

Perspectiva farmacoeconómica en México: Entre el gasto y la inversión en salud

Pharmacoeconomic Perspective in Mexico: Between Expense and Investment in Health

doi: [10.61997/bjm.v15i1.497](https://doi.org/10.61997/bjm.v15i1.497)

Jorge Rafael Figueroa Morales¹, Isaac Espinosa Santana², J. Ascensión Montalvo González³

RESUMEN

En México, el acceso a medicamentos es una dimensión crítica de la equidad sanitaria. El gasto de bolsillo persistente, el desabasto intermitente y la dependencia del ingreso familiar condicionan decisiones terapéuticas y trayectorias clínicas, económicas y sociales. Desde la farmacoeconomía, los medicamentos deben entenderse como inversión social porque previenen complicaciones, reducen hospitalizaciones y protegen a los hogares del empobrecimiento por enfermedad. Este artículo describe el problema distributivo del acceso, examina los límites de los instrumentos existentes y argumenta que el financiamiento estratégico de terapias costo-efectivas genera retornos medibles en salud poblacional, productividad y protección financiera.

Palabras clave: Farmacoeconomía; Acceso a medicamentos; Políticas públicas; México

ABSTRACT

In Mexico, access to medicines is a critical dimension of health equity. Persistent out-of-pocket spending, intermittent stock-outs and household income dependency shape treatment decisions and clinical, economic and social trajectories. From a pharmacoeconomic perspective, medicines should be seen as a social investment because they prevent complications, reduce hospitalizations and protect households from health-related impoverishment. This article outlines the distributive problem of access, reviews the limits of current policy instruments, and argues that strategically financing cost-effective therapies yields measurable returns in population health, productivity and financial protection.

Keywords: Pharmacoeconomics; Access to medicines; Public policies; Mexico

INTRODUCCIÓN

En México, discutir sobre medicamentos es discutir sobre justicia, y más allá de eso, sobre equidad sanitaria. El acceso o la ausencia de un fármaco no solo determina trayectorias clínicas, sino también líneas económicas, familiares y sociales. En un país donde la población enfrenta con frecuencia barreras de disponibilidad, disrupción de esquemas de suministro, y cargas de gasto económico individual desproporcionadas, la pregunta central ya no es únicamente qué medicamento funciona mejor, sino qué decisiones económicas permiten que las personas puedan acceder a

ellos sin comprometer su estabilidad material y emocional.¹ La farmacoeconomía aporta una óptica indispensable para este debate, no se limita a calcular el costo de los medicamentos, sino que analiza el valor social de invertir en ellos a largo plazo. Un esquema terapéutico oportuno puede evitar hospitalizaciones, prevenir complicaciones incapacitantes, disminuir recaídas y sostener la productividad laboral futura.² Desde esa perspectiva, los medicamentos no son un “gasto sanitario”, sino una herramienta de política pública con retornos medibles en salud poblacional y en desarrollo económico. Sin embargo, la realidad mexicana, desde el

¹ Maestro en Ciencias de la Salud con especialización en farmacoepidemiología. Docente investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7755-6993> Correspondencia: jorge.figueroa@uan.edu.mx

² Maestro en Ciencias en alimentos. Docente investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit, México. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5106-0363>

³ Doctor en Ciencias Químicas. Docente investigador de la Universidad Autónoma de Nayarit. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2394-8770>

poder adquisitivo individual contrasta con este ideal. Para una parte considerable de la población, el medicamento sigue siendo un bien de acceso condicionado, es decir, familias sin capacidad de compra retrasan tratamientos, fraccionan dosis o los abandonan; adultos mayores priorizan alimentos sobre fármacos, pacientes con enfermedades crónicas alternan entre terapias incompletas según precios o disponibilidad. Estas decisiones no responden a criterios clínicos sino a restricciones financieras, lo cual evidencia una inequidad estructural de raíz.³ El desabasto documentado en diversos niveles del sistema ha obligado a los hogares a sustituir el financiamiento público por una carga económica directa, incluso en padecimientos crónicos previsibles. En México, los hogares destinan más del doble en medicamentos que hace seis años,⁴ lo cual indica que el diseño institucional no ha neutralizado la vulnerabilidad económica ligada al acceso farmacológico. La discusión sobre medicamentos en México debe desplazarse del paradigma del costo inmediato hacia el de inversión social estratégica. Bajo este enfoque, invertir en abasto, prescripción racional y regulación de precios produce retornos en reducción de enfermedad evitable, mayor continuidad terapéutica, menor presión hospitalaria y protección financiera de los hogares.

A nivel regional, la farmacoeconomía mexicana ilustra las tensiones entre equidad y sostenibilidad. Los patrones de gasto observados en México, donde el gasto en medicamentos representa una proporción significativa del gasto total en salud, son comunes en varios países latinoamericanos, pero su magnitud y visibilidad en el caso mexicano lo convierten en un laboratorio de políticas públicas. Desde una perspectiva pragmática latinoamericana, las lecciones mexicanas sobre compras públicas, evaluación económica y cobertura de medicamentos pueden ser claves para avanzar hacia una región más equitativa y eficiente en el uso de recursos sanitarios.

EL GASTO DE BOLSILLO COMO DETERMINANTE ESTRUCTURAL DEL ACCESO

Desde esta óptica conceptual, conviene examinar cómo el gasto de la población en medicamentos y el desabasto operan en la práctica como mecanismos de inequidad material que distorsionan las decisiones terapéuticas y deterioran los resultados en salud.

El gasto directo de los hogares en medicamentos ha pasado de ser un componente secundario a convertirse en un factor estructural preponderante del acceso en México soslayando a los más vulnerables. Cuando un sistema sanitario no logra garantizar continuidad terapéutica mediante financiamiento público, el costo es transferido a los hogares. Este acontecimiento no es neutro: profundiza desigualdades y

modifica conductas de uso, e incluso afecta la prescripción de algunos profesionales médicos, siendo guiados ya no en función de la evidencia clínica, sino del límite financiero disponible.⁵ En la práctica cotidiana, millones de decisiones farmacoterapéuticas no se rigen por los principios de eficacia, seguridad y costo-efectividad, sino por la capacidad inmediata de pago, tomando decisiones en el límite del riesgo y la necesidad. Una persona con diabetes que no puede cubrir una insulina de precio mensual alto podría optar por fraccionar dosis, o sustituirla por sulfonilureas más baratas pese al riesgo de hipoglucemia o fallo terapéutico, sin poner en tela de juicio la bioequivalencia de los medicamentos genéricos.

En esas decisiones reside una inequidad silente: La cronología de una institución no es equiparable a la de la población afectada, evidentemente la variable tiempo juega en contra para los pacientes.

EL DESABASTO Y LA INESTABILIDAD TERAPÉUTICA

El problema no se limita al precio. El desabasto intermitente, en todos los niveles, obliga a los hogares a reintroducir el gasto incluso cuando contaban con el posible apoyo institucional. En ese escenario, el costo no aparece como una “elección de consumo”, sino como una decisión forzada, que se impone sobre las prioridades cotidianas. La falta de medicamentos convierte cada visita a la farmacia o al hospital en un ejercicio de incertidumbre, no se trata solo de encontrar el fármaco idóneo, sino de encontrarlo a tiempo, antes de que la enfermedad progrese o la esperanza se desgaste.

Cada interrupción terapéutica representa más que una falla logística del sistema, es una fractura en la continuidad del cuidado, un momento en que el paciente deja de confiar en el sistema que debería protegerlo.

Cuando un tratamiento se interrumpe o se sustituye por necesidad y no por criterio médico, la persona enferma no solo enfrenta el riesgo fisiopatológico de una recaída a merced de la historia natural de su patología en cuestión, sino también la ansiedad de saberse vulnerable ante un sistema que no garantiza su derecho a la salud.

En las comunidades rurales o marginadas, el desabasto adopta un rostro aún más crudo, madres que recorren varios municipios buscando antibióticos para sus hijos, adultos mayores que posponen sus dosis por no poder costear la versión de marca. Estas realidades, silenciosas, pero persistentes, amplifican las desigualdades estructurales y profundizan la percepción de que la salud pública se ha vuelto un privilegio en países en vías de desarrollo y no una garantía.

Desde una perspectiva farmacoeconómica, este fenómeno no solo erosiona los resultados en salud; también genera costos diferidos que terminan recayendo sobre el propio sistema, complicaciones que pudieron evitarse, rehospitalizaciones que consumen recursos adicionales y discapacidad evitable que reduce la productividad social y económica del país.⁶

LA CARGA PSICOECONÓMICA DEL ACCESO INESTABLE

En este apartado podríamos hablar de un factor menos visible, al que podríamos llamar la relación costo-emocional asimétrica, derivada del acceso inestable e intermitente a las terapias farmacológicas preestablecidas, es decir, no se trata únicamente de un problema financiero, sino de una experiencia humana marcada por la incertidumbre y la ansiedad de no saber si mañana se podrá continuar el tratamiento. Muchas personas y familias describen este proceso como una forma de vigilancia crónica, no sobre el curso de la enfermedad, sino sobre el precio futuro del medicamento y la posibilidad de conseguirlo a tiempo, con el desgaste psicológico y emocional que ello implica.

En ese escenario, la enfermedad deja de ser solo un evento fisiológico para transformarse en un fenómeno cotidiano de gestión económica. Los pacientes no solo cuentan los días entre dosis, sino también los pesos que pueden destinar sin comprometer el gasto familiar. La incertidumbre financiera se vuelve parte del tratamiento, un elemento constante que modifica rutinas, prioridades y decisiones familiares. Este estrés sostenido se manifiesta en sentimientos de culpa por “gastar” el dinero de la familia, el miedo a ser una carga o en la resignación de interrumpir terapias esenciales por necesidad. La falta de acceso a medicinas se convierte así en un estado emocional permanente, donde el alivio depende tanto del medicamento como del ingreso.

En términos estrictamente sanitarios, esta carga psicoeconómica paralela a la enfermedad tiene relevancia directa en la adherencia terapéutica. En otras palabras, el sufrimiento económico y el clínico se retroalimentan: uno agrava al otro, y ambos erosionan el potencial de recuperación.⁷

Por ello, la pregunta no debería ser ¿Cuánto cuestan los fármacos?, sino ¿Cuánto cuesta no financiarlos adecuadamente? La respuesta se mide en vidas truncadas, productividad perdida y ciclos interminables de vulnerabilidad que devuelven a las familias al punto de partida. La angustia de no poder sostener una terapia médica no solo refleja una falla de los procesos sistemáticos instaurados, sino una falla del Estado en garantizar el derecho a la salud como principio básico de dignidad humana.

LA INEFICIENCIA INSTITUCIONAL Y LOS LÍMITES DE LA POLÍTICA PÚBLICA

México dispone, en el plano formal, de herramientas de política pública para contener costos y ampliar acceso, compra consolidada, regulación de genéricos y biocomparables, listados de intercambiabilidad, y marcos de adquisición interinstitucional. Sobre el papel, estas herramientas deberían traducirse en continuidad terapéutica, eficiencia presupuestal y reducción de gasto. Sin embargo, la brecha entre el diseño normativo y el desempeño real muestra que la arquitectura técnica por sí sola no garantiza justicia farmacéutica. La compra consolidada del sector salud, mecanismo concebido para aprovechar economías de escala y reducir precios unitarios, ha demostrado capacidad potencial de ahorro fiscal⁽⁸⁾. No obstante, sus beneficios quedan neutralizados cuando fallan la logística, la oportunidad de entrega o la sincronización entre niveles de atención. Desde una perspectiva farmacoeconómica, un medicamento barato pero desabastecido no genera valor sanitario real, por el contrario, obliga a gasto privado, produce retrasos terapéuticos prevenibles y reintroduce ineficiencia en forma de costos posteriores.

Más allá de los instrumentos, importa aclarar por qué financiar medicamentos clínicamente valiosos es, en términos estrictos, una inversión con retornos económicamente medibles, así como elevación en índices sanitarios y no solo un gasto inercial.

DIMENSIÓN REGIONAL DEL ACCESO FARMACOLÓGICO EN AMÉRICA LATINA

El panorama mexicano no es un fenómeno aislado, sino el reflejo de una tendencia estructural que se circunscribe a buena parte de América Latina. En diversos países de la región, la fragmentación de los sistemas sanitarios, la débil producción local de medicamentos y la dependencia de importaciones generan vulnerabilidad farmacológica compartida.⁹ Estos factores se traducen en episodios recurrentes de desabasto y en un incremento sostenido del gasto de bolsillo, especialmente en hogares con enfermedades crónicas.¹⁰ A nivel regional, el acceso desigual a medicamentos esenciales ha reforzado la idea de que el medicamento no es solo un bien sanitario, sino también un indicador de justicia social y soberanía en salud. Experiencias recientes en Argentina, Brasil y Colombia han mostrado que los fallos en las cadenas de suministro y las políticas de financiamiento inestables producen consecuencias similares a las observadas en México: abandono terapéutico, incremento de la automedicación y pérdida de productividad.^{11,12} En este contexto, la farmacoeconomía adquiere relevancia continental, no solo como disciplina técnica y metodológica, sino como marco de cooperación regional que permita compartir evidencia, coordinar compras públicas y fortalecer

la autonomía productiva de América Latina frente a la dependencia externa de insumos médicos.

CONCLUSIONES

Plantear el medicamento como inversión y no como erogación modifica por completo el horizonte de evaluación. Esta lógica es consistente con principios de análisis costo-efectividad, costo-utilidad e impacto presupuestal: el valor se mide por resultados sanitarios y por costos evitados, no por el valor económico aislado. En términos clínicos, un medicamento que evita progresión o descompensación de una patología, no solo prolonga la vida, sino que reduce eventos de alto costo, internamientos, urgencias, amputaciones, falla orgánica, diálisis e incluso readmisiones. Estos rubros representan los componentes más onerosos del gasto sanitario. Desde una visión farmacoeconómica, “pagar a tiempo” por un tratamiento eficaz es aún más seguro, en contraste con “pagar después” por una complicación más costosa y con menor costo- beneficio sanitario a posteriori.

La experiencia de México demuestra que la farmacoeconomía no es un concepto técnico limitado al análisis de costos, sino una herramienta estratégica para fortalecer la justicia sanitaria en América Latina. México ha avanzado en la institucionalización de mecanismos de evaluación económica y la expansión de genéricos, pero aún enfrenta el reto de traducir estas políticas en acceso equitativo y continuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Bank W, editor. Europe, Reino Unido: WHO Regional Office for Europe; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
2. Pan American Health Organization. Report on the biennium 2022-2023. Building back better (PAHO/RRF/24-0001). Washington (DC): Pan American Health Organization; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/62787/PAHORRF240001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Martínez Martínez SA. El abasto de medicamentos de cáncer de mama y diabetes mellitus en los Servicios de Asistencia para los No Asegurados en México, de 2018 a 2022 [Tesis de licenciatura]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Economía; 2025. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/e48e04e5-7dd4-40c5-9390-834b309a0c16/content>
4. Franco RR. Estimaciones en el corto (2030) y mediano plazos (2050) [Tesis de doctorado]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2024. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/1feb3d2e60f4470b90196f58249925c9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
5. Pan American Health Organization. [Directora de la OPS: mejorar el acceso a los medicamentos y tecnologías de salud es clave para lograr la salud universal] [Internet]. Washington (DC): PAHO; 24 Oct 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/24-10-2023-paho-director-improving-access-medicines-and-health-technologies-key-achieving>
6. Zapatero Gaviria A. Cómo serán o deberían ser los hospitales en el futuro [Internet]. Barcelona: Real Academia Europea de Doctores; 2024 Dec [discurso de ingreso]; p. 88. Disponible en: https://raed.academy/wp-content/uploads/2024/12/Como-seran-o-deberian-ser-los-hospitales-en-el-futuro-Antonio-Zapatero-Gaviria_compressed.pdf
7. Maldonado Méndez CG. Impacto del apoyo familiar en la adherencia al tratamiento médico en los adultos mayores en sus entornos domiciliarios en el municipio de La Esperanza, departamento de Quetzaltenango, durante el periodo de julio a diciembre de 2024 [Tesis de maestría]. Ciudad de Guatemala: Universidad Galileo, Facultad de Ciencias de la Salud; 2025 Mar 4. Disponible en: <https://biblioteca.galileo.edu/tesario/handle/123456789/2042>
8. Instituto Mexicano para la Competitividad A.C.. Compras públicas ineficientes, medicamentos más caros [Internet]. Ciudad de México: IMCO; 23 Oct 2023. Disponible en: https://imco.org.mx/wp-content/uploads/2023/10/Compra-Ineficiente-de-Medicamentos_20231023.pdf
9. De la Pava MLS, Kumakech S, Cardona CJ, et al. Drug shortages in low- and middle-income countries: results from a global survey in 2022. BMJ Glob Health. 2022;7(7):e008293. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9189796/>
10. Cid C, Cavagnero E, Carrasco G. Equidad en el acceso a medicamentos en América Latina: un análisis de políticas en seis países. Rev Panam Salud Pública. 2022;46:e29. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/19808>
11. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Realidad sobre el desabastecimiento o la escasez de medicamentos en Colombia. Informe técnico; 2023 Mar 22. Bogotá: MinSalud/INVIMA. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/informe-desabastecimiento-medicamentos-colombia-22032023.pdf>
12. Ribeiro AA, Acosta A, Pontes MA, Machado Beltran MA, Peixoto RT, Leite SN. Transparency of data on the value chain of medicines in Argentina, Brazil, and Colombia. Front Pharmacol. 2023; 13:1063300. doi: [10.3389/fphar.2022.1063300](https://doi.org/10.3389/fphar.2022.1063300)

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses personal, profesional, financiero o de cualquier otra índole que pueda

influir o condicionar su participación en la elaboración del manuscrito.

Autoría

- Jorge Rafael Figueroa Morales: Conceptualización, supervisión, redacción - borrador original.
- Isaac Espinosa Santana: Investigación, validación, redacción - borrador original.
- J. Ascensión Montalvo González: Investigación, validación, redacción - borrador original.

Recibido: 19 noviembre 2025

Aceptado: 4 diciembre 2025