

# COSTOS DE HOSPITALIZACIÓN POR FARMACODEPENDENCIA PARA POBLACIÓN NO ASEGURADA EN MÉXICO

Irene Parada-Toro\*, Armando Arredondo-López\*, Sofia Arjonilla-Alday\*

## SUMMARY

One aspect related to health system planning and operation is economic analysis at the different medical care levels. Economic analysis incorporation is intended to help improve supplied service efficiency and effectiveness. Economic analysis is increasing in the health field, and one highly developing area is cost evaluation per specific demand (i.e. per illness type).

Drug dependency is precisely one specific health problem with increasing demand in terms of quantity as well as addiction types, complexity, treatment and rehabilitation services duration. Within this context of increased medical care costs and increased service demand for drug dependent patients, this study intends to analyze hospital care costs for the non-insured population attended to in Youth Integration Centers (*Centros de Integración Juvenil*—CIJ).

**Background.** CIJ data reported at the national level indicates alarming evolution between 1990 and 1995. In 1990, one of every 12 CIJ attended patients, had used drugs at least one time during their life (OT), while by 1995, one of every three patients had tried drugs. By these same years, 21 of the 54 regional centers reported higher OT consumption percentages than the 32.4% national average. Drug dependency hospitalization cost analysis will provide a very useful tool for intervention and program evaluation and planning, as well as organizational level decision-making and policy and research planning to address the problem.

**Material and methods.** The present is a transversal study during 1997-1998 in CIJ in-patient units in the states of Baja California (Tijuana) and Jalisco (Zapopan), comparing the two centers' institutional level costs and users' service costs. Data was obtained through CIJ secondary registries in the CIJ Mexico City central office, and include users' socio-economic data, service use, hospitalization treatment type, and cost. The study integrates all users treated over the study period by both centers. Economic methodology used for the calculation is based on CIJ direct hospitalization costs' main determinants, related firstly to the medical practice, and secondly to service management or administration. The first case includes the medical procedure itself, direct inputs such as medications, and auxiliary services such as number and type of exams undertaken. The second case refers to internal organizational systems. In this case, analysis was

undertaken considering by hospitalization motives, through evaluation of care protocols, and specific human resource hours employed: physicians, nurses, social workers, administrative personnel, etc. Administrative personnel time was calculated pro rata for each: director, under-director, etc. Input costs such as for medications and laboratory exams were adjusted equivalent to individual user direct market costs or institutional consolidated purchase costs.

**Results.** Institutionally established cost recovery quotas range between 1.10, 2.37 and 4.21 dollars day/bed, according to the socio-economic study. Nevertheless, many patients were exempted from payment due to their economic condition. Users' day/bed average institutional cost is 30.96 dollars. Complete hospitalization treatment costs for users in both centers was 765.40 dollars for 30-day treatments and 2,782.70 for 90-day treatments. Both periods include: medical care; detoxification; psychiatric treatment; individual and group psychological therapy, and occupational and family therapy. Institutional costs calculated for the centers were, in Tijuana: 7,940.30 dollars for 30-day treatment, and 23,822.30 dollars for 90-day treatment. Zapopan CIJ costs were: 7,654.40 dollars for 30-day treatment and 22,900.10 dollars for 90-day treatment. User recovery quotas received in 1997 in Zapopan were 8,294.11 dollars, with a per-patient average of 47.4 dollars. Quotas received in 1997 in Tijuana totaled 8,969.22 dollars, with a per-patient average of 68.46 dollars. Thirty-day hospitalization treatment costs the public sector ten times more than the real user cost in Tijuana and eight times more than in Zapopan. Public sector institutional costs for 90-day treatment increase between 60 and 70 percent for both care centers. Reported coverage in Tijuana was 131 patients, and 175 patients in Zapopan. Upon calculating the period's occupation (75%), 47% and 63% occupation were calculated in Tijuana and Zapopan respectively, based on the assumption of 30-day treatments. With 90-day treatments, these centers would have presented 142.39% and 190.21% reported coverage for the year.

**Discussion.** Patient cost for 30-day treatment amounts to seven monthly minimum wages, and to 21 monthly minimum wages for 90-day treatment. The type of patients demanding care — generally characterized by low or middle socio-economic conditions and often unemployed or with variable income— indicate a risk of

\*Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Correspondencia: Dra. Irene M. Parada-Toro. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, 2o piso of 225. Av Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán, 62508, Cuernavaca, Morelos, México. Teléfono: (777) 329-30-00, extensión 5390. Fax: (52 73) 11-11-56. correo electrónico: mparada@correo.insp.mx

Recibido primera versión: 16 de abril de 2002. Recibido segunda versión: 16 de diciembre de 2002. Aceptado: 17 de enero de 2003.

lack of economic access to treatment. In regard to availability offered by both centers, 560 days/bed availability is required for 30-day treatments and 187 days/bed availability is required for 90-day treatments. This suggests that the centers lack sufficient beds to satisfy continually increasing population demand for drug dependency treatment. Yearly occupation calculations, with a 75% occupation rate and taking into account treatment duration, indicate that each center may provide 30-day treatments to 207 patients. Capacity would be limited to 69 patients in the case of 90-day treatments. If we analyze these figures in relation to CIJ costs, we find the public sector would need to invest 1,643,737 dollars per year and 1,584,456 dollars per year to meet demand for 30 and 90-day treatments respectively. Total public sector investment should therefore be 3,228,193 dollars (total amount for both centers). However, according to CIJ reported data, the public sector invested a total of 2,941,180 dollars for drug dependency treatment in both sectors during 1997-1998, assuming 75% occupation during the period. This indicates that despite strong public sector investment, the rehabilitation and hospitalization program does not meet existing demand. Another study finding was that recovery quotas established for users correspond to 11.63% in Tijuana and 12.31% in Zapopan with respect to public sector investment to satisfy this type of demand. We consider recovery quotas insufficient to cover treatment operation costs. However, considering the current economic dynamics and the service's target population, and if we add the economic burdens borne by drug dependent CIJ users' families, CIJ service demand would probably diminish if treatment cost payment were adjusted to these new health policies. This leads us to question why the treatment centers present such low occupation and demand, despite the phenomenon's increasing dynamics both in consumption and in service demand, when it is supposed that those who can not afford to pay are not required to do so. Are these low occupation and demand rates due to insufficient information on CIJ services, deficient socio-economic studies, or to characteristics of the problem itself? We conclude by noting that the problem's impact on individual economic, social or productive output can not be ignored. This impact may be measured in "lost" time or life years, which in turn represent, as an indicator or the illness's burden, the hospitalization confinement events generated by drug use. Lost time calculations would also help establish the cost borne by government and society for this type of treatment until the individual's resumed incorporation within social and economic life.

**Key words:** Health services cost, drug addiction.

## RESUMEN

En el campo de la salud el análisis de los aspectos económicos ha ido en aumento y un área que se ha desarrollado mucho es el estudio de los costos por demanda específica (según el tipo de enfermedad). La farmacodependencia constituye justamente, parte del incremento en la demanda de servicios como problema específico de salud, no sólo por el número sino por el tipo de adicciones, y asimismo, por la complejidad y duración de los servicios de tratamiento y rehabilitación.

**Objetivo.** Analizar los costos de la atención hospitalaria en la población no asegurada en los Centros de Integración Juvenil.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal realiza-

do durante el periodo de 1997-1998 en las unidades de internamiento de los CIJ en los estados de Baja California (Tijuana) y Jalisco (Zapopan), en el que se comparan el costo a nivel institucional y el costo del servicio a los usuarios de los dos centros. La información se obtuvo por medio de los registros secundarios de los CIJ, de la oficina central en la ciudad de México, DF. La metodología económica que se utilizó para el cálculo se basa en los principales determinantes de los costos hospitalarios directos de los CIJ, relacionados en primer lugar con la práctica médica y, en segundo, con la gerencia o administración de los servicios.

**Resultados.** En relación con las cuotas de recuperación establecidas por la institución, el día/cama oscila entre 1.10, 2.37 y 4.21 dólares de acuerdo con el estudio socioeconómico. El costo institucional promedio día/cama para el usuario es de 30.96 dólares. El costo del tratamiento por 30 días de hospitalización para el usuario en ambos centros fue de 765.4 dólares por 30 días y de 2,782.7 dólares por 90 días. Los costos institucionales calculados para los centros en Tijuana fueron: tratamiento de 30 días, 7,940.3 dólares; y 90 días, 23, 822.3 dólares; el costo para el centro de Zapopan (30 días de tratamiento) fue de 7,654.4 dólares y 90 días costaban 22,963.1 dólares. Las aportaciones al centro de Zapopan por cuotas de recuperación de los usuarios durante el año de 1997 fueron de 8,294.11 dólares, con un promedio por paciente de 47.4 dólares, y en Tijuana de 8,969.22 dólares con un promedio de 68.46 dólares por usuario. El tratamiento de 30 días de hospitalización cuesta al sector público 10 veces más de lo que realmente cobra al usuario en Tijuana y 8 veces más en Zapopan. En el tratamiento de 90 días de duración los costos para la institución del sector público se incrementan entre el 60 y 70% para ambos centros de atención. La cobertura documentada en Tijuana fue de 131 pacientes y en Zapopan de 175 pacientes.

**Discusión.** El costo para los pacientes en el tratamiento de 30 días es de 7 salarios mínimos y el de 90 días asciende a 21 salarios mínimos. Con relación a la actual creciente demanda de servicios, la disponibilidad requerida sería de 560 camas/día para tratamientos de 30 días. Lamentablemente sólo se cuenta con 23 camas por centro. Para tratamientos de 90 días la disponibilidad requerida debería ser de 187 días/cama. Esto nos confirma que los centros no cuentan con las camas suficientes para satisfacer la demanda poblacional que cada día es mayor en el caso de la farmacodependencia. El total de la inversión por parte del sector público debería ser de 3 228,193 dólares (esta cifra representa la sumatoria para los dos centros), pero de acuerdo a los costos según informan los centros, el sector público invirtió en el tratamiento de la farmacodependencia en ambos centros durante 1997-1998 un total de 2 941,180 dólares. Lo anterior nos demuestra que a pesar de que hay una inversión fuerte por parte del sector público el programa de rehabilitación y de hospitalización no cubre la demanda existente. Otro de los hallazgos del estudio fue que las cuotas de recuperación establecidas para los usuarios corresponden a 11.63% en Tijuana y 12.31% en Zapopan con respecto al gasto invertido por el sector público para satisfacer la demanda. Consideramos que las cuotas de recuperación son insuficientes para cubrir los gastos de operación ocasionados por el tratamiento de la enfermedad. Concluiremos diciendo que no se puede dejar de lado el impacto que la problemática tiene sobre el rendimiento económico, social o productivo de los individuos. Este impacto puede medirse como tiempo "perdido" o años de vida perdidos, lo que a su vez representará, como un indicador de la carga de la enfermedad, los episodios de reclusión hospitalaria que genera el consumo de enervantes. También servirá para conocer el gasto

que ocasiona al Estado y a la sociedad este tipo de tratamiento hasta la reincorporación del individuo en el ámbito social y económico.

**Palabra clave:** Costos hospitalarios, fármaco-dependencia.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los aspectos relacionados con la planificación y operacionalización de los sistemas de salud, es el análisis económico en los distintos niveles de atención médica. La incorporación del análisis económico pretende contribuir a mejorar la eficiencia y la efectividad de los servicios que se ofrecen. En el campo de la salud el análisis de los aspectos económicos ha ido en aumento y un área que se ha desarrollado mucho es el estudio de los costos por demanda específica (según el tipo de enfermedad) (3).

La farmacodependencia constituye, justamente, parte del incremento en la demanda de servicios como problema específico de salud, no sólo por el número de población que los requiere sino por el tipo de las adicciones y por la complejidad y duración de los servicios de tratamiento y rehabilitación.

En el contexto del incremento tanto de los costos de la atención médica como de la demanda de servicios para pacientes farmacodependientes, el presente trabajo pretende analizar los costos de la atención hospitalaria en la población no asegurada, en los Centros de Integración Juvenil.

En este trabajo se analizan los costos económicos hospitalarios tanto para el usuario como a nivel institucional, que ocasiona la problemática de la farmacodependencia en dos ciudades del país, a las instituciones dedicadas a satisfacer la demanda de la población no derechohabiente.

### **Antecedentes y consideraciones conceptuales**

Entendemos por farmacodependencia un complejo mecanismo por el cual los individuos intentan compensar carencias, incapacidades y necesidades a través del consumo de drogas, como una expresión de inadaptación al medio ambiente social o cultural en el cual se desenvuelve el individuo (14).

Otra definición que es importante señalar es la médica, la cual aborda a la farmacodependencia como "...un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, que indican que el sujeto ha perdido el control sobre el uso de sustancias psicoactivas y sigue utilizándolas a pesar de sus consecuencias adversas" (1).

Comenzando por los niveles clínico y epidemiológico, en los cuales la farmacodependencia se considera como un problema de salud pública desde la pers-

pectiva biologicista y monocausal —visión predominante en la medicina— el enfoque multicausal social, en contraste, analiza los aspectos epidemiológicos, sociológicos y psicológicos (6), y trata de entender los vínculos que determinan el consumo de enervantes: ve, por lo tanto, a la farmacodependencia como una problemática médica y social.

La Encuesta Nacional de Adicciones en México de 1993, refiere que en la población estudiada (20,243 viviendas) (15) 3.9% de los sujetos encuestados ha consumido drogas alguna vez en la vida, lo que equivale a 1 589,716 personas. La prevalencia en el sexo masculino fue 7.7% y en el sexo femenino 0.8%. La prevalencia de consumo de drogas ilegales en el último año, previo a la encuesta, fue de 0.7% (318,913 personas), y el consumo en los últimos 30 días de 0.4% (186,086).

Los datos obtenidos por los Centros de Integración Juvenil (CIJ) derivados de la estadística de atención en consulta externa y hospitalización, sugieren que las características en el consumo y en el patrón de consumo han tenido cambios importantes<sup>1</sup>.

En la reunión realizada por los CIJ, en noviembre de 1997 en la ciudad de México, se documenta que actualmente la farmacodependencia se ha incrementado en intensidad y frecuencia. El uso de estupefacientes, tan sólo en lo referente a la cocaína, se aumentó en 50% en el área metropolitana de la ciudad de México. Este fenómeno nos lleva a pensar en importantes consecuencias no sólo para las autoridades en materia de salud, sino también para todos los sectores de la población en la que repercuten sus efectos, tanto en el ámbito social como en el individual.

Los datos documentados a nivel nacional por el CIJ señalan una evolución alarmante entre 1990 y 1995. En 1990 una de cada 12 personas atendidas había utilizado drogas alguna vez en la vida (AV), mientras que para 1995 este consumo se presentaba en uno de cada tres pacientes. Durante este mismo periodo, 21 de los 54 Centros Regionales del CIJ, documentaron porcentajes de consumo de AV superiores al promedio nacional de 32.4%.<sup>2</sup>

Toda vez que el tratamiento hospitalario, caracterizado por periodos prolongados de internamiento, muchas veces no logra resolver totalmente los problemas de la farmacodependencia y mucho menos sus causas, se hace necesario incluir el análisis de los costos generados por la prevención y promoción de la salud.

El análisis de los costos hospitalarios por la farmacodependencia será un instrumento de gran uti-

<sup>1</sup>Estudios Epidemiológicos de pacientes atendidos en los Centros de Integración Juvenil. 1990-1996, Subdirección de investigación.

<sup>2</sup> Ibid.

lidad para la evaluación y planificación de las intervenciones y programas, como también para la toma de decisiones a nivel organizacional, y para la planeación de políticas e investigación encaminadas al manejo de la problemática.

En este trabajo se analizan los costos económicos hospitalarios, tanto para el usuario como a nivel institucional, ocasionados por la problemática de la farmacodependencia en dos ciudades del país, en las instituciones dedicadas a satisfacer la demanda de la población no derechohabiente.

En relación con los costos, el concepto económico de costo surge de la noción del uso alternativo de los recursos y debe contrastarse con el concepto de costos estrictamente contable, el cual se relaciona con los egresos de caja por unidad de recursos. Las estimaciones contables y económicas de costo pueden coincidir, aunque no frecuentemente, pues en la perspectiva contable se incluye lo referente al costo recurrente (3).

Desde la perspectiva económica los costos se clasifican en directos e indirectos y los definiremos de la siguiente manera:

**Directos**, son aquéllos en los que se involucra directamente tanto el prestador de servicios como el usuario: aquí se incluyen todos los gastos que se generan al obtener el servicio de atención médica, incluyendo tiempo de espera, tratamiento, traslados, etc.

**Indirectos**, son aquéllos que se originan para el usuario al demandar el servicio, tales como: pérdida de la producción (horas de trabajo) y costo psíquico (ansiedad, dolor asociado al tratamiento, etc.).

En el presente trabajo sólo incluiremos los costos directos de la atención debido a que nos proporcionan información relevante para la toma de decisiones en la instrumentación de alternativas para la oferta de servicios y a que constituyen insumos básicos para los análisis de costo beneficio y costo efectividad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal realizado durante el periodo 1997-1998 en las unidades de internamiento de los CIJ en los estados de Baja California (Tijuana) y de Jalisco (Zapopan), en el que se compara el precio a nivel institucional y el precio del servicio a los usuarios de los dos centros. La información se obtuvo a través de los registros secundarios de los CIJ de la oficina central en la ciudad de México, DF. Incluye datos sobre el estatus socioeconómico de los usuarios, la utilización de servicios, el tipo de tratamiento hospitalario y el precio de dichos servicios. Se incluyó en el estudio a todos los usuarios atendidos por ambos centros en el periodo de estudio.

## Criterios de inclusión

- Haber ingresado por problemas de drogadicción a cualquiera de los centros durante el período señalado.
- Presentar expediente completo.
- Acreditar el estudio socioeconómico completo.

La metodología económica que se usó para hacer el cálculo se basa en los principales determinantes de los costos hospitalarios directos CIJ, relacionados en primer lugar con la práctica médica y, en segundo, con la gerencia o administración de los servicios.

En el primer caso se incluyó el procedimiento médico propiamente dicho, el tipo de insumos directos requeridos como medicamentos, demás auxiliares y tipo de exámenes que se realizan. El segundo caso se refiere al sistema de organización interna. Para este último el análisis se efectuó por motivos de hospitalización. Se estudiaron los protocolos de atención, además del número específico en horas, empleado por los recursos humanos, es decir por médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, personal administrativo, etc. En el caso del personal administrativo, integrado por institución a costo de compra consolidada.

Se incluyeron las variables nivel socioeconómico, cuota de recuperación establecida por la institución y tipo de tratamiento que brinda la institución, debido a que éstas forman parte del costo de la atención. Es decir que el nivel socioeconómico permitía determinar el tipo de cuota de recuperación que se le asignó al usuario. En el tratamiento se incluyeron las diversas modalidades de terapia utilizadas y las actividades realizadas en la comunidad (gráfica 1).

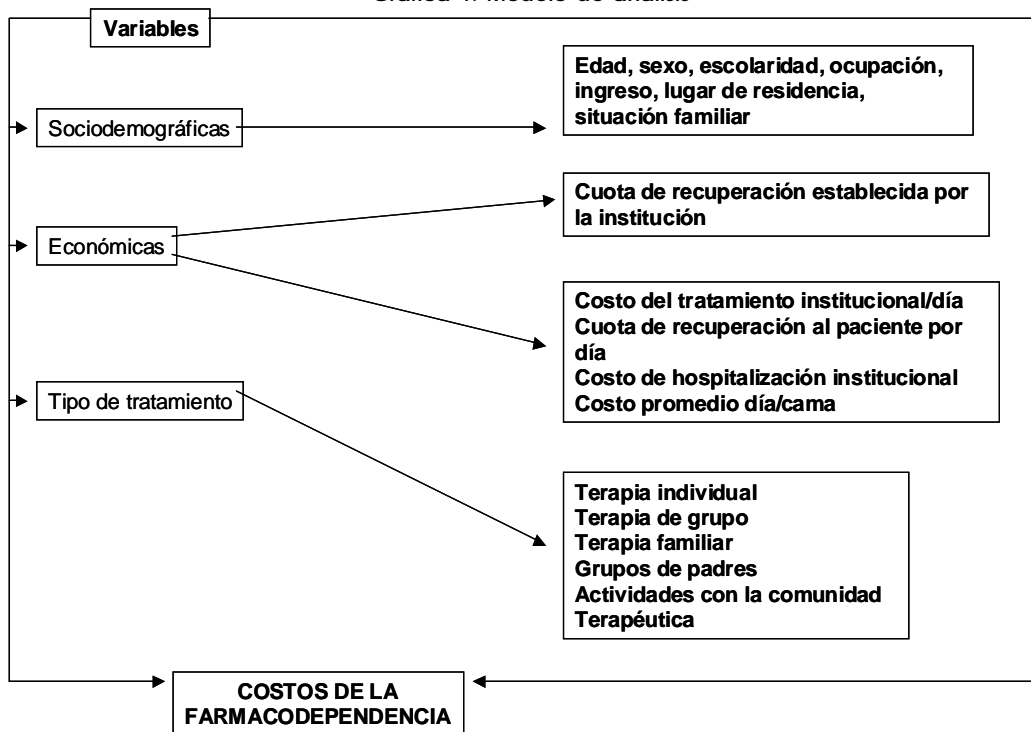
## RESULTADOS

El total de usuarios registrado en una u otra de ambas unidades fue de 306. De éstos, 131 pertenecían al CIJ de Tijuana y 175 al de Zapopan. El nivel socio-económico de los usuarios atendidos por los centros, en su gran mayoría bajo o medio, fue determinado directamente por la institución con base en un estudio socioeconómico realizado en el centro correspondiente.

En relación con las cuotas de recuperación establecidas por la institución, el costo oscila entre 1.10, 2.37 y 4.21 dólares día/cama\*, de acuerdo con el estudio socioeconómico; sin embargo, hay que agregar que muchos de los pacientes, debido a sus escasos recursos económicos quedaron exentos de las mismas. El costo institucional promedio día/cama para el usuario es de 30.96 dólares. El costo del tratamiento por 30 días de hospitalización para el usuario, en ambos cen-

\* 30 de julio del 2001 Banamex 9.25 pesos por dólar.

Gráfica 1. Modelo de análisis



tros, fue de 765.4 dólares y por 90 días, de 2,782.7 dólares. En ambos periodos iban incluidos el tratamiento médico, la desintoxicación, el tratamiento psiquiátrico y el psicológico, en sus vertientes de terapia individual, grupal, ocupacional y familiar. Hay que señalar que este tipo de tratamiento implica un periodo de 30 días a puerta cerrada.

Sin embargo, al hacer los cálculos de los costos cubiertos por los centros institucionales encontramos que en Tijuana el tratamiento por 30 días tuvo un costo de 7,940.3 dólares y por 90 días de 23,822.3 dólares. En el centro de Zapopan el costo por 30 días de tratamiento fue de 7,654.4 dólares y el de 90 días de 22,963.1 dólares.

Al terminar el periodo de hospitalización se le ofrece al paciente terapia de consulta externa de sostén, durante un periodo de 12 a 24 sesiones; con un costo para el usuario que oscila entre: 0.43, 0.75 y 1.40 dólares (gráfica 2).

Los ingresos del centro de Zapopan obtenidos por concepto de cuotas de recuperación de los usuarios durante el año de 1997 fueron de 8,294.11 dólares, con un promedio por paciente de 47.4 dólares, y en Tijuana de 8,969.22 dólares con un promedio de 68.46 dólares por usuario.

La capacidad de cada centro es de 23 camas. En Tijuana el promedio de ingresos vía cuotas de recuperación fue de 389.64 dólares, y en Zapopan de 360.21 dólares.

El tratamiento por 30 días de hospitalización le cuesta

al sector público 10 veces más de lo que realmente le cobra al usuario en Tijuana y 8 veces más, en Zapopan. En el tratamiento de 90 días de duración los costos para la institución del sector público se incrementan entre 60 y 70% en ambos centros de atención (gráficas 2 y 3).

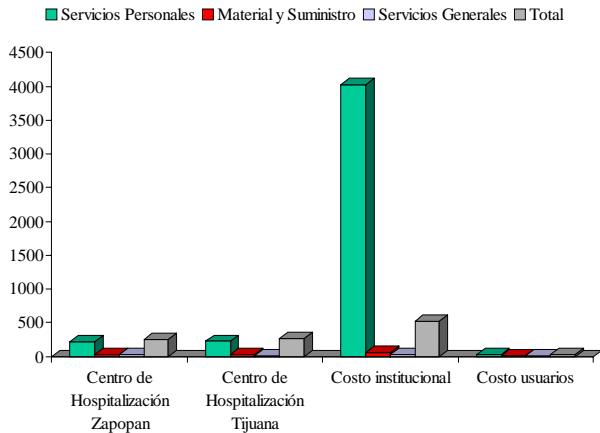
La cobertura documentada en Tijuana fue de 131 pacientes y en Zapopan, de 175. Al hacer el cálculo de ocupación (75%) para ese año, se estimó que había 47% de ocupación en Tijuana y 63% en Zapopan. Esta estimación se basa en el supuesto de que la duración del tratamiento fuera de 30 días; con una duración de tratamiento de 90 días, estos centros habrían presentado 142.39% y 190.21% respectivamente de la cobertura reportada para ese año (cuadro 1).

## DISCUSIÓN

En el estudio encontramos diferencias entre los dos centros estudiados. Esto podría deberse a la ubicación geográfica de las instituciones y a las características del consumo, las que varían según las diferentes regiones del país.

El costo para los pacientes por el tratamiento de 30 días es de 7 salarios mínimos y por 90 días su precio asciende a 21 salarios mínimos. Tomando en cuenta que los pacientes que solicitan el servicio pertenecen a un nivel socioeconómico bajo o medio, dichos costos podrían constituir un problema económico para este

Gráfica 2. Costo día/cama institucional y costo día/cama usuario, para ambos centros (dólares)



Fuente: Análisis de costos: Trabajo de campo en Centro de Integración Juvenil. CISS-INSP, 2001.

tipo de población, la que en su gran mayoría no cuenta con un empleo fijo ni con ingresos constantes.

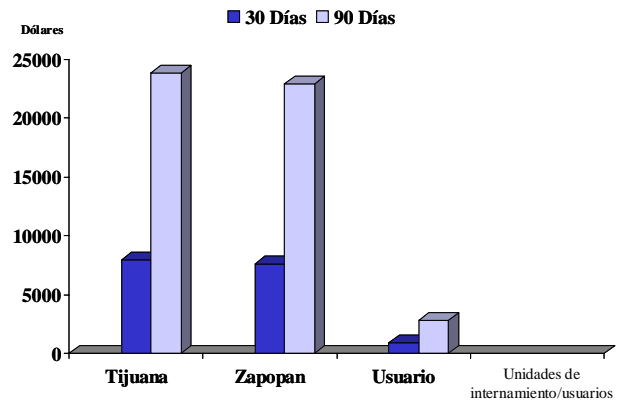
Al revisar la bibliografía sobre el tema, encontramos en *The economic cost of alcohol, tobacco and illicit drug in Canada*, una referencia que señala que “el costo económico de las drogas ilícitas en el Canadá es de 1.37 billones de dólares\* y por persona de 48 dólares; además se deben agregar las pérdidas por muertes prematuras y la baja en la productividad, que llegan a ser de 823 millones de dólares. Al desglosar esta cantidad, se comprueba que la baja productividad ocasiona un gasto de 547.4 millones y la mortalidad prematura, de 275.7 millones. No hay que dejar de lado el costo que el problema en cuestión acarrea a las fuerzas policíacas y al poder judicial (16).

Este es sólo un primer acercamiento a la problemática, pero se hace necesario un estudio más profundo en el que no sólo se tome en cuenta el costo de la parte clínica del tratamiento, sino que se incluyan también los otros gastos implicados en el manejo de la farmacodependencia, es decir sus costos sociales. Al hacer la comparación de gastos *per capita* pudimos comprobar que en el Canadá la inversión es mucho mayor que la realizada por los CIJ en Tijuana y en Zapopan.

Con relación a la creciente demanda de servicios requerida en ambos centros, para tratamientos de 30 días, sería de 560 camas y para tratamientos de 90 días, de 187. Esto nos confirma que los centros no cuentan con las camas suficientes para satisfacer la demanda poblacional que cada día es mayor en el caso de la farmacodependencia.

Al hacer las proyecciones de ocupación durante un año, con una tasa de ocupación de 75% y relacionándola con el tiempo de duración del tratamiento, los

Gráfica 3. Costo día/cama institucional y costo día/cama usuario por centros (dólares)



Fuente: Análisis de costos: Trabajo de campo en Centro de Integración Juvenil. CISS-INSP, 2001.

resultados señalan que se podría atender a 207 pacientes administrándoles tratamiento por 30 días en cada uno de los centros.

Para el tratamiento de 90 días los cálculos indican que la capacidad durante un año es de 69 pacientes. Si a su vez esto lo relacionamos con los costos por centro, encontramos que el sector público debería invertir para satisfacer la demanda 1 643,737 dólares/año, y 1 584,456 dólares/año, para tratamientos de 30 y 90 de días, respectivamente.

La inversión total por parte del sector público debería ser de 3 228,193 dólares (esta cifra representa la sumatoria para los dos centros), pero de acuerdo con los costos señalados por los centros, el sector público invierte en el tratamiento de la farmacodependencia, en ambos centros 2 941,180 dólares, si la ocupación total fuera de 75% durante un año.

Lo anterior nos demuestra que a pesar de que hay una inversión fuerte por parte del sector público, el programa de rehabilitación y hospitalización no cubre la demanda existente.

Otro de los hallazgos del estudio fue que las cuotas de recuperación establecidas para los usuarios corresponden a 11.63% en Tijuana y a 12.31% en Zapopan con respecto al gasto invertido por el sector público para satisfacer la demanda en este tipo de problemática. Consideramos que las cuotas de recuperación son insuficientes para cubrir los gastos de operación ocasionados por el tratamiento de la enfermedad. Empero, si tomamos en cuenta la dinámica económica del momento y el tipo de población al que va dirigido el servicio —y si a esto le agregamos las cargas económicas que para los familiares de los usuarios implica este tipo de problemática—, es probable que al ajustar dicho costo a estas nuevas políticas en salud, la demanda de servicios en los centros disminuyera. Esto nos hace pensar que a pesar de que la dinámica del

\*Para el mundo anglosajón un billón equivale a mil millones.

**Cuadro 1**  
Costo día/cama Institucional y Costo día/cama Usuario (miles de pesos)

Variables	Centro de hospitalización		Costo institucional	Costo usuarios
	Zapopan	Tijuana		
Servicios personales	1,945.2	2,082.5	4,027.7	239.9
Material y suministro	249.1	248.0	497.7	29.6
Servicios generales	165.8	117.9	283.7	16.9
TOTAL	2,360.1	2,448.4	4,808.5	286.4
Dólares	(255.13)	(264.69)	(519.83)	(56.19)

fenómeno ha sido ascendente tanto en el aumento del consumo como en la demanda de servicios, habrá que preguntarse por qué el índice de ocupación y demanda son tan bajos si se supone que la gente que no puede pagar no paga, ¿se deberá este fenómeno a la falta de difusión, a deficiencias en los estudios socioeconómicos o a la problemática en sí misma?

La revisión bibliográfica realizada relacionada con la eficacia del tratamiento de la farmacodependencia, demostró que hay muy pocos artículos sobre el tema. La única referencia encontrada en dicha revisión menciona que "...75% de los usuarios refiere que los grupos de autoayuda son la mejor alternativa de tratamiento a excepción de las granjas..." (3, 4). Creemos que esto se debe a que este tipo de instituciones trabaja apoyándose en la misma filosofía de los grupos de AA, en los que se piensa que sólo una persona que haya tenido la misma problemática, tiene la capacidad de comprender el fenómeno.

Al considerar los objetivos económicos principales de la reforma del sector salud, que plantean la contención de los costos y por ende del gasto público, consideramos que los resultados de este estudio contribuirán a proporcionar información sobre el tema y así contribuirán a la eficiencia y equidad en la distribución de los recursos.

De acuerdo con las declaraciones hechas por el Comisionado Nacional contra las Adicciones para el periódico *La Jornada* (8-nov-2001), en el año 2000 el consumo de heroína se incrementó de manera alarmante y de hecho comenzó a cambiar el panorama de las adicciones en el país, principalmente en los Estados del centro de la República.

La situación es similar en el caso de la cocaína. El número de adictos ha aumentado de manera exponencial. Hace siete años no era un problema importante, pero en la actualidad 5.4% de los jóvenes que viven en las zonas urbanas del país ha tenido algún contacto con la cocaína. Esta es una frecuencia inusitada, de ahí que este trabajo brinde un panorama económico que podrá derivar, si es necesario, en un primer acercamiento a un diseño que equilibre los propósitos antes mencionados sobre la reforma del sector salud. Asimismo podría contribuir a plantear un posi-

ble equilibrio entre el financiamiento y el control de los costos del programa en cuestión.

Concluiremos diciendo que no se puede dejar de lado el impacto que la problemática tiene sobre el rendimiento económico, social o productivo de los individuos. Este impacto puede medirse como el tiempo "perdido" o los años de vida perdidos, lo que a su vez representará un indicador de la carga de la enfermedad, o de los episodios de reclusión hospitalaria que genera el consumo de enervantes. También servirá para conocer el monto del gasto que ocasiona al Estado y a la sociedad este tipo de tratamiento hasta que se logra la reincorporación del individuo en el ámbito social y económico.

Resaltamos la importancia de realizar este tipo de investigaciones con relación a los servicios de salud, ya que éstas proporcionan los argumentos de tipo económico que son necesarios para plantear los ajustes en la oferta a nivel organizacional.

#### Agradecimientos

A los Centros de Integración Juvenil y al doctor Lino Díaz Barriga por su colaboración al proporcionarnos la información para la realización de este artículo.

#### REFERENCIAS

1. APA: *DSMIV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Tercera edición, revisada. Masson Editores, 202, Barcelona, 1987.
2. ARREDONDO A y cols.: Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Publica Mexico*, 41(1):18-26, 1999.
3. ARREDONDO A y cols.: Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México. *Salud Publica Mexico*, 37(5):437-445, 1995.
4. AYALA H y cols.: La familia enseñante. Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales. *Salud Mental*, 4(1):11-15, 1981.
5. CARRILLO J: Comportamiento de la prevalencia de consumo de cocaína o sus derivados en los pacientes de un centro de atención. *Psiquis (México)*, 7(3):65-71, 1998.
6. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: *Aportaciones Teóricas y Prácticas para el Conocimiento del Farmacodependiente*. Perfil Codependiente. Serie técnica, Vol.5, México, 1984.

7. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: Riesgos macro sociales de farmacodependencia a nivel municipal y red de estrategias de atención en México. En: *Plan Rector Institucional a Mediano Plazo 1989-1994*. Perfil Gestión Institucional. Serie técnica, 6:1, México, 1989.
8. DE LA FUENTE R y cols.: El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos. *Salud Mental*, 10(2):14-21, 1987.
9. INSTITUTE OF HEALTH ECONOMIC: *A National List of Provincial Cost for Health Care*. Versión 1.0 2000, Montreal 1997/8.
10. LEYVA-FLORES y cols.: Prescripción, acceso y gasto en medicamentos por usuarios de servicios públicos y privados de salud. *Salud Publica México*, 40(1):24-31, 1998.
11. MEDINA-MORA ME, ORTIZ A: Las adicciones. De La Fuente R. y col. (eds). En: *La Investigación en Salud: Balance y Transición*. Biblioteca de Salud, México, 1990.
12. MEDINA-MORA ME y cols.: Sistema de referencia a tratamiento para adolescentes jóvenes con problemas derivados del abuso de drogas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza. *Anales*, 155-160. México, 1995.
13. ORTIZ A y cols.: Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. *Salud Mental*, 20(Suplemento): 8-14, 1997.
14. PARADA-TORO I y cols.: Financiamiento de los programas de farmacodependencia en la ciudad de México. *Salud Publica México*, 42(2):118-125, 2000.
15. SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS: *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*. Secretaría de Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1994.
16. SINGLE E, ROBSON L, XIE X, REHM J: *The Economic Cost of Alcohol, Tobacco and Illicit Drug in Canada*. Addiction. Research Report, 991-1006, Toronto, 1998.