

Evaluación de la disminución del consumo de medicamentos en usuarios de los servicios de medicina complementaria de EsSalud 2017

Astahuamán Huamaní Danna¹; Angulo-Bazán Yolanda²

Información del artículo

Historia del artículo

Recibido: 01/10/2018

Aprobado: 13/11/2018

Autor corresponsal

Danna Astahuamán Huamaní
danna.astahuaman@essalud.gob.pe
961 701 133

Financiamiento

Ninguno

Conflictos de interés

DAA y YAB fueron trabajadoras de la Gerencia de Medicina Complementaria de EsSalud durante el desarrollo y ejecución del presente estudio.

Contribución de autores

DAH Y YAB intervinieron en la concepción, diseño y recolección de la información de este estudio. Ambos autores dieron su aprobación para el manuscrito final.

Citar como

Astahuamán Huamaní D; Angulo Bazán Y. Evaluación de la disminución del consumo de medicamentos en usuarios de los servicios de medicina complementaria de EsSalud 2017. Rev Peru Med Integrativa.2018;3(4):167-73.

Resumen

Objetivo. Evaluar la disminución del consumo de medicamentos en usuarios de los servicios de medicina complementaria de EsSalud. **Materiales y métodos.** Estudio Transversal se realizó a través del seguimiento en los sistemas de gestión hospitalaria (SGH) y el sistema de gestión de los servicios de salud (SGSS) del consumo de medicamentos de 349 pacientes de medicina complementaria, antes de haber ingresado a este servicio y después de haber sido dados de alta del 01 al 31 de diciembre de 2017. **Resultados.** Se encontró que los motivos de consulta más frecuentes estaban dentro de las enfermedades osteomusculares como lumbalgias, dolor articular o cervicalgias y dorsalgias; seguidos de los trastornos de ansiedad y cefaleas por tensión. Los grupos farmacológicos más utilizados fueron antiinflamatorios no esteroideos (45,3%), otros analgésicos (15,2%), antiepilépticos (10,6%) y ansiolíticos (10,6%). **Conclusiones.** La mayoría de los pacientes con seguimiento de consumo de medicamentos, antes y después de usar el servicio de medicina complementaria, fueron adultos mayores y de sexo femenino; se encontraron diferencias significativas en las unidades consumidas después de usar los servicios de medicina complementaria en los grupos farmacológicos de antiinflamatorios no esteroideos, opioides, antipiréticos y otros analgésicos. Asimismo, hubo una disminución altamente significativa en las unidades consumidas de antiepilépticos, ansiolíticos, antidepresivos, relajantes musculares, antiulcerosos, hipoglucemiantes orales e hipolipemiantes.

Palabras clave: Medicamentos, medicina complementaria, Costos de la Atención en Salud y en terminos MeSH: Health Care Costs (Fuente: DeCS)

Evaluation of the decrease in drug consumption in users of the complementary medicine services of EsSalud 2017

Abstract

Objective. To evaluate the decrease in the consumption of medicines in users of Complementary Medicine services of EsSalud. **Materials and methods.** It was carried out through the follow-up in the hospital management systems (SGH) and the health services management system (SGSS) of the consumption of medicines of the 349 patients of Complementary Medicine before having entered this service and after having been discharged from 01 to December 31, 2017. **Results.** It was found that the most frequent reasons for consultation were within osteo-muscular diseases such as lumbago, joint pain or cervicgia and back pain; followed by anxiety disorders and tension headaches. The most used pharmacological groups were non-steroidal anti-inflammatory drugs (45.3%), other analgesics (15.2%), antiepileptic drugs (10.6%) and anxiolytics (10.6%). **Conclusions.** The majority of patients with follow-up of medication consumption before and after using the Complementary Medicine service were elderly and female and significant differences were found in the units consumed after using the complementary medicine services in the pharmacological groups of non-steroidal anti-inflammatories, opioids, antipyretics and other analgesics. Likewise, there was also a highly significant decrease in the units consumed of antiepileptics, anxiolytics, antidepressants, muscle relaxants, antiulcer agents, oral hypoglycemic agents and lipid-lowering agents.

Keywords: Medications, complementary medicine (Source: MeSH)

¹ Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Gerencia de Medicina Complementaria.

² Universidad de la Frontera. Temuco-Chile.

Introducción

A nivel internacional se han realizado diferentes estudios relacionados al uso de la medicina complementaria (MC) en pacientes con enfermedades crónicas. En Norteamérica, en el año 2000 se publicó un estudio acerca de los patrones de uso de la medicina complementaria indicando que los pacientes con enfermedades crónicas, tales como cáncer, artritis, dolor crónico, depresión, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, enfermedades gastrointestinales, insuficiencia renal crónica, Alzheimer, esclerosis múltiple y enfermedades dermatológicas, recurren con mayor frecuencia a la medicina complementaria; en el mismo estudio se encontró que los pacientes con cáncer tuvieron una prevalencia de uso del 25 al 66%⁽¹⁰⁾.

Los estudios realizados en América Latina y el Caribe, en la ciudad de la Habana y en EsSalud de Perú, demuestran que la edad avanzada es un factor de riesgo para la discapacidad^(5,8). En un artículo de revisión de la *Revista Cubana de Plantas Medicinales* "Usos más frecuentes de *Arnica montana*", se afirma que la fitoterapia ha resultado ser más útil que la medicina convencional para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, debido a la eficacia demostrada, y por presentar menor probabilidad de reacciones adversas y menor costo⁽¹¹⁾.

En el Perú, el Seguro Social de Salud – EsSalud, en el año 2014 desarrolló un estudio de carga de enfermedad, el cual se define como la medición de la pérdida de salud, que para una población representan las consecuencias mortales y no mortales de las enfermedades; además del estudio de lesiones, el cual depende de su frecuencia, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origine. La frecuencia de la enfermedad se mide a través de criterios objetivos como la incidencia, prevalencia y mortalidad; la medición de las pérdidas funcionales, desventajas sociales y mortalidad prematura responde más a criterios que dependen de las preferencias individuales y sociales. En dicho estudio se afirma que: *El perfil de carga de morbilidad en la población asegurada en el Perú muestra en primer lugar a las enfermedades del grupo II: enfermedades no transmisibles, con un 71,5% del total de AVISA (años de vida saludable)*. Este estudio, además, indica que 7 de las 10 primeras causas de carga de enfermedad son patologías crónicas no transmisibles; ocupa el primer lugar las enfermedades osteomusculares y del tejido conectivo, seguido por los problemas neuropsiquiátricos, enfermedades endocrinas y de la sangre, lesiones no intencionales, las enfermedades de los órganos de los sentidos, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares⁽⁴⁾.

En la publicación realizada el 2016 "Caracterización de las actividades de medicina complementaria en pacientes de EsSalud-Perú (2010-2014)" indican que el perfil de diagnóstico de los pacientes de MC de Seguro Social de Salud (EsSalud) es básicamente pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles⁽⁶⁾.

En el año 1998 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló un estudio de costo efectividad en el que concluye que la MC representa un 55% más costo-efectivo en las enfermedades crónicas no transmisibles que fueron priorizadas para este estudio⁽⁷⁾.

Como se sabe, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son de larga duración y cuya evolución, generalmente, es lenta. Según algunos estudios, las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes se dan en adultos mayores. La hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartritis, la artritis reumatoide, las enfermedades cardiovasculares, las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares son las más frecuentes⁽³⁾. En el Perú, la población adulta mayor representa el 9,2%, en tanto que la población asegurada adulta mayor representa el 13,14%. En los últimos años se ha incrementado la esperanza de vida al nacer, que en nuestro país es de 74 años⁽¹⁾; la demanda de los servicios de los adultos mayores representa el 31,4% de las consultas externas⁽²⁾.

Las ECNT generan un alto costo, tanto para el paciente, para quien significa años de vida saludable perdidos⁽⁴⁾ como para la institución, que se traduce en abarrotamiento de los servicios, gasto en: recurso humano, infraestructura, mobiliario, medicamentos, materiales e insumos, etc.

El servicio de MC se inicia con un piloto en el año 1998, con la finalidad de enfocar el tratamiento del paciente con enfermedades crónicas no transmisibles desde el cambio de estilos de vida no saludables; este servicio, hasta la fecha, ha atendido a más de 750 000 asegurados⁽⁶⁾. La población que más se atiende en este servicio fluctúa en el rango de 40 a 79 años de edad, con predominio del sexo femenino⁽⁶⁾.

Las causas más frecuentes de consulta en el servicio de MC de EsSalud son las poliartritis, la dorsalgia, la ansiedad, la obesidad y la cefalea. La intervención en este servicio es de manera integral, donde la reforma de los hábitos del paciente es trascendente para el cuidado de su salud⁽¹⁷⁾. Como antecedente, en EsSalud se hicieron diversas encuestas de consumo de medicamentos a los pacientes dados de alta en MEC, estas encuestas constaban de cuatro preguntas básicas: 1) ¿No disminuyó el consumo de su medicación?

- 2) ¿Disminuyó menos de la mitad de su medicación?
- 3) ¿Disminuyó la mitad o más de la mitad de su medicación?
- 4) ¿Disminuyó el total de su medicación?

El 2015, de 14 640 encuestas de consumo de medicamentos a nivel nacional, el 30% manifestó no haber reducido su consumo habitual de medicamentos; el 26% dejó de usar la mitad o más de la mitad de su dosis; el 19 % dijo haber reducido menos de la mitad de su dosis y el 25% dijo haber dejado de consumir medicamentos en su totalidad⁽⁹⁾. Estas encuestas fueron realizadas a nivel nacional sin tener en cuenta tamaño de la muestra, los criterios de inclusión, la procedencia, etc.

En el año 2017 se repitieron las encuestas a nivel nacional, y de las 83 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) con el servicio de MC, solo 45 enviaron sus encuestas de disminución de consumo de medicamentos; los resultados mostraron que de 1596 encuestas el 26% de pacientes manifestó haber dejado totalmente el consumo de su medicación inicial; el 59% manifestó que dejó de usar la mitad o más de la mitad de la dosis; el 7% dijo que dejó de usar menos de la mitad de las dosis y el 7% manifestó no haber disminuido el consumo de su medicación⁽¹²⁾.

La presente investigación parte de la necesidad de contar con evidencias para los resultados encontrados en las encuestas realizadas anualmente a los pacientes dados de alta de MC, donde los pacientes manifiestan haber disminuido el consumo de su medicación, habitual. Es por ello que se realizará una evaluación de la disminución del consumo de medicamentos en usuarios de los servicios de MC de EsSalud en siete redes asistenciales.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y longitudinal. Los pacientes considerados en este seguimiento fueron atendidos en los servicios de MC de las Redes Asistenciales de Juliaca (meta de 1000 pacientes al año); Puno (meta de 1000 pacientes al año); Junín (meta de 1000 pacientes al año); La Libertad (meta de 3000 pacientes al año); Ancash (meta de 1000 pacientes al año); Rebagliati (meta de 2000 pacientes al año) y Almenara (meta de 2000 pacientes al año) en Lima, durante el año 2017. La muestra fue por conveniencia, recibimos 349 fichas de seguimiento de siete de las 29 redes asistenciales con datos completos para el análisis.

Los criterios de inclusión fueron pacientes que hayan sido dados de alta, con más de 6 procedimientos y de las redes

que enviaran la información en cuanto se requirió. Mediante los SGH y SGSS se realizó el seguimiento del consumo de medicamentos de estos 349 pacientes de MEC antes de haber ingresado al servicio y después de haber sido dados de alta del 01 al 31 de diciembre de 2017.

Se construyó un formato en Excel para facilitar y homogenizar el registro del consumo de medicamentos de los pacientes dados de alta en MC; registrados en el SGH o SGSS. Con el objeto de minimizar sesgos se indicó a todos los químicos farmacéuticos, con tiempo completo en MEC, realizar el seguimiento en los sistemas de gestión, con las fichas Excel de recolección. Se pidió médicos y enfermeras llenar las fichas con el número de historia, diagnóstico, edad, fecha de ingreso y fecha de alta de los pacientes atendidos y dados de alta en el 2017; estas listas fueron entregados a los farmacéuticos, quienes siguieron en el sistema esta información, consolidándolo y reportándolo a la sede central.

En el formato se registraron los siguientes datos: número de paciente, número de historia clínica, edad, sexo, procedencia, diagnóstico de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades 10.^a edición (CIE 10); tiempo de enfermedad, fecha de ingreso a MEC, fecha de egreso, grupo farmacológico (según tabla); número de medicamentos al mes antes de ingresar a MEC y dosis, número de medicamentos al mes, después de salir de MEC y dosis. En la celda E, diagnóstico; se consideraron todos los diagnósticos relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles según CIE 10. En el caso de existir más de un diagnóstico o medicamentos se repitieron las columnas de la A hasta la D. En el llenado de las fichas participaron médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos.

Análisis de datos: se usaron medidas de tendencia central, frecuencias, pruebas de significancia estadística $p < 0,05$; con X^2 . Se emplearon los paquetes estadísticos Excel y SPSS 23. Consideraciones éticas: para salvaguardar la información de los pacientes se tuvo estricta reserva de los datos personales de los pacientes a los cuales se les hizo el seguimiento por medio de los informes recibidos.

Resultados

El seguimiento del consumo de medicamentos de pacientes dados de alta de MC se realizó a través del sistema de gestión hospitalaria y del sistema de gestión de servicios de salud; se realizó a pacientes con polifarmacia antes de su ingreso y después de haber sido dados de alta; la información se registró en fichas de atención consolidados anualmente.

Se realizó el seguimiento a 349 pacientes de siete redes asistenciales, dos de Lima (Almenara y Rebagliati) y cinco de provincias (Juliaca, Puno, Junín, La Libertad y Ancash) con una mediana de edad de 61 años, un rango intercuartil de 20 años, y con un 66,19% del género femenino (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes incluidos en el estudio

Características	Frecuencia
Sexo (n[%])	
Femenino	231 (66,19)
Masculino	118 (33,81)
Edad (Med [IQR])	61 (20)
Red (n[%])	
Juliaca	67 (19,2)
Puno	59 (16,9)
Junín	51 (14,6)
La Libertad	45 (12,9)
Ancash	44 (12,6)
Rebagliati	44 (12,6)
Almenara	39 (11,2)
Motivo de consulta (n[%])	
Artrosis y poliartrosis	83 (23,8)
Dolor lumbar	45 (12,9)
Trastornos de ansiedad	34 (9,7)
Cefalea debido a tensión	23 (6,6)
Cervicalgias y dorsalgias	19 (5,4)
Dolor articular no especificado	17 (4,9)
Gastritis crónica	14 (4,0)
Episodios depresivos	13 (3,7)
Diabetes tipo 2	10 (2,9)
Síndrome de hombro doloroso / Lesiones en hombro	8 (2,3)
Osteoporosis no especificada	7 (2,0)
Hipertrofia prostática benigna	7 (2,0)
Dolor muscular	7 (2,0)
Migraña	6 (1,7)
Dislipidemias	4 (1,1)
Hipertensión arterial	4 (1,1)
Otros	48 (13,8)

n: muestra; %: porcentaje; Med: mediana; IQR: rango intercuartil

Los medicamentos utilizados con mayor frecuencia se describen en la Tabla 2. Los medicamentos que se usaron con menor frecuencia fueron: antiácidos, agentes antitrombóticos, antagonistas de angiotensina II, monodrogas, preparados antigotosos en 1,1% (cuatro veces); belladona y derivados, monodrogas diuréticos de techo alto, antihistamínicos para uso sistémico 0,9% (tres veces); antivirales de acción directa, agentes anticolinérgicos, descongestivos y otros preparados nasales para uso tópico 0,6% (dos veces); agentes contra padecimientos funcionales del estómago, propulsivos, laxantes, insulinas y análogos, diuréticos de techo bajo: tiazidas, agentes ahorradores de potasio, agentes betabloqueantes, preparados antiacné para uso tópico, estrógenos, sulfonamidas y trimetoprima, agentes dopaminérgicos, antipsicóticos, hipnóticos y sedantes, antipalúdicos, antinemátodos, expectorantes, excl. combinaciones con supresores de la tos y supresores de la tos, excl. combinaciones con expectorantes 0,3% (17 veces). Además, se encontró que este grupo de pacientes consumió 78 diferentes medicamentos, de los cuales se ubicaron en 50 grupos con código del sistema de clasificación anatómica (ATC), terapéutica, química.

Se encontraron diferencias significativas en las unidades de consumo después de usar los servicios de MC en los grupos farmacológicos de antiinflamatorios no esteroideos, opioides, antipiréticos y otros analgésicos. Asimismo, también hubo una disminución significativa en las unidades consumidas de antiepilépticos, ansiolíticos, antidepresivos, relajantes musculares, antiulcerosos, hipoglucemiantes orales e hipolipemiantes ($p < 0,05$). (Tabla 3).

Discusión

La ascendente notoriedad que ha cobrado la MC se manifiesta por el impacto en la mejoría de los pacientes que acuden para su tratamiento. Diversos estudios aseguran que dicha afluencia se basa tanto en fenómenos sociales como terapéuticos, que se enmarcan en algunas tendencias que van desde una creciente insatisfacción junto con la pérdida de la confianza en la biomedicina tecnológicamente sofisticada^(10,13,16) hasta un incremento en la demanda para controlar el costo de la salud⁽¹⁵⁾

Shalom Sharabi *et al.*, reportan que la medicina complementaria e integrativa podría reducir la necesidad de analgésicos no opioides entre los pacientes con cáncer de mama o cáncer ginecológico⁽¹⁷⁾. Zheng Z. *et al.*, concluye que es seguro reducir la medicación con opioides en pacientes con dolor crónico, por el tamaño de la muestra

Tabla 2. Frecuencia de uso por grupos de fármacos en usuarios de los servicios de medicina complementaria 2017

Nombre y clasificación ATC	Frecuencia de uso	%
M01A Productos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos	158	45,3
N02B Otros analgésicos y antipiréticos	53	15,2
N03A Antiepilépticos	37	10,6
N05B Ansiolíticos	37	10,6
A02B Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo	27	7,7
M03B Agentes relajantes musculares de acción central	25	7,2
N06A Antidepresivos	22	6,3
A11D Vitamina B1, sola y en combinación con vitaminas B6 y B12	21	6,0
C10A Reductores del colesterol y los triglicéridos	21	6,0
A10B Drogas hipoglucemiantes orales	17	4,9
A12A Calcio	16	4,6
A11H Otros preparados de vitaminas, monodrogas	14	4,0
G04C Drogas usadas en la hipertrofia prostática benigna	13	3,7
A11C Vitaminas A y D, incluido combinaciones de las dos	12	3,4
M05B Agentes que afectan la estructura ósea y la mineralización	12	3,4
B03B Vitamina B12 y ácido fólico	11	3,2
N02A Opioides	9	2,6
C08C Bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos	8	2,3
H02A Corticoesteroides para uso sistémico, monodrogas	8	2,3
C09A Inhibidores de la eca, monodrogas	7	2,0
H03A Preparados de hormonas tiroideas	6	1,7
L04A Agentes inmunosupresores	5	1,4
N02C Preparados antimigrañosos	5	1,4

n: muestra; %: porcentaje; B1: tiamina; B6: piridoxina; B12: cobalamina; A: retinol.

no se puede confirmar si la electroacupuntura ofrece un beneficio adicional a la educación; esta terapia no farmacológica podría ser un complemento para disminuir la terapia con opioides en pacientes que están dispuestos a reducirlos ⁽¹⁸⁾. Frenkel y Hermoni en su estudio "Effects of homeopathic intervention on medication consumption in atopic and allergic disorders", describen ahorros de costos para una organización israelí de mantenimiento de la salud. La intervención homeopática condujo a una modesta pero significativa reducción en el uso de medicamentos comúnmente utilizados para tratar afecciones alérgicas y sus complicaciones. Asimismo, describe que se necesitan estudios controlados más amplios para verificar estos hallazgos ⁽¹⁹⁾. Collazo E. reporta que en su estudio hubo un mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino, con una media de edad de 53 años y cuyas patologías más frecuentes fueron lumbalgia (26,2%), fibromialgia (15,6%) y cefalea

(13,8%), además de un alto nivel de significancia acerca de la disminución de las dolencias y, por ende, la disminución en un 68,2% del consumo de analgésicos ⁽¹⁴⁾.

Se debe tener en cuenta que estamos en un periodo de creciente interés por la seguridad de la salud y que los profesionales de la medicina complementaria y alternativa tienen una gran responsabilidad de cuestionar y mejorar sus prácticas y productos, pues deben incrementar la investigación en sus terapias y en los insumos que utilizan para disminuir el riesgo, para ello requieren de la colaboración internacional con el fin de desarrollar recursos especializados, debiendo diseñar estudios prospectivos y evaluación de estrategias para reducir el riesgo en el futuro ⁽¹³⁾.

Entre las limitaciones del estudio debemos mencionar que el personal encargado de la recolección de datos no

Tabla 3. Diferencias en unidades de consumo por grupos farmacológicos antes y después del uso de los servicios de medicina complementaria

ATC	Nombre	Consumo antes		Consumo después		Valor p
		Media \pm SD	Mediana (RIQ)	Media \pm SD	Mediana (RIQ)	
M01A	Productos antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos	35,8 \pm 25,8	30 (19)	12,3 \pm 22,5	0,5 (18)	<0,001
N02B	Otros analgésicos y antipiréticos	37,2 \pm 24,4	30 (22)	7,3 \pm 17,1	0 (5)	<0,001
N03A	Antiepilépticos	49,3 \pm 44,0	30 (45)	24,8 \pm 25,1	30 (35)	<0,001
N05B	Ansiolíticos	25,7 \pm 19,2	30 (20)	2,9 \pm 7,8	0 (2)	<0,001
A02B	Agentes contra la úlcera péptica y el reflujo	31,6 \pm 12,9	30 (0)	2,3 \pm 6,6	0 (0)	<0,001
A10B	Drogas hipoglucemiantes orales	102,3 \pm 57,2	90 (120)	55,8 \pm 52,9	30 (90)	<0,001
M03B	Agentes relajantes musculares de acción central	25,0 \pm 19,1	20 (20)	4,7 \pm 8,7	0 (4)	<0,001
N06A	Antidepresivos	63,6 \pm 63,9	30 (30)	18,8 \pm 42,3	0 (15)	<0,001
C10A	Reductores del colesterol y los triglicéridos	40,4 \pm 24,9	30 (0)	10,9 \pm 18,5	0 (15)	<0,001
A11D	Vitamina B1, sola y en combinación con vitaminas B6 y B12	40,4 \pm 26,7	30 (0)	33,3 \pm 22,4	30 (0)	0,045
A12A	Calcio	46,8 \pm 67,5	30 (0)	39 \pm 73,4	30 (30)	0,025
A11H	Otros preparados de vitaminas, monodrogas	30,0 \pm 0,0	30 (0)	28,0 \pm 7,7	30 (0)	0,317
M05B	Agentes que afectan la estructura ósea y la mineralización	4,4 \pm 1,1	5 (1)	4,1 \pm 1,8	5(1)	0,317
G04C	Drogas usadas en la hipertrofia prostática benigna	49,3 \pm 34,1	30 (30)	23,1 \pm 17,9	30 (30)	0,015
A11C	Vitaminas A y D, incluye combinaciones de las dos	13,1 \pm 14,9	1(29)	8,8 \pm 13,6	1(29)	0,317
B03B	Vitamina B12 y ácido fólico	36,9 \pm 24,1	30 (52)	23,3 \pm 25,0	30 (30)	0,017
N02A	Opioides	51,6 \pm 27,6	40(30)	18,3 \pm 26,2	0 (30)	0,011

SD: desviación standard; IQR: rango intercuartil; valor p <0,05 con χ^2

estuvo muy comprometido o no tuvieron horas exclusivas para realizar este trabajo; algunos centros asistenciales no contaron con el sistema para realizar el seguimiento de los datos solicitados y los pacientes que se atienden en MEC, cuando se les citó para darles el alta no asistieron, lo que generó falta de identificación de los pacientes que deberían incluirse en el estudio. Este estudio no es extrapolable por lo que se necesita estudios similares con un mejor diseño estadístico y mayor número de muestra; además, sería

interesante el seguimiento prospectivo para corroborar que los servicios de medicina complementaria de EsSalud disminuyen el consumo de medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.

En el presente estudio se reporta la disminución en las unidades consumidas de fármacos de los diferentes grupos farmacológicos detallados, después de usar los servicios de medicina complementaria.

Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Síntesis estadística. Año 2015. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2015.
2. Llibre, JC, Guerra, MA, Perera, E. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008. 24(4):1-9.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles. 2013 - 2014. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
4. Seguro Social de Salud (EsSalud). Carga de Enfermedad y Lesiones en EsSalud. Gerencia Central

- de Prestaciones de Salud - Oficina de Inteligencia e Información Sanitaria. Año 2015. Lima: EsSalud; 2015.
5. Menendez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5/6): 353-61.
 6. Villar M, Ybañez E, Arevalo C, Astahuamán D, Angulo-Bazán Y, Alarcón S. Caracterización de las actividades de Medicina Complementaria en Pacientes de EsSalud-Perú. *Rev Peruana Med Integrativa* 2016; 1(1):5-12.
 7. Seguro Social de Salud (EsSalud), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estudio Costo-Efectividad. Programa Nacional de Medicina Complementaria Seguro Social de Salud. Lima: EsSalud; 2000.
 8. Cornetero V, Castillo N. Población y Enfermedades No Transmisibles en el Perú. Año 2012. Lima: OPS; 2012.
 9. Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Medicina Complementaria. Informe de producción de los servicios de medicina complementaria. Año 2015. Lima: EsSalud; 2015.
 10. Aedo FJ, Granados JC. La Medicina Complementaria en el mundo. *Rev Mex Med Fis Rehabil*. 2000; 12(4): 91-99.
 11. Del Puerto M, Casas L, Cañete CR. Usos más frecuentes de *Arnica montana*. *Rev Cubana Plant Med*. 2013; 18(2): 315-326.
 12. Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Gerencia de Medicina Complementaria. Informe de producción de las farmacias naturales de medicina complementaria. Año 2017. Lima: EsSalud; 2017.
 13. White A, Boon H, Alraek T, Lewith G, Liu J-P, Norheim A-J, *et al*. Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities. *Eur J Integr Med* 2014; 6(4):404-8.
 14. Collazo E. Efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor refractario al tratamiento farmacológico convencional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009; 16(2):79-86.
 15. Friedman R, Sedler M, Myers P, Benson H. Behavioral medicine, complementary medicine, and integrated care: Economic implications. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 1997; 24(4), 949-962.
 16. Chez RA, Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *Am J Obstet Gynecol*.1997; 177(5):1156-61.
 17. Impact of a complementary/integrative medicine program on the need for supportive cancer care-related medications. Shalom-Sharabi I, Samuels N, Lev E, Lavie O, Keinan-Boker L, Schiff E, Ben-Arye E. *Support Care Cancer*. 2017; 25(10): 3181-90.
 18. Effects of Electroacupuncture on Opioid Consumption in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Zheng Z, Gibson S, Helme RD, Wang Y, Lu DS, Arnold C, Hogg M, Somogyi AA, Da Costa C, Xue CCL. *Pain Med*. 2018 Jun 8. [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/pm/pny113.
 19. Effects of homeopathic intervention on medication consumption in atopic and allergic disorders. Frenkel M, Hermoni D. *Altern Ther Health Med*. 2002; 8(1): 76-9.