

2014

Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos

En los distritos de Panamá, San Miguelito, Colón, David y las Comarcas de Madungandí y Ngäbe-Buglé.

 **GORGAS**

INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS
DE ESTUDIOS DE LA SALUD





INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD

ENCUESTA DE GASTO DE BOLSILLO DE MEDICAMENTOS 2014

En los distritos de Panamá, San Miguelito, Colón, David y Comarcas Madungandí y Ngäbe-Buglé

Informe de investigación

615.1

H433 Herrera Ballesteros, Víctor Hugo

Encuesta de gasto de bolsillo de medicamentos 2014. En los distritos de Panamá, San Miguelito, Colón, David y Comarcas Madungandí y Ngäbe-Buglé / Víctor Hugo Herrera Ballesteros. -- Panamá : Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, 2015.

46p. ; 28 cm.

ISBN 978-9962-699-06-4

1. MEDICAMENTOS – PANAMÁ
2. PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS I. Título.

Tabla de contenido

	Página.
Resumen	6
Introducción	7
1. Marco metodológico.....	8
1.1. Objetivo general.....	8
1.2. Objetivos específicos.....	8
2. Diseño y selección de la muestra.....	8
2.1. Universo poblacional bajo estudio.....	8
2.2. Marco de la muestra.....	9
2.3. Estimación del tamaño de la muestra.....	9
2.4. Fórmula para una población finita.....	10
2.5. Errores de muestreo.....	10
3. Análisis de resultados.....	11
3.1. Características sociodemográficas.....	12
3.2. Perfiles de consumo.....	19
3.2.1. Disponibilidad.....	19
3.2.2. Acceso.....	22
3.2.3. Uso racional.....	35
4. Medición de algunas relaciones básicas.....	38
4.1. Modelo de regresión del gasto con relación al ingreso.....	38
4.2. Modelo de regresión logística de riesgo relativo de no compra de medicamentos ante la tenencia o no de seguro social y privado.....	39
4.3. Análisis de resultados.....	41
Conclusiones	43
Recomendaciones	45
Bibliografía	45

Agradecimientos

Deseamos extender nuestro más sincero agradecimiento a quienes hicieron posible materializar este esfuerzo investigativo intitulado “Encuesta de Bolsillo de Medicamentos, 2014.

Nuestro especial agradecimiento al Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, por todo el apoyo institucional que en todo momento respaldo tanto el trabajo de campo como el manejo de la información en la fase analítica y extensión, para divulgar los resultados.

De igual forma es dable extender nuestro agradecimiento a aquellas instituciones que apoyaron el trabajo de campo, como el Ministerio de Salud, respecto de las regiones de salud, de Colón, David y las Comarcas Madungandí y Ngäbe-Buglé.

Finalmente y de manera muy especial deseamos extender nuestro agradecimiento a la Facultad de Economía de la Universidad de Panamá, por su apoyo en el relevamiento de la encuesta en los distritos de Panamá y San Miguelito.

Coordinadores:

Panamá Metro: Mgtr. Víctor Hugo Herrera Ballesteros-IGORGAS.

San Miguelito: Mgtr. Inocencio Chávez-Facultad de Economía. Universidad de Panamá.

Comarca Madungandí-Dra. Cristobalina Batista

Colón: Dra. Maira Návalo-Ministerio de Salud

David: Dr. Manuel Díaz-Ministerio de Salud

Comarca Ngäbe-Buglé-Licenciada-Elsi Pedrol

Investigadores

Víctor Hugo Herrera Ballesteros

Investigador principal

Inocencio Chávez
Investigador

Dra. Reina Roa
Investigadora

Eric Conte
Investigador

Beatriz Gómez
Investigadora

Resumen

El gasto de bolsillo en medicamentos es uno de los temas menos analizado y explorado en Panamá, siendo una de las problemáticas más importantes a ser estudiadas dadas las implicaciones para la integridad de las políticas del sector público sanitario. Con tales propósitos se presentan los resultados del estudio de línea de base de gasto de bolsillo, realizado en 2014 con una muestra de 2,696 entrevistados en los distritos de Panamá, Colón, David, San Miguelito y las comarcas Ngäbe-Buglé y Madungandí, abarcando los temas de disponibilidad, acceso y uso racional de medicamentos, para obtener los perfiles socioeconómicos de consumo que caracterizan la problemática en cada una de estas áreas geográficas. Con respecto a la disponibilidad, se puede mencionar una mayor frecuencia de uso de las instalaciones de salud del sector público, que se convierte en un elemento fundamental para la cobertura en la prestación de servicios de salud y distribución de medicamentos a las poblaciones más vulnerables.

Sin embargo, en un 50% de las veces los entrevistados declararon que los medicamentos no estuvieron disponibles cuando fueron solicitados tanto en instalaciones públicas como privadas y que en un 12% de las veces no recibieron atención médica. Ello revela que existen debilidades y deficiencias sobre todo en el sistema de salud pública, del cual dependen fundamentalmente los grupos más vulnerables. Con relación al acceso, el gasto promedio anual más bajo se reportó en la comarcas indígenas con B/. 19.79 en la Ngäbe y B/. 31.47 en la Madungandí, mientras que el promedio general fue de B/. 86.25, siendo a todas luces las áreas más desfavorecidas por la marcada inequidad social que subyace en nuestro país. Más aún, cuando el mayor gasto se realiza en enfermedades crónicas tales como las circulatorias con B/. 77.05, las infecciosas con B/. 96.80 y la diabetes con B/. 96.81, siendo las enfermedades con mayor prevalencia en el ámbito nacional[1]. Esta situación se agrava mucho más por el hecho de que la población entrevistada tiene baja cobertura de seguridad social. El 58% de las mujeres y el 46% de los hombres, no tiene seguro social. Siendo un elemento desencadenante en un mayor riesgo de caer en gasto catastrófico, máxime por que el 15% de los entrevistados declararon financiarse con deuda, sobre todo de ayuda de familiares, con lo cual esta situación repercute en el entorno familiar.

El 56.2% no puede financiarse completamente o en el mejor de los casos solo parcialmente el gasto con sus ingresos propios y el 61.0% dijo que el precio es demasiado elevado. Estos elementos se constituyen en la clave de la problemática del acceso desde una perspectiva económica y que guarda relación directa con la tenencia de cobertura de seguro social o privado, como factor clave para garantizar el acceso. Ello tiene de igual manera repercusiones directas con relación al uso racional dada la alta tendencia a la automedicación. El 21% de los entrevistados no recibió receta para adquirir el medicamento, y 29% señaló tomar medicamentos sin receta, mientras que el 14% recomienda medicamentos sin receta.

Estos aspectos conjugados constituyen el perfil general de la situación del acceso a los medicamentos y expone en primer plano, las deficiencias del sector público sanitario, lo cual conlleva a reenfocar el accionar de las políticas en materia de comercialización de medicamentos, para solventar los fallos de mercado que mantienen a buena parte de nuestra población excluida.

Introducción

El estudio del gasto de bolsillo en medicamentos aborda una de las áreas de la salud, de mayor integralidad respecto del acceso, disponibilidad y uso racional, mismos que están relacionados con los perfiles socioeconómicos de la población de un país, sobre todo en aquellos que están en vías de desarrollo, en los que existe una marcada desigualdad social que incide negativamente en el bienestar de los grupos vulnerables. Aunado a lo anterior, dadas las morbilidades en enfermedades crónicas o no transmisibles, que amenazan llevar a la quiebra a los sistemas de salud pública en el ámbito internacional el acceso a medicamentos se constituye en una de las áreas más críticas de las políticas sanitarias[1].

Panamá no escapa de esta realidad, siendo uno de los países de la región de las Américas con una brecha social muy marcada y que inciden directamente en el acceso de la población a la salud pública y por ende a la adquisición de medicamentos. En este caso son los grupos indígenas los más vulnerables y la población de las zonas urbanas de la provincia de Colón, en las que existe una marcada línea de la pobreza[2-4].

Otro de los elementos fundamentales, es la planificación y el financiamiento de los medicamentos, especialmente en el sector público por los frecuentes recortes presupuestarios y dificultades en los procesos de adquisición. Mediante el desarrollo de una línea de investigación, se ha sistematizado los datos del gasto en medicamentos en las instituciones públicas del país, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja del Seguro Social. También se ha caracterizado, el mercado de productos genéricos y originales o de referencia, identificando los precios de los medicamentos del sector privado, con el fin de desarrollar las estrategias que permitan contribuir al acceso a medicamentos en los sectores vulnerables y la evaluación del uso racional en los mismos.

Por ende para nuestro país, el estudio del gasto en medicamentos, se constituye en una de las líneas de investigación en el acceso a la salud para el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, siendo este el primer estudio que se realiza y se constituye en una línea de base para futuras investigaciones que deben incidir en la toma de decisiones y en la reestructuración de nuestro sistema de salud pública.

En Panamá, la preocupación por la gestión de los medicamentos se ha visto reflejada a través de diferentes periodos de gobierno y esto se ve plasmado a través de políticas, planes y programas nacionales, regionales y locales relacionados al tema. Sin embargo, uno de los mayores retos, continúa siendo la gestión de medicamentos que garantice su acceso y disponibilidad en todo el país.

De igual manera los datos necesarios para evaluar el acceso y disponibilidad de los medicamentos que permita conocer la eficiencia de los diversos servicios de salud, se encuentran dispersos y con un bajo nivel de coherencia y compatibilidad entre los mismos.

1. Marco metodológico

La encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, se basa en un diseño muestral estratificado, con selección aleatoria dentro de los dominios escogidos, con una muestra de 2,696 individuos, escogidos de manera aleatoria para evaluar aspectos sobre el uso y gasto en medicamentos. El relevamiento se organizó de forma tal que permitiese, comparaciones entre las zonas empobrecidas y áreas indígenas.

1.1. Objetivo general

Desarrollar perfiles socioeconómicos del acceso al consumo de medicamentos, con base en el poder adquisitivo, disponibilidad y uso racional.

1.2. Objetivos específicos

- 1.2.1. Construir una línea base que permita caracterizar el gasto de bolsillo en medicamentos
- 1.2.2. Perfiles socioeconómicos respecto de la adquisición de medicamentos por dominio geográfico.
- 1.2.3. Forma en que los consumidores atienden sus problemas de salud.
- 1.2.4. Fuentes de financiación para la compra de medicamentos.
- 1.2.5. Disponibilidad y acceso a medicamentos.
- 1.2.6. Uso racional de medicamentos.

2. Diseño y selección de la muestra

En razón de que este estudio va dirigido a grupos específicos de personas adultas responsables dentro del hogar, residentes en los distritos seleccionados por conveniencia, implica que las conclusiones sólo son válidas para estos grupos, y no se pretende generalizar su caracterización a todo el conglomerado nacional. En el ámbito geográfico, se contempla solamente una representación de los 6 dominios: distrito de Panamá, distrito de San Miguelito, distrito de Colón (cabecera), distrito de David (cabecera), el distrito de Besiko (Soloy) en la comarca Ngäbe-Buglé y en la comarca Guna de Madungandí.

2.1. Universo poblacional bajo estudio

El universo de estudio lo componen las viviendas permanentes o semipermanentes ocupadas dentro de los dominios seleccionados. Dentro de las viviendas se seleccionaron las personas adultas responsables de proporcionar la información.

La población en estudio se distribuye por distrito y corregimiento o comarca de la siguiente manera:

En el distrito de Panamá: San Felipe, Chorrillo, Santa Ana, La Exposición o Calidonia, Betania, Bella Vista, Pueblo Nuevo, San Francisco, Parque Lefevre, Rio Abajo, Juan Diaz, Pedregal, Ancón y Tocúmen.

Comarca Guna de Madungandí: Cabecera.

En el distrito de San Miguelito: Amelia Denis de Icaza, Belisario Porras, José Domingo Espinar, Mateo Iturralde, Victoriano Lorenzo, Arnulfo Arias, Belisario Frías, Omar Torrijos, Rufina Alfaro.

En la provincia de Colón, en el distrito de Colón: los Corregimientos de Barrio Norte, Barrio Sur, Buena Vista y Sabanitas.

En la provincia de Chiriquí: el distrito de David (cabecera)

Comarca Ngäbe-Buglé: distrito de Besiko (Soloy)-Cabecera.

Las comarcas se incluyen para considerar las áreas indígenas de interés para evaluar la situación de acceso y disponibilidad de medicamentos dada su vulnerabilidad socioeconómica, siendo una de las zonas de mayor prioridad, de acuerdo a la política nacional de medicamentos, para garantizar su acceso.

2.2. Marco de la muestra

El marco muestral lo compone el registro de todas las viviendas particulares ocupadas que se encuentren dentro de los dominios de interés de acuerdo al XI Censo de Población y Vivienda de 2010, según la actualización de las proyecciones de población y vivienda derivadas del mismo al 2014.

Para efectos de la encuesta el universo lo componen 320,669 viviendas[2]. La unidad básica, la constituye la persona que será entrevistada en cada vivienda, solo se relevó una entrevista por persona en cada vivienda.

2.3. Estimación del tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de muestra se hizo en función de la representatividad a nivel de distrito. Esta muestra se distribuyó en proporción al tamaño de cada uno de los estratos representados por todos los dominios y corregimientos en el área geográfica definida.

La afijación de la muestra se corresponde con el número de viviendas por distrito (proporcional) y, para asegurar una mejor precisión de los estimadores, se aplicó un procedimiento de selección aleatorio sistemático de acuerdo al número de viviendas dentro de los estratos.

La muestra está representada por 2,696 viviendas distribuidas en las 3 provincias, en los respectivos distritos, y los distintos estratos que se forman por las características de interés para el estudio. La selección es aleatoria sistemática, mediante una muestra estratificada, con afijación proporcional.

2.4. Fórmula para una población finita

El tamaño de muestra se estimó para una proporción y una población finita. Para el valor de p como variable auxiliar se consideró la proporción de familias con gastos de bolsillo a nivel nacional estimado en $p=0.359$, según la Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI, 2007)[3] y el error máximo permitido se estableció en un 3.8 % y un nivel de confianza del 95%. El efecto de diseño se establece en 1 como es la costumbre cuando se sustituye la muestra aleatoria simple por una muestra estratificada.

a) Fórmula de tamaño para población finita:

$$n = \frac{NZ^2P_y(1-P_y)Deff}{N\epsilon^2 + Z^2P_y(1-P_y)Deff}$$

b) Cálculo del tamaño:

La muestra es representativa a nivel de distrito. Las 2,696 viviendas se corresponden con los tamaños obtenidos para los seis (6) distritos seleccionados, cuya composición es la siguiente: 596 viviendas de Chiriquí (369 de David y 227 de Soloy), 597 de Colón (cabecera), 595 de Panamá, 602 del distrito de San Miguelito y en el distrito cabecera de la comarca Guna de Madungandí, 306 viviendas.

Estos tamaños se definieron a partir de los siguientes elementos técnicos:

- Nivel de confianza: 95%
- Efecto de diseño: por definición se ha considerado igual a 1.
- Error relativo: se ha considerado 3.8 % en torno del valor esperado del parámetro.
- La proporción de familias que reportaron tener gastos de bolsillo ($p=0.359$), a nivel nacional.

2.5. Errores de muestreo

Los errores de muestreo se presentan para la proporción para cada uno de los aspectos que dimensionan las modalidades del estudio, a continuación se muestran las fórmulas que se emplearon en estos cálculos.

Para la estimación de la proporción en cada estrato	$p_h = \frac{a_h}{n_h}$
Para la estimación de la proporción en la población total	$p_{est} = \sum \frac{N_h p_h}{N}$
Para la estimación muestral de la varianza	$V(p_{est}) = \frac{1}{N^2} \sum \frac{N_h^2 (N_h - n_h)}{N_h - 1} \frac{p_h q_h}{n_h - 1}$

La distribución de la muestra se presenta en el siguiente cuadro, que resume de igual manera la proporcionalidad de la misma. En el cuadro 1 se presenta la distribución de la muestra por cada uno de los dominios y por sexo, guardando la proporcionalidad esperada por la afijación asimétrica.

Cuadro 1. Total de encuestados en los dominios seleccionados por sexo, según provincia y distrito: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos 2014

Provincia y distrito	Total		Sexo			
			Hombre		Mujer	
	Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL	2,696	100.0	1,136	42.1	1,560	57.9
Chiriquí	596	22.1	293	10.9	303	11.2
Besiko	227	8.4	113	4.2	114	4.2
David (Cabecera)	369	13.7	180	6.7	189	7.0
Colón	597	22.1	166	6.2	431	16.0
Colón (Cabecera)	597	22.1	166	6.2	431	16.0
Panamá	1,503	55.7	677	25.1	826	30.6
Chepo (Madungandí)	306	11.4	138	5.1	168	6.2
Panamá	595	22.1	267	9.9	328	12.2
San Miguelito	602	22.3	272	10.1	330	12.2

Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Como cabe esperar la provincia de Panamá, aglutina el 55% de la muestra, debido a que esta provincia contiene aproximadamente la mitad de la población del país, al igual que con relación a las dos comarcas indígenas de Besiko (Ngäbe-Buglé) 8.4% y Madungandí (Guna) 11.4%. Con relación al sexo, como cabría esperar se observa una mayor representatividad respecto de las mujeres.

3. Análisis de resultados

A partir de los resultados generales de la encuesta, se pasa a realizar un análisis descriptivo de los principales ejes temáticos y a manera obtener perfiles socioeconómicos que permitan caracterizar

el gasto en medicamentos por un lado y por otro determinar la principal problemática con relación al acceso y posibles medidas remediales con fundamento en la equidad social.

3.1. Características sociodemográficas

Características generales

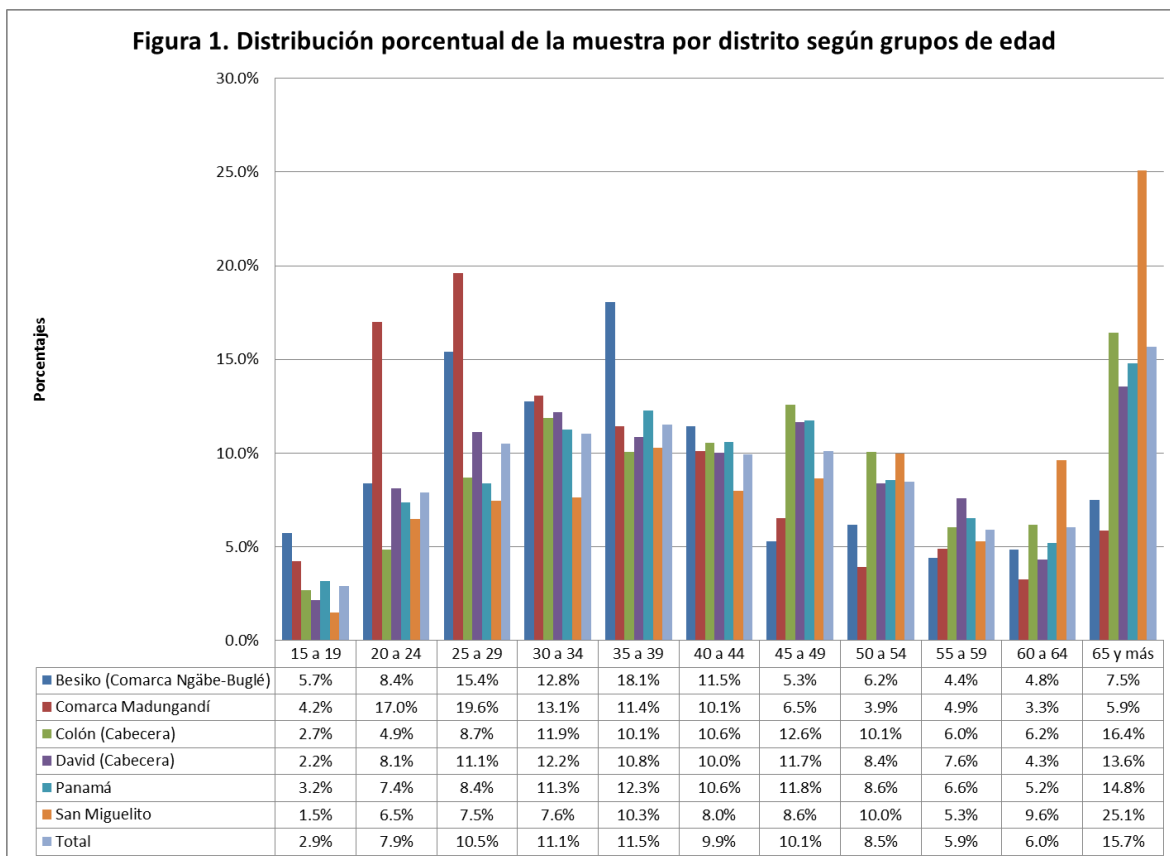
A continuación se presenta en detalle la distribución estructural de la muestra en función de sus ejes transversales básicos, es decir, sexo y edad de acuerdo a la afijación asimétrica, con una mayoría relativa de las mujeres por un lado y por el otro por grupos de edad en los rangos de 30 a 34, de 35 a 39 y de 65 y más, que figuran como los de mayor concentración.

Cuadro 2. Distribución de la muestra por sexo y edad

Variables	Distrito						Total
	Besiko (Comarca Ngäbe-Buglé)	Comarca Madungandí	Colón (Cabecera)	David (Cabecera)	Panamá	San Miguelito	
Sexo							
Hombre	113	138	166	180	267	272	1136
Mujer	114	168	431	189	328	330	1560
Total	227	306	597	369	595	602	2696
Rangos de edad							
15 a 19	13	13	16	8	19	9	78
20 a 24	19	52	29	30	44	39	213
25 a 29	35	60	52	41	50	45	283
30 a 34	29	40	71	45	67	46	298
35 a 39	41	35	60	40	73	62	311
40 a 44	26	31	63	37	63	48	268
45 a 49	12	20	75	43	70	52	272
50 a 54	14	12	60	31	51	60	228
55 a 59	10	15	36	28	39	32	160
60 a 64	11	10	37	16	31	58	163
65 y más	17	18	98	50	88	151	422
Total	227	306	597	369	595	602	2696

Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En la figura 1 se presenta una distribución porcentual de la muestra por grupos de edad, donde se destaca que la mayor densidad de entrevistados en las comarcas indígenas se concentra en los grupos de 20 a 24 años, de 25 a 29, y de 30 a 34 años, con el 36.6% en la comarca Ngäbe-Buglé y en Madungandí con 49.1%. Ello refleja una de las características fundamentales de este tipo de sociedades en las cuales los hogares suelen ser regentados por cabezas de familia muy jóvenes dado que es frecuente el inicio de relaciones sexuales a edades muy tempranas[4].

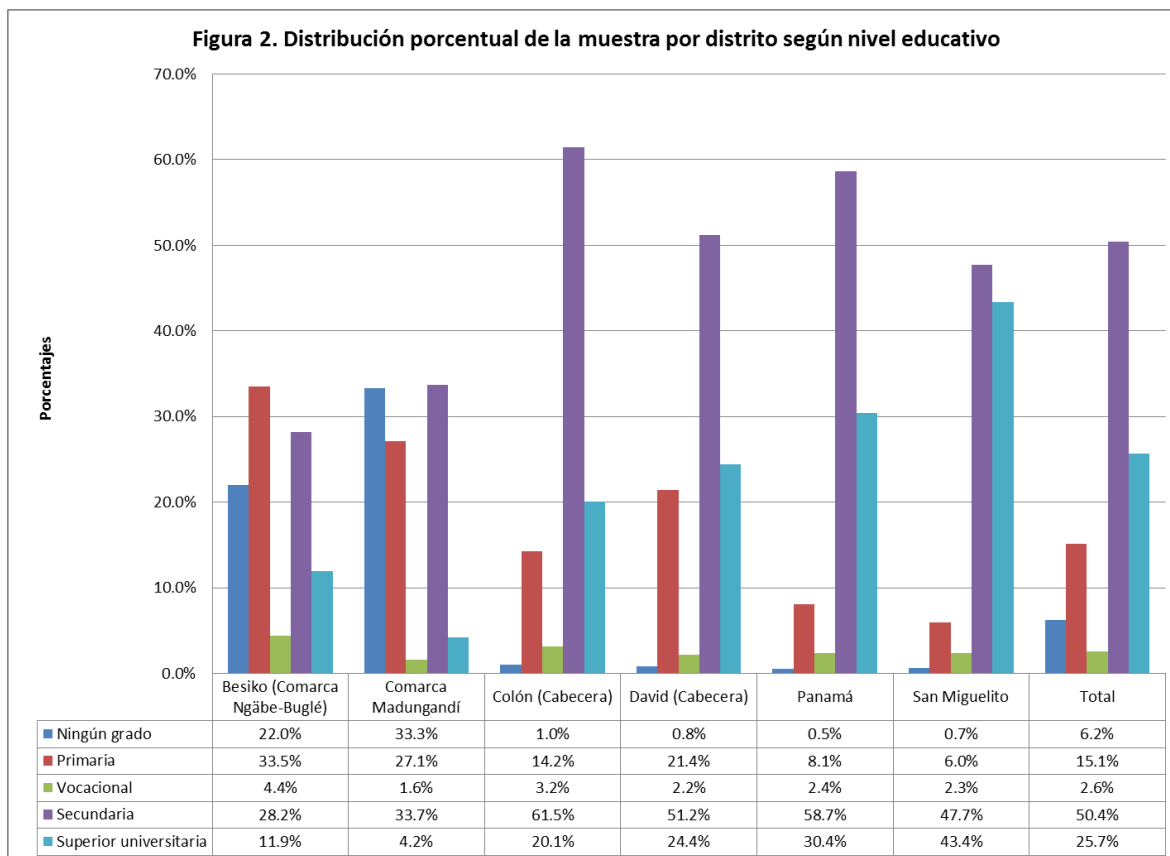


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Con relación al resto de los dominios en el distrito de Colón, los rangos de 30 a 34, de 45 a 49, y 65 y más, representaron el 40.9%. En David, fueron los rangos de 30 a 34 años, de 45 a 49 y de 65 y más, representaron el 37.5%. En Panamá, los rangos de 35 a 39, de 45 a 49 y de 65 y más, representaron el 38.9%. Finalmente con relación a San Miguelito, los rangos de 35 a 39, 50 a 54 y de 65 y más, representaron el 45.4%. Esta distribución establece una alta concentración en los grupos etarios laboralmente activos por un lado y por el otro población retirada, lo cual abre interrogantes respecto de la dependencia demográfica en función de la protección social institucional.

Educación

Con relación a la educación, las poblaciones indígenas figuran como las de menor capital humano, respecto al grado académico más alto alcanzado. Tanto la comarca Ngäbe como la Madungandí, presentan los menores niveles educativos, en especial respecto de la población sin ningún grado educativo, con el 22% y 33.3% respectivamente.

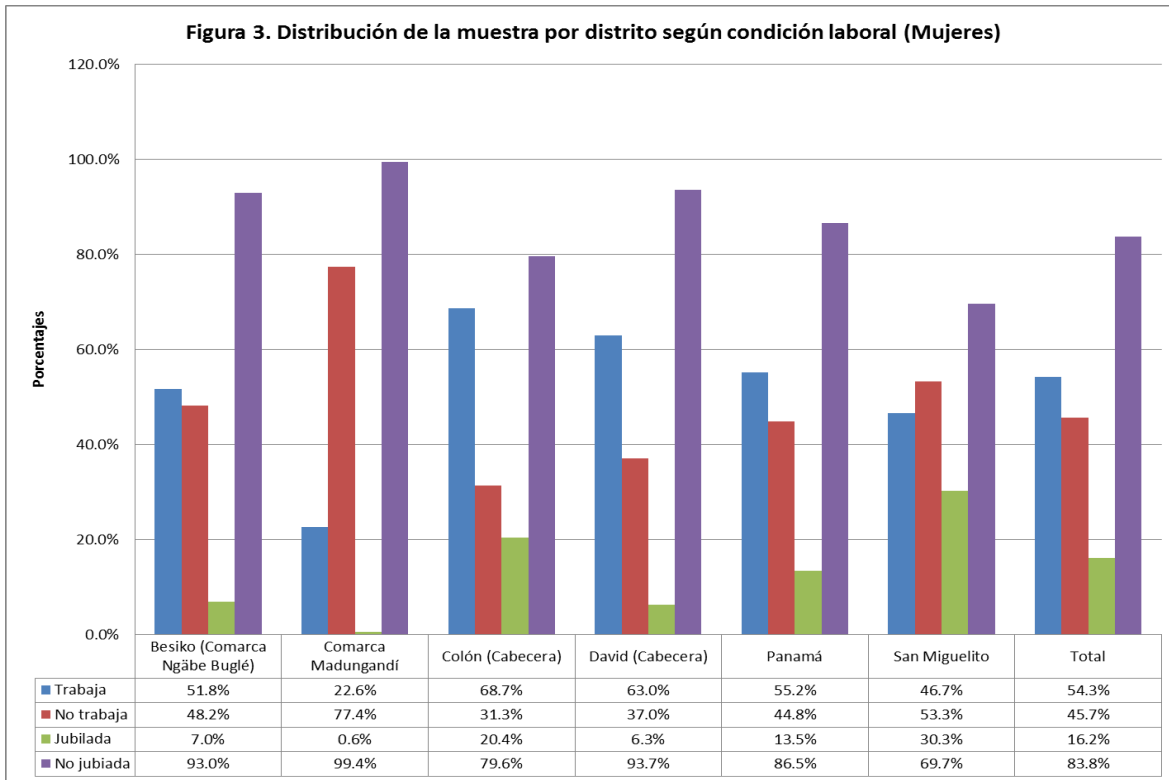


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

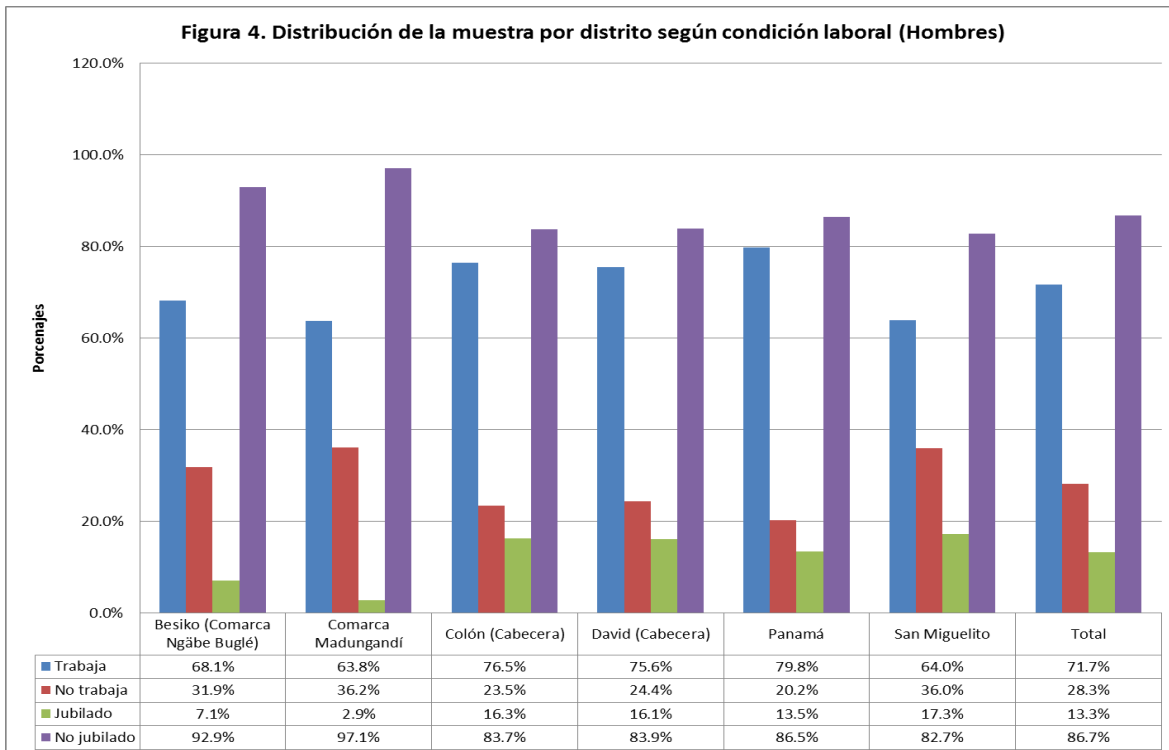
El resto de los distritos se ubica en el otro extremo respecto de la educación secundaria y superior universitaria, en el cual Panamá y San Miguelito se destacan por tener el mayor acceso a la educación superior con el 30.4% y el 43.4% respectivamente, mientras que en los distritos de Colón y David, se destaca mucho más el acceso a educación secundaria con el 20.1% y el 24.4% respectivamente. Es evidente que el factor de fondo que explica estas diferencias en parte se deriva del nivel de desarrollo, que ubican a Panamá y San Miguelito como las zonas de mayor desarrollo urbano, social y económico, respecto a Colón y David en un punto intermedio y en un punto extremo las comarcas indígenas, que explican en parte las grandes disparidades sociales y económicas respecto del acceso a servicios básicos, como en este caso la educación.

Condición de actividad laboral y servicios de salud

En las figuras 3 y 4 se muestran los resultados, según la condición de actividad laboral por sexo y dominio y cobertura de servicios de salud.



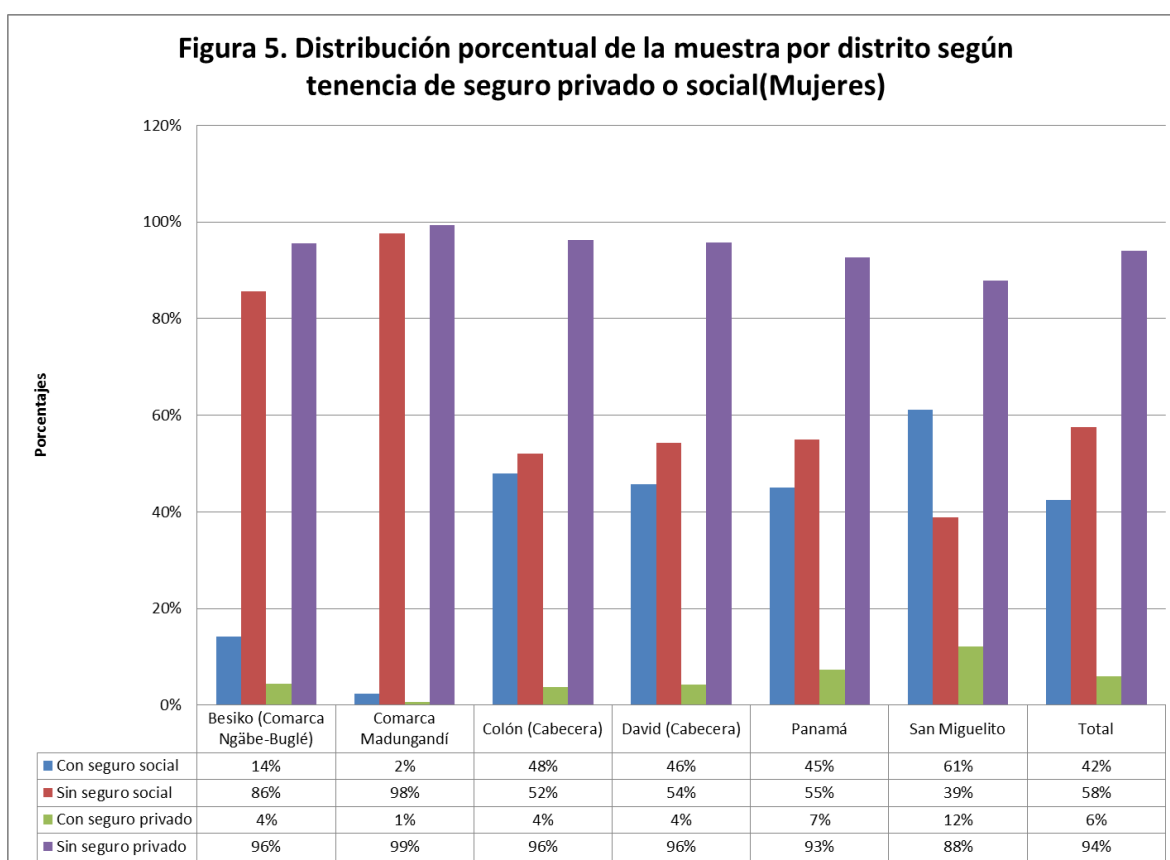
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Uno de los aspectos más relevantes es el alto desempleo relativo de las mujeres (45.7%) con relación a los hombres (28.3%), pero siendo mucho más elevado en las dos comarcas indígenas, como se observa en las figuras 3 y 4. Con respecto a los jubilados, el promedio de las mujeres es de 16.2% y 13.3% para los hombres. Tanto en hombres como en mujeres la menor proporción de jubilados se observa en las comarcas indígenas. Este aspecto es de vital importancia respecto a la cobertura a servicios de salud. De igual forma se observa un menor porcentaje de mujeres jubiladas en David.

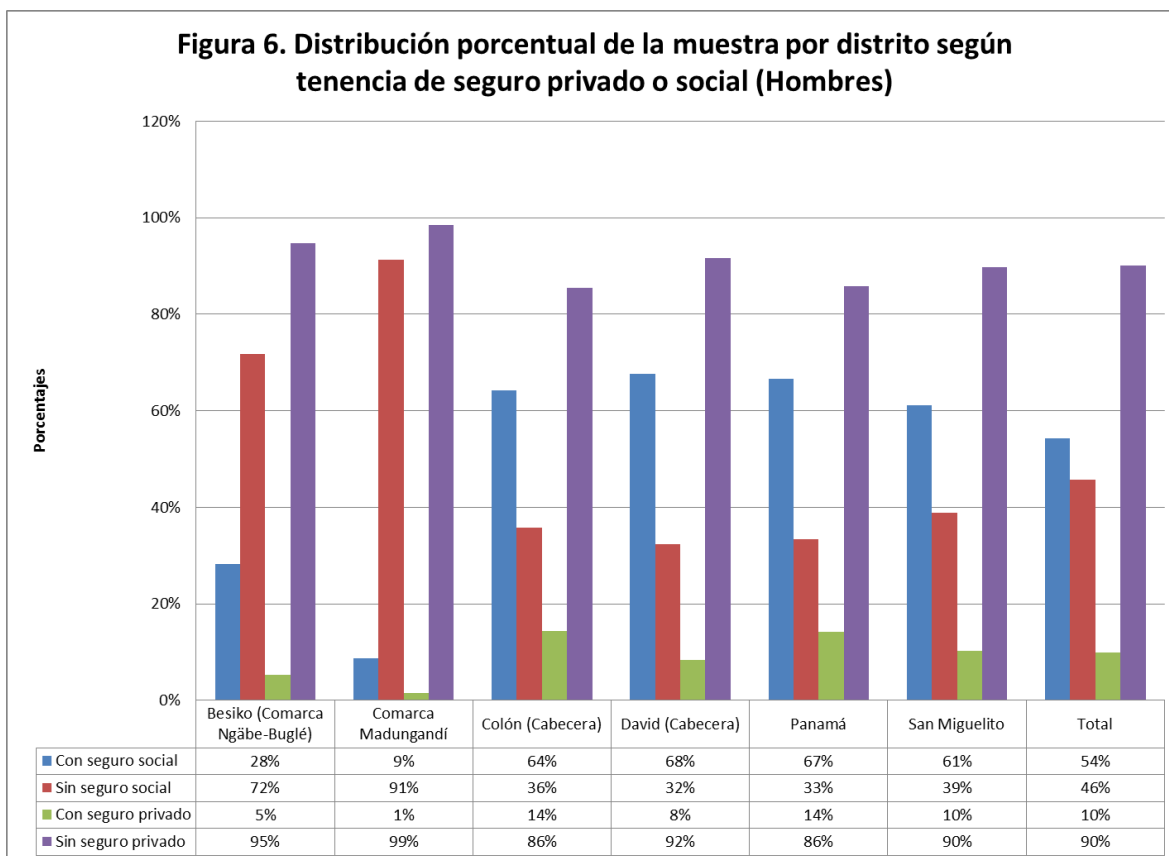
En las figuras 5 y 6 se observa la distribución de los entrevistados de acuerdo a si cuentan o no con seguro social o privado, por sexo.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

El 42% de las mujeres y el 54% de los hombres cuentan con seguro social, mientras que con seguro privado, apenas el 6% de las mujeres y el 10% de los hombres. Ello deja en claro que el mayor acceso a servicios de salud se da respecto al sistema de seguridad social público. Es importante también mencionar el alto porcentaje de hombres y mujeres sin cobertura básica en este tipo de servicios por la vía pública y privada, especialmente en las zonas indígenas. Por ejemplo, en la

comarca Ngäbe-Buglé, solo el 18% de las mujeres cuentan ya sea con seguro social o privado y en la Comarca Madungandí apenas el 3%, muy alejadas del promedio general.



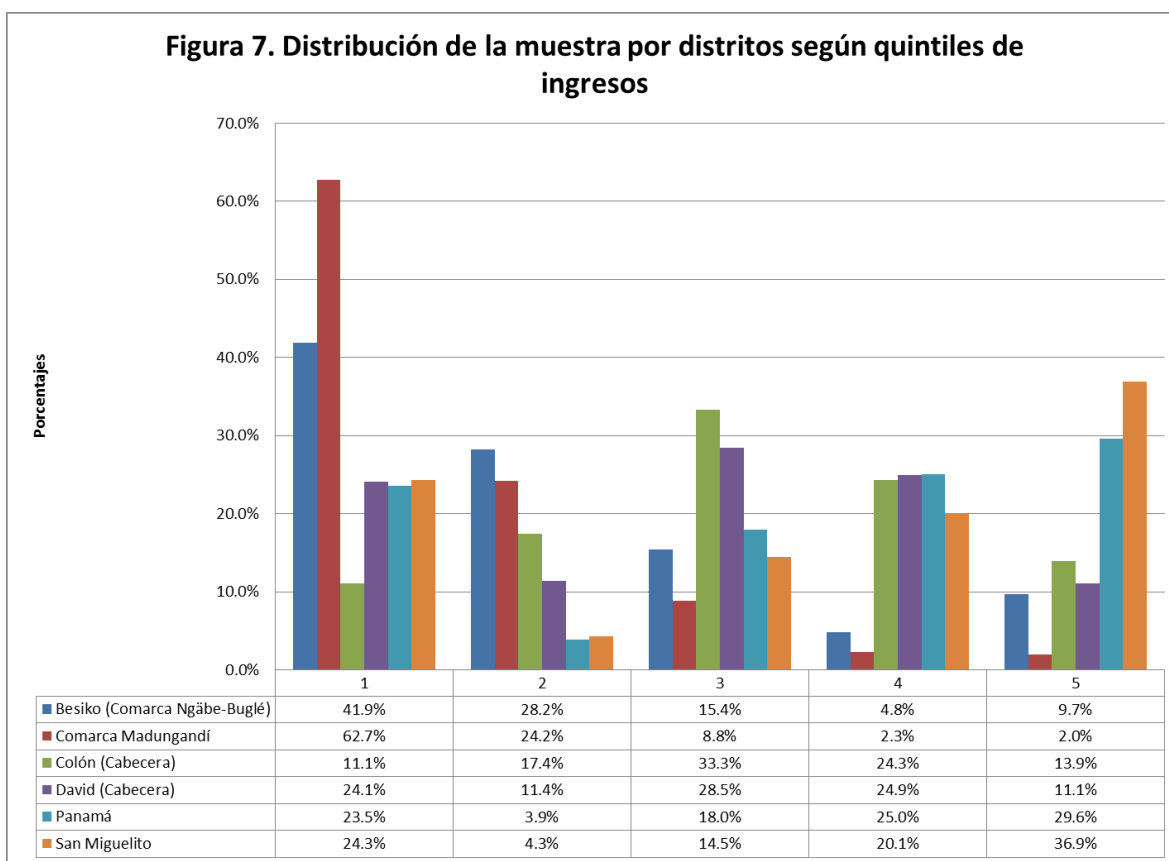
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Con relación a los hombres el 33% cuenta con algún tipo de seguro en la comarca Ngäbe-Buglé y en la Madungandí, apenas el 10%, muy por debajo del resto de los distritos e incluso del promedio general. Estas comunidades están entre las más desfavorecidas en cuanto a medios económicos para la atención en servicios de salud. Respecto al resto de los distritos, los bajos porcentajes de personas con seguro privado, implica que el mayor acceso está orientado hacia el sistema público. Cabe mencionar que en la Encuesta de Salud y Niveles de Vida de 2007 (ENSCAVI), el 51% de los entrevistados declaró tener seguro social y el 10.1% algún tipo de seguro privado de salud de una muestra nacional de 25748 entrevistados[1]. Esta situación deja en evidencia el alto riesgo que existe de tener población sin cobertura de servicios de salud por un lado y de acceso a medicamentos por el otro, respecto al riesgo de gasto catastrófico, dada la pobreza subyacente[5, 6].

Perfil distributivo del ingreso

En la figura 7 se presenta una distribución de la muestra por quintiles de ingresos, con base en los cuales se describe el sesgo distributivo por los dominios de la encuesta. Queda en claro la mayor desigualdad distributiva respecto a las comarcas indígenas, en que la Ngäbe-Buglé, tiene el 70.1% de los ingresos en los dos primeros quintiles y la Madungandí, el 86.9%, respectivamente. Esta situación evidencia la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones respecto al acceso a servicios de salud en la cual la cobertura queda casi en su totalidad por parte del sector público sanitario.

Este aspecto permite explicar claramente lo observado con relación a las características socioeconómicas y permite focalizar adecuadamente la problemática respecto a los perfiles de consumo, que serán analizados a partir del siguiente punto.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En general para el resto de los dominios, la mayor concentración del ingreso se ubica en los primeros quintiles, pero deja en claro las diferencias en el nivel de desarrollo entre distritos y en donde se destaca una distribución menos extrema entre Panamá y San Miguelito, los cuales tienen un mayor desarrollo urbano y concentran la mayor parte de la riqueza nacional, aunque mal

distribuida. De hecho, Panamá es uno de los países con una de las mayores inequidades distributivas en el ámbito regional, según informe del Banco Mundial, para el año 2012 el coeficiente de Gini de Panamá se estimó en 0.519 [7] uno de los más altos en la región.

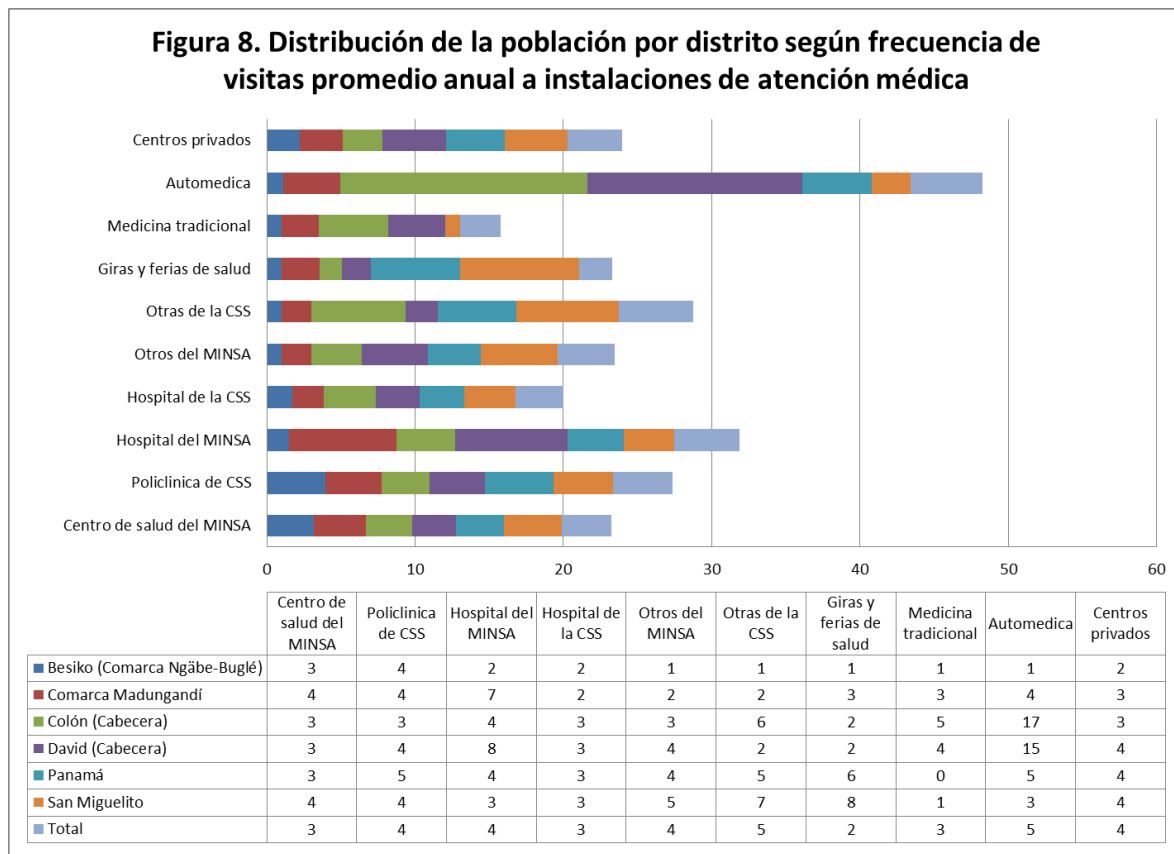
Esta situación ligada a los indicadores socioeconómicos analizados, deja en claro la relación entre la inequidad distributiva del ingreso y el acceso a servicios de salud, entre ellos la adquisición de medicamentos. Estos resultados generales determinan el fondo socioeconómico de la problemática, respecto del gasto en medicamentos.

3.2. Perfiles de consumo

Para una mayor precisión de lo analizado con relación a la caracterización sociodemográfica general como fondo de la contextualización del consumo, se propone hacer un análisis más específico, respecto de las características que determinan el mismo, en función de la disponibilidad, acceso y uso racional.

Disponibilidad

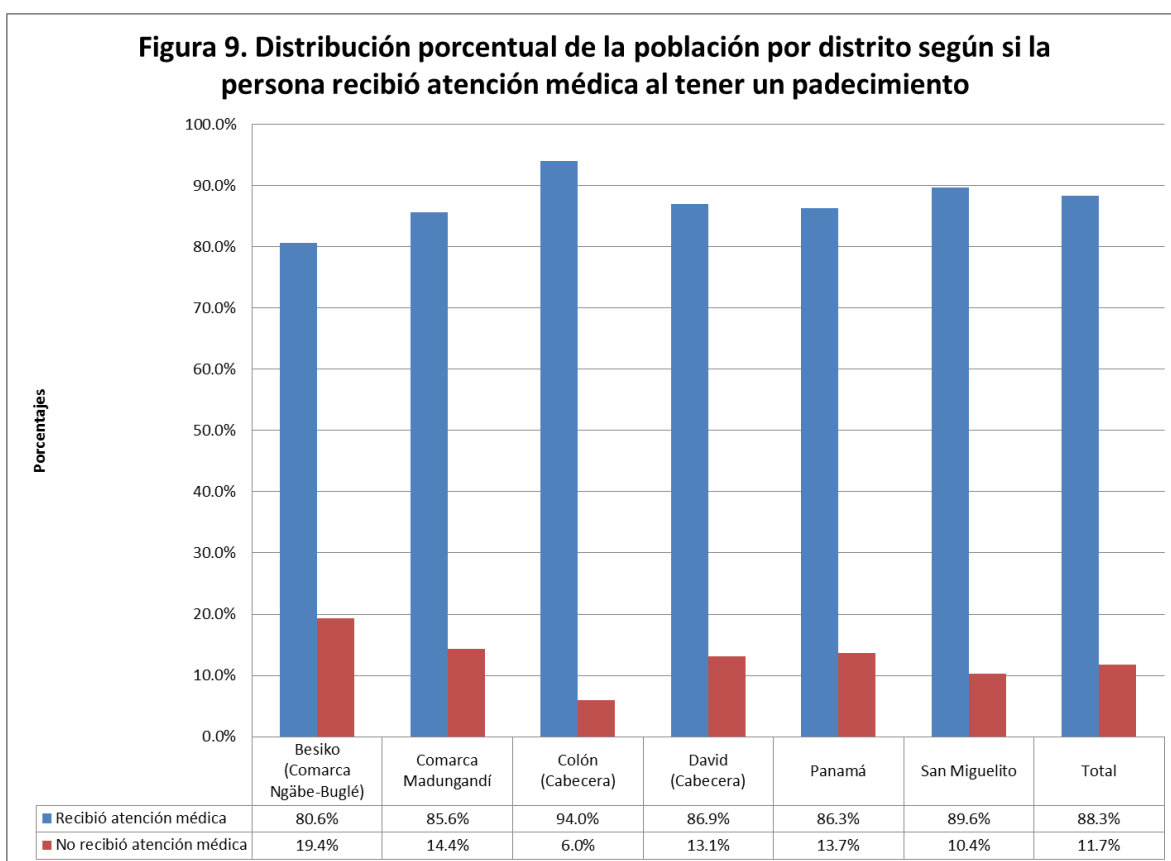
Uno de los elementos más importantes para caracterizar el consumo de medicamentos, es la disponibilidad de los mismos.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En la figura 8 se presenta la frecuencia absoluta del promedio anual de visitas a instalaciones de salud, de las cuales la mayoría se realiza en instalaciones de la Caja del Seguro Social y del Ministerio de Salud, para todos los distritos y comarcas. De igual manera es dable mencionar la alta tendencia a la automedicación, sobre todo en los distritos de Colón y David al igual que con relación al uso de la medicina tradicional, contrario a lo que cabría esperar de la zonas indígenas.

Por otro lado, menos del 90% (88.3%) recibió atención médica al tener un padecimiento (figura 9), siendo más bajo el porcentaje en la comarca Ngäbe-Buglé con 80.5% y en la Madungandí, 85.6%, también se puede observar que David y Panamá, están por debajo del porcentaje general con 86.9% y 86.3% respectivamente.

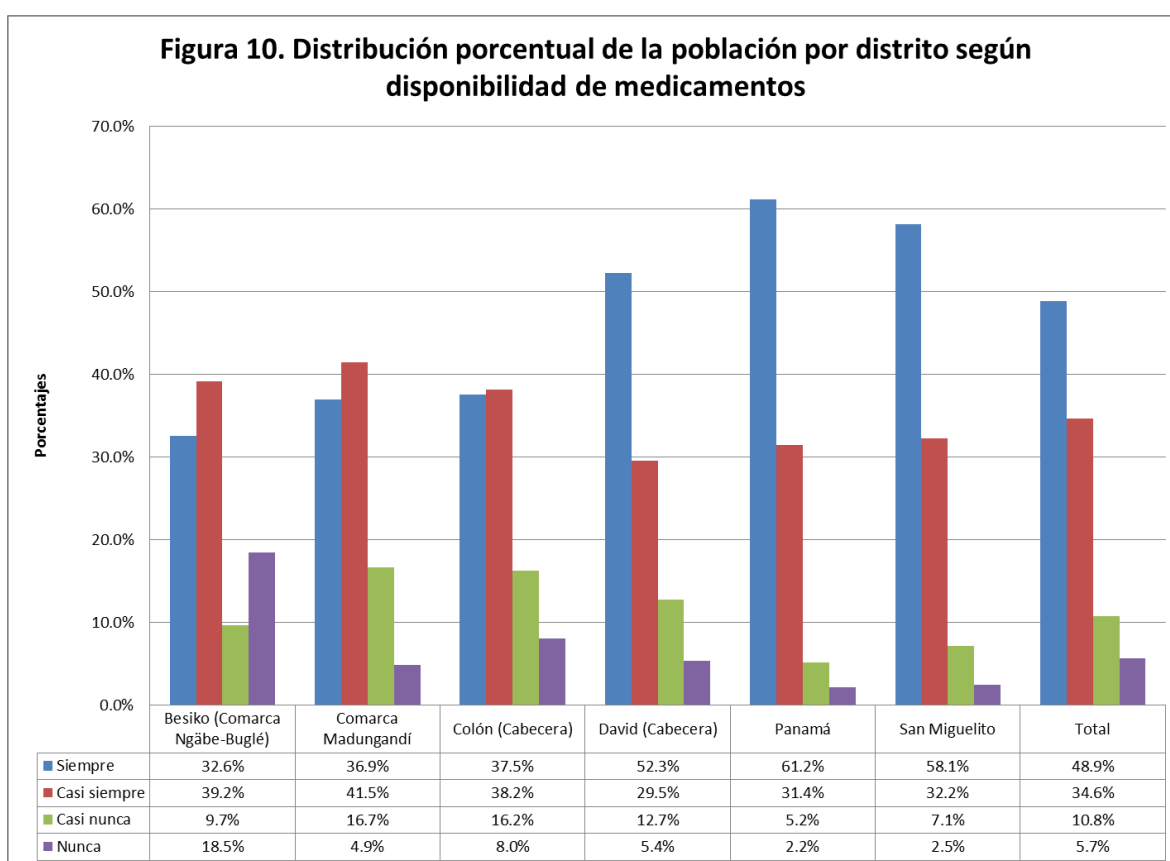


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En general casi el 12% (11.7%) no recibió atención médica, por distintas razones, pero deja en claro que existen problemas de cobertura en servicios de atención sanitaria, destacándose las zonas indígenas, con el 19.4% en la Ngäbe y 14.4% en Madungandí.

Este elemento guarda de igual manera correspondencia con la disponibilidad de medicamentos (figura 10), donde en general apenas el 48.9% de los entrevistados señaló que el medicamento siempre estuvo disponible. Pero dicha disponibilidad fue menor en la comarca Ngäbe, con 32.6%,

en Madungandí, 36.9% y Colón con 37.5%. Mientras que en el resto de los distritos, David, Panamá y San Miguelito, la disponibilidad estuvo relativamente por encima del promedio general. Esto deja en claro la problemática respecto al abastecimiento de medicamentos en adición a los problemas de cobertura de servicios de salud, que establecen el fundamento de los problemas de disponibilidad de estos productos. En la Encuesta Nacional de Salud y Niveles de Vida de 2007 (ENSCAVI) con una muestra nacional de 25748 entrevistados, el 6.9% de los entrevistados declaró sentirse muy insatisfecho en cuanto al acceso a los servicios de salud y el 29.9% poco satisfecho[1]. Con relación a la necesidad de servicios de salud, el 41.7% de los entrevistados en el área urbana declaró que hacen falta servicios básicos de salud, 61.9 % lo manifestó en el área rural y el 66.9% en la indígena[1].



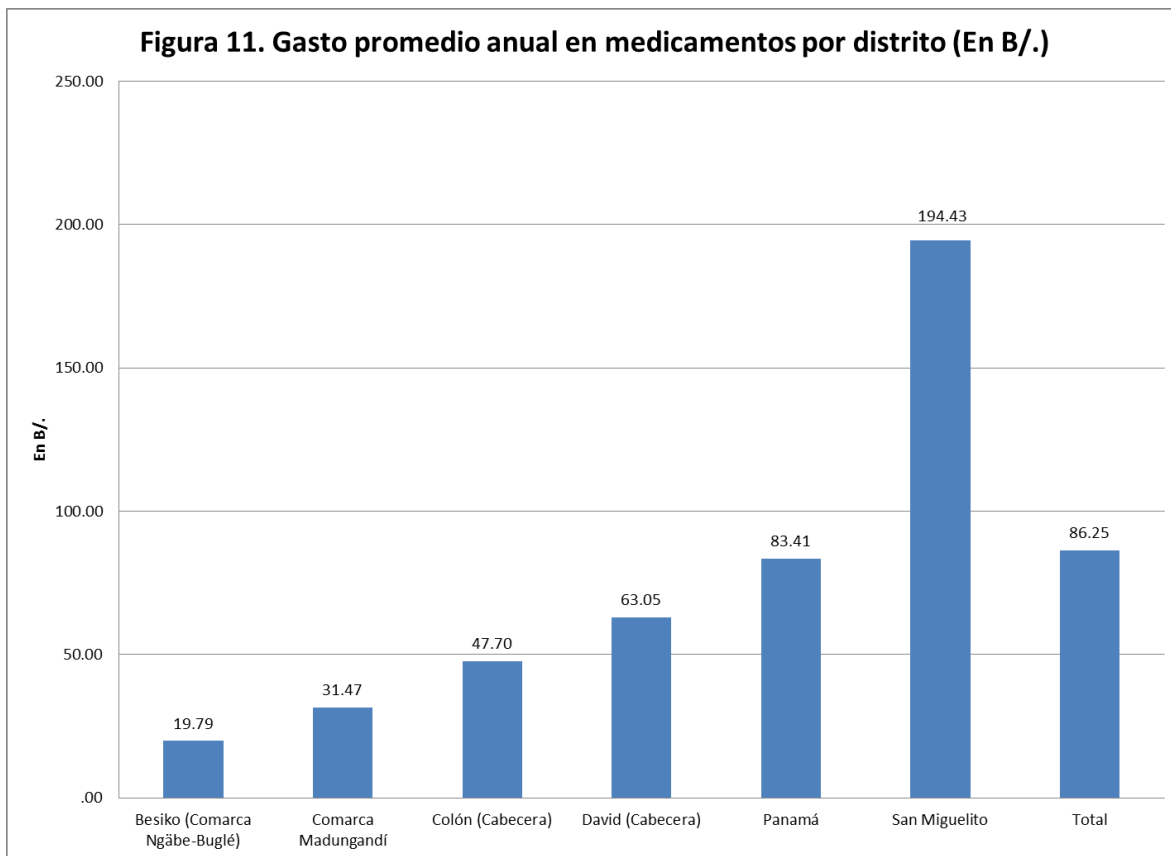
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

La problemática es muy pronunciada en las comarcas indígenas donde predomina una muy baja cobertura de seguridad social y privada, con base en lo cual la atención sanitaria pública, mediante la red de centros de salud e instalaciones de segundo y tercer nivel cobra una mayor importancia, ante las disparidades regionales ya mencionadas, pues debe entenderse que no solo basta con tener instalaciones de salud de primer, segundo o tercer nivel de complejidad en todas áreas geográficas, sino que la población pueda ser atendida con buenos estándares de calidad y de manera efectiva en las mismas.

3.2.1. Acceso

El acceso a medicamentos es otro de los elementos fundamentales que definen la adquisición efectiva a los mismos. Su análisis se realiza básicamente por dos vías, una es de carácter económico y la otra con relación a las distancias geográficas por tiempo o recorrido.

Para proporcionar un contexto general se analiza brevemente la composición del gasto promedio anual, en función de los distritos y comarcas, como se presenta en la figura 11. La distribución del gasto es cónsona con la distribución del ingreso observada en los quintiles analizados en la figura 7. Como cabría esperar, el menor gasto se reportó en las comarcas Ngäbe (B/. 19.79) y Madungandí (B/. 31.47). En tanto Colón (B/. 47.70) y David (B/. 63.05) se ubican en una posición intermedia, mientras que Panamá (B/. 83.41) y San Miguelito (B/. 194.43), estarían en el extremo superior.

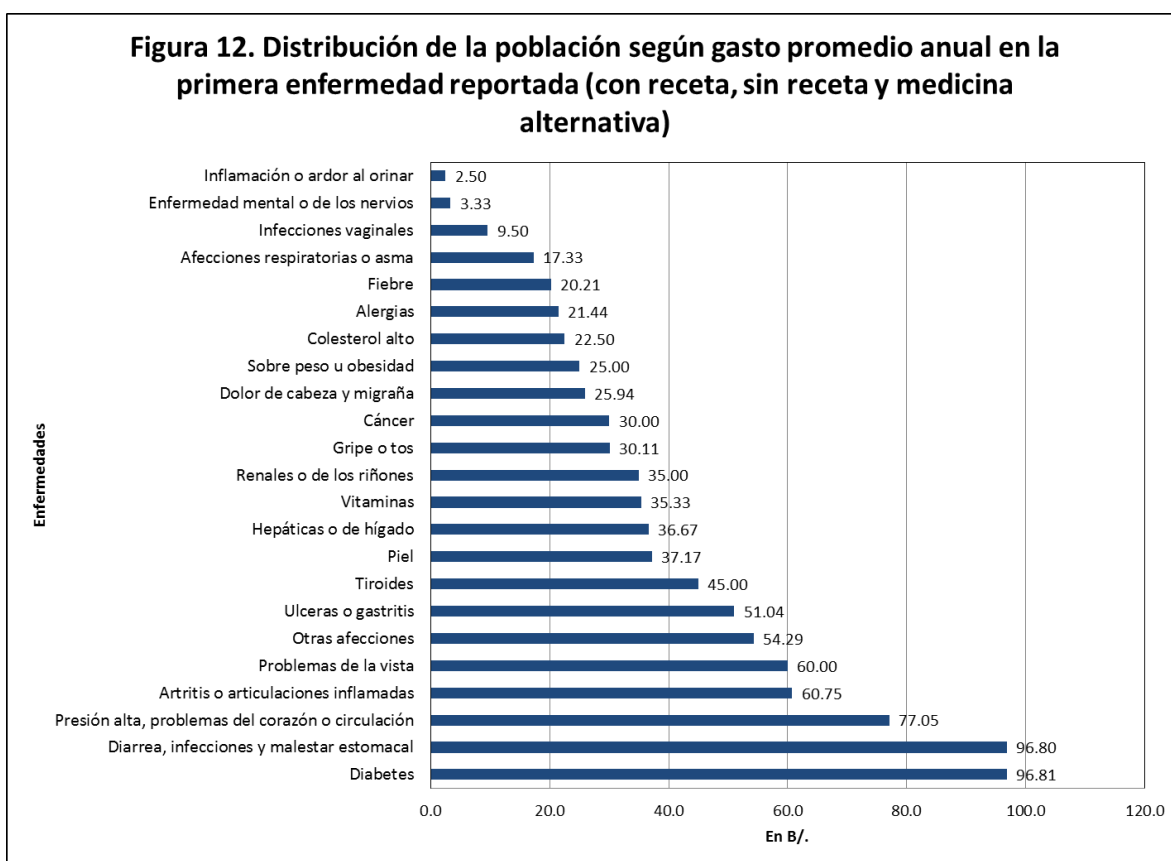


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Es evidente que la inequidad social desde el punto de vista económico se constituye en una condicionante social, que limita el acceso a medicamentos, mucho más agravada por la falta de disponibilidad en las zonas más pauperizadas. Dicha situación se agrava cuando se consideran las

principales morbilidades del país, especialmente aquellas ligadas a enfermedades crónicas, en que los costos son elevados[8].

En la figura 12 se presenta la distribución del gasto promedio anual por la primera enfermedad reportada, en que se destaca el gasto en presión alta, problemas del corazón o circulación con B/. 77.05, diarreas, infecciones y malestar estomacal con B/. 96.80 y Diabetes con B/. 96.81, como los tres grupos con el mayor gasto de bolsillo, con lo cual las comarcas indígenas se constituyen en el grupo de mayor riesgo con el menor acceso por ingresos, sobre todo respecto al gasto catastrófico, es decir, no tener los recursos propios para hacerle frente a este tipo de enfermedades[5] como ocurre en otros países de la región.



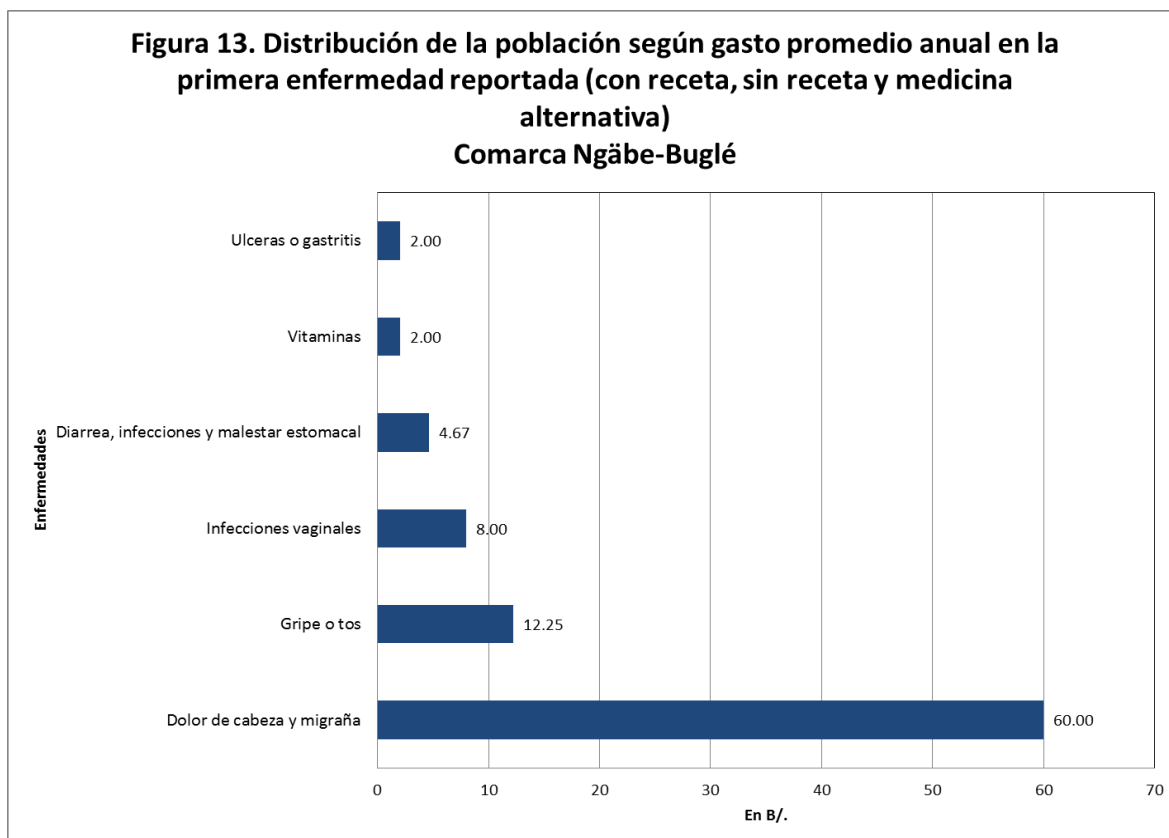
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se han constituido en uno de los mayores problemas de salud pública en el ámbito mundial y amenazan con llevar a la pobreza a muchas sociedades si no se dan intervenciones costo efectivas que garanticen el acceso a los grupos vulnerables. Por consiguiente los perfiles socioeconómicos de consumo se constituyen en un elemento indispensable para focalizar las políticas públicas en esta materia[9].

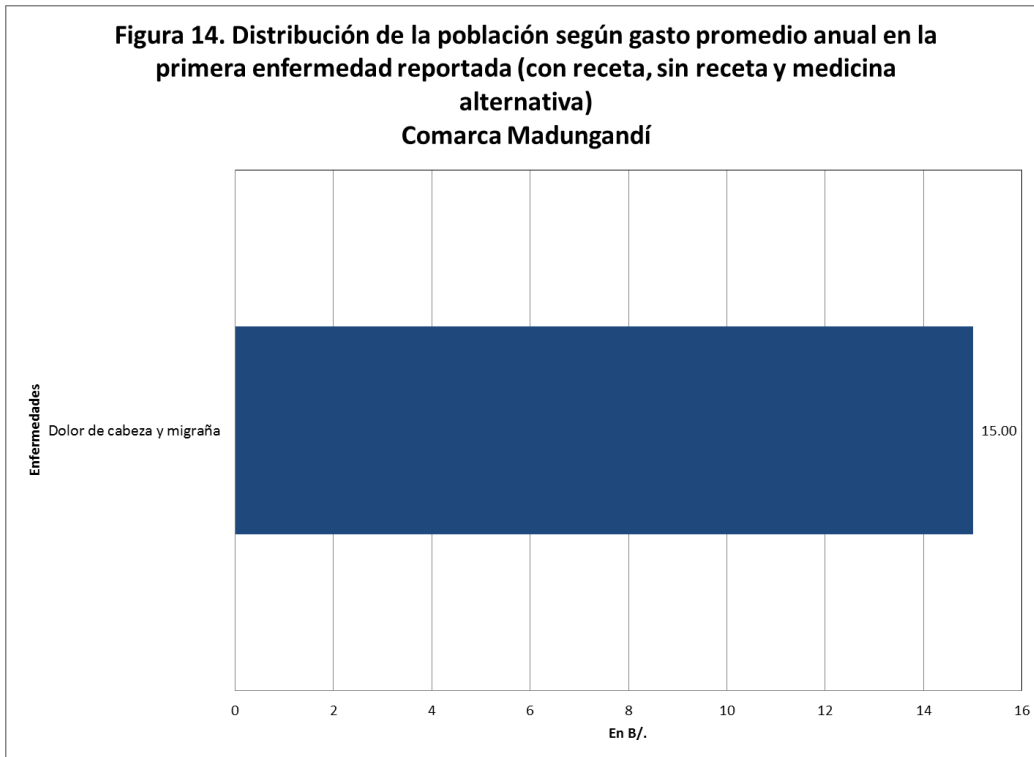
Lo más contradictorio en este caso, es que al no tener acceso al sistema sanitario público, como por ejemplo, a los sistemas de seguridad social por situaciones de desempleo o inactividad laboral,

los grupos más vulnerables deben acudir al sector privado formal en el mejor de los casos, con lo cual el gasto de bolsillo termina representando una mayor proporción en la estructura del gasto familiar y tienen una fuerte probabilidad de caer en gasto catastrófico[5].

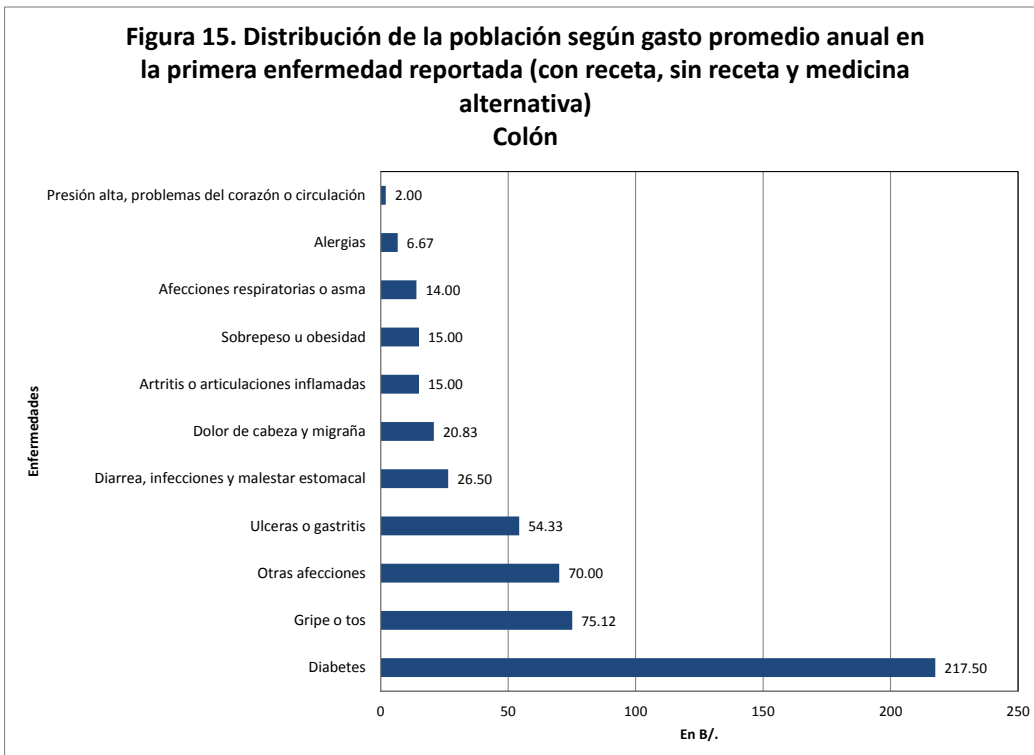
De la figura 13 a la 18, se presenta la distribución del gasto de bolsillo promedio anual, por distrito y comarca indígena, que deja en evidencia las fuertes disparidades respecto al acceso a medicamentos, por tipo de enfermedad.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.



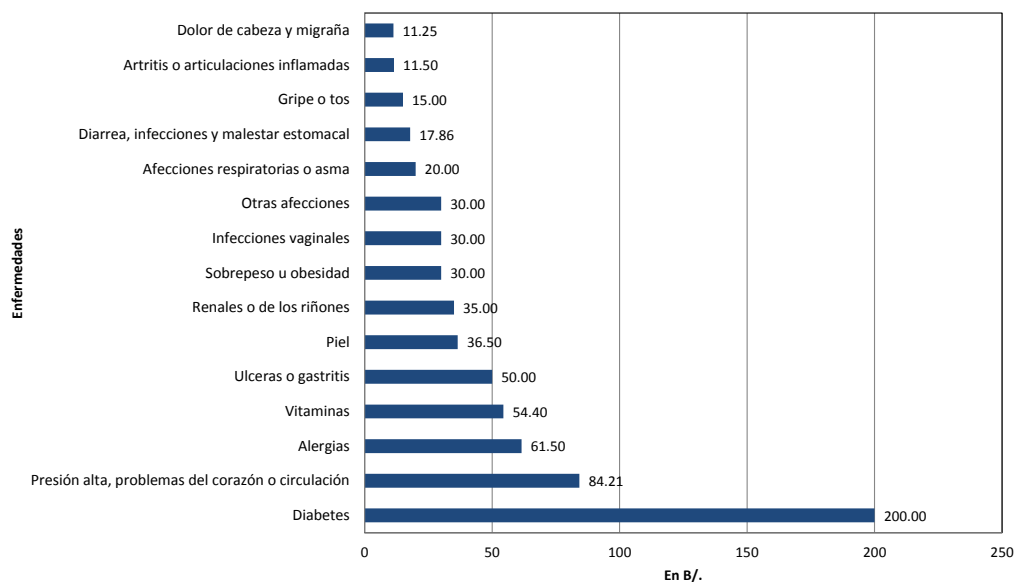
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Figura 16. Distribución de la población según gasto promedio anual en la primera enfermedad reportada (con receta, sin receta y medicina alternativa)

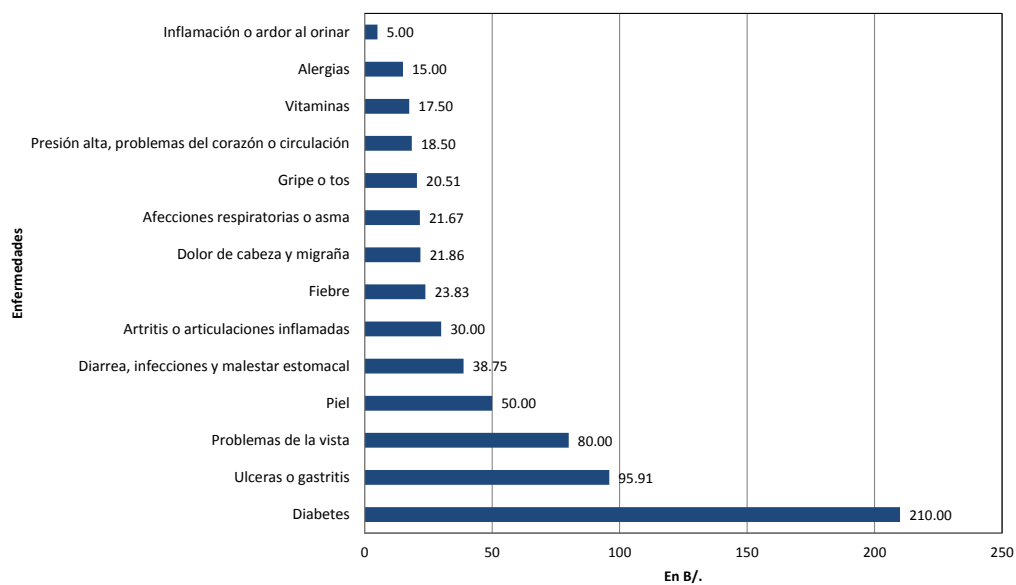
David



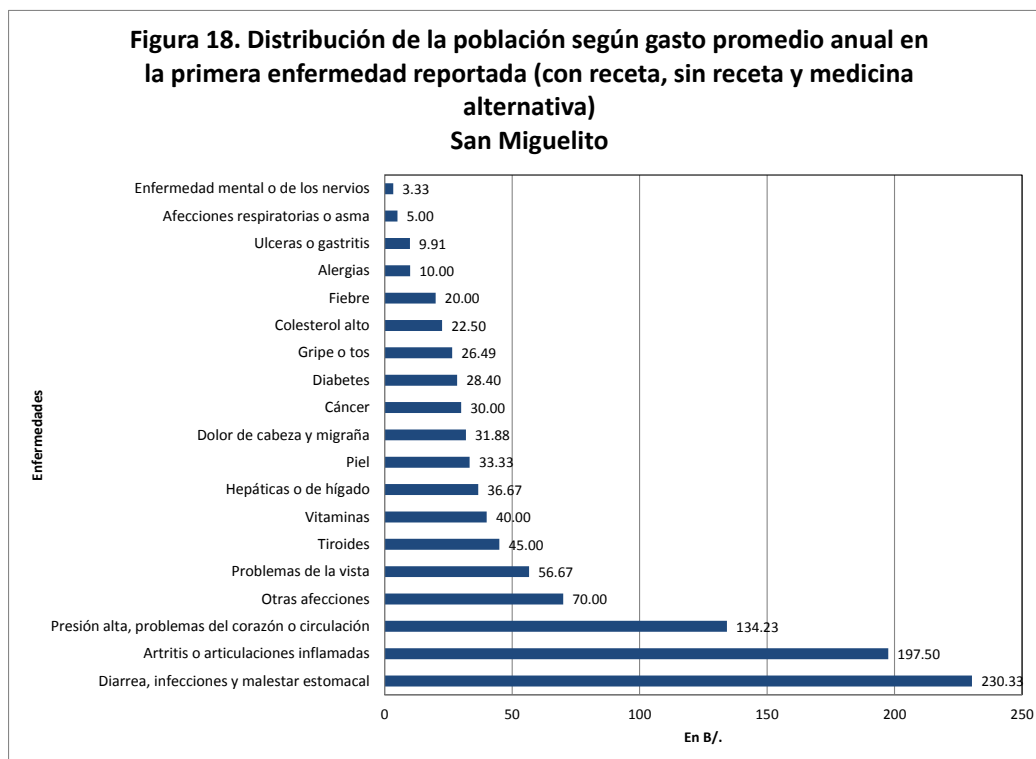
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Figura 17. Distribución de la población según gasto promedio anual en la primera enfermedad reportada (con receta, sin receta y medicina alternativa)

Panamá



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En las figuras 13 y 14 se observa que en las comarcas indígenas el gasto está orientado al tratamiento de enfermedades infecciosas, pero se destaca de manera significativa el gasto en medicamentos para el dolor de cabeza y migraña, con B/. 60.00 en la Ngäbe y B/. 15.00 en Madungandí, que son productos de bajo costo y de venta libre en su mayoría, accesibles incluso en lugares de venta informal, pero no se reporta el gasto en enfermedades crónicas como diabetes o las del aparato circulatorio.

Por otro lado, en las figuras 15 y 16 se reporta el gasto en los distritos de Colón y David. En el caso de Colón la diabetes aparece como la enfermedad con el mayor gasto, B/. 217.50, una enfermedad con raíces endémicas que afecta fundamentalmente a la población afro colonense. Con relación a David, el gasto en enfermedades ligadas a la presión alta, problemas del corazón o circulación, con B/. 84.21 y diabetes con 200.00, figuran como las más importantes y guarda correspondencia con los perfiles de morbilidad y mortalidad del país y por región. Finalmente con relación a los distritos de Panamá y San Miguelito, en el caso de Panamá, se destaca el gasto en diabetes, con B/. 210.00 y en San Miguelito, el gasto en enfermedades ligadas a la presión alta, problemas del corazón o circulación con B/. 134.23, artritis o articulaciones inflamadas, B/. 197.50 y diarreas, infecciones y malestar estomacal con B/. 230.33.

Se puede observar que el gasto en las principales enfermedades se corresponden con los perfiles de morbilidad nacional tanto en enfermedades transmisibles como en no transmisibles, de igual forma en los grupos afrodescendientes que junto a las etnias indígenas se constituyen en los

grupos más vulnerables en cuanto al acceso a servicios de salud[4, 10]. En este sentido el tener seguro social o seguro privado contribuye significativamente a reducir el riesgo de gasto catastrófico y a reducir el gasto de bolsillo directo, tanto en servicios como en medicamentos esenciales y que bajo otras circunstancias puede terminar llevando a la pobreza a muchos individuos en situación de riesgo[6].

Solo para poner en contexto la situación respecto a estas morbilidades, según datos de la Encuesta de Salud y Niveles de Vida de 2007 (ENSCAVI)[1], la tasa de prevalencia general de presión arterial alta era de 22%, en las zonas rurales de 23.2% y en las indígenas 7.7%, en diabetes la tasa de prevalencia general fue de 5.4%, 6.4% en las áreas urbanas y en las áreas indígenas del 1.7%. El 9.8% se reconoció con sobrepeso u obeso, siendo este uno de los principales factores de riesgo, relacionado a estilos de vida y alimentación, entre otros.

En las zonas urbanas la tasa de prevalencia de hipercolesterolemia fue de 10.7%, en las zonas rurales 8.2% y en las indígenas, 1.4%. En cuanto a las enfermedades respiratorias diferentes a la gripe, la tasa de prevalencia fue 6.5% en áreas urbanas, en las rurales 5.6% y en las indígenas, 4.7%[1].

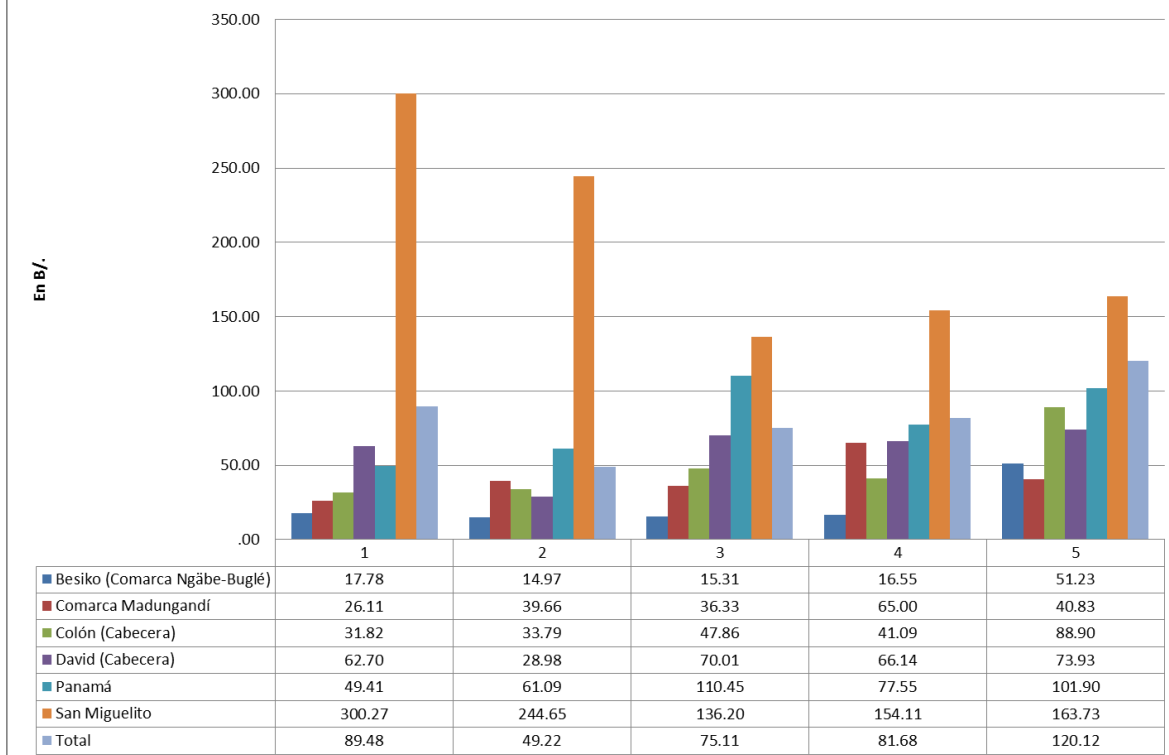
Al observar la distribución del gasto de bolsillo anual por quintiles de ingreso, salta a la vista la situación particular del distrito de San Miguelito (figura 19), se observa que en todos los quintiles el gasto está por encima del total. San Miguelito, es un distrito con una composición socioeconómica compleja en el que están muy marcados y diferenciados los corregimientos donde se identifican las capas medias, del amplio componente de los sectores populares marginados, que son los que predominan.

Por ejemplo, en el primer y segundo quintiles el promedio es de B/. 300.27 y B/. 244.65 respectivamente, por encima del promedio total de B/.89.48 y B/. 49.22. Es decir, es el distrito en que aparece evidenciado un posible alto riesgo de gasto catastrófico, en los segmentos más pobres, donde la posibilidad de tener seguro social o privado es muy baja, siendo además un distrito multiétnico en el cual coexisten indígenas y población afro panameña.

De acuerdo a la ENSCAVI en las áreas rurales hay tres veces más riesgo de no disponer de seguro social, con relación a la residente en las áreas urbanas. En la áreas indígenas es 17 veces mayor con respecto a las áreas urbanas y con relación a las rurales, el riesgo es 6 veces mayor[1]. Estos datos sirven como corolario de los resultados obtenidos en la encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos 2014, la cual evidencia los mismos problemas estructurales que determinan las grandes disparidades sociales en el ámbito regional, en que las áreas indígenas resultan las más excluidas de los servicios y coberturas básicas de salud.

Ello deja en evidencia algunas debilidades del sistema de salud pública respecto a corregir los fallos de mercado, que limitan la integración de los grupos humanos más desfavorecidos, manteniendo por el contrario una brecha social difícil de cerrar.

Figura 19. Distribución de la población por distrito según quintiles de ingreso mensual y gasto anual en medicamentos (En B/.)



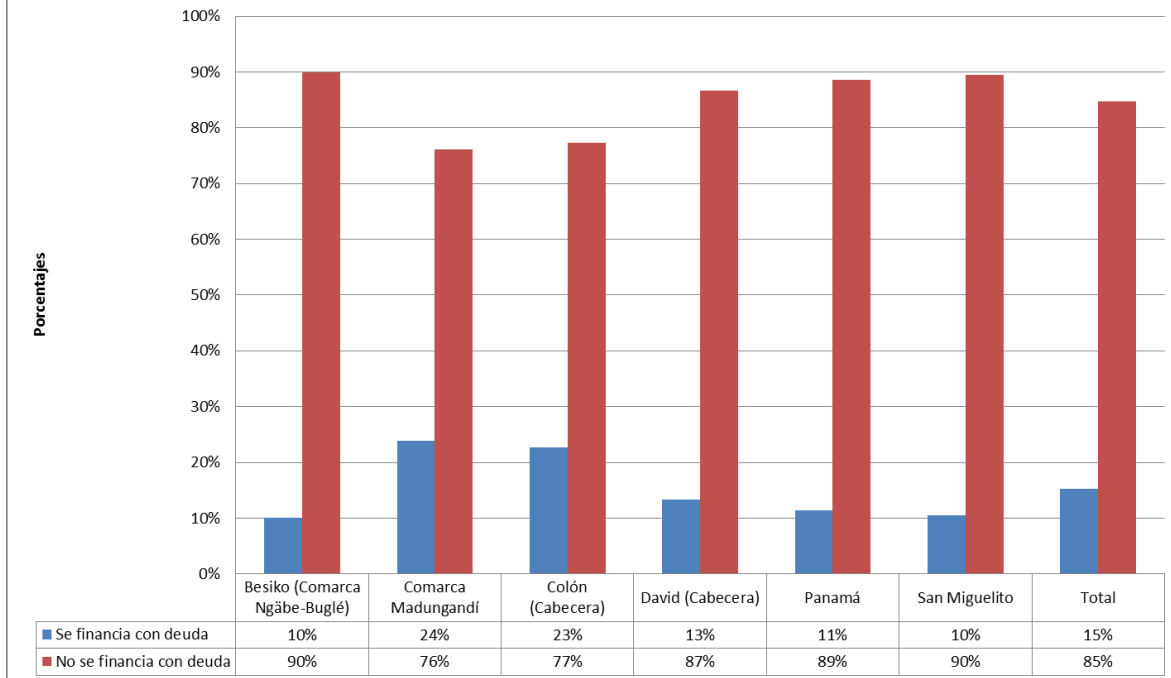
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Este último aspecto resulta de vital importancia para considerar la inequidad en el acceso a medicamentos, donde un gasto relativamente alto en los quintiles inferiores puede incidir en el gasto catastrófico, pero por otro lado un gasto muy bajo, como en el caso de las comarcas indígenas implica una mayor carencia de ingresos propios para adquirirlos, lo cual también incide en el riesgo de gasto catastrófico, en función de la menor tenencia de seguro social o seguro médico privado[11].

El tipo de financiación se constituye en otro elemento importante sobre el riesgo de gasto catastrófico, en la medida en que dicho gasto deba financiarse con deuda, por no contar con los ingresos propios necesarios para afrontar los mismos, sin dejar de cubrir otras necesidades básicas. En la figura 20 se observa que en general el 20% de los entrevistados declaró financiarse con deuda, donde se destaca que la comarca Madungandí (24%) y el distrito de Colón (23%), con porcentajes por encima del total.

Ello evidencia el mayor riesgo de gasto catastrófico por el menor acceso económico e implica de plano, la evidencia de las debilidades institucionales respecto de garantizar el suministro, disponibilidad y acceso a medicamentos a poblaciones en mayor situación de riesgo social.

Figura 20. Distribución de la población por distrito según gasto promedio anual en medicamentos e importancia relativa del tipo de financiación (En B/.)



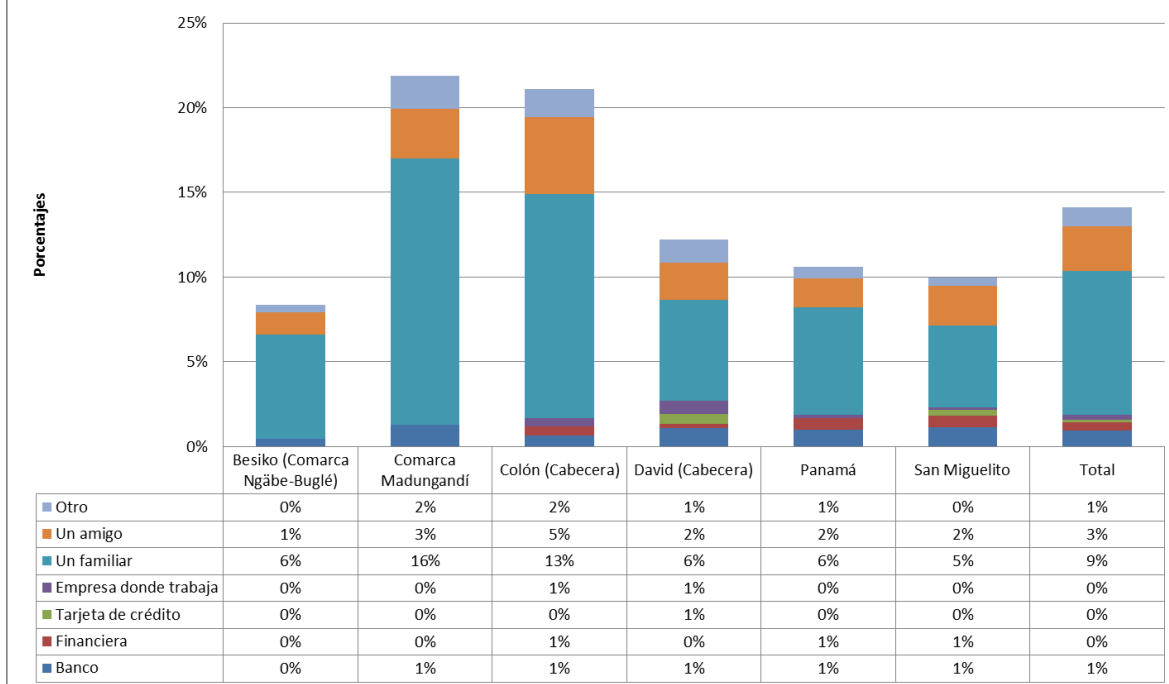
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

En la figura 21 se presentan las respuestas efectivas de los entrevistados que declararon la fuente de financiación del gasto de bolsillo, fueron excluidos los que no respondieron, que en su mayoría prefirieron reservarse dicha respuesta. Sin embargo, se observa que la ayuda de familiares figura como una de las principales fuentes de financiación al igual que acudir a amigos.

En un sentido práctico, tiene lógica acudir primariamente al entorno familiar y social para solicitar ayuda financiera, lo cual establece que el gasto en medicamentos tiene repercusiones sociales y sobre todo en el seno familiar, incidiendo directamente en la economía doméstica y nacional. En la comarca Madungandí (16%) y en Colón (13%), es donde se observa una mayor frecuencia de ayuda familiar financiera.

Nuevamente se resalta la situación social y económica de los grupos indígenas y en parte de la población afro panameña, como grupos vulnerables respecto del acceso a medicamentos, como otro de los elementos fundamentales de la inequidad social subyacente en el país. Esta situación evidencia la necesidad de reestructuración de los servicios básicos de salud, respecto al papel que deben jugar cada una de las entidades regentes en el ámbito nacional. En este contexto es necesario revisar los esquemas bajo los cuales se regula el mercado respecto a los precios, sobre todo por el hecho de que los medicamentos de última generación suelen resultar más costosos y es importante analizar objetivamente su costo efectividad financiera y terapéutica[8].

Figura 21. Distribución de la población por distrito según gasto promedio anual en medicamentos e importancia relativa de la fuente de financiación (En B/.)

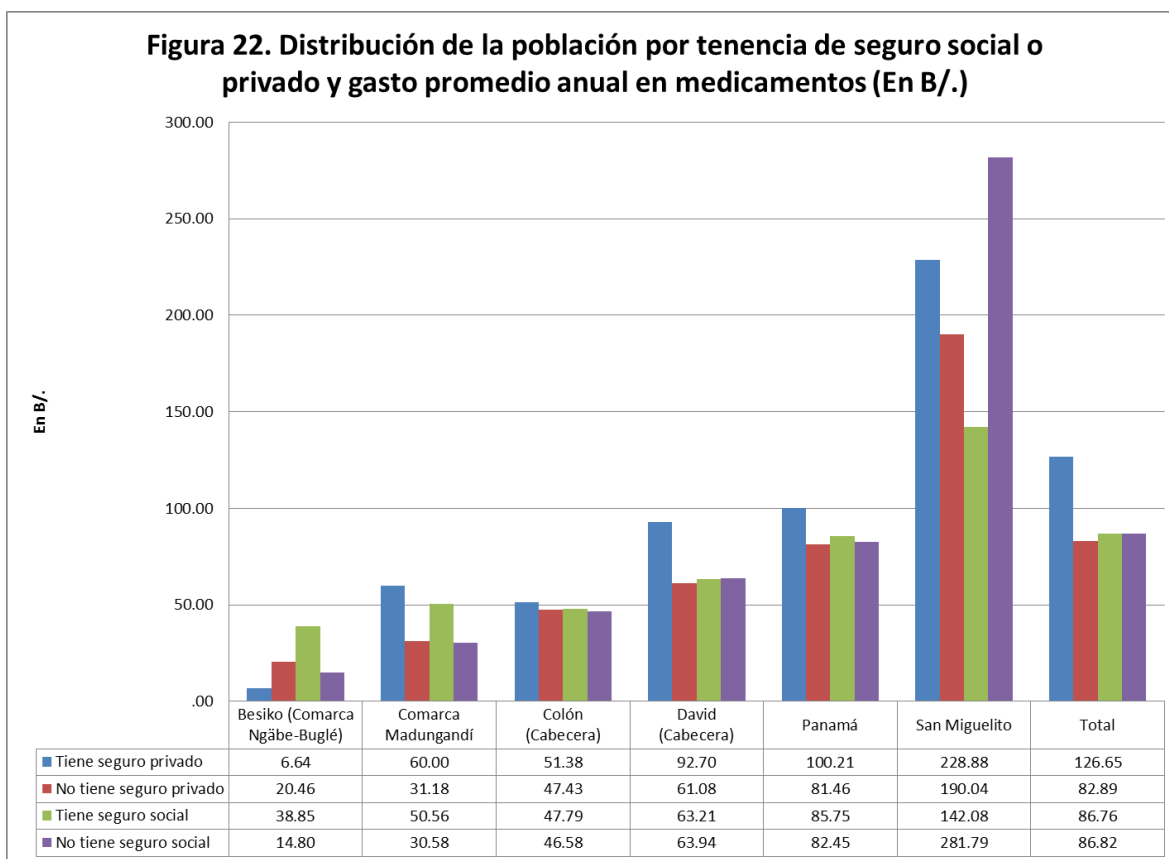


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Otro elemento importante en el acceso económico a medicamentos, es la tenencia o no de seguro social y de vida (figura 22). Ello contribuye a diferenciar las posibilidades de compra total o parcial de acuerdo al poder adquisitivo[12]. En las comarcas indígenas y en el distrito de Colón, en donde el gasto en medicamentos está mucho más por debajo del promedio total, indistintamente de si los entrevistados cuentan o no con seguro social o privado. Panamá y David se ubican en una posición intermedia y en el otro extremo San Miguelito.

Respecto de las comarcas Ngäbe, Madungandí y el distrito de Colón, el gasto promedio anual en medicamentos es mucho más bajo para los que no tienen seguro social o privado, respecto del resto de los distritos. Ello los ubica en una situación de mayor vulnerabilidad respecto del acceso a medicamentos, dada su mayor concentración del ingreso en los dos primeros quintiles.

Sin embargo, respecto a David, Panamá y San Miguelito, por ejemplo, para quienes no tienen seguro privado, el gasto es más elevado, estando San Miguelito con el valor más extremo, de B/. 190.04 respecto del promedio general con B/. 82.89. Una situación similar se da respecto de no tener seguro social. Esta situación implica que aunque el nivel de ingresos sea superior al de las comarcas indígenas, la población sin cobertura de seguro médico privado y social, incurre en un gasto mucho mayor respecto a los que tienen cobertura.



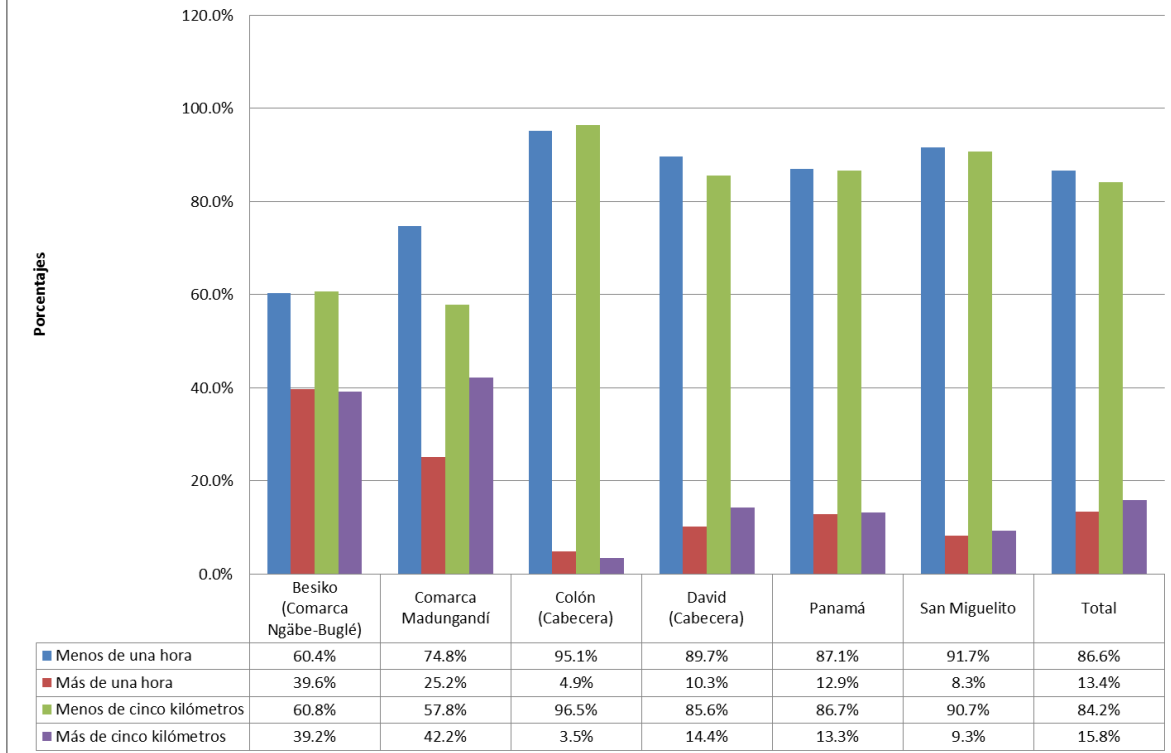
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Por lo tanto, las posibilidades de caer en una situación de gasto catastrófico tienden a aumentar, en la medida en que no se cuenta con este tipo de coberturas, llevando a muchas familias a la movilidad social descendente sobre todo cuando se trata de enfermedades crónicas.

De igual forma la disposición de centros de atención sanitaria y farmacias en el entorno geográfico cercano al individuo, es otro elemento que puede condicionar el acceso por tiempo y distancia si se trata de comunidades remotas o sin facilidades de acceso. Para fines de análisis se hizo una distribución de los entrevistados de acuerdo a la distancia y el tiempo de recorrido para adquirir un medicamento en un establecimiento farmacéutico, en función de que más de una hora se considera inaccesible, al igual que recorrer más de cinco kilómetros.

En la figura 23 se presentan los datos y dejan en claro que para las comarcas indígenas existe un menor acceso relativo en tiempo y distancia. En la Ngäbe el 39.6% se tarda más de una hora y el 39.2% recorre más de cinco kilómetros. En la comarca Madungandí, los resultados para estas mismas categorías son 25.2% y 42.2%.

Figura 23. Distribución porcentual de la población por distrito según acceso a medicamentos en tiempo y distancia

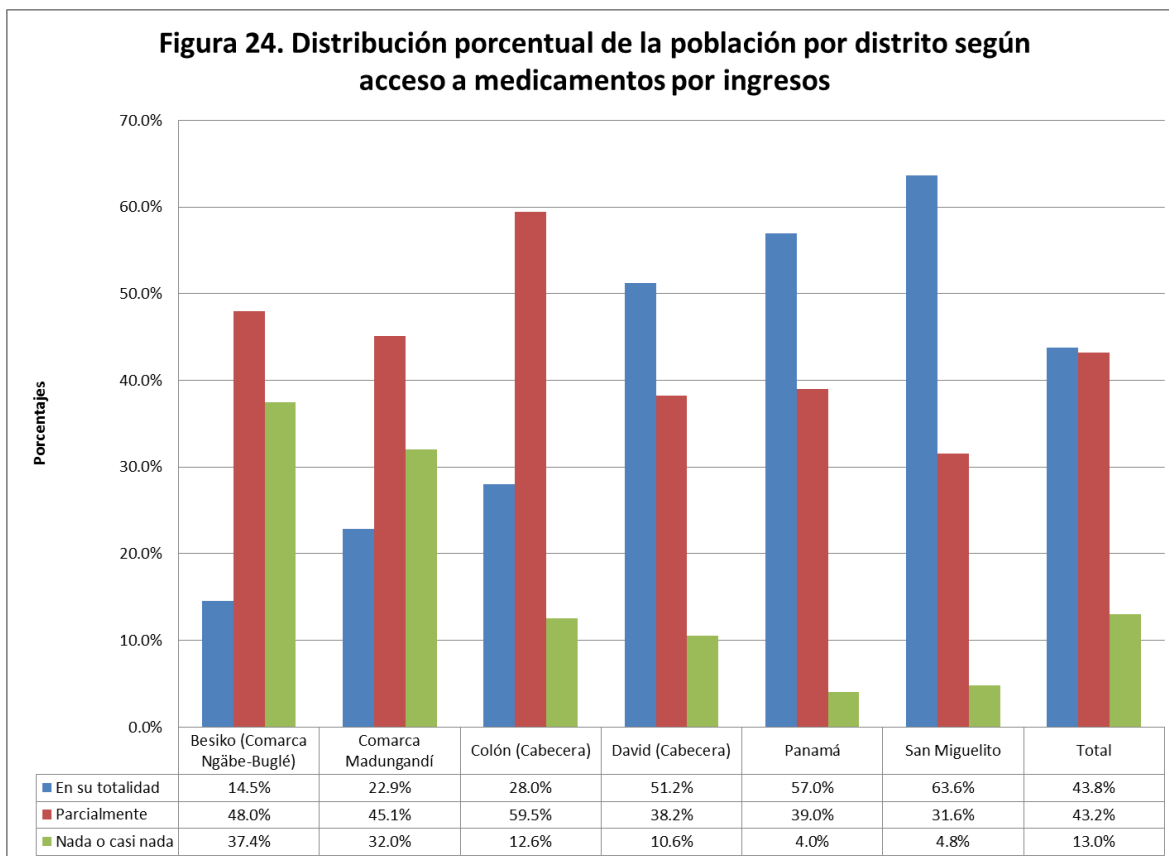


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Estos porcentajes están muy por encima del promedio general de 13.4% y 15.8%, de los que los distritos de Colón, David, Panamá y San Miguelito, que están relativamente por debajo. Esta situación indica las diferencias entre las comunidades rurales versus las que tienen un mayor desarrollo urbano y comercial.

Para culminar el análisis de este apartado, se presentan las figuras 24 y 25 en las cuales se distribuyen los entrevistados de acuerdo a la capacidad de gasto por ingresos y por precios. En general solo el 43.8% manifestó contar con los ingresos suficientes para afrontar el gasto, lo cual es un nivel de acceso por ingresos relativamente bajo, y contribuye a reafirmar los argumentos esgrimidos hasta ahora respecto del acceso.

De hecho los que manifestaron no tener ingresos o casi nada, se ubicaron en la posición más desfavorable, en las comarcas indígenas. En la Ngäbe el porcentaje fue de 37.4% y en Madungandí, 32.0%. Colón (12.6%) y David (10.6%) se ubicaron en un punto intermedio, apenas por debajo el promedio global de 13.0%, mientras que en el otro extremo, en una posición más favorable se ubicaron Panamá (4.0%) y San Miguelito (4.8%).



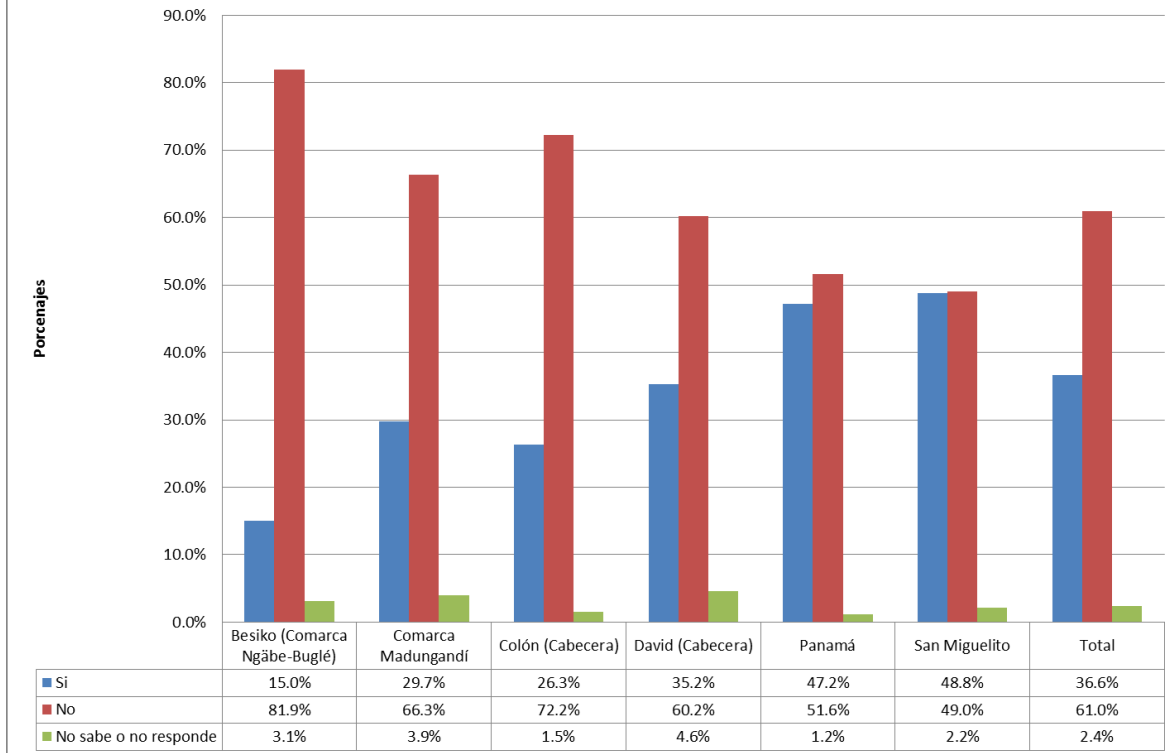
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Al considerar las categorías de parcialmente y nada o casi nada, más del 50% de todos los entrevistados en promedio (56.2%), tienen problemas de acceso a la compra de medicamentos, lo cual combinado con la tenencia o no de seguro social o privado, lleva a una mayor posibilidad de financiación con deuda y eventualmente a un gasto catastrófico para los segmentos de consumidores más pauperizados.

De manera complementaria, en la figura 25 se hace otra distribución del acceso económico en función de la valoración del precio. De igual manera esta respuesta no deja duda de los perfiles o características analizadas sobre los entrevistados. El 61.0% consideró que el precio le resulta inaccesible, siendo mucho más acentuada esta respuesta en las comarcas indígenas, Ngäbe (81.9%), Madungandí (66.3%) y el distrito de Colón (72.2%), dejando en claro que en las zonas más pauperizadas existe una real problemática de acceso a medicamentos.

Ello ligado a factores como el ingreso, distancia en tiempo y recorrido, disponibilidad, entre otros, se constituye en un problema fundamental por resolver, respecto de las políticas farmacéuticas, comercialización, etc., de forma que se pueda dar cobertura a las poblaciones más vulnerables del país.

Figura 25. Distribución porcentual de la población por distrito según de acceso a medicamentos por precios



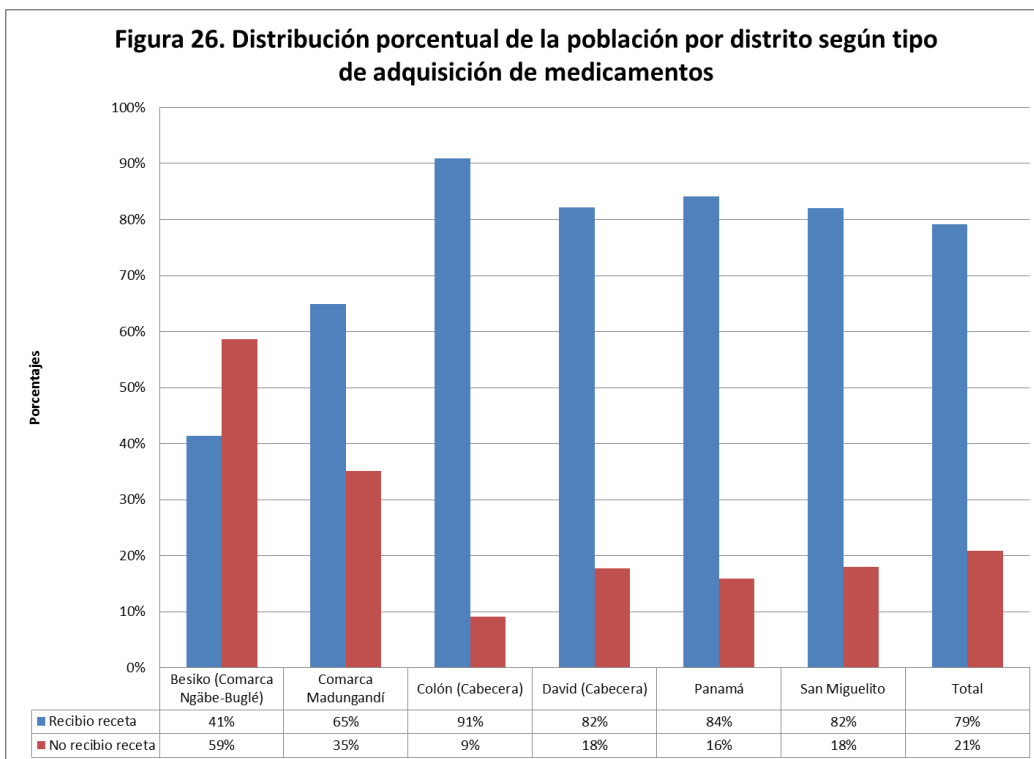
Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Por consiguiente el acceso al consumo de medicamentos engendra todo tipo de complejidades, que inciden en toda la cadena de comercialización, pero que no desvirtúa la condición de bien público del medicamento, ante la presencia de fallos de mercado, que generan externalidades dada la exclusión social de parte de los grupos desfavorecidos en su derecho a la salud. Esta combinación de factores, y sobre todo el tener o no seguro social o privado, es un aspecto a tener en cuenta respecto del riesgo relativo de no poder comprar medicamentos, pudiendo llevar a la pobreza a muchas familias panameñas ante la incidencia de enfermedades crónicas[11].

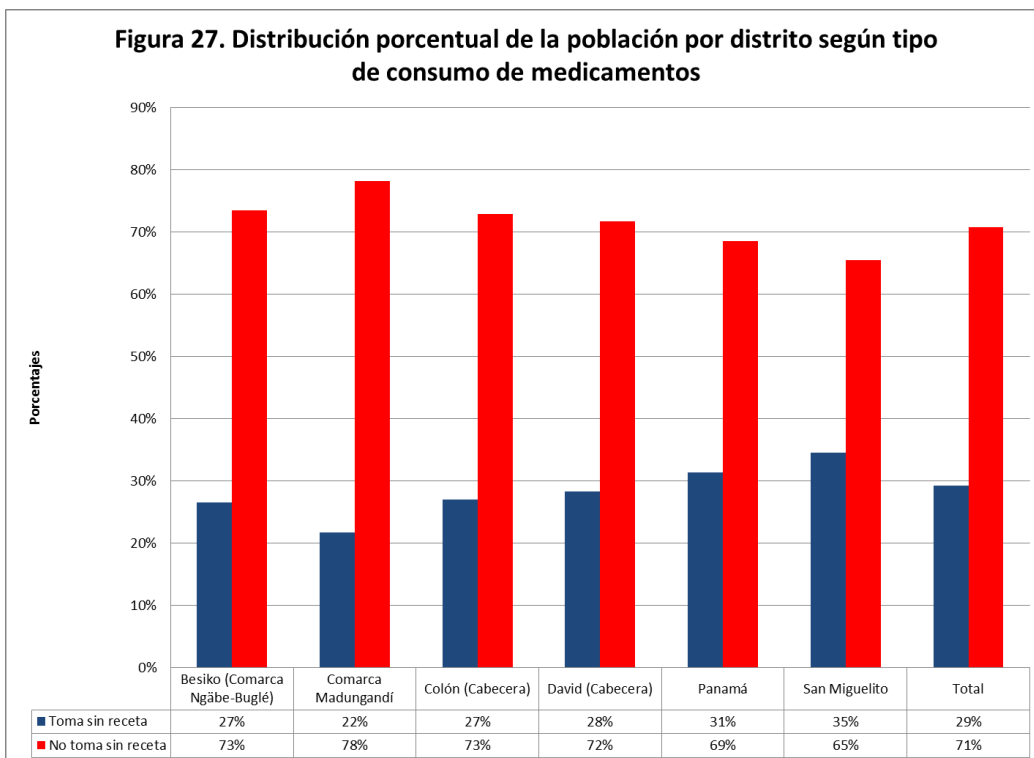
3.2.2. Uso racional

El uso racional de los medicamentos es otro de los factores fundamentales para estudiar la problemática del consumo de estos productos y permite contextualizar el impacto de las políticas orientadas a un consumo costo-eficiente respecto del tratamiento de las principales morbilidades del país.

En las figuras 26 y 27 se resume el tipo de uso de los medicamentos por comarcas y distritos. De manera general el 21% de todos los entrevistados declararon adquirir medicamentos sin receta, tendiendo los porcentajes más altos las comarcas Ngäbe (59%) y Madungandí (35%).

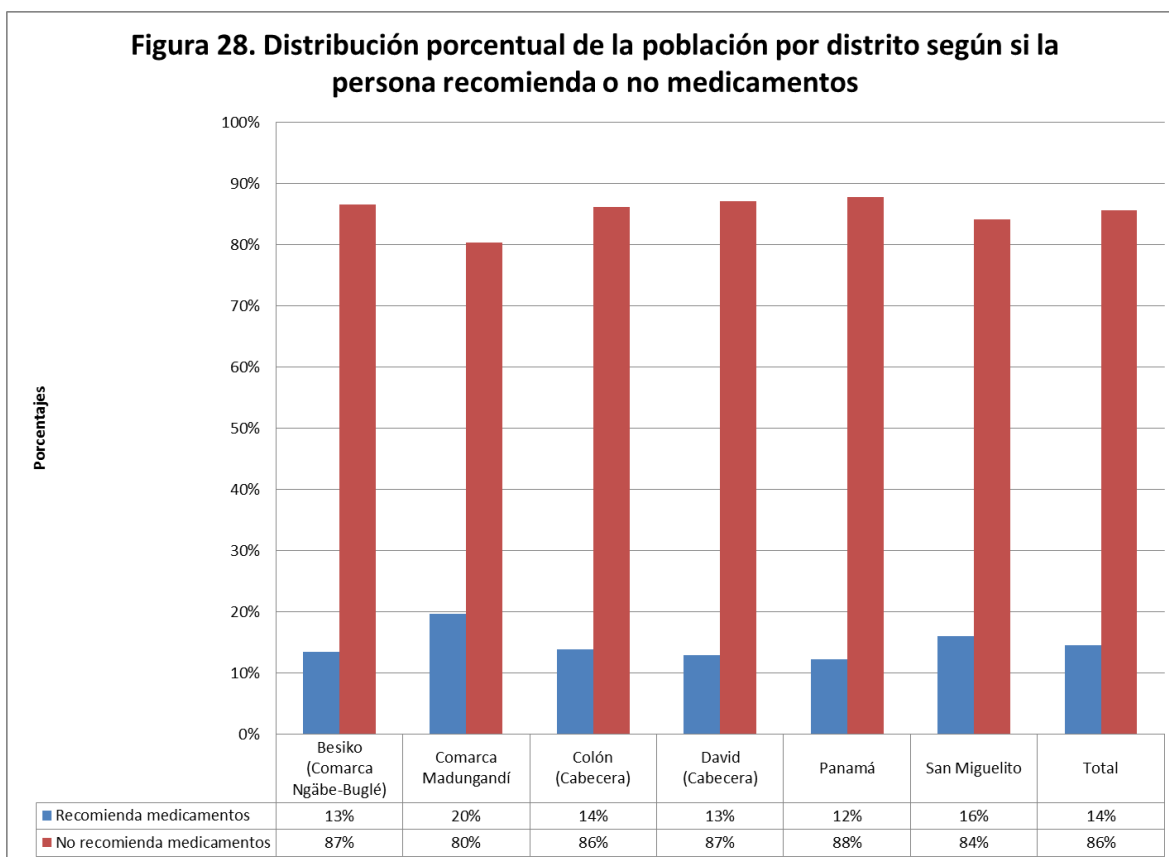


Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

De acuerdo a los datos de la figura 27, el 29% de los entrevistados en general declaró tomar medicamentos sin receta, lo cual es consistente con lo observado en la figura 26. Panamá y San Miguelito, presentan los porcentajes más elevados con 31.0% y 35.0% respectivamente. Este elemento es de vital preocupación respecto al uso de los medicamentos, y tiene de trasfondo la problemática analizada respecto de la disponibilidad y acceso económico.



Fuente: Encuesta de gasto de bolsillo en medicamentos, 2014.

Finalmente en la figura 28 de manera complementaria se presenta la distribución de los entrevistados en función de si recomiendan o no medicamentos a terceros. El 14% recomienda medicamentos a terceros, siendo el porcentaje más alto en la comarca Madungandí (20%). Con todo, existe una marcada problemática respecto del uso racional de medicamentos, dejando en clara perspectiva el riesgo de no adherencia a los tratamientos, pérdida de eficacia terapéutica y por supuesto la pérdida económica que ello representa para el sistema sanitario.

En resumen, respecto de la disponibilidad, acceso y uso racional, las áreas más vulnerables son las comarcas indígenas y la provincia de Colón, en la cuales se concentran los grupos sociales de mayor condición de riesgo social, ligado a factores de tipo geográfico y económicos.

Ello deja en claro, que existe un alto riesgo de gasto catastrófico para los grupos más vulnerables, agravada por la menor tenencia de seguridad social que hace más probable el riesgo de no comprar los medicamentos, total o parcialmente. En la sección 4 se harán algunas mediciones econométricas para precisar estos aspectos y dar mucho más profundidad a los hallazgos de esta investigación.

4. Medición de algunas relaciones básicas

Se propone el uso de dos modelos econométricos para medir con mayor precisión el efecto de algunos de los determinantes fundamentales del gasto de bolsillo en medicamentos, tales como el ingreso, la edad y la tenencia de seguro social y poder complementar nuestro análisis respecto de la situación de riesgo identificada para algunas comunidades, sobre todo las indígenas.

4.1. Modelo de regresión del gasto con relación al ingreso

Para este modelo se propone una función de regresión doble logarítmica en que las variables dependiente y explicativas se describen a continuación:

Variable dependiente: $\ln gasto$ = Logaritmo natural del gasto promedio anual de bolsillo en medicamentos, para todo individuo "i".

Variables explicativas:

1. $\ln ingreso$ = Logaritmo natural del ingreso mensual para todo individuo "i".

2. Edad = Edad cronológica del entrevistado, para todo individuo "i".

La expresión formal sería: $\ln gasto_i = \ln \alpha_i + \beta_1 \ln ingreso_i + \beta_2 Edad_i + u_i$

Matemáticamente[13] se demuestra que β_1 es la elasticidad ingreso de la demanda mediante la derivada logarítmica parcial:

$$\frac{1}{gasto} \frac{\partial gasto}{\partial t} = \beta_1 \frac{1}{ingreso} \frac{\delta ingreso}{\delta t}$$

$$\text{Donde: } \beta_1 = \frac{\frac{1}{gasto} \frac{\partial gasto}{\partial t}}{\frac{1}{ingreso} \frac{\delta ingreso}{\delta t}}$$

El resultado de la estimación se presenta en el cuadro siguiente:

Cuadro 3. Salida de regresión

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	1.909	.527		3.621	.000
ln(Ingreso)	.202	.078	.133	2.577	.010
Edad	.015	.004	.195	3.779	.000

R-Cuadrado = 0.051 gl = 360.

El coeficiente de elasticidad ingreso[14] de la demanda es de 0.202, indicando que el gasto se incrementa menos que proporcional al ingreso además de tener signo positivo. Con relación a la magnitud ($\beta_1 < 1$) implica que se trata de un bien necesario, es decir, que ante variaciones positivas o negativas del ingreso, su consumo se mantiene. Respecto del signo, al ser positivo, implica que se trata de un bien normal, es decir, que el gasto se incrementa cuando se incrementa ingreso y disminuye cuando el ingreso decrece, aunque menos que proporcional[14, 15].

Este resultado es esperable al tratarse de productos tan básicos como los medicamentos, de los cuales su adquisición no solo depende del ingreso, sino también de otras variables, como gustos y preferencias, precios y disponibilidad entre otros factores. Empero, el ingreso se constituye en una de las principales variables que incide significativamente, en especial por su distribución tan desigual en Panamá, lo cual deja como resultado una marcada inequidad, especialmente en las zonas indígenas, que dependen fundamentalmente de la dotación sector público sanitario, por ser las regiones con la mayor desigualdad social desfavorable del país, al igual que en otros entornos rurales y urbanos, como en el caso del distrito de Colón.

Ante la carencia de contar con seguro privado o social, la población bajo estas condiciones se hace mucho más propensa a caer en riesgo de gasto catastrófico, si sus ingresos son bajos. Los problemas de disponibilidad y acceso hasta ahora analizados, conllevan a considerar que la política pública sanitaria en materia de dotación de medicamentos a la población, no ha podido solventar los fallos de mercado en las zonas pauperizadas del país, con lo cual sigue habiendo población excluida del acceso a medicamentos en adición al costo de oportunidad que representan las morbilidades en enfermedades crónicas sobre los presupuestos públicos.

4.2. Modelo de regresión logística de riesgo relativo de no compra de medicamentos ante la tenencia o no de seguro social y privado

Con base en lo concluido respecto al modelo de regresión lineal, conviene hacer una aproximación respecto de la condición de riesgo de incurrir en gasto de medicamentos de no contar con seguro social.

Para este caso se ha propuesto un modelo probabilístico Logit Multinomial, que se describe a continuación:

Variable dependiente dicotómica: 1=Realiza el gasto (variable de referencia) 0=No realiza el gasto.

Variabes explicativas:

Seguro social: 1=Tiene; 0=No tiene

Seguro privado: 1=Tiene; 0=No tiene

En su forma más general la función logística se expresa de la siguiente forma:

Dado que se trata de una función no lineal (ni en los parámetros ni en las variables), se construyó la función logística o LOGIT (L_i), que es el logaritmo natural de la razón de probabilidades, con la cual nuevamente se obtiene una función lineal y por consiguiente estimaciones de las probabilidades.

$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = Z_i$ **Donde** $Z_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + u_i$; P_i es la probabilidad de ocurrencia del evento esperado (**no hacer el gasto de bolsillo**) con relación a su complemento (o referente) para todo individuo "i"[13].

Las pendientes betas (β_1), mide el cambio relativo en L_i ante un cambio unitario en las variables explicativas X_{1i} (seguro social), X_{2i} (seguro privado en cada caso por separado para todo individuo i) es decir, cómo varía la probabilidad de que se realice o no el gasto en función de si se cuenta o no con seguro social o privado.

Para poder estimar la función de densidad de probabilidad se ha utilizado la siguiente especificación:

$P_i = \frac{1}{1+e^{-Z_i}} = \frac{e^Z}{1+e^Z}$ que se conoce como la función de distribución logística acumulativa e implica

que $1 - P_i = \frac{1}{1+e^{Z_i}}$ la cual es complemento.

Por consiguiente la razón binomial de probabilidades se expresa como: $\frac{P_i}{1-P_i} = \frac{1+e^{Z_i}}{1+e^{-Z_i}}$; donde e es la base de logaritmo natural (2.718281828).

Los resultados de las estimaciones fueron las siguientes:

Cuadro 4. Estimaciones de los parámetros

Gasto en medicamentos		B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confianza al 95% para Exp(B)	
								Límite inferior	Límite superior
.00 No hace el gasto	[Seguro social=.00]	1.617	.072	506.260	1	.000	5.039	4.377	5.801
	[Seguro social=1.00]	1.529	.074	432.278	1	.000	4.613	3.994	5.329

a. La categoría de referencia es: 1.00 Hace el gasto. N=2264(casos válidos)

En el modelo del cuadro 4, se observa que el riesgo relativo de no hacer el gasto (en el grupo que no hace el gasto) es mayor (5.039) si la persona no tiene seguro social, mientras que si tiene seguro social, el riesgo es marginalmente menor (4.613). Es decir, que tener seguro social reduce marginalmente la probabilidad de incurrir en el gasto de bolsillo en medicamentos, que con relación a no tenerlo.

Cuadro 5. Estimaciones de los parámetros

Gasto en medicamentos		B	Error típ.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confianza al 95% para Exp(B)	
								Límite inferior	Límite superior
.00 No hace el gasto	[Seguro privado=.00]	1.586	.053	883.183	1	.000	4.884	4.399	5.423
	[Seguro privado=1.00]	1.492	.180	69.091	1	.000	4.447	3.128	6.323

a. La categoría de referencia es: 1.00 Hace el gasto. N=2696 (casos válidos)

Con relación a la tenencia de seguro privado, la situación es algo similar a la anterior, es decir, que tener seguro privado, entre los que no hacen el gasto, reduce marginalmente el riesgo relativo de no hacerlo (4.447), respecto de los que no cuentan con seguro privado (4.884).

En función de estos dos modelos probabilísticos, el tener seguro social o privado, contribuye a reducir el riesgo de no comprar medicamentos y por ende la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico[6].

4.3. Análisis de resultados

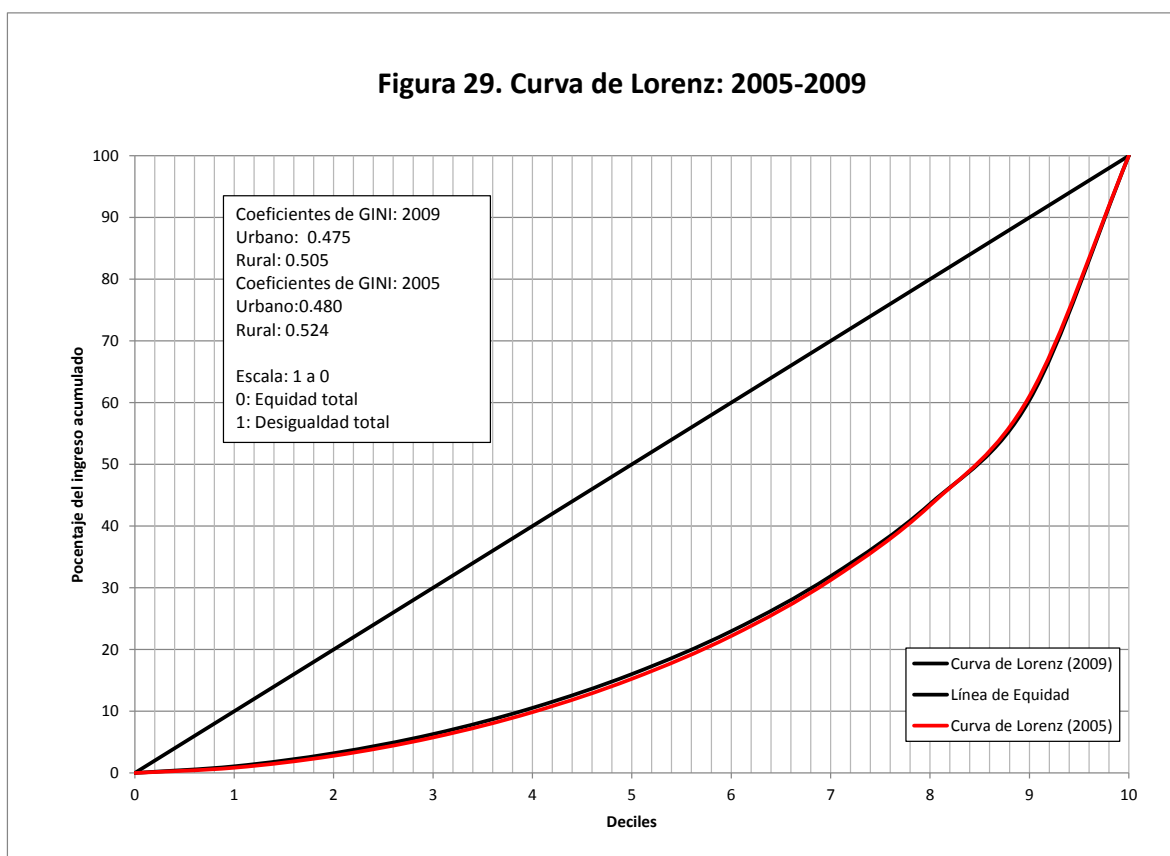
De los resultados generales de los modelos econométricos es posible inferir, que el gasto en medicamentos tiene el comportamiento de un bien necesario, básico y de igual manera la tenencia de seguros social o privado contribuye a mejorar el acceso.

Este último aspecto es de trascendental importancia al tomar en cuenta que el gasto se incrementa en 2% (0.015) por cada año de vida adicional, lo cual implica que en la población

adulto de mayor riesgo puede darse una alta concentración del gasto de bolsillo, sobre todo en enfermedades crónicas no transmisibles, que a largo plazo pueden tener fuertes presiones sobre los presupuestos del sistema público sanitario, afectando la cobertura de servicios de salud y acceso a los medicamentos esenciales para estas enfermedades, pudiendo arrastrar a muchas familias a la pobreza[6].

Panamá es un país que se ha caracterizado históricamente por una desigual distribución del ingreso y que evidencia las grandes desigualdades e inequidad social. Los análisis incorporados de la ENSCAVI de 2007, respecto a los problemas de coberturas de seguridad social, acceso deficiente a los servicios de salud y prevalencias relativamente altas en enfermedades no transmisibles, no son más que la prueba de la exclusión social subyacente.

Solo para contextualizar esta problemática estructural invariable en muchos años, se presenta la representación de la Curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, para los años 2005 y 2007[16], en la cual se observa en primer plano la amplia brecha de la inequidad social, casi sin cambios y que respaldan los resultados de dicha encuesta tanto en el ámbito urbano como rural.



Fuente: Referencia 16.

Para hacer una contextualización más reciente, el cálculo del coeficiente de Gini del Banco Mundial para el año 2012 fue de 0.519[7], lo cual indica que dichas condiciones aún prevalecen dándole una connotación a la pobreza como un mal endémico que requiere de intervenciones integrales para hacer accesibles los servicios de salud y acceso a medicamentos. Ello hace considerar la realización de futuros estudios enfocados en el gasto catastrófico en poblaciones vulnerables, tomando en consideración este primer estudio de línea de base.

Conclusiones

El gasto de bolsillo privado en medicamentos es uno de los temas menos tratados en la literatura científica panameña, y requiere de una mayor producción científica no solo para comprender la realidad subyacente, sino también con relación a la efectividad de las políticas públicas destinadas a garantizar el acceso de la población en mayor riesgo de quedar en la pobreza, ante la inequidad estructural que existe en nuestro país y que afecta la adquisición de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, como por ejemplo, diabetes y enfermedades del aparato circulatorio, sobre todo por el hecho de que el 63.4% de la población entrevistada se concentra entre los 30 y 65 años, es decir, en una edad laboralmente activa.

El no tener acceso a medicamentos ya sea por falta de disponibilidad, falta de cobertura de servicios de salud, carencia de ingresos o precios inaccesibles, puede representar una elevada carga social de este tipo de enfermedades por ejemplo, con lo cual muchas familias pueden caer en la pobreza o por el contrario no salir de tal condición, más aún si no cuentan al menos con la cobertura de la seguridad social.

Este último elemento es de vital importancia dado los factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables, que confluyen hacia problemas de obesidad mórbida[17], como en el caso de Panamá y las enfermedades asociadas que conllevan a fuertes erogaciones para el sistema de salud pública, con la consiguiente pérdida de años de vida, que representa un alto costo de oportunidad para países en vías de desarrollo como Panamá.

De igual forma la falta de acceso incide negativamente en el uso racional de los medicamentos, sobre todo por la tendencia a la automedicación, falta de adherencia a los tratamientos, entre otras, que de igual forma causa pérdidas millonarias en el contexto de la economía de un país[18], terminando con una baja costo efectividad en el uso de los medicamentos.

Por consiguiente, es necesario tratar la problemática del acceso a medicamentos de una manera integral, más allá de su carácter como bienes de consumo o productos de mercado, dadas las implicaciones sociales y económicas a distintos niveles. De los resultados analizados se observan debilidades institucionales que afectan la cobertura tanto de los servicios de salud como del acceso a medicamentos, especialmente en las zonas indígenas y en zonas de pobreza urbana, como en el distrito de Colón.

De igual forma se ha evidenciado la complementariedad que existe entre el gasto en medicamentos y la tenencia de seguridad social o privada, como elemento que potencia el acceso al igual que reduce el riesgo de hacer erogaciones que puedan conducir eventualmente a una situación de gasto catastrófico.

El hecho de que el gasto se incremente en 2% por cada año adicional de vida es otro elemento sustancial a considerar, especialmente en el caso de enfermedades crónicas no transmisibles que en el caso de Panamá están apareciendo a edades muy tempranas y sobre todo laboralmente activas, lo que conlleva a que el acceso a medicamentos tiene un componente de socio morbilidad importante, y que puede poner en peligro no solo la capacidad de su atención sino también la

sostenibilidad a largo plazo de los protección social, dado que el peso de los mismos recaen en el sector público sanitario.

Recomendaciones

Con base en lo analizado salen a relucir las debilidades institucionales en cuanto a la cobertura de servicios sanitarios en el sector público y el acceso a medicamentos, por fallos de mercado no corregidos que permiten prevalecer la inequidad social respecto de los grupos de mayor riesgo.

Por ende es importante una reestructuración del sector público sanitario que garantice el acceso de la población a los medicamentos, en especial de aquellos que son esenciales, mediante los sistemas de cobertura de servicios y protección social, en adición a medidas que generen una mayor competencia en precios y rompa asimetrías de información.

El costo de oportunidad es alto para nuestro país y amenaza los sistemas de protección social de las futuras generaciones. Por consiguiente es importante profundizar en la problemática del acceso a medicamentos con base en los análisis de gasto catastrófico con estudios de ámbito nacional y obtener de fuente primaria perfiles de la realidad socioeconómica el riesgo que ello implica para el país.

Es necesario crear las capacidades en las entidades rectoras de la salud en Panamá, tales como el Ministerio de Salud y la Caja el Seguro Social, para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la Política Nacional de Medicamentos, respecto a garantizar el acceso, uso racional, focalizar eficientemente el gasto y fortalecer la gestión del suministro.

Bibliografía

1. Moreno de Rivera, A.L., et al., *Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida*, 2007, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.
2. Censo, I.N.d.E.y. *XI Censo Nacional de Población y VII Vivienda: 2010. Resultados finales*. 12 de Noviembre de 2013]; Available from: http://www.contraloria.gob.pa/inec/Publicaciones/subcategoria.aspx?ID_CATEGORIA=13&ID_SUBCATEGORIA=59&ID_IDIOMA=1.
3. Moreno de Rivera, A.L.e.a., *Encuesta Nacional de Salud y Calida de Vida. 2007, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.*, 2007, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. p. 43.
4. Censo, I.N.d.E.y. *Diagnóstico de la población indígena de Panamá con base en los Censos de Población y Vivienda 2010*. 29 de enero de 2015]; Available from: http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P6571INDIGENA_FINAL_FINAL.pdf.
5. Cid Pedraza, C. and L. Prieto Toledo, *El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007*. Revista Panamericana de Salud Pública, 2012. **31**: p. 310-316.
6. Sosa-Rubí, S.G., A. Salinas-Rodríguez, and O. Galárraga, *Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008*. Salud Publica de Mexico, 2011. **53**.
7. Mundial, B. *Índice de Gini*. 2011 [cited 2014; Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>.
8. Organization, P.H., *El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas*, 2009, Panamerican Health Organization.
9. Nacional, A., *Resolución n° 632, por medio de la cual se adopta la politica nacional de medicamentos.*, in *Gaceta Oficial: 26,382-A2009*.
10. Censo, I.N.d.E.y. *Diagnóstico de la población afrodescendiente en Panamá 2014*. 3 de febrero de 2015]; Available from: http://www.contraloria.gob.pa/inec/archivos/P6541Afrodescendiente_Integrados.pdf.
11. Wirtz, V.J., et al., *Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México*. Salud pública de México, 2013. **55**: p. s112-s122.
12. Dumoulin, J., et al., *Acceso a los Medicamentos y Financiación: Análisis económico y financiero de base*. 1991.
13. Gujarati, D.N., *Econometría*. 5ta Edición ed. 2009: McGraw Hill. 921.
14. Pashigian, B.P., *Price Theory and Applications*. 1995: McGraw-Hill.
15. Herrera Ballesteros, V.H., *Análisis del gasto en medicamentos, 2007-2008*, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Saldud, Panamá.
16. Caribe, C.E.P.A.L.y.e. *Bases de datos y publicaciones estadísticas*. 2015 6 de febrero de 2015; Available from: http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp?idioma=e.
17. Sasson, M., et al., *Prevalence and Associated Factors of Obesity among Panamanian Adults. 1982–2010*. PLoS ONE, 2014. **9**(3): p. e91689.
18. Pichon-Riviere, A., et al., *CN1 Cost-Effectiveness of Trastuzumab in the Adjuvant Treatment of Early Breast Cancer in Six Latin American Countries*. Value in Health, 2011. **14**(7): p. A538.