



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO II – 2005

**NECESIDADES, FOCALIZACIÓN Y APRENDIZAJE
EN EL PROGRAMA REMEDIAR¹**

Daniel Maceira, Ph.D.²

Ignacio Apella, M.A.³

Eugenia Barbieri, B.A.³

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud

¹ Este documento es una versión resumida del trabajo elaborado para la Oficina de Evaluación y Seguimiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID-OVE). Se agradece el apoyo de Inder Ruprah y Yuri Soarez (BID-OVE), la colaboración de Bárbara Lignelli y del equipo de SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) y la limitada asistencia de funcionarios del Programa Remediar. Asimismo se reconoce especialmente la colaboración de Pedro Kremer y los comentarios recibidos durante la presentación de este trabajo en el OVE's Intra EvalNet Brown Bag Lunch Series, Washington DC, Noviembre 10, 2004.

² Investigador Titular, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentina.

³ Investigador/a Asistente (CEDES).

Las opiniones vertidas en este documento son exclusivas de los autores, y no necesariamente reflejan la posición de la institución contratante (OVE-BID), del Ministerio de Salud, ni de la Organización Panamericana de la Salud, esta última auspiciante del Ciclo de Seminarios CEDES en Salud y Política Pública. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Necesidades, Focalización y Aprendizaje en el Programa Remediar

1- Introducción

Desde 1991 y hasta mediados de 1998, la economía argentina ha experimentado un crecimiento promedio anual del 8 por ciento, llegando en 1999 a tener un PBI per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo de US\$ 11 mil. Sin embargo, a partir de 1998 comenzó una fase descendente del ciclo económico, con una profunda recesión de su actividad. Las consecuencias inmediatas fueron una crisis de empleo, con incrementos sostenidos de la tasa de desempleo y subocupación. De acuerdo con estimaciones del INDEC, a través de la Encuesta Permanente de Hogares, el ingreso medio de los hogares pertenecientes al primer quintil de ingreso sufrió una depreciación promedio del 30.5 por ciento entre 1997 y 2002, en tanto que aquellos pertenecientes al quintil más alto experimentaron una caída del 15 por ciento.

Entre 1997 y 2003, se distinguen dos períodos diferenciados. El primero, que se extiende hasta enero de 2002, cuando los efectos de la crisis se concentraban en el desempleo y en consecuencia, sobre el ingreso medio de los hogares. En el segundo período, el impacto negativo que el exceso de oferta en el mercado laboral tuvo sobre el salario nominal de los trabajadores estuvo acompañado por los efectos de la salida del plan de convertibilidad y la significativa devaluación del tipo de cambio, alterando los precios relativos de la economía.

Dado este contexto regresivo, la brecha entre demanda potencial y efectiva de medicamentos experimentó un crecimiento. De acuerdo con el Banco Mundial (2002) se verificó un incremento en el porcentaje de la población que no logró acceder a los medicamentos prescritos, especialmente a partir de la crisis económica de 2001, llegando en junio de 2002 a alcanzar el 34.2 por ciento. Sin embargo, los efectos regresivos de la crisis de 2001 no repercutieron por igual en todos los quintiles de ingresos, siendo los más afectados el primero y segundo quintil: la brecha entre los hogares del primer y quinto quintil es de 3.68 a 1.

Frente a esta situación, a partir del año 2002, y con el objetivo de promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales, el Ministerio de Salud formuló una Política Nacional de Medicamentos. Dicha estrategia se basó en tres ejes principales: (i) la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, (ii) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y, (iii) la provisión pública para sectores de la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos.

Las primeras dos estrategias estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera y/o con un sistema de co-financiamiento de los medicamentos. Por otra parte, el tercer componente consistió en un programa de provisión pública dirigido a toda la población que se encuentra debajo de la línea de pobreza y sin seguro de salud.

El Programa Remediar es un plan centralizado de acción conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS) con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Dicha iniciativa está orientada a asegurar el acceso de las familias pobres a medicamentos genéricos esenciales en la atención primaria de la salud, los cuales son críticos en el tratamiento de cerca del 80% de las patologías prevalentes en dicho nivel de atención. A su vez, se busca vincular a estas familias pobres con los equipos de Atención Primaria de la Salud en

los CAPS, con el fin de mantener controles médicos preventivos que contribuyan a evitar el deterioro en sus condiciones de salud (SIEMPRO y SISFAM, 2003)⁴.

A diferencia de otros programas sociales, particularmente aquellos con características de subsidio a la demanda, la identificación del beneficiario se hace de manera indirecta mediante la concurrencia del mismo a un Centro de Atención proveedor de medicamentos. En este sentido, la población que consulta a los profesionales del CAP de su zona de residencia, puede acceder gratuitamente a la medicación recetada a partir del retiro de la misma en la farmacia del CAP, firmando una receta específica del programa.

La implementación del Programa contempló dos etapas. La primera corresponde a la puesta en marcha del mismo, durante octubre de 2002 y abril de 2003. De acuerdo a la oficina de SIEMPRO durante dicho período se incluyeron 2215 CAPS⁵. La segunda etapa se inició en abril de 2003, incorporando progresivamente a todos los Centros de Salud.

En términos de los mecanismos de compras de medicamentos, éstas han sido centralizadas por el Programa, constituyéndose en una central de abastecimiento a través de licitaciones en forma periódica.

Dado este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer la habilidad del programa para mejorar el acceso a medicamentos de la población bajo la línea de pobreza en el periodo comprendido entre octubre de 2002 y diciembre de 2003, y reducir la brecha entre demanda potencial y efectiva. En este sentido, se analiza el grado de focalización del programa en la población de menores recursos, a partir del estudio de la relación entre cantidad de botiquines distribuidos e indicadores de necesidades, tanto a nivel provincial como municipal. En este mismo orden de estudio, se analiza la presencia de un proceso de aprendizaje en tal focalización a través del tiempo. Finalmente, se establecerá el potencial impacto redistributivo sobre la población beneficiaria, en términos de ingreso y gasto en medicamentos.

Para ello, la siguiente sección presenta los principales motivos que justifican una intervención en esta dirección. Seguidamente, se discute el marco de análisis que será el sustento teórico de la presente investigación. En la cuarta sección se estudia el desempeño del Programa Remediar en términos de acceso a medicamentos. La quinta sección presenta un modelo basado en la Teoría de la Búsqueda con el fin de formalizar el mecanismo de focalización y su potencial mejora (aprendizaje) en el tiempo por parte del Programa, con los principales resultados estadísticos alcanzados. Finalmente, el sexto capítulo analiza el potencial impacto redistributivo sobre la población objetivo, en tanto la última sección discute las principales conclusiones halladas.

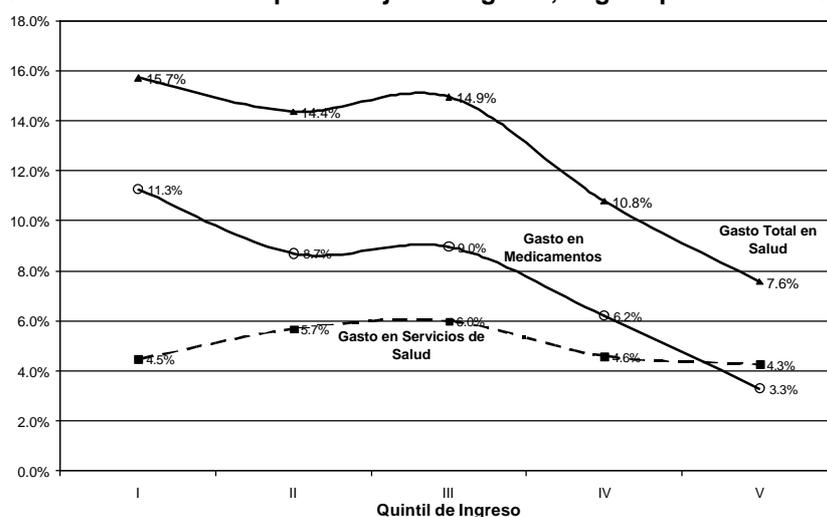
2- Regresividad del Gasto de Bolsillo en Medicamentos

La Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2003), desarrollada por el Ministerio de Salud, brinda información por quintil de ingreso sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de la misma se desprende la relación entre el nivel de ingreso de los hogares y su gasto en salud, desagregado en erogaciones por servicios y medicamentos (Figura 2.1).

⁴ "Programas de la Emergencia. Evaluación de Medio Término del Programa Remediar", agosto 2003, mimeo.

⁵ SIEMPRO, 2003, "Línea de Base del Programa Remediar".

Figura 2.1
Gasto en salud como porcentaje del ingreso, según quintil. Año 2003



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 2003

La Figura 2.1 establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud. Asimismo, se observa una mayor participación de las erogaciones en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes a los primeros quintiles: el primer quintil destina el 11.3 por ciento, en comparación con el quinto quintil que destina sólo el 3.3 por ciento.

Esta misma relación se identifica con el gasto total en salud, cuya pendiente se encuentra definida por el gasto en medicamentos, sugiriendo la importancia de éste último sobre las erogaciones totales.

A partir de la Encuestas Nacional de Gasto de los Hogares, 1996/1997 desarrollada por el INDEC, es posible identificar diversas variables asociadas con *shocks en salud*, y los efectos que ellas tendrían sobre la probabilidad de dejar a un individuo por debajo de la línea de pobreza (Maceira, 2004). En este sentido, un *shock financiero en salud* es aquel que, deduciendo del ingreso el gasto de bolsillo en salud, lleva al individuo/familia a quedar bajo la línea de pobreza o indigencia.

Para ello, el primer paso consistió en hallar el ingreso per cápita familiar neto de las erogaciones de bolsillo realizadas en salud. Su cálculo surge de restar al ingreso per cápita familiar el gasto de bolsillo mensual en cuidados sanitarios. De la comparación de estos valores con la línea de pobreza del Gran Buenos Aires (\$216) -neto del gasto en salud- es posible conocer la cantidad de personas que siendo no pobres caen bajo la línea de pobreza luego de ser afectados por un *shock financiero en salud*.

Seguidamente, se estimó un modelo probit a partir del cual la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza se explica en función de dos conjuntos de variables: socioeconómicas y tipo de gasto. El primer grupo de variables explicativas incluye el ingreso per cápita familiar, la edad y el género, tomando esta última el valor uno si el individuo es mujer. El segundo conjunto de variables está constituido por tres grandes categorías de gastos en salud: gasto mensual en medicamentos, en internación y en consultas ambulatorias⁶.

⁶ Este último rubro incluye gastos por consultas, análisis y tratamiento, consultas odontológicas y de salud mental.

La Tabla 2.1 presenta los resultados hallados. Estos confirman la existencia de una relación negativa entre el nivel de ingreso per cápita familiar, previa al *shock* en salud, y la probabilidad de ser “nuevo pobre” a partir de éste. Así cuanto mayor es el nivel de ingreso, menores son las chances de caer por debajo de la línea de pobreza después de la ocurrencia de algún tipo de *shock financiero en salud*. Del mismo modo, tanto la edad del individuo como el sexo femenino se encuentran asociados negativamente con la probabilidad de sufrir tal shock.

Las variables asociadas con tipos de gasto en salud son significativas y positivas. Este hecho implica que un mayor nivel de gasto en este tipo de servicios incrementa la probabilidad de ser pobre. Sin embargo, los efectos son diferentes entre clase de gastos. El impacto mayor no proviene de las erogaciones producto de los servicios de internación, sino del gasto en medicamentos y servicios ambulatorios, donde la financiación de los distintos seguros es parcial, replicando los resultados alcanzados por Wagstaff *et al* (2003).

Tabla 2.1
Nuevos Pobres por Shocks en Salud. Año 1996/97

Modelo Probit		
	Nuevo Pobre	Nuevo Indigente
Variabes	Coficiente	Coficiente
Ingreso per cápita fliar.	-0.0337043 (0.00000498)	-0.0414652 (0.0000607)
Edad	-0.0068279 (0.0000579)	-0.0064578 (0.0000673)
Genero	-0.2924056 (0.0026064)	-0.2468978 (0.00271)
Gasto en serv. Ambulatorio	0.0302136 (0.00000692)	0.0389384 (0.0000903)
Gasto en medicamentos	0.0360005 (0.0000506)	0.0402219 (0.0000579)
Gasto por internación	0.0329674 (0.0001634)	0.0447361 (0.0001975)
Constante	3.561068 (0.0080199)	2.161775 (0.0064325)
Nº observaciones:	7575242	9172816
LR Chi2:	2.17E+06	2.18E+06
Prob> chi2	0.0000	0.0000
Pseudo R2:	0.6432	0.6639
Máxima Verosimilitud:	-6.02E+05	-5.51E+05

Fuente: Maceira, D., 2004.

Los resultados hallados muestran un importante efecto regresivo del gasto en medicamentos sobre la población, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los individuos de menores recursos.

La comparación entre la segunda y tercer columna de la Tabla permite analizar el surgimiento de “nuevos pobres” asociados con un *shock* de salud, con la estimación de los determinantes de “nuevos indigentes” (aquellos que caen bajo la línea de indigencia por igual motivo), con resultados similares.

Este contexto justifica la presencia de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones de acceso a medicamentos por parte de la población perteneciente a los primeros quintiles de ingreso.

3- Marco de análisis

La salud es considerada como un *bien meritorio* ya que forma parte del capital social que fomenta el crecimiento y el desarrollo de las sociedades. En este sentido, los bienes tutelares o meritorios resultan de importancia para la sociedad en su conjunto, en tanto su acceso masivo provoca un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población, a partir de las externalidades que

provoca. Para lograrlo no debe depender únicamente de la capacidad adquisitiva individual sino que debe contar con medidas de política que contribuyan al logro de objetivos de eficiencia y equidad. Los medicamentos, como herramienta necesaria para restaurar la salud, forman parte del conjunto de este tipo de bienes meritorios cuyo consumo beneficia no solo a quién lo realiza.

Desde este punto de vista, es necesario poder establecer un concepto de *equidad*. Le Grand [1982] distingue cuatro definiciones de equidad en el consumo: (i) *equidad del gasto público*, (ii) *equidad en el uso* – individuos con la misma necesidad deben consumir la misma cantidad, (iii) *equidad en el costo* – *ceteris paribus* los consumidores deben enfrentarse al mismo precio para el mismo servicio, y (iv) *equidad en los resultados*.

Dos de estas cuatro definiciones son particularmente relevantes para el caso estudiado. La equidad en la utilización implica que dos individuos con igual condición, deben acceder al mismo tratamiento. Sin embargo, estos individuos no siempre coinciden en sus cantidades demandadas. Por otra parte, la equidad en el resultado implica obtener igual respuesta frente a la misma necesidad. Sin embargo, existe un conjunto amplio de variables que influyen en dicho resultado y alejan a éste de la igualdad mencionada.

A partir ello es posible considerar el concepto *equidad de oportunidades*, es decir, cuando cualquier individuo recibe tanta cantidad de servicios de salud como la disponible por cualquier otra persona bajo la misma condición, sin importar otras características del individuo, inclusive el nivel de ingreso⁷. En la práctica, el alcance de la equidad en el acceso no resulta evidente, existiendo límites para que cierto grupo de la población haga efectiva su demanda potencial. En general, dichos límites operan sobre la población de menores ingresos.

Frente a este escenario, uno de los mecanismos de intervención orientados a reducir la brecha entre demanda efectiva y potencial es el establecimiento de un subsidio sobre los precios – aporte a la oferta - o un subsidio a la renta - subsidio directo a la población objetivo -.

En la mayoría de los casos un subsidio a los precios resulta menos costoso que un subsidio sobre el ingreso. Este hecho se fundamenta en que el primer tipo de política incrementa el consumo vía dos efectos: el efecto renta y efecto sustitución, mientras que en la aplicación de un subsidio sobre los consumidores sólo opera el de ingreso.

Un sistema puro de subsidios a la demanda exige la existencia de una adecuada oferta de servicios de calidad para todos los grupos sociales, homogeneidad de los servicios ofrecidos y niveles satisfactorios de información a los beneficiarios, incluso sobre la calidad de los bienes o servicios que se les proporciona.

Cuando la información sobre los bienes o servicios ofrecidos en forma de subsidios a la demanda no se encuentra perfectamente disponible o es poco entendible para los usuarios, el Estado tiene la responsabilidad respecto al modo de instrumentar la transferencia. Los programas en especies (alimentos, medicamentos, etc.) suministran bienes o servicios a los necesitados mediante la entrega directa de los mismos, con el fin de satisfacer las necesidades de la población objetivo.

Con el subsidio en medicamentos recibido por las familias, éstas pueden sustituir sus propias compras de los mismos y utilizar gran parte del ahorro generado para otros fines. Sin embargo,

⁷ Este análisis se inscribe dentro de la literatura tradicional de *equidad en salud*, la cual considera dos dimensiones de la misma: una horizontal (de qué modo la gente es igual) y otra vertical (de que modo la gente es diferente). Los hacedores de política que se preocupan más por la equidad de acceso y utilización tienden a concentrarse en la dimensión horizontal, es decir, en obtener “igual acceso de acuerdo a las necesidades”. Por su parte, aquellos interesados en la equidad en el financiamiento tienden a centrarse en la dimensión vertical, “servicios financiados de acuerdo a la capacidad de pago”, es decir, que las personas con diferente capacidad de pago “deberían” hacer pagos diferenciales.

aunque un programa de estas características tenga un efecto aproximadamente equivalente a una bonificación en efectivo, hay menos posibilidad de desviación de fondos, puesto que es menos probable que se haga mal uso del medicamento que del dinero.

Si bien la entrega de remedios gratuitos a la demanda objetivo (población con necesidades en medicamentos esenciales) actúa como un subsidio a la demanda, el Programa Remediar tiene la forma de un subsidio en especies a través de la oferta pública (CAPS). Este hecho particular se asocia a que el mercado de medicamentos cuenta con fallas de información (el paciente conoce su dolencia pero desconoce el diagnóstico y el medicamento necesario para restaurar su salud: es el profesional médico quien prescribe), que impiden que el enfermo pueda constituirse en el agente idóneo de asignación de recursos.

Ante esta situación, la autoridad sanitaria requiere de instrumentos adicionales que superen el marco clásico. Recurriendo al esquema de la Teoría de Costos de Transacción de Williamson (1975, 1985), un programa de medicamentos preferirá utilizar el mercado como sistema de provisión (mediante mecanismos licitatorios que maximicen su capacidad de negociar precios y calidades con los productores) al tiempo que internaliza los costos de gobernabilidad al sistema a fin de minimizar los inconvenientes generados por la falta de información del paciente acerca del producto farmacéutico a consumir.

En esta última opción, el Programa Remediar implicaría lograr una reducción en los precios de mercado para su población objetivo, permitiendo que los consumidores se dirijan a él para satisfacer sus necesidades.

Sin embargo, el Programa Remediar opera como un ente centralizado que incurre en gastos corrientes mediante endeudamiento. Dada estas características de financiamiento, se produce una fuerte presión sobre las finanzas públicas, generando dudas sobre su sustentabilidad en el tiempo, que implican un *trade off* entre consumo presente y futuro. Si bien los argumentos presentados en la sección previa muestran una necesidad de políticas orientadas a cubrir las demandas de estos productos en grupos de ingresos bajos, el Programa genera expectativas sobre provisión futura, que serán difíciles de satisfacer sin una estrategia financiera de mediano plazo. Por último, Remediar crea un fondo adicional dentro de un sistema de salud extremadamente fragmentado, sin proponer posibilidades de constitución de Seguros Provinciales de Salud coordinados en su estructura de gastos. Finalmente, un Programa de estas características requiere de mecanismos de evaluación independientes que permita hacer públicos los logros y las limitaciones, favoreciendo el aprendizaje al interior del emprendimiento y el de la sociedad.

4- Desempeño del Programa Remediar: Acceso a Medicamentos

La presente sección analiza la capacidad del Programa Remediar para mejorar las condiciones de acceso a medicamentos a través de los CAPS. Para ello, se comparan el desempeño de dos grupos de centros de atención: un conjunto de CAPS provistos de medicamentos por el Programa y un grupo (control) que no integra la iniciativa. Dicho análisis, se basa en información proveniente de la encuesta a pacientes desarrollada por la oficina del SIEMPRO.

En general, los motivos de consulta a centros de atención primaria se encuentran relacionados con problemas de tipo infeccioso (41.68 por ciento), donde el 19.18 por ciento corresponde a problemas de las vías aéreas superiores. Con excepción de la Ciudad de Buenos Aires, los patrones de consulta resultan homogéneos, relacionados con las características de atención de los CAPS.

Con el objeto de conocer el grado de focalización en la población de menores recursos alcanzado por el Programa, la Tabla 4.1 expone el porcentaje de la población consultante en CAPS (con programa y sin programa), según su condición de pobre, no pobre e indigente:

Tabla 4.1:
Concurrentes a CAPS con y sin Programa, según condición de pobreza. Año 2003
- en % -

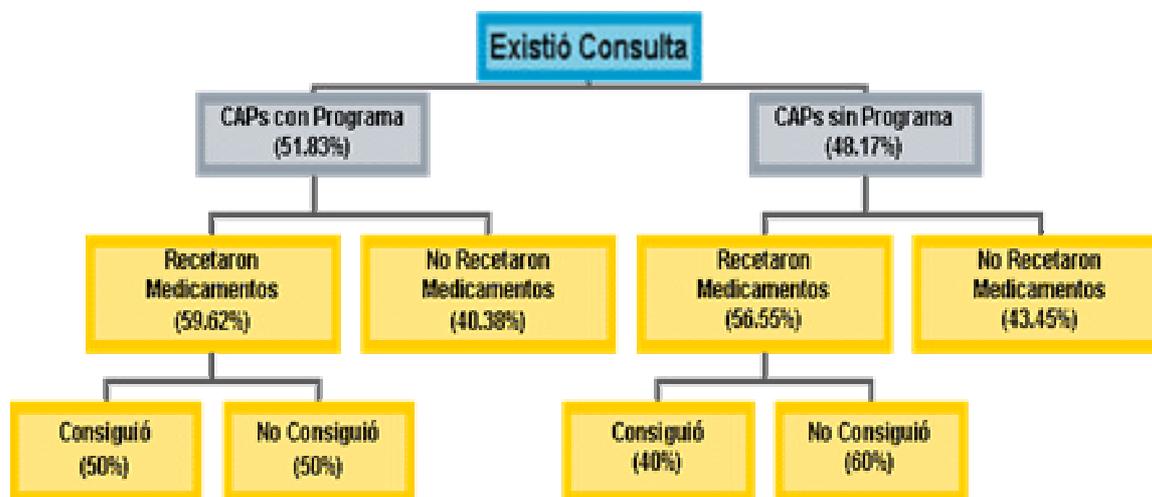
Condición del Consultante	CAPs con Programa	CAPs sin Programa	Total
No Pobre	7.69	10.57	9.08
Pobre no Indigente	26.71	29.2	27.91
Indigente	64.96	59.31	62.24
s/d	0.64	0.92	0.78
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Siempre, 2003.

Se observa un alto grado de focalización del programa en los indigentes y pobres, debido a la selección de los CAPS como instrumento de distribución. En promedio para el total de CAPS, los consultantes bajo condición de indigencia representan el 62.2 por ciento de la población atendida, en tanto el promedio de pobres asistentes es del 28 por ciento.

La Tabla 4.2 presenta el porcentaje de los consultantes que accedieron a los medicamentos prescritos, según tipo de CAP (con y sin programa) durante el año 2003.

Tabla 4.2
Diagrama de Acceso a Medicamentos. Año 2003



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Siempre – Base Reclutamiento.

Los resultados muestran que el 50 por ciento de los consultantes en CAPS bajo Programa lograron acceder a los medicamentos prescritos (independientemente de los mecanismos utilizados para ello), en tanto dicho porcentaje en los CAPS sin programa asciende al 40 por ciento. Del 50 por ciento restante de los consultantes en CAPS con Programa, el 12 por ciento logró conseguir al menos uno de los medicamentos faltantes. Los mecanismos de obtención de los mismos resultan diversos.

En este sentido, la Tabla 4.3 presenta la distribución porcentual de las diferentes vías de acceso a los medicamentos faltantes para el año 2003, según Centro de Atención, así como un año después.

Tabla 4.3
Mecanismos de adquisición de medicamentos faltantes, por tipo de CAP. Año 2003-2004
 - en % -

¿Cómo consiguió los medicamentos que le faltaban?	2003		2004
	con Programa	sin Programa	
Se lo entregaron en el CAP firmando una receta violeta	15.89	2.96	39.73
Los compró usted mismo o algún familiar	54.21	53.33	32.14
Se lo entregaron en el CAP con otra receta	7.48	21.48	13.39
Otra forma	16.82	11.11	7.59
Los tenía de antes	3.74	0.74	4.02
Los compró por Obra Social	1.87	10.37	3.13
Total	100.00	100.00	100.00

El 53.72 por ciento de los individuos encuestados adquirió los medicamentos faltantes en su primera consulta por sus propios medios, mientras que el porcentaje que recibió medicamentos en el CAP (firmando una receta violeta u otra) es muy similar entre Centros de Atención Primaria con y sin programa -23.37 y 24.44 por ciento, respectivamente -. Los mecanismos de adquisición de remedios faltantes para el año 2004 muestran cambios significativos: se identifica un incremento en el porcentaje de la población que logró el acceso a través de los CAPS (53.1 por ciento) y especialmente bajo programa (39.73 por ciento), paralelamente a la disminución de la participación de los individuos que debieron afrontar la compra por sus propios medios (que disminuye aproximadamente en 19 puntos porcentuales).

Con el fin de conocer con mayor precisión en que medida el Programa Remediar aumentó las posibilidades de acceso a los medicamentos de la población con menos recursos, a continuación se desarrolla un modelo probit dirigido a dar respuesta a este interrogante.

De acuerdo a lo estudiado precedentemente, el consultante puede acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos ($y = 1$) o no ($y = 0$). Dicha posibilidad dependen de un vector X de variables asociadas con características del individuo y del tipo de CAP al que consulta (bajo programa o no).

$$\text{Prob}(y = 1) = F(\mathbf{b}'x) \quad \wedge \quad \text{Prob}(y = 0) = 1 - F(\mathbf{b}'x)$$

El conjunto de parámetros \mathbf{b} refleja el impacto que los cambios en las variables incluidas en x tienen sobre la probabilidad de acceder gratuitamente o no a los medicamentos recetados.

Sobre la base de la información suministrada por la encuesta a consultantes 2003, se estimó dicha probabilidad en función del nivel de ingreso de los individuos, una variable dummy que toma valor uno si el consultante tiene cobertura formal de salud, y una segunda variable dummy que califica la pertenencia del CAP al programa, tomando valor uno si el CAP es beneficiario.

Los resultados obtenidos avalan la hipótesis de que el Programa Remediar tiene un impacto positivo sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, dado que la variable Remediar resulta significativa al uno por ciento de confiabilidad y con el signo positivo esperado. Tal resultado sugiere una probabilidad de acceder gratuitamente a medicamento un 10 por ciento mayor si la consulta es realizada en los CAPS bajo programa.⁸

⁸ Este resultado estimado surge a partir de la derivada parcial de la función de distribución acumulada normal respecto a la variable Etapa, considerando al resto de las variables explicativas en sus respectivos valores medios.

Tabla 4.4
Modelo Probit. Año 2003

Variable dependiente: Accedió Gratuitamente a Medicamentos	
VARIABLES	COEFICIENTES
Remediar	0.3685* (0.1249502)
Ingreso	-0.0004 (0.0005225)
Cobertura	0.1249 (0.1700094)
Constante	0.6873* (0.093079)
Nº de Observaciones	548
Pseudo R ²	0.019
Lr Chi2	10.020
Probabilidad > Chi2	0.018

Nota: * significativa al 1% de confiabilidad

Por otra parte, el nivel de ingreso de los individuos y el tipo de cobertura en salud no resultaron estadísticamente significativos, confirmando el carácter de subsidio a la oferta del programa. En este sentido, cualquier persona, independientemente de su nivel de ingreso y cobertura, que consulte en el CAP y requiera de medicamentos resulta elegible para el Remediar.

En resumen, el Programa tuvo un buen impacto en el acceso a los medicamentos por parte de la población de menores recursos, con un 10 por ciento de diferencia entre CAPS con y sin Programa en el 2003. Del total de individuos que no lograron acceder a todos los medicamentos que le fueran recetados en el CAP, en el año 2003, el 53.7 por ciento accedió a los mismos por sus propios medios, en tanto que el 24 por ciento lo hizo a través del CAP. Dichos porcentajes se vieron significativamente modificados en el año 2004, 32.1 y 53.1 por ciento, respectivamente, sugiriendo la presencia de un proceso de aprendizaje en el tiempo por parte de la coordinación del Programa.

Finalmente, la probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos se encuentra positivamente asociada con la pertenencia del CAP al Programa. En este sentido, y de acuerdo a la estimación del modelo probit, tal probabilidad resulta un 10 por ciento mayor en los mencionados Centros de Atención.

5- Focalización y Aprendizaje en el Tiempo

5.1- El Modelo

El análisis Walrasiano supone que la asignación de recursos puede ser modelada bajo los supuestos de coordinación instantánea y ausencia de costos de monitoreo e información. Sin embargo, desarrollos posteriores⁹ analizan la asignación de recursos con tecnologías imperfectas en la información de los agentes sobre sus oportunidades de intercambio y utilidad.

Desde esta última perspectiva, la provisión pública de un bien o servicio encuentra sustento en dos pilares teóricos: (i) la existencia de bienes públicos (aquellos bienes que no cumplen con la condición de rivalidad en el consumo y son no excluibles) y, (ii) los programas de subsidios específicos a una población objetivo a fin de alcanzar una mejora paretiana en el bienestar general.

⁹ Diamont, P., 1989, "Search Theory", en Allocation, Information and Markets, editado por Eatwell, J., Milgate, M. y Newman, P., The New Palgrave.

En este último sentido, los programas de subsidios específicos cuentan con limitaciones en la elegibilidad de los beneficiarios. La ausencia de información completa sobre las características de los mismos genera un problema de selección adversa, en tanto individuos con una mayor capacidad de pago podrían revelar ser merecedores del beneficio – debido a una mayor información por parte de dicho grupo poblacional - y limitar el acceso de aquellos sin posibilidad de hacerlo.

La eficiencia en la asignación de recursos públicos implica reunir información sobre las preferencias y disposiciones a pagar de los agentes participantes, especialmente de aquellos que resultarían beneficiarios de los mismos. Por tal motivo, la autoridad pública debe realizar un esfuerzo dirigido a la búsqueda de información sobre tales características a fin de lograr la mejora paretiana en el bienestar que da origen al programa.

Tal proceso de búsqueda de información puede ser desarrollado durante la ejecución del programa de subsidios – asumiendo el costo implícito de equivocación - o ser previa al mismo. Asimismo, existen diferencias entre las asignaciones que se realizan por única vez y aquellas repetidas en el tiempo, dado que éstas últimas permiten la posibilidad de aprendizaje, mejorando la información relevante por parte del proveedor.

En este contexto, se considera un juego repetido con información incompleta, donde la autoridad sanitaria, el Programa Remediar, envía una cantidad de botiquines q_{it}^* al Centro de Atención i en el momento (mes) t ; $\forall i : 1, \dots, N$ y $\forall t : 1, \dots, T$, a partir de una función de distribución acumulada $F(q_i)$.

Seguidamente, el CAP $_i$ recibe q_{it}^* y a partir de su utilización genera resultados e información en términos de utilidad social, $U_{it}(q_{it}^*)$. El Programa, observa dicha utilidad y decide la cantidad de botiquines a enviar el mes siguiente, q_{it+1}^* .

Dado que el Programa no cuenta con información completa sobre las necesidades de cada CAP, la cantidad de botiquines enviada se establece a partir de una función de distribución. Dicha función define la estructura de creencias de la autoridad sanitaria sobre las necesidades de la población demandante en cada centro de atención. A partir de ello, la repetición del juego y la recolección de información relevante, medida en términos de utilidades reales generadas, permite perfeccionar las creencias del Programa, y definir la cantidad a enviar en el mes siguiente.

Como consecuencia de la restricción informacional, el objetivo del *Remediar* en cada mes t es minimizar para cada CAP $_i$:

$$(1) \quad \text{Min} [U_i^*(q_{it}) - U_{it}(q_{it}^*) / U_{it-1}(q_{it-1}^*)] = \Delta U_{it} \quad \forall i : 1, \dots, N \wedge \forall t : 1, \dots, T$$

Donde $U_i^*(q_{it})$ es la máxima utilidad del CAP $_i$ generada por una asignación de botiquines óptima y desconocida q_{it} . En largo plazo el Programa intenta minimizar:

$$(2) \quad \text{Min} \int_{t=0}^{t=T} [U_i^*(q_{it}) - U_{it}(q_{it}^*) / U_{it-1}(q_{it-1}^*)] dF(q_i) =$$

$$\text{Min} \int_{t=0}^{t=T} \Delta U_{it} dF(q_i)$$

La repetición del juego en el tiempo, permite la obtención de nueva información sobre las necesidades de los consultantes del CAP_i, a partir de los resultados observados, permitiendo ajustar la asignación de botiquines, q_{it}^* , y reducir la brecha entre la máxima utilidad y la real. En este sentido, la existencia de un proceso de aprendizaje implica:

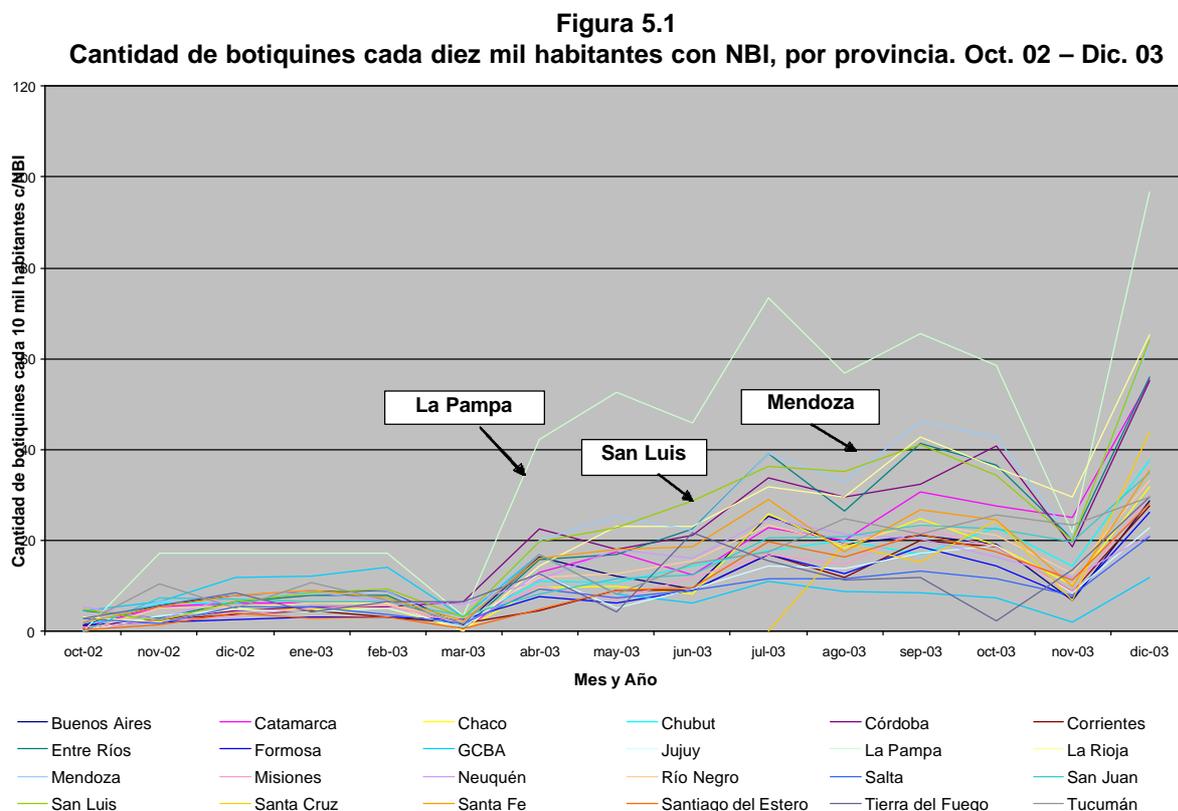
$$(3) \quad \Delta U_{i1} \geq \Delta U_{i2} \geq \dots \geq \Delta U_{iT} \quad \lim_{t \rightarrow T} \Delta U_{it} = 0.$$

Llegando en el límite a ser nula la dispersión entre ambas. Dado este marco de análisis, a continuación se estudia el grado de focalización del Programa Remediar en la distribución de botiquines sobre la población con mayores necesidades y la existencia de un proceso de aprendizaje en el tiempo en la asignación, tanto en términos provinciales como municipales.

A partir de la formalización teórica precedente, a continuación se analiza el grado de focalización de la entrega de botiquines en la población con mayores necesidades. Para ello, se utiliza información sobre cantidad de botiquines distribuidos mensualmente entre octubre de 2002 y diciembre de 2003, tanto a nivel provincial como municipal. Seguidamente, se estudia el efecto que tiene la antigüedad del CAP en el Programa sobre su desempeño, medido en términos de acceso gratuito a medicamentos por parte de la población demandante.

5.2- Análisis Descriptivo

La Figura 5.1, presenta la cantidad de botiquines totales entregados a cada provincia durante el período bajo estudio:



La Figura presenta la evolución de la cantidad de botiquines cada diez mil habitantes con NBI, entre octubre 2002 y diciembre 2003, distribuidos entre jurisdicciones sin distinguir por modelo. Se observa una tendencia creciente en el número de unidades de remedios remitidos a los CAPS, pasando desde un valor promedio de 1.62 en octubre de 2002 a 33.3 en diciembre de 2003. Estos valores establecen el cambio de magnitud del Programa desde su inicio hasta diciembre de 2003.

En términos relativos, las jurisdicciones que mayor cantidad de botiquines cada diez mil habitantes reciben son La Pampa, Mendoza y San Luis, llegando a recibir en promedio 38.9, 23.1 y 22.4, respectivamente.

Paralelamente, se revelan dos caídas significativas en la distribución durante los meses de marzo y noviembre de 2003. La primera de ellas se encuentra asociada con la finalización de la primera etapa del programa y el comienzo de la segunda fase, que involucró un masivo escalamiento de la entrega hasta ese momento, con grandes cambios relativos entre provincias. En nueve de ellas la reducción en el número de botiquines descendió más del 80 por ciento mientras que en otras se vio incrementada, como en el caso de la provincia de Córdoba. La variación de noviembre, si bien resultó significativa (superior al cincuenta por ciento) afectó a todas las jurisdicciones de igual modo, con cambios importantes sólo en La Pampa, Ciudad de Buenos Aires, y Tierra del Fuego. Sin embargo, éste último cambio de tendencia es producto de un retraso en la entrega correspondiente a dicho mes, la cual fue efectivizada en el mes siguiente.

La Tabla 5.1 presenta por mes los valores mínimos y máximos de botiquines distribuidos por provincia cada diez mil habitantes con NBI. Considerando los máximos entre extremos temporales se percibe un crecimiento de 18,55 veces en la distribución de medicamentos, en tanto que la diferencia entre valores mínimos entre octubre 2002 y diciembre 2003 es de 42,5. Ello evidencia una reducción significativa en la dispersión entre cifras extremas.

Tabla 5.1
Cantidad Máxima y Mínima de Botiquines cada 10.000 habitantes NBI por provincia

Max - Min / Provincia	oct-02	nov-02	dic-02	ene-03	feb-03	mar-03	abr-03	may-03	jun-03	jul-03	ago-03	sep-03	oct-03	nov-03	dic-03	Total
Máximo	5.21	17.19	17.19	17.19	17.19	6.52	42.17	52.55	45.74	73.31	56.77	65.53	58.39	29.58	96.67	584.87
Provincia	Neuquén	La Pampa		Córdoba			La Pampa				La Rioja		La Pampa			
Mínimo	0.28	1.47	2.45	2.82	2.98	0.31	4.56	4.21	6.05	11.04	8.73	8.36	2.10	1.85	11.92	109.36
Provincia	Sgo del Estero	Formosa	Sgo del Estero	Chaco	Corrientes	Tierra del Fuego	Capital Federal				Tierra del Fuego	Capital Federal	Santa Cruz			
Diferencia	4.93	15.72	14.75	14.37	14.21	6.21	37.61	48.34	39.69	62.27	48.04	57.16	56.28	27.73	84.75	475.52

Provincias Pobres

Provincias Ricas

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR

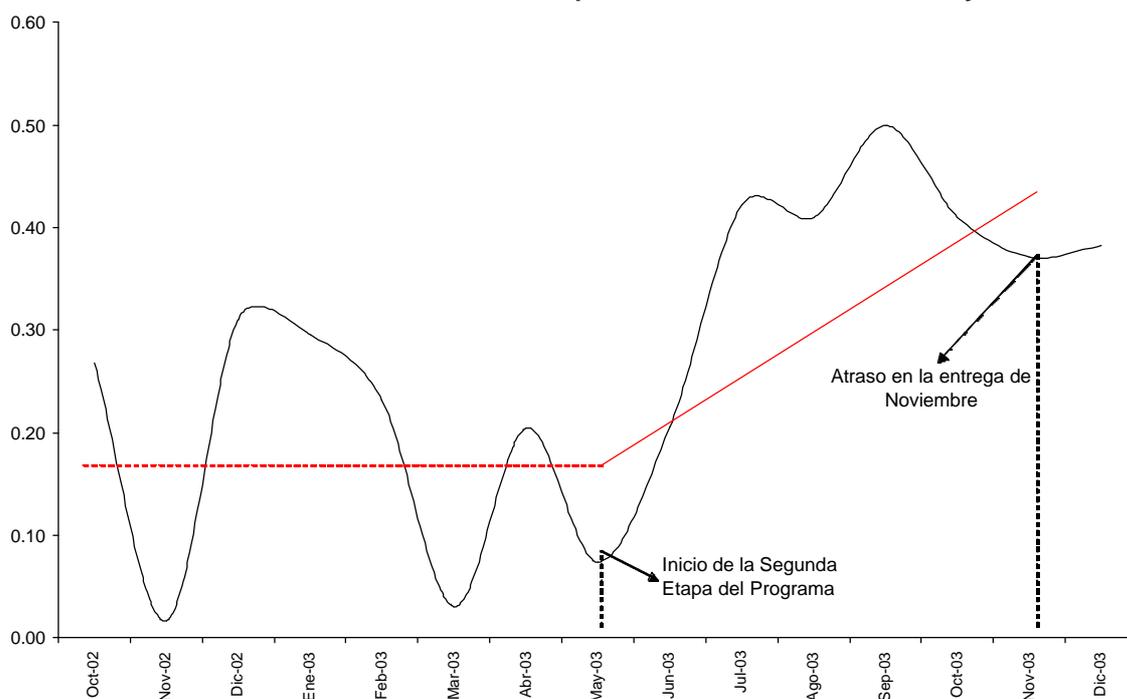
La variación mínimo-máximo a principios del programa fue de 18,60 veces, valor que se redujo hacia diciembre de 2003 en 8,10 veces, implicando una mejora de 2,29 veces en un período de quince meses de desarrollo de Remediar.

Asimismo, tomando en consideración las jurisdicciones donde se identificaron los valores mínimos y máximos por mes, se presentan dos hallazgos. El primero de ellos se refiere a La Pampa como la provincia más beneficiada por el Programa durante casi el 87 por ciento del tiempo de aplicación del mismo. El segundo se asocia con un cambio sustancial en el aprendizaje del Remediar a partir de la finalización de la primera fase (abril 2003). Hasta dicho momento, las provincias con menor número de botiquines cada diez mil habitantes con NBI fueron Santiago del Estero -principalmente-, Formosa, Chaco y Corrientes, reflejando limitaciones en el proceso de focalización. Posteriormente, y a partir de mayo del 2003, los mecanismos de convergencia comienzan a hacerse evidentes: Capital Federal,

Tierra del Fuego y Santa Cruz –tres jurisdicciones tradicionalmente con bajos porcentajes de NBI- pasan a ocupar los últimos lugares en la distribución ponderada de botiquines.

A partir de estos resultados, la Figura 5.2 presenta la estimación del índice de correlación simple entre la cantidad de botiquines per cápita distribuida mensualmente por provincia y el porcentaje de la población con NBI.

Figura 5.2
Correlación entre cantidad de botiquines cada diez mil habitantes y NBI



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Remediar e INDEC

Los resultados hallados sugieren la presencia de un proceso de aprendizaje en el tiempo, especialmente a partir de mayo de 2003, momento en el que comienza la segunda etapa del programa con la incorporación de todos los CAPS a la iniciativa. En este sentido, se identifica un cambio estructural a partir del comienzo de la segunda etapa. La asociación entre la cantidad de botiquines per cápita distribuida y el índice de NBI, durante el período comprendido entre octubre de 2002 y abril de 2003, muestra una importante volatilidad con una media temporal de 0.19 y un desvío estándar de 0.12. Sin embargo, a partir de mayo de 2003, se observa un cambio en la tendencia del índice de correlación, llegando a septiembre de 2003 a un valor de 0.50.

Si bien estos valores no establecen una asociación perfecta entre ambos indicadores, si implican una mejora distributiva, sugiriendo la presencia de un proceso de aprendizaje en el tiempo, a medida que se obtiene mejor información sobre la utilidad de los botiquines en cada CAP.

Complementariamente, se agruparon a los Centros de Atención por quintiles (972 Centros de Atención Primaria en cada grupo) en función del NBI del municipio en el que se encuentran localizados. La Tabla 5.2 establece para cada quintil la cantidad de botiquines distribuidos cada 10 mil habitantes con necesidades básicas insatisfechas durante el período octubre 2002 y diciembre 2003.

Tabla 5.2:
Botiquines per capita cada 10 mil habitantes con NBI distribuidos. Oct. 02 – Dic. 03
Por quintil de CAP

Quintil de CAP / Mes	Número de botiquines.cada 10 mil habitantes c/NBI														Total	
	oct-02	nov-02	dic-02	ene-03	feb-03	mar-03	abr-03	may-03	jun-03	jul-03	ago-03	sep-03	oct-03	nov-03		dic-03
Quintil I	0.74	3.41	3.49	4.64	4.21	1.42	8.33	9.81	10.42	20.29	18.57	21.64	20.07	10.77	32.00	169.81
Quintil II	1.38	3.59	4.97	5.77	5.48	1.34	10.07	8.35	8.70	17.75	14.21	17.32	16.57	7.62	24.33	147.45
Quintil III	1.48	5.08	7.00	7.42	7.46	1.46	14.50	11.81	12.18	22.60	17.88	23.02	20.55	10.48	31.70	194.60
Quintil IV	2.46	5.03	8.96	9.77	9.22	3.57	21.17	17.11	17.64	32.71	24.59	30.33	29.86	14.25	42.82	269.50
Quintil V	3.01	8.16	11.64	12.83	12.35	2.52	25.75	22.42	20.07	37.87	30.42	34.87	32.83	16.61	49.15	320.49
Total	1.62	4.63	6.50	7.33	7.03	1.87	14.23	12.41	12.54	24.01	19.42	23.54	22.13	10.98	33.32	201.56
Quintil V/ Quintil I	4.06	2.39	3.33	2.77	2.93	1.77	3.09	2.28	1.93	1.87	1.64	1.61	1.64	1.54	1.54	1.89

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR

Nota: 1 Cada quintil de CAP cuenta con 972 CAPS.

La última fila de la Tabla muestra la relación entre la cantidad de botiquines per cápita cada diez mil habitantes con NBI recibida por el primero y quinto quintil. Confirmando los resultados anteriores, se observa una caída constante en el tiempo, en dicha relación, pasando de 4.06 en octubre de 2002 a 2.28 en mayo de 2003 y a 1.5 en diciembre de 2003. Este hecho sugiere la presencia de una convergencia en la focalización, aunque la brecha entre la entrega de medicamentos entre el primero y el quinto quintil de CAPS sigue siendo aproximadamente el doble a favor de los municipios relativamente ricos.

En resumen, el Programa mantuvo un crecimiento constante en el número de botiquines distribuidos en CAPS, aunque una limitada focalización entre grupos, en función de los quintiles de CAPS cada diez mil habitantes con NBI, logrando una mejora en el tiempo. En términos provinciales se observa un aumento del grado de focalización, verificándose una caída en la dispersión entre distribuciones mínimas y máximas.

5.3- Resultados Económicos

Uno de los objetivos específicos del Programa es mejorar las condiciones de acceso a medicamentos esenciales de la población en condición de pobreza y sin cobertura formal en salud. Para ello, se distribuye una cantidad de botiquines a los centros de atención en función de ciertas variables asociadas con características tanto de la demanda como del centro de atención. De acuerdo a lo estudiado precedentemente, es posible suponer la existencia de un proceso de aprendizaje en el tiempo, en términos de desempeño de los CAPS: a medida que transcurre el tiempo, los centros de atención mejoran el acceso a medicamentos de sus consultantes debido a dos motivos: una mejora en la cantidad de botiquines entregada ajustada a sus necesidades y una mejor utilización de los mismos.

Bajo esta hipótesis, y sobre la base de la información suministrada por la encuesta a consultantes 2004, se estimó, mediante un modelo probit, la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos en función de dos tipos de variables. El primero, asociado con las características del consultante: nivel de ingreso y una variable dummy que toma valor uno si el individuo tiene cobertura formal de salud. Por otra parte, se incorpora una segunda variable dummy que califica el momento de incorporación del CAP al Programa, tomando valor uno si el centro de atención participa de la iniciativa desde la primera etapa.

En el año 2004 todos los centros de atención se encuentran incorporados al Programa. A partir de ello, el objetivo es conocer si la antigüedad de los CAPS en el Programa es relevante para perfeccionar las condiciones de acceso a medicamentos. En otras palabras, se intenta establecer si existe algún proceso de aprendizaje en el tiempo que permita mejorar el desempeño de los CAPS,

medido a través del incremento de la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos por parte de los consultantes.

Los resultados hallados avalan la hipótesis de existencia de aprendizaje en el tiempo. En este sentido, la Etapa de los CAPS resultó significativa al uno por ciento de confiabilidad y con el signo positivo esperado, sugiriendo que aquellos CAPS con mayor antigüedad en el Remediar evidencian un aprendizaje que les permitió mejorar las condiciones de oferta.

Tabla 5.3
Modelo Probit

Variable dependiente: Accedió Gratuitamente a Medicamentos	
Variables	Coeficientes
Etapa del Cap	0.4297* (0.1558784)
Ingreso	-0.0017** (0.0007494)
Cobertura	0.0354 (0.2007624)
Constante	0.8852* (0.1143681)
Nº de Observaciones	396
Pseudo R ²	0.037
Lr Chi2	13.010
Probabilidad > Chi2	0.005

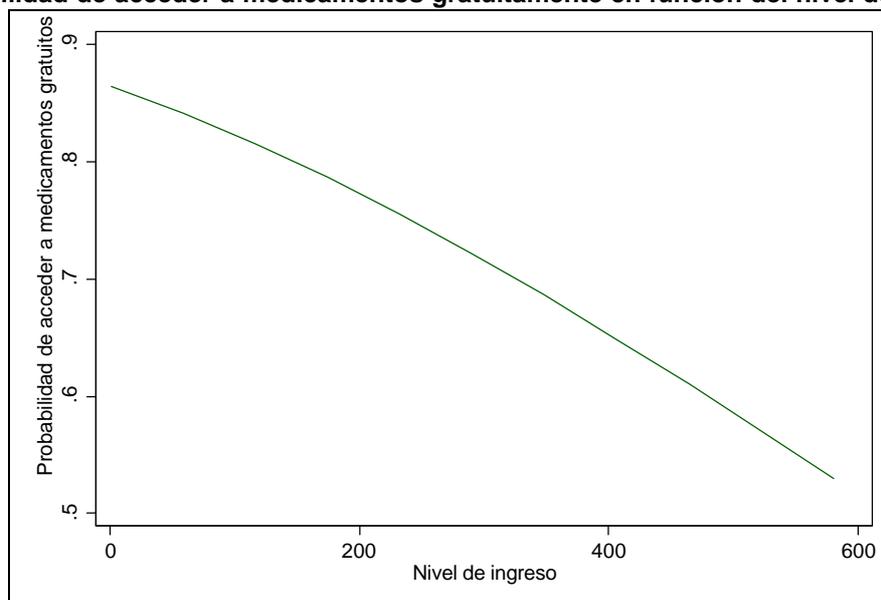
Nota: * significativa al 1% de confiabilidad

** al 5% de confiabilidad

Por otra parte, el nivel de ingreso de los consultantes resultó significativo al 5% de confiabilidad y con signo negativo. Este resultado implica que individuos con menor nivel de ingreso tienen mayor probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos y entregados por el Remediar. A partir del coeficiente estimado, se desprende que un incremento en el nivel de ingreso equivalente a un peso (manteniendo todas las variables constantes en sus respectivas medias) reduce la probabilidad de acceso en 0.000042.

Alternativamente la Figura 5.3, expone específicamente el efecto parcial del ingreso sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, manteniendo el resto de las variables constantes en sus medias. En la misma se observa claramente que a medida que aumenta el nivel de ingreso de los individuos disminuye la probabilidad de adquirir medicamentos gratuitos.

Figura 5.3
Probabilidad de acceder a medicamentos gratuitamente en función del nivel de ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Siempre 2004

En resumen, se identifica un mejor desempeño, en términos de acceso gratuito a medicamentos, de los CAPS que participan de la iniciativa desde su comienzo (primera etapa). Asimismo, la relación negativa y significativa entre nivel de ingreso y probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos avala la hipótesis de focalización por parte del Programa en la población de menores recursos.

6- Impacto Redistributivo

El Programa Remediar actúa como un subsidio de medicamentos a la población sin acceso efectivo a los mismos, a través de la provisión en los CAPS. Este tipo de iniciativas, permite a los beneficiarios sustituir sus propias compras de medicamentos y utilizar gran parte del ahorro generado para otros fines. Sin embargo, aunque un programa de estas características tenga un efecto aproximadamente equivalente a una bonificación en efectivo, hay menos posibilidad de desviación de fondos, puesto que es menos probable que se haga mal uso del medicamento que del dinero.

Dado este contexto, la presente sección analiza algunos mecanismos tendientes a identificar el impacto redistributivo del Programa sobre los distintos quintiles de ingreso, considerando su carácter de subsidio indirecto -vía CAPS- a la demanda.

La Figura 2.1 presenta el patrón de consumo de gasto en salud de los individuos, según quintil de ingreso, para el año 2003. Paralelamente, y de acuerdo con la Encuesta a Consultantes desarrollada por Siempre (2003), el ingreso medio de los individuos demandantes de consultas en CAPS con Programa es de \$ 127, estando incorporados entre el primer y tercer quintil de ingreso a nivel nacional.

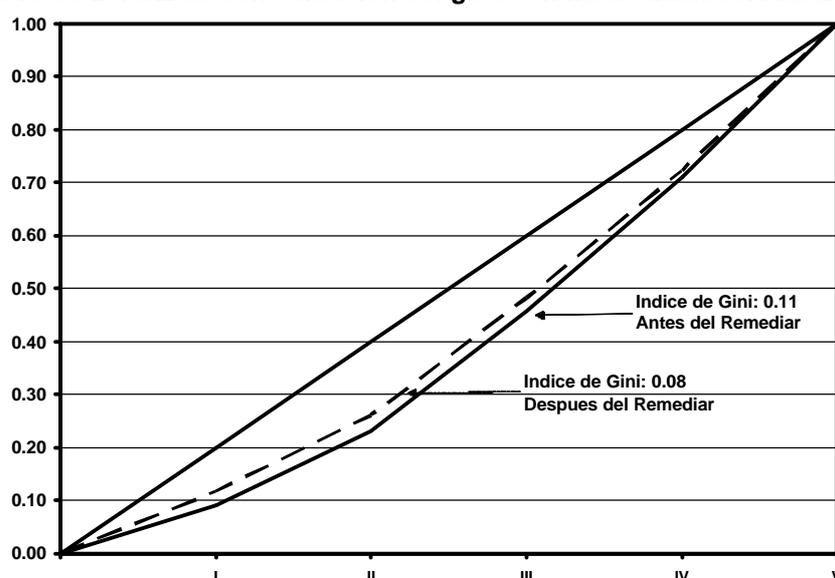
Sin embargo, y tal como surge de la Tabla 4.1, la participación de cada uno de los tres quintiles en el Programa no es homogénea: la población indigente cuenta con una participación del 64.96 por ciento, en tanto los pobres y no pobres, mantienen una frecuencia de aparición del 26.71 y 7.69 por ciento, respectivamente.

Bajo esta especificación, se evalúa el potencial impacto redistributivo del Programa Remediar considerando el valor total de los medicamentos entregados a precios promedio de mercado. En este sentido, el gasto mensual del año 2003 realizado por Remediar ascendió a \$28.049.050 (evaluado a precios de mercado). Dicho egreso se asume que fue distribuido entre los tres primeros quintiles según los porcentajes de participación en el total de consultantes a CAPS con Programa. La Figura 6.1 presenta la curva de Lorenz de concentración del gasto en medicamentos de los individuos según la EGUSS (2003), vis a vis, deducido el subsidio otorgado por el Programa a los tres primeros quintiles.

La recta de 45° representa una distribución hipotética que resultaría igualitaria en caso de que cada quintil realizara el mismo nivel de desembolso en medicamentos. La curva inferior (llena) implica la concentración del gasto de los individuos en medicamentos registrada a través de EGUSS03. En la curva superior (punteada) se muestra una estimación de la distribución del gasto de los hogares en medicamentos considerando el efecto del subsidio que genera Remediar.

Ello asume que el total del valor monetario de los medicamentos provistos por el Programa, expresado en precios promedio de mercado, sustituye por exactamente ese monto los gastos de bolsillo del individuo, que los destina a un uso alternativo.

Figura 6.1
Curva de Lorenz de concentración del gasto en medicamentos. Año 2003



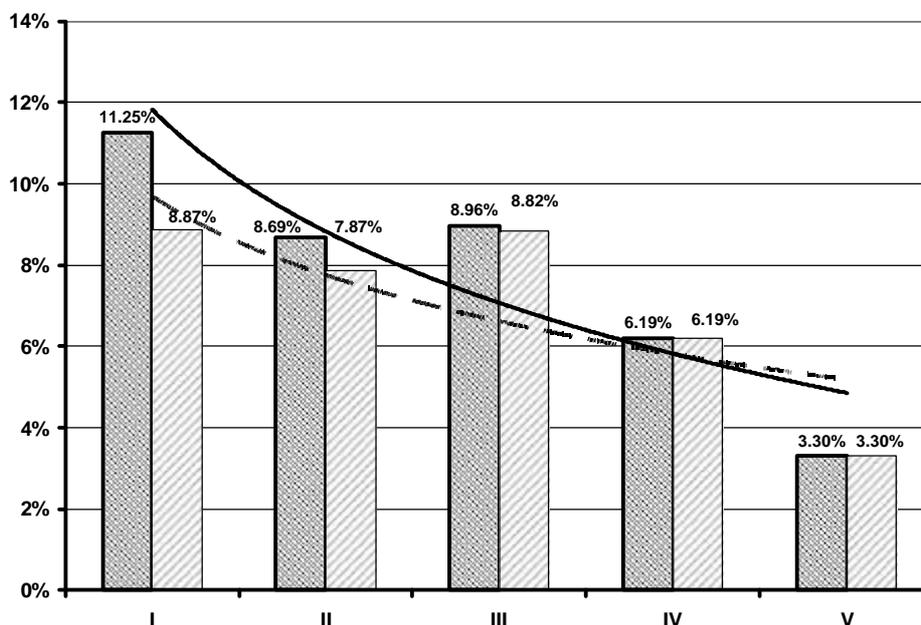
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la Encuesta de Gasto y Utilización de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 2003.

Los resultados conjeturan que Remediar logra reducir el gasto de los quintiles más pobres, como consecuencia de su elevada focalización. En este sentido, la distancia entre la curva llena y punteada representa la mejoría lograda en términos de equidad en el financiamiento de los gastos de bolsillo de las familias en medicamentos, a partir del Programa. Estas curvas pueden cuantificarse a través del coeficiente de Gini, el cual lograría una reducción desde 0.11 a 0.08.

Desde otra perspectiva, a continuación se presenta el gasto medio en medicamentos como porcentaje del ingreso medio, según quintil, para el año 2003 (curva llena). Bajo la misma metodología de estimación, la curva punteada representa la nueva situación, deduciéndole a los hogares de los tres primeros quintiles (según los porcentajes antes detallados) el subsidio que recibirían por el Programa. El primer quintil de ingreso contaría con una disminución de la carga

financiera del 21.2 por ciento, en tanto que para el segundo y tercero dicha disminución sería del orden del 9.3 y 1.5 por ciento, respectivamente.

Figura 6.2
Gasto medio en medicamentos como porcentaje del ingreso medio, por quintil de ingreso. Año 2003



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la Encuesta de Gasto y Utilización de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 2003.

De acuerdo a los resultados estimados en la presente sección, el Programa podría representar una eficaz herramienta de redistribución, logrando una reducción de la carga financiera del 21.2 por ciento en los individuos pertenecientes al primer quintil de ingresos y del 9.3 por ciento para los del segundo. Asimismo, las compras centralizadas de medicamentos han permitido aprovechar las economías de escala, generando un ahorro del 87.3% en términos del monto gastado, comparando precios de compra de Remediar con valores promedio de mercado.

Sin embargo, Remediar opera como un ente centralizado que incurre en gastos corrientes mediante el uso del crédito internacional. Ello implica una presión futura sobre las finanzas públicas, generando dudas sobre su sustentabilidad. Si bien existen argumentos que muestran la necesidad de políticas orientadas a cubrir las demandas de estos productos en grupos de bajos ingresos, el Programa genera expectativas sobre provisión futura, que serán difíciles de satisfacer sin una estrategia financiera de mediano plazo.

7- Conclusiones

Entre los años 2001 y 2002, como consecuencia de la crisis económica experimentada en la Argentina, se amplió la brecha entre la demanda potencial y efectiva de medicamentos, especialmente en los quintiles más pobres de la sociedad. Esta situación erosionó aún más la equidad en el acceso a medicamentos de la población, cuya participación en el gasto de bolsillo sobre los ingresos es claramente regresiva.

Frente a esta situación, a partir del año 2002, el Ministerio de Salud formuló una Política Nacional de Medicamentos, cuya estrategia se basó en tres ejes principales: (i) una ley de prescripción por nombre genérico, (ii) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud

y, (iii) la provisión pública para aquellos que no cuenten con cobertura de seguro de salud ni recursos con que adquirirlos (el Programa Remediar).

Esta última iniciativa es un plan centralizado de acción conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS) financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. El mismo se encuentra dirigido a la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios, garantizando el acceso de la población más vulnerable y dando respuesta a la mayoría de los motivos de consultas en los Centros de Salud (generalmente relacionadas con problemas de tipo infeccioso).

El diseño del Programa contempló dos etapas en su implementación. La primera, corresponde a su puesta en marcha, que se extendió entre octubre de 2002 y abril de 2003, con la incorporación parcial de 2215 CAPS. La segunda etapa comenzó en mayo de 2003, incorporando a la totalidad de los Centros de Salud.

El Programa tiene como principal objetivo la entrega gratuita de medicamentos con el fin de reducir la brecha entre demanda potencial y efectiva. En este sentido, y durante el año 2003, el 50 por ciento de los consultantes a CAPs bajo Programa accedieron a los medicamentos prescritos en la consulta, en tanto ese mismo porcentaje para los CAPs sin Programa es del 40 por ciento. Este hecho sugiere un mejor desempeño de los Centros con Programa. Para el año 2004 y con todos los Centros de Atención incorporados al programa, estas diferencias se mantienen: el 46.9 por ciento de los consultantes a CAPS accedieron a todos los medicamentos recetados.

A partir de la estimación de la probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos, a través de la utilización de un modelo probit, los resultados obtenidos sugieren la eficacia del Programa Remediar en dos aspectos. La probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos se encuentra positivamente asociada con la Etapa del CAP al que se recurra en busca de atención médica. En este sentido, y de acuerdo a la estimación del modelo probit, tal probabilidad resulta un 10 por ciento mayor en CAPS con Programa. Por otra parte, cualquier persona, independientemente de su nivel de ingreso y cobertura, que consulte en el CAP y requiera de medicamentos resulta elegible.

A partir del análisis de la cantidad de botiquines cada diez mil habitantes con NBI a nivel provincial y por quintil de CAP, se desprende que el Programa mantuvo un crecimiento constante en el número de botiquines distribuidos en CAPS, aunque con una limitada focalización entre grupos, en función de los quintiles de CAPS cada diez mil habitantes con NBI. Sin embargo, se observa una mejora en términos distributivos a través del tiempo.

Desde otra perspectiva se identifica asimismo una mejora en el grado de focalización en el tiempo, verificándose una caída en la dispersión entre las cantidades de botiquines mínimas y máximas entre provincias, pasando del 18.6 por ciento en octubre de 2002 al 8.10 por ciento en diciembre de 2003.

Paralelamente, los resultados econométricos hallados sugieren un mejor desempeño, en términos de acceso gratuito a medicamentos, de los CAPS que participan de la iniciativa desde su comienzo (primera etapa), en tanto la relación negativa y significativa entre nivel de ingreso y probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos avala la hipótesis de focalización por parte del Programa en la población de menores recursos.

Finalmente, y considerando la última Encuesta de Gasto y Utilización de Servicios de Salud de 2003 y el gasto total realizado por el Programa, se estimó el impacto del mismo sobre la distribución del gasto en medicamentos por quintil de ingreso. Los resultados sugieren que el Programa Remediar lograría reducir el gasto de los quintiles más pobres, como consecuencia de su elevada focalización, implicando una reducción del coeficiente de Gini de 0.11 a 0.08. Asimismo, se calculó el impacto del Programa sobre el esfuerzo financiero que realizan los hogares de los primeros quintiles de ingreso

para efectivizar la adquisición de medicamentos. En este sentido, el Programa se constituiría en una eficaz herramienta de redistribución, pudiendo alcanzar ahorros en medicamentos del 21.2 por ciento en los individuos pertenecientes al primer quintil de ingresos y del 9.3 por ciento para los del segundo.

Si bien el Remediar actuando como un ente centralizado logra un ahorro del 87.3% (comparando precios de mercado y de compra del Programa), incurre en gastos corrientes mediante el uso del crédito internacional. Ello implica una fuerte presión sobre las finanzas públicas, generando dudas sobre su sustentabilidad en el mediano plazo. Si bien los argumentos presentados muestran la necesidad de políticas orientadas a cubrir las demandas de estos productos en grupos de ingresos bajos, el Programa genera expectativas sobre provisión futura, que serán difíciles de satisfacer sin una estrategia financiera de mediano plazo.

El presente estudio carece de un análisis de la eficacia del Programa por no contar con información disponible acerca de stocks y flujos de medicamentos. No obstante, y a partir de la percepción de los médicos entrevistados, se maneja la hipótesis de que el actual sistema de distribución genera grandes stocks y limita el flujo de los remedios entre Centros de Atención Primaria. Asimismo, no se presenta en este informe un análisis de la calidad de los medicamentos entregados por el Remediar a los CAPS.

Finalmente, la inexistencia de una encuesta a los médicos de los Centros de Atención Primaria, limita la evaluación del Remediar, al no contar con la percepción de los que ejercen la administración local del Programa, y que como tales, observan las fortalezas y debilidades de la iniciativa. Esta contribución podría resultar muy beneficiosa para ajustes posteriores que el Programa Remediar pudiera requerir.

8- Referencias Bibliográficas

- Apella, I., 2005, "El Mercado Farmacéutico Argentino y la Producción Pública de Medicamentos", *mimeo*.
- Balance, R., Pogany, J. y Forstner, H., 1992, *The World's Pharmaceutical Industries. An International Perspective on Innovation, competition and Policy*. Edward Elgar Eds.
- Banco Mundial, 2002, Encuesta de Consumo e Impacto de la Crisis.
- Bisang, R. y Maceira, D., 1999, "Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral", *LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento*.
- Diamont, P., 1989, "Search Theory", en *Allocation, Information and Markets*, editado por Eatwell, J., Milgate, M. y Newman, P., The New Palgrave.
- Falbo, R., 2003, "Impacto Redistributivos del Programa Remediar", en *El Futuro del Acceso a los Medicamentos en la Argentina*, Ministerio de Salud - Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria.
- Gonzalez Garcia, G., 1994, *Remedios Políticos para los Medicamentos*, Edición Isalud.
- INDEC, 1997/98, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares.
- Leighton, C. y Maceira, D., 1999, "Guía básica de política: Toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud", *Iniciativa Reforma Sector Salud, LACRSS*, Ediciones Especiales 2.
- Maceira, D., 2005, "Focalización y Aprendizaje en un Programa Argentino de Distribución de Medicamentos", *mimeo*.

Maceira, D., 2002, "Financiamiento y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", *Serie Seminarios Salud y Política Pública, N° VII*, CEDES, Argentina.

Maceira, D., 2004, "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso de Argentina", *Serie Seminarios Salud y Política Pública, N° VI*, CEDES, Argentina.

Maceira, D., Apella, I. y Barbieri, E., 2005, "Análisis del Programa Remediar: Notas sobre Evaluación y Seguimiento", *Nota Técnica N° 01/17, Oficina de Evaluación y Seguimiento*, Banco Interamericano de Desarrollo,

Maceira, D., Apella, I. y Barbieri, E., 2005, "Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina", *mimeo*.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2002, "Política para la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico", www.msal.gov.ar

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2003, Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud.

Savedoff, W. D. y Schultz, T.P., 2000, "Wealth from Health: Linking Social Investments to earnings in Latin America", Latin American Research Network, Inter-American Development Bank, Washington, D.C.

Siempro, 2003, "Línea de Base del Programa Remediar", *mimeo*.

Siempro, 2003, "Programas de la Emergencia. Evaluación de Medio Término del Programa Remediar", *miemo*.

Siempro, 2003, Encuesta de CAPS para el Programa Remediar. Tobar, F., 2004, "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina", *Banco Interamericano de Desarrollo*, nota técnica de discusión de salud 002/2004,

Siempro, 2003-2004, Planilla de reclutamiento.

Siempro, Programa Remediar, 2003-2004, Cuestionario a Hogares.

Tobar, F., 2004, "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina", *Banco Interamericano de Desarrollo*, nota técnica de discusión de salud 002/2004,

Uribe, J y Schwab, N., 2002, "El Sector Salud Argentino en Medio de la Crisis". *Banco Mundial*, Documento de Trabajo N° 2/02

Wagstaff, A., y Van Doorslaer, E., 2003, "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998", *Health Economics*, Vol. 12.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org