

Séptimas Jornada de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani, Ciudad de Buenos Aires, 6, 7 y 8 de noviembre de 2013". Eje 11.

Título de la Ponencia: **Acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA) e impacto redistributivo entre la población beneficiaria. Programa Remediar + Redes.**

Autores (por orden alfabético):

Cerezo Leticia, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes, lcerezo@remediar.gob.ar

Fernandez Prieto Anabel, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes, afernandez@remediar.gob.ar

Luque, Paula, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes, pluque@remediar.gob.ar

Rezzonico Ma. Guadalupe, Área de Monitoreo y Evaluación del Programa Remediar + Redes, grezzonico@remediar.gob.ar

INTRODUCCIÓN.

Desde el año 2002, en el marco de la Política Nacional de Medicamentos, el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud de la Nación implementa el Programa Remediar + Redes (R+R) con el objetivo de contribuir al incremento de la capacidad de respuesta y jerarquización de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como puerta de entrada de la población al sistema de salud.

Desde sus inicios, el Programa tuvo como principal objetivo proveer medicamentos esenciales a todas aquellas personas en situación socioeconómica vulnerable con dependencia exclusiva del sistema público de salud para el acceso a medicamentos. La provisión de medicamentos esenciales se lleva a cabo a través de la distribución mensual de botiquines a más de 7000 efectores del Programa, ubicados en las 24 jurisdicciones del país.

El Programa comenzó a implementarse en un contexto de crisis socio-económica que requirió de una política nacional que garantizara el acceso a los medicamentos esenciales de los sectores sociales más afectados por la crisis. En este sentido, la posibilidad de obtener o no un medicamento cuando se lo necesita es el aspecto en el que se registran mayores brechas e inequidades entre ricos y pobres (Tobar, 2003). En este sentido, las barreras económicas son uno de los grandes condicionantes en el acceso a los servicios básicos de salud y/o a los medicamentos. Esta barrera se deriva del alto precio de los medicamentos y del impacto regresivo en los ingresos familiares dado que los sectores que cuentan con menos recursos son precisamente los que deben gastar una mayor proporción de sus ingresos para acceder a los

medicamentos. En este sentido, y en el marco de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos, el suministro gratuito de medicamentos permite ampliar y hacer más equitativo el acceso a los medicamentos específicamente y a la salud en términos generales.

En 10 (diez) años de implementación ininterrumpida se han distribuido más 1,5 millones de botiquines, que adicionaron un total de 345 millones de tratamientos de medicamentos esenciales. Éstos dieron respuesta a 509.2 millones de consultas médicas ambulatorias realizadas por 15 millones de usuarios del sistema de salud público en más de 7.000 efectores bajo Programa.

En línea con los objetivos de la presente ponencia, en la gestión pública se torna central la generación de información que permita dar cuenta del impacto social de las políticas públicas implementadas. Con ese propósito, en el 2012 se realizó un estudio sobre *Acceso a Medicamentos Esenciales en el Primer Nivel de Atención*, que permitió dar cuenta de la situación en la cual se implementa el Programa y conocer el nivel de cobertura y acceso a medicamentos esenciales por parte de la población beneficiaria, permitiendo disponer de información directa de los usuarios del sistema de salud público.

Concomitantemente, y con el objetivo de profundizar la línea de investigación recientemente mencionada, se realizó otro estudio que permitió estimar cual es el impacto redistributivo del Programa Remediar sobre la población usuaria del Primer Nivel de Atención.

El Ministerio de Salud y, por ende, el Programa Remediar disponen de nuevas fuentes de información que permiten generar indicadores y/o herramientas actualizadas para estimar el impacto de la presencia estatal en el gasto en medicamentos de la población argentina (Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003, 2005 y 2010; Estudio de línea de base 2003 y, de Acceso a Medicamentos 2010), así como también cuantificar el volumen en términos físicos y valores monetarios de las transferencias en medicamentos esenciales. Considerando el volumen de transferencias monetarias en medicamentos esenciales y la significancia del Programa para los usuarios del Primer Nivel de Atención público, se considera oportuno medir, cuantificar y actualizar el impacto redistributivo de la provisión pública de medicamentos sobre la equidad. En este sentido, contar con herramientas que permitan estimar el impacto del Programa facilitan monitorear y evaluar este impacto de forma continua y reflejar la evolución de las consecuencias redistributivas. Dicha información es central para la correcta toma de decisiones, la continuidad y, la profundización de una

estrategia con alcance nacional y determinante en el desarrollo del sistema de salud público del país.

En este contexto y con la intención de dimensionar el rol del Programa Remediar + Redes en las políticas sociales, es que se llevó a cabo el análisis que a continuación se desarrolla.

Justificación del estudio.

Con el propósito de llevar a cabo un análisis descriptivo y transversal que permitiera dar cuenta de la situación en la cual se implementa el Programa Remediar y conocer el nivel de cobertura y acceso a medicamentos esenciales por parte de la población beneficiaria, se estableció la pertinencia de realizar un relevamiento a usuarios de efectores públicos del Primer Nivel de Atención.

Los resultados descriptivos que surgen del estudio constituyen un insumo para mejorar la estrategia y la gestión del Programa así como también permitirán ser parámetros de comparación para una evaluación de impacto en el mediano plazo. En este sentido, la investigación contaba con un antecedente realizado por el Programa Remediar en el 2003, coordinada por el Área de Evaluación del Siempro-Sisfam, en el cual se indagó respecto del alcance e impacto del Programa en los primeros momentos de implementación del mismo.

Objetivos.

El objetivo general de la evaluación ha sido dar cuenta del alcance e impacto del Programa Remediar +Redes permitiendo:

- Caracterizar socio - económicamente a la población que reside en las áreas de referencia de los CAPS y, en particular, a la población usuaria de los mismos a nivel nacional;
- Determinar el nivel de acceso en la Argentina a medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar + Redes de la población usuaria del Primer Nivel de Atención de Salud;
- Evaluar el impacto redistributivo del Programa entre los usuarios del Primer Nivel de Atención de salud.

MATERIAL Y METODO.

Diseño Muestral.

En la evaluación se relevaron distintas unidades de análisis que fueron seleccionadas a partir de una muestra nacional inicial de CAPS efectores del Programa Remediar + Redes.

Para la selección de los efectores de salud se realizó un muestreo probabilístico en dos etapas. En la primera, se procedió a seleccionar probabilísticamente 75 departamentos de manera proporcional a las jurisdicciones provinciales¹; y en una segunda etapa se seleccionaron al azar 4 CAPS dentro de cada uno de los departamentos seleccionados. De esta selección resultó una muestra nacional² compuesta por 300 Centros de Salud efectores del Programa, distribuidos en 75 departamentos de 21 provincias de la Argentina.

Para llevar adelante el análisis correspondiente al impacto redistributivo del Programa, se utilizó un diseño cuantitativo, longitudinal, en base a datos secundarios, medido en tres momentos del tiempo; 2003, 2005 y 2010.

Población objetivo e instrumentos de recolección de datos.

Para la consecución de los objetivos planteados se diseñó un estudio de tipo cuantitativo que relevó dos poblaciones diferentes. La primera fueron los consultantes a CAPS, efectores de R+R, definidos como aquellas personas que fueron encuestadas en un centro de salud luego de haber consultado a algún profesional del equipo de salud, ya sea un médico, un odontólogo o un enfermero.

En segundo lugar, se relevó a la población residente en el área de referencia de esos efectores, quienes fueron encuestadas en sus hogares sin importar si alguno de sus miembros consultó o no en un efector del Programa.

El Cuestionario a Consultantes fue administrado *in situ* a 1.875 personas. En cada uno de los 300 CAPS, se relevó una cantidad específica de consultantes correspondiente al nivel de actividad del CAPS. La selección de cada consultante se realizó con un método aleatorio sistemático.

El Cuestionario a Hogares fue administrado en hogares seleccionados a partir de los consultantes a CAPS que respondieron el primer cuestionario y a una igual cantidad de hogares “vecinos” de los hogares de los consultantes. Respecto de los hogares de consultantes

¹ En vistas de que resultó que algunas jurisdicciones provinciales no resultaron con ningún departamento asignado se procedió a unir las siguientes jurisdicciones: La Pampa fue unida a Buenos Aires, Tierra del Fuego fue unida a Chubut y Neuquén a Río Negro.

² Con un nivel de confianza del 95%, el error de estimación sería de +/- 0,05.

a CAPS relevados, éstos fueron seleccionados mediante un procedimiento aleatorio.³ La cantidad total de hogares de consultantes encuestados fue de 375. A los fines de asegurar que el hogar a relevar perteneciera al área de referencia del CAPS, se definió un filtro que indicaba que el consultante seleccionado residiera a menos de 15 cuadras de distancia del CAPS. Para la selección de hogares de vecinos de los consultantes a CAPS se partió de la muestra de hogares de consultantes a CAPS relevados. Es por ello que la cantidad de hogares “vecinos” relevados fue igual a la cantidad de hogares de consultantes, es decir 375 hogares. Los hogares “vecinos” fueron seleccionados a partir de un procedimiento aleatorio, a partir del hogar del consultante encuestado. Cabe destacar que tanto para los hogares de los consultantes, como para los hogares “vecinos” se definió que el respondente de este cuestionario sería el principal sostén del hogar (PSH) o bien un responsable de las compras del mismo.

Para dar cuenta del último objetivo específico se amplió el universo de análisis a toda la población Argentina, usuaria y/o compradora de medicamentos con el propósito de establecer comparaciones con la población usuaria de los medicamentos identificados en la población consultante. En este sentido, esta ampliación, al utilizar solamente datos secundarios, no se realizó muestra.

Trabajo de Campo.

La recolección de los datos del estudio estuvo a cargo de una firma especializada, contratada para tal propósito. El mismo tuvo lugar desde el 10 de noviembre del 2011 al 16 de diciembre de 2011.

ANALISIS.

ACCESO Y COBERTURA A MEDICAMENTOS ESENCIALES.

El concepto *acceso*, vinculado al área de salud, refiere al grado en que las barreras físicas o barreras económicas, dificultan a las personas el uso de los servicios de salud. La promoción del acceso equitativo y efectivo a los servicios de salud necesarios es considerada una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

En este sentido, la provisión de medicamentos esenciales⁴ promueve el acceso a la salud, específicamente el acceso a medicamentos, en tanto que constituye una estrategia dirigida a

³ Dicho criterio consistió en entregar a cada encuestador una tarjeta que indicaba a cuál de las encuestas realizadas debía ir a aplicar la encuesta al hogar. De este modo, la cantidad de hogares de consultantes relevados por cada uno de los CAPS estuvo directamente relacionada a su nivel de actividad.

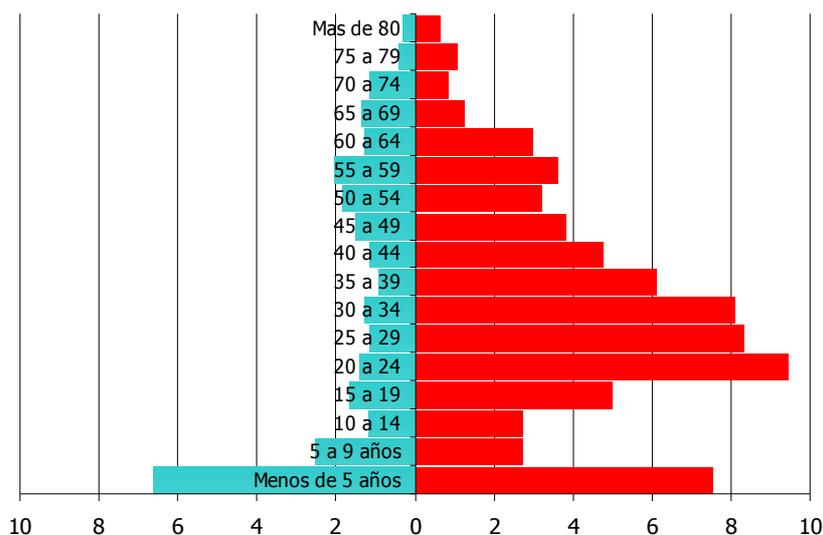
⁴ Los medicamentos esenciales son aquellos que permiten satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población.

superar barreras de acceso a las intervenciones de salud pública y a facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud.

1. Caracterización de los consultantes a efectores del PNA.

Tal como se mencionó anteriormente la cantidad de consultantes relevados a partir del Cuestionario a Consultantes de CAPS fue de 1.875. De ellos el 72% fueron mujeres y el 28% varones, cifras que dan cuenta de la mayor proporción de mujeres que consultan en efectores de salud del PNA. La distribución etárea de los consultantes tiene un perfil infantil, en el sentido que el 14% del total resultaron menores de 15 años, edad a partir de la cual la participación femenina supera en todas los rangos etarios a la masculina. Esta diferencia se incrementa especialmente en el tramo de 20 hasta los 39 años inclusive, coincidente con la edad reproductiva de la mujer.

Gráfico 01: Consultantes a Centros de Atención Primaria de la Salud según sexo y edad.



Cabe destacar que la elevada presencia de mujeres en edad reproductiva y de consultantes niñas y niños, da cuenta de las directrices, acciones y estrategias que desde la cartera sanitaria de nuestro país que se promueven en pos del cuidado de la salud materno infantil.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

El perfil según sexo y edad de los consultantes a CAPS difirió del perfil de la población total que residía en las áreas programáticas de los CAPS. En este sentido los varones efectivamente residen en las áreas programáticas pero no concurren a dichos efectores de salud resultando llamativo y, por lo tanto una alerta al PNA, la escasa concurrencia de personas de sexo

masculino a los CAPS. Diferentes percepciones en torno al concepto de salud y enfermedad entre mujeres y varones podrían ser variables que influyen en un menor uso y/o en una menor frecuencia de atención por parte de estos últimos en los CAPS.

Respecto de la cobertura de salud del total de los consultantes relevados, la mayor proporción posee cobertura pública exclusiva alcanzando el 66%. Si a esta proporción se le adicionan los consultantes cuya cobertura de salud proviene de “Programas o planes estatales” (5%), es decir al agregarle la proporción de personas que se encuentran enmarcadas en un Plan estatal de salud, fue posible afirmar que 7 de cada 10 consultantes que asistió al CAPS posee cobertura pública exclusiva.

Por su parte, el 28 % de los consultantes manifestó que posee otro tipo de cobertura de salud. Del total de consultantes, el 16% dijo que posee “Obra Social” y el 8% “PAMI”⁵, el 3% posee “Prepaga” mientras que el 2% “Mutual”⁶.

2.- Acceso a medicamentos esenciales en el PNA.

Una de las dimensiones que podrían dar cuenta de las posibilidades de acceso a medicamentos por parte de los consultantes refiere a la distancia de sus hogares al efector de salud en el que consulta entendiendo a la distancia como una barrera de acceso. Al respecto en este estudio se relevó que, en promedio, los consultantes de los servicios públicos de salud del PNA, residen a no más de 12 cuadras. Entre las características generales podemos identificar que el principal motivo de consulta en los efectores de salud fue de Control y Tratamientos - donde se incluye el “control general, sin estar enfermo” (37%), el “control de embarazo - post-parto” (8%) y el acercamiento al efector para continuar con un tratamiento (11%). En segundo lugar, 3 de cada 10 consultantes refirió haberse acercado al Centro por motivos de cierta urgencia (“se sentía mal” 29% y “sufrió un accidente – emergencia” 2%).

En términos de visita al Centro de salud, se identificó que el 55% de los consultantes había concurrido por última vez al CAPS hacía menos de 1 mes mientras que el 21% lo había hecho entre 1 y 3 meses antes de la consulta en la que fue encuestado.

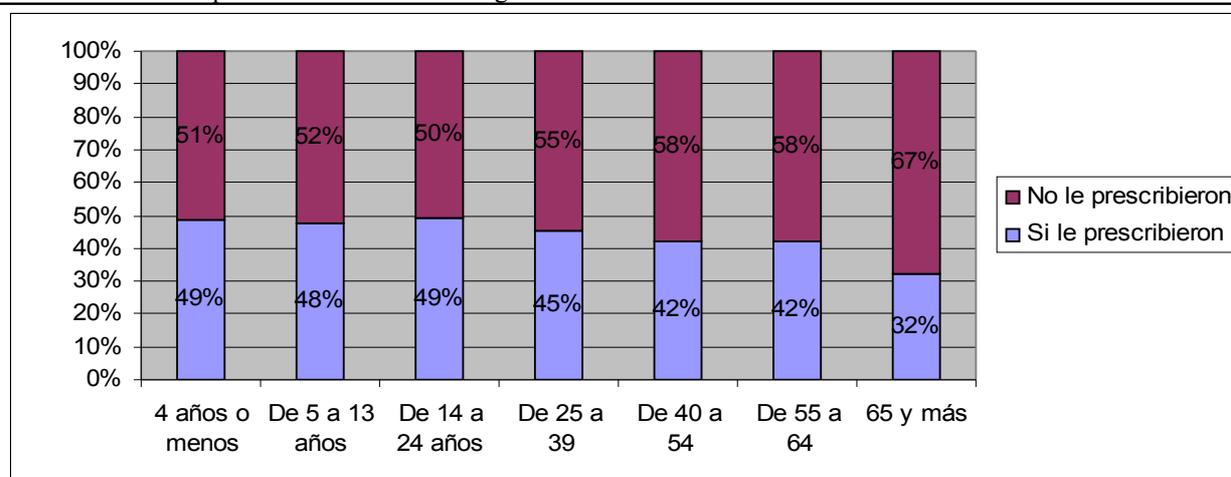
Acceso a medicamentos en la “consulta de hoy”.

⁵ Cabe destacar que en este estudio la categoría de cobertura de salud “PAMI” fue relevada separada del resto de las obras sociales.

⁶ A los fines del análisis del presente estudio se unificaron algunas de las categorías de la pregunta que relevaba la cobertura de salud de los encuestados (pregunta S.2 – Cuestionario a Consultantes de CAPS y pregunta 6.a – Cuestionario a población residente en las áreas programáticas de los CAPS). En este sentido en la categoría “Obra social” de este análisis se incluyeron las categorías “Obra Social (incluye monotributo general)” y “Obra Social (incluye monotributo general)”. La categoría “Prepaga” incluye “Prepaga a través de obra social”, “Prepaga por contratación voluntaria” y “Servicio de emergencia”. Esta recategorización se utilizó en todas las secciones de la presente publicación.

Del total de consultantes relevados, el 45% refirió que en la “consulta de hoy” le recetaron algún o algunos medicamentos. Al analizar esta variable según la edad del consultante fue posible observar que la tasa de prescripción fue mayor para los grupos de menores de 40 años de edad, en comparación a la de los grupos de edad más adulta. Cabe destacar que entre los consultantes de 65 años y más, la tasa de prescripción fue del 32%. Esta situación estaría relacionada, al alto porcentaje de cobertura de salud por parte de PAMI que poseen los consultantes mayores de 65 años de edad, con un 72% de este tipo de cobertura, así como también a la mayor frecuencia de acceso al CAPS para recibir atención del personal de enfermería.

Gráfico 02: Prescripción de medicamentos según edad del consultante al CAPS.



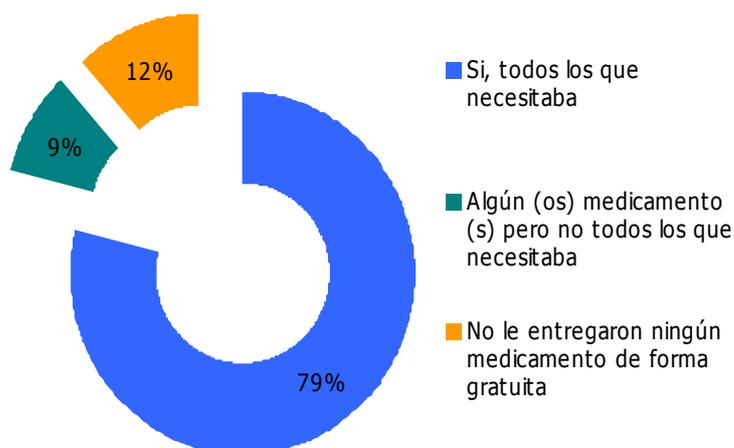
Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS (n: 1.875).

Respecto de la cobertura de salud de quienes recibieron una prescripción en la consulta de referencia, fue posible observar que la tasa de prescripción entre quienes poseen cobertura pública exclusiva o bien cuya cobertura de salud proviene de “Programas o planes estatales”, fue mayor que entre quienes poseen otra cobertura de salud (obra social, mutual, prepaga o PAMI). Así, la tasa de prescripción fue del 49% para los consultantes con cobertura pública y del 34% entre quienes poseían otra modalidad de cobertura.

Acceso a medicamentos de forma gratuita.

A los consultantes que en la “consulta de hoy” refirieron haber recibido una prescripción medicamentosa, se les preguntó respecto de si el medicamento prescrito les fue proporcionado en el CAPS de forma gratuita. De allí surge que, la proporción de consultantes que recibieron de forma gratuita todos o algunos de los medicamentos prescritos fue del 87%.

Gráfico 03: Acceso a medicamentos esenciales de forma gratuita entre quienes recibieron una prescripción en la consulta de referencia.



Casi 9 de cada 10 consultantes que requirieron un medicamento lo obtuvieron en el CAPS de referencia y gratuitamente.

Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Consultantes a CAPS con prescripción de medicamentos (n: 842).

Con la intención de dar cuenta de las estrategias desplegadas por los consultantes en caso que no hubieran accedido al medicamento prescrito en el CAPS gratuitamente en la última consulta, se les preguntó que habían hecho en esa ocasión para lograr acceder al/los medicamentos prescritos. De ellos, el 86% refirió que para adquirirlos tuvo que “comprarlos en una farmacia, kiosco, negocio, etc.”. Es importante tener esto en cuenta al momento de pensar el impacto redistributivo de los programas de provisión de medicamentos, ya que los medicamentos y/o insumos que no fueron conseguidos de forma gratuita en el efector de salud, fueron adquiridos del bolsillo de los

Cobertura del Programa Remediar.

Respecto de la cobertura del Programa, fue posible identificar que del total de consultantes a los que se les prescribió un medicamento en su asistencia al CAPS (842 casos), Remediar logró dar respuesta al 74% de esas demandas y de los medicamentos entregados de forma gratuita, el 85% correspondían a medicamentos del Programa Remediar.

Caracterización de la población que recibió medicamentos de forma gratuita por parte del Programa Remediar.

Para analizar la distribución por sexo y edad de los consultantes que recibieron medicamentos esenciales provistos por el Programa Remediar, se construyó la correspondiente pirámide de

población. La misma resulta bastante similar a la forma que adquirió la pirámide del total de consultantes de los efectores relevados. Las mayores diferencias se dieron entre las bases de ambas, en tanto que la proporción de menores de 5 años fue mayor en la pirámide que refiere a consultantes que recibieron medicamentos esenciales por parte de Remediar con el 17% de los casos, frente al 14% que se relevó en la pirámide de los consultantes.

Luego, el grupo de varones entre 50 y 54 años de edad refirió un mayor porcentaje entre los consultantes que recibieron una prescripción que entre el resto de los consultantes. Por su parte también fue posible observar que en la pirámide que corresponde a los consultantes que recibieron medicamentos del Programa, las mujeres en edad reproductiva (sobre todo para el rango de edad de 20 a 24 años) se encuentran representadas en mayor proporción. Esto podría estar relacionado a la provisión que realiza el Programa Remediar de medicamentos destinado a las mujeres en esa etapa así como también a los insumos que Remediar distribuye en los CAPS en el marco de la asistencia logística realizada al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNNSyPR)⁷.

Luego, al comparar la distribución según cobertura de salud entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita provistos por R+R con la distribución según cobertura de salud del total de consultantes (1.875 casos), fue posible observar que la proporción de consultantes con cobertura de salud pública exclusiva ascendió entre quienes recibieron medicamentos de forma gratuita (75% gratis a través de Remediar) que para el total de la población relevada (66%). Esta situación constituye un indicador de la autofocalización del Programa, al dar cobertura a aquellas personas que no la tienen de forma privada.

Caracterización socioeconómica de la población que reside en las áreas programáticas de los CAPS.-

A continuación se presentan las características de las Áreas Programáticas de los Centros de Salud. En total se relevaron 750 hogares, de los cuales 375 correspondían a hogares de consultantes y 375 a hogares de vecinos. En total, se relevó información de 3.245 personas.

En promedio, cada hogar estuvo compuesto por 4.3 miembros. Para el caso de los hogares consultantes, el número de miembros se elevó a 4.6 mientras que para los hogares vecinos se

⁷ A partir del mes de 2010 los insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNNSyPR) comenzaron a ser distribuidos por el Programa Remediar+ Redes a las 24 jurisdicciones. Anticonceptivos orales, anticonceptivos de emergencia, anticonceptivos inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU) y preservativos son distribuidos directamente a los CAPS en los botiquines del Programa Remediar y de forma centralizada a los depósitos provinciales designados por el PNNSyPR, para su posterior distribución a CAPS y Hospitales.

redujo a 3.9. Del total de personas relevadas en los hogares⁸ del área de referencia de los CAPS, fue posible identificar que casi la mitad de los mismos (46%) presentaban la relación de hijo/hijastro respecto del jefe⁹.

Distribución según sexo y edad de los miembros de los hogares.

La distribución de la población del área de referencia de los CAPS según sexo estaba homogéneamente distribuida entre hombres y mujeres siendo el 49% hombres y, el 51% mujeres. Esta distribución coincidió con la relevada en el Censo 2010 del INDEC¹⁰.

Comparando la distribución de edad de la población del área programática de los CAPS incluidos en el estudio con la distribución de la población total del país fue posible identificar que la primera resultó más joven en términos generales.

Cobertura de Salud.

Un 61% de la población de las áreas programáticas de los Centros de Salud tenía cobertura pública exclusiva de salud, porcentaje que se elevó a 64% si en el segmento de cobertura pública exclusiva se incluían a quienes tenían programas estatales de salud. En segundo lugar fue posible identificar que un 24% tenía Obra Social, un 6% PAMI; un 4% Prepaga y 2% Mutual. La incidencia de la cobertura pública resulta levemente inferior a la registrada entre los consultantes a los CAPS.

Comparando la distribución de cobertura de salud de las personas que residían en las áreas programáticas del estudio con los datos relevados en el Censo 2010, fue posible identificar que en el total país la cobertura pública exclusiva desciende a 36% mientras que la cobertura por obra social asciende a un 46%. La comparación de estos resultados permitió evidenciar la pertinencia de la localización geográfica de los efectores de salud pública, ya que se encuentran ubicados en zonas donde reside población con mayor demanda de los servicios públicos.

Por otro lado, al interior del área programática, fue posible identificar diferencias respecto de la cobertura de salud de acuerdo a si se trataba de miembros de los hogares de los consultantes a los CAPS o, miembros de los hogares vecinos. En este sentido, la cobertura pública exclusiva se incrementó a 69% para los primeros mientras que se redujo a 50% para los

⁸ Cuando se habla de hogares, se hace referencia al total de hogares seleccionados de las áreas programáticas de los Centros: tanto de los hogares consultantes como de los hogares de vecinos.

⁹ Cuando se refiere al Jefe del hogar se está refiriendo a la categoría de Principal Sostén del Hogar. En este sentido, ambos conceptos se presentan como sinónimo en esta publicación.

¹⁰ <http://www.censo2010.indec.gov.ar>

segundos. Por otro lado, la cobertura por obra social resultó menor entre los miembros de los hogares de los consultantes a CAPS (18%) respecto a la de sus vecinos (31%).

Gráfico 04: Cobertura de salud del total de población que residía en las áreas programáticas.

Gráfico 05: Cobertura de salud de las personas pertenecientes a hogares de consultantes.

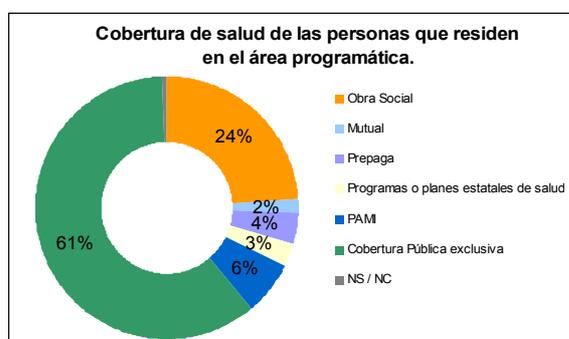
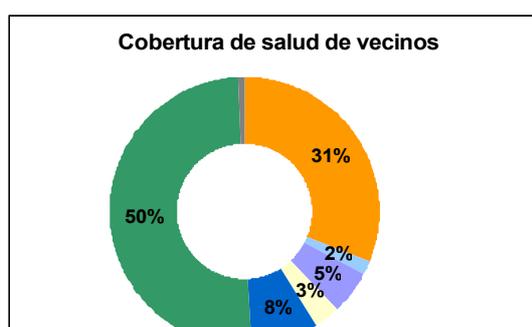
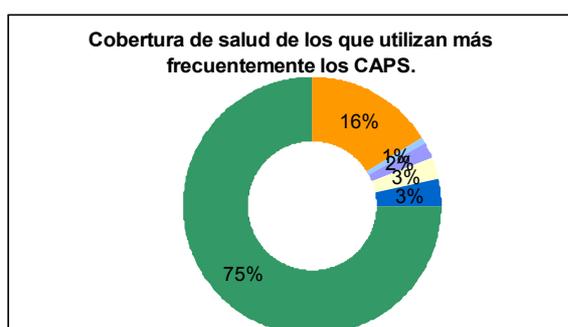


Gráfico 06: Cobertura de salud de las personas que utilizan más frecuentemente los CAPS

Gráfico 07: Cobertura de salud de las personas pertenecientes a los hogares vecinos.



La cobertura pública exclusiva aumentó sustancialmente entre aquellas personas que, por su ingreso per cápita familiar se ubicaban en el primer decil de ingreso de acuerdo a la clasificación de la EPH.¹¹ El primer decil incluyó ingresos per cápita en el rango de \$1 a \$550. Si para el total de la población, la cobertura pública alcanzó al 61%, para este subgrupo se incrementó a 75%. En el caso del decil 2, la cobertura pública exclusiva resultó superior al promedio pero menor respecto del decil 1: 64%. A partir del tercer quintil, conforme se incrementaba la ubicación de las personas en los diferentes deciles, la cobertura pública exclusiva se reducía.

Utilización de los Servicios de Salud.

Respecto de la utilización servicios de salud para realizar consultas médicas, 6 de cada 10 personas declaró utilizar a los Centros de Salud como el principal lugar donde realizar las

¹¹ Para realizar este análisis se procedió a clasificar los ingresos de los hogares del área programática de acuerdo a la clasificación en deciles realizada en la población urbana nacional a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (de noviembre 2011). En este sentido, el objetivo final fue identificar los ingresos de esta población de acuerdo al parámetro poblacional de ingresos (que se encuentra dividida en 10 grupos iguales).

consultas médicas con mayor frecuencia. Seguidamente, el 19% utilizó el hospital público y, en tercer lugar un 13% sostuvo utilizar una clínica o sanatorio privado.

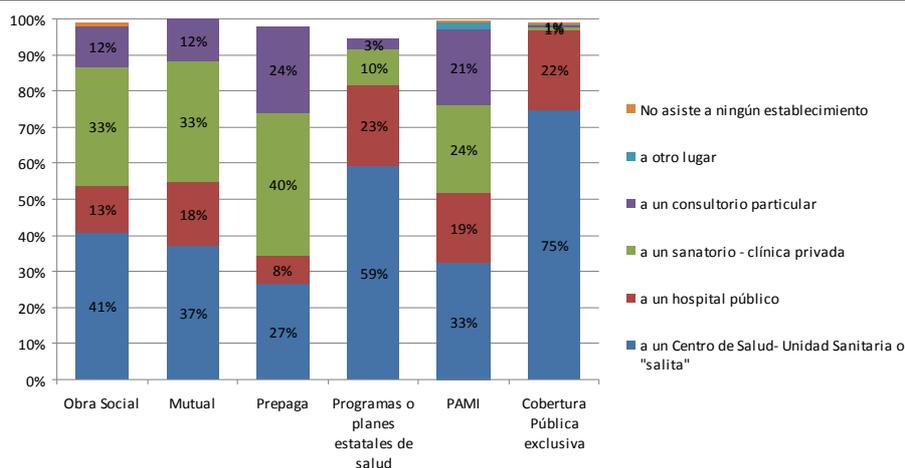
La utilización de los diferentes tipos de servicios de salud presentó variaciones según la edad de las personas que residían en las áreas programáticas. En este sentido, como ya se mencionó, se observó que la utilización de los CAPS, como principal lugar de atención, se intensificó en las edades más tempranas mientras que se fue reduciendo conforme se incrementó la edad.

La utilización de los Centros de Salud como principal lugar de atención resultó particularmente elevada entre las personas que tenían cobertura pública exclusiva: el 75% de éstos utilizaron los CAPS como el principal lugar de atención. El 22% restante se atendió principalmente en los hospitales públicos. En oposición, los miembros de los hogares que poseen PAMI se atienden, principalmente en sanatorios y/o clínicas privadas (24%) y en consultorios particulares (21%).

Cabe destacar que el 41% de las personas con Obra Social también expresaron utilizar a los Centros de Salud como principal establecimiento para su atención, constituyendo en este grupo el tipo de efector más importante. Sin embargo, la proporción de la atención privada (tanto de sanatorios y/o clínica privada como los consultorios particulares) resultó elevada también.

Esta situación permitió reflexionar respecto de la oferta de servicios disponibles por fuera de los Centros de Salud, en primer término sobre la existencia o no de los mismos (fue posible identificar que en algunos lugares del país la oferta a cargo de prestadores privados resulta escasa o nula) o bien sobre la valoración positiva de la calidad de atención por parte de los CAPS.

Gráfico 08: Lugar principal de atención según cobertura de salud



Fuente: Programa Remediar + Redes. Relevamiento 2011. Hogares del área Programática – Bloque Individuos (n: 3.245).

Situación laboral de las personas que residen en el área programática de los Centros de Salud.

El siguiente apartado describe las características sociolaborales de la población que reside en las zonas de influencia de los Centros de Salud.

Del total de personas que residen en las áreas programáticas, el 40% conforman la población económica mente activa (PEA). De éstos, el 35% se encuentra ocupado y el 5% desocupado¹².

El análisis de la tasa de actividad, que resulta del cociente entre la población activa (ocupados y desocupados) sobre la inactiva, evalúa la participación económica de esta población, es decir, cuánto es el conjunto potencial de trabajadores (personas dispuestas a trabajar) en relación a la población total. La tasa de actividad de las personas que residían en las zonas de influencia de los Centros de Salud resultó del 39%, siendo que el valor poblacional según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) fue de 46%¹³.

La tasa de empleo, que resulta del cociente entre la población ocupada sobre la población total, indicó que el 35% de la población de las áreas de referencia analizadas efectivamente se encontraba trabajando, mientras que esa tasa en la EPH fue de 43%.

Al igual que para la tasa de actividad, la tasa de ocupación resultó más elevada entre los miembros de los hogares vecinos que de los consultantes: 38% para los primeros vs. 33% para los segundos.

¹² Personas que no tienen trabajo pero que buscaron de manera activa durante los últimos 30 días.

¹³ Informe de Prensa: Encuesta Permanente de Hogares: indicadores socioeconómicos; resultados 4to trimestre de 2011.

La tasa de desempleo para las personas que residían en el área de referencia de los Centros alcanzó al 11% siendo que en la EPH ésta fue de 7%. Es decir que la incidencia de la desocupación resultó un poco más elevada para esta población.

Estas diferencias encontradas entre las tasas relativas de actividad, empleo y desocupación de la población del área de referencia respecto de los parámetros poblacionales permitieron suponer ciertas dificultades por parte de esta población para insertarse en el mercado de trabajo, así como una precarización de las condiciones laborales.

CAPACIDAD REDISTRIBUTIVA DEL PROGRAMA REMEDIAR EN LOS INGRESOS TOTALES FAMILIARES.

A través del Programa Remediar, el Estado Nacional garantiza el acceso a medicamentos esenciales de uso ambulatorio para el Primer Nivel de Atención Primaria, llegando a más de 7 mil efectores de Salud, ubicados en las 24 jurisdicciones argentinas. Cabe destacar que lograr la equidad en salud significa que ninguna persona esté en desventaja para alcanzar su potencial. En este sentido, la provisión gratuita de medicamentos garantiza la universalidad en el acceso a medicamentos esenciales, disminuyendo la inequidad en salud.

La transferencia de medicamentos puede calcularse en dinero, lo que hace factible medir el impacto redistributivo del Programa Remediar. Para ello, es posible identificar dos perspectivas de análisis: analizarlo desde el gasto en medicamentos en que incurren los individuos o analizarlo desde los ingresos que éstos perciben.

Gasto privado particular en medicamentos vs. el ingreso de los individuos.

Una primera aproximación para estimar el impacto redistributivo del Programa resulta de analizar el porcentaje que representa el gasto de medicamentos respecto del ingreso que declaran los individuos, según quintil. En este sentido, utilizando la base de datos de la Encuesta de Utilización y Gasto para los años 2003, 2005 y 2010, es posible observar que en el quintil 1, el gasto en medicamentos representa en todos los años analizados, un alto porcentaje del ingreso. Mientras que en los quintiles de mayor ingreso, el gasto en medicamentos representa una proporción menor. El peso significativo de los medicamentos en los quintiles de ingresos más pequeños, otorga los primeros indicios para pensar que el Programa Remediar, al entregar medicamentos de forma gratuita, genera algún impacto redistributivo en el ingreso.

Asimismo, si se comparasen el año 2003 vs 2010, es posible observar que el peso del gasto en medicamentos respecto del ingreso total, se va reduciendo. Pasando de una representación del 27% a un 16% para el primer quintil

Tabla 01: Porcentaje de gasto en Medicamentos respecto del Ingreso, años 2003 y 2010.

	2003	2010
Quintil 1	27%	16%
Quintil 2	10%	9%
Quintil 3	14%	7%
Quintil 4	8%	6%
Quintil 5	3%	3%

Fuente: encuesta de utilización y gasto, año 2003 y 2010

Impacto redistributivo medido según la curva de concentración del gasto.

Construcción de la curva de concentración del gasto.

El primer paso en todo estudio de impacto redistributivo es ordenar a las personas de acuerdo a su nivel de bienestar. Al no ser observable el bienestar, la variable más próxima es el ingreso permanente, por lo cual, se siguió el criterio de aproximar el bienestar individual con el ingreso per cápita familiar. A partir de los datos de ingresos relevados por las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud¹⁴ de los años de referencia, los individuos se ordenan según el valor de esta variable y luego se divide en grupos por quintiles, en donde cada quintil contiene el 20% de los individuos. En este ordenamiento, quienes se encuentran en el primer quintil perciben los menores ingresos mientras que los que se encuentran en el último quintil (5º) son los de mayores ingresos.

De esta forma, se coloca en el eje horizontal la población acumulada, en función de los quintiles de ingreso, mientras que en el eje vertical se coloca el porcentaje del ingreso total que es apropiado por cada uno de los quintiles.

Análisis del impacto del Programa Remediar.

El indicador que se utilizó para abordar y analizar el componente redistributivo del Programa Remediar fue el gasto en el que incurren los individuos en concepto de medicamentos. Para ello, se consideró la serie de gasto en medicamentos realizada por el sector privado particular y el valor a precio de mercado de los medicamentos que fueron distribuidos por Remediar para los años 2003, 2005 y 2010.

Al cambiar de variable de referencia, pasando del ingreso al gasto, ya no se hace referencia a la curva de Lorenz sino a la de concentración¹⁵ del gasto de los particulares, buscando esta última también la equiproporcionalidad¹⁶.

Transferencias del Programa Remediar.

Para evaluar el potencial impacto redistributivo del Programa Remediar se consideró el valor de los medicamentos enviados a los Centros de Atención Primaria de la Salud en el periodo de referencia a precios de mercado. El Programa Remediar erogó en medicamentos esenciales

¹⁴ En el año 2003, la encuesta de utilización y gasto toma una muestra de 2.317 casos, que es expandida a nivel poblacional a 36.223.947, de los cuales 2.582.887,7 no declararon ingreso familiar por lo cual no se pudo construir el ingreso per cápita familiar lo que implicó no poder ubicarlos en quintiles de ingreso. En el año 2005 la muestra tomada es de 1546 casos que se expanden a una población de 36.260.130, de los cuales 17.480.733 no declararon ingreso familiar. Mientras que en el año 2010 la muestra fue de 3.128 casos que se expanden a 36.260.130 personas, de las cuales no se obtuvo respuesta de ingreso familia para 7.685.068 personas.

¹⁵ Se hace esta distinción porque la curva de Lorenz es la que mide la distribución de los ingresos.

¹⁶ Por lo cual ambas tienen la misma representación gráfica.

373 millones de pesos para el año 2003, 456 millones de pesos para el año 2005 y 577 millones de pesos para el año 2010¹⁷.

Las transferencias en medicamentos realizadas por el Programa Remediar se incorporaron como una transferencia monetaria a los tres primeros quintiles de ingreso; la asignación se efectuó acorde a la distribución del beneficio del gasto en medicamentos según señalan los informes de línea de base del 2003 (SIEMPRO) y la evaluación de medio término, cuyos resultados se presentan en el bloque anterior de esta ponencia. De esta manera, se incrementó el ingreso de éstos quintiles.

De esta manera, según el estudio ambos estudios, el de línea de base de 2003 y el actual estudio de acceso a medicamentos, la distribución de la población usuaria de los servicios de salud se distribuyen de la siguiente manera¹⁸.

Tabla 02: Distribución de la población usuaria de los Centros de Atención Primaria de la Salud según año de estudio realizado.

Año	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
2003	49.6%	20.0%	19.1%	5.9%	5.4%
2011	61.0%	20.7%	13.4%	3.6%	1.3%

Base: Elaboración propia a partir de información del Programa Remediar.-

Índice de Concentración del Gasto.

El Gráfico que sigue presenta la curva de concentración del gasto en medicamentos de los individuos según los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y, la curva de concentración del gasto incorporando la transferencia realizada por el Programa Remediar a los gastos en medicamentos realizado por los tres primeros quintiles de ingreso.

La recta de equiproporcionalidad representa una distribución hipotética igualitaria que resultaría en el caso de que cada quintil realizara el mismo nivel de gastos en medicamentos. La curva inferior implica la concentración del gasto de los individuos en medicamentos registrada a partir de la serie de gasto privado sin la transferencia de Remediar y con la transferencia de Remediar. Los gráficos permiten observar el mejoramiento en términos de equidad en el financiamiento del gasto en medicamentos de los individuos. Se evidencia una mejora en el acceso a éstos, ya que los individuos están pudiendo acceder a dicho bien, asumiendo que sin la presencia del Programa, dejarían de acceder (total o parcialmente) a los mismos.

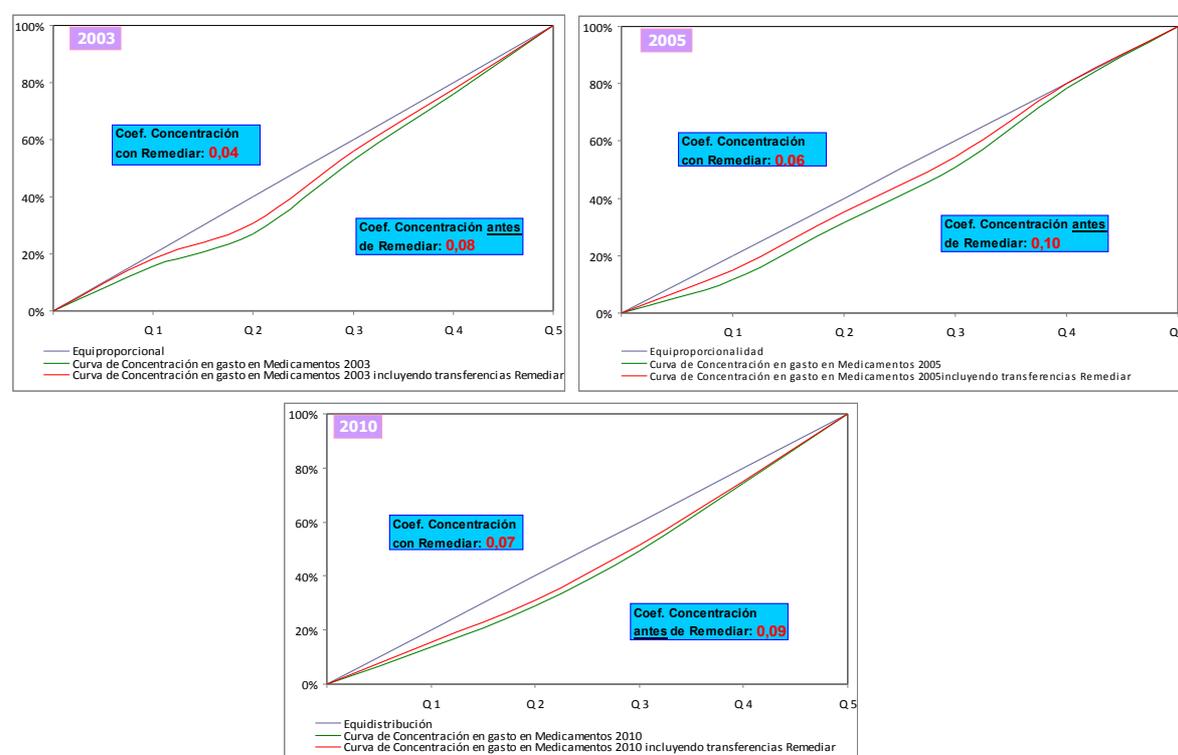
El coeficiente de concentración del gasto para el año 2003 resulta de 0.08, teniendo una variación decreciente de cuatro puntos al adicionar la transferencia Remediar al gasto que

¹⁷ Erogación 373.207.026,35 año 2003, 456.603.615,95 año 2005 y 577.906.580,95 año 2010,

¹⁸ Para analizar la distribución según quintiles de ingresos, se utilizó únicamente la información correspondiente a los hogares de los consultantes que habían sido interceptados en el Centro de Salud.

realiza el sector privado particular (variación porcentual de 50%). En este sentido, se puede entender como el Programa logra reducir el gasto total de los individuos de los quintiles más bajos. De manera similar para el año 2005, se produce una mejora de cuatro puntos al incorporar en el gasto la transferencia que realiza para este año el Programa Remediar. Es decir que el coeficiente de concentración del gasto paso de 0,10 a 0.06 estableciendo una mejora en la equidad del gasto que efectúa cada quintil (variación en porcentaje del 40%). Finalmente durante el año 2010, el coeficiente de concentración del gasto alcanza un valor de 0,09, al adicionarle la transferencia que realiza el Programa Remediar a los tres primeros de ingreso, este índice de concentración pasa a 0.07. (Variación porcentual del 22%)

Curva de Concentración - Año 2003, 2005 y 2010 .-



Fuente: Fuente: Elaboración propia en base a los datos de ingreso de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud y Remediar

Conclusión.-

Los Programas ejecutados por el Estado que tienen, entre sus fines, contribuir a una mejora en la redistribución de los ingresos tienen, entre sus características, la de ser progresivos, es decir, buscan reducir los niveles de desigualdad existentes en la distribución primaria. En su mayoría, éstos abarcan las problemáticas referida al desarrollo social, salud, vivienda y educación. Remediar constituye un Programa progresivo en tanto destina la mayor proporción de sus recursos a los primeros quintiles de ingreso.

No obstante, a partir de los coeficientes analizados, es posible observar que el impacto redistributivo del Programa Remediar presenta una tendencia decreciente. Esta situación podría responder a la hipótesis de que al mejorar la situación socioeconómica de la población, especialmente en los quintiles de ingreso más bajos, el impacto relativo de la transferencia del Programa resultan un tanto menos significativa. Al contrario, en los primeros años de ejecución del mismo (2002-2003), ante un escenario económico marcado por la crisis, y donde los principales perjudicados fueron los sectores más vulnerables, el impacto relativo de las transferencias que llevó adelante el Programa resultaron más importantes en términos de gasto privado en medicamentos y respecto de los ingresos per cápita familiar.

Por otro lado, las transferencias realizadas por el Programa, distribuidas según quintiles de ingreso de los beneficiarios, parecieran haberse autofocalizado más para el año 2010. Si se compara la distribución de medicamentos según quintiles de ingreso en ambos momentos, en el 2003 el Programa llegaba, en mayor proporción, también a los quintiles más altos. Para el año 2010, la proporción de participación éstos se redujo al mínimo nivel.

Una hipótesis que podría explicarlo es que conforme se fue mejorando la situación socioeconómica general de la población, aquel subgrupo que mejora su condición socio-laboral (posicionados en quintiles más altos) accede también a una cobertura de salud de tipo de obra social o prepaga, y ya no demanda, en su mayor medida, los servicios de salud provistos por el sector público. Por ello la oferta de los servicios públicos, que se vio incrementada en estos años, se concentra entre aquellas personas que se ubican en los quintiles más bajos de la población¹⁹.

Las dos hipótesis recién mencionadas confluyen en la idea de que a medida que la situación socioeconómica del país mejora (crecimiento del producto, incremento de la tasa de empleo registrado) la proporción del impacto del programa decrece, asociado a un bienestar general. Ante este escenario, el gasto público en medicamentos se concentra en aquellos quintiles aún continúan en situaciones de vulnerabilidad social, donde la presencia del Estado resulta vital para compensar las desigualdades existentes en toda sociedad. Allí es necesario un Estado presente que se exprese mediante la transferencia de medicamentos u otros recursos necesarios tal como lo hace mediante otros Programas, organismos o dependencias.

¹⁹ Según la encuesta de Utilización y Gasto, medida en todos los años de referencia, la tasa de uso de los servicios públicos de salud se mantiene. Esta información podría contradecir la hipótesis de que las personas que mejoran su situación económica dejan de recurrir al primer nivel de atención. Sin embargo, el hecho de que la tasa de uso se mantenga también podría estar relacionada con el incremento de la oferta de los servicios públicos de salud (medido por ejemplo en la apertura de nuevos efectores de salud). Esto pudo haber mejorado el acceso de parte de la población que con anterioridad no utilizaba ningún servicio.

BIBLIOGRAFÍA:

- CENSO 2010. INDEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. [Consulta: 01 de septiembre de 2013]. Disponible en: <<http://www.censo2010.indec.gov.ar>>.
- Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Años 2003, 2005 y 2010.
- Tobar, Federico. *Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. Boletín Fármacos. [Consulta: 21 de Diciembre 2008]. Disponible en: <<http://www.federicotobar.com.ar/pdf/publicaciones/2.pdf>>.