



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana Escuela Profesional de Medicina Humana

Factores asociados a la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024.

Tesis presentada por:

Aragon Silva, Seydi Fernanda

ORCID: 0009-0008-4114-6088

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Montesinos Valencia, Lily Eufemia

ORCID: 0000-0002-7101-4536

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 07 de Abril del 2026

Dictamen: 018338-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 018338, presentado por:

2018814022 - ARAGON SILVA SEYDI FERNANDA

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA PERUANA EN EL
AÑO 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29244943 - VASQUEZ HUERTA VICTOR LUIS
DICTAMINADOR**



**29722452 - BARRIONUEVO POQUET ALEJANDRO
DICTAMINADOR**



**40225352 - GUITTON URDAY JAVIER FERNANDO
DICTAMINADOR**



FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA PERUANA EN EL AÑO 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
2	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

Este trabajo nace de un camino que no siempre fue sencillo, pero que estuvo acompañado de presencias que le dieron sentido incluso a los momentos más difíciles.

En cada paso, encontré en Dios la fortaleza necesaria para continuar, aun cuando la certeza parecía lejana; y en la Virgen del Perpetuo Socorro, una compañía silenciosa que sostuvo mi fe en los instantes más complejos.

Mis padres, Henry Aragón Carbajal e Ignale Seydi Silva Barrios, han sido el fundamento constante de este recorrido, no solo por lo que me han dado, sino por lo que han sido: sostén, guía y motivo.

En la memoria de mi abuela Norma permanece el ejemplo de una vida construida desde el esfuerzo, el cuidado y la entrega; una enseñanza que trasciende las palabras.

En mi abuelo Sabino reconozco el valor del conocimiento, de la palabra y de la sensibilidad, recordándome que incluso en la razón existe humanidad.

Mi hermana, mi familia —especialmente mi tío Alexander y mi tía Denise— han sido presencia constante, aun en lo cotidiano, formando parte silenciosa pero significativa de este proceso.

Y en todo este camino, también me encontré a mí misma: aprendiendo a sostenerme, a continuar sin certezas y a comprender que la fortaleza no siempre se ve, pero siempre permanece.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más honda gratitud a Dios, principio y sostén de mi fortaleza, por haberme acompañado a lo largo de este proceso, concediéndome la entereza y la constancia necesarias para culminar esta etapa decisiva de mi vida.

A la Virgen del Perpetuo Socorro, por su amparo constante y por su presencia serena en cada momento de este camino.

A mis padres, Henry Aragón Carbajal e Ignale Seydi Silva Barrios, pilares fundamentales en mi formación personal y académica, por su apoyo permanente, su confianza y por haberme brindado las bases que hoy sostienen cada uno de mis logros. De manera especial, a mi madre, por su entrega incondicional y por ser sostén incluso en los momentos más exigentes; y a mi padre, por su ejemplo de responsabilidad, disciplina y perseverancia.

A mi abuela Norma, por representar el valor del trabajo constante, por su dedicación a su familia y por enseñarme, con su ejemplo, que la fortaleza se construye en la sencillez y en el esfuerzo diario.

A mi abuelo Sabino, por su vocación como docente de física y matemáticas, así como por su cercanía con el lenguaje y la poesía, recordándome que el conocimiento no solo se adquiere, sino que también se transmite con sensibilidad y claridad.

A mis abuelos Antuca y Carlos, por su cariño y enseñanzas.

A mi hermana Norma, por su presencia constante, por la calidez de su compañía y por ser, incluso en la sencillez de lo cotidiano, un sostén silencioso a lo largo de este proceso.

A mi tío Alexander, por su disposición constante, su apoyo generoso y por la confianza brindada a lo largo de este proceso; y a mi tía Denise, por su cercanía, su afecto sincero y por mantenerse presente como una figura de respaldo y consideración permanente.

A mi familia, por haber sido un espacio de formación en valores como la empatía, la humildad y el respeto, principios que hoy reconozco como fundamentales no solo en la vida, sino también en el ejercicio de la medicina.

A Jureck, por haber estado presente en este camino de una manera que trasciende lo evidente, acompañando no solo los momentos visibles, sino también aquellos que solo se comprenden desde la cercanía.

A mis mascotas, Amora y Sabhana, por su compañía constante en las largas noches de estudio, por permanecer a mi lado en silencio y hacer más llevadero cada momento de esfuerzo.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que formaron parte de este proceso.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores asociados a la automedicación en la población adulta del Perú durante el año 2024, bajo el marco del Modelo Conductual de Andersen.

Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, transversal y de nivel relacional. Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2024. Se seleccionaron adultos (≥ 18 años) que reportaron algún síntoma o enfermedad en las últimas cuatro semanas ($N = 19,008,491$). Se evaluaron factores predisponentes (sexo, edad, educación), facilitadores (pobreza, área de procedencia, seguro) y de necesidad (cronicidad). La asociación estadística se determinó mediante la prueba de Chi-cuadrado de Pearson ($p < 0.05$).

Resultados: La prevalencia de automedicación en la población adulta enferma fue del 25.2% ($n = 4,796,106$). Se halló asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en todas las dimensiones evaluadas. En los factores predisponentes, predominó el grupo de hombres sobre mujeres (27.5% vs 23.5%), adultos de 18 a 29 años (35.1%), nivel educativo medio (29.1%) y alto (28.9%), procedencia urbana sobre rural (27.33% vs 16.3%), no asegurados (36.4%), no pobres (26.1%) y pobres no extremo (24.6%), y ausencia de enfermedad crónica sobre los que tienen (29% vs 22%).

Conclusiones: Uno de cada cuatro adultos peruanos que enferma recurre a la automedicación. Esta conducta no es un evento aislado, sino que está condicionada por un perfil sociodemográfico específico y, fundamentalmente, por barreras estructurales de acceso al sistema de salud formal. Los resultados sugieren la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y las políticas de regulación farmacéutica para mitigar los riesgos asociados a esta práctica.

Palabras clave: Automedicación, ENAH, Salud Pública.

ABSTRACT

Objective: To determine the frequency and factors associated with self-medication in the adult population of Peru during 2024, within the framework of Andersen's Behavioral Model.

Methodology: A quantitative, cross-sectional, and relational study was conducted. A secondary analysis of the 2024 National Household Survey (ENAHO) was performed. Adults (≥ 18 years) who reported a symptom or illness in the previous four weeks were selected ($N = 19,008,491$). Predisposing factors (sex, age, education), facilitating factors (poverty, area of origin, insurance), and necessity factors (chronicity) were evaluated. Statistical association was determined using Pearson's chi-squared test ($p < 0.05$).

Results: The prevalence of self-medication in the adult population with illness was 25.2% ($n = 4,796,106$). A statistically significant association ($p < 0.001$) was found in all dimensions evaluated. Among the predisposing factors, the following groups predominated: men over women (27.5% vs. 23.5%), adults aged 18 to 29 (35.1%), those with a medium (29.1%) or high (28.9%) level of education, urban over rural origin (27.33% vs. 16.3%), uninsured (36.4%), those not living in poverty (26.1%) and those living in poverty but not extreme poverty (24.6%), and those without a chronic illness compared to those with one (29% vs. 22%).

Conclusions: One in four Peruvian adults who become ill resorts to self-medication. This behavior is not an isolated event, but rather is conditioned by a specific sociodemographic profile and, fundamentally, by structural barriers to accessing the formal healthcare system. The results suggest the need to strengthen primary care and pharmaceutical regulatory policies to mitigate the risks associated with this practice.

Keywords: Self-medication, ENAHO, Public Health.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 4

1.1. Determinación del problema 4

1.2. Enunciado del problema 4

1.3. Descripción del problema 4

1.3.1. Área del conocimiento 5

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables 6

1.4. Justificación del problema 8

1.4.1. Justificación Científica 8

1.4.2. Justificación Social 9

1.4.3. Originalidad 9

1.5. Tipo de Investigación 10

1.6. Nivel de Investigación 10

1.7. Diseño de Investigación 10

2. Objetivos 10

2.1. Objetivo general 10

2.2. Objetivos específicos 10

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL 11

3.1. Conceptos básicos 11

3.1.1. Epidemiología y Salud Pública en el contexto global 11

3.1.2.	Farmacología Clínica y Riesgos.....	13
3.1.3.	Modelos teóricos de la conducta de salud.....	15
3.1.4.	Realidad Sanitaria y Marco Legal Peruano.....	16
3.2.	Análisis de antecedentes investigativos.....	19
3.2.1.	A nivel Internacional.....	19
3.2.2.	A nivel nacional.....	22
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....		26
1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE VERIFICACIÓN.....	27
1.1.	Técnicas.....	27
1.2.	Instrumentos.....	27
1.3.	Materiales de verificación.....	27
2.	Campo de verificación.....	28
2.1.	Ámbito.....	28
2.2.	Temporalidad.....	28
2.3.	Unidades de estudio.....	28
2.4.	Ubicación espacial.....	29
2.5.	Criterios de Selección.....	29
2.5.1.	Criterios de Inclusión.....	29
2.5.2.	Criterios de exclusión.....	29
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
3.1.	Organización y procedimiento.....	30
3.2.	Sistematización y análisis de datos.....	30
3.3.	Recursos.....	31
3.4.	Aspectos éticos.....	31
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....		33
DISCUSIÓN.....		44
CONCLUSIONES.....		49
RECOMENDACIONES.....		51



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población evaluada según el sexo en la población adulta peruana en el año 2024.	34
Tabla 2. Distribución de la población evaluada según el grupo etario en la población adulta peruana en el año 2024.	35
Tabla 3. Distribución según el nivel educativo en la población adulta peruana en el año 2024.	36
Tabla 4. Distribución según el nivel de pobreza en la población adulta peruana en el año 2024.	37
Tabla 5. Distribución según la zona de procedencia en la población adulta peruana en el año 2024.	38
Tabla 6. Distribución según la tenencia de seguro médico en la población adulta peruana en el año 2024.	39
Tabla 7. Distribución según la presencia de enfermedad crónica en la población adulta peruana en el año 2024.	40
Tabla 8. Distribución según la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024.	41
Tabla 9. Asociación entre los factores evaluadores y la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024.	42

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Ficha de recolección de datos	56
--	----



INTRODUCCIÓN

La automedicación se define como el consumo de medicamentos, sustancias o remedios por iniciativa propia o por sugerencia de personas no calificadas, sin la evaluación ni la prescripción de un profesional de la salud. A nivel global, este fenómeno constituye un problema crítico de salud pública debido a sus implicancias directas en la seguridad del paciente, el riesgo de reacciones adversas medicamentosas (RAM), el enmascaramiento de cuadros clínicos graves y el incremento sostenido de la resistencia antimicrobiana. En países en vías de desarrollo, la prevalencia de esta práctica es significativamente alta, lo que exige un análisis riguroso de las variables que condicionan esta conducta en la población adulta.

En el contexto peruano, la decisión de automedicarse responde a una interacción compleja de determinantes sociales de la salud. Factores como el nivel socioeconómico, el grado de instrucción, el acceso geográfico a los centros asistenciales y la cobertura de los sistemas de aseguramiento desempeñan un rol fundamental. La fragmentación del sistema sanitario y las barreras administrativas para la obtención de citas médicas posicionan frecuentemente a los establecimientos farmacéuticos comerciales como el primer punto de contacto sanitario, promoviendo un uso irracional de fármacos que elude el diagnóstico médico formal y la vigilancia terapéutica necesaria.

La presente investigación utiliza los microdatos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para identificar y analizar los factores asociados a la automedicación en la población adulta del Perú. Al emplear una fuente de datos con representatividad nacional,

este estudio permite cuantificar la magnitud de la problemática y determinar los perfiles poblacionales con mayor vulnerabilidad frente a esta práctica. Los resultados pretenden generar evidencia científica que contribuya al diseño de políticas públicas orientadas a mejorar el acceso a los servicios de salud y a fortalecer los programas de educación sanitaria sobre el uso responsable de medicamentos.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

A pesar de los avances en la cobertura del sistema sanitario nacional, la automedicación en la población adulta peruana persiste como una práctica de alta prevalencia vinculada a deficiencias estructurales en el modelo de atención, tales como las barreras de acceso geográfico, la percepción de ineficiencia en los tiempos de espera y las limitaciones en el suministro de medicamentos en los establecimientos públicos. Esta conducta, influenciada por factores sociodemográficos y económicos complejos, conlleva riesgos clínicos críticos que incluyen la resistencia antimicrobiana, el enmascaramiento de patologías graves y el incremento de reacciones adversas, impactando negativamente en los indicadores de salud pública y en la economía de los hogares. No obstante, existe una brecha en el conocimiento científico actualizado que analice estos determinantes con una representatividad nacional, lo que limita la formulación de políticas regulatorias y educativas eficaces; por lo cual, resulta imperativo identificar los factores asociados a la automedicación mediante el análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), con el fin de establecer un perfil epidemiológico que sustente futuras intervenciones en salud.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024?

1.3. Descripción del problema

A nivel mundial, la automedicación ha sido identificada como un problema de salud pública crítico que compromete la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Esta práctica, caracterizada por el uso de fármacos sin

supervisión facultativa, se asocia directamente con riesgos clínicos severos, tales como el desarrollo de resistencia antimicrobiana, la toxicidad farmacológica, el enmascaramiento de patologías graves y la ocurrencia de reacciones adversas medicamentosas (RAM). En el contexto peruano, la facilidad de acceso a medicamentos sin receta médica y la percepción de las boticas y farmacias como centros de atención primaria informal han normalizado esta conducta, convirtiéndola en un componente habitual del comportamiento sanitario de la población adulta ante la aparición de sintomatología diversa.

La persistencia de esta conducta está estrechamente ligada a determinantes estructurales del sistema de salud y a factores individuales que requieren una caracterización profunda. Las barreras económicas, la falta de un aseguramiento universal efectivo, el bajo nivel de alfabetización sanitaria y las deficiencias en la calidad de la atención pública —manifestadas en prolongados tiempos de espera y desabastecimiento— actúan como impulsores de la búsqueda de alternativas terapéuticas extrahospitalarias. A pesar de la existencia de estudios locales realizados en centros de salud específicos, persiste una brecha de conocimiento respecto a la interacción de estos factores a escala nacional. Por consiguiente, resulta necesario analizar la información provista por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para establecer un perfil predictivo de la automedicación que permita fundamentar políticas públicas orientadas al uso racional de medicamentos y a la optimización del acceso a los servicios de salud formales.

1.3.1. Área del conocimiento

- **Área General:** Ciencias de la Salud.
- **Área Específica:** Medicina Humana / Farmacología Clínica.

- **Área de Investigación:** Salud Pública.
- **Línea de Investigación:** Salud Pública, Epidemiología y Determinantes de la Salud.

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Variable Dependiente: Automedicación	ENAH0 P407 ¿A dónde acudió para atenderse?	1: Farmacia 2: Automedicación 2.1: Si 2.2: No	Nominal
Variables Independientes			
Edad	ENAH0 P400A	Años Cronológicos - Adulto joven 18-29 - Adulto 30-59 - Adulto mayor >60	Ordinal
Sexo	ENAH0 P400H	Hombre Mujer	Nominal
Nivel Educativo	ENAH0 P301A (mod300)	Bajo: sin nivel/primaria	Ordinal

		Medio: secundaria completa/incompleta Alto: Superior (técnica o universitaria)	
Lugar de Residencia	ENAHO ESTRATO	Urbana Rural	Nominal
Seguro de salud	ENAHO P4191 – P4198	Con Seguro Sin Seguro	Nominal
Nivel de pobreza	ENAHO Mod100	Pobre (extremo y no extremo) No Pobre	Nominal
Enfermedad crónica	ENAHO P401	Si tiene No tiene	Nominal
VARIABLES	INDICADORES	UNIDAD/CATEGORÍA	ESCALA
Variable Dependiente: Automedicación	ENAHO P407 ¿A dónde acudió para atenderse?	1: Farmacia 2: Automedicación 2.1: Si 2.2: No	Nominal
Variables Independientes			
Edad	ENAHO P400A	Adulto joven (18-29 años) Adulto (30-59 años) Adulto mayor (>60 años)	Nominal
Sexo	ENAHO P400H	Hombre Mujer	Nominal

Nivel Educativo	ENAH0 P301A (mod300)	Bajo: sin nivel/primaria Medio: secundaria completa/incompleta Alto: Superior (técnica o universitaria)	Ordinal
Lugar de Residencia	ENAH0 ESTRATO	Urbana Rural	Nominal
Seguro de salud	ENAH0 P4191 – P4198	Con Seguro Sin Seguro	Nominal
Nivel de pobreza	ENAH0 Mod100	Pobre (extremo y no extremo) No Pobre	Nominal
Enfermedad crónica	ENAH0 P401	Si tiene No tiene	Nominal

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Justificación Científica

La justificación científica de esta investigación radica en la necesidad de generar evidencia epidemiológica de alto nivel sobre los determinantes que condicionan el uso irracional de fármacos en el Perú. Si bien la automedicación es un fenómeno ampliamente reconocido, la mayoría de los estudios locales se limitan a análisis descriptivos en centros hospitalarios específicos o muestras pequeñas. Este estudio aporta valor científico al emplear un análisis multivariado que permite identificar la fuerza de

asociación de variables sociodemográficas y económicas con la conducta de automedicación. Al procesar datos de una fuente oficial como la ENAHO, se establece una línea base técnica que contribuye al conocimiento de la farmacoepidemiología nacional y la seguridad del paciente, permitiendo predecir riesgos clínicos como la resistencia antimicrobiana y las reacciones adversas medicamentosas.

1.4.2. Justificación Social

El estudio es relevante porque la automedicación no es solo una decisión individual, sino un síntoma de las deficiencias estructurales en el acceso a la salud. Identificar qué sectores de la población (según nivel de pobreza, zona de residencia o tipo de seguro) son más vulnerables a esta práctica permite proponer intervenciones de salud pública con un enfoque de equidad. Los resultados de esta tesis proporcionan herramientas a los gestores de políticas sanitarias para diseñar estrategias de educación sanitaria y optimizar la distribución de recursos en el primer nivel de atención. Al mejorar el entendimiento de estos factores, se busca reducir el gasto de bolsillo de las familias y, primordialmente, mitigar los riesgos a la salud pública derivados de un diagnóstico y tratamiento médico omitido.

1.4.3. Originalidad

Este proyecto se distingue por el uso de Datos Abiertos (Open Data) con representatividad a escala nacional, superando el sesgo de selección común en las tesis de pregrado basadas en un solo puesto de salud o unidad hospitalaria. La novedad reside en la integración de diversos módulos de la encuesta (salud, educación y sumaria de hogar) para construir un perfil integral del adulto que se automedica en el Perú actual. Al emplear la versión

más reciente de la Encuesta Nacional de Hogares, la investigación ofrece una visión actualizada y ajustada a la realidad post-pandemia del sistema sanitario peruano, proporcionando un análisis de "investigación sobre la investigación" que valida el uso de grandes bases de datos institucionales para la toma de decisiones en medicina humana.

1.5. Tipo de Investigación

Observacional.

1.6. Nivel de Investigación

Relacional.

1.7. Diseño de Investigación

No experimental, de corte transversal y analítico.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la automedicación en la población adulta peruana mediante el análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del periodo 2024.

2.2. Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia de la automedicación en la población adulta peruana a nivel nacional, categorizándola según área de residencia (Urbano y Rural) en el año 2024.
- Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo y nivel educativo) que muestran una asociación estadísticamente significativa con la conducta de automedicación en población peruana en el año 2024.

- Establecer la relación entre los factores económicos y de acceso al sistema de salud (nivel de pobreza, aseguramiento) con la práctica de automedicación en la población peruana en el año 2024.
- Determinar la asociación de enfermedad crónica en la decisión del paciente de optar por la automedicación en la población peruana en el año 2024.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Epidemiología y Salud Pública en el contexto global

3.1.1.1. Situación Mundial de la Automedicación

La automedicación representa un fenómeno epidemiológico global cuya prevalencia muestra una variabilidad significativa, oscilando entre el 20% y más del 90% dependiendo de la región geográfica, el nivel de ingresos y el marco regulatorio local. En los países en vías de desarrollo, las tasas son consistentemente elevadas debido a la porosidad en los sistemas de vigilancia farmacéutica y a la limitada cobertura de los servicios de salud pública. En estos contextos, la oficina farmacéutica se posiciona como el proveedor de salud primario de facto para grandes sectores de la población, consolidando una práctica que, aunque busca resolver necesidades inmediatas, elude los mecanismos de control clínico y seguridad del paciente (1,2).

El perfil epidemiológico de los fármacos consumidos sin prescripción está liderado globalmente por analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y agentes antigripales. Sin embargo, la

preocupación principal de los organismos internacionales radica en el uso indiscriminado de antibióticos y corticoides, cuya libre adquisición en diversas regiones contribuye directamente a la crisis de resistencia antimicrobiana. Asimismo, la digitalización de la información sanitaria ha introducido un nuevo patrón de conducta, donde el acceso a fuentes no verificadas en internet fomenta una toma de decisiones terapéuticas basada en autodiagnósticos digitales, omitiendo la validación por parte de profesionales de la salud capacitados (1, 2).

3.1.1.2. La automedicación como indicador de salud

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, la prevalencia de la automedicación funciona como un indicador indirecto de la eficiencia y accesibilidad de los sistemas formales de salud. Tasas elevadas de consumo de fármacos sin receta médica suelen ser el reflejo de barreras estructurales críticas, tales como tiempos de espera prolongados para la obtención de citas, desabastecimiento crónico de medicamentos en los establecimientos públicos y altos costos de consulta en el sector privado. Por consiguiente, el incremento de esta práctica puede interpretarse como una respuesta adaptativa de la población ante la incapacidad del Estado para garantizar una atención primaria oportuna y resolutive (3).

Asimismo, la automedicación constituye un indicador fundamental de la alfabetización sanitaria y del grado de autonomía de una comunidad. Mientras que la Organización Mundial de la Salud reconoce una "automedicación responsable" como parte del autocuidado para síntomas menores bajo criterios de seguridad, el predominio del uso

irracional de medicamentos sugiere fallas en los programas de educación sanitaria. Evaluar este indicador permite a los tomadores de decisiones identificar brechas en la formación del paciente y diseñar políticas públicas que no solo regulen la venta de fármacos, sino que fortalezcan la confianza en el sistema formal y promuevan el uso racional de los recursos terapéuticos (4).

3.1.2. Farmacología Clínica y Riesgos

3.1.2.1. Farmacocinética y farmacodinamia básica

La seguridad de cualquier intervención farmacológica depende de la comprensión de la farmacocinética, que describe los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción (ADME) del fármaco, y la farmacodinamia, que estudia el mecanismo de acción y la relación entre la concentración de la droga y su efecto en el organismo. En el contexto de la automedicación, la ausencia de una prescripción médica ignora variables críticas como la vida media del fármaco ($t_{1/2}$), el aclaramiento renal o hepático y las posibles interacciones que pueden alterar la ventana terapéutica. Sin la supervisión de un profesional que ajuste la posología según las características individuales del paciente (edad, peso, función orgánica), el riesgo de alcanzar niveles infraterapéuticos o, por el contrario, concentraciones tóxicas, se incrementa exponencialmente, comprometiendo la integridad biológica del usuario (5).

3.1.2.2. Resistencia antimicrobiana

La resistencia antimicrobiana representa una de las mayores amenazas para la salud pública global, siendo impulsada significativamente por

el uso irracional de antibióticos mediante la automedicación. Este fenómeno biológico ocurre cuando los microorganismos desarrollan mecanismos de defensa para evadir el efecto de los fármacos, a menudo debido a esquemas de tratamiento incompletos o dosis inadecuadas por parte del paciente. El consumo de antibióticos para infecciones de origen viral o el cese temprano de la terapia ante la mejoría sintomática facilita la selección de cepas resistentes, lo que no solo prolonga el tiempo de enfermedad y eleva la mortalidad, sino que también agota las opciones terapéuticas disponibles para la medicina moderna (6).

3.1.2.3. Reacciones adversas medicamentosas

Las Reacciones Adversas Medicamentosas se definen como cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que ocurre a dosis normalmente utilizadas para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento. La automedicación exagera la incidencia de RAM debido a la falta de un cribado previo de alergias y antecedentes clínicos, así como a la ignorancia sobre las interacciones fármaco-fármaco o fármaco-alimento. Estas reacciones pueden variar desde manifestaciones leves, como prurito o náuseas, hasta cuadros graves y potencialmente fatales como el choque anafiláctico, el síndrome de Stevens-Johnson o la hepatotoxicidad aguda, los cuales a menudo no son detectados a tiempo por el paciente que evita el contacto con el sistema de salud formal (7).

3.1.2.4. Enmascaramiento de patologías

Uno de los riesgos clínicos más insidiosos de la automedicación es el enmascaramiento de cuadros clínicos graves mediante el alivio

temporal de los síntomas. El uso de analgésicos, antipiréticos o antiinflamatorios de forma indiscriminada puede ocultar signos de alarma de patologías que requieren intervención inmediata, como una apendicitis aguda, procesos oncológicos incipientes o infecciones sistémicas. Al suprimir la respuesta fisiológica del dolor o la fiebre, el paciente percibe una falsa sensación de recuperación, lo que retrasa la búsqueda de atención médica oportuna y, consecuentemente, incrementa el riesgo de complicaciones severas, secuelas permanentes o un desenlace fatal al llegar al centro hospitalario en estadios avanzados de la enfermedad (8).

3.1.3. Modelos teóricos de la conducta de salud

3.1.3.1. Factores Predisponentes

Los factores predisponentes representan las características intrínsecas del individuo que existen antes de la aparición de una necesidad de salud y que inclinan a la persona a utilizar o evitar los servicios médicos. En el contexto de la automedicación, estas variables incluyen el perfil sociodemográfico (edad, sexo, estado civil) y la estructura social (nivel educativo, ocupación y tamaño del hogar). La literatura científica sugiere que el nivel educativo es un predictor crítico, ya que determina el grado de alfabetización sanitaria y la autopercepción de capacidad para gestionar síntomas leves sin supervisión facultativa. Asimismo, el sexo suele mostrar diferencias significativas, asociándose frecuentemente el rol de cuidado femenino con una mayor prevalencia de almacenamiento y uso de medicamentos en el hogar (9, 10).

3.1.3.2. Factores Facilitadores

Los factores facilitadores son los medios de logística y recursos económicos que permiten o dificultan que un individuo acceda a la atención profesional. Estos incluyen tanto los recursos familiares (ingresos económicos, nivel de pobreza y tenencia de un seguro de salud) como los recursos comunitarios (disponibilidad de establecimientos de salud y cercanía a oficinas farmacéuticas). En el análisis de la ENAHO, la carencia de aseguramiento o la percepción de barreras geográficas actúan como catalizadores de la automedicación, posicionando al gasto de bolsillo en boticas como una vía facilitada que sustituye el costo de oportunidad que implica acudir a un hospital o centro de salud formal (11, 12).

3.1.3.3. Factor de Necesidad

Los factores de necesidad constituyen el estímulo más inmediato para la búsqueda de atención o la práctica de la automedicación, representando el estado de salud percibido o evaluado por el individuo. Se subdividen en la necesidad percibida (sentirse enfermo, dolor o malestar) y la necesidad evaluada (diagnósticos clínicos previos o presencia de enfermedades crónicas). Para el adulto peruano, la severidad del síntoma es determinante: ante síntomas percibidos como "leves" o "pasajeros", la necesidad de atención formal disminuye, favoreciendo la automedicación sintomática. Por el contrario, la presencia de patologías crónicas puede actuar de forma dual, ya sea incrementando el contacto con el médico o fomentando la reutilización de prescripciones antiguas sin una nueva evaluación (13, 14).

3.1.4. Realidad Sanitaria y Marco Legal Peruano

3.1.4.1. Fragmentación del sistema de salud peruano

El sistema de salud en el Perú se caracteriza por una marcada fragmentación y segmentación, coexistiendo diversos subsistemas que operan de manera aislada, con marcos normativos, fuentes de financiamiento y redes de prestación de servicios diferenciadas. Estructuralmente, el sistema se divide en el sector público y el privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud (MINSA) y los Gobiernos Regionales, que gestionan el Seguro Integral de Salud (SIS) para la población en situación de pobreza; el Seguro Social de Salud (EsSalud), orientado a los trabajadores del sector formal; y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (FFAA-PNP), que atienden a un grupo específico de la población bajo regímenes especiales (15).

Esta falta de integración funcional genera ineficiencias críticas en la prestación de servicios, manifestadas en la duplicidad de funciones, una limitada capacidad de referencia y contrarreferencia entre instituciones y, fundamentalmente, en una inequidad en el acceso. La fragmentación se traduce para el usuario en barreras burocráticas y prolongados tiempos de espera para la obtención de citas médicas y procedimientos. Ante este escenario de desarticulación sistémica, el paciente suele percibir al sistema formal como inaccesible o ineficiente, lo que posiciona a las oficinas farmacéuticas privadas como una alternativa inmediata y desregulada. De este modo, la fragmentación del sistema no solo dificulta la cobertura universal, sino que actúa como un

determinante estructural que impulsa la automedicación como una estrategia de "solución rápida" frente a la crisis de atención en los establecimientos de salud públicos y de seguridad social (16).

3.1.4.2. Rol de los establecimientos farmacéuticos

En el contexto nacional, las oficinas farmacéuticas y boticas han trascendido su función logística de dispensación para convertirse, en la práctica, en el primer punto de contacto sanitario para una vasta proporción de la población adulta. Esta prominencia se sustenta en la alta densidad de estos establecimientos, la flexibilidad de sus horarios y, fundamentalmente, en la percepción del usuario de una atención inmediata que elude los costos de consulta y las barreras burocráticas del sistema formal. Ante la ineficiencia del primer nivel de atención público, el paciente recurre a la farmacia privada como una alternativa resolutive, donde la recomendación del personal técnico farmacéutico suele sustituir al diagnóstico médico clínico. Esta dinámica de "atención a pie de mostrador" fomenta un entorno donde el medicamento se transacciona como un bien de consumo, omitiendo la vigilancia terapéutica y consolidando a la farmacia comercial como el principal catalizador de la automedicación en el Perú (12).

3.1.4.3. Marco Regulatorio

El sustento legal de la gestión de insumos sanitarios en el país reside en la Ley N° 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. Esta normativa establece que el Estado debe garantizar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, clasificando técnicamente los productos en aquellos de venta

libre (OTC) y aquellos que requieren prescripción médica obligatoria para su expendio. A pesar de que la ley otorga facultades de vigilancia a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), existe una brecha persistente entre el dispositivo legal y la práctica comercial. La débil fiscalización en las oficinas farmacéuticas privadas permite que fármacos de cuidado crítico, como antibióticos y corticoides, sean adquiridos sin receta médica. Esta transgresión del marco regulatorio no solo constituye un incumplimiento administrativo, sino que institucionaliza la automedicación al normalizar el expendio de fármacos sin la validación de un acto médico previo, contraviniendo el espíritu de la ley que busca salvaguardar la salud pública mediante el uso racional de medicamentos (17, 18, 19).

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel Internacional

3.2.1.1. Título: Automedicación y factores asociados en América Latina.

Revisión Bibliográfica.

- **Autor y año:** Muñoz García, Belén Lissbeth, 2023 (20).
- **Resumen:** El objetivo de esta investigación fue describir las principales características de la automedicación y los factores asociados en Latinoamérica mediante la revisión de información científica actual y altamente relevante. Se realizó una revisión de la literatura, incluyendo artículos publicados en los últimos cinco años utilizando diversos diseños

metodológicos. Se utilizaron bases de datos electrónicas para la búsqueda de artículos científicos, software de gestión bibliográfica para organizar la información y extracción de datos individual para cada artículo mediante una matriz de búsqueda bibliográfica. Se incluyeron los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados mostraron que la prevalencia de la automedicación en Latinoamérica osciló entre el 42% y el 88,3%, siendo los principales medicamentos los AINE y los antibióticos, entre otros. Los principales factores asociados identificados en los estudios incluidos en esta investigación fueron el nivel educativo, la falta de cobertura de seguro médico y el sexo masculino. Las conclusiones revelaron una alta prevalencia de automedicación en los estudios realizados en Latinoamérica, siendo varios medicamentos los más utilizados. El sexo masculino, la edad mayor de 45 años, la educación primaria y los ingresos por debajo del promedio mostraron una relación significativa con la automedicación en la mayoría de los estudios analizados.

3.2.1.2. Título: Prevalencia y predictores de las prácticas de automedicación entre los miembros adultos del hogar en la ciudad de Hosanna, zona de Hadiya, Etiopía central.

- **Autor y año:** Sentayehu Admasu Saliya, Awoke Girma Hailu, Sisay Foga Sebro, Misgana Desalegn Menesho, 2025 (21).

- **Resumen:** El objetivo fue evaluar la prevalencia y los predictores de las prácticas de automedicación entre los miembros adultos de hogares en la zona de Hosanna, ciudad de Hadiya, Etiopía central, 2024. Métodos: Se realizó un estudio transversal comunitario del 1 al 30 de marzo de 2024 en 566 hogares seleccionados aleatoriamente en Etiopía central. Los hogares se seleccionaron mediante una técnica de muestreo aleatorio simple. Se utilizaron regresiones logísticas binarias bivariadas y multivariadas para evaluar las variables explicativas asociadas con las prácticas de automedicación. Las razones de probabilidades ajustadas (ORA) con un valor $p < 0,05$ y un intervalo de confianza del 95 % se consideraron estadísticamente significativas. Concluyen que la prevalencia de la automedicación en el área de estudio fue relativamente alta. Esta práctica se asoció con la edad de los encuestados, el estado civil, el tamaño de la familia y la afiliación a un seguro médico. Se deben fortalecer las campañas de educación y concienciación en salud pública para promover prácticas de automedicación seguras y responsables, especialmente entre los adultos mayores y quienes viven en familias numerosas.

3.2.1.3. Título: Factores asociados con la incidencia y el gasto de automedicación entre adultos de mediana edad y mayores en China: un estudio transversal.

- **Autor y año:** Yuxin Liu, Zehao Zheng, Xiubo Wang, Jiabei Xia, Xingce Zhu, Fanjun Cheng, Zhiyong Liu, 2023 (22).
- **Resumen:** Este estudio tuvo como objetivo investigar la incidencia de la automedicación y el gasto en automedicación entre adultos de mediana edad y mayores en China, así como explorar los factores asociados. Métodos: Se incluyó como muestra a un total de 10.841 encuestados de 45 años o más, provenientes de la cuarta ola del Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación en China (CHARLS), realizado en 2018. Se adoptó un modelo de dos partes para identificar la asociación entre la incidencia de la automedicación, el gasto en automedicación y factores específicos, respectivamente. Este estudio demostró la alta prevalencia de la automedicación entre los adultos de mediana edad y mayores en China y el elevado gasto farmacéutico que conlleva, especialmente en los grupos de alto riesgo de automedicación identificados en este artículo. Estos hallazgos mejoraron nuestra comprensión de los comportamientos de automedicación entre los adultos chinos de mediana edad y mayores y podrían contribuir a la formulación de políticas de salud pública específicas.

3.2.2. A nivel nacional

- **3.2.2.1. Título:** Prevalencia y factores asociados a automedicación en Perú durante el contexto de la pandemia por COVID-19: Análisis secundario de una encuesta nacional.

- **Autor y año:** Perez Vela, Laura Melissa, 2023 (23).
- **Resumen:** En respuesta a la COVID-19, la sociedad adoptó varios enfoques para la preservación de la salud, incluyendo la automedicación basada en opiniones de expertos e información de los medios que circula en las redes sociales. Esta práctica llevó a varios riesgos para la salud y un aumento en su prevalencia. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de la automedicación y sus factores asociados durante la pandemia de COVID-19 en Perú.
Metodología: Este estudio correlacional empleó un diseño analítico transversal no experimental, enfocado en el análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en 2021 en todas las regiones del Perú. Se analizaron los resultados de 44,376 individuos. Los datos se recolectaron usando R versión 4.0.2, pruebas de chi-cuadrado y modelos de regresión de Poisson robustos para muestras complejas. **Resultados:** Del total, 36,184 reportaron no automedicarse, mientras que 8,192 reportaron automedicarse. Además, se encontró que en 2021, la región con el mayor porcentaje de automedicación fue Ucayali (50.4%), lo que representa un poco más de la mitad de la población estudiada. Adicionalmente, se encontró que la edad avanzada, el español como lengua materna y padecer una enfermedad crónica son factores que aumentan la probabilidad de automedicación.

Conclusiones: La región de Ucayali, los adultos mayores y la población hispanohablante mostraron una mayor prevalencia de automedicación.

3.2.2.2. Título: Factores asociados a la automedicación en usuarios de droguerías y farmacias en el Perú: un análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud, ENSUSALUD 2015.

- **Autores y año:** Diego Urrunaga-Pastor, Vicente A Benites-Zapata, Edward Mezones-Holguín, 2020 (24).
- **Resumen:** El objetivo fue estimar la frecuencia de automedicación y los factores asociados en usuarios de farmacias y droguerías en Perú. Métodos: Se realizó un análisis secundario de datos de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Servicios de Salud (ENSUSALUD) 2015, una muestra probabilística bietápica de todas las regiones del Perú. La no automedicación (NSM), la automedicación responsable (RSM) y la automedicación irresponsable (ISM) se definieron como categorías de resultado. Se incluyeron variables demográficas, sociales, culturales y del sistema de salud como covariables. Calculamos razones de prevalencia relativa (RPR) con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) utilizando modelos de regresión logística multinomial crudos y ajustados para muestras complejas con NSM como categoría de referencia. Conclusión: Alrededor de la mitad de la población

practicaba ISM, lo que se asoció con factores demográficos y del sistema de salud. Estos resultados son la evidencia preliminar que podría contribuir al desarrollo de políticas de salud en Perú.

4. Hipótesis

4.1. Hipótesis alterna (H1)

Existe asociación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, económicos y clínicos con la práctica de la automedicación en la población adulta peruana durante en el año 2024.

4.2. Hipótesis nula (H0)

No existe asociación estadísticamente significativa entre factores sociodemográficos, económicos y clínicos con la práctica de la automedicación en la población adulta peruana durante en el año 2024.



CAPÍTULO II.
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIAL DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Para esta investigación se emplearon dos técnicas principales de recolección y procesamiento de datos:

1.1.1. Análisis documental: Es la técnica primaria en estudios de fuentes secundarias. Consiste en la revisión sistemática de los microdatos y la documentación técnica (diccionarios y manuales) proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) a través de su portal de microdatos.

1.1.2. Observación no participativa: Se aplicó al examinar las conductas registradas en la base de datos sin intervenir en el fenómeno original, extrayendo las variables de interés para su posterior análisis estadístico.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Fuente (instrumento original): Es el cuestionario de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), específicamente los módulos de Salud (Módulo 400), Educación (Módulo 300) y Sumaria (Módulo 100), los cuales han sido previamente validados y aplicados por el personal técnico del INEI.

1.2.2. Instrumento de recolección de datos: Se utilizó una Ficha de Recolección de Datos (o Matriz de Sistematización) elaborada en formato digital. Este instrumento sirvió para organizar las variables seleccionadas (edad, sexo, nivel de pobreza, automedicación, etc.) y facilitó su codificación en el software estadístico.

1.3. Materiales de verificación

- Base de Datos Digital: Archivos maestros en formato .sav (SPSS) correspondientes a la ENAHO del periodo en estudio, descargados del repositorio oficial del Estado Peruano.
- Diccionario de Variables: Manual técnico y guía de códigos del INEI que permite la correcta interpretación y recodificación de los datos.
- Soporte Tecnológico: Equipo de cómputo con capacidad de procesamiento para grandes volúmenes de datos.
- Software Estadístico: IBM SPSS Statistics v.27 (o superior), necesario para realizar la limpieza de datos, el cálculo de factores de expansión y la ejecución de las pruebas de hipótesis.

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El ámbito de la investigación es de carácter nacional, abarcando la totalidad del territorio de la República del Perú. Administrativamente, comprende las áreas urbanas y rurales de los 24 departamentos del país y la Provincia Constitucional del Callao.

2.2. Temporalidad

La investigación tiene un corte transversal y se circunscribe al periodo anual correspondiente a todo el año 2024 (de enero a diciembre). Se analizarán los datos recolectados por el INEI durante los doce meses de dicho ejercicio fiscal para capturar la variabilidad estacional de las enfermedades y conductas de salud.

2.3. Unidades de estudio

La unidad de estudio está constituida por el registro individual de la persona adulta residente en hogares particulares del Perú, que haya sido encuestada en la ENAHO 2024 y que cumpla con los criterios de selección establecidos.

2.3.1. Unidad de análisis: Individuo

2.3.2. Unidad de muestreo: La vivienda particular (según el diseño del INEI)

2.4. Ubicación espacial

Los datos corresponden a la población residente en el territorio peruano, segmentada por el INEI en ocho dominios geográficos: Costa Norte, Costa Centro, Costa Sur, Sierra Norte, Sierra Centro, Sierra Sur, Selva y Lima Metropolitana.

2.5. Criterios de Selección

2.5.1. Criterios de Inclusión

- Personas de 18 años a más (población adulta) al momento de la entrevista.
- Registros de personas que manifestaron haber presentado algún síntoma, malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.
- Encuestas con registros completos en las variables principales: conducta de búsqueda de atención (automedicación), nivel educativo, seguro de salud y nivel de pobreza.

2.5.2. Criterios de exclusión

- Encuestas con datos inconsistentes o valores perdidos en las variables críticas para el análisis multivariado.

- Personas que, habiendo estado enfermas, no buscaron ninguna forma de tratamiento (ni formal ni automedicación), ya que no aportan datos al fenómeno en estudio.
- Registros de residentes en viviendas colectivas (hoteles, hospitales, cárceles, cuarteles), ya que la ENAHO se centra en hogares particulares.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización y procedimiento

El proceso se ejecutó de manera secuencial siguiendo las etapas de la investigación con fuentes secundarias:

3.1.1. Fase de Acceso: Ingreso al Sistema de Consultas de Microdatos del INEI para la selección de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2024, bajo la metodología actualizada.

3.1.2. Fase de Descarga: Obtención de los módulos en formato .sav (SPSS): Módulo 100 (Características de la vivienda), Módulo 300 (Educación) y Módulo 400 (Salud).

3.1.3. Fase de Preparación: Verificación de la integridad de los archivos y descarga de los diccionarios de variables para asegurar la correcta interpretación de los códigos. Se revisó que cada módulo contenga las variables de identificación necesarias para el enlace de registros.

3.2. Sistematización y análisis de datos

Se procesará la información mediante el software IBM SPSS Statistics v.27:

- **Sistematización y Unión:** Se realizó la fusión de los módulos descargados utilizando las variables llave: CONGLOMERADO, VIVIENDA, HOGAR y CODPERSONA. Esto permitió consolidar en una sola matriz los datos sociodemográficos, educativos y de salud de cada individuo.
- **Limpieza y Recodificación:** Se aplicaron los criterios de inclusión (filtrado de sujetos ≥ 18 años).
- **Análisis Descriptivo:** Se calcularon las frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central para las cuantitativas (como la edad). Se utilizaron los Factores de Expansión de la encuesta para garantizar la representatividad nacional.
- **Análisis Inferencial (Bivariado):** Se empleará la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson para determinar la existencia de asociación entre la automedicación y los factores propuestos, considerando un nivel de significancia de $p < 0.05$.

3.3. Recursos

3.3.1. Humanos:

- Tesista: Seydi Fernanda Aragón Silva
- Asesor de tesis: Dra. Lily Montesinos Valencia

3.3.2. Físicos: Laptop con conexión a internet y dispositivos de almacenamiento externo para tener copia de seguridad de los datos.

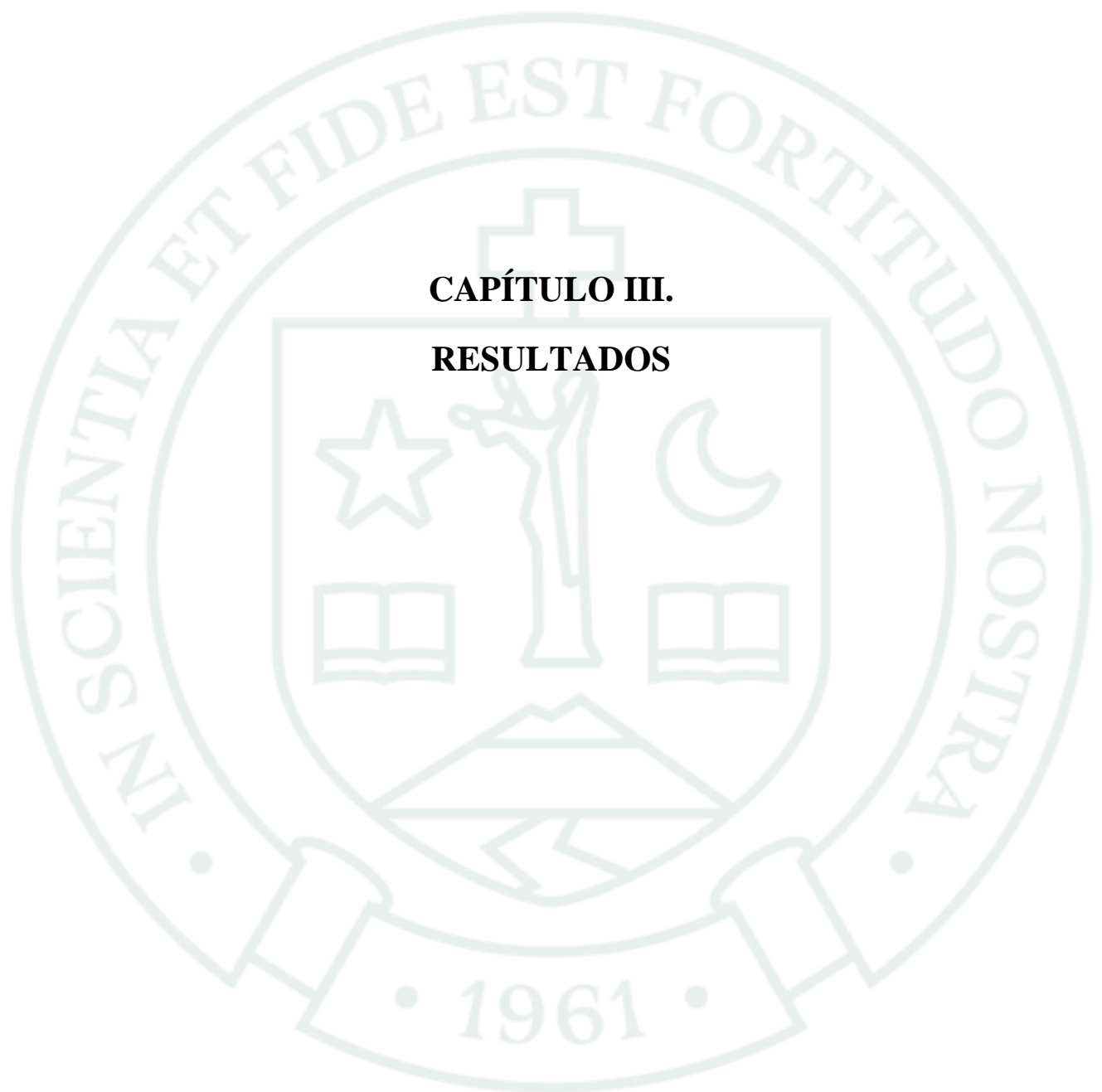
3.3.3. Software: Sistema windows 11, Microsoft Offices, IBM SPSS.

3.3.4. Institucionales: Acceso libre y gratuito al portal de Microdatos del INEI

3.4. Aspectos éticos

La presente investigación cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y las normas de buenas prácticas de investigación.





CAPÍTULO III.

RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución de la población evaluada según el sexo en la población adulta peruana en el año 2024.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Hombre	16726593	48.3
Mujer	17920349	51.7
Total	34646942	100

Respecto a la distribución por sexo de la población en estudio, se observó una mayor proporción de participación del sexo femenino, representando el 51.7% (n = 17920349) del total de la muestra analizada. Por su parte, el sexo masculino constituyó el 48.3% (n = 16726593) de los adultos que reportaron algún malestar o enfermedad en las últimas cuatro semanas, evidenciando una distribución (predominantemente femenina / equitativa) en el grupo evaluado

Tabla 2.

Distribución de la población evaluada según el grupo etario en la población adulta peruana en el año 2024.

Grupo Etario	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adulto Joven	5819054	23.5
Adulto	12987550	52.5
Adulto Mayor	5923019	24.0
Total	24729623	100

*Datos perdidos: 9917319 (28.6%)

En cuanto a la etapa de vida de los participantes, se identificó que el grupo de los adultos (30 a 59 años) fue el más prevalente, representando más de la mitad de la muestra con un 52.5% (n = 12,987,550). A este grupo le siguió el de los adultos mayores (60 años a más) con un 24.0% (n = 5,923,019), mientras que los adultos jóvenes (18 a 29 años) conformaron el 23.5% (n = 5,819,054) de la población evaluada. Estos hallazgos muestran que la morbilidad percibida y la consecuente necesidad de salud se concentran predominantemente en la etapa de la adultez madura en el contexto peruano.

Tabla 3.

Distribución según el nivel educativo en la población adulta peruana en el año 2024.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Nivel Bajo	12559796	37.5	37.5
Nivel Medio	12768469	38.1	75.6
Nivel Alto	8170820	24.4	100
Total	33499086	100	

*Datos perdidos: 1147856 (3.3%)

Sobre el nivel de instrucción alcanzado por la población en estudio, se encontró que el 38.1% (n = 12,768,469) contaba con un nivel educativo medio, correspondiente a educación secundaria completa o incompleta, consolidándose como el grupo mayoritario. Muy cerca se ubicó el nivel educativo bajo (primaria o sin nivel educativo formal) con un 37.5% (n = 12,559,796) de la muestra, mientras que el 24.4% (n = 8,170,820) de los evaluados alcanzó un nivel educativo alto, que incluye formación superior técnica o universitaria, tanto completa como incompleta. Estos hallazgos revelan que aproximadamente tres de cada cuatro personas en la población analizada poseen un nivel educativo que no supera la instrucción secundaria.

Tabla 4.

Distribución según el nivel de pobreza en la población adulta peruana en el año 2024.

Nivel de pobreza	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
Pobre Extremo	1900380	5.5	5.5
Pobre No Extremo	7626342	22.0	27.5
No Pobre	25120220	72.5	100.0
Total	34646942	100	

En relación a la condición socioeconómica de la población evaluada, medida a través del nivel de pobreza, se observó que la gran mayoría de los individuos fueron clasificados como no pobres, representando el 72.5% (n = 25,120,220) de la muestra. Por otro lado, un 22.0% (n = 7,626,342) de la población se encontraba en situación de pobreza no extrema, mientras que el 5.5% (n = 1,900,380) restante fue categorizado dentro del nivel de pobreza extrema. Estos resultados indican que, si bien la mayor parte de la población no se encuentra bajo la línea de pobreza monetaria, existe un 27.5% de ciudadanos en condiciones de vulnerabilidad económica, factor que la literatura médica asocia frecuentemente con barreras en el acceso a servicios de salud formales y una mayor tendencia a la automedicación.

Tabla 5.

Distribución según la zona de procedencia en la población adulta peruana en el año 2024.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Urbano	28968110	83.6
Rural	5678832	16.4
Total	34646942	100

Respecto a la procedencia y área de residencia de la población evaluada, se observó que la gran mayoría de los individuos habitaban en el área urbana, representando el 83.6% (n = 28,968,110) de la muestra total analizada. Por el contrario, el 16.4% (n = 5,678,832) de la población residía en áreas rurales del país. Estos resultados reflejan una distribución predominantemente urbana de la población.

Tabla 6.

Distribución según la tenencia de seguro médico en la población adulta peruana en el año 2024.

Aseguramiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si tiene	31416416	90.7
No tiene	3230526	9.3
Total	34646942	100

En relación con el acceso a la protección financiera en salud, se identificó que el 90,7% (n = 31,416,416) de la población evaluada manifestó contar con algún tipo de seguro de salud (ya sea SIS, EsSalud, seguros de las FF.AA./PNP o seguros privados). Por el contrario, una pequeña cantidad, correspondiente al 9,3% (n = 3,230,526), reportó no poseer ningún tipo de cobertura prestacional.

Tabla 7.

Distribución según la presencia de enfermedad crónica en la población adulta peruana en el año 2024.

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si tiene	15039605	43.5
No tiene	19572711	56.5
Total	34612316	100

*Datos perdidos: 34626

En cuanto a la presencia de comorbilidades crónicas en la población evaluada, se determinó que el 43.5% (n = 15,039,605) de los sujetos reportó padecer al menos una enfermedad o malestar crónico (como artritis, hipertensión, asma, diabetes, entre otras).

Por el contrario, el 56.5% (n = 19,572,711) manifestó no contar con antecedentes de enfermedades crónicas al momento de la encuesta. Estos datos sugieren una alta carga de morbilidad crónica en la población peruana, lo cual constituye un factor determinante en el estudio de la automedicación; la literatura indica que los pacientes crónicos, debido a su contacto recurrente con fármacos, pueden desarrollar una percepción de seguridad que incrementa la probabilidad de realizar prácticas de automedicación.

Tabla 8.

Distribución según la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024.

Automedicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
No practicó	14212384	74.8
Si practicó	4796106	25.2
Total	19008491	100

En relación a la conducta de automedicación en la población que reportó haber presentado algún síntoma, malestar o enfermedad en las últimas cuatro semanas, se determinó que la prevalencia de esta práctica fue del 25.2% (n = 4,796,106). Estos individuos optaron por acudir directamente a una farmacia o botica para tratar su problema de salud sin una consulta médica previa. Por el contrario, el 74.8% (n = 14,212,384) de los evaluados que manifestaron alguna dolencia no realizó la práctica de automedicación. Estos hallazgos revelan que aproximadamente uno de cada cuatro peruanos que enferma recurre a la automedicación como respuesta inicial, lo que resalta la magnitud de este fenómeno en el sistema de salud.

Tabla 9.

Asociación entre los factores evaluadores y la automedicación en la población adulta peruana en el año 2024.

	Automedicación		Total	Valor de p
	No	Si		
Sexo				
- Hombre	6097507 (72,5%)	2307270 (27.5%)	8404777 (100%)	p<0.001
- Mujer	8114877 (76.5%)	2488836 (23.5%)	10603713 (100%)	
Grupo Etario				
- Adulto joven (18-29 años)	1869107 (64.9%)	1011691 (35.1%)	2880798 (100%)	p<0.001
- Adulto (30-59 años)	5304907 (72.6%)	1999084 (27.4%)	7303991 (100%)	
- Adulto Mayor (60 a más años)	3331319 (84%)	632489 (16%)	3963808 (100%)	
Nivel Educativo				
- Bajo	5986546 (79.3%)	1561967 (20.7%)	7548513 (100%)	p<0.001
- Medio	4823343 (70.9%)	1976496 (29.1%)	6799839 (100%)	
- Alto	2899333 (71.1%)	1177959 (28.9%)	4077292 (100%)	
Procedencia				
- Urbano	11273084 (72.7%)	4224460 (27.33%)	15497544 (100%)	p<0.001
- Rural	2939301 (83.7%)	571647 (16.3%)	3510948 (100%)	

Aseguramiento

- No	1004947 (63.6%)	574186 (36.4%)	1579133 (100%)	p<0.001
- Si	13207437 (75.8%)	4221921 (25.2%)	17429358 (100%)	

Pobreza

- Pobre extremo	797692 (85.8%)	131981 (14.2%)	929673 (100%)	p<0.001
- Pobre no extremo	2887932 (75.4%)	944521 (24.6%)	3832453 (100%)	
- No Pobre	10526760 (73.9%)	3719605 (26.1%)	14246365 (100%)	

Enfermedad crónica

- Si	7967932 (78%)	2249409 (22%)	10217341 (100%)	p<0.001
- No	6244452 (71%)	2546697 (29%)	8791149 (100%)	

DISCUSIÓN

La prevalencia de automedicación hallada en el presente estudio (25.2%) se sitúa en un rango intermedio en comparación con investigaciones previas en el contexto latinoamericano, donde las cifras suelen oscilar entre el 30% y 60% según la complejidad del síntoma. La altísima significancia estadística ($p < 0.001$) para el sexo, la edad y el nivel educativo refuerza la teoría de los factores predisponentes. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la conducta de automedicación ($p < 0.001$). Si bien las proporciones son comparables, se identificó una mayor prevalencia de esta práctica en el sexo masculino (27.5%) en contraste con el sexo femenino (23.5%), sugiriendo que el sexo masculino presenta una mayor predisposición a la resolución de síntomas mediante la automedicación.

Se observa que la población adulta (30-59 años) y aquellos con mayor nivel educativo presentan una conducta más activa hacia la automedicación; esto podría explicarse por la "pobreza de tiempo" del adulto laboralmente activo y un exceso de confianza terapéutica en quienes poseen mayor instrucción, quienes perciben tener el criterio suficiente para gestionar síntomas leves sin mediación médica. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la etapa de vida y la práctica de automedicación ($p < 0.001$). Se observa una tendencia inversamente proporcional entre la edad y esta conducta: los adultos jóvenes (35.1%) presentan la mayor prevalencia, casi duplicando la cifra de los adultos mayores (16%). Esto sugiere que la población joven, posiblemente por factores como la percepción de 'invulnerabilidad', la búsqueda de inmediatez y el mayor acceso a información digital, tiende a resolver sus problemas de salud de forma autónoma. En contraste, el adulto mayor suele tener patologías más complejas que requieren seguimiento médico formal, lo que reduce su margen de automedicación. Al comparar

los valores encontrados en el presente estudio con otros tenemos el trabajo de Yeamans y colaboradores (25), en donde evaluaron el estado actual de la automedicación en la Unión Europea, utilizando datos de la tercera ola de Encuestas Europeas de Entrevistas de Salud (evaluación poblacional), encontrando una prevalencia del 34.3%; superior a la que presenta nuestro país. Otro estudio internacional, el realizado por Rathod y colaboradores en la India nos muestra un hallazgo altísimo comparado con el nuestro, el cual fue del 60%, cabe mencionar que dicho estudio fue realizado en una muestra poblacional de 400 personas (26). Otro estudio que evaluó la prevalencia de automedicación fue el de Abdelwahed y colaboradores, el cual tomó una población hospitalizada encontrando una prevalencia del 67.3%; hay que tener en consideración que el hecho de que los encuestados sean hospitalizados implica una dolencia y podría influir en los valores elevados de la automedicación (27).

Desde la perspectiva de los factores facilitadores, la asociación con la pobreza y la procedencia urbana resulta crítica. Aunque la mayoría de los encuestados se clasificaron como "no pobres", el hecho de que la pobreza sea un predictor significativo sugiere que, en los estratos vulnerables, la farmacia opera como un "sustituto del médico" debido al menor costo de transacción. La condición de pobreza mostró una relación significativa con la práctica analizada ($p < 0.001$). Se observa que la prevalencia de automedicación es mayor en la población No Pobre (26.1%) y en la población Pobre no extremo (24.6%), mientras que desciende notablemente en el grupo de Pobreza extrema (14.2%).

Respecto al área de residencia, se determinó una asociación altamente significativa ($p < 0.001$). Los residentes de zonas urbanas (27.33%) se automedican con mucha mayor frecuencia que aquellos en zonas rurales (16.3%). En zonas urbanas, la alta densidad de boticas y la facilidad de acceso físico convierten a estos establecimientos en la primera

línea de respuesta, desplazando al centro de salud. Este hallazgo es consistente con el concepto de "gasto de bolsillo" en salud, donde el ciudadano prefiere el costo previsible de un medicamento frente a la incertidumbre y el tiempo de espera de una consulta formal. La mayoría de las personas pertenecientes a los estratos más pobres evitan acudir al médico, incluso en hospitales públicos, porque no pueden costear los medicamentos; en esa línea los resultados del estudio realizado por Uyang y colaboradores mostraron que los bajos ingresos influyen significativamente en la automedicación entre la población del área de gobierno local de Bende, en el estado de Abia en Nigeria; asimismo, el desempleo influyó significativamente en la automedicación entre la población de dicha área (28).

Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre la tenencia de seguro de salud y la conducta de automedicación ($p < 0.001$). Aquellos ciudadanos que no cuentan con ningún tipo de seguro (36.4%) presentan una prevalencia de automedicación considerablemente mayor en comparación con los asegurados (24.2%). La ausencia de cobertura de salud actúa como un potente factor facilitador hacia la automedicación, convirtiendo a la farmacia en la única alternativa accesible ante la enfermedad por barreras financieras de consulta formal. Sin embargo, es alarmante que casi 1 de cada 4 personas con seguro también se automedique, lo que sugiere que el aseguramiento por sí solo no garantiza la atención médica oportuna, posiblemente debido a barreras administrativas o tiempos de espera prolongados en el sistema público.

Respecto a la presencia de comorbilidad, se halló una asociación altamente significativa ($p < 0.001$). Los individuos sin enfermedades crónicas (29%) recurren con mayor frecuencia a la automedicación que aquellos que sí padecen una patología crónica (22%). Aunque los pacientes crónicos se automedican menos proporcionalmente, probablemente por tener un contacto más frecuente con servicios de salud y recetas establecidas, el hecho

de que un 22% de ellos lo haga representa un riesgo clínico crítico. En estos pacientes, la automedicación aumenta exponencialmente el peligro de interacciones medicamentosas y reacciones adversas graves que pueden descompensar su enfermedad de fondo (como hipertensión o diabetes). En ese sentido, el trabajo realizado por Alwhaibi y colaboradores encontró una alta tasa de prevalencia de automedicación entre la población adulta en Arabia Saudita (76.4%); las personas con afecciones crónicas de salud reportaron una muy tasa de automedicación (73.3%) (29).

Es imperativo reconocer las limitaciones metodológicas intrínsecas a la presente investigación. En primer lugar, debido a la naturaleza transversal del estudio, los hallazgos permiten identificar asociaciones estadísticas significativas, pero no permiten establecer una inferencia de causalidad definitiva ni determinar la direccionalidad temporal entre los factores evaluados y la conducta de automedicación. En segundo lugar, existe un potencial sesgo de autorreporte, dado que la recolección de datos depende de la percepción y la memoria del encuestado respecto a sus síntomas y prácticas terapéuticas en las últimas cuatro semanas; esto introduce la posibilidad de un sesgo de memoria o de deseabilidad social, lo que podría resultar en una subestimación de la prevalencia real. Por último, al tratarse de un análisis secundario de la encuesta ENAHO, la investigación se ve restringida a las variables predefinidas por el INEI, omitiendo factores clínicos y cualitativos de gran relevancia para el fenómeno de la automedicación, tales como la gravedad objetiva del síntoma, la clase farmacológica específica empleada, la dosis utilizada o las motivaciones psicológicas y culturales subyacentes que no son capturadas por el instrumento original. No obstante, la robustez del tamaño muestral y su representatividad a nivel nacional mitigan estas limitaciones, ofreciendo una perspectiva epidemiológica valiosa y actualizada para la salud pública peruana.

Finalmente, la convergencia de todas estas variables con una significancia de $p < 0.001$ evidencia que la automedicación en el Perú es un problema de salud pública de naturaleza multifactorial. La dependencia hacia la farmacia o botica no solo responde a una elección cultural, sino a una deficiencia estructural del sistema para garantizar el acceso oportuno. Las implicancias de este comportamiento son severas, incrementando el riesgo de resistencia antimicrobiana y reacciones adversas no notificadas. Es imperativo que las políticas de salud trasciendan la restricción de venta y se enfoquen en fortalecer el primer nivel de atención y la educación sanitaria, reconociendo que, mientras existan barreras económicas y burocráticas, el ciudadano seguirá viendo en el mostrador de la farmacia la solución más eficiente a sus necesidades de salud.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Se concluye que existe una alta frecuencia de automedicación en la población adulta peruana, alcanzando una prevalencia del 25.2%. Esto significa que uno de cada cuatro adultos que presentó algún síntoma o enfermedad en el año 2024 optó por acudir directamente a una farmacia o botica para adquirir medicamentos sin contar con una prescripción médica, consolidando a la automedicación como una de las principales estrategias de respuesta ante la enfermedad en el país.

SEGUNDA:

Se determinó que las características sociodemográficas como el sexo, la etapa de vida y el nivel educativo están asociadas significativamente a la automedicación ($p < 0.001$). Siendo superior en hombres que en mujeres (27.5% vs 23.5%). El perfil del adulto que se automedica se concentra mayoritariamente en el grupo de 18 a 29 años (35.1%) vs adulto de 30-59 años (27.44%) y en individuos con instrucción secundaria o superior (medio/alto, 29.1%/28.98%) vs bajo (20.7%), lo que sugiere que la autonomía en la toma de decisiones terapéuticas está influenciada por la madurez y el acceso a la información (o el exceso de confianza en la misma).

TERCERA:

Se concluye que el entorno socioeconómico y el acceso a servicios, representados por el área de residencia, aseguramiento en salud y nivel de pobreza, son factores determinantes asociados a la conducta de automedicación ($p < 0.001$). La práctica de automedicación es predominantemente urbana (27.33%) vs rural (16.3%), superior en los que no tienen seguro de salud (36.4% vs 25.2%). Así mismo, mayor en los que no están en la categoría de pobreza (26.1%), seguido por pobre no extremo (24.6%) y pobre extremo (14.2%).

CUARTA:

Se encontró que las personas con enfermedades crónicas tienen una menor frecuencia de incurrir en la práctica de la automedicación ($p < 0.001$); siendo en ellos un 22% la realización de esta práctica frente al 29% encontrado en los que no tienen enfermedades crónicas. No obstante, el hecho de que un 22% de estos

pacientes aún persista en la automedicación constituye un riesgo clínico crítico, dada la elevada susceptibilidad de este grupo a presentar interacciones medicamentosas y complicaciones graves de sus patologías de base.



RECOMENDACIONES

Institucionales:

A las autoridades de la Alta Dirección del Ministerio de Salud (MINSA), se recomienda priorizar el fortalecimiento de las políticas de Aseguramiento Universal efectivo, implementando campañas de verificación y simplificación de procesos de afiliación al Seguro Integrado de Salud (SIS). Esto se debe a que la falta de seguro se identificó como un factor facilitador crítico asociado significativamente a la automedicación, sugiriendo la necesidad urgente de reducir barreras de acceso financiero para desincentivar esta práctica.

Asimismo, se recomienda a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y a los Gobiernos Regionales, intensificar las estrategias de fiscalización y control sanitario en farmacias y boticas privadas, especialmente en zonas urbanas. Se debe poner énfasis en el cumplimiento de la normativa vigente respecto a la venta de medicamentos que requieren prescripción médica, dada la alta prevalencia de automedicación reportada en estos establecimientos.

Hospitales, Clínicas y Centros de Salud

Al personal de salud que labora en establecimientos de primer nivel de atención y en las unidades de atención de enfermedades crónicas, se recomienda incorporar de manera sistemática la evaluación y el interrogatorio sobre prácticas de automedicación durante la anamnesis del paciente. Esto permitirá identificar oportunamente a aquellos con enfermedades crónicas que podrían estar utilizando medicamentos sin supervisión médica, incrementando el riesgo de interacciones medicamentosas o enmascaramiento de complicaciones de su patología base.

A los químicos farmacéuticos y personal de dispensación en farmacias y boticas comunitarias, se recomienda fortalecer el abordaje de educación sanitaria al usuario al

momento del expendio. Se debe priorizar la orientación sobre los riesgos de la automedicación irresponsable, los posibles efectos adversos y la importancia de la consulta médica oportuna, actuando no solo como puntos de venta, sino como agentes clave de salud pública.

Académicas:

A los investigadores y universidades nacionales, se recomienda promover el desarrollo de estudios longitudinales que permitan analizar la causalidad y evolución de la conducta de automedicación en diferentes etapas de vida del adulto peruano, superando las limitaciones de los análisis transversales. Estos estudios deberían profundizar en las motivaciones cualitativas (percepción de severidad de síntomas, pobreza de tiempo) de los grupos de adultos jóvenes (18-29 años) y adultos (30-59 años) que mostraron asociaciones significativas.

Del mismo modo, se sugiere desarrollar investigaciones específicas sobre la automedicación con antibióticos y sus implicancias en la resistencia antimicrobiana a nivel poblacional, utilizando muestras expandidas que permitan desglosar los factores asociados por regiones geográficas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Geneva: WHO; 1998.
2. Limaye D, Limaye V, Fortwengel G, Krause G. Self-medication practices in developed and developing countries. *Eur J Pharm Med Res.* 2017;4(3):112-27.
3. Bennadi D. Self-medication: A current type of self-care behavior. *J Basic Clin Pharm.* 2013;5(1):18-23.
4. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of Medicinal Products for use in self-medication. Geneva: WHO; 2000.
5. Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC, editores. Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 13a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018.
6. World Health Organization. Global action plan on antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. Organización Panamericana de la Salud. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia para las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2011. (Documento Técnico de la Red PARF N° 5).
8. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2018.
9. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
10. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998 to 2011. *Psychosoc Med.* 2012;9:Doc11.
11. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. En: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF, editores. *Changing*

the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management. 3ra ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2007. p. 3-31.

12. Hernández-Vásquez A, Rosselli D. Acceso a medicamentos en el Perú: un análisis de las encuestas nacionales de hogares. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2022;39(2):156-65.
13. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res*. 2000;34(6):1273-302.
14. Shao S, Gui M, Zhang H, Zhang H. Prevalence and associated factors of self-medication among middle-aged and older adults in China: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1114.
15. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex*. 2011;53(supl 2):S243-S254.
16. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):747-53.
17. Perú. Congreso de la República. Ley N° 29459: Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios. *El Peruano*, n° 10831 (26 de noviembre de 2009).
18. Miní E, Varela V, Merino M, Iturrizaga A. Dispensación de antibióticos sin receta médica en farmacias y boticas de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(3):413-21.
19. Defensoría del Pueblo. El acceso a medicamentos en el Perú: Supervisión a la implementación de la Política Nacional de Medicamentos. Informe de Adjuntía N° 001-2023-DP/ADM. Lima: Defensoría del Pueblo; 2023.
20. Muñoz García BL. Automedicación y factores asociados en América Latina: revisión bibliográfica [tesis de grado]. Azogues (EC): Universidad Católica de Cuenca; 2023.

21. Saliya SA, Hailu AG, Sebro SF, Menesho MD. Prevalence and predictors of self-medication practices among adult household members in Hosanna town, Hadiya zone, central Ethiopia. *BMC Public Health*. 2025;25(1):221.
22. Liu Y, Zheng Z, Wang X, Xia J, Zhu X, Cheng F, Liu Z. Factors associated with the incidence and the expenditure of self-medication among middle-aged and older adults in China: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1120101.
23. Perez Vela LM. Prevalencia y factores asociados a automedicación en Perú durante el contexto de la pandemia por COVID-19: análisis secundario de una encuesta nacional [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2023.
24. Urrunaga-Pastor D, Benites-Zapata VA, Mezones-Holguín E. Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015. *F1000Res*. 2020;8:23.
25. Yeamans S, Gil-de-Miguel Á, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P. Self-medication among general population in the European Union: prevalence and associated factors. *Eur J Epidemiol*. 2024;39(9):977-90.
26. Rathod P, Sharma S, Ukey U, Sonpimpale B, Ughade S, Narlawar U, et al. Prevalence, pattern, and reasons for self-medication: a community-based cross-sectional study from central India. *Cureus*. 2023;15(1):e33810.
27. Abdelwahed RN, Jassem M, Alyousbashi A. Self-medication practices, prevalence, and associated factors among Syrian adult patients: a cross-sectional study. *J Environ Public Health*. 2022;2022:9274610.
28. Uyang FA, Omono CE, Abanbeshie JA, Uyang BU, Bassey AE. Poverty and self medication: implication for health seeking behaviour in Bende local government area in Abia state, Nigeria. *Interdiscip J Sci Educ*. 2022;4(1):36-46.
29. Alwhaibi M, Bin Malik S, Alswailem L, Alruthia Y. Self-medication among adults with chronic health conditions: a population-based cross-sectional survey in Saudi Arabia. *BMJ Open*. 2023;13(4):e069206.

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Persona de evaluación (código)			
Vivienda (código)			
Sexo:	M	F	
Edad (años)			
Nivel Educativo	Bajo	Medio	Alto
Procedencia	Urbano	Rural	
Aseguramiento	Si	No	
Pobreza	Pobre extremo	Pobre no extremo	No Pobre
Enf. Crónica	Si	No	
Automedicación	Si	no	