

Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009

Sergio Sesma-Vázquez, M en C,⁽¹⁾ Octavio Gómez-Dantés, MC, MSP,⁽²⁾
Veronika J Wirtz, Ph D,⁽²⁾ Manuel Castro-Tinoco, L en Soc.⁽³⁾

Sesma-Vázquez S, Gómez-Dantés O,
Wirtz VJ, Castro-Tinoco M.
Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos
en hospitales públicos de México en 2009.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 4:S470-S479.

Sesma-Vázquez S, Gómez-Dantés O,
Wirtz VJ, Castro-Tinoco M.
Supply prescription filling and out-of-pocket expenditures
on medicines in public hospitals in Mexico in 2009.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 4:S470-S479.

Resumen

Objetivo. Analizar la disponibilidad de medicamentos en las farmacias hospitalarias, el surtimiento de prescripciones a pacientes egresados y el gasto de bolsillo en medicamentos de pacientes hospitalizados. **Material y métodos.** Análisis descriptivo de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA) de 2009 con una muestra representativa de hospitales públicos sobre disponibilidad de una lista de 83 medicamentos en el momento de la visita a la farmacia, la proporción del surtimiento de recetas a pacientes en el momento de su alta y su gasto de bolsillo durante su estancia hospitalaria. **Resultados.** En total se entrevistó a 26 271 pacientes egresados de los 160 hospitales públicos visitados. La disponibilidad de medicamentos en el ámbito nacional fue de 82%. Los hospitales de los Servicios Estatales de Salud (SESA) mostraron una disponibilidad de 77% (variación de 30 a 96%). El surtimiento completo de recetas fue de 97% en las instituciones de seguridad social, cifra que contrasta con 56.2% de los hospitales de los SESA, que además presentaron una gran varianza entre estados (13 a 94%) La mediana del gasto de pacientes hospitalizados fue de 150 pesos moneda nacional (1% gastó más de 10 000 pesos). **Conclusiones.** La falta de los medicamentos en los hospitales tiene un impacto económico en el gasto de los hogares, particularmente en aquellos que cuentan con pocos recursos, y puede aumentar la morbilidad o mortalidad de los pacientes hospitalizados en las instituciones públicas.

Palabras clave: disponibilidad de medicamentos; surtimiento de recetas; gasto de bolsillo en medicamentos; hospitales; México

Abstract

Objective. To analyze the availability of drugs in public hospitals, the prescription-filling patterns for in-patients when they are discharged and their out-of-pocket expenditure during their hospitalization. **Material and Methods.** Using the National Satisfaction and Responsiveness Survey (ENSATA) 2009, which includes a representative sample of public hospitals in Mexico in 2009, the availability of 83 essential medicines in the hospital pharmacies at the day of visit, the proportion of prescriptions completely filled for patients when they are discharged and their out-of-pocket expenditure during their hospitalization were analyzed. **Results.** A total of 26 271 patients in 160 public hospitals were interviewed. The mean availability of drugs was 82% for all hospitals, with the lowest availability for the Ministry of Health (SESA) hospitals (77%, with a range of 30 to 96%). Patients discharged at social security hospitals received in 97% of cases a complete prescription filling, while in SESA hospitals the average was only 56.2%, with a large variance among states (13 to 94%). The median inpatient spending was 150 pesos in national currency (1% spent over 10 000 pesos). **Conclusions.** The lack of medicines in public hospitals may increase in-patient morbidity and mortality and has an economic impact on household spending, particularly in those with scarce resources.

Key words: availability of medicines; prescription filling; out-of-pocket expenditure; public hospitals; Mexico

(1) Secretaría Técnica del Consejo de Coordinación para la Implementación del Sistema de Justicia Penal, Secretaría de Gobernación. México.

(2) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(3) Centro de Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Fecha de recibido: 17 de agosto de 2010 • Fecha de aceptado: 13 de octubre de 2011

Autor de correspondencia: M en C Sergio Sesma-Vázquez. Delfín Madrigal 95, B-3, 704. 04360 Santo Domingo, Coyoacán, México, DF, México.
Correo electrónico: sergiosesma@yahoo.com

La falta de medicamentos en las unidades públicas de atención a la salud limita las opciones terapéuticas de los médicos, pone en riesgo la salud de los pacientes e impone a los usuarios y a sus familias cargas financieras que pueden llegar a ser catastróficas o empobrecedoras. Además genera insatisfacción y pérdida de confianza en los servicios de salud.

El tema del abasto suficiente y oportuno de medicamentos ha estado en la agenda de las principales instituciones públicas del sector salud de México desde hace mucho tiempo. De hecho, en 2007, derivado de múltiples esfuerzos locales y nacionales para mejorar la oferta y el precio de medicamentos, se firmó el Acuerdo Nacional para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos, que dio origen a la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos.¹

El abasto, el surtimiento completo de recetas y el gasto de bolsillo en medicamentos están correlacionados entre sí. Cuando la disponibilidad de medicamentos es alta, las unidades de atención a la salud pueden surtir de manera más completa un alto porcentaje de las recetas médicas y, como consecuencia de ello, el gasto de bolsillo de los pacientes tiende a ser bajo o nulo.

Los principales determinantes del nivel de abasto de medicamentos en las unidades de salud del sector público estudiados tanto en ámbitos académicos como operativos son básicamente cuatro: a) la suficiencia de recursos presupuestales y la oportunidad en su ejercicio; b) la existencia de mecanismos racionales para determinar la demanda potencial; c) la eficiencia en la compra y d) la eficiencia en la distribución.²⁻⁴

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 cuenta con ocho líneas de acción estratégicas. Destaca dentro de ellas "el diseño e instrumentación de una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud."² Son diversas las iniciativas que se han implantado para operacionalizar esta estrategia, incluyendo la movilización de recursos financieros adicionales para mejorar el acceso a estos insumos básicos y acciones para hacer más eficiente su compra y distribución.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el porcentaje del gasto total en salud destinado a la compra de medicamentos en México pasó de 19.4% en 2000 a 22.9% en 2007.⁵ En términos absolutos esto representó un incremento de 87.3% (de 85 000 millones a 150 000 millones de pesos). Para 2008 la Secretaría de Salud (SS) indica que el gasto en medicamentos de las principales instituciones públicas del sector salud ascendió a poco

más de 39 000 millones de pesos, aproximadamente 26% del gasto total en medicamentos en el país.⁶

Poco más de 23% del gasto público en medicamentos corresponde a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social y poco más de 76% a las instituciones de seguridad social. En términos per cápita la diferencia es de cuatro veces: poco menos de 600 pesos en población asegurada contra apenas 160 pesos en población sin seguridad social.⁷ Cabe señalar que 96.2% de toda la compra de medicamentos corresponde a claves del cuadro básico.*

Además de incrementar los recursos destinados a la compra de medicamentos, a partir de 2002 se implantaron diversas iniciativas para mejorar su compra y distribución, tanto en las instituciones de seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Destacan dentro de estas iniciativas: a) la elaboración de estudios diagnósticos sobre el proceso de abasto de medicamentos en las instituciones públicas (planeación, compra y distribución) para detectar áreas susceptibles de mejora; b) la capacitación del personal de las instituciones públicas en actividades de planeación, compra (tercerización, compra consolidada, compras rápidas), distribución (entregas en puntos de consumo) y manejo de inventarios de medicamentos; c) el diseño de sitios en internet con información relevante para la compra de medicamentos (proveedores, precios de mercado), y d) el monitoreo periódico de los niveles de surtimiento completo de recetas, actividad en la que incluso llegó a participar la propia oficina de la Presidencia de la República.

Con la entrada en vigor del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) también se anticiparon mejoras en el abasto de medicamentos en las unidades de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que atienden a los afiliados al Seguro Popular de Salud (SPS) y en el surtimiento de sus recetas, que buscan evitar precisamente los gastos de bolsillo por esta razón y de este modo garantizar su protección financiera.

Los esfuerzos por incrementar el gasto público en medicamentos y hacer más eficientes su compra y distribución han tenido resultados variables. A principios de la década, el surtimiento completo de recetas en las unidades ambulatorias de los SESA era menor de 50%. En las instituciones de seguridad social la cifra correspondiente era de alrededor de 70%. A la mitad de

* Martínez-Moreno E. Calidad, precio y acceso a los medicamentos. Documento no publicado presentado en el "Foro para Impulsar la Competitividad del Sector Farmacéutico en México" Cámara de Diputados, LX Legislatura, 12 de noviembre de 2008.

la década, los porcentajes de surtimiento completo de recetas en unidades ambulatorias de los SESA habían ascendido a poco más de 70% en los SESA y más de 90% en las instituciones de seguridad social.^{8,9} Datos de 2008 muestran que el porcentaje promedio de recetas completamente surtidas en el primer nivel de atención para todas las unidades de salud de la SS fue 87.2%.¹⁰

Sin embargo, el desempeño en esta materia en los SESA es muy desigual. Hay entidades con niveles de surtimiento completo de medicamentos parecidos a los de las instituciones de seguridad social, pero también hay estados con niveles inferiores a 60%. También hay diferencias importantes en los niveles de surtimiento completo de recetas entre los afiliados y los no afiliados al SPS.

En el ámbito hospitalario, el abasto de medicamentos esenciales muestra diferencias importantes entre las instituciones públicas. En 2003, el promedio de surtimiento completo de recetas era de 80% para todas las instituciones públicas del país.¹¹ En 2004, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) era la institución que contaba con mayor disponibilidad de medicamentos en sus hospitales (92%), seguido del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (87.9%), IMSS-Oportunidades (70.4%) y los SESA (70.4%).¹² En 2006, en el caso de unidades hospitalarias incorporadas a la red de servicios del SPSS, el porcentaje de recetas surtidas al 100% al egreso del hospital fue de 44% en afiliados al SPS y 18.5% en no afiliados.¹³

La insuficiencia de medicamentos en las unidades públicas de salud, además de dificultar la adecuada atención de los pacientes, obliga a los usuarios de dichas unidades a realizar gastos de bolsillo que pueden llegar a ser excesivos.^{14,15} Estimaciones propias con datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2008 indican que alrededor de 60% de los hogares en México realizan algún tipo de gasto en salud y que cerca de la mitad de estos hogares presentan gastos de bolsillo en medicamentos.

El objetivo de este documento es presentar información sobre el nivel de abasto de medicamentos en las unidades hospitalarias de las principales instituciones públicas de salud, el porcentaje de recetas surtidas completamente al momento del alta y el gasto de bolsillo en medicamentos realizado por los usuarios durante su hospitalización.

Material y métodos

Los datos para la elaboración de este trabajo proceden de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado (ENSATA) levantada entre julio y octubre de 2009. Esta encuesta la coordinó la Secretaría de Salud y su diseño,

levantamiento y análisis estuvo a cargo del Instituto Nacional de Salud Pública. Los detalles metodológicos de la ENSATA pueden consultarse en el *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2009* (ODH 2009).¹⁶

El diseño y definición del tamaño de la muestra de usuarios y hospitales tuvo como objetivo obtener estimaciones representativas del nivel estatal para las unidades de los SESA y de nivel institucional para las unidades del IMSS e ISSSTE. En el caso de los hospitales de PEMEX, la institución definió las tres unidades de salud que podrían visitarse, por lo que sus resultados no parten de un muestreo aleatorio y deben tomarse con cautela.

Para el cálculo de la muestra de usuarios en hospitales de los SESA se utilizaron los siguientes parámetros: una prevalencia estimada de 10% (se usó la prevalencia más baja entre las principales variables de interés, en este caso, el no surtimiento de recetas que se había observado en otros estudios), un error máximo aceptable de 3.3 puntos, un nivel de confianza de 95% y un efecto de diseño de 2.

Con los parámetros utilizados, los cálculos arrojaron una muestra de 630 usuarios por estado. A esta cifra se le hizo un ajuste derivado de la potencial no-respuesta (15%), con lo que la cifra total de abordajes por estado sería de 720 usuarios. Para alcanzar esta cifra en cada estado se consideró, tomando en cuenta el número promedio de hospitales que existen por estado, que dicha muestra debería distribuirse en cuatro hospitales por entidad, idealmente sólo unidades de más de 60 camas y caracterizadas como hospitales generales.

Para seleccionar los hospitales en cada entidad se usó como marco muestral la base de datos de unidades de salud que administra la Dirección General de Información en Salud de la SS con corte al cierre de 2008. De esta base se eliminaron las unidades psiquiátricas, de alta especialidad, materno-infantiles y pediátricas.

En seguida se hizo una selección aleatoria de hospitales en todas aquellas entidades en donde había más de cuatro hospitales con al menos 60 camas censables. En las entidades que no cumplieron con este criterio se seleccionaron automáticamente las unidades que cumplían con los criterios definidos y se hizo una selección aleatoria de los hospitales existentes que contaban con menos de 60 camas. Hubo entidades, como Baja California, en donde se seleccionaron prácticamente todos los hospitales existentes y por tanto, los datos se derivan de un censo en la entidad. En Baja California Sur sólo se incluyeron tres hospitales debido a las características de las unidades que brindan atención hospitalaria en este estado. La muestra final estudiada para usuarios de los SESA fue de 20 785 usuarios entrevistados en 126 hospitales.

En el caso de las otras instituciones de salud, las unidades primarias de muestreo fueron las unidades hospitalarias de cada institución con más de 60 camas y caracterizadas también como hospitales generales. Con las variables usadas como insumo, el tamaño de muestra calculado por institución fue de 2 250 pacientes encuestados. Esta muestra de usuarios se distribuyó en 15 hospitales seleccionados aleatoriamente independientemente de su localidad geográfica en el país. Como en el caso de los SESA, las incidencias del trabajo de campo modificaron el diseño original arrojando una muestra efectiva de 2 531 usuarios de 16 hospitales del IMSS y 2 348 de 15 hospitales del ISSSTE. En el caso de PEMEX se encuestaron 436 pacientes en tres hospitales asignados directamente por las autoridades de esa institución.

El objetivo general de la ENSATA es obtener información sobre la percepción de los pacientes de la calidad y calidez de los servicios médicos recibidos y sobre su gasto de bolsillo en medicamentos durante su estancia hospitalaria. Durante el operativo de campo también se levantó información sobre la existencia de medicamentos en el almacén o la farmacia de la unidad de salud, con la cual se hizo el análisis de abasto de medicamentos.

Para fines de este trabajo se presentan los resultados de tres tipos de análisis: a) abasto de medicamentos en las farmacias hospitalarias, b) surtimiento de recetas de pacientes al momento del egreso, y c) gasto de bolsillo en medicamentos durante la estancia hospitalaria. Los resultados se presentan por institución. La desagregación por entidad federativa sólo se presenta para las unidades hospitalarias de los SESA. El análisis estadístico realizado en este estudio fue meramente descriptivo. Para algunos indicadores se calcularon intervalos de confianza al 95% utilizando el muestreo complejo de la encuesta. El análisis se realizó con el paquete estadístico STATA 9.0.

Para el análisis de la disponibilidad de los medicamentos se generó una lista de 106 medicamentos básicos que se encuentran dentro del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) del SPS. Esta lista fue revisada y eventualmente validada por tres grupos de médicos con experiencia clínica hospitalaria y con experiencia en el manejo cotidiano de dichos insumos. Su depuración dio origen a una nueva lista con 83 medicamentos esenciales que deberían estar disponibles en las farmacias o almacenes de las unidades hospitalarias seleccionadas para el estudio. La lista de los 83 medicamentos puede consultarse en el ODH 2009.¹¹

A partir de esta lista de 83 medicamentos se calculó el porcentaje de existencia de los mismos en hospitales. Esto se obtuvo al dividir la suma total de claves de medicamentos existentes en los hospitales entre 83. De

esta forma, una disponibilidad de 100% significa que los 83 diferentes medicamentos estaban disponibles en la farmacia o el almacén de la unidad en el momento de la visita independientemente de la cantidad. Adicionalmente se realizó un análisis más agregado donde se obtuvieron cuartiles de disponibilidad de medicamentos a nivel nacional. Para ello se ordenaron los hospitales de menor a mayor porcentaje de existencia de medicamentos. Posteriormente se dividieron en cuatro partes para obtener el porcentaje promedio de abasto de medicamentos desde 25% de los hospitales con menor existencia hasta 25% con mayor existencia de medicamentos en las farmacias o almacenes.

El análisis del surtimiento de recetas se hizo con información que se obtuvo directamente de la encuesta a partir de preguntas a los pacientes sobre si le habían sido prescritos y si la receta había sido surtida completamente en la farmacia del hospital. Esta encuesta se realizó al momento del egreso del paciente del hospital, después de su visita a la farmacia. La selección de pacientes se hizo de manera aleatoria pero seleccionándolos de manera sistemática cada dos pacientes en ambos turnos (matutino y vespertino). El operativo de campo se desarrolló de lunes a viernes, por lo que ningún hospital se visitó en fin de semana.

Conviene señalar que también se consideró como recetas surtidas las de los pacientes que podían obtener el medicamento en farmacias subrogadas o que regresarían al hospital por el medicamento faltante.

La información para el análisis del gasto de bolsillo se obtuvo también de la encuesta cuando se preguntó a los pacientes si ellos o sus familiares habían realizado gasto en medicamentos durante la estancia hospitalaria y su monto. Con esta información se calculó la mediana de gasto en pesos mexicanos.

Por último, se caracterizó el perfil de los usuarios de los servicios de salud que no estaban recibiendo los medicamentos completos y de aquellos que realizaron gastos de bolsillo en medicamentos a partir de algunas variables como sexo, edad, motivo de ingreso hospitalario, días de estancia y afiliación al SPS. Se realizaron algunas pruebas de hipótesis para mostrar diferencias significativas en variables como sexo y afiliación al SPS. Para ello, se desarrollaron diferentes procedimientos estadísticos como la estimación de intervalos de confianza al 95% y algunas pruebas de ji cuadrada (Rao-Scott y Wald).

Resultados

En total se entrevistaron 26 271 pacientes egresados de los 160 hospitales visitados de todas las instituciones: 126 unidades fueron de los SESA, 16 del IMSS, 15 del ISSSTE y tres de PEMEX.

Abasto de medicamentos

En el ámbito nacional, el porcentaje de medicamentos existentes en las farmacias o almacenes de los hospitales públicos fue de 82%. Sólo en 6% de ellos hubo una existencia menor a 50% del grupo de 83 medicamentos estudiados, todos ellos pertenecientes a la SS. En la figura 1 se observa que en 25% de las unidades hospitalarias con menor existencia de medicamentos, el promedio de abasto fue de poco más de 50%. En el extremo opuesto, en 25% de los hospitales con mayor existencia se contaba con poco menos de 95% de los medicamentos esenciales.

El ISSSTE presentó el mayor porcentaje de existencia de medicamentos con 88.8 (74.7-96.4%). El IMSS presentó un porcentaje de existencia de 86.1 (83.1-97.5%). En los SESA este porcentaje fue de 77.1 (13.3-97.5%). Finalmente, PEMEX mostró una existencia de claves esenciales ligeramente superior a 70% (59.0-87.9%).

En los hospitales de los SESA, las entidades con mayor porcentaje de existencia de medicamentos fueron el Estado de México (95.5%), Guerrero (92.7%) y Baja California (90.4%). En contraste, Yucatán y Chiapas presentaron porcentajes menores de 40%. Como se muestra en la figura 2, en donde aparecen los porcentajes promedio y los porcentajes mínimos y máximos observados, los niveles de abasto varían de manera considerable al interior de los estados. El Estado de México, Guerrero y Coahuila presentan un abasto de medicamentos muy similar, mientras que Chiapas, Aguascalientes, Chihuahua y Yucatán presentan grandes variaciones. Chiapas, Yucatán y Michoacán tienen al menos un hospital con 25% o menos de disponibilidad de medicamentos esenciales.

Los medicamentos que menos se encontraron en la farmacia de los hospitales fueron la paroxetina (psiquiatría, clave 5481), la ergotamina más cafeína (neurología,

clave 2673), el ácido valproico (neurología, clave 2620), la inmunoglobulina humana antirrábica (vacunas, clave 3833) y la solución glucosada al 5% (soluciones, claves 3631 y 3632). Estos medicamentos no estuvieron disponibles en 60% o más de los hospitales visitados.

Surtimiento completo de recetas

En el plano nacional, a 85.7% de los pacientes egresados de los hospitales públicos visitados se les recetó algún tipo de medicamento. Del total de pacientes con prescripción, 75.4% pudieron surtir de modo íntegro su receta en la farmacia de la unidad médica. El número promedio de medicamentos prescrito por receta fue de dos, tanto para los pacientes con receta completamente surtida como para pacientes con receta parcialmente surtida o no surtida. Cabe señalar que la mayor parte de los pacientes que reportaron un surtido incompleto señalaron que comprarían los medicamentos prescritos en una farmacia privada con recursos de su bolsillo.

Como puede observarse en la figura 3, la institución con el porcentaje más alto de surtimiento completo de recetas fue PEMEX (99.5%), seguido por el ISSSTE y el IMSS, con poco más de 97%. Los hospitales de los SESA presentaron el porcentaje más bajo de las instituciones públicas estudiadas (56.2%).

El porcentaje de recetas surtidas completamente en la farmacia de los hospitales de los SESA varió de manera importante entre entidades. Las que registraron los porcentajes más altos fueron Guanajuato (93.9%), Chihuahua (84.5%), Sinaloa (76.2%) y el Estado de México (74.2%). Los estados con menores porcentajes de surtimiento íntegro de recetas en sus unidades hospitalarias fueron San Luis Potosí (13.3%), Morelos (21.1%), Hidalgo (30.4%) y Chiapas (33.4%) (figura 4).

Los medicamentos con menor porcentaje de surtimiento fueron el ketorolaco, la dicloxacilina (enfermedades infecciosas, clave 1926 y 1927), la ciprofloxacina (enfermedades infecciosas, clave 4255), el omeprazol (gastroenterología, 5186) y el diclofenaco (reumatología, clave 3417 y 5501).

De los pacientes hospitalizados que no recibieron todos los medicamentos en unidades de salud de la SS, 73.1% eran mujeres y 26.9% hombres. De las mujeres, poco menos de la mitad de ellas ingresaron por atención del parto y su promedio de edad fue de 32 años. De los afiliados al SPS, 36.4% no recibieron 100% de los medicamentos, mientras que dentro de los no afiliados al Seguro Popular, este porcentaje fue de 68.6%. Asimismo se encontró que el promedio de días de estancia fue mayor en los pacientes que no recibieron los medicamentos completos (5.1 días) que en los pacientes a los cuales se les surtió la receta médica al 100% (3.9 días). La

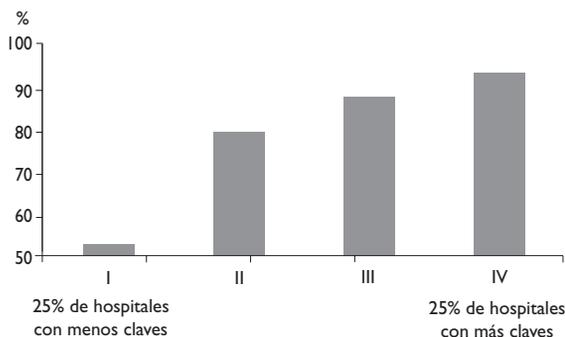
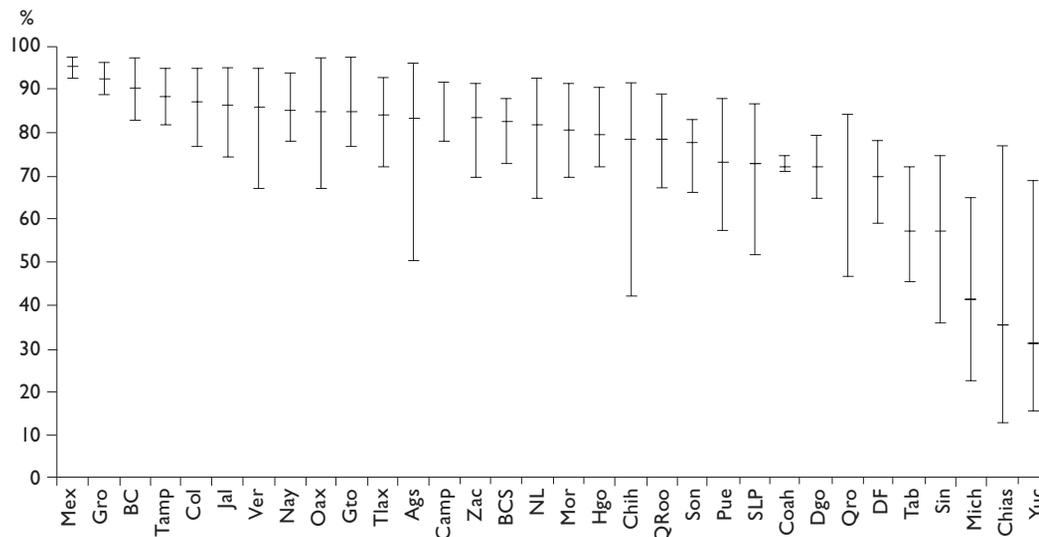


FIGURA 1. DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES EN LA FARMACIA O ALMACÉN DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS. MÉXICO 2009



SESA: Servicios Estatales de Salud

FIGURA 2. DISPONIBILIDAD PROMEDIO DE MEDICAMENTOS EN LA FARMACIA O ALMACÉN, Y VALORES MÍNIMOS Y MÁXIMOS DE DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS EN LOS HOSPITALES DE LOS SESAs POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2009

diferencia entre el porcentaje de mujeres que no recibió los medicamentos y el porcentaje que recibió los medicamentos al 100% no fue estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre en el caso de la afiliación al SPS.

Gasto de bolsillo en medicamentos durante la estancia hospitalaria

En el ámbito nacional, 1.4% de los pacientes encuestados reportaron haber realizado gastos de bolsillo en medicamentos durante su estancia hospitalaria. De este porcentaje, 97.6% fueron pacientes de los SESAs y el restante se distribuyó entre las otras instituciones. Dentro de los SESAs, 1.5% de los pacientes hospitalizados afiliados al SPS tuvieron que realizar gastos de bolsillo en medicamentos, mientras que este porcentaje fue de 5.4% para los pacientes no afiliados al SPS. En el caso de las instituciones de la seguridad social, los porcentajes de pacientes con gasto de bolsillo en medicamentos fue inferior a 0.5% en el caso del IMSS y del ISSSTE, mientras que en PEMEX ningún paciente pagó por los medicamentos durante su estancia hospitalaria (figura 5).

En el caso de las unidades hospitalarias de los SESAs, los estados que presentaron los porcentajes más altos de pacientes con gastos de bolsillo en medicamentos fueron Coahuila (19.1%), Sonora (11.9%) y Durango (6.5%). Por el contrario, en Yucatán, Tlaxcala, Tabasco, Querétaro y el Distrito Federal no se reportaron gastos

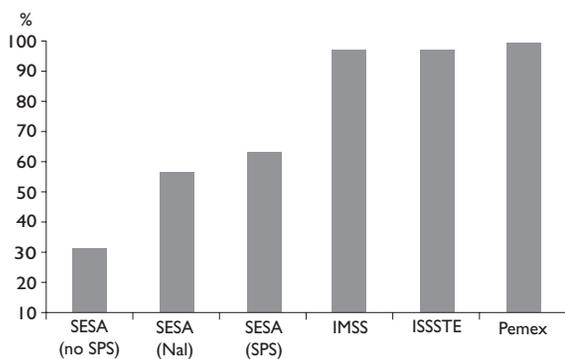
de bolsillo en medicamentos durante la estancia hospitalaria (figura 5).

Los medicamentos que más tuvieron que ser adquiridos por los propios pacientes fueron el paracetamol, el ketorolaco, la ampicilina, la cefalexina, el metronidazol, la ranitidina y el omeprazol.

La mediana de gasto de bolsillo en medicamentos de aquellos pacientes que gastaron durante su estancia fue de 150 pesos, aunque 1% de los pacientes tuvo un gasto superior a los 10 mil pesos. Cabe destacar que el monto mínimo de gasto reportado fue de 2 pesos, mientras que el monto máximo fue de 30 mil pesos. Este rubro no incluye a los pacientes que incurrieron en gastos una vez que se dieron de alta, únicamente hace referencia a los pacientes con gastos en medicamentos durante su estancia hospitalaria.

Cabe señalar que 72.7% de los egresos hospitalarios percibieron el gasto de bolsillo en medicamentos durante la estancia hospitalaria como “aceptable” (bajo o moderado) y 22.9% lo consideraron “alto o muy alto”.

De los pacientes que tuvieron que realizar gastos de bolsillo en medicamentos durante su estancia hospitalaria, alrededor de la mitad fue atendido por motivos de parto, lesiones y accidentes. 85% de los que incurrieron en gastos para adquirir estos insumos ingresaron por el servicio de urgencias. La mitad de los usuarios que realizaron gasto en medicamentos estaba afiliada al SPS.



SESA: Servicios Estatales de Salud
SPS: Seguro Popular de Salud

FIGURA 3. PORCENTAJE DE RECETAS SURTIDAS COMPLETAMENTE A PACIENTES EGRESADOS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS POR INSTITUCIÓN. MÉXICO 2009

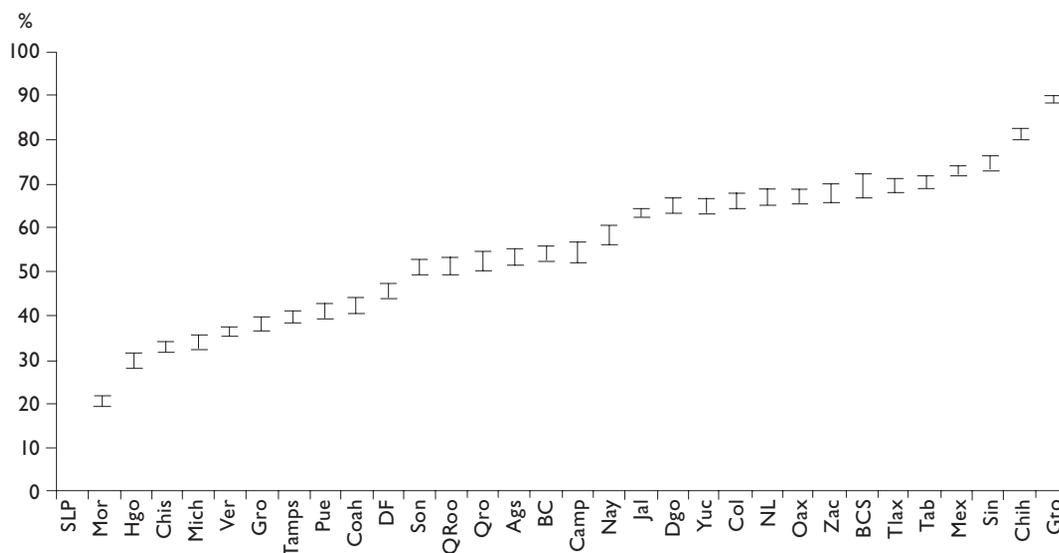
El promedio de días de estancia fue mayor en los pacientes que pagaron por los medicamentos (6.3 días) en comparación con los pacientes que no realizaron ningún gasto de bolsillo (4.6 días).

Cabe señalar que no se encontraron diferencias significativas entre los usuarios afiliados al SPS que realizaron gastos de bolsillo en medicamentos y aquellos que no tuvieron este tipo de gastos.

Discusión

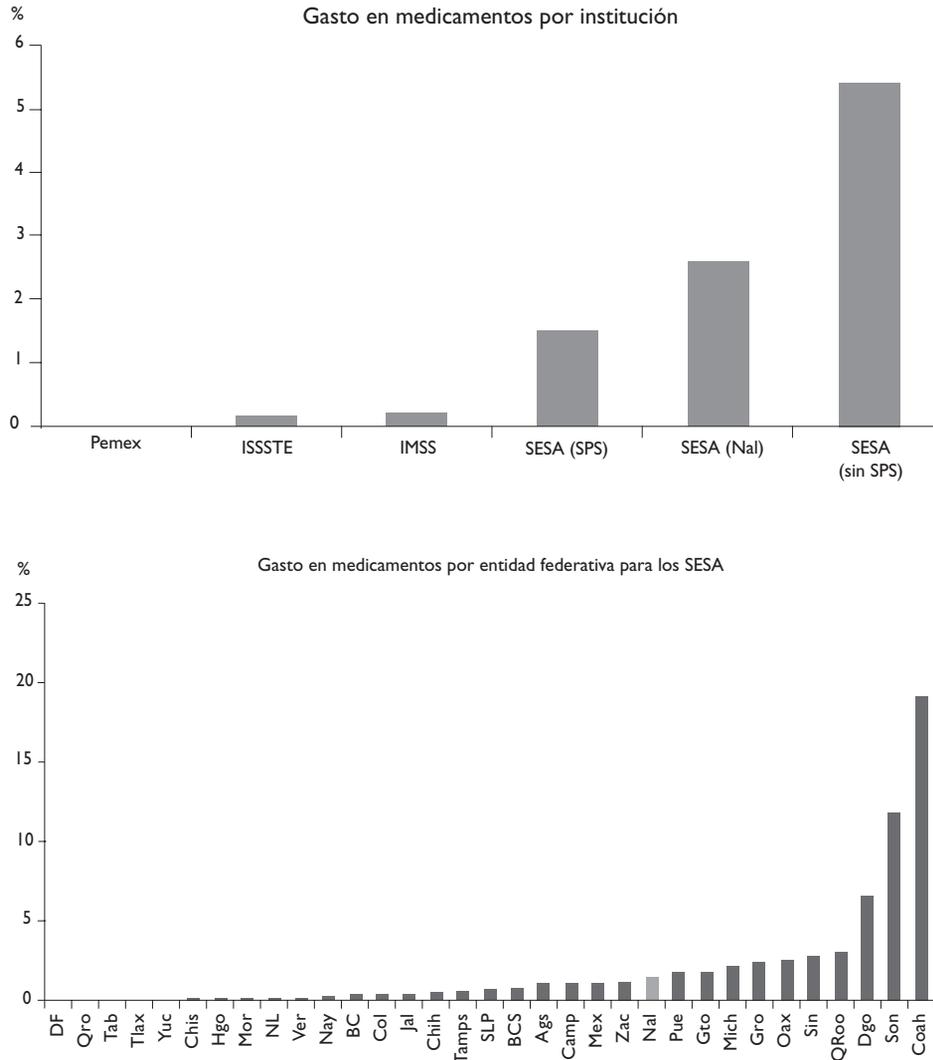
Los resultados del estudio que aquí se presenta nos hablan de niveles de abasto y surtimiento de medicamentos esenciales en los hospitales públicos de México muy variables desde el punto de vista institucional y al interior de las entidades federativas, y de niveles muy aceptables de gasto en medicamentos durante los periodos de hospitalización en todas las instituciones públicas.

El promedio de existencia de medicamentos en unidades hospitalarias fue de 82%, cifra ligeramente superior a la de la ENSATA de 2003 (80%).¹³ El ISSSTE y el IMSS tuvieron el mayor porcentaje de existencia de medicamentos y la menor varianza entre sus unidades hospitalarias. Por su parte, los hospitales de los SESA presentaron la disponibilidad más baja (77%) así como la mayor varianza entre sus hospitales (13.3 a 97.5%). En esta institución se identificaron hospitales con menos de la mitad de los 83 medicamentos seleccionados. Lo anterior significa que en las unidades de salud de los SESA uno de cuatro medicamentos esenciales no estaba disponible. Además, sorprende, por ejemplo, que entre los medicamentos más frecuentemente faltantes se encuentre la solución glucosada al 5%, que es de uso muy común. La inmunoglobulina humana antirrábica no estuvo disponible en más de la mitad de los hospitales, lo que significa que en caso de requerirla los pacientes tienen que comprarla o buscar un hospital que sí cuente



SESA: Servicios Estatales de Salud

FIGURA 4. RECETAS SURTIDAS COMPLETAMENTE EN HOSPITALES DE LOS SESA POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO 2009



SESA: Servicios Estatales de Salud
 SPS: Seguro Popular de Salud

FIGURA 5. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PAGARON POR MEDICAMENTOS DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN POR INSTITUCIÓN Y ENTIDAD FEDERATIVA PARA EL CASO DE LOS SESA. MÉXICO 2009

con ella. Esta inmunoglobulina tenía un costo promedio de \$720 pesos en 2008 (datos propios), 13 veces el salario mínimo diario (\$55) de una persona en México. Su carencia, además de poner en peligro la salud de los pacientes, puede provocar riesgos de gastos excesivos, sobre todo entre la población de menores recursos.

Los resultados del estudio mostraron que hay entidades federativas con una varianza considerable de existencia de medicamentos entre sus unidades hospitalarias. Este es el caso de Michoacán, Chiapas, Yucatán y Chihuahua. En estos estados habría que estudiar más

a fondo las causas de la no existencia de medicamentos en sus farmacias, dentro de las que posiblemente se incluyan problemas administrativos para la adquisición de medicamentos (problemas en las licitaciones, demanda de servicios imprevista), el subejercicio de recursos y la subrogación de los servicios de farmacia, entre otras.

Es de llamar la atención que las entidades federativas con menor disponibilidad de medicamentos en las unidades hospitalarias de los SESA (Yucatán, Chiapas y Michoacán) sean entidades federativas con un alto

índice de marginación. Esta situación podría explicarse, entre otras razones, por la falta de capacidad en el ejercicio de los recursos federales, ya que el grueso de éstos proviene de los recursos del SPS. De acuerdo con el Presupuesto de Egresos de la Federación, 30% de la cuota social y la aportación solidaria federal deberían destinarse a la compra de medicamentos. De acuerdo con datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en estos estados se ha comprobado la existencia de problemas de ejercicio de los recursos. Sería relevante tratar de identificar, en futuros estudios, los determinantes del desempeño de los estados en esta materia, tomando en consideración los recursos disponibles y la vigencia de medidas para mejorar la compra y distribución de estos insumos.

Por lo que se refiere al surtimiento de recetas médicas en hospitales, las cifras detectadas son menores a las que se observan en la atención ambulatoria. Sólo 75.4% de los pacientes a los que se les prescribió receta médica recibieron todos los medicamentos. Como era de esperarse, dado sobre todo el mayor gasto per cápita en este rubro, los porcentajes más altos se ubicaron en los hospitales de la seguridad social. En los hospitales de los SESA, sólo 56% de los pacientes recibieron todos sus medicamentos en el momento del egreso hospitalario. Los afiliados al SPS presentaron porcentajes de surtimiento de recetas médicas al 100% considerablemente más bajos (36.4%) en comparación con los no afiliados (68.6%). Esto significa que existe una gran inequidad en el acceso a medicamentos y que son los pacientes sin seguridad social y sin SPS los que menos acceso tienen a estos insumos, lo que los obliga a incurrir en gastos de bolsillo que pueden llegar a ser catastróficos o empobrecedores.

Dentro de los medicamentos más frecuentemente no surtidos se encuentran el ketorolaco, la dicloxacilina, la ciprofloxacina, el omeprazol y el diclofenaco. Un curso de tratamiento de omeprazol en forma genérica en 2009 costaba en promedio \$117 (cálculos propios), que representan dos días de trabajo para una persona con salario mínimo en México.

El análisis del perfil de los pacientes a los cuales no se les surtió la receta al 100% arrojó dos datos interesantes. En primer lugar, que más de 70% eran mujeres, muchas de las cuales (40%) ingresaron por atención del parto. En segundo lugar, que entre mayores fueron los días de estancia, menor fue el surtimiento de recetas. El promedio de días estancia de pacientes a los cuales se les entregó el 100% de los medicamentos prescritos fue de 3.6 días, mientras que el promedio de días estancia de los pacientes sin receta surtida completamente fue de 5.1 días. Esto podría estar asociado con las condiciones de salud de ingreso o al desarrollo de complicaciones.

Estas dos situaciones podrían requerir de medicamentos complejos comúnmente no disponibles en la farmacia. En otras palabras, la prescripción podría estarse realizando fuera del cuadro de medicamentos esenciales.

Finalmente, las cifras de gasto de bolsillo en medicamentos durante la estancia hospitalaria en los hospitales públicos son, en general, muy alentadoras. Cuando se hospitalizan, los afiliados al IMSS, ISSSTE y PEMEX prácticamente no gastan en medicamentos. El porcentaje de usuarios de los hospitales de los SESA que incurrir en gastos en medicamentos asciende apenas a 5.4% y entre los afiliados al SPS, este porcentaje es de sólo 1.5%. Sin embargo, sería relevante investigar las razones por las que 1% de los usuarios tuvieron gastos por más de \$10 000 pesos, que es una cantidad que para la mayoría de los hogares significa gasto catastrófico.

Este estudio tuvo varias limitaciones. Primero, no consideró la cantidad disponible de los medicamentos en el almacén o las farmacias, solamente analizó si el medicamento estaba o no disponible. Tampoco tomó en cuenta la fecha del último surtimiento de medicamentos por los distribuidores en el hospital, por lo que algunos hospitales pudieron haberse surtido de medicamentos más cerca de la visita de verificación que otros, presentando por lo mismo mejores cifras de abasto y surtimiento completo de recetas. También se asumió que los pacientes con vales de surtimiento recibirían el medicamento en una farmacia externa o cuando regresara al hospital. Esto significa que el estudio pudo haber sobreestimado los porcentajes de surtimiento completo.

En conclusión, los resultados de este estudio indican que es necesario hacer esfuerzos adicionales para mejorar el abasto de medicamentos y el surtimiento completo de recetas, sobre todo en los hospitales de los SESA. La situación es particularmente crítica entre los no afiliados al SPS: dos de cada tres no recibieron todos los medicamentos prescritos en el momento del alta, lo que los obligó a posponer o suspender el tratamiento o incurrir en gastos de bolsillo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Evaluación de los procesos de financiamiento, selección, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos en los Servicios Estatales de Salud 2008. México DF: Secretaría de Salud, 2008.
2. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2010. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, DF: Secretaría de Salud, 2007.
3. Secretaría de Salud. Abasto de medicamentos. [Consultado: 2010 febrero 24]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/abasto/principal.html>.

4. Secretaría de Salud. Hacia una política farmacéutica integral para México. México, DF: Secretaría de Salud, 2005.
5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Datos en salud. [Consultado: 2010 febrero 17]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>.
6. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México, DF: Secretaría de Salud, 2008.
7. Secretaría de Salud. Análisis de la dinámica financiera del sistema mexicano de salud 2000-2008. México, DF: Secretaría de Salud, 2009.
8. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2006.
9. Wirtz VJ, Russo G, Kageyama ML. Acceso a medicamentos para los usuarios del primer nivel de los servicios de salud: análisis de las encuestas nacionales de salud 1994, 2000, 2006. *Salud Publica Mex* 2010;52:32-40.
10. Presidencia de la República. Segundo Informe de Ejecución. México, DF: Presidencia de la República, 2008.
11. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2003. México, DF: Secretaría de Salud, 2004.
12. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2004. México, DF: Secretaría de Salud, 2005.
13. Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México. *Salud Publica Mex* 2008;50(supl 4):S429-36.
14. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL, Gómez-Dantés O. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud y determinantes. *Salud Publica Mex* 2005;47 supl 1:S37-S46.
15. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Miranda M. Previendo el empobrecimiento, promoviendo la equidad y protegiendo a las familias de las crisis financieras: Aseguramiento universal a través de una reforma institucional en México. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, 2005.
16. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Hospitalario 2009. México, DF: Secretaría de Salud, 2010.