



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Leyva, René; Erti, Joaquina; Kageyama, María de la Luz; Arredondo, Armando
Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México
Salud Pública de México, vol. 40, núm. 1, enero-febrero, 1998, p. 0
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640104>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México

René Leyva-Flores, M.C.,⁽¹⁾ Joaquina Erviti-Erice, Quím., M.en C.,⁽¹⁾
María de la Luz Kageyama-Escobar, M.C., M.S.P.,⁽²⁾ Armando Arredondo, M.C., M. en C.⁽¹⁾

Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México. Salud Publica Mex 1998;40:24-31.

Resumen

Objetivo. Analizar la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud en México, 1994. **Material y métodos.** Se realizó un análisis descriptivo del acceso y gasto en medicamentos, y se identificaron factores relacionados con la prescripción mediante una regresión logística en 3 324 usuarios. **Resultados.** El 78% de usuarios recibieron prescripción de medicamentos. El 92% de los usuarios de la seguridad social y 35% de la Secretaría de Salud obtuvieron los medicamentos sin pago directo ($p=0.000$). La región con mayor índice de pobreza presentó menor acceso gratuito a los medicamentos. Entre los usuarios que gastaron en medicamentos, la mediana del gasto fue de 40.00 pesos (12.50 dólares), lo que resultó mayor en instituciones privadas que en públicas. **Conclusiones.** El acceso y el gasto en medicamentos se encuentran relacionados con las características socioeconómicas de los grupos de población y con las instituciones donde estos últimos se atendieron. Lograr mayor equidad en el acceso a medicamentos representa uno de los retos del sistema de salud en México.

Palabras clave: prescripción de medicamentos; gastos en medicamentos; sistemas de entrega de medicamentos; accesibilidad a los servicios de salud; México

Leyva-Flores R, Erviti-Erice J, Kageyama-Escobar ML, Arredondo A. Medical prescription, drug access and drug expenditure among health service users in Mexico. Salud Publica Mex 1998;40:24-31.

Abstract

Objective. To analyze the medical prescription, drug access and drug expenditure by patients based on the National Health Survey in Mexico, 1994. **Materials and methods.** A descriptive analysis of drug access and expenditure was undertaken and predictive factors for medical prescription were identified by logistic regression for 3 324 patients. **Results.** 78% of the patients received drug prescriptions. 92% of the Social Security patients and 35% of the Ministry of Health patients received drugs free of charge ($p=0.000$). The region with the highest poverty index received the least amount of drugs free of charge. Regarding drug expenditure of patients who purchased drugs, median expenditure was 40.00 pesos (12.50 USD). Private health service patients spent significantly more than public health service patients. **Conclusions.** Drug access and drug expenditure are linked to socioeconomic factors and to the institutions attended by patients. The Mexican health system faces, among others, the challenge of increasing the equity of access to medical drugs.

Key words: prescriptions, drug; expenditures, drugs; drug delivery systems; health services accessibility; Mexico

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México.

(2) Centro de Investigación en Salud Poblacional, INSP, México.

Fecha de recibido: 20 de mayo de 1997 • **Fecha de aprobado:** 27 de noviembre de 1997

Solicitud de sobreiros: Dr. René Leyva Flores. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México.

El acceso a los medicamentos representa uno de los retos más importantes para los sistemas de salud, sobre todo en los denominados países en desarrollo. Se estima que 75% de la población mundial, concentrada en éstos, tiene acceso a sólo 25% de la producción global de medicamentos.¹ Asimismo, la mayoría de los sistemas de salud, en estos países, enfrentan problemas para disponer de cantidades suficientes de medicamentos de buena calidad, en presentaciones adecuadas y al menor costo posible, así como para lograr su utilización en forma racional.² En este sentido, diversos autores³⁻⁵ han referido el abuso en la prescripción de antibióticos y otros medicamentos para el tratamiento de los problemas de salud que generan mayor demanda de los servicios médicos de primer nivel de atención, es decir, para las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas. Una de las consecuencias inmediatas de la prescripción inapropiada de medicamentos, además del eventual riesgo para la población usuaria, es el incremento de los costos de la atención médica. Sin embargo, los médicos toman poco en consideración o desconocen la información relacionada con el costo de los medicamentos que prescriben.⁶

Si bien se ha señalado la formación técnico científica de los médicos como una de las variables que influyen en la conducta prescriptiva,^{7,8} también se cuenta con evidencias respecto a otras variables que pueden contrabalancear esta influencia, como son la presión de los familiares del paciente para obtener una prescripción; la necesidad de los médicos por satisfacer las expectativas de sus pacientes; la influencia de factores institucionales, tales como normas de programas o disponibilidad de medicamentos, y el rol de la información de las compañías farmacéuticas, entre otros.⁹ De esta forma, es frecuente que los médicos se encuentren ante la disyuntiva de prescribir y así satisfacer las expectativas de los pacientes o la demanda de sus familiares aunque, médicamente, no se encuentre justificada la prescripción, o bien, de no prescribir cumpliendo con las normas de determinados programas pero sin satisfacer las expectativas de sus pacientes.

En México los servicios de salud se encuentran organizados en tres grandes grupos de instituciones: seguridad social, asistencia social e instituciones médicas privadas. Las unidades de atención de las instituciones de seguridad social y asistencia social cuentan con una farmacia propia que, hipotéticamente, debería dispensar la totalidad de los medicamentos prescritos, siempre que estén incluidos en la lista del Cuadro Básico de Medicamentos (CBM);¹⁰ éstos corresponden a presentaciones de medicamentos genéricos. Cuando los prescritos no están considerados en el CBM, éstos se adquieren en las farmacias privadas mediante el

pago directo del usuario, o bien, con cargo a la institución de seguridad social correspondiente, para lo cual se debe justificar su necesidad médica.

Los usuarios (derechohabientes) de las instituciones de seguridad social cuentan con un seguro prepagado por los trabajadores, las empresas y el Estado, que cubre al trabajador y a su familia, e incluye los gastos de atención médica, estudios de laboratorio y gabinete, así como los medicamentos prescritos por los médicos en estas instituciones. En el caso de los usuarios de las instituciones de asistencia social, los servicios médicos de primer nivel de atención se plantean como gratuitos, es decir, sin pago directo por el usuario, aun cuando el conjunto de los ciudadanos aportan al pago de estos servicios mediante los impuestos.¹¹ Sin embargo, esta forma de acceso a los servicios médicos no incluye necesariamente ni los medicamentos ni los estudios de laboratorio; en estas instituciones el acceso a los medicamentos está regulado por normas y criterios establecidos tanto por las instituciones de salud como por los gobiernos de los estados.¹²

En 1994 se realizó la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) con el propósito de analizar, entre otras cosas, la situación de salud y la utilización de los servicios de salud públicos y privados en México. Esta encuesta obtuvo información sobre la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos entre los usuarios de servicios públicos y privados de salud, siguiendo tres preguntas guía: "¿A quiénes se les prescribió medicamentos? ¿Obtuvieron los medicamentos prescritos? ¿Cuánto gastaron en medicamentos por evento atendido?" Basado en la ENSA-II, este trabajo tiene como propósito analizar las características de la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos, según variables demográficas y socioeconómicas de los usuarios, así como de las instituciones de salud donde fueron atendidos.

Material y métodos

Se analizaron la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos a partir de la muestra nacional de usuarios (n=3 324) de los servicios públicos y privados de salud obtenida por la ENSA-II, 1994. La prescripción se refiere a la indicación de medicamentos al usuario por un médico, una enfermera o un odontólogo. La encuesta no obtuvo información sobre el tipo ni la cantidad de medicamentos prescritos. El acceso se comprende como la obtención, con o sin pago directo por el usuario del medicamento prescrito. El gasto en medicamentos se entiende como la cantidad de dinero pagada por el usuario para la obtención de los mismos. Las estimaciones del gasto en medicamentos se realizaron tomando en consideración la equivalencia del peso

(moneda nacional) respecto al dólar americano; se tomó el tipo de cambio en 3.20 pesos por 1.00 dólar, que correspondió al periodo de la encuesta, es decir, de la última semana de abril a la última de julio de 1994.

La prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos fueron analizados según edad del usuario, tiempo de evolución de la enfermedad (<1 mes/> 1 mes), institución que brindó la atención (Seguridad Social,* Secretaría de Salud -SSA-, otras instituciones públicas† e instituciones privadas); tipo de servicio utilizado (curativo/preventivo); condición de aseguramiento (derechohabiente/no derechohabiente de la seguridad social); lugar de obtención de los medicamentos (farmacia privada/lugar de atención); lugar de residencia (urbano/rural), región sociodemográfica, y nivel socioeconómico. En el caso de la variable región sociodemográfica§ se establecieron cinco zonas¹³ con base en dos criterios principales: uno geopolítico-administrativo, que agrupó diversos estados del país y fue utilizado para definir las regiones Norte, Centro, Sureste/Golfo y Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), y otro criterio socioeconómico que incluyó los estados con mayor índice de pobreza en el país, los que fueron agrupados en la región PASSPA, debido a que eran beneficiarios del Programa de Asistencia Social para Areas Marginadas. Para establecer el nivel socioeconómico de los usuarios, la ENSA-II elaboró un índice con las siguientes variables: características de la vivienda (materiales utilizados en la construcción del piso, paredes y techo); disponibilidad de servicios de la vivienda (cuarto para cocinar, drenaje, retrete, agua entubada) y disponibilidad de algunos satisfactores (televisión, videocasetera, refrigerador, estufa de gas, calentador de gas, automóvil

o motocicleta). Para cada una de estas variables se determinó un ponderador de acuerdo con el número de casos que presentó cada una de las características descritas; con ello se obtuvo una escala continua que posteriormente se categorizó por cuartiles, donde el cuartil inferior representó a los usuarios de servicios de salud con malas condiciones socioeconómicas (nivel bajo), y los siguientes cuartiles correspondieron a los niveles medio, regular y alto.¹³

El análisis comprendió la descripción de las variables de interés (prescripción, acceso, gasto en medicamentos) y algunas características asociadas; se efectuaron pruebas de hipótesis con X^2 y se construyó un modelo de regresión logística múltiple¹⁴ para identificar las características asociadas con la prescripción médica en términos de razones de momios, incluyendo como covariables la edad (0-4, 5-14, 15-44, 45-64 y 65 o más años); el tipo de servicio (preventivo y curativo); el tipo de institución (seguridad social, otras instituciones públicas, SSA e instituciones privadas), y la región (PASSPA, Norte, Centro, ZMCM y Sureste/Golfo). El gasto en medicamentos se describió mediante la mediana, debido al sesgo de la distribución del gasto, y se evaluaron las diferencias de las medianas por medio de la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para dos muestras independientes.

Resultados

Prescripción de medicamentos

Del total de usuarios de los servicios de salud entrevistados ($n=3\ 324$), a 78% le recetaron medicamentos. El grupo de usuarios de 65 años y más de edad fue el que presentó un mayor porcentaje de prescripción de medicamentos (93%), y el grupo de menores de cinco años de edad fue el que recibió la menor prescripción (66%).

Según el tipo de servicio utilizado, 93% de los usuarios de servicios curativos y 32% de los usuarios de programas preventivos recibieron prescripción de medicamentos ($p<0.001$). En relación con la institución que brindó la atención, las privadas presentaron el mayor porcentaje de usuarios con prescripción (87%), aproximadamente 20% más que en la SSA, que fue la institución con menos prescripción a los usuarios ($p<0.001$). No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la prescripción de medicamentos entre los usuarios de localidades urbanas y rurales.

En el modelo de regresión logística para prescripción de medicamentos, tomando como referencia a los menores de cinco años de edad, la frecuencia relativa de usuarios con prescripción fue 1.6 veces mayor en el grupo de 45 a 64 años, y dos veces más en los de

* Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Petróleos Mexicanos

† Departamento del Distrito Federal
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Instituto Nacional Indigenista
Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad

§ Norte: Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Durango y Zacatecas

Centro: San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima

ZMCM: Distrito Federal y jurisdicciones conurbadas

PASSPA: Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas

Sureste/Golfo: Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo

65 y más años de edad. Según el tipo de servicio utilizado, la frecuencia de usuarios con prescripción atendidos en servicios curativos fue 25 veces mayor que la de los atendidos en programas preventivos. Por institución donde se atendió, la frecuencia de usuarios con prescripción fue el doble en las instituciones privadas respecto a la de las instituciones de seguridad social. En el ámbito regional, los usuarios de la región Sureste/ Golfo recibieron mayor prescripción de medicamentos respecto a los de la región PASSPA (cuadro I).

Acceso a los medicamentos

Del total de usuarios a quienes se les prescribieron medicamentos ($n=2\,591$), 97% los obtuvo todos, y 3%, sólo

CUADRO I
RAZONES DE MOMIOS E INTERVALOS DE CONFIANZA
PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS
EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.*
México, 1994

Factores	RM [§]	IC RM (95%)
Grupo de edad (años)		
0-4 [‡]	1.00	
5-14	0.82	0.57 - 1.18
15-44	1.31	0.98 - 1.75
45-64	1.61	1.05 - 2.47
65 y más	2.07	1.18 - 3.61
Tipo de servicio		
Preventivo [‡]	1.00	
Servicio curativo	25.25	19.93 - 32.00
Tipo de institución		
Seguridad social [‡]	1.00	
Otras instituciones públicas	1.00	0.62 - 1.62
SSA	0.93	0.70 - 1.24
Privadas	2.06	1.54 - 2.74
Región		
PASSPA [‡]	1.00	
Norte	1.11	0.78 - 1.59
Centro	1.23	0.85 - 1.79
ZMCM	0.91	0.62 - 1.33
Sureste-Golfo	1.64	1.12 - 2.39

* Derivado del análisis de regresión logística múltiple

[‡] Categoría de referencia

[§] RM= razón de momios

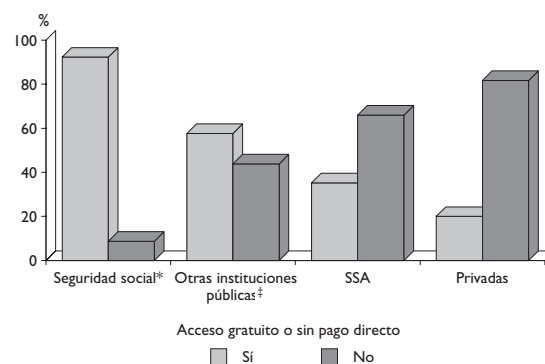
Fuente: Encuesta Nacional de Salud II, México, 1994

alguno o no los consiguió. De los usuarios que los obtuvieron, 61% los consiguió en el establecimiento donde fue atendido o en otra unidad de la misma institución, y 39%, en las farmacias privadas.

Según instituciones, 91% de los usuarios de la seguridad social y 46% de los usuarios de la SSA obtuvieron los medicamentos en la farmacia de la institución. En el caso de los usuarios de instituciones privadas, 38% obtuvo el medicamento en el establecimiento donde fue atendido, y 62%, en las farmacias privadas.

Del total de usuarios con prescripción, 52% contestó que no pagó por los medicamentos prescritos; su distribución, según instituciones, se presenta en la figura 1. El 92% de los usuarios de la seguridad social contestaron que no pagaron adicionalmente por los medicamentos obtenidos. En el caso de las instituciones de asistencia social, sólo una tercera parte de los usuarios de la SSA y más de la mitad de los de otras instituciones públicas mencionaron no haber pagado por los medicamentos, mientras que entre los usuarios de las instituciones privadas la proporción fue de 19%.

En el ámbito regional, los usuarios de la región PASSPA presentaron la menor proporción entre los que no pagaron por los medicamentos (41%), mientras que los de la región Norte tuvieron el mayor porcentaje (62%) ($p<0.001$). Según el nivel socioeconómico, 56% de los usuarios con nivel alto recibieron los medicamentos sin pago directo, mientras que esto ocurrió sólo para 45% ($p<0.001$) de aquellos con nivel socioeconómico bajo. Asimismo, fue mayor el porcentaje de



* IMSS, ISSSTE, Marina, Defensa, Pemex

‡ IMSS Solidaridad, DIF, DDF, INI

Fuente: Encuesta Nacional de Salud II, México, 1994

FIGURA 1. PORCENTAJE DE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD QUE OBTUVIERON LOS MEDICAMENTOS SIN PAGO DIRECTO, SEGÚN INSTITUCIONES. MÉXICO, 1994

usuarios de áreas urbanas (55%) que obtuvieron sus medicamentos sin pago directo que los de áreas rurales (46%) ($p<0.001$).

Gasto en medicamentos

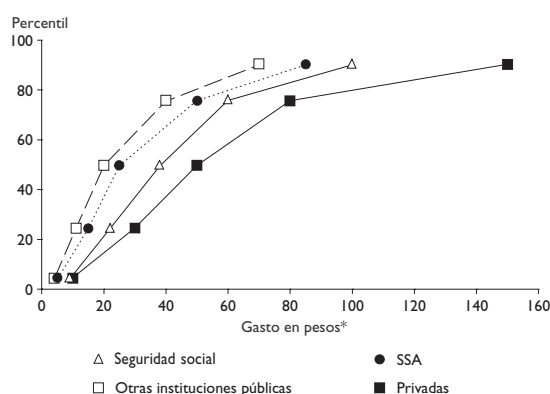
En este apartado se analiza exclusivamente la información de aquellos usuarios que notificaron haber pagado por los medicamentos, los cuales representaron 48% de los que recibieron prescripción. De éstos, 64% correspondió a usuarios de instituciones privadas, y 36%, a usuarios de instituciones públicas, principalmente de asistencia social (SSA, Departamento del Distrito Federal, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional Indigenista). El gasto medio en medicamentos por evento atendido, en los 15 días previos a la encuesta, fue de 64.44 pesos (20.13 dólares) con un mínimo de 2.00 pesos y un máximo de 1 120.00 pesos; la mediana correspondió a 40.00 pesos (12.50 dólares). La figura 2 muestra la distribución porcentual acumulada de los usuarios que pagaron por los medicamentos, según institución donde se atendieron.

El cuadro II presenta las medianas de gasto en medicamentos según la institución donde se atendieron los usuarios, el nivel socioeconómico, la región sociodemográfica y el lugar de residencia. La diferencia de medianas del gasto en medicamentos fue mayor para los usuarios de instituciones privadas respecto a los

de las públicas (seguridad social, SSA, otras instituciones públicas) ($p<0.05$). Según el nivel socioeconómico, los usuarios con nivel alto presentaron una diferencia mediana de gasto significativa respecto a los de otros niveles socioeconómicos ($p<0.001$). Por región sociodemográfica, los usuarios de la ZMCM presentaron la mayor mediana, y la menor correspondió a los de la región Centro sin mostrar diferencias significativas; según el lugar de residencia, el gasto fue ligeramente mayor entre usuarios de áreas rurales que de urbanas.

CUADRO II
MEDIANA DE GASTO EN MEDICAMENTOS ENTRE USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD,[§] SEGÚN VARIABLES SOCIOECONÓMICAS, DEMOGRÁFICAS Y POR INSTITUCIONES DE SALUD. MÉXICO, 1994

Variable	Mediana de gasto		Significancia estadística
	Pesos	USD*	
Institución			
Seguridad social	38.5	(12.4)	$p<0.05$
Otras instituciones públicas de salud	20.0	(6.4)	$p<0.001$
SSA	25.0	(8.0)	$p<0.001$
Instituciones privadas [‡]	50.0	(16.1)	
Región sociodemográfica			
Norte (región 1)	44.0	(14.1)	$p>0.50$
Centro (región 2)	37.5	(12.1)	$p>0.10$
Zona Metropolitana de la Ciudad de México			
ZMCM (región 3)	49.5	(15.9)	$p>0.10$
PASSPA (región 4) [‡]	45.0	(14.5)	
Sureste (región 5)	38.5	(12.4)	$p>0.10$
Índice socioeconómico			
Bajo (nivel 1)	40.0	(12.9)	$p<0.001$
Medio (nivel 2)	40.0	(12.9)	$p<0.001$
Regular (nivel 3)	40.0	(12.9)	$p<0.001$
Alto (nivel 4) [‡]	50.0	(16.1)	
Lugar de residencia			
Rural	40	(12.9)	$p<0.05$
Urbano [‡]	39.5	(12.7)	



*Tipo de cambio en abril-julio de 1994, 3.20 pesos = 1.00 dólar

Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud II, 1994

FIGURA 2. PORCENTAJE ACUMULADO DE GASTO EN MEDICAMENTOS ENTRE USUARIOS QUE PAGARON POR LOS MEDICAMENTOS OBTENIDOS, SEGÚN INSTITUCIONES. MÉXICO, 1994

*Tipo de cambio: 3.20 pesos = 1.00 dólar

[‡] Categoría de referencia

[§] Incluye exclusivamente a los usuarios que pagaron por medicamentos

Fuente: Encuesta Nacional de Salud II, México, 1994

Discusión

La información obtenida por la ENSA-II cumple con el propósito de identificar las características demográficas, socioeconómicas y de atención médica de los usuarios de los servicios de salud; en este marco, el presente trabajo describe las características de la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos. Respecto a la prescripción de medicamentos, era obvio esperar una mayor frecuencia de usuarios con prescripción entre aquellos que utilizaron servicios curativos respecto a los que recurrieron a los preventivos. No obstante, una importante proporción de usuarios de programas preventivos informó que le habían prescrito medicamentos; estos usuarios podrían corresponder a los de programas de inmunización y de planificación familiar, principalmente.

Respecto a la relación entre prescripción de medicamentos y grupos de edad, la asociación de las dos variables está documentada; hay mayor frecuencia de prescripción en el grupo de mayor edad (65 y más años) respecto a los grupos de menor edad;¹⁵ este hecho podría estar relacionado con las presiones de los propios usuarios de los servicios de salud, con los problemas por los que demandan los servicios, así como con las actitudes de los médicos respecto al tratamiento para este grupo de población.¹⁶ La elevada prevalencia de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas y el conjunto de síntomas que las acompaña justifica y conduce a una práctica médica que coloca en un plano secundario el manejo fisioterapéutico o de rehabilitación frente a la prescripción de medicamentos.¹⁷ Sin embargo, la ENSA-II no recogió información respecto a la cantidad y el tipo de medicamentos prescritos, por lo cual no fue posible profundizar en este análisis. Por lo mismo, tampoco contamos con una explicación satisfactoria, derivada del análisis de la información obtenida, sobre por qué fue mayor la frecuencia de usuarios de instituciones privadas a los que se les prescribieron medicamentos respecto a los de instituciones públicas, independientemente del tipo de servicio utilizado, el grupo de edad o la región sociodemográfica. No obstante, se reconoce que la mayor parte de los usuarios que acuden con un médico privado demandan la prescripción de medicamentos, y los médicos generalmente responden a esta presión, ya que de esta manera satisfacen la demanda del cliente y simultáneamente pueden conservar y generar nueva clientela.⁹

Por otra parte, el acceso y el gasto en medicamentos por parte de la población se ha constituido en uno de los elementos principales para evaluar la organización y el funcionamiento de los sistemas de

salud.^{18,19} Los resultados de este trabajo muestran importantes diferencias en las formas de acceso (con o sin pago directo) y en la magnitud del gasto en medicamentos, relacionadas con las instituciones que brindaron la atención y con las características socioeconómicas de la población estudiada.

La mayoría de los usuarios de las instituciones de seguridad social obtuvieron sus medicamentos sin pago directo debido a que el seguro incluye los medicamentos prescritos por los médicos de estas instituciones. Sin embargo, en el caso de los usuarios de instituciones de asistencia social (SSA y otras instituciones públicas), menos de la mitad, en promedio, obtuvo los medicamentos sin pago directo. Por lo menos dos interrogantes se plantean al respecto: ¿por qué sólo algunos de los usuarios de las instituciones de asistencia social obtuvieron los medicamentos sin pago directo?, ¿qué medicamentos se obtuvieron sin pago directo y cuáles se compraron?

Dos aspectos, que pueden ser complementarios, contribuyen a responder estas cuestiones. Por una parte, los gobiernos de los estados y las instituciones de salud han implantado normas y criterios sobre el pago de los servicios de salud¹² que establecen el acceso a la totalidad de los medicamentos prescritos sin pago, o bien, con el pago parcial o total de éstos. La aplicación de estos criterios varía según estados e instituciones. Hipotéticamente la gratuidad (sin pago directo) se aplicaría en aquellas regiones socioeconómicas consideradas de extrema pobreza, como una política redistributiva y de equidad de los servicios de salud. Por otra parte, el acceso gratuito a determinados medicamentos puede depender de su disponibilidad en los establecimientos, lo cual posiblemente está relacionado con los programas de salud considerados prioritarios. En otras palabras, podría plantearse que la mayoría de los medicamentos disponibles en las unidades de atención corresponde a los programas prioritarios de salud, los cuales tienen establecido que los medicamentos deben proporcionarse gratuitamente a todos los pacientes que así lo requieran. Este es el caso de las sales de rehidratación oral del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas, los métodos anticonceptivos del Programa de Planificación Familiar y los medicamentos antipalúdicos del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles por Vector, entre otros; sin embargo, la ENSA-II no obtuvo información que permita analizar la relación entre los tipos de medicamentos obtenidos sin pago directo en las instituciones públicas y los programas prioritarios. Asimismo, uno de cada cinco usuarios de instituciones privadas informó no haber pagado por los medicamentos. Esto se podría deber a que se les proveyó de muestras médicas que corresponden a presentaciones

de medicamentos promovidos por los laboratorios farmacéuticos, generalmente con dosis incompletas, a que el costo de los medicamentos fue incluido en el pago de la consulta, o bien, a que el paciente fue atendido en instituciones privadas no lucrativas, entre otras posibilidades. Sin embargo, la encuesta no obtuvo información al respecto para estudiar esta situación.

No obstante, los resultados de la ENSA-II muestran que los grupos de población con malas condiciones socioeconómicas y los de la región socioeconómica con mayor índice de pobreza (PASSPA) fueron los que presentaron la menor proporción de usuarios que obtuvieron los medicamentos sin pago directo. Esto a su vez puede estar relacionado con el hecho de que esta región es la que cuenta con la menor proporción de población asegurada. Incrementar la equidad en el acceso a los medicamentos para los grupos de población con malas condiciones socioeconómicas y, en consecuencia, con menor capacidad de pago representa uno de los mayores retos para el sistema de salud en México. El problema de la equidad en el acceso a los medicamentos debe considerarse como parte de la función redistributiva del sistema de salud,²⁰ en la cual el fortalecimiento y la racionalización del subsistema de atención a la enfermedad puede jugar un papel importante en la satisfacción de las necesidades de la población.

Respecto a la dimensión económica del gasto en medicamentos en México, es importante considerar que el grupo de usuarios que pagó por los medicamentos prescritos representó, aproximadamente, la mitad del total de los usuarios de los servicios de salud, y que la mediana del gasto directo en medicamentos correspondió a 2.8 salarios mínimos/día (40.00 pesos/12.50 dólares) por evento atendido. De esta manera, si se toma en cuenta que en 1990 los ingresos de 71% de la población económicamente activa correspondían a menos de tres salarios mínimos mensuales,²¹ el gasto en medicamentos para determinados grupos de población puede llegar a representar una importante proporción de sus ingresos.

La magnitud del gasto en medicamentos fue mayor para los usuarios de las instituciones privadas. ¿Cuáles son las variables que determinan que los usuarios de instituciones privadas presenten mayor gasto en medicamentos respecto a los de instituciones públicas? Al respecto hay que considerar que un alto porcentaje de usuarios (38%) de estas instituciones adquirieron el medicamento en el lugar de atención. Este hecho puede favorecer que el médico prescriba los medicamentos que le aporten mayores beneficios econó-

micos directos, independientemente de los beneficios terapéuticos para el usuario. Sin embargo, también hay que considerar otros aspectos tales como la relación entre el prestigio médico y el tipo de medicamentos que prescribe, ya que determinados sectores de la población y de los médicos consideran que entre más caros, son mejores los medicamentos. Para profundizar en el análisis de este problema, se deben considerar otras variables no incluidas en la ENSA-II, tales como el número y el tipo de medicamentos prescritos; las características técnicas de los prescriptores; la organización de las instituciones donde se encuentran incorporados; el impacto de la promoción de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción de determinados medicamentos, así como la opinión de los médicos y de los pacientes respecto a los medicamentos y a las características de una buena prescripción.

En cuanto a los usuarios de las instituciones de seguridad social que pagaron por los medicamentos prescritos (8%) hubo diferencias según institución; la mayor proporción correspondió a los del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y a los de las Secretarías de Defensa y Marina. Esto puede expresar cierta insuficiencia en la disponibilidad de medicamentos en las farmacias de estas instituciones y/o en la falta de ajuste de la prescripción de los médicos al CBM.

Es necesario evaluar el impacto del pago por los medicamentos en la opinión sobre la eficiencia y la calidad de la atención por parte de los usuarios de las instituciones públicas de salud; en este sentido, los de la SSA señalaron la falta de medicamento como uno de los motivos más frecuentes para no volver a demandar sus servicios.¹³

Si bien el análisis de la prescripción, el acceso y el gasto en medicamentos entre usuarios de los servicios de salud representó un segmento importante de la población con algún problema de salud, quedó fuera de este análisis un importante grupo poblacional representado por los que informaron haber tenido algún problema de salud y se automedicaron. En la ENSA-II, 58.7% de la población que notificó algún problema de salud se automedicó (consumió medicamentos sin prescripción médica);¹³ este porcentaje fue similar al informado por otros estudios previos en áreas rurales y urbanas de México.^{22,23} En estas condiciones, la automedicación podría considerarse como parte de las respuestas de la población a los problemas de acceso y funcionamiento de los servicios de salud,²⁴ y un elemento importante para ser analizado en posteriores estudios.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen la colaboración del equipo que participó en el diseño, la capacitación, el levantamiento y el procesamiento de la información de la Encuesta Nacional de Salud II, en especial a los coordinadores de los equipos de trabajo. Un agradecimiento especial a Oscar Méndez Carniogo, por su eficiente trabajo en la programación y el procesamiento de datos para el análisis de la información.

Referencias

- Lauridsen E. Medicamentos esenciales: conceptos y estrategias de implantación global. I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales. México, D.F.: OMS, OPS, SSA, INSP, 1988.
- Gasman N. Políticas farmacéuticas en el contexto latinoamericano. I Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales. México, D.F.: OMS, OPS, SSA, INSP, 1988.
- Mota HF. Abuso de antimicrobianos y otros conceptos erróneos en el tratamiento de diarreas en niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1987;44(10):577-579.
- Gutiérrez G, Martínez GC, Guizcafré H, Gómez CG, Peniche A, Muñoz HO. Encuesta sobre el uso de antimicrobianos en las infecciones respiratorias agudas en la población rural mexicana. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1986;43(12):761-768.
- Calva J. Antibiotic use in a periurban community in Mexico: A household and drugstore survey. *Soc Sci Med* 1996;42(8):1121-1128.
- Miller LG, Blum A. Physician awareness of prescription drug costs: A missing element of drug advertising and promotion. *J Fam Pract* 1993;36(1):33-36.
- Durán GL, Frenk MJ, Becerra AJ. La calidad de la conducta prescriptiva en la atención primaria. *Salud Publica Mex* 1990;32(3):181-191.
- Raish DW. A model of methods for influencing prescribing: Part I. A review of prescribing models, persuasion theories and administrative and educational methods. *DICP The A. Pharmacother* 1990;244:417-421.
- Paredes P, De la Peña M, Flores GE, Díaz J, Trostle J. Factors influencing physicians' prescribing behavior in the treatment of childhood diarrhoea: Knowledge may not be the clue. *Soc Sci Med* 1996;42(8):1141-1153.
- Lieberman LM. Selección de la lista de medicamentos esenciales para el sector salud. *Salud Publica Mex* 1985; supl :358-360.
- Soberón G. El financiamiento de la salud para consolidar el cambio. *Salud Publica Mex* 1987;29(2):169-179.
- Secretaría de Salud. Consideraciones y criterios para el establecimiento de cuotas de recuperación de los SESA. México, D.F.: Dirección General de Modernización Administrativa, SSA, 1986.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F.: Secretaría de Salud, 1994.
- Hosmer DW, Stanley L. *Applied logistic regression*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1989.
- Bernárdez M, Puche E, Martínez M, García MM, Luna JD. Estudio farmacoepidemiológico a largo plazo sobre dispensación de fármacos por la oficina de farmacia en la AP rural. Influencia de edad y sexo. *Aten Primaria* 1997;19(1):7-11.
- Stuart B, Coulson EN. Dynamic aspect of prescriptions drug use in an elderly population. *Health Serv Res* 1993;28:237-264.
- Robles-Silva L, Alcántara-Hernández E, Mercado-Martínez FJ. Patrones de prescripción médica en APS para pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Salud Publica Mex* 1993;35(2):161-168.
- Gasman N. Drifting through time: Pharmaceutical policies in Mexico. *Dev Dialogue* 1995;1:223-256.
- Andrew M, Joldal B, Tomson G. Norway's national drug policy. Its evolution and lessons for the future. *Dev Dialogue* 1995;1:27-53.
- Okum A. Equality and efficiency. The big tradeoff. Washington, D.C.: The Brookings Institution, 1975.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Resultados definitivos del XI Censo General de Población y Vivienda. Códice 90, CD. México, D.F.: INEGI, 1992.
- Angeles P, Medina M, Molina JF. Automedicación en población urbana de Cuernavaca, Morelos. *Salud Publica Mex* 1992;34(5):487-590.
- Leyva FR, Erviti EJ, Ramsey J, Gasman N. Medical drug utilization patterns for febrile patients in rural areas of Mexico. *J Clin Epidemiol* 1997;50(3):329-335.
- Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MDDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Aspects of self-medication in Brazil. *Rev Saude Publica* 1997;31(1):71-77.