presente trabajo según el siguiente criterio:

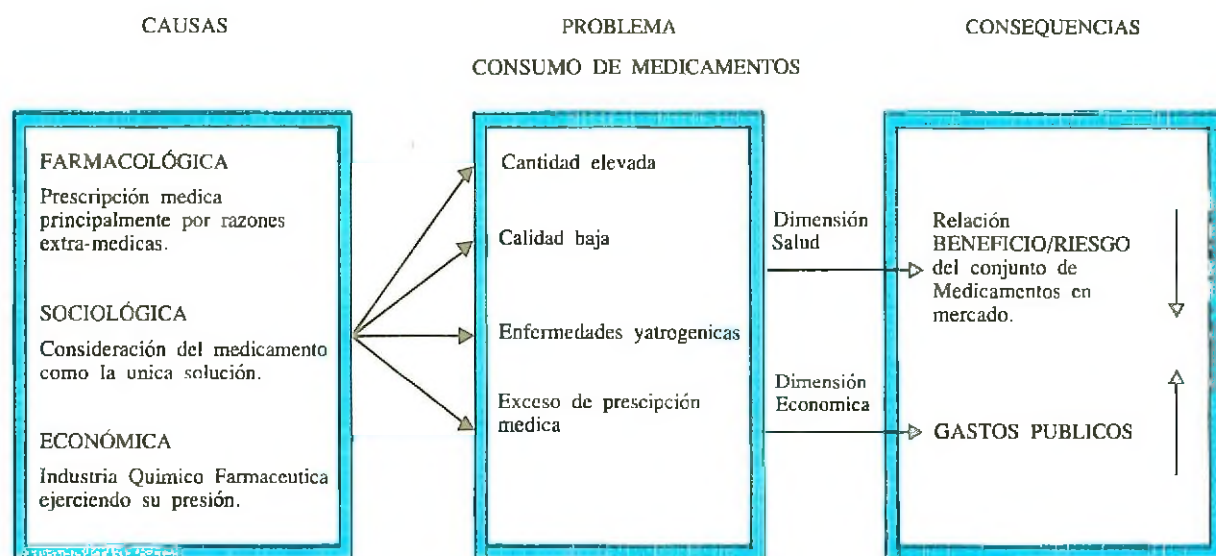
**V.I. alto:** Medicamentos contenidos explícitamente en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

**V.I. medio:** Medicamentos que sin estar explícitos en la lista, pertenecen al grupo de la OMS considera como alternativo adecuado. También se incluye a aquellos que tienen dos principios activos y uno de ellos es considerado esencial por la OMS.

**V.I. bajo:** Medicamentos que ni explícitamente ni como alternativos están en la lista OMS, o bien aquellos que tienen tres o más principios activos.

— **PROBLEMA SECUNDARIO A MEDICAMENTOS (P.S.M.)** — en el que se incluye cualquier reacción adversa a medicamento (RAM) y también los accidentes por ingestión voluntaria.

**Figura 1**  
**Diagrama conceptual del trabajo**



— CLASIFICACIONES DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS — se han seguido los siguientes criterios:

- Clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) recomendada por la OMS.
- Clasificación F.N.M. (Formulario Nacional del Medicamento), existente en Portugal con implantación nacional.

## 2.2. Hipotesis de trabajo

Se establecen de acuerdo con las variables dependientes siguientes: Dimensión de la farmacia domiciliaria, valor intrínseco de los medicamentos, estado de conservación de los medicamentos, problemas secundarios a medicamentos y origen de la prescripción, que tienen su representación en el modelo de encuesta utilizado.

## 2.3. Material y metodos

El estudio se ha realizado en la ciudad de Oeiras, concelho del mismo nombre, perteneciendo al distrito y Area Metropolitana de Lisboa, con una población de 39 349 habitantes.

El tipo de estudio diseñado es transversal, de prevalencia, en un universo poblacional constituido por 10 353 familias que es la unidad de observación.

La representatividad de la muestra viene definida por su tamaño y por el tipo de muestreo realizado, el tamaño máximo en función de los recursos materiales y humanos con que se contaba era de 100 encuestas, lo que determina un error estándar de la media de 0,5, hallado en función del cálculo de la media ponderada, y desviación estándar de la distribución de medias de estudios similares anteriores, en las que aparece la variable "medicamentos totales".

El tipo de muestreo efectuado ha sido aleatorio estratificado por barrios, extrayendo un número de unidades muestrales proporcional al total de las existentes en cada uno de los 6 barrios considerados.

Los datos del estudio proceden de una encuesta domiciliaria, recogida mediante técnica de entrevista participante por alumnas de tercer año de Diplomacia en Enfermería, durante los meses de Junio y Julio de 1988, después de haber seguido adiestramiento como entrevistadoras según las pautas de Pluritest. Hubo 11 renuncias a contestar.

En la encuesta elaborada se estudian 28 variables en las que 11 se relacionan con características de la familia, 8 con características de la farmacia domiciliaria (Botiquín casero) y con 9 con características de cada uno de los medicamentos existentes en el domicilio.

Según el tipo de variable, 9 de ellas son numéri-

# Comentário

MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

## 1. Importância do problema

A selecção de um tema para um projecto de investigação (ou para um trabalho de campo) deve obedecer sempre a um conjunto de requisitos entre os quais se destaca a **relevância do problema**.

O presente trabalho aborda um tema que constitui sem dúvida um dos problemas mais graves do ponto de vista da eficiência dos gastos em saúde, pelo que não pode deixar de merecer a nossa inteira concordância.

Com efeito, os gastos em medicamentos representam cerca de **60%** das transferências para o sector privado, **20%** dos gastos totais do SNS e cerca de **40%** dos gastos em CSP.

Qualquer política de contenção de gastos em saúde terá que passar necessariamente pela contenção e adequação do consumo de medicamentos, que é aquilo que aqui se propõe.

Além disso, o concelho de Oeiras, seleccionado para o estudo, enquadra-se num distrito que possui uma das mais elevadas despesas per capita em medicamentos.

Acresce, ainda, que o concelho de Oeiras possui um elevado nível sócioeconómico, pelo que ainda mais se justificará uma política de contenção de gastos. Com efeito, Le Grand, entre outros, demonstrou que a despesa pública em saúde per capita é maior quanto mais elevada a classe social. Sendo considerável a diferença entre o estrato mais baixo e o mais elevado (cerca de 40%) (Le Grand, 1978).

Não há pois dúvidas quanto à relevância do tema e quanto à importância do estudo realizado e até quanto ao concelho seleccionado para o respectivo ensaio da metodologia proposta.

## 2. Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação é realizado com base numa amostra de 100 famílias em que se procede ao teste estatístico de 21 hipóteses de trabalho em relação a 5 aspectos:

- Dimensão das "Farmácias Domiciliárias" (medicamentos guardados no domicílio);
- Valor intrínseco dos medicamentos;
- Estado de conservação;
- Problemas secundários devido a medicamentos;
- Origem da prescrição.

o que implicou um volumoso trabalho de campo e de apoio informático, que merece ser destacado.

### 3. Objectivos

Poderíamos interrogarmo-nos sobre a pertinência do objectivo que o estudo se propõe atingir ao reduzir em 30% (em cinco anos) o consumo de medicamentos, no concelho de Oeiras.

Porém, segundo um Painei Delphi (Giraldes, 1987) realizado em 1986 e que tinha por objectivo definir a estrutura ideal da despesa em CSP chegou-se à conclusão que se deveria realizar uma redução na despesa com medicamentos de cerca de 30%, a nível nacional.

Por outro lado, segundo um estudo recente que se propunha atingir um objectivo de equidade na redistribuição da despesa, em CSP, chegou-se à conclusão que o distrito de Lisboa deveria apresentar uma redução de 25% na despesa per capita em medicamentos (Giraldes, 1988).

Parece pois perfeitamente adequado o objectivo seleccionado neste trabalho.

### 4. Estratégia

A estratégia com vista à diminuição do consumo de medicamentos e melhoria do seu valor intrínseco poderia incidir tanto sobre:

- A população em geral, através, por exemplo, de programas de educação sanitária;
- Sobre os médicos.

Comprovou-se, na análise de situação realizada, que 84% dos medicamentos existentes nas "farmácias domiciliárias" resultavam de prescrição médica (o que aliás se verifica em estudos deste tipo).

Além disso, a procura é induzida pelo médico e verifica-se um coeficiente de correlação muito elevado de cerca de 0,87 entre as consultas per capita, em CSP, e o consumo de embalagens de medicamentos per capita, segundo um estudo efectuado recentemente a nível nacional (Giraldes, 1987).

Nesse sentido julga-se que a estratégia seleccionada de incidir sobre os médicos foi uma estratégia correcta.

Tem sido, além disso, demonstrado que a adopção de um formulário de medicamentos a nível local, dá origem a importantes reduções na despesa total em medicamentos (cf. entre outros Galvão (1986).

Também neste aspecto a estratégia seleccionada merece concordância.

### 5. Programação detalhada

Os dois projectos estão bem caracterizados e os objectivos específicos bem quantificados. É feita uma cuidadosa programação das actividades, com elaboração de uma rede PERT e cronograma, o que é de assinalar.

É, ainda, realizada uma avaliação de custos e benefícios utilizando uma metodologia correcta, adequada, e que apresentou bons resultados no que respeita à

cas quantitativas discretas, y 19 alfanúmericas cualitativas.

Según la escala de medición, 14 son nominales, 4 ordinales, 4 numéricas de intervalo y 4 numéricas de razón. Todas las repuestas eran de tipo cerrado.

Se realizó analisis univariable para caracterizar a las familias, farmacias domiciliarias y medicamentos y bivariable para testar las diferentes hipótesis, según regresión, test t o test de chi-cuadrado en función de las características numéricas o categoriales de las variables a testar.

Para tal efecto se elaboraron dos ficheros, el primero en el que la unidad de analisis es la familia, com 89 fichas, tratado con programa MICROSTAT en LABSYS de la ENSP y el segundo en el que la unidad de analisis es el medicamento, con 1160 fichas, tratado con programa MPDADOS en Centro de Calculo de la ENSP.

### 3. Resultados

#### 3.1. Caracterización de las familias

El número medio de personas por domicilio es de 3,5 con una distribución por sexos de 52% de mujeres y 48% de hombres.

La edad media del cabeza de familia es de 46 años, y el mayor porcentaje, 31% se encuentra en el grupo etario de mas de 60 años, seguido del grupo entre 50 y 59 con 27%.

Se encuentra presencia de menores de 7 años en 23% de los domicilios, en 27% viven persona(s) de mas de 65 años y en 48 familias de las 89, lo que representa un 54% hay enfermo crónico en la vivienda.

Los resultados en cuanto a la clase social son: 49% de clase alta, 36% de media y 15% de baja, haciendo agrupación de los 5 tipos que establece el test de Graffar.

La inscripción en el C.S., que es del 75%, se relaciona con la clase social en el sentido de que las familias de clase alta se inscriben menos en C.S. ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2. Caracterización de las farmacias domiciliarias

En el domicilio de los 89 que componen la muestra no habia medicamento alguno, ahora bien en 87% de las familias el concepto de botiquin en cuanto a agrupación de productos farmaceuticos en 1 o 2 lugares se encuentra presente.

En la mitad de los domicilios el conjunto de medicamentos es accesible a niños, independientemente de la presencia habitual de menores.

La madre es la persona responsable del manejo del botiquin domestico, en el 89% de las familias,

bien ella sola o compartiendo la responsabilidad con el padre. Mas detalles de botiquin ver *Tabla 1*.

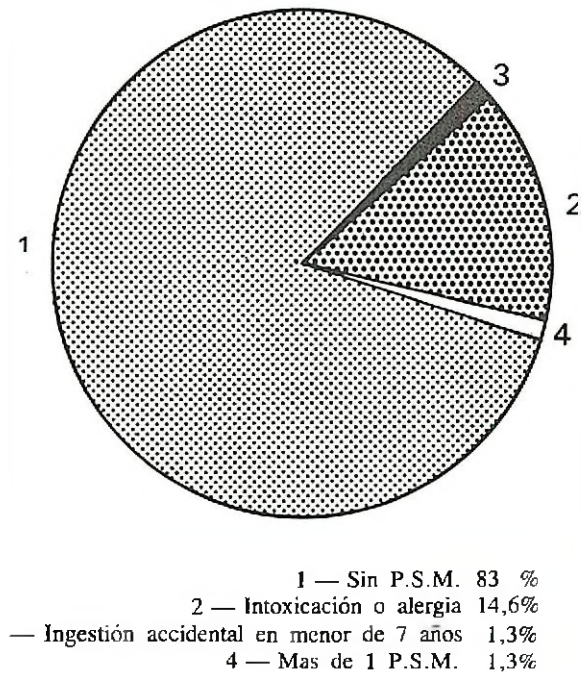
En 15 domicilios se observa, a través de la entrevista, declaración espontánea de problema secundario a medicamento *Figura 2*.

El número medio de especificos que se toman, el día de realizar la entrevista es de 2,7 por familia y día, mientras que si se observa el número de medi-

**Tabla 1**  
**Distribución porcentual de las características del botiquin domestico**

| Familias               | Agrupación en mas de 2 lugares | Accesibilidad | P.S.M. | Consumo de medicamentos el día de entrevistador |
|------------------------|--------------------------------|---------------|--------|-------------------------------------------------|
| % Respuesta Afirmativa | 87                             | 50            | 17     | 85                                              |
| % Respuesta Negativa   | 13                             | 50            | 83     | 15                                              |

**Figura 2**  
**Problemas secundarios a medicamentos**



posibilidad de la tomada de decisión, con un RCB (Ratio custo-beneficio) bruto de 5 e 3, respectivamente na 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> alternativas, o que demonstra que o investimento a realizar nos projectos é amplamente compensador.

## 6. Conclusões

Não é de mais salientar o interesse e a correcção do trabalho agora apresentado, que é, além disso, original ao realizar uma estimativa da despesa que se poderia evitar com medicamentos guardados no domicilio, o que constituirá, sem dúvida, um instrumento útil para a tomada de decisão neste domínio.

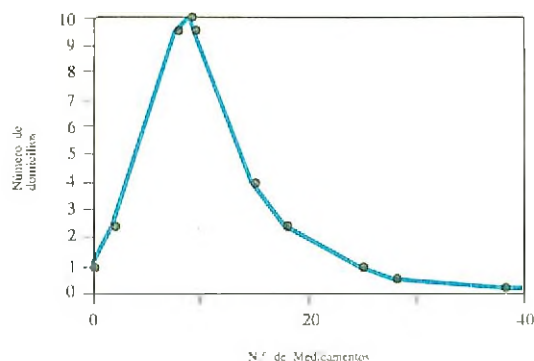
Deixa-se apenas a interrogação da viabilidade de utilização desta metodologia em qualquer ponto do país, já que, do ponto de vista da **equidade**, estudos recentes têm demonstrado que se a redução na despesa per capita em medicamentos deve ter lugar em distritos do interior (Castelo Branco, Portalegre, Évora e Guarda) ou em distritos industrializados do litoral (Lisboa, Setúbal, Leiria e Santarém) noutros distritos, contrariamente, como Bragança, Vila Real e Viseu deverão verificar-se grandes acréscimos dessa despesa.

Provavelmente neste últimos distritos mais do que analisar as "farmácias domiciliárias" haverá que promover a utilização de serviços de saúde, designadamente de consultas médicas, que por sua vez induzem o consumo per capita de medicamentos, de acordo com o nível de saúde das respectivas populações. Um estudo que é metodologicamente correcto e prioritário no concelho de Oeiras, pode não o ser num concelho de qualquer dos distritos acima referidos. Por um principio de custo-oportunidade e de racionalização na utilização de recursos escassos haverá nesse caso que estarmos abertos à selecção de outros temas mais prioritários e que se enquadrem num principio de equidade.

## Bibliografia

- LE GRAND, J. — *The distribution of public expenditure*. *Economica*, 45, 1978, p. 125-142.
- GIRALDES, M.R. — *Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários*. Tese para concurso a Prof. Auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Dez. 1987.
- GIRALDES, M.R. — *A equidade e o controlo de gastos. Contributos para a gestão*. "Revista Portuguesa de Saúde Pública", n.º 3-4, 1988.
- GALVÃO, F.A. — *Avaliação económica de um formulário de medicamentos*. Trabalhos de Economia da Saúde, Curso de Medicina do Trabalho 1985/86, 1986.

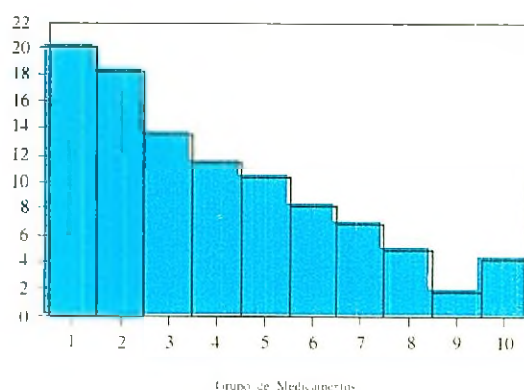
**Figura 3**  
Distribución \* de la variable número total de medicamentos por domicilio



\* Es un cálculo aproximado, realizado gráficamente no a través de cálculos matemáticos

Mediana : 9  
Moda : 10  
Media : 13,03 De = 13,5  
Coeficiente de variación 104,01

**Figura 4**  
Clasificación de medicamentos según ATC



- 1 - Sistema Nervioso Central S.N.C. - 20,3%
- 2 - Tracto alimentario y metabolismo - 18,2%
- 3 - Sistema cardiovascular - 13,6%
- 4 - Sistema respiratorio - 11,6%
- 5 - Sistema musculo-esquelético - 10,5%
- 6 - Dermatología - 8,1%
- 7 - Sistema antiinfeccioso general - 6,9%
- 8 - Organos sensoriales - 4,9%
- 9 - Sistema genitourinario y hormonas sexuales - 1,7%
- 10 - Resto - 4,2%:
  - Sangre
  - Productos antiparasitarios
  - Preparados sistema hormonal Excep. Hormonas sex.
  - Drogas antineoplásicas e inmunosupresoras
  - Varios

camentos existentes en el domicilio este es de 13,03, siendo la mediana 9 y la moda 10; el coeficiente de variación de la distribución de esta variable es de 104,01 (Figura 3).

El valor medio por botiquín doméstico de aquellos medicamentos no usados el día de la entrevista, y que pueden o no ser utilizados mas tarde es de 3112S00. Considerando todo el universo poblacional de Oeiras Villa este stock se valora en 43 580 contos.

### 3.3. Caracterización de los medicamentos

Tanto si se utiliza la clasificación ATC, como la FNM, se encuentra que el grupo farmacológico mas frecuentemente hallado es el de medicamentos del Sistema Nervioso Central, con 20,3% del total de los productos farmacéuticos, en ambos casos. Este grupo incluye tanto a los subgrupos Analgesicos-Antipiréticos y los psicofarmacos como mas representativos.

En la clasificación ATC, el segundo grupo en orden de frecuencia es el llamado "Farmacos del tracto alimentario y metabolismo" con un 18,2% y el tercero el grupo de "Sistema Cardiovascular" con 13,6% (Figura 4).

En la clasificación FNM, el segundo grupo es farmacos de aparato cardiovascular con 13% y el tercero farmacos del aparato respiratorio con 9,9%.

El 97% de los medicamentos encontrados, está en aceptables condiciones de uso, en cuanto que no estan caducados y su aspecto externo es adecuado.

El gasto producido en el total de los productos farmacéuticos, sea por el S.N.S. o por el usuario, es en media por familia de 6062S00, calculado en base al precio de venta al público que figura en los textos de referencia, Índice Nacional Terapéutico y Simposium Terapéutico.

De los medicamentos hallados en los domicilios, el 48% han sido prescritos por el médico, según manifiesta la persona entrevistada, el 2% por el farmacéutico, y el 14% restante fué adquirido por decisión propia (Figura 5).

Un 3% de los embalajes estan intactos, y un 5% de las presentaciones halladas se encuentran por duplicado o triplicado.

Un 36% de los medicamentos es tomado "a veces" independientemente de que fuese prescrito o no por el médico, y un 20% de los productos son guardados sin intención de ser utilizados de nuevo (Tabla 2).

El valor intrínseco, según concepto definido previamente, es alto en 21,6%; medio en 10,9% y bajo en 66,2%.

La relación entre cooperación SNS/usuario, se representa en Tabla 3.

3.4. Resultado de los test de hipótesis

Una vez estudiadas diversas hipótesis de trabajo se expresan aquellas en las que los tests son significativos:

El número de medicamentos totales existentes en el domicilio aumenta con la clase social alta ( $p < 0,05$ ).

El valor intrínseco de los medicamentos disminuye con la clase social alta ( $p < 0,05$ ).

El valor intrínseco de los medicamentos, disminuye con la prescripción médica ( $p < 0,001$ ).

El valor intrínseco de los medicamentos, disminuye en aquellos en los que el S.N.S. tiene alta participación ( $p < 0,001$ ).

El estado de conservación de los medicamentos es peor en las familias en las que el cabeza de familia es de edad avanzada ( $p < 0,05$ ).

El estado de conservación de los medicamentos es mejor en las familias no inscritas en el C.S. ( $p < 0,05$ ).

4. Discusion

Para evitar el sesgo de selección en las unidades de observación de la muestra utilizada en el estudio, se ha garantizado la aleatoriedad en dos niveles, el primero por uso de tabla de números aleatorios y el segundo porque la elección se llevó a cabo sobre

otra muestra previa de 5000 unidades observacionales en las que la aleatoriedad había sido controlada por el metodo "Random and Route" y el estudio versaba sobre la opinión de los Servicios Municipalizados de Agua, materia sin nexo de unión con el tema de farmacias domiciliarias.

El sesgo en la observación, en cuanto al observador se eliminó en lo posible, con el entrenamiento de las entrevistadoras según técnica preestablecidas, por profesionales en esta materia, la finalidad de estas actividades era unificar criterios y evitar subjetivismos y actuaciones que hiciesen sugerir respuestas deseadas en la persona observada.

Se ha usado la media, para el estudio del número total de medicamentos ya que para comparación con otros estudios *Tabla 4*, se usa este estadígrafo como el mas común, si bien la mediana sería mas adecuada para este tipo de distribución, dado que la media se

Figura 5  
Prescripción de los medicamentos

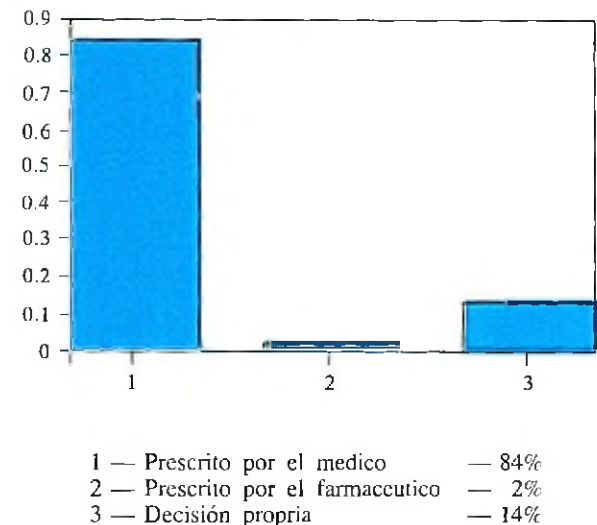


Tabla 2  
Razones por las que se conservan los medicamentos en el domicilio

| Razon                                                         | Porcentaje % |
|---------------------------------------------------------------|--------------|
| 1 — Se esta utilizando                                        | 24           |
| 2 — A veces es utilizado                                      | 36           |
| 3 — El medicamento se guarda porque sentó mal, y se suspendió | 2            |
| 4 — De reserva, por si lo prescriben de nuevo                 | 18           |
| 5 — Por no tirar algo que costó dinero. Sin intención de uso  | 20           |

Tabla 3  
Relación entre la cooparticipación y frecuencia de los medicamentos en domicilio

| Cooparticipación SNS/usuario                              | Porcentaje % |
|-----------------------------------------------------------|--------------|
| 1 — Venta libre                                           | 5,9          |
| 2 — Cooparticipación al 50%                               | 72,7         |
| 3 — SNS aporta el 80%                                     | 16,6         |
| 4 — SNS aporta el 100%                                    | 2,3          |
| 5 — No figura la cooparticipación en textos de referencia | 2,3          |

vé alterada por algunos valores extremos que desvían apreciablemente su significado.

Hecha esta salvedad, se encuentra que la media hallada en este trabajo es la segunda de todas las publicaciones consultadas, ya reseñadas en la metodología, con 13 medicamentos/domicilio.

En Portugal en 1982, el porcentaje del presupuesto del S.N.S., gastado en medicamentos era el más alto de los países de la OCDE con un 19%; en 1986 este valor volvía a subir tras unos años de descenso.

En 1978 las ventas en todo el mundo en medicamentos alcanzaron casi 57 000 millones de dólares, y en 1986 fueron superados los 100 000, con una distribución desigual ya que el 20% de la población consume el 80% de la producción total de productos farmacéuticos.

Todo ello hace evidente que se pueda afirmar sin temor a exagerar que se registra un consumo excesivo de medicamentos, que procede en un 84% según los resultados del presente trabajo, de la prescripción médica.

El análisis de esta sobreprescripción médica, es complejo por la multiplicidad de factores que intervienen y que sucintamente se enumeran: escaso tiempo de las consultas médicas (en Portugal es dudoso), presión ejercida por el sistema utilizador, total cobertura del S.N.S., promoción de ventas y mala formación del médico. Todo ello permite la formulación "La industria elabora el medicamento, el médico lo prescribe, el usuario ó enfermo lo consume y el Estado lo paga" (Laporte, 1975).

Así pues el incremento en el consumo, se ha convertido en una preocupación de las autoridades sanitarias en muchos países, tomando diferentes medidas para reducir gastos, iniciando con ello el camino de una política en la selección de medicamentos, en la cual el criterio de calidad se sitúa en el primer lugar sustentado en análisis científicos médicos, farmacológicos y económicos.

Una de las alternativas, y tal vez la más polémica, en esta política, es el establecimiento de listas cerradas o semicerradas de medicamentos, para uso en todo un país o en ambientes más circunscritos,

**Tabla 4**  
**Valores que toman diversas variables**  
**en diversos estudios**

| Autor y localidad y país   | Fecha | media de medicamentos | grupo y subgrupo más frecuente | % prescripción médica | % domicilio con personas en tratamiento medicamentosas | % medicamentos caducados | % presencia de enfermo crónico | % de domicilios con botiquín accesible |
|----------------------------|-------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| DUNNEL e CARTWRIGHT        |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Inglaterra                 | 1972  | 10,3                  | Analgesico<br>Antipiretico     | —                     | —                                                      | —                        | —                              | —                                      |
| LARKIN e WERTHEIMER        |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| USA                        | 1978  | 12                    |                                | —                     | —                                                      | —                        | —                              | —                                      |
| PUCHE et al                |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Granada, España            | 1986  | 7,2                   | Analgesico                     | 85,2                  | —                                                      | —                        | —                              | —                                      |
| MARTINEZ et al             |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Cordoba, España            | 1986  | 7,2                   | Analgesico<br>Antipiretico     | —                     | —                                                      | —                        | —                              | —                                      |
| GARCIA et al               |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Madrid, España             | 1986  | 6,0                   | Analgesico<br>Antipiretico     | 80                    | 43,7                                                   | 2                        | —                              | 44                                     |
| PEREZ et al                |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Sevilla, España            | 1986  | 18,7                  | Analgesico<br>Antipiretico     | 76,6                  | —                                                      | 5,2                      | 36,3                           | 9                                      |
| GUERRA                     |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Fregenal (Badajoz), España | 1987  | 11,8                  | Analgesico<br>Antipiretico     | 84,7                  | 80,2                                                   | 10,6                     | 64,9                           | 55                                     |
| PRESENTE ESTUDIO           |       |                       | S.N.C.                         |                       |                                                        |                          |                                |                                        |
| Oeiras, Portugal           | 1988  | 13,0                  |                                | 84                    | 85                                                     | 2,5                      | 54                             | 50                                     |

sea por características de área geográfica, o por grupo de población al que se dirige, siempre bajo la filosofía de selección de medicamentos esenciales de la OMS y expresada por primera vez en el año 1977, en el informe técnico 615, y que causó una pequeña revolución en el campo de la prescripción medicamentosa, puesta de manifiesto por las posiciones a favor y en contra que ha suscitado (Tognoni et al, 1981), (Charlwood, 1985).

El empleo de una elevada proporción de medicamentos inútiles y con una relación Beneficio/Riesgo, muy baja ha sido claramente demostrada en nuestro medio (Laporte, et al, 1983), (Spagnoli e Tognoni, 1983). En el estudio actual la calidad se ha medido a través del V.I. y se observa que, es alto en tan solo 22% de los fármacos encontrados en los domicilios, que en la clase social alta es más bajo que en las clases sociales media e baja; que en los medicamentos prescritos por el médico el V.I. es más bajo que en los autoprescritos y que igualmente es más bajo en los productos en que la cooperación del Estado es más elevada.

Ahora bien, V.I. alto no equivale, no quiere decir tratamiento medicamentoso de calidad elevada, ya que para definir "buen tratamiento farmacológico", habría que considerar las variables, indicación de uso de tal fármaco y cumplimiento de la terapéutica, que actuarían como factores de confusión, induciendo un sesgo en la interpretación.

Así pues evaluar la calidad de tratamiento escapa a los objetivos de este estudio, que si valora el consumo de fármacos en cuanto a grupos terapéuticos más usados, siendo los medicamentos del S.N.C. con 20,3% los más encontrados y el subgrupo analgésicos-antipiréticos el que contribuye en mayor proporción, hecho que coincide con otros trabajos (Carvajal et al, 1985); y explica el hallazgo de que el V.I. sea más elevado de modo altamente significativo en los medicamentos autoprescritos y en los que el S.N.S. no coopera, pues este subgrupo, fundamentalmente por el ácido Acetil Salicílico (aspirina) y por el paracetamol tiene un V.I. alto.

En segundo lugar, si se usa la clasificación del F.N.M. el grupo que aparece es el de Aparato Cardiovascular con 13% y dentro de él, el subgrupo vasodilatadores periféricos y cerebrales que no están incluidos en el listado de la OMS, y su eficacia terapéutica es dudosa (Gené et al, 1985).

De la excesiva prescripción y baja calidad de los productos farmacéuticos utilizados, es de prever que devenga una elevada cantidad de P.S.M., de los que en el presente trabajo se detecta presencia en un 17% de las familias, si bien hay que reconocer que esto representa solo la punta del iceberg que son el conjunto de P.S.M., pues no se incluyen aquellos que una vez diagnosticados no conoce u olvida la población, y los que permanecen ocultos tanto a los profesionales de Salud como a los usuarios.

Considerando otros parámetros más próximos a la realidad en cuanto a dimensión de la yatrogenia medicamentosa, se puede decir que del 10-15% de los pacientes ingresados en los servicios hospitalarios de medicina general, lo son por problemas relacionados con los fármacos, y en cuanto al medio extrahospitalario este dato es más difícil de proporcionar por la escasez de registros, y variabilidad de cifras que van desde un 3% a un 41% de los enfermos que reciben tratamiento ambulatorio (Jimenez et al, 1986).

La experimentación en farmacología tiene cuatro fases, la I y II corresponde al laboratorio y animales, la III a humanos con características especiales como son la ausencia de niños, ancianos embarazadas y la IV que es en período post-marketing; en la III el método de farmacovigilancia por excelencia es el Ensayo Clínico Controlado, cuyo resultado debía ser el criterio orientador para registrar nuevas especialidades y revisar las antiguas. En la fase IV la farmacovigilancia tiene por objeto la detección de R.A.M. que permanecían desconocidas, y utiliza alguna metodología que a continuación se cita: análisis de estadísticas vitales, sistemas de notificación voluntaria (yellow card de la OMS), monitorización de acontecimientos ligados a la prescripción, técnicas de conexión de la información contenida en documentos clínicos (Record linkage), estudios de cohorte y casos y control.

Todos ellos son de interés en el ámbito de Atención Primaria, por el gran volumen de medicamentos manejados, que llega según algunos autores hasta el 95% (Alloza, 1984).

Por otra parte hay una yatrogenia que se puede llamar social y se define como aquella producida a través del médico y del sistema de salud, y que hace creer que con el progreso en medicamentos y en la medicina se llega a erradicar la enfermedad, a abolir la enfermedad, a prolongar la vida, metafóricamente podemos decir que es "confiar al médico, e este aceptar la llave del botiquín para de su interior sacar y entregar el remedio milagroso contra el mal-estar".

Actualmente muchos profesionales, expresan preocupación por la dimensión y riesgo que supone la automedicación, en este sentido, caben diversos enfoques, ya que si consideramos como automedicación aquel conjunto de fármacos adquiridos sin consulta previa con el médico, en el presente estudio su volumen es de 16% respecto al total, ahora bien si la entendemos como aquella que la persona utiliza medicamentos independientemente de su origen este dato llega a 36%, otros autores dan en sus resultados 34% (Abosedo, 1984).

La información que suministra la O.M.S. es que 70-80% de las enfermedades son tratadas por el propio paciente, en el sentido de que solo 15-20% de

las enfermedades son curadas por tratamiento hospitalario, y por tanto se relaciona con prácticas de autocuidados.

Del mismo modo, el concepto de automedicación difiere según sea considerado por la comunidad médica o bien por la población en general, así podemos dar el concepto, que solo será válido para los médicos, en el que automedicación es aquella aplicación de fármaco sin la intervención del médico, utilizando cualquier forma galénica o vía de administración, incluyendo remedios caseros, populares, mágicos, etc.. Mientras que para la población sería: la toma de productos farmacéuticos por decisión propia cuando en buena razón, lo debería hacer después de consultar con algún profesional sanitario.

Analizando se aprecia que no son coincidentes, pues aspectos puntuales como por ejemplo, uso de analgésicos, uso de producto aconsejado por el farmacéutico, uso de remedios caseros o uso de productos antes de adquirir el estatus de enfermo legítimo tras un primer contacto médico-enfermo, son encuadrados por unos como automedicación y por otros no.

Del mismo modo se observa diferencia en cuanto al juicio de valor implícito, pues mientras por el médico la automedicación prácticamente siempre es perjudicial o potencialmente peligrosa, la población la considera como un remedio alternativo legítimo.

Por ello es de desear que del buen funcionamiento y conocimiento de la comunidad por parte del equipo de atención primaria estos conceptos se equilibren, para lo cual sería posible introducir la nueva idea de Automedicación Saludable como aquella que consiste en aplicación de remedios por decisión propia, dentro de la filosofía de Autocuidados y que se basa en una educación sanitaria correcta, con una continua transferencia entre el sistema prestador de cuidados y el sistema utilizador.

Desde el punto de vista ideal, un botiquín domiciliario sería aquel que contiene unos productos para atender a una automedicación saludable, y cuya composición será variable en función de las características de cada área sanitaria y de cada familia, pero que siempre contará con algunos productos comunes y que están o deben estar orientados por consenso internacional de expertos, y por grupos independientes de farmacólogos, médicos asistenciales, farmacéuticos y consumidores (Anónimo, 1977).

Por último encuadrar este estudio como una aportación al conocimiento de los factores que condicionan los hábitos farmacológicos, tomando como objeto de estudio los domicilios y simultáneamente como una estimulación al desarrollo de la farmacovigilancia en su fase IV, que es aquella en la que el laboratorio de investigación natural, lo constituye el Sistema Sanitario en la realidad cotidiana.

## 5. Conclusiones

### Primera

Ante la problemática del consumo de medicamentos, se ha puesto de manifiesto que es en cantidad excesiva y que la consideración del medicamento como un bien de consumo, es un hecho demostrado desde el momento que se observa que en las clases sociales altas la existencia de fármacos en el domicilio es mayor que en las clases sociales bajas.

### Segunda

La calidad del contenido del botiquín, que es otra de las cuestiones planteadas, se ha constatado que es baja, explicada en parte por una prescripción llevada a cabo según criterios que no son exclusivamente médico-farmacológicos y en una oferta de mercado que es muy amplia y variada pero no seleccionada.

### Tercera

Dado que las causas de prescripción, no han podido ser evidenciadas, se hace patente que este tipo de estudios debe ser profundizado y diseñado con métodos estadísticos de análisis multivariable, para poder llegar a conclusiones válidas en esta materia.

### Cuarta

El concepto de "Automedicación Saludable" que se ha introducido, lejos de ser rígido, lo que pretende es suscitar polémica y diálogo, para que de ese debate verbal surja un uso más racional del medicamento, aplicado sobre todo a la Atención Primaria en que como destaca Cochrane se consiga una reducción del empleo de medicamentos ineficaces y de los medicamentos eficaces utilizados sin eficiencia.

## 6. Programa

**DESIGNACIÓN:** Programa de Control y Farmacovigilancia de los Medicamentos en Atención Primaria.

**POBLACIÓN AFECTADA:** Población inscrita en C.S. Oeiras, unas 60 000 personas.

Los datos del muestreo del trabajo de campo son representativos de Oeiras (Aglomerado Poblacional). No obstante el programa se diseña para toda la población atendida por C.S. Oeiras por razones operativas.

## 6.1. Caracterización

Establecer programas para reducir el consumo de medicamentos, tiene justificación a nivel internacional, nacional, distrital y local.

En el caso del presente trabajo, además de las recomendaciones de diversos organismos y peritos expertos con autoridad en este tema, se apoya en los siguientes resultados y aspectos:

1.º — Media de 13 medicamentos por domicilio, que es la segunda de todos los estudios consultados;

2.º — El volume económico de las Farmacias domiciliarias, de todas las familias, que viven en Oeiras, Paço de Arcos y Barcarena es de mas de 130 000 contos;

3.º — La calidad de los medicamentos que se tienen en los domicilios es baja, solamente un 34% estan incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS;

4.º — A través de la encuesta se observa cerca de un 17% de las familias en las que ha habido P.S.M.

5.º — En el 26,9% de las familias hay presencia de personas de mas de 65 años, en el 23,3% hay presencia de menores de 7 años y en el 4,5% hay presencia de embarazadas. Las tres poblaciones son mas sensibles a las R.A.M.;

6.º — El origen de los medicamentos es en un 84% por prescripción medica.

El marco legal del programa es el Despacho conjunto A-81/86-X, Ministerio das Finanças, da Indústria e Comércio e da Saúde, 2 de Mayo, in D.R. 100, II Série, que pretende una mayor racionalidad y justicia en la aplicación de los medios financeiros en lo que respecta a consumo de medicamentos, y tambien el Decreto Lei n.º 154/86 de 20 de Junio que armoniza la comercialización de especialidades farmaceuticas con directivas de la CEE.

**OBJETIVO GENERAL:** Conseguir uso racional del medicamento.

**OBJETIVO DEL PROGRAMA:** Reducir en un 5% los gastos del S.N.S. en medicamentos en 5 años.

## 6.2. Estrategia del programa

Realizar una politica local del medicamento según los proyectos que a continuación se caracterizan y además atender a las directrices nacionales de macroconsumo en las que seguirán cambios en la normativa de Registro, y en regulación de la información suministrada por la Industria Farmaceutica, así como acciones administrativo-legales en control de precios y recetas, tasas moderadoras y acciones

de tipo educativo tanto para profesionales en sus fases pre y post graduado como para la población usuaria en general.

## 6.3. Proyectos del programa

**PROYECTO 1:** Visita Medica.

**PROYECTO 2:** Elaboración de Índice Farmacológico para la Atención Primaria del C.S. de Oeiras.

### CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO 1

Según diversos estudios (Erill, 1981) se sabe que el medico tiene como una de sus principales fuentes de información al visitador medico, por lo que cabe suponer que, la misma función que tal profesional realiza para la industria farmaceutica, puede ser desempeñada con objeto de "vender" la idea de no convertir al farmaco en una respuesta espurea a un problema real, y mas allá de las implicaciones del exceso de coste, su uso inadecuado comporta costes culturales importantes ya que produce y mantiene actitudes y conocimientos inadecuados por parte de los tecnicos y de la población general, produce ya-trogenesis social.

### CARACTERIZACION DEL PROYECTO 2

La oficina Regional Europea de la O.M.S. y un comité de expertos del Consejo de Europa recomiendan la publicación de guias de medicamentos para uso a nivel nacional o local, ya que la misión de esta tecnologia a lo largo de la elaboración y posteriormente en su fase de aplicación, es la de servir de reflexión para revisar la terapeutica actual, poner en marcha programas de formación permanente, construir un sistema de información sobre medicamentos, repasar aspectos inadvertidos en la practica diaria como interacciones farmacologicas entre farmaco y patologias, efectos indeseables, cumplimiento de la prescripción, etc. (Laporte e Arnau, 1982).

En el primer año del programa, y como paso previo a la elaboración definitiva del índice, es preciso crear un protocolo de farmacovigilancia, que será el hilo conductor para el diagnostico de las R.A.M. y la producción definitiva del índice farmacológico para la Atención Primaria del C.S. de Oeiras.

## 6.4. Objetivos específicos

**Tabla A**  
**Objetivos específicos del programa referidos por proyectos y por años**

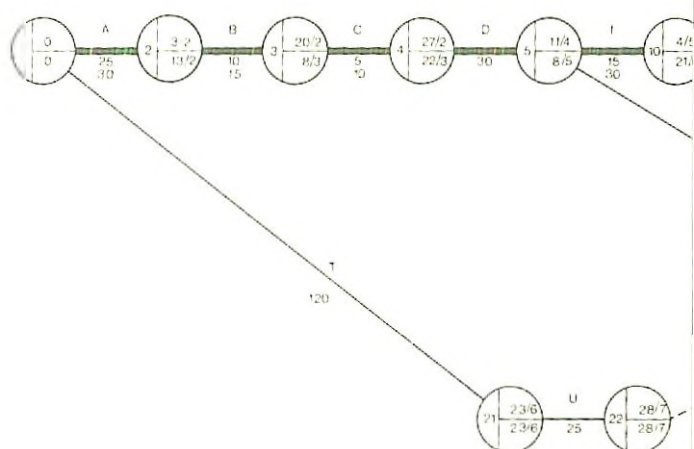
|             | Objetivo                                              | 1989                            | 1990 | 1991                                      | 1992 | 1993 |
|-------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-------------------------------------------|------|------|
| Proyecto 1: | % de reducción en la prescripción, respecto a punto 0 | 5%                              | 10%  | 15%                                       | 25%  | 30%  |
| Proyecto 2: | Tecnología producida                                  | Protocolo de farmaco vigilancia | —    | Índice farmacológico de Atención Primaria | —    | —    |
|             | % de Médicos que adhieren el protocolo                | —                               | 70%  | 75%                                       | 85%  | 90%  |
|             | % de Medicamentos prescritos incluidos en Índice      | —                               | —    | —                                         | 60%  | 75%  |

## 6.5. Obstáculos al programa

| OBSTACULOS AL PROGRAMA                                                                           | PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| — Conseguir formar la Comisión p/elaborar Protocolo de farmacovigilancia y R.A.M.                | — Estimulos científicos y/o económicos.    |
| — Visión de limitación de "libertad de prescripción" en cualquier programa de Farmacovigilancia. | — Profesionalidad del visitador(a) Médico. |

## 6.6. Lista de actividades para programación con PERT. 1 año

- A — Selección del visitador/a médico.  
 B — Formación del visitador/a.  
 C — Entrenamiento del visitador/a.  
 D — Visita n.º 1 a los 75 médicos asistenciales del C.S. de Oeiras. Contenido: Presentación del Programa; Oferta de Comisión para redactar Protocolo a los 59 médicos de Clínica General.  
 E — Visita n.º 2 a los 75 médicos asistenciales del C.S. de Oeiras. Contenido: Situación en Portugal y en Oeiras del gasto en medicamentos.

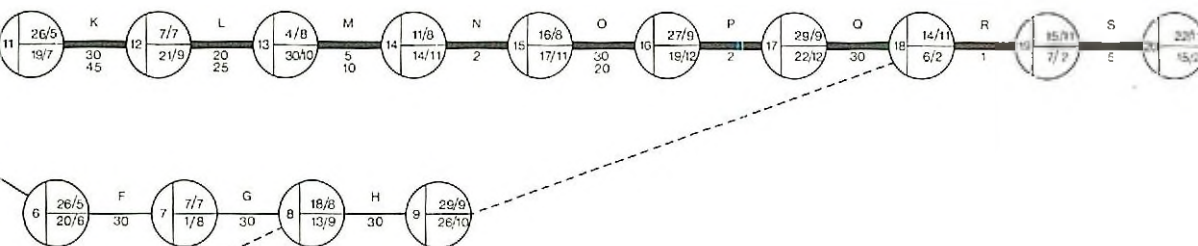
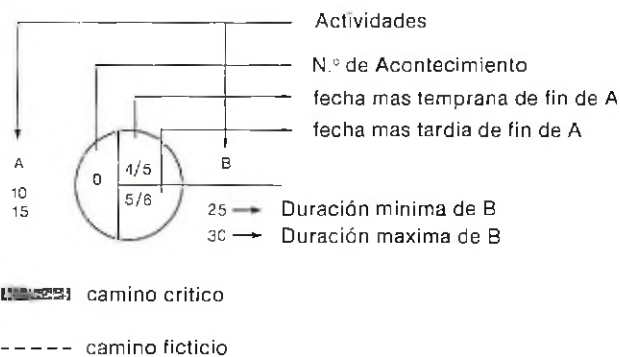


- F** — Visita n.º 3 a los 75 medicos asistenciales del C.S. de Oeiras. Contenido: Grupos de medicamentos con peor relación Beneficio/Riesgo.
- G** — Visita n.º 4 a los 75 medicos asistenciales del C.S. de Oeiras. Contenido: Situación de R.A.M., datos generales. Concepto de Farmacovigilancia.
- H** — Visita n.º 5 a los 75 medicos asistenciales del C.S. de Oeiras. Contenido: Lista de medicamentos en Atención Primaria. Concepto de medicamentos esenciales. Información de resultado actividades T y U.
- I** — Creación de comision redactora del protocolo de Farmacovigilancia y R.A.M. 3 Medicos de Atención Primaria.
- J** — Busqueda bibliografia.
- K** — Redacción de 1º borrador, con Introducción y hoja de Registro.
- L** — Consulta a expertos a cerca del 1º borrador de protocolo de Farmacovigilancia y R.A.M.
- M** — Incorporación de enmiendas al protocolo.
- N** — Envío por Correo del 2º borrador del protocolo para su critica a los 75 medicos asistenciales.
- O** — Recepción de criticas, incorporación de enmiendas.
- P** — Redacción definitiva del protocolo.
- Q** — Impresión del protocolo.
- R** — Presentación del Documento.
- S** — Nombamiento de la comisión para redactar el Indice Farmacologia para la Atención Primaria del C.S. de Oeiras.
- T** — Solicitud de Ayuda a fondos nacionales o internacionales (C.E.E.) para publicación del Indice y establecer actividad U.
- U** — Creación de un premio-estimulo para el medico con el ratio mas bajo de prescripción.

- V** — Presentación de resultado de actividades T y U.
- W** — Presentación de resultado de proyecto 1 en 1989. Prescripción general en C.S. de Oeiras año 1988 y primer semestre de 1989.

Leyenda del diagrama PERT que se presenta

Es de tipo Acontecimiento — Actividad



## 6.7. Evaluación del programa

La evaluación global del programa se puede hacer desde dos ópticas, en cuanto al impacto en la Salud de la comunidad y en cuanto al impacto económico.

En la primera, el indicador directo de la "Salud producida" o mejor "enfermedad prevenida" sería número R.A.M. evitadas, si bien su valoración deberá ser cautelosa, pues al sensibilizar con el programa tal número no disminuye, influenciado por un registro que se inicia y que cada vez se realiza mejor. Indicador indirecto del impacto del programa sería el ya propuesto de porcentaje de medicamentos incluidos en el índice farmacológico para la Atención Primaria del C.S. Oeiras.

El impacto económico se valora con el estudio Coste/Beneficio que se presenta a continuación.

## CÁLCULO DE LOS COSTES DEL PROGRAMA

Se han tenido en cuenta los siguientes parámetros diferenciados por proyectos.

## PROYECTO 1

- El vencimiento/hora del visitador/a médico es igual al del médico, es decir 489\$00.
- Número de horas gastadas en formación, en entrenamiento, en preparación de su actividad, y en ejecución de la misma por parte del visitador médico.
- Transporte y tiempo extra perdido en días de trabajo en las extensiones del C.S. del visitador médico.
- Tiempo gastado por el médico en atender al visitador médico.

Tabla 5

Coste y beneficio con actualización para los años de duración del programa. Alternativa 1

| Año               | Coste   | Coste Actualizado | Beneficio          | Beneficio Actualizado | % Reduc. |
|-------------------|---------|-------------------|--------------------|-----------------------|----------|
| 1989              | 927 123 | 883 000           | 3 811 476          | 3 630 049             | 5        |
| 1990              | 978 990 | 887 943           | 3 689 000          | 3 345 923             | 10       |
| 1991              | 978 900 | 845 651           | 3 575 336          | 3 088 375             | 15       |
| 1992              | 598 280 | 492 204           | 6 960 816          | 5 726 663             | 25       |
| 1993              | 598 280 | 468 752           | 3 216 104          | 2 519 817             | 30       |
| TOTAL = 3 577 553 |         |                   | TOTAL = 18 310 827 |                       |          |

Tabla 6

Coste y beneficio con actualización para los años de duración del programa. Alternativa 2

| Año               | Coste   | Coste Actualizado | Beneficio          | Beneficio Actualizado | % Reduc. |
|-------------------|---------|-------------------|--------------------|-----------------------|----------|
| 1989              | 927 123 | 883 000           | 1 906 570          | 1 815 817             | 2,5      |
| 1990              | 978 990 | 887 943           | 1 898 900          | 1 722 302             | 5        |
| 1991              | 978 990 | 845 651           | 3 780 135          | 3 265 280             | 10       |
| 1992              | 598 280 | 492 204           | 3 666 384          | 3 016 334             | 15       |
| 1993              | 598 280 | 468 752           | 3 553 072          | 2 783 831             | 20       |
| TOTAL = 3 577 553 |         |                   | TOTAL = 12 603 564 |                       |          |

- Material para presentar como documentación de apoyo en el ejercicio profesional del visitador medico.

## PROYECTO 2

- El coste corresponde a tiempo gastado por las comisiones-grupos de trabajo en elaborar los distintos documentos: protocolo de Farmacovigilancia y R.A.M. e Índice farmacológico para la A.P. del C.S. de Oeiras.
- Coste de producción incluyendo material e imprenta de la tecnología producida.

## CALCULO DE LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA

El único beneficio monetarizable utilizado ha sido "costes en medicamentos evitados" calculado según los objetivos marcados por el programa para cada año; en la base de cuantía de 6062\$00 por farmacia domiciliaria, obtenido en el estudio realizado.

A este volumen medio hay que deducir un 10% de medicamentos que no fueron adquiridos en el último año, así como solo considerar un 84% de tal volumen que es lo prescrito por el médico, que es el grupo sobre el que actúa el programa.

Por tanto las reducciones de prescripción se calculan sobre la cantidad de 4582\$00.

Respecto al número de familias, se deduce un 25% de no inscritos en C.S., ya que el programa no tendrá efecto sobre ellas.

Se presentan dos alternativas de beneficios, en la primera se calculan sobre los objetivos de reducción de prescripción señalados en programa para los años de duración del mismo, y en la segunda la reducción propuesta es la siguiente: año 1989-2,5%; año 1990-2,5%; año 1991-5%; año 1992-5%; año 1993-5%.

No se ha monetarizado el beneficio potencial representado por la posible reducción de patología e ingresos hospitalares por R.A.M. por dificultades en su cálculo *Tabla 5 e 6*.

## INDICES DE DECISIÓN

### ALTERNATIVA 1

Total Coste 5 años: 3577 contos

Total Beneficio 5 años: 18 310 contos

$$\text{RCB bruto} = \frac{B}{C} = \frac{18\ 310}{3\ 577} = 5,118$$

$$\text{RCB liq.} = \frac{B-C}{C} = \frac{14\ 733}{3\ 577} = 4,118$$

Beneficio liquido = B-C = 14 733 contos.

### ALTERNATIVA 2

Total Coste 5 años: 3577 contos

Total Beneficio 5 años: 12 603 contos

RCB bruto = 3,523

RCB liq. = 2,523

Beneficio liquido = 9026 contos.

## Bibliografía

ABOSEDE O.A.

Self-medication: an important aspect of primary health care. *Soc. Sci. Med.* 19 (7). 699-704, 1984.

ABRANTES A. e CUNHA L.C.:

Produção e Consumo de Medicamentos em Portugal. Mimeografia. Apifarma. Lisboa, 1987.

ALLOZA J.L.:

Medicina de familia, investigación epidemiológica de fármacos y farmacología social. *Med. Clin. (Barc.)* 82. 124-129, 1984.

ANONIMO:

Minimum information for sensible use of self-prescribed medicines. An international consensus. Report by ad-hoc Working Group. *The Lancet.* 1017-1019, 1977.

CARVAJAL A.; MARTIN L.; REVILLA F. e ORDAX J.

Consumo de medicamentos por subgrupos terapéuticos en las provincias de Valladolid y Leon. *Atención Primaria.* 2 (5). 274-278, 1985.

CHARLWOOD R.R.:

Limited list. *British Med. Journal.* 290-786, 1985.

CORREIA A.C.:

Saúde. O custo de um valor sem preço. Editora Portuguesa de Livros Científicos, Lisboa, 1983.

DUKES:

Los siete pilares de la insensatez. En: Laporte J. y Laporte J.R. eds. *Avances en terapéutica 14.* Barcelona, 1986.

DUNNELL K. e CARTWRIGHT A.:

Medicine takers. Prescribers and Hoarders. The Institute for Social Studies in Medical Care. London, 1972.

ERILL S.:

Información sobre medicamentos y su repercusión en la prescripción farmacológica. En: Laporte J. y Laporte J.R. eds. — *Avances en terapéutica 11.* Salvat. Barcelona, 1981.

GIRALDES M.R.:

A Equidade e o Controlo de gastos. Contributos para a gestão. Mimeografia. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 1988.

GARCIA L.; UGALDE M.; PEREZ J.M.; ALBERQUILLA A. e GONZALEZ M.C.:

Contenido de los botiquines familiares en un barrio de Madrid. Mimeografia. Comunicación en 7.º Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, 1987.

GUERRA F.:

Estudio descriptivo de los botiquines domiciliarios en una población rural (Fregenal de la Sierra). Mimeografia. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, 1988.

GENÉ J.; RAMS F. e MAS M.:

Racionalización del consumo farmacéutico en la asistencia primaria. *Med. Clin. (Barc.)*. 84-675, 1985.

HARTZEMA G. e CHRISTENSEN B.:  
Non medical factors associated with the prescribing volume family practitioners. *Medical Care*. 21 (10): 990-999, 1983.

JACKSON J.D.; SMITH M.C.; SHARPE T.R.; FREEMAN R.H. e RONALD H.:  
An investigation of prescribed and non-prescribed medicine use behaviour within the household context. *Soc. Sci. Med.* 16: 2009-2015, 1982.

JIMENEZ L.; LOPEZ J.M.; GIL V. et al:  
Farmacos en atención primaria. Mimeografía. Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Alicante, 1986.

LAIN-ENTRALGO P.; VILLANUEVA J.R. e ELGUERO J.:  
La nueva frontera del medicamento. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid, 1986.

LAPORTE J.:  
El abuso de Medicamentos. En: Laporte J. y Salvà J.A. eds. — *Avances en terapéutica* 6. Salvat, Barcelona, 1975.

LAPORTE J.R.; GISBERT D. e CAPELLÀ D. P.M.:  
Valoración de la calidad de las especialidades farmacéuticas en España. En: Economía de la política Sanitaria (II Jornadas de Economía de la Salud). Serv. Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Bilbao, 1982.

LAPORTE J.R. e ARNAU J.M.:  
Guías farmacológicas para la asistencia médica primaria. En: Laporte J. y Laporte J.R. eds. — *Avances en terapéutica* 12. Salvat, Barcelona, 1982.

LAPORTE J.R.; CARNÉ X. e PORTA M.:  
La evaluación de los medicamentos tras su comercialización. *Med. Clin. (Barc.)* 81: 772-774, 1983.

LAPORTE J.R. e CAPELLÀ D.:  
El consumo de medicamentos. *Med. Clin. (Barc.)* 89 (6) 244-246, 1987.

LARKIN J.K. e WEITHEIMER A.:  
Old drug at home. *N. Eng. J. Med.* 298 (15) 857, 1978.

MARTINEZ R.; FERNANDEZ A.; GARCIA A. e AVILA J.:  
Botiquines Familiares: un estudio epidemiológico. *Farmacoterapia*. 3 (1) 51-55, 1986.

MEYER P.M.:  
La revolución de los medicamentos. Mitos y Realidades. Espasa-Calpe, Madrid, 1986.

OMS:  
Comité de Expertos. La selección de medicamentos esenciales. Serie de informes técnicos, 615. Ginebra, 1977.

OMS/FISE:  
Conferencia Internacional sobre cuidados primarios de Salud. Alma-Ata. URSS, 1978.

PEACH H.:  
Trends in self-prescribing and attitudes to self-medication. *Practitioner* 227, 1609-1615, 1983.

PEREZ M.; SERRANO M.I. e SERRANO J.:  
Los botiquines caseros en una población Urbana Andaluza: Análisis del riesgo para la salud y coste económico. En: Cuadernos del IDR. Sevilla, 1987.

PUCHE E.; SAUCEDO R.; GARCIA M.; BOLAÑOS J. e VILA A.:  
Estudio del botiquín familiar y alguna de sus características en el ciudad de Granada. Estudio realizado en 1548 familias. *Med. Clin.* 79 (3) 118-121, 1982.

SILVA E.A. e PATRÃO L.M.:  
Consumo de Medicamentos. Quanto custa, quem paga? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2: 39-52, 1984.

SPAGNOLI A. e TOGNONI G.:  
Cerebro Active Drugs. *Drugs*. 26: 44-69, 1983.

TOGNONI G.; COLOMBO F. e FRANZOSI M.G.:  
Farmacos esenciales, necesidades sanitarias e investigación en

farmacología clínica: perspectivas y problemas dos años después de la publicación del informe técnico 615 de la O.M.S.. En: Laporte J.R. y Laporte J. — *Avances en terapéutica* 11. Salvat, Barcelona, 1981.

TOGNONI G. e LAPORTE J.R.:  
Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilancia. En: Laporte J.R. y Tognoni G. eds. Principios de epidemiología del medicamentos, Salvat, Barcelona, 1983.

## □ Résumé

### ÉTUDE DES MÉDICAMENTS À LA MAISON DANS LE CENTRE DE SANTÉ DE OEIRAS — IMPLICATIONS POUR LA SANTÉ ET ÉCONOMIQUES

On analyse dans cet article l'existence de médicaments à la maison dans une population d'un haut niveau socio-économique, afin de connaître sa composition quantitative et qualitative.

La taille de l'échantillon fut de 100 familles, choisies aléatoirement, après avoir fait une stratification selon les quartiers, et on a fait une enquête chez elles.

La moyenne obtenue des médicaments par famille fut 13; la médiane, 9, et la mode, 10. 17% des familles reconnaît avoir eu quelques problèmes avec des médicaments, et la moyenne des frais relatifs aux spécialités pharmaceutiques est 6062 escudos.

Le groupe thérapeutique le plus important est celui du Système Nerveux Central, avec 20,3%. On a utilisé, comme paramètre de qualité, l'inclusion, ou non, de spécifiques dans le catalogue des médicaments essentiels de l'O.M.S., ayant trouvé que seulement 34% appartiennent à ce catalogue.

84% des médicaments ont été prescrits par le médecin, mais il a été reconnu que l'automédication constitue une pratique étendue.

On présente aussi un programme de contrôle et pharmacosurveillance des réactions adverses aux médicaments, afin de réduire le nombre des prescriptions, avec analyse coûts/bénéfices de son application dans la zone du C.S. d'Oeiras.

## □ Summary

### STUDY OF DRUGS KEPT AT HOME IN THE OEIRAS HEALTH CENTER — HEALTH AND ECONOMIC CONSEQUENCES

This paper analyzes the presence of drugs in a high socioeconomic level population's homes, with the aim of knowing both their quantitative and qualitative composition.

After district stratification, one hundred families' sample has been selected randomly, making a survey at homes.

Medicines by family's average was 13, median 9 and mode 10; 17% of families admit to have some problems about medicines, and average expenses by home is 6,062 escudos.

The greater therapeutic group was the Nervous System one, with 20,3%; drug inclusion or not in WHO Essential Drugs List was used as a quality parameter, and it was found that only 34% are included in that list.

84% existent drugs are prescribed by a doctor, but it's admitted self-prescription is a current practice.

The paper includes a drug-related adverse reactions control and drug-survey program, aiming to decrease drug prescription, analyzing its cost/benefit ratio in the health center of Oeiras area.