

Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad

Ciro Murayama-Rendón*

Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Resumen

En este artículo se presentan los resultados más sobresalientes de un análisis de las compras de medicamentos realizadas por las entidades federativas de México con recursos del Seguro Popular para cubrir el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) para el primer semestre de 2009. Se concluye que más del 50% de las claves de medicamentos se adquiere a precios que superan en 20% el precio de referencia establecido por las autoridades. Asimismo, que el gasto en medicamentos es bajo a pesar de que existe disponibilidad presupuestal y que el mismo es muy desigual por entidades federativas. Lo anterior aporta una clara evidencia de que el modelo de compra de medicamentos para el Seguro Popular es ineficiente desde el punto de vista económico e inequitativo desde el punto de vista social.

PALABRAS CLAVE: Ineficiencia de medicamentos. Inequidad en medicamentos. Seguro Popular.

Abstract

In this article presents the main results of an analysis of drug purchases made by all the states in Mexico, with the resources from the Popular Secure to cover the Health Services Univesal Catalog (CAUSES by its Spanish acronym) in the first half of 2009. The conclusion is that at least 50% of drugs keys have been purchased with a 20% extra in the reference price set by the authorities. Also, spending on drugs is low despite the fact that there is budget availability and that it varies widely among States. This provides robust evidence that the model of drug purchasing for the scheme is inefficient from the economic point of view, and inequitable from the social point of view.

KEY WORDS: Inefficiency of drugs. Medications inequality. Seguro Popular.

Introducción

Un determinante clave del bienestar de una población es el acceso efectivo a los servicios de salud. En México, históricamente, la carencia de acceso a dichos servicios estuvo determinada por la tendencia que siguió el empleo formal, ya que los principales sistemas de salud públicos correspondían a los organismos de seguridad social para los trabajadores asalariados tanto del sector privado (Instituto Mexicano de

Seguridad Social [IMSS]) como al servicio del Estado (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]). En los años recientes la descentralización de los servicios públicos de salud para población abierta y más recientemente la creación del Seguro Popular han tratado de revertir el rezago en cobertura de servicios de salud.

Aun así, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL)¹, a partir de los resultados del Censo de población 2010, ha establecido que el 33.2% de la población mexicana carece de acceso a servicios de salud. Así, en México viven 37 millones de personas con esa carencia básica, lo cual es –o debería ser– inaceptable en una nación que es considerada como de ingreso medio-alto por el Banco Mundial o

Correspondencia:

*Ciro Murayama-Rendón

Facultad de Economía

Universidad Nacional Autónoma de México

Caballocalco, 35-8

Col. Villa Coyoacán, C.P. 04000, México, D.F.

E-mail: ciromr@economia.unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

de desarrollo humano medio-alto por las Naciones Unidas. Además, como la desigualdad es una de las características más notorias de nuestra realidad económica y social, también se expresa de manera cruda en el acceso a los servicios de salud.

Ello nos lleva a que México, en las comparaciones internacionales, incluso frente a países de desarrollo similar al nuestro, arroje indicadores que muestran un bajo estado de salud general (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico [OCDE], 2010)².

Uno de los principales problemas que explican la importancia de la carencia en salud tiene que ver con el insuficiente gasto público en esta materia, así como la ineficiencia del mismo. El presente texto se ocupa de analizar uno de los rubros de gasto del Seguro Popular, la compra de medicamentos, para ver hasta qué punto este sistema de protección en salud para la llamada población abierta es eficiente desde el punto de vista económico y equitativo desde una perspectiva social.

Este texto se basa en los resultados de un trabajo previo a cargo del autor y de Flores³, que fue financiado por la propia Comisión Nacional de Protección Social en Salud (el Seguro Popular), lo que evidencia la disposición y el interés de esa institución por evaluar y transparentar el desempeño de este mecanismo de acceso a la salud.

Hallazgos de la investigación

Los recursos entregados en 2009 con fondos federales a las entidades para el financiamiento del Seguro Popular ascendió a 31,458.92 millones de pesos para atender a una población afiliada de 10.5 millones de familias (Tabla 1), lo que implica que en promedio por familia se otorgó una suma de \$ 2,992.

De los recursos federales para el Seguro Popular recibidos por cada entidad, el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) de 2009 establece que hasta un 30% podría dedicarse a la adquisición de medicamentos. Si se destinara, efectivamente, ese porcentaje, el gasto en medicamentos durante 2009 se hubiese acercado a la cifra de \$ 9,437.7 millones y, en consecuencia, durante el primer semestre del año las compras habrían ascendido a \$ 4,718 millones. Sin embargo, la cifra reportada a la Comisión y publicada en su portal de internet⁴ refiere que la erogación en medicamentos en todo el país con cargo al Seguro Popular por parte de las entidades ascendió a 786.3 millones de pesos, cifra que representa únicamente el 15%

de lo que se pudo haber ejercido en medicamentos durante el primer semestre de 2009.

Lo anterior podría reflejar, por un lado, un bajo nivel de adquisición de medicamentos, aun cuando existen los recursos, o bien, que las compras de medicamentos no están siendo oportunamente reportadas de acuerdo con el criterio establecido en el PEF o, en su caso, una combinación de ambas situaciones anómalas con el consiguiente efecto negativo sobre la prestación de los servicios médicos a la población.

Análisis de precios nacional

Se realizó un ejercicio para estimar el precio unitario de compra de medicamentos (que surge de la división del monto erogado por clave sobre el número de unidades adquiridas). Este precio unitario es el real de adquisición. Una vez obtenido este precio unitario es factible conocer hasta qué punto se siguieron los precios de referencia oficiales publicados por la Secretaría de Salud. El primer hallazgo (Fig. 1) fue que sólo el 47.2% de las claves de medicamentos se adquieren a precios que pueden considerarse adecuados o que se apegan a la normatividad.

Se determinaron cinco rangos de apego a los precios de referencia. El primero (Tabla 2) se refiere a una compra a precio unitario de $\pm 20\%$ respecto al precio de referencia; el segundo corresponde a compras por debajo del 20% del precio de referencia; el tercero corresponde a compras por encima del 20-100% del precio de referencia; un cuarto nivel es el que abarca compras superiores al 100-500% del precio de referencia, y en quinto lugar se ubican las claves adquiridas por encima del 500% del precio de referencia.

Ahora bien, hay claves cuya adquisición está normada por el «Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros insumos para la salud», publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de febrero de 2008. Estas compras se refieren a medicamentos para los que existe un solo proveedor y un único precio negociado respecto al cual, en teoría, no debería haber diferencia alguna en su adquisición por el sector público. Sin embargo, de las seis claves publicadas por la Secretaría de Salud para la adquisición de medicamentos cuyo precio se determinó por la Comisión Negociadora, sólo en un caso el precio pagado fue inferior al establecido (en un -7.7%). En cambio, en las otras cinco claves (Fig. 2), los precios unitarios que efectivamente cubrieron las entidades federativas

C. Murayama-Rendón: **Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad**

Tabla 1. Recursos totales por entidad y familias afiliadas al Seguro Popular, 2009. Hallazgos de la investigación, donde se puede ver el porcentaje de financiamiento del Seguro Popular y las familias afiliadas

Entidad	Financiamiento (millones de pesos)				Afiliación	
	CS (1)	ASF (2)	Total (3 = 1 + 2)	Porcentaje	Familias	Porcentaje
Aguascalientes	241.50	–	241.50	0.8%	126,070	1.2%
Baja California	523.74	322.64	846.39	2.7%	246,872	2.3%
Baja California Sur	77.86	–	77.86	0.2%	42,545	0.4%
Campeche	232.65	–	232.65	0.7%	119,281	1.1%
Chiapas	1,320.29	870.91	2,191.20	7.0%	161,955	1.5%
Chihuahua	448.70	123.40	572.10	1.8%	90,270	0.9%
Coahuila	321.51	–	321.51	1.0%	681,711	6.5%
Colima	181.00	–	181.00	0.6%	246,155	2.3%
Distrito Federal	725.12	746.79	1,471.91	4.7%	417,834	4.0%
Durango	233.54	–	233.54	0.7%	122,133	1.2%
Guanajuato	1,330.91	1,609.87	2,940.78	9.3%	676,987	6.4%
Guerrero	376.49	166.82	543.31	1.7%	356,840	3.4%
Hidalgo	639.88	123.65	763.53	2.4%	335,729	3.2%
Jalisco	1,079.70	759.34	1,839.05	5.8%	577,856	5.5%
México	1,965.76	1,831.37	3,797.13	12.1%	1,069,509	10.2%
Michoacán	684.42	594.18	1,278.60	4.1%	385,906	3.7%
Morelos	397.49	200.04	597.53	1.9%	218,286	2.1%
Nayarit	279.77	–	279.77	0.9%	140,160	1.3%
Nuevo León	434.82	–	434.82	1.4%	223,682	2.1%
Oaxaca	1,075.87	666.07	1,741.94	5.5%	562,692	5.4%
Puebla	997.52	1,151.80	2,149.32	6.8%	533,985	5.1%
Querétaro	320.09	5.12	325.22	1.0%	163,407	1.6%
Quintana Roo	191.13	–	191.13	0.6%	108,683	1.0%
San Luis Potosí	539.82	81.99	621.81	2.0%	282,282	2.7%
Sinaloa	469.19	55.11	524.30	1.7%	243,386	2.3%
Sonora	385.34	–	385.34	1.2%	186,385	1.8%
Tabasco	837.56	543.95	1,381.51	4.4%	445,920	4.2%
Tamaulipas	682.72	39.33	722.05	2.3%	335,759	3.2%
Tlaxcala	346.31	184.78	531.09	1.7%	179,147	1.7%
Veracruz	1,607.86	1,648.75	3,256.61	10.4%	833,966	7.9%
Yucatán	396.50	–	396.50	1.3%	202,097	1.9%
Zacatecas	387.94	–	387.94	1.2%	196,835	1.9%
TOTAL	19,733.00	11,725.92	31,458.92	100.0%	10,514,325	100.0%

CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; CS ASF: fondos de aportación de recursos.

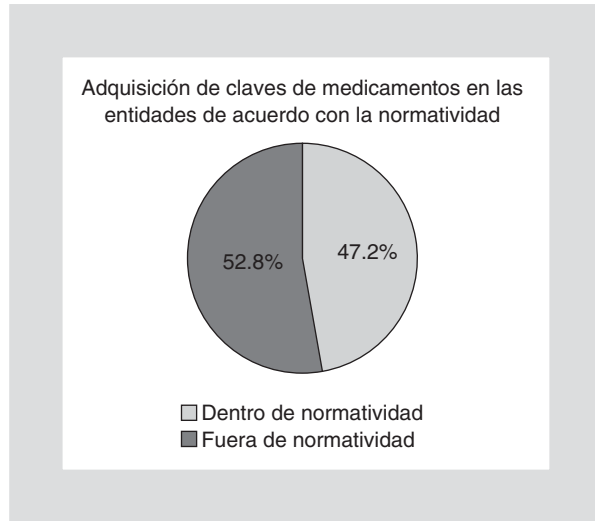


Figura 1. La gráfica detalla el porcentaje de las claves de medicamentos que se adquirieron adecuándose a la normatividad establecida.

superaron el precio fijado (en rangos que van del 9.8-66.7%), lo que evidencia una situación irregular.

Durante el primer semestre de 2009 el 50% del gasto informado por las entidades federativas en compra de medicamentos se destinó a la adquisición de 35 claves, que representan el 10% del total. Por su representatividad, a continuación se ofrece el análisis de los patrones de adquisición de esas claves. En estas 35 claves sólo en cinco casos el precio de adquisición fue inferior al de referencia; la práctica generalizada es que las compras realizadas por las entidades superen el precio de referencia o el precio único a que debió hacerse la compra.

Lo anterior da lugar a que se produzcan erogaciones superiores a las que ocurrirían con apego a los precios publicados de manera oficial. Así las cosas, las 35 claves analizadas implican una suma de compra

Tabla 2. Rangos de apego a precios de referencia. Rangos de apego a los precios de referencia que se utilizaron para la investigación

Nivel y color	Número de claves	Porcentaje de claves	Importes	Porcentaje de importes
blanco	113	37.8%	\$ 350,901,251.41	48.8%
gris claro	28	9.4%	\$ 30,877,364.79	4.3%
gris medio	118	39.5%	\$ 239,793,480.52	33.4%
Gris medio-oscuro	34	11.4%	\$ 77,544,970.05	10.8%
Gris oscuro	6	2.0%	\$ 19,242,761.28	2.7%
Total	299	100.0%	\$ 718,359,828.05	100.0%

Elaboración propia a partir de SPSS.

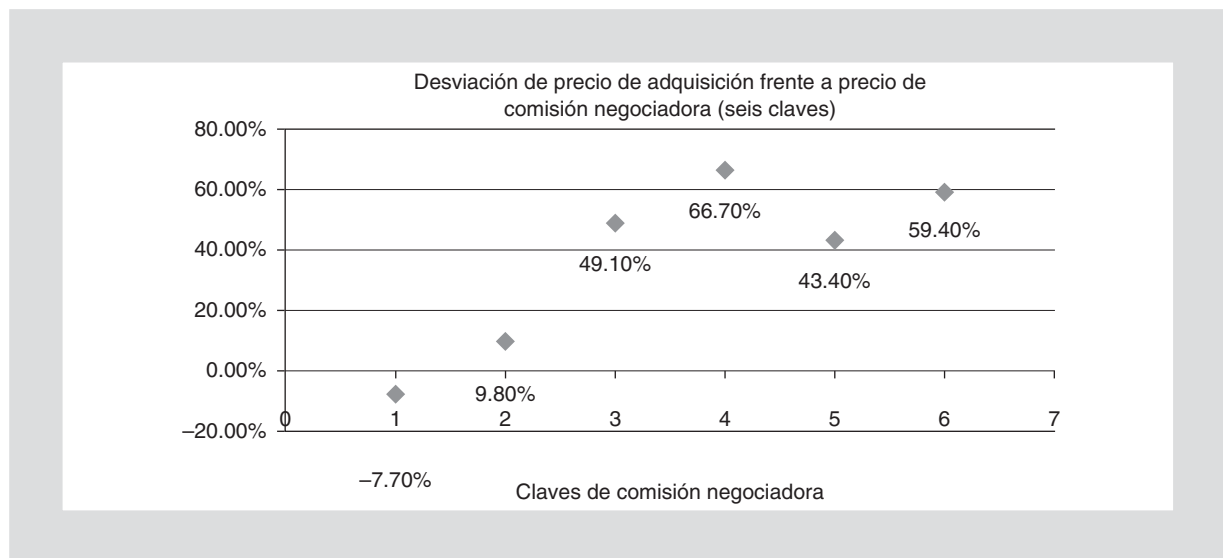


Figura 2. La gráfica explica cómo los precios unitarios que cubrieron las entidades federativas superaron el precio fijado (en rangos que van del 9.8-66.7%), lo que evidencia una situación irregular en la adquisición de medicamentos.

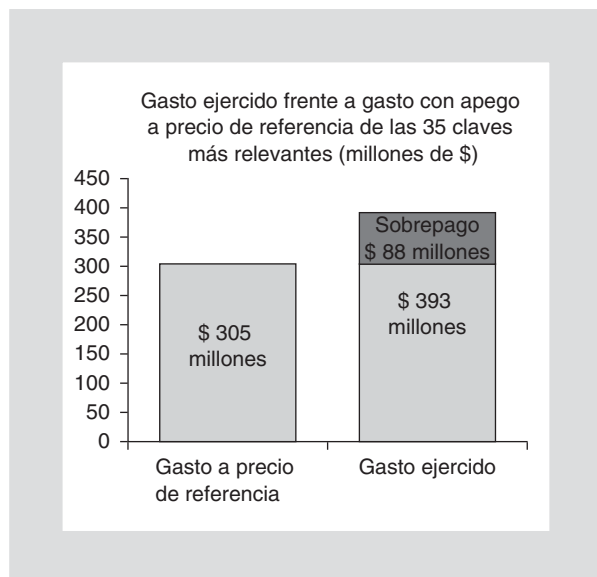


Figura 3. La gráfica ilustra el gasto adicional de las adquisiciones, lo que evidencia que las compras efectuadas se realizaron por encima de los precios de referencia.

por 393.1 millones de pesos. Si se hubiesen hecho las adquisiciones con los precios de referencia publicados, el monto habría sido de 304.9 millones. De esta manera hubo un gasto adicional de 88.2 millones de pesos, es decir, del 28.9 por ciento (Fig. 3). Este análisis evidencia que prácticamente una tercera parte del gasto nacional en medicamentos se debe a compras efectuadas por encima de los precios de referencia.

Gasto por familia realizado por las entidades

El gasto promedio informado en medicamentos/familia afiliada a nivel nacional es de \$ 77.53. De acuerdo con las cifras del Informe de Resultados para el primer semestre de 2009 del Seguro Popular⁴, se tuvo un total de 9.6 millones de familias afiliadas que agrupan a 28.45 millones de personas, lo que arroja un promedio de 3.37 habitantes/familia. Esto quiere decir que por cada individuo se destinaron \$ 23 al semestre en medicamentos. Este monto está lejos de cubrir el costo de los medicamentos asociados a la atención de cualquier enfermedad por menor que sea. Sin embargo, se entregaron recursos a los estados para que durante el primer semestre de 2009 se canalizaran hasta \$ 448.80/familia y \$ 133.18/persona.

Además del bajo nivel de gasto en medicamentos –que no se debe en primer lugar a la ausencia de recursos financieros sino a una baja eficiencia de gasto, pues se gasta poco y se pagan sobrepagos, como se evidenció en los apartados anteriores–, hay una distribución muy desigual del gasto en familias entre las distintas entidades federativas a pesar de que los recursos federales asignados se hacen según el número de familias afiliadas, por lo que el gasto debería ser uniforme por familia.

Entre la entidad que más gasta y la que menos gasta informa en medicamentos/familia (Fig. 4) existe

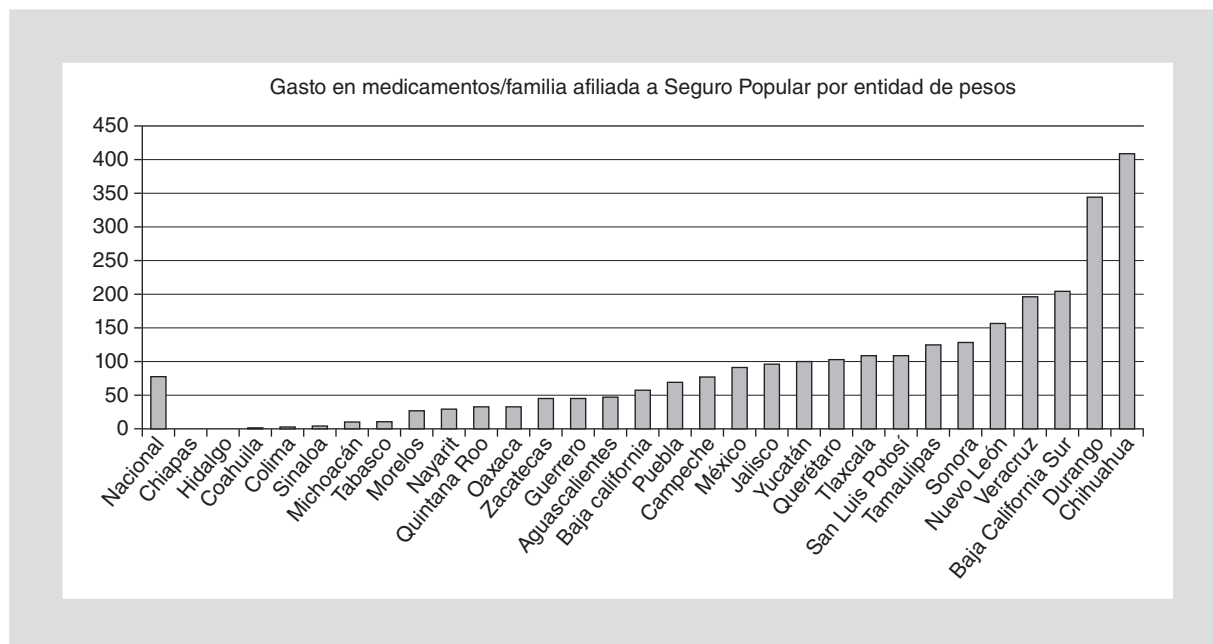


Figura 4. La gráfica ilustra el gasto en medicamentos/familia afiliada al Seguro Popular.

una diferencia de 276 veces (Chihuahua con 408.61 pesos vs Hidalgo con 1.48 pesos/familia). Si la información reportada por las entidades es veraz, se está ante la evidencia de un severo problema de equidad en el acceso a la salud para las familias afiliadas al Seguro Popular, pues la disponibilidad de medicamentos dependerá de la entidad de residencia y variará significativamente.

Indicador de abasto-precio

El indicador abasto-precio se construyó de la siguiente manera: se consideró el porcentaje de claves que fueron adquiridas de las 35 más relevantes. Así, la entidad que adquirió una mayor cantidad de claves se acerca al 100%, lo cual es valorado positivamente porque indica un nivel de abasto óptimo y una adecuada capacidad de surtimiento de recetas para los asegurados del Seguro Popular. Por otra parte, se tomó en cuenta el porcentaje de claves que cada entidad adquirió dentro del margen del precio de referencia, esto es, las claves que bien se adquirieron por debajo del precio de referencia, a ese precio o por un monto no mayor en 20% al de referencia. De esta manera, la entidad que se acerca al 100% está realizando mejores compras porque no paga sobrepagos. Por el contrario, la entidad con el menor porcentaje está incurriendo en pagos elevados con mayor frecuencia.

El cálculo de este indicador se realizó haciendo la suma del porcentaje de claves compradas más el porcentaje de compras dentro del margen del precio de referencia y se dividió entre 2. El resultado se expresa en un rango de calificación de 1-10, siendo la mejor calificación la más elevada.

Como se muestra en la tabla 3, hay seis entidades que tienen una calificación mayor a 8, es decir, que puede considerarse que tienen un desempeño entre bueno y muy bueno. Asimismo, hay 12 entidades que tienen una calificación entre 6-8. Finalmente, hay un conjunto de 11 estados cuya calificación no llega a 6, es decir, que pueden considerarse de un desempeño insatisfactorio.

Conclusiones

En el primer semestre de 2009, se canalizaron recursos del Seguro Popular a las entidades federativas, que pudieron ser gastados en medicamentos, por \$ 4,718,839, y solamente se ejercieron, \$ 730,263, el 15%. En ese periodo se pudo haber gastado \$ 448.80/

Tabla 3. Calificación de las entidades por su compra de medicamentos. Rango de calificación del indicador de abasto de medicamento para cada entidad federativa

	Indicador abasto precio
Chihuahua	9.1
San Luis Potosí	8.9
Baja California	8.8
Puebla	8.8
Sonora	8.8
Baja California Sur	8.5
Querétaro	7.6
Morelos	7.4
Estado de México	7.3
Coahuila	7.2
Campeche	7.0
Oaxaca	7.0
Zacatecas	6.8
Durango	6.7
Tabasco	6.6
Guerrero	6.6
Aguascalientes	6.1
Yucatán	6.0
Tamaulipas	5.8
Sinaloa	5.7
Veracruz	5.3
Colima	5.3
Jalisco	5.2
Nuevo León	5.2
Tlaxcala	5.1
Michoacán	4.8
Quintana Roo	4.7
Nayarit	4.1

familia y \$ 133.18/persona en medicamentos, pero se gastaron \$ 77.53/familia y \$ 23/ individuo, lo que permite concluir que el gasto realizado en medicamentos es bajo. Entre la entidad que más gasta y la que menos gasta realiza en medicamentos/familia existe una diferencia de 276 veces (Chihuahua con 408.61 pesos vs Hidalgo con 1.48 pesos/familia). Ello indica inequidad

C. Murayama-Rendón: **Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad**

en la disposición de medicamentos para los afiliados del Seguro Popular.

El 47.2% de las claves, que importan el 53.1% del gasto, se adquieren en rangos de precios que pueden considerarse normales o adecuados desde el punto de vista de la normatividad aplicable. En contrapartida, el 52.8% de las claves, que representan al 47% de las compras, se alejan al alza del precio de referencia en más de un 20%, esto es, por fuera de la norma. La Comisión Nacional Negociadora determinó los precios únicos de seis claves. De ellas, cinco se adquirieron a precios unitarios que superaron el precio único en rangos que van del 9.8-66.7%, lo que constituye una irregularidad.

El análisis de las 35 claves que implican el 50% del gasto evidencia que se pagaron sobreprecios por un 28.9% de más sobre el precio de referencia.

Las dimensiones de los estados, su ubicación geográfica e incluso su grado de desarrollo económico no conforman patrones de desempeño en la buena o mala adquisición de medicamentos. Los montos de asignación presupuestal para las entidades, así como el número de afiliados al Seguro Popular, tampoco son un elemento determinante en el desempeño en las adquisiciones de medicamentos por parte de las entidades.

Las compras de medicamentos con cargo a los recursos del Seguro Popular por parte de las entidades federativas arrojan niveles de gasto muy diferentes, así como una amplia dispersión de precios pagados –donde predomina el pago por arriba de los límites máximos que fija la normatividad.

Es necesario, por ende, revisar a profundidad el modelo de compra y abasto de medicamentos para asegurar un acceso oportuno, suficiente y equitativo a los bienes y servicio de salud para los afiliados al Seguro Popular en el país, con independencia de su entidad de residencia.

Bibliografía

1. Información actualizada de las dimensiones de la pobreza que se pueden calcular a partir del Censo 2010. En: Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social. México, D.F.: CONEVAL; 2010.
2. OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. [Internet]. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
3. Murayama RC, Flores RM. Investigación documental a partir de la información publicada por las entidades federativas sobre la situación que guardan los precios de adquisiciones de los medicamentos asociados al Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) e identificación de las variables que permitan explicar el comportamiento de dichos precios en las entidades federativas. Trabajo de investigación encargado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y entregado a la misma. Mimeo 2009. Seguro Popular.
4. Informe de Resultados para el primer semestre de 2009. México, D.F.: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2009.