

# **Acceso a Medicamentos relacionado a gestión institucional y situación socioeconómica de Pacientes ambulatorios en el Hospital Dos de Mayo de Lima**

Disertación de maestría presentada en la Escola Nacional de Saúde  
Pública. Fundação Oswaldo Cruz

**Alumna:** María Betzabé Aza Castillo

**Orientadoras:** Vera Lucia Luiza y Mônica Campos

**Sub-área:** Políticas públicas

**Año de ingreso:** 2006

## Resumen:

Este estudio mide la asociación de características socio económicas de los usuarios ambulatorios y de los indicadores de gestión institucional con el porcentaje de acceso a medicamentos prescritos en un hospital de Lima del MINSA (Ministerio de Salud).

Los instrumentos utilizados fueron una encuesta para usuarios y otra para el jefe de farmacia, se analizaron los datos recolectados con métodos estadísticos primero de univariada y luego en forma multivariada (regresión lineal), a través de la cual se midió la mayor o menor asociación de cada una de las variables analizadas con la variable porcentaje de acceso a medicamentos.

Se concluye que en la farmacia central del HNMD se atiende en su mayoría a pacientes pobres y pobres extremos, quienes también en alta proporción pagan por la atención de salud además de sus medicamentos, mostrando un sistema altamente inequitativo.

El acceso a medicamentos prescritos principalmente está limitado por el hecho que la prescripción no siempre está de acuerdo a la lista de medicamentos esenciales institucional y el hecho de tener un trabajo remunerado, lo cual parece disminuir la posibilidad de ser beneficiario del seguro integral de salud. Ello muestra necesidad de trabajar en la socialización de la lista de medicamentos esenciales institucional, y mejorar las tentativas de lograr equidad en el sistema de salud peruano.

Este estudio pretende constituirse en un aporte para que los decisores puedan encaminar adecuadamente la política de salud y de medicamentos en el Perú.

Palabras clave: Acceso, medicamentos, equidad, gestión, pacientes-ambulatorios.

## Summary:

This study measures the association of social economic characteristics of the ambulatory users and the indicators of institutional management with the percentage of access to medicines prescribed in a hospital of Lima of the MINSA (Ministry of Health).

The used instruments were a survey for users and another one for the pharmacy head, analyzed the data collected with statistical methods first of simple variable and soon in form multivariate (linear regression), through which the greater or smaller association of each one of the variables analyzed with the variable percentage of access to medicines was moderate.

In conclusion in the central pharmacy of the HNMD it is taken care of in his majority poor and extremely poor patients, that also in high proportion pay by the attention of health in addition to their medicines, showing an inequality system of health.

The access to prescribed medicines mainly is limited by the fact that the prescription not always is according to the essential medicine list institutional and the fact to have a remunerated work, which seems to diminish the possibility of being beneficiary of the integral insurance of health. It shows necessity to work in the socialization of the essential medicine list institutional, and to improve the attempts to obtain equity in the Peruvian system of health.

This study tries to constitute itself in a contribution so that the decisions can suitably direct the policy of health and medicines in Peru.

Key words: Access, medicines, equity, management, patient-ambulatory.

## Índice

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1</b>	<b>Equidad, focalización, salud</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2</b>	<b>Acceso, salud, medicamentos</b> .....	<b>14</b>
<b>2.3</b>	<b>Contexto socio económico y Sistema de Salud en Perú</b> .....	<b>16</b>
2.3.1	Estructura general del sector salud.....	17
2.3.2	Hospital Nacional Dos de Mayo .....	23
<b>2.4</b>	<b>Panorama general de acceso a medicamentos en Perú</b> .....	<b>24</b>
<b>2.5</b>	<b>Histórico de la situación farmacéutica en el Ministerio de Salud Perú:</b> <b>28</b>	
<b>3</b>	<b>PREGUNTA DEL ESTUDIO</b> .....	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>RELEVANCIA DEL TEMA</b> .....	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>Objetivo general</b> .....	<b>31</b>
<b>5.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>32</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
<b>6.1</b>	<b>Estrategia de Investigación</b> .....	<b>32</b>
<b>6.2</b>	<b>Planificación operacional</b> .....	<b>34</b>
6.2.1	Selección de las unidades de observación: .....	35
6.2.2	Entrevistas con los usuarios: .....	36
6.2.3	Entrevistas a los profesionales .....	37
6.2.4	Análisis de datos, indicadores y variables.....	37
<b>6.3</b>	<b>Consideraciones éticas</b> .....	<b>40</b>
<b>6.4</b>	<b>Limitaciones del estudio</b> .....	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>41</b>
<b>7.1</b>	<b>Aspectos generales de los usuarios entrevistados y opinión sobre los servicios recibidos</b> .....	<b>41</b>
<b>7.2</b>	<b>Caracterización del servicio de farmacia</b> .....	<b>48</b>
<b>7.3</b>	<b>Acceso a medicamentos por parte de los usuarios ambulatorios de la farmacia del Hospital Nacional Dos de Mayo</b> .....	<b>51</b>
<b>7.4</b>	<b>Relación de la gestión de medicamentos con el acceso a medicamentos</b> .....	<b>51</b>
<b>7.5</b>	<b>Relación de Acceso a medicamentos y características socio económicas</b> .....	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>60</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSIÓN</b> .....	<b>64</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>77</b>

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Establecimientos por sub-sector y Institución, Perú 2000. ....	19
Cuadro 2: Consumo mensual promedio de medicamentos según tipo de usuario y por quintiles de pobreza en hospitales 2005, DIGEMID 2006.....	30
Cuadro 3: Número de entrevistas.....	36
Cuadro 4: Indicadores y variables a usar Hospital Nacional Dos de Mayo 2007 .	38
Cuadro 5. Ecuación final de regresión lineal, Porcentaje de acceso a medicamentos, farmacia central Hospital Nacional Dos de Mayo 2007 Lima Perú.....	57

## Índice de ecuaciones

Ecuación 1: Cálculo de tamaño de muestra.....	35
Ecuación 2: Corrección de tamaño de muestra para poblaciones pequeñas.....	36

## Índice de anexos

Anexo 1: Cuestionario para usuarios .....	65
Anexo 2: Variables utilizadas en el aplicativo informático del SIS Perú 2007 .....	69
Anexo 3: Cuestionario para jefe de farmacia.....	70
Anexo 4: Término de consentimiento libre y esclarecido .....	72
Anexo 5: Detalle de variables usadas e instrumento del cual fueron desarrolladas Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Perú 2007 .....	73
Anexo 6: Ficha de Evaluación Socioeconómica Seguro Integral de Salud Perú 2007 .....	75

## Abreviaturas

ABRASCO	Asociación Brasileira de Salud Colectiva
ANOVA	Método estadístico que compara significancia de medias
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
Chi cuadrado	Método estadístico que compara datos categorizados
DCI	Denominación común internacional
DEAUM	Dirección Ejecutiva de Acceso y Uso de Medicamentos
DFID	Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas

EEUU	Estados Unidos
ENNIV	Encuesta de Niveles de Vida
ESSALUD	Institución de Seguro Social de Salud del Perú
FESE	Ficha de Evaluación Socioeconómica
FFAA	Fuerzas Armadas
HNDM	Hospital Nacional Dos de Mayo
IC	Intervalo de Confianza
IMS	International Marketing Service
ISEQH	Sociedad Internacional por la Equidad en Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas Perú
MINSA	Ministerio de Salud
MSF	Médicos sin frontera
N	Número de registros
OGE	Oficina General de Epidemiología
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OR	Odds ratio - Razón de Chance
PACFARM	Programa de Administración Compartida de Farmacias
PBI	Producto bruto interno
R2	R cuadrado. Grado de correlación
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

SIS	Seguro Integral de Salud
SISMED	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos
SISSALUD	SIS con contribución mínima para personas con bajos ingresos
SOAT	Seguro obligatorio de accidentes de tránsito
SOAT	Seguro Obligatorio por Accidentes de Tránsito
SPSS	Software Estadístico
TCLE	Término de Consentimiento Libre y Esclarecido
US\$	Dólares americanos
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

# 1 INTRODUCCIÓN

Para los países, la salud se comporta como un componente político-económico-social muy importante, que no sólo llega a ser una necesidad de los gobiernos el garantizarla a la población, sino que, por el hecho de ser fundamentalmente una necesidad humana y en el contexto de un estado de derecho y justicia social, se yergue como un derecho del ciudadano y es deber del Estado garantizarla.

La garantía de la salud comprende acciones multisectoriales amplias que pocos países han implementado. Sin embargo, la atención en servicios de salud sigue siendo de alta prioridad en nuestros países con altos índices de morbilidad, y siendo los medicamentos un componente complementario importante de la asistencia de salud, el acceso a medicamentos esenciales es también preocupación del Estado.

Según apunta Luiza<sup>1</sup>, los datos del IMS (International Marketing Service) en el 2002 reflejan que Norteamérica, Europa y Japón consumen el 77% del mercado farmacéutico (mercado total estimado en US \$ 406 mil millones), mientras que África, América Latina/Caribe y el Oriente Medio, que representan el 80% de la población mundial, tienen apenas el 14% del mercado.

Alrededor de dos mil millones de personas (un tercio de la población mundial), carecen todavía de acceso a medicamentos esenciales a precios asequibles y de calidad garantizada. Uso irracional de medicamentos, financiamiento injusto, sistemas de prestación poco fiables, sistemas regulatorios inadecuados y altos precios de las medicinas son factores críticos que contribuyen a las diferencias de acceso a medicamentos<sup>2</sup>.

Esta situación es muy seria en países de bajos y medianos ingresos, donde se tiene grandes diferencias en el acceso. Se sabe que las poblaciones con peores condiciones socioeconómicas no sólo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad<sup>3</sup>.

Dado que los medicamentos con frecuencia, forman parte de la primera intervención en respuesta a una enfermedad y es alta su proporción en los gastos sanitarios generales, los productos farmacéuticos son mucho más decisivos para el sector de la salud de lo que cabría prever.

Varios de los productos farmacéuticos son importados, por ello sus precios pueden subir rápidamente en épocas de ajuste económico y devaluación monetaria, lo que da lugar a una asequibilidad reducida.

Los productos farmacéuticos son fundamentales en el tratamiento de muchas enfermedades, por consiguiente, una falta de medicamentos puede paralizar los sistemas de salud. Además, debe reconocerse, que más allá de su utilidad terapéutica, los medicamentos son elementos tangibles en un servicio de salud. En consecuencia, el acceso a medicamentos es uno de los indicadores para medir la eficacia y la equidad de los sistemas de salud<sup>4</sup>.

En Perú, a pesar del sistema de salud fragmentado y altamente ineficiente que se tiene<sup>5</sup>, se han hecho esfuerzos importantes para mejorar el acceso a medicamentos a lo largo de varios programas implementados desde 1959. En los años 90, se ha implementado el subsidio a la demanda a través del Seguro Escolar y Seguro materno infantil que finalmente se unieron en el Seguro Integral de Salud (SIS) que busca subsidiar la atención de salud de la población con escasos recursos. Sin embargo, las políticas económico sociales del país aún no logran equidad en el acceso a servicios de salud y medicamentos.

Este estudio mide la asociación de características socio económicas de los usuarios ambulatorios y de los indicadores de gestión institucional con el porcentaje de acceso a medicamentos prescritos en un hospital de Lima del MINSA (Ministerio de Salud).

Los instrumentos utilizados fueron una encuesta para usuarios y otra para el jefe de farmacia, se analizaron los datos recolectados con métodos estadísticos para variables categóricas y numéricas, primero de forma aislada y luego en forma multivariada (regresión lineal), a través de la cual se midió la mayor o menor asociación de cada una de las variables analizadas con la variable porcentaje de acceso a medicamentos.

Los resultados de este estudio pretenden constituirse en un aporte para que los decisores puedan encaminar adecuadamente la política de salud y de medicamentos en el país.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Equidad, focalización, salud.

El primer párrafo del primer informe mundial de la OMS (Organización Mundial de la Salud) dado el año 1995 afirma que, “el asesino más grande y la causa más importante de las enfermedades y sufrimiento alrededor del mundo está listado casi al final del Clasificador Internacional de Enfermedades, identificado con el código Z59.5: pobreza extrema”<sup>6</sup>.

Luiza<sup>1</sup> apunta que según Médicos sin frontera (MSF) son muy pocos los recursos destinados a la investigación en las necesidades de la gente pobre del mundo. Apenas 10% de la investigación global en salud se dedica, a lo requerido por el 90% de la carga global de enfermedades, el llamado desequilibrio 10/90.

El tema de desigualdad social ha llevado a que en las últimas décadas se desarrolle ampliamente el tema de equidad<sup>7</sup>. Según el resumen de Porto<sup>8</sup> Rawls en 1985 en su obra “Teoría de la Justicia” plantea la necesidad de un justo principio de repartición de recursos en la sociedad con la intervención del Estado. Sen, en 1992 profundiza y explica que las desigualdades iniciales en seguridad social y económica podrían perpetuar las diferencias. Por ello no basta solo la repartición de bienes primarios sino también considerar las diferencias iniciales de las capacidades de los individuos.

Luego, es necesario tener en cuenta que, equidad no es lo mismo que igualdad, ya que equidad contiene el concepto de justicia. Hay una diferenciación establecida por distintos autores<sup>9</sup> (West, Carr-Hill, Van Doorslaer, *apud* Porto), entre equidad horizontal, tratamiento igual para iguales y equidad vertical, tratamiento desigual para desiguales. Esta diferencia se basa en la conceptualización aristotélica de los distintos tipos de justicia<sup>a</sup>.

---

<sup>a</sup> Para Aristóteles, como explica en su libro Moral a Nicómaco, había: una justicia correctiva o de tratamiento igualitario, y una redistributiva o proporcional. La primera desempeña una función correctiva en las relaciones entre las personas y la

Por ejemplo, parece razonable que dos personas con el mismo problema de salud deban recibir igual tratamiento (equidad horizontal). Sin embargo, una de ellas por disfrutar de condiciones físicas superiores, o mejor estado nutricional, reacciona mejor a la terapéutica. En este caso, la igualdad de tratamiento resulta en desigualdad de resultado. Así, sería más equitativo proporcionar mejores cuidados al paciente cuya capacidad de respuesta fuese presumiblemente peor (equidad vertical)<sup>9</sup>.

La equidad vertical busca el tratamiento “apropiadamente desigual” o “justas desigualdades”, frente a necesidades de salud distintas, incorporando las prioridades, por ejemplo, entre acciones preventivas y cirugías reparadoras o entre tratamiento de pacientes con deficiencias renales crónicas y cobertura integral en programas de asistencia al parto.

Whitehead<sup>3</sup> enfatiza que las desigualdades que deben tenerse en cuenta en salud son aquellas consideradas al mismo tiempo evitables e injustas. La autora, considera los siguientes parámetros para calificar una situación injusta<sup>3</sup>:

- La conducta del individuo daña su salud, pero tiene una elección restringida.
- Existe exposición a malas condiciones de vida y de trabajo.
- No hay acceso adecuado a la salud esencial ni a otros servicios básicos.
- Hay selección natural o movilidad social debido a problemas de salud.
- Puede ser técnica, financiera y moralmente evitable.

Según Porto<sup>9</sup>, Julián Le Grand es uno de los autores que más contribuciones ha traído en relación a la operacionalización de la equidad en salud. El distingue cinco tipos de equidad concernientes a la distribución del gasto público.

- a) Aquel que objetiva la igualdad del gasto público per capita;

---

segunda concibe que lo injusto es lo que viola la proporcionalidad, que se manifiesta en la distribución de funciones y bienes entre los ciudadanos, por ello la redistribución debe ser proporcional.

b) El que persigue la igualdad del rendimiento, procurando compensar los rendimientos de las poblaciones de más baja renta mediante el gasto público con políticas sociales,

c) El que busca la igualdad de utilización, en que el gasto público favoreciendo la igualdad en el consumo de los diferentes servicios;

d) El que está referido a la igualdad del gasto, para el cual los recursos públicos deberán ser distribuidos de forma tal que todos los individuos tengan el mismo gasto personal por unidad de servicio utilizado;

e) El que tiene por finalidad la consecución de la igualdad en los niveles de salud por medio de distribución del gasto público orientado para la obtención de iguales resultados.

Resumiendo, la equidad en salud es la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud en poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente<sup>10</sup>.

Esta discusión teórica de la equidad acontece mientras el mundo trata de recuperarse de una dura época de los años 80 que fue escenario de los efectos de la crisis del petróleo del año 73, donde la mayoría de países sufrieron los embates de la inflación económica<sup>11</sup>.

Perú en los años 90 comenzó a dar prioridad a políticas de focalización, como resultado de una serie de cambios en su política de estado, motivados por los ajustes estructurales propuestos en el año 89 en el Consenso de Washington<sup>12</sup>. Esta situación fue una actitud generalizada en varios países que buscaban hacerse electivos para los préstamos del Banco Mundial<sup>11</sup>.

Para poder acceder a un préstamo del banco mundial se debía cumplir los requisitos de ajuste estructural, de acuerdo a los diez puntos que el Consenso de Washington emitió, que en resumen fueron<sup>12</sup>:

- Disminución de gasto público, focalización, recuperación de costos (co-pagos)
- Participación del sector privado y apertura a inversión extranjera,
- Minimización del Estado (separación de funciones del estado), disciplina fiscal.

- Privatizaciones, reforma tributaria.
- Desregulaciones, descentralización (sin centro, debilitando el poder del estado y desresponsabilizándolo de sus funciones).
- Garantía de derecho de propiedad

Feo<sup>12</sup> enfatiza que: *en aquella época claramente se habló que la salud era una responsabilidad individual que pertenece al ámbito de lo privado, y debe resolverse en el marco de la relación individuo-familia-iniciativa privada. El estado solo debe garantizar asistencia mínima a aquellos que fracasan en satisfacer sus necesidades básicas, los pobres.*

Así, se comenzó a hacer varias mediciones de la magnitud de la población pobre en el mundo y se elaboraron varios documentos internacionales al respecto, con la finalidad de focalizar acciones sociales a dicha población.

En el Perú en aquellos años se implementaron varios programas sociales, entre los cuales se cuenta el seguro escolar de salud que inició el año 1998, luego vino el seguro materno infantil y finalmente los dos se unieron en el Seguro Integral de Salud en el año 2002. Este seguro ofrece varios planes de salud que con financiamiento público busca cubrir la atención de salud y provisión de medicamentos a la población de menores recursos.

Obsérvese cómo la discusión teórica de equidad que busca aliviar la perpetuación de diferencias se operacionaliza políticamente de una forma algo contradictoria ya que mantiene y estigmatiza la estratificación. La focalización, es un planteamiento coherente pero por si sola no alcanza a abarcar una política integral que busque a la vez consagrar el derecho a la salud, la solidaridad, la eficiencia y equidad de un sistema sanitario.

Así, se han realizado varias reformas del sector salud en América Latina y la Sociedad Internacional por la equidad en salud (ISEQH)<sup>10</sup> considera que los años 90 ha sido una década casi perdida en la consecución de la equidad<sup>b</sup>. Si bien es cierto, a partir del año 2004 hay una disminución de la pobreza y la

---

<sup>b</sup> Por lo general, las reformas no han trascendido hacia otras metas de equidad como calidad de los servicios y entrega de servicios que son efectivos, mucho menos hacia promover esfuerzos intersectoriales e integrales dirigidos a la equidad en la situación de salud de la población. Aún dentro de las intervenciones dirigidas a la equidad en el acceso, las Reformas del sector salud se concentraron en intervenciones basadas, en su mayoría, en criterios de eficiencia y menos en intervenciones integrales o de mayor amplitud dirigidas a reformar la organización de los servicios o sistemas de salud<sup>10</sup>.

indigencia, quebrando la tendencia registrada en el período 2001-2003 y que las cifras proyectadas al año 2005 son las más bajas desde inicios de la década de los ochenta, la brecha de pobreza disminuye poco por la reproducción intergeneracional de la pobreza y la persistencia de fecundidad en grupos con desventajas consolidándose las desigualdades<sup>13</sup>.

Hay países, como es el caso de Costa Rica, que sí ha demostrado que usando y distribuyendo adecuada y eficientemente los escasos recursos, se puede superar indicadores de salud de otros países que tienen más recursos. Es el único país de América Latina que tiene antecedentes de un sistema de salud pro equidad previo a la reforma de salud<sup>10</sup>.

Según el análisis que hace Fleury<sup>14</sup>, los sistemas de salud, universal, dual y plural de Brasil, Chile y Colombia respectivamente, que fueron implementados desde los años 70, se orientaban hacia el año 2001 hacia una configuración más pluralista y competitiva, reduciendo en parte la exclusión de los pobres pero manteniendo la estratificación de usuarios y de servicios de acuerdo a la capacidad de pago del ciudadano. Además, apunta que la lógica de seguro está centralizada en la decisión pero no en el suministro del servicio contradiciendo así la pretendida articulación del sistema de salud descentralizado y participativo, por consiguiente estos sistemas alientan la asistencia curativa entorpeciendo medidas públicas y colectivas de salud a tal punto que en Colombia por ejemplo ha disminuido la cobertura en todo tipo de inmunizaciones. Fleury afirma que el resultado final de las reformas, parece ser un sector público encargado de la cobertura de la población pobre y un mercado de seguro privado que cubre a menos del 30% de la población y que carece de regulación pública apropiada a pesar de contar con fondos públicos y/o aportes obligatorios del sistema de seguridad nacional.

La ISEQH<sup>10</sup> afirma que en Colombia, ha habido algunos logros en reducción de la inequidad, pero están asociados a elevación en el gasto en salud por sobre el 10% del PBI, lo cual hace poco sostenible el mantener los logros y difícil la expansión de beneficios a la otra mitad de la población pobre que aún se encuentra fuera del sistema. Afirma también, que en Brasil se observa una situación que parece perpetuar la carga histórica de inequidad en el acceso a

servicios de salud y que en Honduras y Perú existe evidencia de que el cobro por servicios en hospitales públicos, ha afectado el acceso y utilización de servicios de salud por parte de la población pobre.

En Perú, luego de la implementación de los seguros escolar, materno infantil e integral, se incrementó la cobertura hacia las personas de menores recursos. El cambio de modalidad de financiamiento, que pasó del subsidio a la oferta hacia el subsidio a la demanda, hizo que haya un mejoramiento en el control de la eficiencia de la administración de los establecimientos. Sin embargo, se ha observado que a veces el subsidio llega por igual a pobladores de distinto nivel económico, al parecer por un problema de “filtraciones” o clientelismo en la afiliación. También, los atrasos de los reembolsos por parte del MINSA a los establecimientos de salud, puede generar en el corto plazo situaciones de falta de abastecimiento de medicamentos y material médico<sup>15</sup>.

## 2.2 Acceso, salud, medicamentos

La mayoría de los autores opta para la palabra “Acceso” la siguiente definición: la relación entre los recursos de la salud ofrecidos y las necesidades de la población (Penchansky y Thomas, 1981; Frenk-1985, *apud* Luiza)<sup>16</sup>. El acceso sería, entonces, un factor mediador entre la capacidad de producir y de ofrecer los servicios o productos (oferta) y el consumo verdadero de los mismos (demanda / necesidad).

Según Mogollón<sup>17</sup> las tendencias en la evaluación del acceso a servicios de salud pueden agruparse en tres categorías:

- *Los que analizan el acceso como una medida de utilización de los servicios en relación con las necesidades de salud: Autores como Richardson, Weiner, Starfield, ven que el punto de vista de los profesionales que atienden al paciente, puede incidir en el acceso que éste tiene a los servicios. Sus resultados son presentados como una comparación de la información brindada por diferentes profesionales del área médica, éste tipo de estudios suelen ser controversiales por la diversidad y diferenciación de síntomas.*

- *Los que centran su análisis en la estructura o proceso: Millman, Gold, Aday, y otros autores analizan que las características organizacionales de estos aspectos en el momento en que el usuario tiene contacto con el sistema de salud pueden incidir en el acceso a los servicios. Toman en cuenta los factores estructurales (financiamiento, localización, movilidad geográfica, etc) y los factores de proceso (libre elección, calidad de atención, afiliación, etc).*
- *Los que reflejan la percepción de los usuarios frente al acceso a los servicios de salud: Aday, Donabedian, Penchansky y Thomas, y otros autores, estudian el grado de acceso a servicios de salud tomando en cuenta la percepción de los usuarios.*

Todas esas maneras de estudiar el acceso son importantes, y actualmente algunos autores consideran que se debe buscar la instrumentalización de evaluar el acceso midiendo si los resultados son efectivos y apropiados para los pacientes<sup>17</sup>.

Según Penchansky y Thomas (2003 *apud* Luiza)<sup>16</sup>, el acceso a la salud es considerado un concepto que agrega un conjunto de dimensiones más específicas de compatibilidad entre el paciente y el sistema de la atención a la salud: *disponibilidad, accesibilidad, adaptación, capacidad de adquisición y aceptabilidad.*

Según la Organización Mundial de la Salud, los cuatro factores señalados como críticos con respecto a la mejora del acceso a medicamentos<sup>18</sup> son:

- Selección de medicamentos uso racional y desarrollo de productos;
- Precios accesibles a los gobiernos y los consumidores;
- Financiamiento sostenible a través de las colectas gubernamentales generales y seguro social;
- Sistema de provisión digno de confianza en una mezcla de los servicios públicos y privados.

Para efectos del presente trabajo, consideraremos la medición de algunos indicadores de aspectos de estructura y procesos, de acuerdo a la cadena del suministro de medicamentos como son, selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución, dispensación y uso, como también la apreciación de los usuarios, acerca del servicio según las categorías propuestas por Penchansky y Thomas.

### **2.3 Contexto socio económico y Sistema de Salud en Perú**

Perú es un país situado en la región andina de América Latina, que tiene 27 millones 968 mil habitantes (2005), con un PBI en PPA (producto bruto interno en paridad de poder adquisitivo) de US\$ 165.7 miles de millones (2005), y una renta *per capita* media anual en PPA de US\$ 6,100 (2005). Es necesario tener en cuenta que el desarrollo histórico del Perú se ha caracterizado, como en otros países latinoamericanos, por la persistencia de pronunciados desequilibrios económicos y sociales entre las regiones del país, y por la amplia brecha en las condiciones de vida entre las áreas rurales y urbanas. Por esto, sus indicadores generales no siempre representan la realidad de todo el país y deben ser considerados solo como una media.

Desde la perspectiva regional, la Costa, con aproximadamente la mitad de la población nacional, goza de condiciones sociales y de salud marcadamente superiores al resto del país. Las carencias relativas en salud en la Sierra y Amazonía son efectivamente mayores<sup>19</sup>.

En 2005 la media anual de nacimientos fue de 630 mil, y sus defunciones 169 mil. Tiene alto porcentaje de población urbana (74.6 % 2005), y la esperanza de vida en la mujer es mayor que en el hombre (73.3, 68.1 años respectivamente, 2005). La alfabetización de la población mayor a 15 años para el 2005 era de 91.6 %, siendo mayor para hombres que para mujeres. El abastecimiento de agua en el 2002 representaba en total el 81 % siendo mayor a nivel urbano y el saneamiento en ese mismo año llegó a un total de 62 %, habiendo una gran brecha entre la realidad urbana y rural (72 y 33 % respectivamente), la razón de mortalidad materna el 2002 fue de 164 por 100,000 nacidos vivos<sup>20</sup> (entre las más

altas de América Latina), y el índice de mortalidad infantil el 2006 es de 31 por 1000 nacidos vivos<sup>21</sup>.

El Perú se caracteriza por tener un nivel de pobreza y una desigualdad del ingreso que se encuentra entre las más altas a escala mundial.

La población bajo la línea internacional de pobreza entre el año 1995 a 2002 fue de 18.1%<sup>22</sup>. Aunque según otro tipo de medición, la pobreza representa el 51.6 % de la población, y la indigencia para el 2004 llegaba a 19,2 %. Otro estudio reporta que en el 2005 la población peruana es 48.4% pobre<sup>23</sup>. Por supuesto, como acontece en el resto del mundo hay grandes cuestionamientos a la forma de medir la pobreza y estos datos son referenciales.

En términos absolutos, el número de pobres y de pobres extremos es mayor en Lima Metropolitana (dado el asentamiento urbano-marginal), mientras que en términos relativos, es mayor en el ámbito rural<sup>5</sup>.

La deuda externa de Perú alcanza los 30 billones de miles de dólares<sup>24</sup> y el servicio de la deuda externa en el 2005 llega al 24.8% del PBI, siendo la media de América Latina de 25.8% (Brasil llega a 43.7% y Bolivia a 14.3%)<sup>25</sup>.

### **2.3.1 Estructura general del sector salud**

La estructura del sector salud de Perú está fragmentada y existen varias instituciones que brindan servicios de salud (Ilustración 1). En el caso de las instituciones públicas, dependen organizativa y presupuestariamente de ministerios ejecutivos diferentes.

Así, los establecimientos que dependen del Ministerio de Salud atienden a todo aquel que solicita sus servicios cobrando bajas tarifas y también atiende a los beneficiarios del seguro estatal, el Seguro Integral de Salud.

Los establecimientos de la Institución de Seguro Social de Salud del Perú ESSALUD dependen del Ministerio de trabajo y dan atención de salud gratuita a todos los que tienen el régimen contributivo a través de su planilla de pago.

Los de las fuerzas armadas (FFAA) dependen del Ministerio de Defensa que brindan atención gratuita a los integrantes del ejército peruano y sus familiares.

Los de la sanidad de policía dependen del Ministerio del Interior, que brindan atención de salud a los policías y sus familiares<sup>26</sup> (Cuadro 1).

Ilustración 1 Estructura Del Sector Salud, Perú, 2004<sup>26</sup>



Fuente : MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA 2004. Informe de situación de salud 2004

Los servicios de los establecimientos de salud privados son requeridos por las personas de quintiles menos pobres.

La autoridad de salud es poco eficaz frente a ésta fragmentación y no ejerce su rol de gobierno y termina superponiendo a éste la función de prestación y financiamiento. Por otro lado, el proceso de descentralización actual del sistema de salud, no ha diferenciado los diferentes roles<sup>27</sup>.

La institución que más establecimientos de salud tiene en el país es el Ministerio de Salud en todos los niveles de atención (Cuadro 1), salvo en el tercer nivel de atención, donde solo sumados a los hospitales de los otros Ministerios sobrepasan a los hospitales del sector privado. Sin embargo, los hospitales de más alta resolución son públicos.

Cuadro 1. Establecimientos por sub-sector y Institución, Perú 2000.

Institución	Tipo de establecimiento			
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de Salud	Total
<b>Subsector Público</b>				
MINSA	139	1115	4954	6208
ESSALUD	91	38	192	321
Fuerzas Armadas Y Policiales	20	81	57	158
<b>Subtotal</b>	<b>250</b>	<b>1234</b>	<b>5203</b>	<b>6687</b>
<b>Subsector No Público*</b>				
Privado	224	440	16	680
Otros	12	104	18	134
<b>Subtotal</b>	<b>236</b>	<b>544</b>	<b>34</b>	<b>814</b>
<b>Total del Sector</b>	<b>486</b>	<b>1778</b>	<b>5237</b>	<b>7501</b>

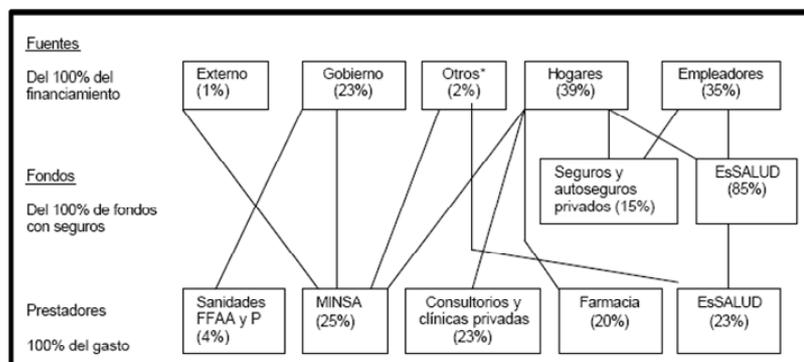
\* La información del subsector no público corresponde a 1996

Fuente: MINSA: Segundo censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud 1996 Oficina estadística y informática. Infraestructura sanitaria de salud 1999 Lima OGE; ESALUD: estadísticas de prestaciones de salud 1999 Gerencia central de finanzas 2000.

Según refiere Portocarrero, en el año 2000 el gasto en salud como porcentaje del PBI alcanza el 4.7%<sup>28</sup>. En Latinoamérica, los países con similar producto nacional utilizan un mayor porcentaje de su PBI en salud, lo que sitúa al Perú por debajo del promedio<sup>29</sup>. El gasto publico representó el 1.2% del total del presupuesto publico.

El financiamiento mayoritario (39%) está a cargo de los hogares por pago de bolsillo (Ilustración 2).

Ilustración 2: Fuentes y prestadores de la salud. Perú, 2000



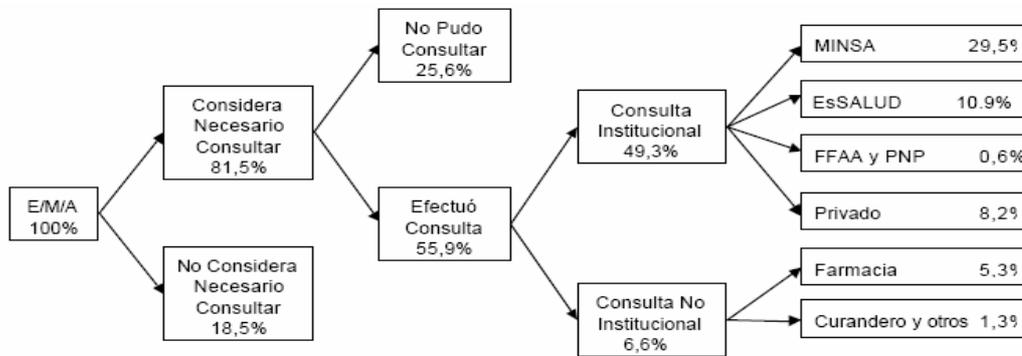
\*Ingresos obtenidos por la venta de desechos y equipos obsoletos del MINSA y ESSALUD

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú informe final. Lima, Perú: OPS; 31 de julio de 2003.

En el año 2000, la distribución del gasto según los diversos prestadores, ubicó al MINSA en el primer lugar<sup>30</sup>, ya que este recibe ingresos adicionales de los hogares vía las tarifas y los fondos externos. Esta seguido de cerca por el sector privado. El rubro farmacia agrupa la venta de medicamentos no efectuada dentro del establecimiento de un prestador. Buena parte de este rubro representa la compra directa en farmacia, un gasto no intermediado por el proveedor.

Los niveles de utilización de servicios de salud son mayoritariamente de los del Ministerio de Salud<sup>31</sup> representando casi 30%.del total (Ilustración 3).

Ilustración 3: Niveles de utilización de servicios de salud Perú 2000



Fuente:Ministerio de Salud Perú, Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la Atención de salud. Lima, Perú: OPS; 1997.

Obsérvese que el gasto del MINSA es mayoritario pero muy cercano al de ESSALUD y del sector privado, sin embargo atiende a casi tres veces más población que la que atiende ESSALUD y clínicas privadas.

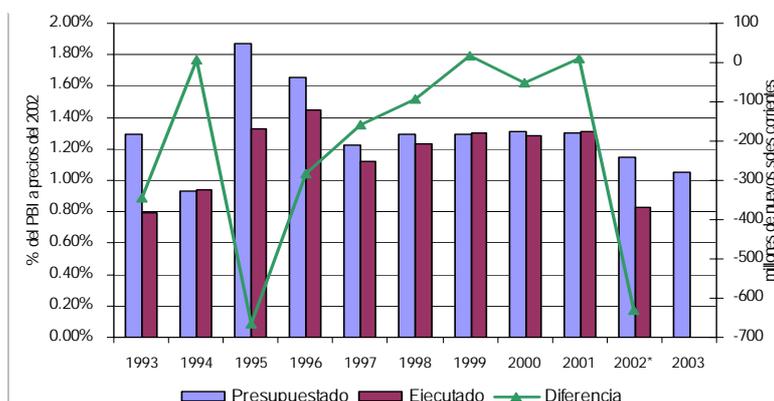
Sobre la base de la Encuesta de Niveles de Vida (ENNIV) 2000, entre los consultantes de los establecimientos del Ministerio de Salud, los del decil más pobre van poco a los hospitales públicos (19.4%) pues la mayoría de ellos (80.65%) utiliza los centros o puestos de la periferie. Lo sorprendente es que el MINSA tiene consultantes del decil más rico, que van en un 44.1% a los hospitales del Ministerio de Salud y en un 55.9% a sus establecimientos periféricos. El 41.8% de los consultantes del MINSA provenientes de los cinco deciles más pudientes va en promedio a hospitales y el 58.2% a centros y puestos de salud. Esto quiere decir que cuanto más compleja la atención menos acceso a ella tienen los segmentos más pobres, y que los deciles más pudientes utilizan regularmente hospitales y periferie del MINSA<sup>5</sup>.

Esta coyuntura puede deberse a la Resolución Ministerial 71-90 SA/DM Normas de las Clínicas en Hospitales e Institutos Especializados que autorizó el uso de los recursos propios como estrategia de supervivencia hospitalaria, que se da justo al finalizar el gobierno aprista. La formalización<sup>32</sup> del financiamiento de hospitales vía recursos propios se efectiviza en 1992 con la Ley de Presupuesto Art. 271. Este hecho agudiza el inadecuado acceso a servicios de salud por los quintiles menos favorecidos.

En cuanto a la ejecución del presupuesto asignado a las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud peruano, un estudio de Francke<sup>33</sup> muestra que por un problema administrativo legal y de gestión propia de los establecimientos de salud del MINSA, deja de ejecutarse todo el dinero que ha sido presupuestado, revirtiéndose ese dinero al tesoro nacional. En los últimos años ese problema se ha agudizado después de una ligera mejoría de los años 90. Este fenómeno hace peligrar el ya insuficiente presupuesto público asignado a salud para más adelante (Ilustración 4).

Se presenta como un caso de ineficiencia sistémica el subsidio cruzado entre los subsistemas de prestación de servicios de salud, por ejemplo del total de asegurados en ESSALUD que presentan problemas de salud sólo el 53.3% usa la consulta del Seguro. El 22% de los asegurados enfermos recurre a establecimientos del MINSA, el 8.3% al sector privado y el 8.2% a la consulta directa en farmacia. Además, el MINSA atendió en el año 2000 al 14.6% de asegurados de las Fuerzas Armadas y Policiales. Esto representa una importante distracción de recursos públicos<sup>5</sup>.

Ilustración 4: Gasto público en el sector salud, presupuesto y ejecución Perú 1993-2003



\* La ejecución es hasta octubre  
 Fuente: SIAF, Presentación del Ministro de Salud en el Congreso  
 Elaboración: Análisis Independiente del Presupuesto

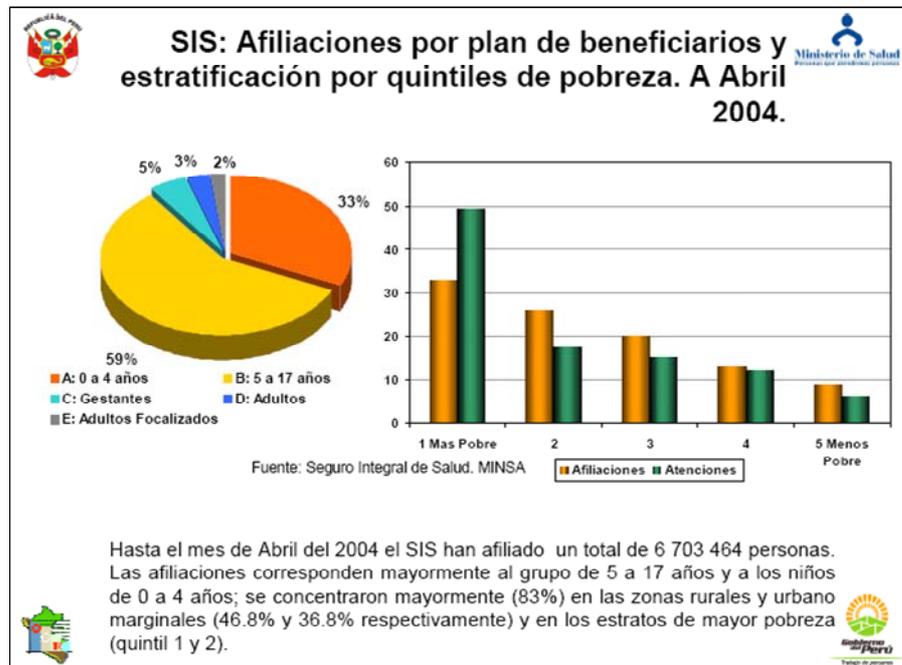
Desde 1997 se crearon los seguros públicos para atender a sectores más pobres. Inicialmente se comenzó con el Seguro Escolar con un presupuesto de 30 millones de dólares<sup>34</sup>, luego se sumó el seguro materno infantil, y finalmente esos dos seguros se fusionaron en el Seguro Integral de Salud (SIS) que comienza desde el año 2002, funcionando como un financiador público que asigna recursos para poder financiar las prestaciones a la población pobre y extremadamente pobre (subsidio a la demanda).

Por ámbito geográfico se prioriza las Zonas Rurales y Urbano Marginales del País. Existen 8 Direcciones de Salud Priorizadas a Nivel Nacional: Abancay, Andahuaylas, Ayacucho, Bagua, Cuzco, Huancavelica, Huanuco y Puno. Adicionalmente se efectúa la focalización en los distritos más pobres del país según el Mapa de pobreza del Ministerio de Economía y Finanzas y se aplica la ficha de evaluación socioeconómica "FESE" a nivel individual, para la determinación de la población pobre y extremadamente pobre. La afiliación luego del análisis con la ficha FESE es únicamente en el primer y segundo nivel de atención, en hospitales puede haber una afiliación solo en casos de emergencia. En cuanto a los planes priorizados se tiene al binomio Madre-Niño como primera prioridad de atención del SIS. A julio del 2006, el SIS cuenta con cerca de 10 millones de peruanos afiliados (alrededor de 35.7% de la población).

Las prestaciones para los beneficiarios del SIS, se realizan en establecimientos del MINSA. Entre algunas de las patologías excluidas del SIS están, insuficiencia renal crónica, cardiopatía, cáncer, etc.<sup>27</sup>

El SIS reembolsa dinero, de acuerdo a un tarifario establecido internamente, por las prestaciones de los establecimientos públicos del MINSA. En dicho reembolso esta incluido el pago a todos los servicios intermedios usados en el hospital, incluido el costo de medicamentos usados. Corresponde a la administración de cada establecimiento, hacer la transferencia respectiva a la cuenta intangible del fondo rotatorio de medicamentos de acuerdo a lo utilizado por los pacientes del SIS.

Ilustración 5: Seguro Integral de Salud: Afiliaciones por plan de beneficiarios y estratificación por quintiles de pobreza Perú 2004



Fuente : MINISTERIO DE SALUD OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA 2004. Informe de situación de salud 2004

Los esfuerzos del SIS por dar atención a los sectores más pobres, aún no se logran en su totalidad y se está financiando gratuitamente a sectores de los quintiles altos<sup>26</sup>. (Ilustración 5).

En los últimos años el SIS ha generado un nuevo tipo de seguro, llamado SISSALUD que agrupa a las personas que pueden contribuir con una cantidad mínima de dinero mensual (10 soles). Para acceder al seguro de salud estatal en los establecimientos del MINSA, la afiliación y el reembolso siguen el mismo procedimiento.

### 2.3.2 Hospital Nacional Dos de Mayo

El origen del Hospital Nacional Dos de Mayo (HNDM), se remonta al Hospital Nuestra Señora de la Concepción uno de los primeros hospitales de la Colonia española, luego es llamado Hospital Real de San Andrés y desde 1875 se denomina Hospital Dos de Mayo partícipe del desarrollo de la Medicina Moderna Nacional<sup>35</sup>.

El HNDM, permaneció ocupado por las fuerzas chilenas, durante la Guerra del Pacífico, desde el 20 de Febrero de 1881 hasta el 29 de Diciembre de 1883.

El 05 de Octubre de 1885, Daniel A. Carrión, Mártir de la Medicina Peruana y Héroe Nacional Civil, pasó a la inmortalidad siendo estudiante de 6to. año de Medicina en dicho Hospital, al demostrar la unidad nosológica de la fiebre de la Oroya y la Verruga Peruana, actualmente reconocida mundialmente como Enfermedad de Carrión.

El desarrollo científico médico y la administración hospitalaria tuvieron lugar en este glorioso hospital. Así, por ejemplo, Oswaldo Herculles, fundó allí el primer Laboratorio Clínico en el Perú en el año 1900. El sistema de hospicio de fines del siglo XIX, fue variando, así se implementó la atención de consulta externa en 1891, y en 1913 se inicia la recepción nocturna de enfermos.

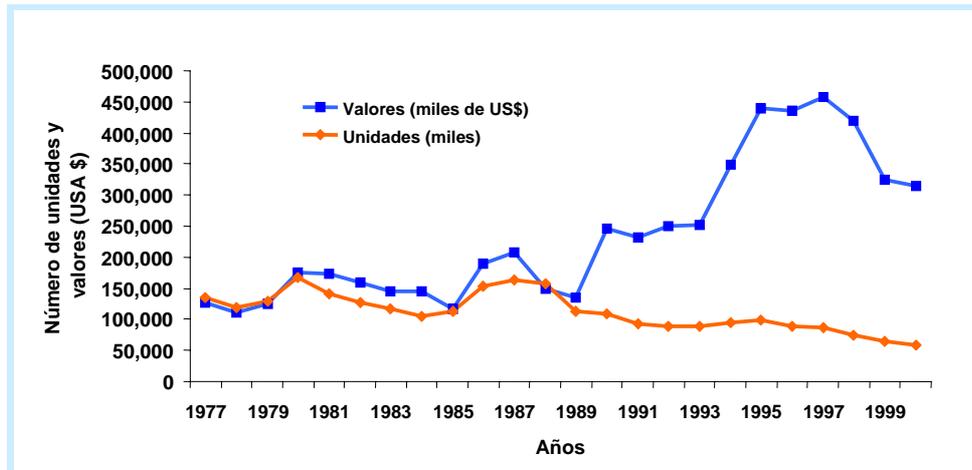
Perteneció a la beneficencia hasta 1974 cuando, junto al Hospital Loayza y el Hospital Mogrovejo, pasaron a ser administrados por el Ministerio de Salud desde el 31 de enero de 1974 y de ésta manera, Velasco Alvarado se encargó de finalizar la larga agonía de la beneficencia trasladando sus activos hospitalarios al subsector público<sup>32</sup>.

Se encuentra ubicado en el límite del distrito de Lima y de La Victoria, siendo hospital de referencia nacional. Tiene aproximadamente 700 camas, y ofrece 10 especialidades médicas principales que agrupan 56 especialidades en total. Realiza número promedio aproximado de 800 atenciones diarias en consultorios externos.

## **2.4 Panorama general de acceso a medicamentos en Perú**

Según Vargas<sup>36</sup>, el año 2000 sólo el 39% de los pacientes de las zonas rurales y el 61% de los de las zonas urbanas adquirieron la totalidad de los fármacos prescritos. Sin embargo, el valor de las ventas anuales de los medicamentos se elevó de 126.1 millones de dólares en 1977 a 457 millones en 1997, un aumento del 245.3%, pese a que las unidades consumidas en el 2000 fueron sólo el 40% de las consumidas en 1977 (Ilustración 6). El valor promedio de los medicamentos pasó en el período de 0.93 a 5.40 dólares. En conclusión, el crecimiento del mercado se ha basado en el aumento de los precios y por tanto en la exclusión de sectores importantes de la población<sup>36</sup>.

Ilustración 6: Evolución del número de unidades y precios en el mercado farmacéutico peruano 1977 – 2000.



Fuente: VARGAS G. M., 2002. Acceso y Uso racional de medicamentos en el Perú  
In: La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. J. Arroyo. Lima 2002

Todo ello puede responder a que, durante el gobierno de Acción Popular (1980-1985) se dio un mecanismo de control de precios de los medicamentos a través del Ministerio de Industria Turismo e Integración cuando se trataba de productos farmacéuticos e insumos localmente producidos, y por intermedio del Ministerio de Salud para productos farmacéuticos acabados e importados al país. Al final de esa administración se contó con una fórmula que guiaba el incremento de los precios de los medicamentos sobre la base de que entre el 45 y el 60% del costo de producción estaba representado por los costos de los insumos importados<sup>c</sup>. Durante el primer gobierno de Alan García (1985-1990) se controló el precio de los medicamentos a través de la fijación de precios máximos a los insumos importados. Este mecanismo de regulación, aunque imperfecto, influyó en la disminución de los precios de los insumos y por lo tanto de los precios finales al consumidor. Durante los años noventa con el gobierno de Fujimori se liberalizó completamente el mercado farmacéutico, e incluso hasta hoy en día, los precios de los medicamentos han dejado de controlarse, fluctuando de acuerdo a lo que puede soportar la demanda<sup>36</sup>.

<sup>c</sup> La fórmula que se utilizó fue la siguiente:  $P_t = P_o (0.4d + 0.6i)$   $P_t = P_o + 0.9/100$

Donde:  $P_t$  = precio reajustado;  $P_o$  = precio antes del reajuste;  $d$  = porcentaje de devaluación del sol con respecto al dólar norteamericano, usando la tasa oficial de cambio;  $i$  = porcentaje de inflación, basado en el Índice de Precios al Consumidor para Lima Metropolitana.

El mercado de medicamentos peruano estaba estimado en el 2003 entre 600 y 650 millones de dólares (MINSA 2005)<sup>d</sup> siendo muy pequeño, aún comparado con la venta de un solo producto en Estados Unidos (EEUU), por ejemplo la venta de Lipitor es de 10,600 millones de dólares dentro de EEUU<sup>37</sup>.

ESSALUD, que cubre la atención de salud a 5.9 millones de peruanos (21 % de la población)<sup>38</sup>, es la institución pública que gasta más en medicamentos (alrededor de US\$ 110 millones), por cuenta de medicamentos de altas especialidades. El MINSA por su parte gasta alrededor de US\$ 48 millones<sup>37</sup>.

Los gastos de bolsillo en medicamentos son de aproximadamente 1,600 millones de soles anuales (aproximadamente US\$ 490 millones), el 80% de los cuales se gastan a nivel urbano. Los gastos de bolsillo en medicamentos representaran en 2004 el 44% del gasto en salud de la población<sup>37</sup>.

La población adquiere medicamentos en aproximadamente 10,000 establecimientos públicos o privados, más del 50% ubicados en Lima. Sin embargo, las farmacias y boticas privadas tienen baja oferta al público de los Medicamentos Esenciales de menor precio, por no ser rentables o por que no están en los sistemas de distribución, lo que sucede por la misma razón, ya que representan poca rentabilidad para las distribuidoras.

Por el contrario, las farmacias del sector público sí venden medicamentos de muy bajo precio<sup>37</sup>. Por ejemplo un comprimido de ibuprofeno 400 mg genérico puede llegar a costar en el sector privado de 0.4 a 1.5 nuevos soles (0.14 a 0.5 US\$) aproximadamente, y en el MINSA su valor es de 0.04 nuevos soles (0.014 US\$).

Sin embargo, suele haber algunos problemas de suministro continuo, y hay menos farmacias del MINSA que privadas. Por otro lado, el acceso a ellas es más difícil por estar dentro de los hospitales o centros de salud, y el horario de funcionamiento de los establecimientos públicos de nivel primario solo es en el día. Aún cuando los medicamentos estén disponibles, los usuarios pobres que podrían acceder a medicamentos gratuitamente por intermedio del SIS, a veces no tienen

---

<sup>d</sup> La diferencia que hay con la proyección del grafico citado anteriormente (Ilustración 6) que muestra un mercado aun menor, probablemente se deba a fuentes diferentes de los autores, en todo caso esta referencia es más actualizada que la anterior.

tiempo o temen hacer los trámites burocráticos, y así no llegan a acceder a los servicios de salud ni a medicamentos, por lo que aún siguen habiendo barreras al acceso.

En cuanto a la adquisición de medicinas, todos los subsistemas (ESSALUD, MINSA, FFAA y policiales) tienen compras centralizadas buscando abaratar costos mediante la economía de escala y a partir del año 2006 se comenzó a hacer compras corporativas entre todos los ministerios implicados. Las compras centralizadas que esta realizando el MINSA, ESSALUD y las fuerzas armadas y policiales son de los medicamentos de mayor movimiento. El resto se compra regional o localmente por las direcciones regionales de salud o la administración de cada establecimiento respectivamente. De esta manera el sector público es uno de los principales compradores de medicamentos en el país y logra los mejores precios de compra y venta.

Este sistema de adquisición no solo es una forma de tener mejor poder de negociación sino también una forma de protegerse de la oferta de medicamentos falsificados que existe al interior del país. Se estima que los medicamentos falsificados representan el 80% de la producción farmacéutica nacional el mismo que no solo es para el mercado local sino que a través de las rutas del narcotráfico también va hacia los mercados internacionales Las drogas falsas que permanecen en el país representan entre el 15 y el 20 por ciento de las drogas vendidas en farmacias<sup>39</sup>

Sin embargo este sistema de compra únicamente para el sector público, también puede ser la razón para que el mercado privado este a merced del gran problema de medicamentos falsificados. Sumado además al hecho que el Perú es uno de los países con más altos aranceles (28.4%) sobre medicamentos esenciales<sup>39</sup>.

Las farmacias y boticas independientes compran el 53.4% en valores y 50.4% en unidades; mientras que el sector público (MINSA, ESSALUD) adquiere el 22.3% de unidades y 21.3% de valores. Las cadenas de farmacias y boticas adquieren el 12% en unidades y el 14.5% en valores ellas también al igual que el sector publico tienen mayor posibilidad de protegerse de los medicamentos

falsificados por su capacidad de negociación. Las clínicas privadas representan el 7.5% en unidades y el 11.6% en valores<sup>40</sup>.

## **2.5 Histórico de la situación farmacéutica en el Ministerio de Salud Perú:**

En 1959<sup>41</sup>, Perú se constituye en país pionero en cuánto al concepto de los medicamentos esenciales estableciendo el uso de un listado restringido de 20 medicinas, que llamó esenciales o " de mayor importancia ", medicinas imprescindibles para cuidado de las patologías de mayor predominio en relación a la demanda en los servicios del sector público de salud. Estas medicinas costarían un tercio de las medicinas de marca y serían producidas y lo entregarían directamente por la industria farmacéutica a los centros de salud y de los hospitales cada tres meses.

Ya en 1962, el Perú tenía su primer programa de medicinas sociales que fue el resultado de la primera experiencia de un pacto que incorporó el Ministerio de la salud y el sector privado. Este programa tenía 69 medicinas que serían vendidas a la población por la mitad de precio de mercado. Con el gobierno de Velasco Alvarado (1968-1975) se desarrolló un ambicioso programa de medicamentos básicos que no prosperó por inadecuado control de calidad de los productos e inadecuada información a la asociación médica, quienes finalmente recetaban medicamentos de marca cediendo a la propaganda de la industria farmacéutica<sup>41</sup> (MINSa *apud* Phang 1998).

En 1994 se creó el Programa de administración compartida de medicamentos PACFARM<sup>42</sup>, que implementó los fondos rotatorios de medicamentos en el primer nivel de atención, y trató de implementar además, el control social del manejo financiero de esos fondos a través de una administración compartida con la población de la jurisdicción del establecimiento de salud.

En 1998 se crea el seguro escolar y tiene un suministro de medicamentos paralelo al PACFARM (Programa de Administración Compartida de farmacias) y también paralelo al resto de formas de suministro de medicamentos existentes en

ese momento (programas verticales). Lo mismo sucede con el Seguro Materno Infantil en 1999<sup>e</sup>.

En el año 2000 se amplía el fondo rotatorio intangible de medicamentos a los hospitales del ministerio de salud<sup>43</sup>

Es en el año 2003 que se desarrolla el SISMED<sup>44</sup> (sistema integrado de suministro de medicamentos) que unifica todos los sistemas de suministro de medicamentos existentes en el ministerio de salud hasta ese momento. El SISMED pretende ser un sistema más eficiente, usando adecuadamente los recursos, coordinada y articuladamente. Los procesos logísticos son estandarizados y simplificados para brindar precios además de accesibles uniformes en todo el país. Así, se establece como estrategia (respetando la Lista Nacional de medicamentos esenciales), la optimización de los procesos de adquisición, almacenamiento y dispensación, estableciendo compras nacional, regionales y locales de medicamentos logrando establecer para 151 ítems, un mismo precio en todo el país, un almacén especializado para medicamentos en cada establecimiento, con obligatoriedad de la presencia de un farmacéutico, y una dispensación a partir de un stock unificado de medicamentos<sup>45</sup>.

Así, éste sistema no discrimina las modalidades de atención que realiza un establecimiento de salud en lo que se refiere a medicamentos, ya que los pacientes del SIS o de las Estrategias Nacionales (Inmunizaciones, VIH Sida, Malaria, Tuberculosis, etc.) o los que deben pagar o acceder a medicamentos exonerados por ser indigentes, reciben sus productos de un stock unificado de medicamentos.

El SISMED no considera<sup>44</sup> y finalmente deja sin reglamentar el aspecto de control social inicial del PACFARM, probablemente por que no logró implementarse adecuadamente desde 1994.

Finalmente el suministro de medicamentos en establecimientos del MINSA tiene la siguiente característica: todos los medicamentos ingresan a un almacén

---

<sup>e</sup> Aproximadamente 14 subsistemas, en razón de que el seguro escolar y el seguro materno infantil tenían sus propios medicamentos y su propio sistema de suministro, desde la adquisición hasta el almacenamiento y dispensación, lo mismo sucedía con los medicamentos de los llamados programas verticales, Inmunizaciones, Malaria, IRA, EDA, Inmunizaciones, etc.

especializado de medicamentos de cada uno de los establecimientos de salud, que está en un ambiente diferente al almacén central, y a cargo de un químico farmacéutico. Dichos medicamentos pueden haber sido comprados por Recursos Directamente recaudados, o por dinero reembolsado del SIS o por remesas compradas a nivel central correspondiente a medicamentos estratégicos de las estrategias nacionales, de allí son distribuidos a los diferentes puntos de dispensación del establecimiento. En el caso del HNMD, los medicamentos de Estrategias Nacionales como HIV SIDA, Tuberculosis, Malaria, Planificación familiar, etc. van a pequeñas farmacias cercanas al consultorio respectivo para que la atención de dichos pacientes sea más próxima, tratando de no congestionar la atención de la farmacia central y dispensar adecuadamente los medicamentos estratégicos, cuya gestión es desde nivel central y son dados gratuitamente a las personas que los necesitan.

Cuadro 2: Consumo mensual promedio de medicamentos según tipo de usuario y por quintiles de pobreza en hospitales 2005, DIGEMID 2006

Tipo de Usuario	Consumo promedio según quintiles de pobreza									
	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5	
	%	valores	%	valores	%	valores	%	valores	%	valores
<b>SIS</b>	<b>33.8</b>	106,957	<b>20.2</b>	207,826	<b>21.4</b>	340,666	<b>11.5</b>	129,552	<b>20.9</b>	950,043
<b>Est.Nacionales</b>	<b>13.3</b>	42,197	<b>15.2</b>	155,821	<b>11.8</b>	187,705	<b>10.5</b>	117,766	<b>35.8</b>	1,623,062
<b>Exonerados</b>	<b>1.4</b>	4,545	<b>1.1</b>	11,448	<b>2.9</b>	45,549	<b>2.6</b>	29,634	<b>2.3</b>	106,342
<b>Venta</b>	<b>51.4</b>	162,651	<b>63.5</b>	652,120	<b>63.9</b>	1,014,884	<b>75.3</b>	845,735	<b>40.9</b>	1,856,119
	100	<b>316,350</b>	100	<b>1,027,215</b>	100	<b>1,588,804</b>	100	<b>1,122,687</b>	100	<b>4,535,566</b>

Fuente: Informe Acceso -DEAUM -DIGEMID -MINSAL, 2006

Según el análisis que muestra la DIGEMID (Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas) del año 2005<sup>46</sup> (Cuadro 2), 20.9 % del quintil más rico está recibiendo medicamentos a través del SIS y también un 2.3 % recibe medicamentos exonerados de pago, éste análisis se hizo de acuerdo a la ubicación de los establecimientos en distritos considerados pobres o no, sin hacer la discriminación real de cada uno de los pacientes. Sin embargo, éste dato es muy sugerente ya que la exoneración del pago de medicamentos es únicamente para los pacientes en condiciones de pobreza, y si es así deberían estar dentro

del SIS, asimismo, según las normas del SIS éste se orienta a los quintiles más pobres.

Es necesario estudiar el grado de acceso a medicamentos y las características socioeconómicas de los usuarios de hospitales del MINSA al ser este uno de los principales proveedores de servicios de salud en el país. Así reconocer la relación y fuerza de relación entre acceso y características socioeconómicas y de gestión, para tener claridad en las propuestas de mejora de dicho acceso.

### **3 PREGUNTA DEL ESTUDIO**

Que variables socioeconómicas y/o de gestión institucional tienen mayor asociación con el acceso a medicamentos prescritos en usuarios ambulatorios de la farmacia central del HNDM?

### **4 RELEVANCIA DEL TEMA**

El HNDM se ubica en una de las zonas consideradas de bajos recursos de Lima<sup>47</sup>, y también es una zona peligrosa. Junto a otros hospitales, es hospital nacional de referencia de todo el país.

Considerando que el SIS y el Ministerio de salud tienen como población objetivo la de bajos recursos, entonces conocer el grado de acceso a medicamentos en pacientes del HNDM y las variables socioeconómicas y de gestión institucional que más asociación tienen con dicho acceso, puede ayudar en parte a dar luces de cómo se han plasmado los esfuerzos de lograr acceso equitativo a servicios de salud y de medicamentos en la población.

### **5 OBJETIVOS**

#### **5.1 Objetivo general**

Medir la asociación de características socio económicas de los usuarios ambulatorios y de los indicadores de gestión institucional con el porcentaje de acceso a medicamentos prescritos en la farmacia central del HNDM de Lima.

## 5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar y cuantificar aspectos de las condiciones socio económicas de las personas que llegan por atención a la farmacia central del HNMD de Lima.
- Caracterizar el servicio prestado por la Farmacia central del HNMD a través de indicadores.
- Cuantificar el acceso a medicamentos prescritos por parte de los usuarios ambulatorios de la farmacia del HNMD.
- Relacionar indicadores de acceso de medicamentos con las características socioeconómicas de los usuarios ambulatorios del HNMD y los indicadores de gestión y uso de medicamentos.

## 6 METODOLOGIA

Se propuso un estudio evaluativo de variables socio económicas de los usuarios y de gestión de la farmacia con niveles de análisis imbricados.

Se condujo encuestas con abordaje transversal observacional, tanto para usuarios como para el jefe de la farmacia central.

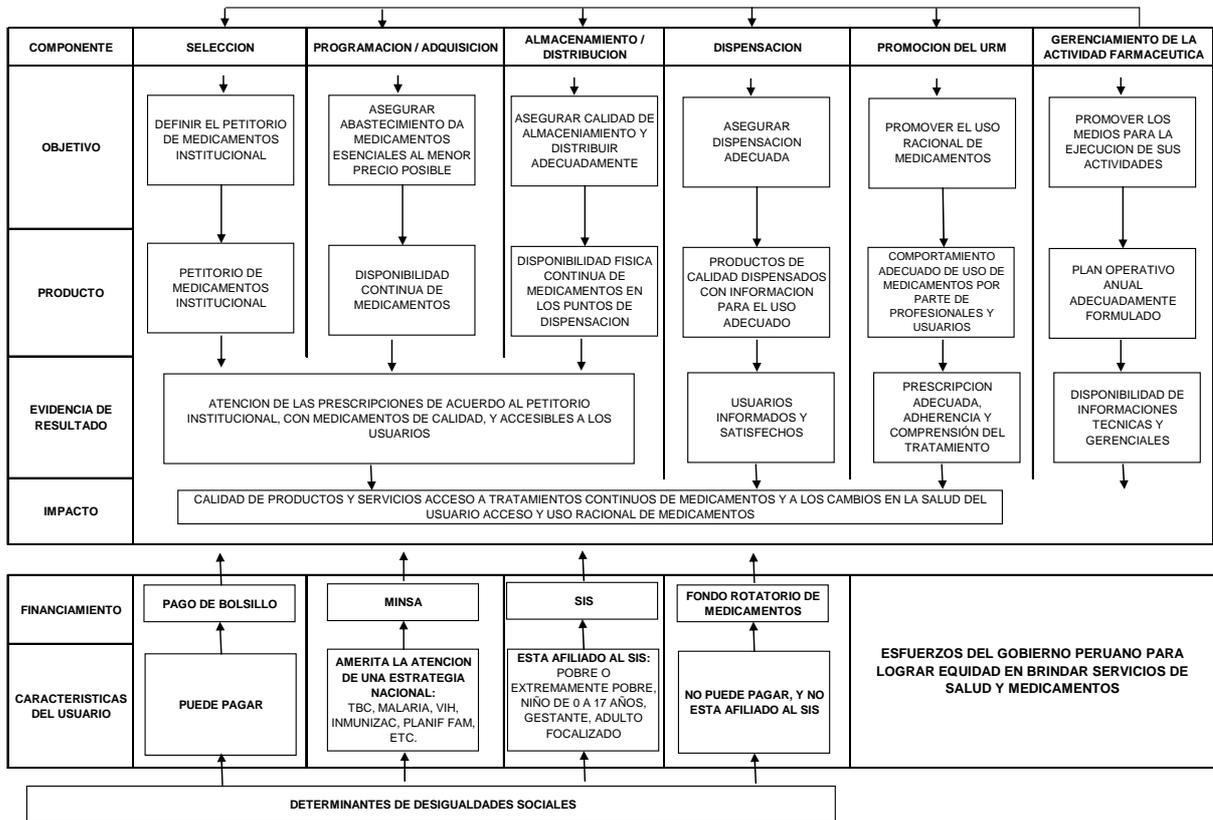
### 6.1 Estrategia de Investigación

El marco conceptual de la atención a usuarios de la farmacia del HNMD, incluye una adaptación del modelo lógico de asistencia farmacéutica descrito por Luiza<sup>16</sup>, además de un resumen adaptado de los tipos de pacientes que se acercan a solicitar servicios a la farmacia del hospital. Dichos tipos de pacientes se grafican de acuerdo al financiamiento con que cada uno de ellos podría contar (Ilustración 7) considerando los esfuerzos del Estado peruano en asegurar el acceso a medicamentos de forma equitativa.

Esta propuesta buscó expresar, de que manera es influido el acceso a medicamentos en los usuarios del hospital considerando aspectos organizacionales, propios de la institución y algunas características

socioeconómicas de los usuarios que llegan a la farmacia, y grafica en parte la relación de los servicios farmacéuticos del HNMD con los usuarios.

Ilustración 7: Marco conceptual de servicios farmacéuticos a pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007



ADAPTACIÓN DEL MODELO LOGICO DE LA ASISTENCIA FARMACEUTICA (FUENTES: VERA LUCIA LUIZA 2003. Acceso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz Escola Nacional de Saúde Pública Núcleo de Assistência Farmacêutica Centro Colaborador da OPAS/OMS em Políticas Farmacêuticas AVALIAÇÃO NACIONAL DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA AS PVHA Relatório final de Pesquisa Rio de Janeiro, junho de 2006

Un nivel de análisis estuvo en las características y opiniones de los usuarios de consultorios externos del HNMD, que solicitan atención en la farmacia central. A través del cuestionario (Anexo 1) se solicitó los datos necesarios para cuantificar el grado de acceso a medicamentos que tuvo el usuario, e identificar, caracterizar y cuantificar sus características socioeconómicas.

Para consolidar la información socioeconómica de los pacientes en niveles de pobreza (A No pobre, B Pobre y C Pobre extremo), se usó el aplicativo informático del SIS, el mismo que esta instalado en el Servicio de Asistencia Social de todos los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel del Ministerio de Salud del país, que además es el sistema usado para seleccionar a

beneficiarios del SIS<sup>48</sup>. Este sistema utiliza como variables las que se detallan en el Anexo 2.

El otro nivel de análisis fue sobre el desempeño de la farmacia central del hospital, para cuantificar indicadores establecidos internacionalmente, para ello se entrevistó al profesional responsable además de la observación directa de algunos aspectos (Anexo 3).

## **6.2 Planificación operacional**

Se presentó el proyecto del estudio a la dirección del HNMD, explicando la relevancia del tema y aspectos generales del estudio, solicitando la autorización de realizar el trabajo presentado. La dirección emitió el documento de autorización respectiva, y el departamento de farmacia brindó las facilidades para realizar el trabajo.

Las encuestas que se usaron en el estudio, en algunos casos fueron adaptadas de las propuestas por la OMS<sup>49</sup> y en otros considerando todas las variables necesarias para el digitado en el aplicativo del SIS que da como resultado la situación de pobreza del entrevistado<sup>50</sup>. Dichas encuestas fueron validadas por medio de un piloto previo, realizado en la primera semana de mayo 2007 con 20 personas. Tal piloto, permitió optimizar los instrumentos (Anexo 1 y Anexo 3).

Las 160 encuestas a usuarios de la farmacia, fueron realizadas entre el 21 de junio al 23 de julio del año 2007, directamente por la investigadora principal entre las 8:20 a.m. a 2:00 p.m., a pacientes que salían de ser atendidos en la farmacia central del HNMD.

En el abordaje a los usuarios hubo un pequeño número de personas que se negaron a ser entrevistadas, en general alegando falta de tiempo. Cada encuesta aproximadamente demoró entre 10 a 15 minutos, previa firma del término de consentimiento libre y esclarecido TCLE (Anexo 4).

En cuanto a la entrevista y toma de datos de la gestión de la farmacia central, se realizó en horas de la tarde (Anexo 3), cuando la farmacia cierra sus

puertas y procede a descargar de sus tarjetas visibles de control de inventarios todos los productos entregados durante el día. La encuesta se realizó el 1 de agosto y puesto que el último día de todos los meses se realiza un inventario general de todos los productos de la farmacia, fue posible tener toda la información solicitada actualizada para hacer los análisis necesarios al objeto de este estudio.

Una vez que se tuvo los cuestionarios llenos, se procedió a digitar todos los datos en una hoja Excel y también, lo que corresponde a la situación de pobreza, se digitó en el aplicativo informático del SIS cuyos resultados se digitaron en la hoja Excel general. Algunas variables que necesitaban un proceso para hallar porcentajes se procesaron en Excel. Luego se procedió a exportar todos los datos al SPSS 11.5 para su análisis final, cuyo detalle se explicará más adelante.

### 6.2.1 Selección de las unidades de observación:

El lugar físico de nuestro estudio se encuentra en las inmediaciones de la farmacia central del HNDM. Esta farmacia atiende pacientes ambulatorios y hospitalizados. Hay pacientes que compran sus medicamentos, pacientes vinculados al SIS que reciben medicamentos subsidiados y también puede presentarse el caso de haber algún paciente que aduce que no puede pagar y que por alguna razón no está afiliado al SIS. En éste último caso, luego de la evaluación de la asistente social de la institución, puede recibir medicamentos exonerados de pago. Otro tipo de atención puede ser algún beneficiario del SOAT, o algún convenio de atención con alguna otra institución.

El tamaño de la muestra de usuarios a ser encuestados en la farmacia central se calculó de acuerdo a la Ecuación 1<sup>51</sup>, haciendo la corrección para pequeñas poblaciones según la Ecuación 2<sup>51</sup>

Ecuación 1: Cálculo de tamaño de muestra

$$n_0 = \frac{z^2 \times p \times q}{d^2}$$

$n_0$  = Tamaño inicial de la muestra

Z = Intervalo de confianza (1.96 – 95%)

p = Probabilidad de que ocurra el evento (0.5 para 50 % de probabilidad)

q = Probabilidad de que no ocurra el evento (1-0.5=0.5 para 50 % de probabilidad)

d = Margen de error permitido (0.1 ó 10 % de error)

Ecuación 2: Corrección de tamaño de muestra para poblaciones pequeñas

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

n = Tamaño de la muestra luego de corrección para pequeñas poblaciones

n<sub>0</sub> = Tamaño inicial de la muestra

N= Tamaño de la población en estudio

El número de entrevistas se detalla en el Cuadro 3

Cuadro 3: Número de entrevistas

Atenciones diarias	Total de entrevistas	Horas totales (15' por entrev)
675	159	40

### 6.2.2 Entrevistas con los usuarios:

Los criterios de inclusión fueron:

- Tener más de 18 años.
- Tener una receta emitida en consultorio externo.
- Estar procurando medicamentos para ellos mismos o para los familiares del paciente que lo conozcan de cerca y lo apoyen en la administración de medicamentos; en tal caso los datos solicitados todos fueron del paciente, a menos que éste fuera menor de 12 años, en cuyo caso los datos familiares y de apreciación solicitados, fueron del adulto que acompañaba al niño, en el cuestionario se especificó claramente cuando los datos se referían al paciente.
- Estar de acuerdo con participar del cuestionario.

Los usuarios fueron abordados después de que salían de ser atendidos en la farmacia central, y que tenían aproximadamente más de 18 años, luego de informarles que la encuesta era para realizar un estudio autorizado por la

dirección del hospital y por la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz. Se invitó al usuario a participar de un estudio relativo a medicamentos, se pidió su consentimiento informándole además que la entrevista duraría aproximadamente 20 minutos. Luego de aceptar el usuario y firmar el TCLE, se procedió a realizar la entrevista.

### **6.2.3 Entrevistas a los profesionales**

Para el abordaje de la farmacia, se procedió a efectuarla previa coordinación de la jefatura del departamento de farmacia.

Se entrevistó al responsable directo del manejo y administración de medicamentos de la farmacia central, en el propio ambiente donde trabaja para que se tuviera la facilidad de tener la información necesaria para el estudio. Se le informó igualmente de la naturaleza del estudio y sus objetivos, y se procedió a hacer la entrevista y toma de datos de acuerdo al cuestionario y formularios preparados en el Anexo 3.

Las características organizacionales de la farmacia se cuantificaron según los indicadores de proceso y estructura a lo largo de la cadena del suministro de medicamentos, desde la selección al uso de medicamentos, usando el orden descrito en el marco conceptual de la farmacia (Ilustración 7), y también se considerarán indicadores que evidencien la adaptabilidad y aceptabilidad del usuario.

### **6.2.4 Análisis de datos, indicadores y variables.**

Los indicadores y variables que se propuso de acuerdo al marco conceptual de servicios farmacéuticos a pacientes del HNDM (Ilustración 7) se encuentran detallados en el Cuadro 4. Dichas variables e indicadores sirvieron para nuestro análisis, el detalle de ellas y los instrumentos de los cuales fueron desarrolladas se encuentran en el Anexo 5.

Para los fines de este estudio la variable numérica “acceso a medicamentos” se definió como el “porcentaje de medicamentos prescritos efectivamente recibidos por el usuario”, sean pagados por el mismo paciente o a

través de las otras modalidades de financiamiento. Después, también se la transformó en dicotómica: acceso integral, si/no.

Cuadro 4: Indicadores y variables a usar Hospital Nacional Dos de Mayo 2007

<b>Indicador de acceso a medicamentos</b>
% de medicamentos prescritos, recibidos efectivamente por el usuario
<b>Variables de aspectos socioeconómicos</b>
Edad
Número de personas que contribuyen al salario familiar
Trabajo remunerado del paciente en el último mes
Grado de asociatividad
Lugar de vivienda
Sexo
Grado de instrucción del paciente
Grado de instrucción del jefe del hogar
Frecuencia de visita al hospital
Situación de pobreza del paciente
Forma de pago del paciente
<b>Variables de aspectos socioeconómicos influenciados por sectores relacionados</b>
Gasto de dinero para llegar al hospital y volver a su casa en soles
Tiempo que demora en llegar al hospital desde su casa
Tiempo que pasó desde que llegó al hospital hasta que fue atendido en la farmacia
Tiempo que pasó desde que llegó a la farmacia hasta que lo atendieron en la farmacia
Tipo de financiamiento de medicamentos asumido
<b>Indicadores de selección</b>
% de medicamentos existentes que no están en petitorio
% de medicamentos prescritos de petitorio
<b>Indicadores de programación y adquisición</b>
% de medicamentos trazadores no disponibles
% de medicamentos trazadores en substock
% de medicamentos trazadores en sobrestock
% de medicamentos prescritos de petitorio efectivamente atendidos
% de veces que medicamentos prescritos de petitorio, se reportaron desabastecidos en el estudio
<b>Indicadores de almacenamiento/distribución</b>
% de ítems de medicamentos trazadores vencidos
% de medicamentos trazadores vencidos en valor
% promedio ponderado de variación de inventarios en medicamentos trazadores
<b>Indicadores de dispensación</b>
% de medicamentos dispensados adecuadamente rotulados
<b>Indicadores de promoción de uso racional de medicamentos</b>
Número promedio de medicamentos por receta
% de medicamentos prescritos de petitorio
% de medicamentos prescritos con DCI (Denominación común internacional)
% de antimicrobianos prescritos
% de inyectables prescritos
% de inversión real en información de medicamentos ult trim
% de inversión real en actividades para población relacionadas al medicamento
<b>Indicadores de gerenciamiento</b>
% de recetas atendidas al 100%
% de medicamentos prescritos efectivamente atendidos
% de medicamentos no dispensados por no estar disponibles
% de usuarios que califica los precios de los medicamentos baratos
% de usuarios que califica buena la atención en la farmacia
<b>Indicadores de aceptabilidad y adaptabilidad al usuario</b>
% de medicamentos no atendidos por falta de dinero
% de usuarios que califica buena la atención en el hospital
% de usuarios que piensa que la calidad de los medicamentos es buena
% de medicamentos de los cuales el usuario puede interpretar adecuadamente indicaciones médicas

El perfil socioeconómico de los pacientes encuestados tuvo las variables consideradas oficialmente en el Perú en la Ficha FESE (Anexo 2, Anexo 6) del Seguro integral de Salud<sup>50</sup>, además de aquellas que los diferentes autores consideran que pueden tener influencia para el acceso a los servicios de salud<sup>55</sup> y por ende a los medicamentos.

Algunas otras variables fueron transformadas en dicotómicas cuando se encontró pocos datos en algunas de las categorías propuestas, por ejemplo forma de pago, grado de instrucción del paciente y del jefe del hogar, trabajo remunerado del paciente y del jefe del hogar, situación de pobreza, califica atención de farmacia, califica precios y calidad de medicamentos.

Se realizó análisis estadísticos descriptivos de cada una de las variables. Estimándose las medias, medianas, desviaciones estándar, box plots, gráficos de dispersión.

Luego, se hizo un análisis univariado (de cada una de las variables categóricas y cuantitativas confrontadas a la variable dependiente “acceso integral a medicamentos”) buscando identificar las que presentan diferencias significativas, por el método ANOVA cuando se trata de variables continuas y analizar las medidas de efecto, odds ratio (razón de chance) y Chi cuadrado en el caso de variables categóricas. Este proceso nos permitió saber que variables mostraron asociación significativa al hecho de tener acceso integral a medicamentos o no.

Luego se procedió a realizar la regresión lineal. Este modelo multivariado, fue un abordaje metodológico complementario, ya que no sólo vimos el problema de forma univariada sino que se tuvo comprobaciones en el ámbito multivariado de lo ya observado en el ámbito univariado y mostró la mayor o menor asociación de cada variable con la variable dependiente acceso a medicamentos en el contexto de otras variables significativas en el análisis univariado. Así se observó el peso (beta) de cada variable considerándose la presencia de las demás variables en la explicación de la variable acceso a medicamentos que es nuestra variable resultado.

El proceso univariado también se realizó con la variable forma de pago dicotómica para poder tener claridad de la asociación de las diferentes variables con el hecho de ser usuario pagante o no pagante.

La variable que tuvo mayor asociación sobre el acceso a medicamentos (prescripción de medicamentos de petitorio) fue relacionada más ampliamente con el resto de variables por el método univariado, para entender mejor su asociación y esbozar una adecuada interpretación.

### **6.3 Consideraciones éticas**

El trabajo fue presentado al comité de ética de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundação Oswaldo Cruz y al Departamento de Investigación del HNDM, que aprobaran su realización.

A los entrevistados se les leyó el TCLE (Anexo 4) solicitando su consentimiento, el mismo que fue firmado por los entrevistados que consintieron participar del estudio.

Se mantuvo y se mantendrá sigilo y reserva frente a los datos personales.

### **6.4 Limitaciones del estudio**

Como en todo estudio, aún cuando tenga un marco conceptual lógico de direccionamiento de nuestras acciones, este trabajo no puede ser extrapolado para poblaciones mayores, las conclusiones esbozadas servirán para el momento del estudio y para tomarla en cuenta en la institución motivo del estudio.

## 7 RESULTADOS

Del procesamiento de datos obtenidos se detallan los siguientes grupos de resultados:

- Características generales de los usuarios;
- Servicio prestado por la Farmacia Central del HNDM a través de indicadores;
- Acceso a medicamentos por parte de los usuarios ;
- Relación entre los indicadores de acceso de medicamentos con la gestión de farmacia y las características socioeconómicas de los usuarios ambulatorios del HNDM.

### 7.1 Aspectos generales de los usuarios entrevistados y opinión sobre los servicios recibidos

En la Tabla 1 se presentan los resultados de las variables categóricas correspondientes a los aspectos socio demográficos de los usuarios.

Del total de 160 pacientes encuestados, se encontraron 53% de mujeres.

Un 75% de entrevistados refirieron tener como jefe de su hogar a una persona de sexo masculino, y la instrucción del paciente y del jefe del hogar fue de nivel secundario y primario predominantemente (63 y 73% respectivamente).

La mayoría (77.5%) de los jefes de hogar tuvieron como actividad principal la de trabajador remunerado y 65 % de los pacientes dijeron no tener trabajo remunerado el último mes. El 75.6% de los entrevistados dijeron no participar de ninguna organización social, política o religiosa (Tabla 1).

Según los datos obtenidos, 81.3% de los usuarios encuestados pagan por sus medicamentos y solo el 16.9% son beneficiarios del SIS. Además, se tuvo en la muestra un paciente exonerado y dos del SOAT (Seguro de accidentes de tránsito).

Tabla 1: Frecuencia absoluta y relativa de las variables categóricas de identificación por Forma de pago, en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Perú. 2007

Variables categóricas de identificación			Forma de pago dicotómica						p valor**	odds ratio IC 95% *
			Del SIS y no pag(30-18.7%)		Pagantes (130-81.3%)		Total			
			Cantidad	Col %	Cantidad	Col %	Cantidad	Col %		
Acceso a medicamentos	Acceso integral a medicamentos prescritos de petitorio	Si	29	96.67	94	72.31	123	76.88	0.004	11.11 (1.46-84.58)
		No	1	3.33	36	27.69	37	23.13		
	Acceso integral a medicamentos prescritos	Si	27	90.00	59	45.38	86	53.75	0.000	10.83 (3.13-37.49)
		No	3	10.00	71	54.62	74	46.25		
Características socioeconómicas de los entrevistados	Sexo del paciente	Masculino	18	60.00	57	43.85	75	46.88	0.11	1.92 (0.856-4.312)
		Femenino	12	40.00	73	56.15	85	53.13		
	Sexo del jefe del hogar	Masculino	21	70.00	99	76.15	120	75.00	0.483	0.731 (0.303-1.76)
		Femenino	9	30.00	31	23.85	40	25.00		
	Instrucción culminada del paciente	Primaria Secundaria	18	60.00	83	63.85	101	63.13	0.694	0.849 (0.377-1.916)
		Otro	12	40.00	47	36.15	59	36.88		
	Instrucción del jefe del hogar	Primaria Secundaria	22	73.33	95	73.08	117	73.13	0.977	1.013 (0.413 -2.485)
		Otros	8	26.67	35	26.92	43	26.88		
	Trabajo remunerado del paciente	No	29	96.67	75	57.69	104	65.00	0.000	21.267 (2.811-160.89)
		Si	1	3.33	55	42.31	56	35.00		
	Actividad principal Jefe del Hogar	Remunerado	20	66.67	104	80.00	124	77.50	0.115	0.500 (0.209-1.196)
		No remunerado	10	33.33	26	20.00	36	22.50		
	Forma de pago	Pagante			130	100.00	130	81.25	0.000	-----
		SIS	27	90.00			27	16.88		
		Exonerado de pago	1	3.33			1	0.63		
		Otro (SOAT)	2	6.67			2	1.25		
	Situación de pobreza	A - No pobre	3	10.00	40	30.77	43	26.88	0.004	-----
		B - Pobre	16	53.33	72	55.38	88	55.00		
		C - Pobre extremo	11	36.67	18	13.85	29	18.13		
	Situación de pobreza dicotómica	Pobre y Pobre extremo	27	90.00	90	69.23	117	73.13	0.021	4.000 (1.146-13.956)
No pobre		3	10.00	40	30.77	43	26.88			
Asiste a alguna organización	No	24	80.00	97	74.62	121	75.63	0.536	1.361 (0.512-3.618)	
	Si	6	20.00	33	25.38	39	24.38			
Busca medicamentos para uso propio	No	26	86.67	32	24.62	58	36.25	0.000	19.906 (6.46-61.36)	
	Si	4	13.33	98	75.38	102	63.75			
Calificación de calidad de atención y medicamentos	Califica atención de hospital	Buena	14	46.67	46	35.38	60	37.50	0.347	-----
		Regular	12	40.00	65	50.00	77	48.13		
		Mala	4	13.33	18	13.85	22	13.75		
		No sabe o No contesta			1	0.77	1	0.63		
	Califica atención de farmacia	Buena	15	50.00	21	16.15	36	22.50	0.000	5.19 (2.208 - 12.20)
		Otro	15	50.00	109	83.85	124	77.50		
	Califica precios de medic.	Otra opinion	22	73.33	65	50.00	87	54.38	0.021	2.75 (1.142 - 6.625)
		Baratos	8	26.67	65	50.00	73	45.63		
	Califica calidad de medicamentos	Buena	10	33.33	62	47.69	72	45.00	0.154	0.548 (0.238 - 1.262)
		Otros	20	66.67	68	52.31	88	55.00		

\*\*Test X<sup>2</sup> (nivel de significancia de 95%)

\*Intervalo de confianza al nivel de significancia de 95%.

La mayoría de los usuarios entrevistados fueron de la situación de pobreza B (pobre) sobrepasando la mitad (55%), 18.1% fueron de la situación de pobreza C (extremamente pobre) y 26.9 % fueron de la A (no pobre).

Existe 20 veces más opción que los pacientes del SIS y no pagantes tengan a otras personas ayudándolas en recoger sus medicamentos de la farmacia, que ellos mismos. Así mismo este OR también expresa, que la persona que busca medicamentos para si misma, tiene 20 veces más opción de ser pagante, que ser del SIS.

Este mismo tipo de análisis mostró, que hay 21.3 veces más opción de pertenecer al SIS o no pagar por medicamentos cuando el paciente no tiene trabajo remunerado que cuando lo tiene y también que, quien tiene empleo, tiene 21.3 veces más opción de ser pagante.

Lo anteriormente dicho muestra que el esfuerzo del SIS en seleccionar a sus beneficiarios es regularmente eficiente, por lo menos en aquellos que logran hacer el trámite de afiliación al SIS. Sin embargo en la misma tabla se ve que los pobres y los pobres extremos que pagan representan el 69.2% de todos los pagantes. Esto revela que este segmento de población que debería ser beneficiario del SIS de acuerdo a las normas<sup>48</sup> no está siendo adecuadamente coberturado. El OR de dicha variable muestra que hay 4 veces mas opción que un pobre extremo o pobre sea no pagante o del SIS, sin embargo el IC (Intervalo de Confianza) border line compromete la claridad de este hecho. (p valor 0.021 OR 4 IC 1.146-13.95 Tabla 1).

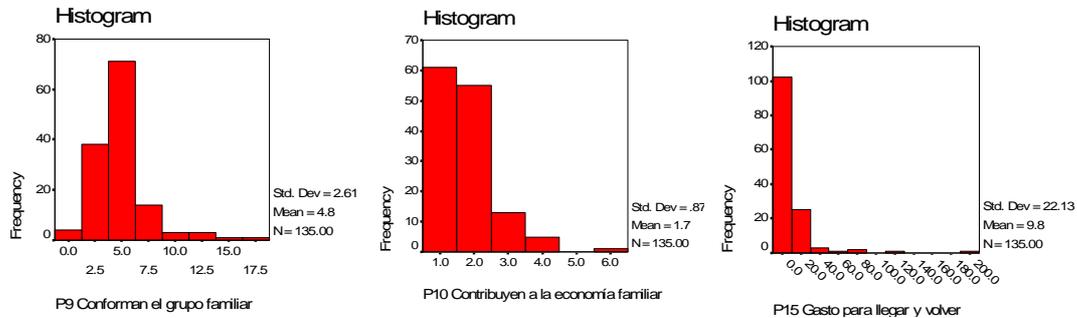
Más de 45% de los usuarios entrevistados opinan que el hospital en su conjunto, tiene una atención regular. En el caso de la farmacia sólo 23% opinaron que la atención es buena. Sin embargo, una persona expresó que en ambos casos la atención es “paupérrima”.

En cuanto al precio y calidad de los medicamentos, 45.6% de los usuarios consideran que son baratos y 45% consideran que son de buena calidad. En la Tabla 1, además se observa que los pacientes que pagan por sus medicamentos significativamente tienen 2.8 veces mas opción de opinar que los medicamentos son baratos frente a la opinión de los pacientes no pagantes.

Hay 5 veces más opción que, pacientes del SIS o no pagantes opinen que la atención de la farmacia es buena, en comparación con los pacientes pagantes, quienes tienen 5 veces más opción de tener otra opinión (Tabla 1).

El número de personas en el grupo familiar en la muestra, tiene como moda 5 personas (Ilustración 8) y el promedio de personas que contribuyen a la economía familiar es 1.8 (Tabla 2, Ilustración 8).

Ilustración 8: Características socio demográficas de los usuarios. Hospital Nacional Dos de Mayo. Perú 2007.



Entre 30 minutos y una hora, fue el tiempo que la mayor proporción de los usuarios necesitaron para llegar al hospital desde sus casas, y en su mayoría necesitan menos de 10 soles para su transporte ida y vuelta hacia el hospital desde sus casas (Tabla 2, Ilustración 8).

Considerando un 95% de significancia, en la Tabla 2, se observa que es significativa la mayor cantidad de veces que visitan el hospital los pacientes del SIS que los pacientes pagantes (18 veces en media para no pagantes y 7 veces entre los pagantes).

En la Ilustración 9 se observa que prácticamente todos los pacientes no pagantes tuvieron 100% de acceso y sólo uno de ellos tenía trabajo remunerado, en cambio la mitad de los pagantes que si tienen trabajo remunerado tuvieron menos de 45% de acceso a medicamentos. El 75% de los pobres extremos que tienen trabajo remunerado apenas llegaron a tener 40% de acceso a medicamentos.

Tabla 2: Medias y desviaciones Standard de las variables numéricas de identificación, por forma de pago de pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

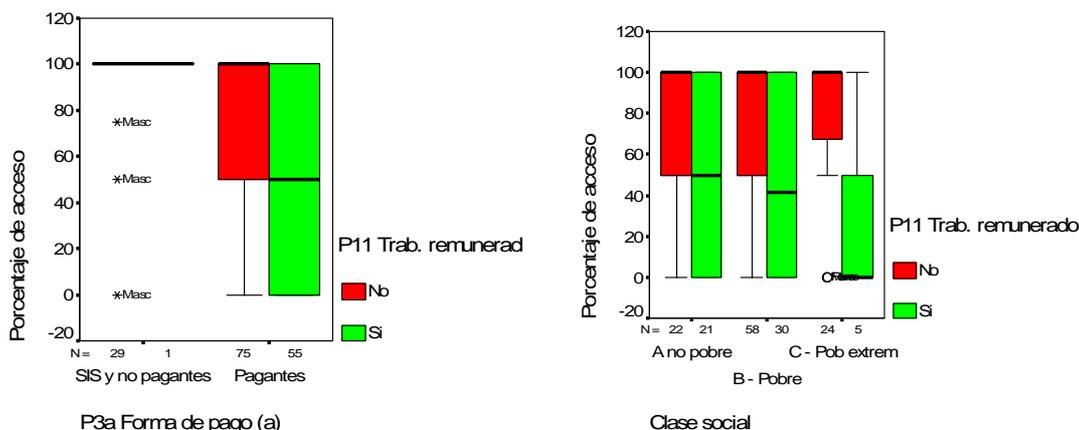
Variables	Paga por medicamentos	N	Media	Std. Deviation	Error Std. Media	Sig (95%)	
						de la Varianza*	de la media en el Test-t
Edad	SIS y no pagantes	30	41.70	24.59	4.49	0.30**	0.56
	Pagante	130	44.29	21.21	1.86		
Núm. de personas que conforman el grupo familiar	SIS y no pagantes	30	5.43	3.00	0.55	0.75**	0.09
	Pagante	130	4.58	2.37	0.21		
Num. de personas que contribuyen a la economía familiar	SIS y no pagantes	30	1.77	0.82	0.15	0.98**	0.98
	Pagante	130	1.76	0.87	0.08		
Veces de visita a hospital último año	SIS y no pagantes	30	17.67	21.21	3.87	0.00	0.01
	Pagante	130	6.74	10.58	0.93		
Gasto para llegar y volver	SIS y no pagantes	30	16.81	35.67	6.51	0.02	0.15
	Pagante	130	7.08	14.61	1.28		
Tiempo de su casa al hospital al paciente	SIS y no pagantes	30	55.73	44.85	8.19	0.84**	0.78
	Pagante	130	52.88	52.46	4.60		
Tiempo de atención Hospital	SIS y no pagantes	30	148.80	92.33	16.86	0.36**	0.35
	Pagante	130	134.16	73.86	6.48		
Tiempo de atención farmacia	SIS y no pagantes	30	23.37	20.54	3.75	0.15**	0.13
	Pagante	130	31.62	27.81	2.44		
Núm. Med. Prescritos por receta	SIS y no pagantes	30	2.97	1.33	0.24	0.27**	0.01
	Pagante	130	2.15	1.62	0.14		
% de acceso a medicamentos de petitorio	SIS y no pagantes	29	98.28	9.28	1.72	0.00	0.00
	Pagante	106	73.88	39.89	3.87		
% de acceso a medicamentos	SIS y no pagantes	30	94.17	20.43	3.73	0.00	0.00
	Pagante	130	58.98	42.68	3.74		
% no atendidos por dinero	SIS y no pagantes	30	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00
	Pagante	130	4.29	18.66	1.64		
% no atendidos por disponibilidad	SIS y no pagantes	30	5.83	20.43	3.73	0.00	0.00
	Pagante	130	27.32	39.32	3.45		
% no atendidos por otro motivo	SIS y no pagantes	30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Pagante	130	9.23	34.28	3.01		
% de los que da buena informacion	SIS y no pagantes	30	90.00	30.51	5.57	0.07**	0.28
	Pagante	130	83.10	34.25	3.00		
% de medic presc de petitorio	SIS y no pagantes	30	95.00	20.13	3.68	0.00	0.00
	Pagante	130	71.22	38.84	3.41		
% de medic presc de petit efectivamente atendidos	SIS y no pagantes	29	98.28	9.28	1.72	0.00	0.00
	Pagante	106	73.88	39.89	3.87		
% de medic presc con DCI	SIS y no pagantes	30	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Pagante	130	68.30	41.30	3.62		
% de medic antimicrobianos presc	SIS y no pagantes	30	8.33	23.06	4.21	0.00	0.01
	Pagante	130	21.57	32.55	2.85		

\* resultado heterocedástico

\*\* resultado homocedástico

En general los que tienen trabajo remunerado sean pobres o no pobres tuvieron mucha variabilidad en el porcentaje de acceso a medicamentos. En cambio los que no tienen trabajo remunerado sean pobres o no pobres o pobres extremos, tienden a tener mayor porcentaje de acceso a medicamentos (Ilustración 9).

### Ilustración 9: Trabajo remunerado/ Forma de pago/ Porcentaje de acceso y Situación de pobreza de usuarios del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007



Se observa también una asociación lineal de estar en el SIS con la situación de pobreza, es decir que, cuanto más pobre, menor la proporción de pagantes (Tabla 3, Tabla 1). En números absolutos no se aprecia la asociación lineal, la misma que se observa a través de los porcentajes correspondientes.

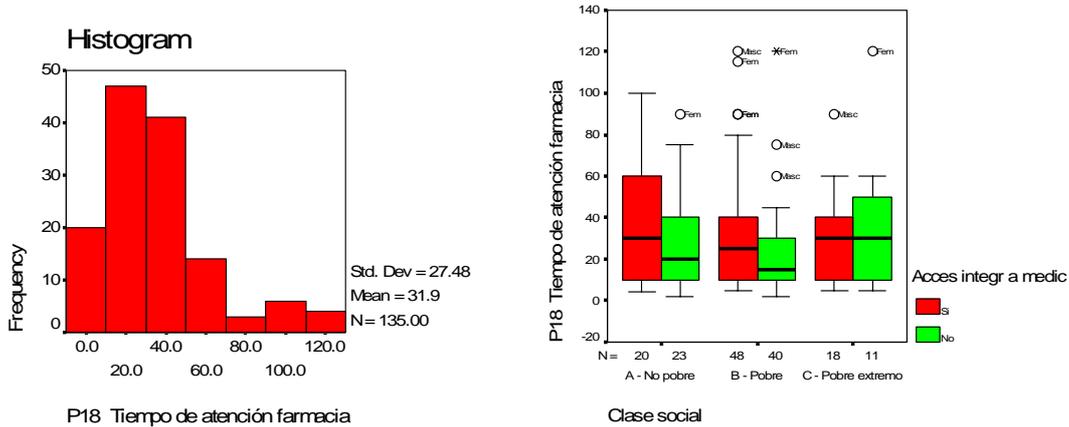
Tabla 3: Situación de pobreza / forma de pago. Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

Situación de pobreza		P3 Forma de pago				Total
		Pagante	SIS	Exonerado de pago	Otro	
A No pobre	N	40	3	0	0	43
	% horizontal	93.0%	7.0%	.0%	.0%	100.0%
	% vertical	30.8%	11.1%	.0%	.0%	26.9%
	% del Total	25.0%	1.9%	.0%	.0%	26.9%
B – Pobre	N	72	14	0	2	88
	% horizontal	81.8%	15.9%	.0%	2.3%	100.0%
	% vertical	55.4%	51.9%	.0%	100.0%	55.0%
	% del Total	45.0%	8.8%	.0%	1.3%	55.0%
C - Pobre extremo	N	18	10	1	0	29
	% horizontal	62.1%	34.5%	3.4%	.0%	100.0%
	% vertical	13.8%	37.0%	100.0%	.0%	18.1%
	% del Total	11.3%	6.3%	.6%	.0%	18.1%
Total	N	130	27	1	2	160
	% horizontal	81.3%	16.9%	.6%	1.3%	100.0%
	% vertical	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total	81.3%	16.9%	.6%	1.3%	100.0%

En la Tabla 3 se ve claramente también, que existen personas de situación de pobreza A no pobre, que acceden al SIS aunque en un bajo porcentaje. Sin embargo es importante anotar aquí, que 62% de los pobres extremos que llegaron

al hospital son usuarios pagantes. Asimismo el 82% de los pobres que fueron entrevistados pagan por los servicios de salud además de medicamentos. Con ello se ve que la eficiencia de la selección de los beneficiarios del SIS no es la más adecuada.

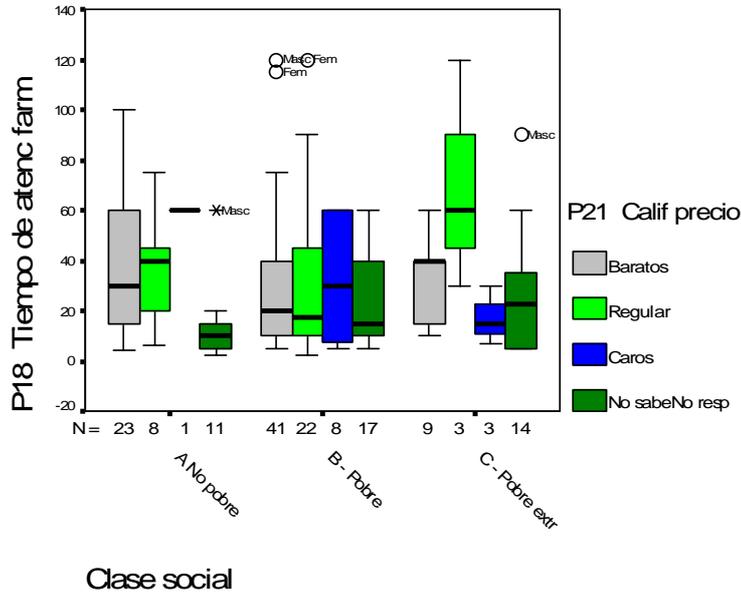
Ilustración 10: Tiempo de atención en farmacia, situación de pobreza y acceso integral a medicamentos en el Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007



En la Ilustración 10 se observa que el tiempo de espera en la atención en farmacia en general va de 20 a 40 minutos. Se observa además que las personas que están en la categoría socioeconómica C (pobre extremo), y que no tienen el acceso integral a los medicamentos, son quienes más tiempo esperaron por la atención en farmacia y el mayor *out lier* fue una mujer. Es posible que por una menor vocalización de sus necesidades esperan largas colas para acceder sólo a parte de los medicamentos o también, que vocalizaron pero, igualmente esperan por la atención de los medicamentos disponibles pues consideran que los precios son regulares o baratos (Ilustración 11).

Obsérvese también que de quienes accedieron integralmente a su prescripción y son de situación de pobreza A no pobre, el 75% de ellos esperaron hasta una hora, para que los atiendan en la farmacia, y hubo una mujer de situación de pobreza A que esperó hasta 90 minutos por la atención en farmacia y no tuvo acceso a todos los medicamentos de su receta (Ilustración 10).

Ilustración 11: Tiempo de atención en farmacia/ calificación precios/situación de pobreza Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007



## 7.2 Caracterización del servicio de farmacia

En la Tabla 4, analizando los indicadores de selección, se observa que hay 14% de medicamentos existentes fuera de petitorio y la prescripción de medicamentos de petitorio alcanza solamente el 79.4%, sugiriendo que la selección de medicamentos no es un proceso adecuadamente establecido en el hospital, que de acuerdo a nuestro modelo lógico es gravitante en el acceso a medicamentos (Ilustración 7).

En cuanto a la programación, es sugerente observar que en solo 36 ítems (medicamentos trazadores), es alto el porcentaje de los productos que tienen substock y/o sobrestock (28 y 14%), y no están disponibles (11%), por lo que se ve claramente una inadecuada programación de medicamentos. Si bien es cierto el porcentaje de medicamentos prescritos de petitorio efectivamente atendidos tiene un porcentaje regularmente aceptable (79.9%) aun no llega a ser el óptimo. En parte a razones de inadecuada programación ya que 2% de veces, los medicamentos prescritos de petitorio se reportaron como desabastecidos al hacer el análisis, sólo de los trazadores no disponibles en las recetas de los entrevistados.

Tabla 4 Tabla de indicadores de la farmacia central del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

INDICADORES FARMACIA CENTRAL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO LIMA JUL 07	MIDE	Valor ideal**	HNDM 2007	FORMULA
<b>Indicadores de selección</b>				
% de medicamentos existentes que no están en petitorio	Gasto en productos cuestionados, o inadecuadamente autorizados	0*	14.1	Número total de ítems de medicamentos no venc. exis. que no son de peti*100/Número total de ítems de medicamentos exist actualmente
% de medicamentos prescritos de petitorio	Racionalidad en la prescripción	100*	79.4	Número total de medicamentos prescritos de petitorio*100/Número total de medicamentos prescritos
<b>Indicadores de programación y adquisición</b>				
% de medicamentos trazadores no disponibles	Ineficacia logística y/o insuficiente capacitación	0*	11.1	Número total de ítems de medicamentos trazad. no exist actualmente*100/Número total de medicamentos trazadores
% de medicamentos trazadores en substock	Ineficacia logística y/o insuficiente capacitación	0*	27.8	Número total de ítems de medicamentos trazadores en substock*100/Número total de medicamentos trazadores
% de medicamentos trazadores en sobrestock	Ineficacia logística y/o insuficiente capacitación	0*	13.9	Número total de ítems de medicamentos trazadores en sobrestock*100/Número total de medicamentos trazadores
% de medicamentos prescritos de petitorio efectivamente atendidos	Coordinación del prescriptor con el dispensador	100*	79.9	Número total de medicamentos de petitorio efectivamente atendidos*100/Número total de medicamentos prescritos de petitorio
% de veces que medicamentos prescritos de petitorio, se reportaron desabastecidos en el estudio	Riesgo de que el desabastecimiento incida en inadecuado acceso en este estudio	0.0	2.0	Número de veces que medicamentos prescritos de petitorio se reportaron desabastecidos en el estudio * 100 / Numero de medicamentos prescritos de petitorio
<b>Indicadores de almacenamiento/distribución</b>				
% de ítems de medicamentos trazadores vencidos	Responsabilidad	0*	3.1	Número total de ítems de medicamentos vencidos*100/(Número total de medicamentos trazadores-Número total de ítems de medicamentos trazad. no exist actualmente)
% de medicamentos trazadores vencidos en valor	Responsabilidad	0*	0.0	Valor total de medicamentos trazadores vencidos*100/Valor total de medicamentos trazadores existentes
% promedio ponderado de variación de inventarios en medicamentos trazadores	Gestión del responsable	0*	27.0	Sumatoria de % de variaciones individuales/sumatoria de ítems de cantidades registradas o físicas
<b>Indicadores de dispensación</b>				
% de medicamentos dispensados adecuadamente rotulados	Adecuada dispensación	100*	100.0	Número de medicamentos dispensados adecuadamente rotulados * 100/ num de medicamentos atendidos efectivamente
<b>Indicadores de promoción de uso racional de medicamentos</b>				
Número promedio de medicamentos por receta	Polifarmacia	1.5*	2.3	Número total de medicamentos prescritos/Número total de recetas encuestadas
% de medicamentos prescritos de petitorio	Racionalidad en la prescripción	100*	79.4	Número total de medicamentos prescritos de petitorio*100/Número total de medicamentos prescritos
% de medicamentos prescritos con DCI	Responsabilidad del prescriptor	100*	78.9	Número total de medicamentos prescritos con DCI*100/Número total de medicamentos prescritos
% de antimicrobianos prescritos	Cuidado de resistencia bacteriana	30*	18.4	Número total de antimicrobianos prescritos *100/Número total de medicamentos prescritos
% de inyectables prescritos	Cuidado de transmisión de enfermedades	20*	26.6	Número total de inyectables prescritos *100/Número total de medicamentos prescritos
% de inversión real en información de medicamentos ult trim	Adecuado manejo financiero	3.0	0.0	Valor total de inversion en informacion de medicamentos ult trim*100/valor total ingreso de dinero por prod farmac ult trim
% de inversión real en actividades para población relacionadas al medicamento	Adecuado manejo financiero	3.0	0.0	Valor total de inversion en proyeccion a la comunidad relacionado al uso de medicamentos/Número total de usuarios encuestados
<b>Indicadores de gerenciamiento</b>				
% de recetas atendidas al 100%	Coordinación del prescriptor con el dispensador	100*	53.8	Número total de recetas atendidas totalmente*100/Número total de recetas encuestadas
% de medicamentos prescritos efectivamente atendidos	Gerenciamiento	100.0	66.1	Número de medicamentos prescritos efectivamente atendidos*100/Número total de medicamentos prescritos
% de medicamentos no dispensados por no estar disponibles	Gerenciamiento	0*	22.5	Número de medicamentos no dispensados por no estar disponibles * 100 / Número total de medicamentos prescritos
% de usuarios que califica los precios de los medicamentos baratos	Gerenciamiento	95.0	45.6	Número de usuarios que califican que los precios de los medicamentos son baratos/Número total de usuarios encuestados
% de usuarios que califica buena la atención en la farmacia	Gerenciamiento	95.0	22.5	Número de usuarios que califican que la atención en la farmacia es buena/Número total de usuarios encuestados
<b>Indicadores de aceptabilidad y adaptabilidad al usuario</b>				
% de medicamentos no atendidos por falta de dinero	Accesibilidad del medicamento	0*	2.7	Número total de medicamentos no atendidos por falta de dinero*100/Número total de medicamentos prescritos
% de usuarios que piensa que la calidad de los medicamentos es buena	Aceptabilidad	95.0	45.0	Número de usuarios que piensa que la calidad de los medicamentos es buena/Número total de usuarios encuestados
% de medicamentos de los cuales el usuario puede interpretar adecuadamente indicaciones médicas	Aceptabilidad	100.0	83.2	Número de medicamentos de los cuales el usuario puede interpretar adecuadamente indicaciones médicas * 100 / numero de medicamentos prescritos

\* Descrito en el Libro Indicadores SISMED DIGEMID Lima Perú 2003

\*\* Ideal considerado por la autora en base a lo aceptable

En cuanto al almacenamiento/distribución, el alto porcentaje de variación de inventarios, según la explicación del jefe de farmacia se debe a la reciente implementación de un software que está siendo validado recién, por lo cual solo

diríamos que tal como está no se muestra adecuado. Igualmente, si bien es cierto el porcentaje de vencidos en valor y en ítems es mínimo, sin embargo debería ser inexistente toda vez que se trata de un grave delito<sup>52</sup> y también refiere a una probable programación de medicamentos ineficiente, además de un inadecuado control de fechas de expiración.

En cuanto a la dispensación en este estudio apenas analizamos un indicador que muestra óptimo grado de aceptabilidad.

En lo referente a la promoción de uso racional de medicamentos observamos que el único indicador que está dentro de lo ideal, considerando datos de aceptabilidad propuestos por la OMS<sup>53</sup> es la prescripción de antimicrobianos (no mayor a 30%), luego en general se observa un uso no racional de medicamentos.

Así, hay un elevado número promedio de medicamentos prescritos por receta (2.3, lo aceptable es no mayor a 1.5), la prescripción de medicamentos de petitorio y en DCI no llegan al 80% cuando lo óptimo es que sea el 100%. También, la cantidad de inyectables prescritos en pacientes ambulatorios sobrepasa el límite máximo (no más de 20%) de lo aceptado según las normas de la OMS<sup>53</sup>.

Los indicadores de gerenciamiento no son muy favorables comparados con lo ideal. Sólo 53.8% de recetas fueron atendidas integralmente, y solo 66.1% de medicamentos prescritos fueron atendidos efectivamente. La no disponibilidad de medicamentos prescritos es alta (22.5%).

En cuanto a la calificación de la atención de la farmacia se observa que solo 22.5% de usuarios la califica como buena.

Entre los indicadores de aceptabilidad y adaptabilidad al usuario, el 2.7% de medicamentos prescritos no fueron atendidos por falta de dinero, el 45.0% de usuarios opina que la calidad de los medicamentos es buena y el porcentaje de los medicamentos prescritos de los cuales el usuario puede interpretar adecuadamente indicaciones médicas llega a 83.2%.

### **7.3 Acceso a medicamentos por parte de los usuarios ambulatorios de la farmacia del Hospital Nacional Dos de Mayo**

En las recetas de los 160 entrevistados se observaron un total de 369 medicamentos prescritos, de los cuales solo 244 (66.1%) fueron efectivamente atendidos en la farmacia (Tabla 4, pág. 49).

Solo 53.8% de usuarios (86 personas) llevaron la totalidad de sus medicamentos prescritos (Tabla 5, pág. 52).

Según el N, número de registros, del ‘% de acceso a medicamentos de petitorio’, hubieron 25 personas (15.6%), 24 pagantes y 1 no pagante, cuya prescripción integra, tuvo solo medicamentos fuera de petitorio (Tabla 2, pág. 45), comprometiendo así, negativamente su acceso integral a medicamentos.

De los 369 medicamentos prescritos, 293 fueron de petitorio que representan 79.4% (Tabla 4), siendo 123 usuarios (76.9%) los que llevaron la totalidad de medicamentos de petitorio prescritos (Tabla 5). Este incremento de acceso frente al 53.8% descrito anteriormente, es comprensible pues la farmacia no tiene autorización de comprar libremente medicamentos fuera de petitorio y tiene la obligación de tener un adecuado abastecimiento de medicamentos de petitorio.

### **7.4 Relación de la gestión de medicamentos con el acceso a medicamentos**

Como fue descrito anteriormente, un adecuado acceso a medicamentos y calidad de uso, depende de que la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución, dispensación y promoción del uso racional de medicamentos cumplan con sus objetivos, así como también se realice un gerenciamiento adecuado de la actividad farmacéutica (Ilustración 7).

Por ello, se justificó la caracterización del servicio de farmacia identificando los indicadores que nos muestren el cumplimiento de dichos objetivos.

Así, el acceso de 66.1% a medicamentos prescritos, muestra claramente que la cadena de suministro de medicamentos no es la más adecuada.

Tabla 5: Distribución de las variables categóricas de identificación y acceso integral a los medicamentos prescritos a pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

Variables categóricas de identificación			Acceso integral a medicamentos prescritos						p valor**	odds ratio IC 95% *	
			Si (86)(53.75%)		No (74)(46.25%)		Total (160)				
			Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %			
Acceso	Acceso integral a medicamentos prescritos de petitorio	Si	85	98.84	38	51.35	123	76.88	0.000	80.53 (10.65 - 609.147)	
		No	1	1.16	36	48.65	37	23.13			
Características socioeconómicas	Situación de pobreza	A	20	23.26	23	31.08	43	26.88	0.189	-----	
		B - Pobre	48	55.81	40	54.05	88	55.00			
		C - Pobre extremo	18	20.93	11	14.86	29	18.13			
	Situación de pobreza dicotómica	Pobre y Pobre extremo	48	55.81	40	54.05	88	55.00	0.823	1.074 (0.575 - 2.005)	
		No pobre	38	44.19	34	45.95	72	45.00			
	Forma de pago	SIS y no pagantes	27	31.40	3	4.05	30	18.75	0.000	10.83 (3.13 - 37.49)	
		Pagante	59	68.60	71	95.95	130	81.25			
		Busca medicamentos para uso propio	No	39	45.35	19	25.68	58	36.25	0.01	2.4 (1.23 - 4.71)
			Si	47	54.65	55	74.32	102	63.75		
		Asiste a alguna organización	No asiste	63	73.26	58	78.38	121	75.63	0.452	0.76 (0.36 - 1.57)
			Asiste a alguna	23	26.74	16	21.62	39	24.38		
Trabajo remunerado del paciente		No	67	77.91	37	50.00	104	65.00	0.000	3.526 (1.78 - 6.985)	
		Si	19	22.09	37	50.00	56	35.00			
Actividad principal del jefe del hogar		Remunerado	62	72.09	62	83.78	124	77.50	0.077	0.50 (0.23 - 1.088)	
		No remunerado	24	27.91	12	16.22	36	22.50			
Sexo del paciente		Masc	44	51.16	31	41.89	75	46.88	0.241	1.45 (0.78 - 2.72)	
		Fem	42	48.84	43	58.11	85	53.13			
Sexo del jefe del hogar	Masculino	64	74.42	56	75.68	120	75.00	0.855	0.935 (0.456 - 1.92)		
	Femenino	22	25.58	18	24.32	40	25.00				
Calificación de calidad de atención y medicamentos	Califica atención de hospital	Buena	32	37.21	28	37.84	60	37.50	0.883	----	
		Regular	43	50.00	34	45.95	77	48.13			
		Mala	10	11.63	12	16.22	22	13.75			
		No sabe o No contesta	1	1.16			1	0.63			
	Califica atención de farmacia	Buena	15	50.00	21	16.15	36	22.50	0.001	-----	
		Regular	9	30.00	64	49.23	73	45.63			
		Mala	6	20.00	44	33.85	50	31.25			
		No sabe o No contesta			1	0.77	1	0.63			
	Califica atención de farmacia	Buena	30	34.88	6	8.11	36	22.50	0	6.07 (2.36 - 15.62)	
		Otro	56	65.12	68	91.89	124	77.50			
	Califica precios de medic.	Otra opinion	45	52.33	42	56.76	87	54.38	0.575	0.836 (0.448 - 1.562)	
		Baratos	41	47.67	32	43.24	73	45.63			
Califica calidad de medicamentos	Buena	44	51.16	28	37.84	72	45.00	0.091	1.721 (0.915 - 3.238)		
	Otros	42	48.84	46	62.16	88	55.00				

\*\*Test X<sup>2</sup> (nivel de significancia de 95%)

\* Intervalo de confianza al nivel de significancia de 95%.

En la Tabla 5, se detallan los resultados de análisis de Chi cuadrado y la razón de chance (*odds ratio*) OR, de las variables categóricas de exposición con nuestra variable en estudio, acceso integral a los medicamentos prescritos.

Según el OR significativo hallado para la variable “acceso integral a medicamentos de petitorio”, hay 81 veces más opción de tener acceso a

medicamentos cuando todos los medicamentos recetados son parte del petitorio, que cuando hay otros medicamentos prescritos que no son parte del petitorio autorizado. Este dato es muy importante ya que refleja el impacto de la adhesión de los prescriptores al petitorio. La baja adhesión puede ser resultado de diferentes factores como la propaganda médica. Puede también influir la insuficiente coordinación entre los prescriptores y el comité farmacológico. Pero es gravitante esta adhesión al petitorio, para que el paciente tenga o no un adecuado acceso a medicamentos.

En la Tabla 1 (pág. 42), se observa que según el OR hallado para la variable acceso a medicamentos de petitorio, hay 11 veces más opción para pacientes no pagantes, de tener acceso integral a los medicamentos, pues se les prescribe preferentemente medicamentos de petitorio. Esto se debe a que esta normado que para los pacientes del SIS y exonerados sólo se da medicamentos de petitorio, y como observamos antes, la farmacia tiene obligación de tener un adecuado stock de medicamentos de petitorio.

Hay 5 veces más opción de no tener acceso integral a medicamentos cuando la prescripción de medicamentos es íntegramente productos fuera de petitorio (Tabla 6).

Tabla 6: Prescripción de medicamentos de petitorio relacionado al acceso integral a medicamentos y características socioeconómicas y opinión de los usuarios del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

Variables		Al menos un medicamento prescrito en la receta fue de petitorio						p valor**	odds ratio IC 95% *
		Si		No		Total			
		Count	Col %	Count	Col %	Count	Col %		
Acceso integral a medicamentos prescritos	Si	80	59.26	6	24.00	86	53.75	0.001	4.61 (1.73-12.27)
	No	55	40.74	19	76.00	74	46.25		
Trabajo remunerado del paciente	No	93	68.89	11	44.00	104	65.00	0.017	2.818 (1.181-6.725)
	Si	42	31.11	14	56.00	56	35.00		
Califica atención de farmacia	Buena	35	25.93	1	4.00	36	22.50	0.016	8.4 (1.09 - 64.41)
	Otro	100	74.07	24	96.00	124	77.50		
Califica precios de medicamentos	Baratos	65	48.15	8	32.00	73	45.63	0.02	-----
	Regular	29	21.48	4	16.00	33	20.63		
	Caros	11	8.15	1	4.00	12	7.50		
	No sabe o No contesta	30	22.22	12	48.00	42	26.25		

\*\*Test X<sup>2</sup> (nivel de significancia de 95%)

\* Intervalo de confianza al nivel de significancia de 95%.

En la Tabla 5, se observa que el OR para la calificación de la atención de la farmacia es significativo en relación al acceso integral de la prescripción, así, hay 6 veces más opción que una persona califique de buena la atención de la

farmacia, cuando obtiene todos sus medicamentos, lo cual es absolutamente razonable. Sin embargo en la Tabla 1 (pág. 42), se observa que ésta calificación es marcadamente mayor para pacientes que son del SIS o no pagantes (50% frente a 16.5% en usuarios pagantes) y también muestra que hay 6 veces más opción que una persona que paga por sus medicamentos opine diferente a que la atención de farmacia sea buena.

Tabla 7: Medias y desviaciones Standard de las variables numéricas de identificación, por acceso integral a medicamentos en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

Variables	Acceso integral a medicamentos prescritos	Media	Error Std. Media	Sig (95%) de la Varianza*	Sig (95%) de la media en el Test-t
Edad	Si	43.43	2.43	0.26**	0.82
	No	44.24	2.46		
Núm. de personas que conforman el grupo familiar	Si	5.19	0.32	0.04	0.01
	No	4.23	0.21		
Núm. de personas que contribuyen a la economía familiar	Si	1.80	0.10	0.55**	0.53
	No	1.72	0.09		
Veces de visita a hospital últ. año	Si	11.12	1.82	0.01	0.02
	No	6.08	0.97		
Tiempo de su casa al hospital al paciente	Si	56.36	6.02	0.64**	0.43
	No	50.00	5.21		
Gasto para llegar y volver	Si	11.57	2.89	0.01	0.06
	No	5.81	0.91		
Tiempo de atención Hospital	Si	135.78	8.81	0.35*	0.84
	No	138.22	8.48		
Tiempo de atención farmacia	Si	33.12	3.00	0.20**	0.12
	No	26.54	2.92		
Núm. Med. prescritos	Si	2.08	0.13	0.21**	0.05
	No	2.57	0.23		
% de acceso a medicamentos de petitorio	Si	98.75	1.25	0.00	0.00
	No	50.58	5.73		
% de acceso a medicamentos	Si	100.00	0.00	0.00	0.00
	No	25.57	3.24		
% No atendidos por dinero	Si	0.00	0.00	0.00	0.01
	No	7.55	2.82		
% No atendidos por disponibilidad	Si	0.00	0.00	0.00	0.00
	No	50.36	4.75		
% no atendidos por otro motivo	Si	0.00	0.00	0.00	0.00
	No	16.22	5.15		
% de medicamentos de los que da buena información	Si	95.93	2.06	0.00	0.00
	No	70.99	4.79		
% de medic presc de petitorio	Si	91.28	2.89	0.00	0.00
	No	57.55	4.59		
% de medic presc de petit efectivamente atendidos	Si	98.75	1.25	0.00	0.00
	No	50.58	5.73		
% de medic presc con DCI	Si	92.64	2.65	0.00	0.00
	No	52.87	4.91		
% de medic inyect presc	Si	32.16	4.40	0.92**	0.26
	No	15.78	3.65		
% de medic antimicrobianos presc	Si	16.67	3.57	0.99**	0.30
	No	21.83	3.40		

\* resultado heterocedástico

\*\* resultado homocedástico

En la Tabla 7, es interesante notar que el promedio de medicamentos prescritos es menor para los que tuvieron acceso integral a los medicamentos (2.1 frente a 2.6 para los que no tuvieron acceso integral a medicamentos), de una manera significativa al nivel de 6%. Esto apoya el concepto de la irracionalidad de

la polifarmacia. Sin embargo la Tabla 2, a una significancia de 5%, muestra que los pacientes no pagantes tienen un promedio significativamente más alto de medicamentos prescritos (3 entre los no pagantes y 2 entre pagantes) tal vez por el “riesgo moral” de un seguro, relatado en la literatura de economía de la salud<sup>54</sup>.

El promedio de medicamentos efectivamente atendidos a cada usuario, tres entre los no pagantes y uno entre pagantes (Tabla 2, pág. 45), son en mayor proporción para los no pagantes y por supuesto, también para aquellos que logran el acceso integral a medicamentos, 2 entre los que tienen acceso integral a medicamentos y 1 entre los que no lo tienen (Tabla 7).

En el caso de la no disponibilidad de medicamentos, es claro que se mostró significativa para no lograr el acceso integral a medicamentos (Tabla 7), sin embargo en la Tabla 2 se observa que los usuarios pagantes, son quienes tienen significativamente, un promedio más alto de medicamentos no atendidos por falta de disponibilidad en la farmacia, que los pacientes no pagantes, por lo que es comprensible su baja calificación a la atención del hospital en general y de la farmacia en particular (Tabla 1).

Tabla 8: Medias y desviaciones Standard de algunas variables numéricas de identificación, por el hecho de tener medicamentos prescritos de petitorio en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima Perú 2007

Variables	Al menos un medicamento prescrito en la receta fue de petitorio	Media	Std. Deviation	Error Std. Media	Sig (95%) de la media en el Test-t
Núm de medic presc con DCI	Si	2.12	1.73	0.15	0.00
	No	0.20	0.41	0.08	
Núm de medic inyect presc	Si	0.71	1.01	0.09	0.00
	No	0.08	0.28	0.06	
Núm de medic antimicrobianos presc	Si	0.48	0.75	0.06	0.00
	No	0.12	0.44	0.09	
% no atendidos por disponibilidad	Si	13.53	26.61	2.29	0.00
	No	76.00	43.59	8.72	
% de medic presc con DCI	Si	85.03	29.35	2.53	0.00
	No	16.00	34.52	6.90	

En el caso de antimicrobianos sucede lo contrario, los que tienen mayor promedio de antimicrobianos (0.64) en su receta, son los que no tuvieron acceso integral a medicamentos (Tabla 7) y en la Tabla 2 se aprecia que son los pacientes pagantes los que tienen mayor promedio de antimicrobianos prescritos (0.49). En la Tabla 8 se observa que es mínimo el número de antimicrobianos prescritos fuera de petitorio (0.12). Así, se puede decir que los antimicrobianos

prescritos en el HNDM no siempre se encuentran disponibles en la farmacia central a pesar de ser de petitorio, y en esta muestra fueron prescritos en mayor proporción a pacientes pagantes.

Finalmente, es sugerente apreciar en la Tabla 7, que, el porcentaje de medicamentos prescritos con DCI fue significativamente mayor para aquellos que tuvieron el acceso integral a medicamentos (92,6%), que para los que no alcanzaron a tener acceso a todos sus medicamentos prescritos(52,9%) Esto puede deberse a que los productos fuera de petitorio que habíamos visto anteriormente, son en gran medida los responsables para que no haya acceso integral a medicamentos, generalmente son prescritos con nombre comercial (Tabla 8). También, como muestra la Tabla 2 (pág. 45), los pacientes no pagantes tienen 100% de prescripción con DCI, y como habíamos visto, son ellos quienes tienen más opción de tener acceso integral a medicamentos.

Ya en el análisis multivariado en la regresión lineal, considerando como variable dependiente el porcentaje de acceso a medicamentos en presencia de todas las variables, el R<sup>2</sup> nos indica que el sétimo modelo es el que tiene mejor predictor, así, muestra que 63% del porcentaje de acceso a medicamentos, es explicado por las siguientes variables (Tabla 9):

- Variables relacionadas a la gestión de farmacia: Acceso integral a medicamentos prescritos de petitorio, calificación de la atención de farmacia y de la calidad de los medicamentos.
- Variable relacionada a características socioeconómicas de los usuarios: Trabajo remunerado del paciente.

El mismo R<sup>2</sup> explica que el 37% del acceso integral a medicamentos puede ser explicado por otras variables diferentes a las listadas en esta regresión.

Como es de suponer, la regresión confirma el gran peso que tiene la gestión de la farmacia (3 variables de las 4 del modelo) y las condiciones sociales del paciente (1 variable de las 4 del modelo) para que haya un adecuado acceso a medicamentos. También nos ayuda a puntualizar en el caso del HNDM, cuales

son las variables que muestran mayor asociación con la falta de acceso a medicamentos.

Tabla 9: Regresión Linear con la variable dependiente Porcentaje de acceso a medicamentos en la farmacia central del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007 Lima Perú

Model final	Unstandardized Coefficients		Sig.	95% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	-11.165	6.547	.090	-24.098	1.768
PMDCI % de medicamentos prescritos con DCI	.531	.055	.000	.423	.639
Acceso integral a medicamentos prescritos de petitorio	45.641	4.935	.000	35.892	55.390
P11 Trabajo remunerado del paciente	-10.974	4.453	.015	-19.770	-2.177
P20a Calificación de atención de farmacia	10.775	5.162	.038	.579	20.972
P22a calificación de calidad de medicamentos	8.053	4.187	.056	-.218	16.324

a Dependent Variable: Porcentaje de acceso

Según los valores beta de la regresión linear (Tabla 9) tenemos como ecuación final la que se presenta en el Cuadro 5.

Cuadro 5. Ecuación final de regresión linear, Porcentaje de acceso a medicamentos, farmacia central Hospital Nacional Dos de Mayo 2007 Lima Perú

$$\text{Porcentaje de Acceso a medicamentos} = -11.165 + 0.531 (\% \text{ de medicamentos prescritos con DCI}) + 45.641 (\text{acceso integral a medicamentos de petitorio}) - 10.974 (\text{trabajo remunerado del paciente}) + 10.775 (\text{calificación de atención de farmacia}) + 8.053 (\text{Calificación de calidad de medicamentos})$$

Con base en la ecuación se puede observar que:

- por cada punto porcentual de prescripción con DCI se incrementa el acceso en 0.53 puntos porcentuales.
- quien tiene en su prescripción 100% de medicamentos de petitorio tiene 45.6 puntos porcentuales más, de acceso a medicamentos.
- quien tiene trabajo remunerado tiene 11 puntos porcentuales menos de acceso a medicamentos, según los datos de ésta muestra.

- quienes opinan que la atención de farmacia es buena tienen 10.8 puntos porcentuales más, de acceso a medicamentos.
- quienes opinan que la calidad de los medicamentos es buena tienen 8.1 puntos porcentuales más, de acceso a medicamentos.

## **7.5 Relación de Acceso a medicamentos y características socio económicas**

En el capítulo de metodología, describimos el marco teórico de servicios farmacéuticos en el HNDM. Allí se visualiza que los usuarios, dependiendo de sus características socioeconómicas y de salud, pueden pertenecer a diferentes formas de financiamiento de sus medicamentos y de allí se diferenciará también su posible acceso a medicamentos. Por ello se hace el estudio de la relación de sus características socioeconómicas relacionándolas al acceso a medicamentos (Ilustración 7).

Hay 11 veces más opción de tener acceso integral a medicamentos para quienes no pagan por sus medicamentos que para aquellos que si lo hacen (OR Tabla 1, Tabla 5). En cuanto a ello, es importante recordar que en este tipo de pacientes solo se reconoce el reembolso y atención de medicamentos que están en petitorio. Quizá, por ello las prescripciones obedecen más cercanamente a las disposiciones de racionalidad en el uso de medicamentos y los pacientes tienen mayor opción de tener acceso integral a los mismos.

Hay 4 veces más opción de tener acceso integral a los medicamentos cuando la persona no tiene trabajo remunerado que cuando si lo tiene (OR Tabla 5). Este hecho además está detallado en la Tabla 1 donde se observa que justamente los que pertenecen al SIS o no pagan por sus medicinas, tienen 21.3 veces más opción de no tener trabajo remunerado, y 11 veces más opción de tener acceso integral a medicamentos. Todo ello, refuerza lo ya dicho en el párrafo anterior y lo que comentamos anteriormente, de que el SIS en su proceso de selección de afiliados es regularmente eficiente, aunque, como ya dijimos también, lo es sólo para aquellos que logran hacer los trámites respectivos, quedando sin cobertura adecuada varios pobres y pobres extremos que terminan pagando por sus medicamentos y servicios de salud.

De hecho el esfuerzo del país en lograr equidad en el acceso a los servicios de salud, en parte se ve plasmada en lo anteriormente encontrado, ya que los más pobres han tenido un mejor acceso, aunque es necesario mejorar el sistema de afiliación para que en verdad todos los que califican para ser beneficiarios del SIS, realmente tengan ese beneficio.

Se encontró también que existe 2.4 veces, más opción de acceder a los medicamentos recetados cuando se trata de obtenerlos para otra persona que para si mismo. Esto refuerza los estudios que las personas que tienen mayor asociatividad tienen mayores posibilidades de obtener acceso a beneficios que las que están solas<sup>55</sup>. Así también, como ya vimos anteriormente, los pacientes del SIS tienen más opción de que tengan a otras personas que buscan medicamentos para ellos.

Como era de esperarse, hay 6 veces más opción de que las personas que acceden integralmente a sus medicamentos opinen que la atención de la farmacia es buena, que además, como vimos en la Tabla 1 son personas que no pagan quienes tienen 5 veces más opción de tener esta opinión.

En la Tabla 7 se detallan las medias y Desviaciones Standard de las variables numéricas de identificación con la variable de estudio, acceso integral a medicamentos.

El promedio de número de personas que conforman el grupo familiar es significativamente mayor en los casos que hubo acceso integral a medicamentos (5), que en los que no tuvieron acceso integral (4).

Por otro lado, las personas que tuvieron acceso integral a medicamentos tienen un significativo mayor número de visitas al hospital (11 veces frente a 6 visitas de los que no tuvieron acceso integral). En la Tabla 2 se observa que quienes visitan más veces el hospital son personas del SIS o no pagantes (18 veces frente a 7 veces de los pagantes)

Aunque solo al 94% de significancia, las personas que tienen acceso a la integridad de su prescripción gastan más para trasladarse al hospital (11.6 soles) que las que no tienen acceso integral a medicamentos (5.8 soles). En la Tabla 2

se observa que los pacientes no pagantes tienen mayor promedio de gasto en su traslado al hospital que los pagantes (16.8 soles frente a 7 soles de los pagantes) aunque según el test t de student no es estadísticamente significativa esa diferencia.

Finalmente, como fue visto en las regresión lineal (Tabla 9) la variable socioeconómica que muestra mayor asociación a la falta de acceso es el trabajo remunerado del paciente, es decir que, quien no tiene trabajo remunerado tiene mayor opción de tener acceso a medicamentos en el HNDM, siempre que haga los tramites respectivos para estar en el SIS.

## 8 DISCUSIÓN

Luego de estudiar que variables socioeconómicas y de gestión institucional tienen mayor asociación con el acceso a medicamentos en el HNDM, podemos observar en que medida se ha plasmado el esfuerzo de lograr acceso equitativo a servicios de salud y medicamentos en una porción de la población peruana. Este hecho alude a lo ya expresado por otros autores que el acceso a medicamentos es considerado un indicador de la eficacia y la equidad de un sistema de salud<sup>4</sup>.

Los resultados de éste estudio muestran que la mayoría de usuarios entrevistados en las inmediaciones de la farmacia central del HNDM, fueron pagantes (81.3%) y no tuvieron adecuado acceso a medicamentos. Apenas 18.7% son del SIS y no pagantes, quienes mostraron tener mejor acceso a medicamentos.

Según los resultados obtenidos, el 73% de los usuarios entrevistados fueron pobres y pobres extremos (Tabla 3).

El 69.2% de los pagantes fueron pobres y pobres extremos y ésta condición social es del 90% de los no pagantes (Tabla 1).

Evaluando la equidad que promueve el país a través de éstos resultados, se puede decir que lo logra significativamente en los que hacen trámites para no pagar, que este estudio mostró que sólo representan el 18.7% del total. Sin embargo quedan a merced del sistema privado los pobres y pobres extremos que

no hicieron los trámites para no pagar además de los que tienen suficiente solvencia para pagar, que igualmente no tuvieron adecuado acceso a medicamentos, todos ellos representan el 81.3% del total.

Ello muestra lo inequitativo, ineficiente e injusto del sistema público de salud peruano ya descrito en otros estudios<sup>10</sup>, ya que aquellos que no tuvieron adecuado acceso dentro de un hospital del sistema público quedan a merced del sistema privado en donde sólo los que tienen solvencia económica tendrán mayor probabilidad de acceder a los medicamentos requeridos.

Por ello hay un gran reto en el país, para captar adecuadamente a todos los peruanos que necesitan una atención de salud oportuna y justa, dicho reto puede ser trasladado al SIS que ya tiene 10 años de funcionamiento (considerando el seguro escolar y materno infantil iniciales), que tal vez pueda mejorar su sistema de afiliación. Otra posibilidad podría ser la materialización de una universalización real del acceso a servicios de salud incorporando la unificación de servicios, y la solidaridad que el sistema de Costa Rica ha demostrado que funciona<sup>10</sup>.

Esta universalización consideraría no sólo la consagración del derecho a la salud, sino un hecho práctico, ya que la población peruana es 48.4% pobre<sup>23</sup> y la focalización por si sola es sostenible cuando la población a focalizar es pequeña, pero no cuando es tan amplia. Por otro lado, la focalización no debe significar que los usuarios pagantes que se acercan requiriendo servicios de un establecimiento del MINSA deban quedar sin un adecuado acceso a servicios de salud y medicamentos. En todo caso la focalización podría servir sólo como una herramienta para operativizar el financiamiento final de un proceso universal solidario de cobertura.

La regresión lineal mostró que los dos hechos que con más fuerza limitaron el acceso a medicamentos fueron, prescripción de medicamentos fuera de petitorio (relación de productos farmacéuticos autorizados para su dispensación en establecimientos públicos de salud) y tener un trabajo remunerado (lo que sugiere este dato es que, quien tiene un pequeño trabajo remunerado no tiene SIS).

Estos datos sugieren claramente que el diseño de la política farmacéutica en el HNMD en adelante, debe tender a mejorar en especial la selección de medicamentos y promoción del uso racional de los mismos, sin descuidar por cierto el resto de componentes de la cadena del suministro. Ello implica que se dé prioridad a los trabajos de socialización del petitorio institucional de medicamentos, permitiendo la participación activa de todos los prescriptores del hospital en su definición. Es importante resaltar que la prescripción de medicamentos fuera de petitorio fue en mayor proporción a pacientes pagantes, es decir el Seguro Integral de Salud en parte ha contribuido a mejorar la adhesión a la prescripción de medicamentos de petitorio. La falta de atención del medicamento por no haber disponibilidad del producto se debe también al hecho que el medicamento prescrito no está en petitorio (Tabla 8).

Además, la regresión sugiere que el sistema de afiliación debe evaluarse adecuadamente como ya comentamos en un párrafo anterior, pues el hecho de que un paciente tenga un pequeño trabajo remunerado hace que por alguna razón no sea beneficiario del SIS y por lo tanto queda en riesgo de no tener acceso adecuado a los servicios de salud y a medicamentos sin perder su condición social de pobres o pobres extremos según los datos de este estudio. Al ser la afiliación un trabajo que no realiza directamente el hospital, salvo casos de emergencia, esta política debería ser implementada desde nivel central, redirigiendo la forma en que actualmente se está realizando.

La regresión lineal muestra también, que la percepción del usuario en cuanto a calidad de atención y calidad de los medicamentos está en directa relación al acceso adecuado a medicamentos. Lo cual es razonable.

Otro aspecto importante de destacar es la asociación que hay entre el hecho de que las personas que son del SIS que llegan al HNMD tengan en mayor proporción a otras personas ayudándolos en recoger sus medicamentos. Esto alude a los estudios que identifican una asociación directa entre capital social y salud<sup>55</sup>.

También se observa que en media hay una significativa diferencia entre el número de medicamentos prescritos a pacientes no pagantes, que es mayor,

frente al número de medicamentos prescritos a pacientes pagantes. Esto podría estar asociado al riesgo moral que refiere la literatura de economía de la salud<sup>54</sup>.

El hecho que los antimicrobianos prescritos en el HNMD no siempre se encuentran disponibles en la farmacia central a pesar de ser del petitorio, es un hecho que debería ser analizado y corregido por los que realizan la gestión de medicamentos en la farmacia central del HNMD.

Creo importante resaltar también que el 75% de los pacientes no pobres, que tuvieron acceso integral de medicamentos, esperaron por su atención en la farmacia hasta una hora, siendo este máximo tiempo de espera, mayor al máximo tiempo de espera del 75% del resto de pacientes, lo que puede explicarse, ya que los no pobres opinan en su mayoría que los medicamentos son baratos (Ilustración 10, Ilustración 11).

Según el estudio de la Oficina General de Epidemiología (OGE) del MINSA la tendencia de la utilización de los servicios de salud es creciente para cada nivel de ingreso. Sin embargo la población más pobre ha perdido participación en la composición de la población usuaria del MINSA entre 1994 y el año 2000; así redujo su participación del 22 al 18% en dicho periodo, mientras que la no pobre aumentó su participación<sup>56</sup>.

También hay un estudio que refiere que el Hospital Loayza registra solo 13% de pobres y pobres extremos atendidos<sup>57</sup>.

Dichos estudios muestran una gran diferencia con lo hallado en este estudio para el caso de los usuarios de la farmacia central del HNMD, valdría en adelante tener en consideración un estudio comparativo de los hospitales nacionales, quizás ésta diferencia sea por las zonas de ubicación en donde se encuentran ambos hospitales.

## 9 CONCLUSIÓN

Se puede concluir después de éste estudio, que en la farmacia central del HNMD se atiende en su mayoría a pacientes pobres y pobres extremos, quienes también en alta proporción pagan por la atención de salud en el HNMD además de sus medicamentos. Lo cual muestra que el esfuerzo de lograr equidad en la atención de salud implementado en el Perú, no se ha plasmado aún adecuadamente y requiere de un redireccionamiento comprometido con la salud de la población peruana.

El acceso a medicamentos prescritos principalmente está limitado por el hecho que la prescripción no siempre está de acuerdo a la lista oficial del petitorio de medicamentos institucional lo cual es posible corregir con un trabajo decidido y adecuado en el HNMD.

Otro aspecto que limita el acceso a medicamentos de una forma importante según este estudio, es el hecho de tener un trabajo remunerado, esto parece disminuir la posibilidad de ser beneficiario del SIS o exoneración y por lo tanto la adhesión a la prescripción de medicamentos según el petitorio institucional es menos probable, lo que lleva a que el paciente tenga inadecuado acceso a medicamentos.

Según los resultados de éste estudio se puede decir que si la prescripción de medicamentos fuera toda, de acuerdo al petitorio institucional y todos los productos de petitorio estuvieran disponibles se podría solucionar el acceso a medicamentos en el HNMD. Sin embargo es posible que los pobres y pobres extremos sigan pagando por los servicios de salud y medicamentos, agudizando su situación de pobreza.

Por ello creo, que este estudio puede servir para que los decisores de la política de salud y medicamentos en el Perú dirijan sus acciones a favor de la salud de la población.

Numero:

## Anexo 1: Cuestionario para usuarios



HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-



### ACCESO A MEDICAMENTOS - Usuario

Fecha:    /    /			
Inicio de encuesta:    h        min.		Fin de la encuesta:    h        min.	
Encuestador (iniciales):			

#### **Informaciones Generales del usuario**

Marque con x la respuesta que considera correcta

**P1** Usted está solicitando medicamentos para su uso o para que otra persona use?

- 1  Para mi mismo *Ir para pregunta 3*  
 2  Para otras personas *Ir para pregunta 2,*  
 3  Para mí y para otras personas *Ir para pregunta 2, si es positivo elaborar dos encuestas.*

**P2** Usted apoya a la otra persona en su tratamiento?

- 1  Sí *solicitar autorización para proseguir la entrevista. Si la persona está de acuerdo, solicitar que signe el TCLE*  
 2  No *agradecer y cerrar la entrevista*

**P3** Su forma de pago será a través de:

- 1  Soy usuario pagante  
 2  Seguro integral de salud SIS  
 3  Soy exonerado de pago  
 4  Otro.....  
*agradecer y cerrar la entrevista explicando que solo está dirigida para las otras modalidades*

**P4** Su primer nombre? Sr.

Sra(ita)..... *No es obligatorio que conteste*

**P5** Donde vive?

- 1 Departamento:.....  
 .....  
 2 Provincia:.....  
 .....  
 3 Distrito:.....  
 .....  
 4 Centro poblado  
 5 Ámbito  
 i)  Urbano  
 ii)  Urbano marginal  
 iii)  Rural

**P6** Fecha de nacimiento del paciente

...../...../.....

**P7** Sexo del paciente

- 1  Masculino  
 2  Femenino

**P8**Cuál es el grado de instrucción culminada del paciente?.

- 1  Ninguno  
 2  Inicial  
 3  Primaria Completa  
 4  Secundaria completa  
 5  Superior no universitaria  
 6  Superior universitaria  
 7  Post grado u otro similar  
 8  Analfabeto

**P9**Cuál es el grado de instrucción culminada del jefe del hogar?.

- 1  Ninguno  
 2  Inicial  
 3  Primaria Completa  
 4  Secundaria completa  
 5  Superior no universitaria  
 6  Superior universitaria  
 7  Post grado u otro similar  
 8  Analfabeto

**P10** Cuántas personas conforman el grupo familiar del paciente en el lugar donde vive incluyéndose él?.....

**P11** Cuántas personas contribuyen con su salario a la economía de la familia del paciente? (incluyéndose el mismo si fuera el caso).....

**P12** El paciente tuvo trabajo remunerado en el último mes?

1.  Si 2.  No

**P13** El jefe del hogar tuvo trabajo remunerado en el último mes?

1.  Si 2.  No

**P14** Asiste el paciente regularmente a alguna asociación como las que siguen?

- 1  Organización política  
 2  Organización religiosa  
 3  Organización social  
 4  Organización del barrio  
 5  Ninguna  
 6  Otras .....

**P15** En el ultimo año, con esta vez, cuántas veces el paciente vino al hospital? .....

**P16** Cuánto tiempo le lleva venir de su casa al hospital al paciente?..... horas (plenas).....Min. (hasta 59)

**P17** Cuánto gasta para llegar aquí y volver a su casa el paciente? ..... soles

**P18** A que hora llego al hospital hoy? ..... horas (plenas)..... Min. (hasta 59)

**P19** A que hora llego a la farmacia?  
 ..... horas (plenas)..... Min. (hasta 59)

**P20** A que hora salio de la farmacia?  
(misma hora en que inicio entrevista)

..... horas (plenas).....  
Min. (hasta 59)

**P21** Como califica la atención en el hospital?  
1.  Buena 2.  Regular  
3.  Mala  
4.  No sabe/ No contesta

**P22** Como califica la atención en la farmacia?  
1.  Buena 2.  Regular  
3.  Mala  
4.  No sabe/ No contesta

**P23** Como califica los precios de los medicamentos?  
1.  Baratos 2.  Regular 3.  Caros  
4.  No sabe/ No contesta

**P24** Que piensa de la calidad de los medicamentos?  
1.  Buena 2.  Regular  
3.  Mala  
4.  No sabe/ No contesta

**Características de la vivienda**

**P25** Material predominante en las paredes  
1  Ladrillo o bloque de cemento  
2  Adobe o tapia  
3  Quincha (caña con barro)  
4  Piedra con barro  
5  Madera  
6  Estera  
7  Otro ¿cuál?

**P26** Material predominante en los pisos  
1  Parquet o madera pulida  
2  Láminas asfálticas, vinílicos  
3  Losetas, terrazos o similares  
4  Madera (entablados)  
5  Cemento  
6  Tierra  
7  Otro ¿cuál?

.....

**P27** Material predominante en los techos  
1  Concreto armado  
2  Madera  
3  Tejas  
4  Planchas de calamina, fibra  
5  Caña o estera con torta de barro  
6  Paja, hojas de palmera  
7  Otro ¿cuál?.....

**P28** Abastecimiento de agua  
1  Red pública dentro de la vivienda  
2  Red pública fuera de la vivienda  
3  Pozo artesanal o pilón  
4  Otro

**P29** Alumbrado eléctrico  
1  Sí tiene 2.  No tiene

**P30** Tipo de servicio higiénico  
1  Red pública dentro de la vivienda  
2  Red pública fuera de la vivienda  
3  Pozo séptico  
4  Pozo ciego o negro  
5  No tiene servicio higiénico

**P31** Número de habitaciones que ocupa este hogar (Incluir sala-comedor; excluir baños, cocina, pasadizos, garajes y depósitos).....

**P32** Combustible usado para cocinar  
1  Electricidad  
2  Gas Cocina  
3  Kerosén  
4  Carbón  
5  Leña  
6  Otro  
7  No cocina

**P33** Poner un aspa a los bienes que posee el hogar  
1  Radio  
2  Televisor a color  
3  Refrigeradora  
4  Cocina  
5  Teléfono fijo  
6  Teléfono celular  
7  Lavadora  
8  Computadora  
9  Horno microondas  
10  Automóvil



## Anexo 2: Variables utilizadas en el aplicativo informático del SIS Perú 2007

Características de la vivienda	Características de todas y cada una de las personas que viven con el paciente compartiendo la misma olla de comida
Lugar preciso de residencia 1. Departamento 2. Provincia 3. Distrito 4. Centro poblado 5. Ámbito i) Urbano ii) Urbano marginal iii) Rural	Parentesco 1. Jefe 2. Cónyuge 3. Hijos 4. Nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tíos 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros Parientes 15. Servicio doméstico 16. Hijos servicio doméstico 17. No parientes
Material predominante en las paredes 1. Ladrillo o bloque de cemento 2. Adobe o tapia 3. Quincha (caña con barro) 4. Piedra con barro 5. Madera 6. Estera 7. Otro ¿cuál?	Fecha de nacimiento Sexo Estado civil 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Conviviente 4. Separado(a), divorciado(a) 5. Viudo(a)
Material predominante en los pisos 1. Parquet o madera pulida 2. Láminas asfálticas, vinílicos 3. Losetas, terrazos o similares 4. Madera (entablados) 5. Cemento 6. Tierra 7. Otro ¿cuál? .....	Seguro de Salud 1. ESSalud 2. FF.AA. 3. Seguro privado 4. Seguro Integral de Salud 5. Otro 6. No tiene
Material predominante en los techos 1. Concreto armado 2. Madera 3. Tejas 4. Planchas de calamina, fibra 5. Caña o estera con torta de barro 6. Paja, hojas de palmera 7. Otro ¿cuál?.....	Nivel educativo culminado 1. Ninguno 2. Inicial 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no universitaria 6. Superior universitaria 7. Post grado u otro similar 8. Analfabeto(a)
Abastecimiento de agua 1. Red pública dentro de la vivienda 2. Red pública fuera de la vivienda 3. Pozo artesanal o pilón 4. Otro	Tipo de último centro educativo 1. Privado 2. Público, estatal 3. Parroquial (incluir Fe y Alegría) 4. No aplica
Alumbrado eléctrico 1. Sí tiene 2. No tiene	Tipo de servicio higiénico 1. Red pública dentro de la vivienda 2. Red pública fuera de la vivienda 3. Pozo séptico 4. Pozo ciego o negro 5. No tiene servicio higiénico
Número de habitaciones que ocupa el hogar	Actividad principal 1. Trabajador dependiente asalariado 2. Trabajador independiente 3. Empleador 4. Servicio doméstico 5. Buscando trabajo 6. Realizando quehaceres del hogar 7. Estudiando 8. Jubilado 9. Sin actividad
Combustible usado para cocinar 1. Electricidad 2. Gas Cocina 3. Kerosén 4. Carbón 5. Leña 6. Otro 7. No cocina	
Bienes que posee el hogar 1. Radio 2. Televisor a color 3. Refrigeradora 4. Cocina 5. Teléfono fijo 6. Teléfono celular 7. Lavadora 8. Computadora 9. Horno microondas 10. Automóvil	

Numero:

Anexo 3: Cuestionario para jefe de farmacia



HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-



**ACCESO A MEDICAMENTOS - Profesional**

Fecha: //	
Inicio de encuesta: h min.	Fin de la encuesta: h min.
Encuestador (iniciales):	
Nombre del entrevistado:	
Cargo:	

**Informaciones Generales**

Favor responder las siguientes preguntas o disponibilizar los documentos que contenga lo solicitado

DATOS ADMINISTRATIVOS SOLICITADOS

<b>Pa1</b>	Número total de items de medicamentos existentes actualmente en la farmacia.	
<b>Pa2</b>	Num tot de items de med de petit exist actualmente	
<b>Pa3</b>	Num tot de items de med no venc. Exis. Que no son de petit	
<b>Pa4</b>	Num tot de items de med trazad. No exist actualmente	
<b>Pa5</b>	Num tot de items de med trazadores en substock	
<b>Pa6</b>	Num tot de items de med trazadores en sobrestock	
<b>Pa7</b>	Num tot de items de med trazadores vencidos	
<b>Pa8</b>	Valor tot de med trazadores vencidos	
<b>Pa9</b>	Valor tot de med trazadores existentes	
<b>Pa10</b>	Valor total de medicamentos egresados para pacientes en el último trimestre (venta y SIS)	
<b>Pa11</b>	Medicamentos trazadores no existentes	
<b>Pa12</b>	Valor total de inversion en informacion de medicamentos en el último trimestre	
<b>Pa13</b>	Valor total de inversión real en actividades para población relacionadas a uso racional de medicamentos en el último trimestre	
<b>Pa14</b>	Formato promedio ponderado	

**FORMATO PROMEDIO PONDERADO Y OTROS**

INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE AL MES DE : \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ENCUESTADOR: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y CARGO DE ENTREVISTADO : \_\_\_\_\_

Nº	Nombre	Concentración	FF	Cant Registrada (CR)	Cant Del Conteo (CC)	Diferencia (CR-CC)	Porc.Variación Indiv. ((CR-CC)/CR)*100	F-Exp- mas Reciente	Max.mo Mensual Consumido en los Ultimos 6 meses	Precio Unitario
1	Albendazol ( * )	200 mg	Tab							
2	Amoxicilina	500mg	Tab							
3	Amoxicilina	250 mg/5 mL	Sus 60 mL							
4	Ampicilina (sal sódica)	1 g	Iny							
5	Atropina sulfato	1 mg/ml	Iny							
6	Carbamazepina	200 mg	Tab							
7	Ceftriaxona	1 g	Iny							
8	Ciprofloxacino	500 mg	Tab							
9	Clorfenamina	4 mg	Tab							
10	Clorfenamina	2 mg/5ml	Jbe							
11	Clotrimazol	1%	Tubo 20gr							
12	Dexametasona fosfato	4 mg	Iny							
13	Diazepam	10mg/2ml	iny							
14	Dicloxacilina	250 mg/5 mL	Sus 60 mL							
15	Dicloxacilina	500 mg	tab							
16	Dimenhidrinato	50mg/5ml	iny							
17	Epinefrina	1 mg/ml ó (1%)	iny							
18	Oxitocina	10 UI	iny							
19	Fitomenadiona	10mg/ml	iny							
20	Gentamicina ( ** )	80 mg/2 mL	iny							
21	Gentamicina	3 mg/ml ó (3%)	sol oft							
22	Glucosa en agua	5%	Sol 1,000 ml							
23	Hioscina butil bromuro	20mg/ml	iny							
24	Ibuprofeno	400 mg	tab							
25	Lidocaína Clorhidrato (S/E)	2%x20ml	iny							
26	Lidocaína Clorhidrato (C/E)	2%	Crp 1.8 ml							
27	Metamizol	1 g/2mL	iny							
28	Metronidazol	500 mg	tab							
29	Paracetamol	500mg	tab							
30	Paracetamol	120mg/5ml	Jbe 120 ml							
31	Ranitidina	50mg/2ml	Iny 2 ml							
32	Salbutamol	100 ug/dosis	Inh 200 dosis							
33	Sodio cloruro	0.90%	Sol 1000 ml							
34	Sulfametoxazol/Trimeto prim	800/160 mg	tab							
35	Sulfametoxazol/Trimeto prim	200/40/5ml	Sus 60 ml							
36	Sal ferrosa+ acido fólico	60mg equiv/250ug	Tab							

Nota: Se considerará como alternativos los siguientes medicamentos

( \* ) **Mebendazol 100mg Tab.** ( \*\* ) **Gentamicina 160mg/2 ml Iny.** Cant del conteo incluye los ultimos movimientos luego del registro realizado en tarjeta visible.

## Anexo 4: Término de consentimiento libre y esclarecido



HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA-



### Término de Consentimiento Libre y Esclarecido

Usted está siendo invitado para participar del siguiente estudio de investigación:

#### **Acceso a Medicamentos relacionado a gestión institucional y situación socioeconómica de Pacientes en el Hospital Dos de Mayo de Lima**

Usted fue seleccionado pues es paciente o familiar directo de consultorios externos del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, y su participación no es obligatoria. En cualquier momento usted puede desistir de participar y retirar su consentimiento. Su rechazo no traerá ningún perjuicio en su relación con la investigadora o con el Hospital Dos de Mayo.

Los objetivos de este estudio son:

Objetivo general

Medir el acceso a medicamentos en el Hospital Dos de Mayo de Lima y relacionarlo a algunas características socio económicas de los usuarios y los indicadores de gestión y uso de medicamentos.

Objetivos Específicos

- Cuantificar el acceso a medicamentos por parte de los usuarios de la farmacia del Hospital Nacional Dos de Mayo
- Caracterizar y cuantificar aspectos de las condiciones socio económicas de las personas que llegan al Hospital Nacional Dos de Mayo del Lima.
- Caracterizar el servicio prestado por el Departamento de Farmacia del Hospital Dos de Mayo a través de indicadores
- Relacionar indicadores de acceso de medicamentos con las características socioeconómicas de los usuarios del Hospital Nacional Dos de Mayo y los indicadores de gestión y uso de medicamentos.

Su participación en este estudio consistirá en responder las preguntas de un cuestionario previamente autorizado por los comités de ética de la escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca de la Fundação Oswaldo Cruz y del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Los riesgos relacionados con su participación son inexistentes, ya que no se verá afectada su integridad física ni moral, a través de éste estudio.

Los beneficios relacionados con su participación serán para que en lo posterior se pueda mejorar el servicio farmacéutico en el Hospital Nacional Dos de Mayo para todos los pacientes.

Las informaciones obtenidas a través de éste estudio serán confidenciales y aseguramos la reserva sobre su participación. Los datos no serán divulgados de forma que se pueda identificar a su persona. De la misma manera se procederá en posteriores publicaciones de éste estudio.

Usted recibirá una copia de este término de compromiso donde consta el teléfono y dirección de la investigadora principal, pudiendo despejar sus dudas sobre el proyecto y su participación, ahora o a cualquier momento.

Nombre de la investigadora principal: María Betzabé Aza Castillo

Dirección: Av. Grau Cdra 13 Lima. Hospital Dos de Mayo Departamento de Farmacia

Teléfono: 3280028 anexo 205 [betziape@yahoo.es](mailto:betziape@yahoo.es), [betzabe@ensp.fiocruz.br](mailto:betzabe@ensp.fiocruz.br) .

Comité de ética ENSP Fundação O. Cruz: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 Sala 314 Manguinhos RJ 21041-210 Teléfono 005521-25982863 [cep@ensp.fiocruz.br](mailto:cep@ensp.fiocruz.br) .

Declaro que entendí los objetivos, riesgos y beneficios de mi participación en el estudio y estoy de acuerdo en participar.

\_\_\_\_\_  
Firma de entrevistado

## Anexo 5: Detalle de variables usadas e instrumento del cual fueron desarrolladas Hospital Nacional Dos de Mayo Lima, Perú 2007

Variable	Tipo de variable	Categorías	Instrumento
<b>Indicador de acceso a medicamentos</b>			
% de medicamentos recibidos efectivamente por el usuario de los medicamentos prescritos	Numérica		U
Acceso integral a medicamentos prescritos	Categórica	Si No	U
<b>Variables de aspectos socioeconómicos</b>			
Edad	Numérica		U
Núm. de personas que conforman el grupo familiar	Numérica		U
Número de personas que contribuyen al salario familiar	Numérica		U
Forma de pago	Categórica	Pagante SIS Exonerado de pago Otro (SOAT)	U
Forma de pago del paciente dicotómica	Categórica	Del SIS y no pagantes Pagantes	U
Situación de pobreza del paciente	Categórica	A - No pobre B - Pobre C - Pobre extremo	U
Situación de pobreza dicotómica	Categórica	Pobre y Pobre extremo No pobre	U
Trabajo remunerado del jefe del hogar	Categórica	Si No	U
Trabajo remunerado del paciente en el último mes	Categórica	Si No	U
Grado de asociatividad. Tiene a alguien cerca ayudandolo o asiste a alguna organización religiosa política o social	Categórica	Si No	U
Sexo del paciente	Categórica	Masculino Femenino	U
Sexo del jefe del hogar	Categórica	Masculino Femenino	U
Grado de instrucción del paciente y de jefe del hogar	Categórica	1. Ninguno 2. Inicial 3. Primaria 4. Secundaria 5. Superior no universitaria 6. Superior universitaria 7. Post grado u otro similar 8. Analfabeto(a)	U
Grado de instrucción del paciente dicotómica	Categórica	Primaria Secundaria Otro	U
Grado de instrucción del jefe del hogar dicotómica	Categórica	Primaria Secundaria Otro	U
Veces de visita a hospital último año	Numérica		U
<b>Variables de aspectos socioeconómicos influenciados por sectores relacionados</b>			
Gasto de dinero para llegar al hospital y volver a su casa en soles	Numérica		U
Tiempo que demora en llegar al hospital desde su casa	Numérica		U
Tiempo que pasó desde que llegó al hospital hasta que fue atendido en la farmacia	Numérica		U
Tiempo que pasó desde que llegó a la farmacia hasta que lo atendieron en la farmacia	Numérica		U

U Entrevista hecha a usuarios

JF Entrevista hecha a jefe de farmacia

Variable	Tipo de variable	Categorías	Instrumento
<b>Indicadores de selección</b>			
% de medicamentos existentes que no están en petitorio	Numérica		JF
% de medicamentos prescritos de petitorio	Numérica		U
Acceso integral a medicamentos prescritos de petitorio	Categórica	Si No	U
Al menos un medicamento prescrito en la receta fue de petitorio	Categórica	Si No	U
<b>Indicadores de programación y adquisición</b>			
% de medicamentos trazadores no disponibles	Numérica		JF
% de medicamentos trazadores en substock	Numérica		JF
% de medicamentos trazadores en sobrestock	Numérica		JF
% de medicamentos prescritos de petitorio efectivamente atendidos	Numérica		U
% de veces que medicamentos prescritos de petitorio, se reportaron desabastecidos en el estudio	Numérica		U Y JF
<b>Indicadores de almacenamiento/distribución</b>			
% de ítems de medicamentos trazadores vencidos	Numérica		JF
% de medicamentos trazadores vencidos en valor	Numérica		JF
% promedio ponderado de variación de inventarios en medicamentos trazadores	Numérica		JF
<b>Indicadores de dispensación</b>			
% de medicamentos dispensados adecuadamente rotulados	Numérica		U
<b>Indicadores de promoción de uso racional de medicamentos</b>			
Número promedio de medicamentos por receta	Numérica		U
% de medicamentos prescritos de petitorio	Numérica		U
% de medicamentos prescritos con DCI (Denominación común internacional)	Numérica		U
% de antimicrobianos prescritos	Numérica		U
% de inyectables prescritos	Numérica		U
% de inversión real en información de medicamentos ult trim	Numérica		JF
% de inversión real en actividades para población relacionadas al medicamento	Numérica		JF
<b>Indicadores de gerenciamiento</b>			
% de recetas atendidas al 100%	Numérica		U
% de medicamentos prescritos efectivamente atendidos	Numérica		U
% de medicamentos no dispensados por no estar disponibles	Numérica		U
% de usuarios que califica los precios de los medicamentos baratos	Numérica		U
% de usuarios que califica buena la atención en la farmacia	Numérica		U
<b>Indicadores de aceptabilidad y adaptabilidad al usuario</b>			
% de medicamentos no atendidos por falta de dinero	Numérica		U
% de usuarios que califica buena la atención en el hospital	Numérica		U
% de usuarios que piensa que la calidad de los medicamentos es buena	Numérica		U
% de medicamentos de los cuales el usuario puede interpretar adecuadamente indicaciones médicas	Numérica		U
Califica atención de hospital	Categórica	Buena Regular Mala No sabe o No contesta	U
Califica atención de farmacia	Categórica	Buena Otro	U
Califica precios de medic.	Categórica	Otra opinion Baratos	U
Califica calidad de medicamentos	Categórica	Buena Otros	U

U Entrevista hecha a usuarios

JF Entrevista hecha a jefe de farmacia

Anexo 6: Ficha de Evaluación Socioeconómica Seguro Integral de Salud Perú 2007



**SEGURO INTEGRAL DE SALUD**

**Ficha de Evaluación Socioeconómica Familiar - FESE**

ABC - 04 - 1234567

**ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Nombre: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

**I IDENTIFICACION DE VIVIENDA**

1 Departamento  Código  Nombre

2 Provincia  Código  Nombre

3 Distrito  Código  Nombre

4 Centro poblado

5 Dirección

6 Ambiente  1 Urbano  2 Urbano Marginal  3 Rural

**II DATOS DE LA VIVIENDA**

8 Material predominante en las paredes

1 Ladrillo o bloque de cemento	<input type="text"/>	4 Piedra con barro	<input type="text"/>
2 Adobe o topa	<input type="text"/>	5 Madera	<input type="text"/>
3 Quinchá (caña con barro)	<input type="text"/>	6 Estera	<input type="text"/>
7 Otro ¿cual?	<input type="text"/>		

9 Material predominante en los pisos

1 Parquet o madera pulida	<input type="text"/>	4 Madera (entablados)	<input type="text"/>
2 Laminas astillicas, vinilicos	<input type="text"/>	5 Cemento	<input type="text"/>
3 Losetas, terrazos o similares	<input type="text"/>	6 Tierra	<input type="text"/>
7 Otro ¿cual?	<input type="text"/>		

10 Material predominante en los techos

1 Concreto armado	<input type="text"/>	4 Planchas de calamina, fibra	<input type="text"/>
2 Madera	<input type="text"/>	5 Caña o estera con lona de barro	<input type="text"/>
3 Tejas	<input type="text"/>	6 Paja, hojas de palmera	<input type="text"/>
7 Otro ¿cual?	<input type="text"/>		

11 Abastecimiento de agua

1 Red publica dentro de la vivienda	<input type="text"/>	2 No tiene	<input type="text"/>
2 Red publica fuera de la vivienda	<input type="text"/>		
3 Pozo artesanal o pilon	<input type="text"/>		
4 Otro	<input type="text"/>		

12 Alumbrado Eléctrico

1 Si tiene	<input type="text"/>	2 No tiene	<input type="text"/>
------------	----------------------	------------	----------------------

13 Tipo de servicio higienico

1 Red publica dentro de la vivienda	<input type="text"/>
2 Red publica fuera de la vivienda	<input type="text"/>
3 Pozo septico	<input type="text"/>
4 Pozo ciego o negro	<input type="text"/>
5 No tiene servicio higienico	<input type="text"/>

14 Numero de habitaciones que ocupa este hogar (incluir sala-comedor, excluir baños, cocina, pasadizos, garajes y depósitos)

**III TENENCIA DE BIENES**

15 Bienes que posee el hogar

Radio	<input type="text"/>	17 Abastecimiento <input type="checkbox"/> (marcar si tiene)	<input type="text"/>
Televisor a color	<input type="text"/>	18 Suministro	<input type="text"/>
Refrigeradora	<input type="text"/>	19 KWH / mes	<input type="text"/>
Cocina	<input type="text"/>	20 Periodo correspondiente	<input type="text"/>
Teléfono fijo	<input type="text"/>		
Teléfono celular	<input type="text"/>		
Lavadora	<input type="text"/>		
Computadora	<input type="text"/>		
Horno microondas	<input type="text"/>		

16 Combustible usado para cocinar

1 Electricidad	<input type="text"/>
2 Gas	<input type="text"/>
3 Kerosene	<input type="text"/>
4 Carbon	<input type="text"/>
5 Leña	<input type="text"/>
6 Otro	<input type="text"/>
7 No cocina	<input type="text"/>

**IV DECLARACIÓN:** Declaro bajo juramento que la información proporcionada y contenida en el presente documento es veraz y está sujeta a verificación

Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Primer Apellido: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

HUELLA DIGITAL: \_\_\_\_\_

CATEGORIA SOCIOECONOMICA

A = NO POBRE  
B = POBRE NO EXTREMO  
C = POBRE EXTREMO

**V CONTROL DE TRABAJO**

21 Toma de datos  1 Por declaración  2 Por visita domiciliar

22 Fecha: Día / Mes / Año

23 DNI

24 Primer Nombre

25 Primer Apellido

26

1 Trabajadora social	<input type="text"/>
2 Otro profesional	<input type="text"/>
3 Personal técnico	<input type="text"/>

27 Verificación

28 Fecha: Día / Mes / Año

29 Primer Nombre

30 Primer Apellido

31

1 Trabajadora social	<input type="text"/>
2 Otro profesional	<input type="text"/>
3 Personal técnico	<input type="text"/>

FIRMA Y SELLO

FIRMA Y SELLO

Digitación

FIRMA Y SELLO DEL DIGITADOR

**OBSERVACIONES**

El Informe Social deberá adjuntarse sólo en caso de referencia a un hospital nacional o instituto especializado o en caso de que se trate de una revocatoria de la FESE.



## 10 BIBLIOGRAFIA

---

- 1 Luiza VL, Bermudez JAZ. Acceso a medicamentos: conceitos y polêmicas. En: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Esher A, organizadores. Acceso a Medicamentos: Derecho fundamental, Papel del Estado. Rio de Janeiro, Brasil: Fundação Oswaldo Cruz; 2004. p. 45-67.
- 2 Organización Mundial de la Salud (OMS). Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas: Ayuda a los países para acortar las diferencias de acceso a medicamentos. Ginebra, Suiza: OMS; 2002.
- 3 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1991.
- 4 Madrid I, Velásquez G, Fefer E. Reforma del sector farmacéutico y del sector salud en las Américas: una perspectiva económica. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1998.
- 5 Arroyo J. Democratización y racionalización: Viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud. En: Arroyo J, editor. La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social, Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), Proyecto Policy; 2002.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud 1995. Disponible en: [http://www.who.int/whr/1995/media\\_centre/executive\\_summary1/en/index.html](http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/index.html). Consultado Diciembre 2006.
- 7 Pan American Health Organization Division of Health and Human Development. Principles and Basic Concepts of Equity and Health. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1999 Oct.
- 8 Porto SM. Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. Cad de Saúde Pública Jul/Ago 2002;18(4).
- 9 Porto SM. Equidade na distribuição geográfica dos recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro [tesis doctoral]. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Agosto 1997.
- 10 Sociedad Internacional por la Equidad en Salud (ISEQH). Equidad y reformas del sector salud en América Latina y en el Caribe: Enfoques y limitantes durante el periodo 1995 – 2005. Washington, D.C.: ISEQH; Abril 2006. Disponible en: [http://www.iseqh.org/docs/HSR\\_equity\\_report2006\\_en.pdf](http://www.iseqh.org/docs/HSR_equity_report2006_en.pdf). Consultado Enero 2008.

- <sup>11</sup> Arias M, Vera J. Banco Mundial Fondo Monetario Internacional ¿una ayuda para los países pobres?. Disponible en: <http://www.fespinal.com/espinal/lilib/es112.rtf>. Consultado Enero 2008.
- 12 Feo O. Impacto de las reformas estructurales sobre el desarrollo humano. En: Congreso Mundial de Salud Pública Asociación Brasileira de Salud Colectiva (ABRASCO). Rio de Janeiro, Brasil: ABRASCO; 21-25 agosto 2006.
- <sup>13</sup> Machinea JL. Panorama Social de América Latina 2005. Washington DC: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); 2006.
- <sup>14</sup> Fleury S. Universal Dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Brasileira de Administração Pública – Fundação Getulio Vargas; 2001.
- <sup>15</sup> Vera LTJC. Cobertura y Financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú. Lima, Perú: Foro Salud, Observatorio del Derecho a la Salud; julio 2003.
- 16 Luiza VL. Acesso a Medicamentos Essenciais no Estado do Rio de Janeiro [tesis doctoral]. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003.
- 17 Mogollón PA. Acceso a la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las empresas sociales del estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá Colombia [tesis doctoral]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2004.
- <sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia farmacéutica de la OMS, Ampliación del acceso a los medicamentos esenciales. Ginebra, Suiza: OMS; 28 de marzo 2002.
- 19 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Materno-Infantil y Desigualdad Social en Ocho Países Latinoamericanos: Síntesis y Resultados. Washignton D. C.: OPS; 1996.
- 20 Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología. Información de mortalidad 2003. Lima, Perú: MINSA; Agosto 2004.
- 21 The World Fact Book. Perú. Disponible en: [www.ciatheworldfactbook/peru.htm](http://www.ciatheworldfactbook/peru.htm). 2006. Consultado Noviembre 2006.
- 22 Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Situación de Salud en las Américas. Washington DC: OPS OMS; 2005.
- 23 Bernabe OA. La pobreza contraataca: Efectos sobre los resultados de TBC-DOTS en el Perú. En: Rev Med Hered 18 (3), 2007 179. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v18n3/v18n3ced3.pdf>. Consultado Diciembre 2007.
- 24 Bouchet MH. Evaluación de riesgo país: Análisis de Deuda Externa. Lima Perú: ESAN; Julio 2007. Disponible en: [http://www.globalfinance.org/home/courses/curso/3.4.%20DebtRiskI\(spanish\).ppt](http://www.globalfinance.org/home/courses/curso/3.4.%20DebtRiskI(spanish).ppt). Consultado Marzo 2008.

- <sup>25</sup> Guarnizo UT, Pérez FD, Missaglia M. Sostenibilidad Social de la Deuda Externa en América Latina Colombia, Cartagena de Indias: Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo Universidad de San Buenaventura de Cartagena; octubre 2006.
- 26 Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología. Informe de situación de salud Perú. Lima, Perú: MINSa; Agosto 2004.
- 27 Rios BM. Informe de la Situación del Derecho a la Salud en el Perú. En: Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), coordinador. Derecho a la salud, situación en países de América Latina. Colombia: ALAMES; 2005.
- 28 Portocarrero GA. Las limitaciones fiscales y el gasto público en salud en el Perú. Washington D.C.: Regional Workshop Health for All: Can it be financed? Fiscal Space and the Financing of Universal Health Care Systems in the Americas: Issues and Policies; Noviembre 2007.
- <sup>29</sup> Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Perú. Lima, Perú: OPS, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 2001.
- <sup>30</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú informe final. Lima, Perú: OPS; 31 de julio de 2003.
- <sup>31</sup> Ministerio de Salud Perú, Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la Atención de salud. Lima, Perú: OPS; 1997.
- <sup>32</sup> Arroyo J. Salud: La reforma silenciosa. Lima, Perú: Universidad Cayetano Heredia; enero 2000.
- <sup>33</sup> Francke P. Estudio del Presupuesto en Salud en el Perú [folleto]. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social; Octubre 2004.
- 34 Cotlear D. Perú: Reforming Health Care for the Poor. Lima, Perú: The World Bank Latin America and the Caribbean Regional Office Human Development; Marzo 2000.
- 35 Hospital Nacional Dos de Mayo. Reseña histórica. Disponible en: <http://www.hospitaldosdemayo.com>. Consultado Diciembre 2006.
- 36 Vargas GM. Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú. En: Arroyo J, editor. La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social, Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), Proyecto Policy; 2002.
- 37 Valladares AG, Cruzado UR, Seclén PJ, Pichihua SZJ. Evaluación de los potenciales efectos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América. Lima, Perú: Ministerio de Salud de Perú; Abril 2005. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/TLC-MINSA/EstudioTLCSalud\\_ResumenEjecutivo.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/TLC-MINSA/EstudioTLCSalud_ResumenEjecutivo.pdf). Consultado Diciembre 2006.

- 38 Institución de Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD). Memoria institucional 2005. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe>. Consultado Diciembre 2006.
- 39 Morris J, Stevens P. La falsificación de medicamentos en los países menos desarrollados: problemas y soluciones. Londres: International Policy Network Third Floor, Bedford Chambers; 2006. Disponible en: [http://www.fightingdiseases.org/pdf/IPN\\_esp\\_fals\\_medi.pdf](http://www.fightingdiseases.org/pdf/IPN_esp_fals_medi.pdf). Consultado Noviembre 2007.
- 40 Maslucán J, Amaro SC. Estudio de Oferta y Demanda del Sector Farmacéutico Peruano y Plantas Medicinales. Lima, Perú: Comisión para la Promoción de Exportaciones PROMPEX; 2003.
- 41 Phang RC. Medicamentos Esenciales No Perú: Programa Social No Estado Liberal? [tesis de maestría]. Rio de Janeiro, Brasil: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 1998.
- 42 Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID). Directiva N° 0006-94 Crea el Programa Administración Compartida de Farmacias (PACFARM). Lima, Perú: DIGEMID; 1994. (26/08/1994).
- 43 Ministerio de Salud Perú. Resolución Ministerial N° 084-2000/MINSA Dictan normas sobre la administración de fondos rotatorios, concernientes a la comercialización de medicamentos esenciales y material quirúrgico y odontológico. Lima, Perú: MINSA; 2000. (11/03/2000).
- 44 Ministerio de Salud Perú. Resolución Ministerial N° 1753-2002-SA/DM Aprueba Directiva del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED). Lima, Perú: MINSA; 2002. (10/11/2002).
- 45 Dirección Ejecutiva de Acceso y Uso de Medicamentos (DEAUM), Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas, Ministerio de Salud Perú. SISMED Informe anual 2003. Lima, Perú: DEAUM; 2003.
- 46 Ministerio de Salud Perú. Informe de Dirección Ejecutiva de Acceso y Uso de Medicamentos 2006. Lima, Perú: Dirección General de Medicamentos; 2006.
- 47 Ministerio de Economía y Finanzas Perú, Dirección General de Asuntos Económicos y Sociales. Hacia la búsqueda de un nuevo instrumento de focalización para la asignación de recursos destinados a la inversión social adicional en el marco de la lucha contra la pobreza. Lima, Perú: MEF; Noviembre 2001.
- 48 Decreto Supremo del Perú N° 004-2007-SA. Establecen Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS. Artículo 2º Componentes de aseguramiento del SIS. Lima, Perú: MINSA; 2007.
- 49 Organización Mundial de la Salud. Household survey to measure access and use of medicine: Guidelines and questionnaire. Ginebra, Suiza: OMS; 1997.

- 50 Madueño M, Linares J, Zurita A. Instrumento estandarizado de identificación de beneficiarios para programas sociales en el Perú. Lima, Perú: Partnerships for Health Reform; Mayo 2004. Disponible en: [http://www.phrplus.org/Pubs/Tech050s\\_fin.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/Tech050s_fin.pdf). Consultado Enero 2007.
- 51 Barbeta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- 52 Código Penal Perú. Artículo 288 Comercialización o tráfico de productos nocivos. Artículo 294, Expendio irregular de medicamentos. Lima, Perú; (08.04.91).
- 53 Organización Mundial de la Salud, 1993. Cómo investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud, Indicadores seleccionados del uso de medicamentos, Serie sobre Investigaciones N° 7. Ginebra, Suiza: OMS/DAP; 1993. Disponible en: <http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?sid=q10rvtjd9ee80ca7000000004742e93f&a=d&d=Jh2975s.8.6>. Consultado Enero 2007.
- 54 Murray JE. Moral hazard in Progressive-Era health insurance. Illinois, EEUU: Department of Economics University of Toledo; 2006.
- 55 Sapag CJ, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. Santiago, Chile: Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile En: Rev. Saúde Pública 2007;41(1):139-49. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/20.pdf>. Consultado Diciembre 2007.
- 56 Ministerio de Salud del Perú, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la respuesta social. Lima 2006. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/ogei/estadistica/Archivos/SalaSituacional/07\\_Recursos.pdf](http://www.minsa.gob.pe/ogei/estadistica/Archivos/SalaSituacional/07_Recursos.pdf). Consultado Diciembre 2007.
- 57 Alvarado PB. Focalización de los recursos públicos en salud. En: Arroyo J, editor. La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social, Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), Proyecto Policy; 2002.