



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

---

# **Análisis del Programa Remediar. Notas sobre Evaluación y Seguimiento<sup>1</sup>**

**Daniel Maceira, Ph.D.<sup>2</sup>**

Con

**Ignacio Apella, M.A.<sup>3</sup>**

**Eugenia Barbieri, B.A.<sup>3</sup>**

**Abril, 2005**

---

<sup>1</sup> Este documento ha sido 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 Predro 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.

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

<sup>3</sup> Investigador/a Asistente (CEDES). Correspondencia a [danielmaceira@cedes.org](mailto:danielmaceira@cedes.org)

## **Indice**

1. Introducción .....	5
2. Acceso a Medicamentos en Argentina .....	8
3. Marco Teórico.....	16
4. Preguntas de Investigación.....	19
5. Cobertura del Programa Remediar .....	20
6. Focalización y Aprendizaje en la Distribución .....	27
7. Financiamiento e Impacto Distributivo.....	41
8. Diagnósticos y medicamentos prescritos.....	49
9. Referencias Bibliográficas.....	60
Anexos .....	63

## **Indice de Tablas**

Tabla 2.1: Gasto medio en salud de los individuos, por tipo de gasto y quintil de ingreso, como porcentaje del ingreso medio. Año 2003.

Tabla 2.2: Acceso de los hogares a medicamentos recetados. Año 2001.

Tabla 2.3: Acceso de los hogares a medicamentos entre junio y noviembre de 2002.

Tabla 2.4: Porcentaje de Población con Cobertura Formal en Salud. Años 1991-2001.

Tabla 2.5: Nuevos Pobres por Shocks en Salud. Año 1997/98.

Tabla5.1: Cantidad de consultas promedio cuarto Trimestre 2002-2003, por provincia.

Tabla 5.2: Cantidad de Consultas Promedio Trimestral por Provincia cada 10000 Habitantes con NBI.

Tabla 5.3: Cantidad de consultas promedio trimestral cada 10000 habitantes con NBI por quintil de CAP expandido a la totalidad de CAPS y desestacionalizado.

Tabla 5.4: Motivos por los que se eligió la Salita o Centro de Atención Primaria.

Tabla 6.1: Cantidad de Botiquines entregados entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 por provincia.

Tabla 6.2: Botiquines per capita cada 10000 habitantes NBI entregados entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 por Quintil de CAP.

Tabla 6.3: Cantidad Máxima y Mínima de Botiquines cada 10.000 habitantes NBI por provincia.

Tabla 6.4: Concurrentes a CAPS con y sin Programa, según condición de Pobreza. Año 2003.

Tabla 6.5: Diagrama de Acceso a Medicamentos. Año 2003.

Tabla 6.6: Mecanismos de adquisición de medicamentos faltantes, por tipo de CAP. Año 2003 – 2004.

Tabla 6.7: Motivos por los cuales no consiguieron los medicamentos faltantes, según CAP. Año 2003 – 2004.

Tabla 6.8: Modelo Probit

Tabla 6.9: Modelo Probit. Probabilidad de ser consultante indigente / pobre

Tabla 7.1: Valor monetario en dólares de los Botiquines entregados per capita NBI cada 10000 habitantes durante 2003 por provincia.

Tabla 7.2: Monto entregado en concepto de botiquines por provincia, según precio Remediar y precio de mercado. Año 2003.

Tabla 8.1: Cantidad de recetas por Provincia.

Tabla 8.2: Porcentaje de Diagnósticos por Provincia.

Tabla 8.3: Principales Diagnósticos y Componentes Activos Prescritos a Nivel Nacional.

Tabla 8.4: Principales Diagnósticos y sus Componentes Activos Prescritos. Buenos Aires.

Tabla A-5.1: Cantidad de Consultas Promedio Trimestral por Provincia cada 10.000 Habitantes.

Tabla A-5.2: Cantidad de consultas discriminadas por CAPS y Hospitales para Octubre y Noviembre de 2002 y 2003, para 5 Provincias Argentinas.

Tabla A-6.1.1: Cantidad de Botiquines entregados per capita cada 10000 habitantes NBI entre Octubre 2002 y Diciembre de 2003 por provincia

Tabla A-6.1.2: Variación en el acceso a medicamentos por parte de los usuarios de CAPS con REMEDIAR. Años 2003 - 2004

Tabla A-6.1.3: Acceso a los medicamentos faltantes. Años 2003-2004, - en % -

Tabla A.6.2.1: Porcentaje de los consultantes que consiguieron remedios gratuitamente

Tabla A.6.2.2: Estimación Diferencias en Diferencias

Tabla A-8.1: Botiquines distribuidos por Modelo y Provincia.

Tabla A-8.2: Representatividad de los Componentes Activos en el 75% de los Botiquines más distribuidos.

Tabla A-8.3: Representatividad de los Componentes Activos en el 75% de los Botiquines más distribuidos.

### **Indice de Figuras**

Figura 2.1: Gasto en salud, medicamentos y servicios como porcentaje del ingreso de los hogares. Año 1996/1997.

Figura 2.2: Evolución del precio medio de los medicamentos\* e índice de precios al consumidor. Años 1990 –2001 (1990=100).

Figura 3.1: Impacto de un Subsidio en Especies sobre la Utilidad del Consumidor.

Figura 5.1: Variación de Consultas Octubre-Noviembre 2002 y 2003, CAPS/Hospitales.

Figura 6.1: Cantidad de Botiquines entregados y consultas cada 10000 habitantes entre Octubre 2002 y Diciembre 2003.

Figura 6.2: Cantidad de Botiquines entregados y consultas cada 10000 habitantes entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 por Provincia.

Figura 6.3: Probabilidad de acceder a medicamentos gratuitamente en función del nivel de ingreso

Figura 7.1: Precio por Botiquín y dispersión con respecto al promedio. Por modelo. Año 2003.

Figura 7.2: Curva de Lorenz de concentración del gasto en medicamentos. Año 2003.

Figura 7.3: Gasto Medio en Medicamentos como porcentaje del ingreso medio, por quintil de ingreso. Año 2003.

Figura 7.4: Compra y Subsidio Directo.

Figura A-6.1.1: Cantidad de Botiquines entregados cada 10000 habitantes en Junio de 2003 por Provincia

Figura A-6.1.2: Cantidad de Botiquines entregados cada 10000 habitantes en Diciembre de 2003 por Provincia

Figura A.6.2.1: Diagrama de la entrada de CAPS al 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 la segunda mitad de 1998 se inició una fase descendente del ciclo económico, con una profunda recesión de su nivel de actividad. Las consecuencias inmediatas fueron incrementos sostenidos de la tasa de desempleo y subocupación. De acuerdo con la estimación 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. La crisis de empleo, por su parte, no afectó del mismo modo a todas las regiones. En promedio para todos los quintiles de ingresos la región con mayor disminución ha sido el noroeste, con una caída del 26.1 por ciento, seguida por la región noreste, con el 24 por ciento (Maceira, 2002).

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, el impacto negativo del exceso de oferta de la mano de obra sobre el salario nominal se vio 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, es poco probable que la estructura de gasto que solían mantener los hogares siguiera conservándose, en especial la referente al gasto total en salud (medicamentos y servicios de salud), difiriendo entre quintiles de ingreso como consecuencia de la heterogeneidad de los efectos de la crisis de empleo.

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. En este sentido, el uso del nombre genérico o Denominación Común Internacional, fue establecido con el fin de lograr una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo tipo de medicamento.

Por otra parte, la financiación selectiva enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva -obras sociales-. Para ello, se dispuso la reforma del Programa Médico Obligatorio (PMO) –un paquete de servicios básicos de salud- que obliga al sistema de seguridad social y a las empresas de medicina prepaga a cubrir un listado de 216 medicamentos ambulatorios.

Por último, el tercer componente de la Política Nacional de Medicamentos consistió en un programa de provisión pública. Las medidas anteriores alcanzan a aquellas personas que cuentan con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos. Sin embargo, un gran porcentaje de la población depende exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos y para cumplir con este objetivo fue que se creó el Programa Remediar.

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. El mismo fue creado con el fin de enfrentar la emergencia sanitaria de 2002, teniendo como objetivo la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios en Centros de Atención Primaria (CAPS), garantizando el acceso de la población sin cobertura formal en salud a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta. De acuerdo con Tobar (2004), la población objetivo es de 15 millones de personas.

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. Consecuentemente, no existen criterios definidos de elegibilidad de usuarios. Los mismos resultan elegibles en la medida que acudan al CAP en busca de atención médica y se le prescriba un medicamento incorporado en el botiquín Remediar.

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 centro de atención primaria, firmando una receta específica del programa.

Asimismo, la provisión gratuita de medicamentos a la población con dificultades para hacerlo no constituye el único objetivo del programa: también se busca

fortalecer un modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa.

De acuerdo al documento preparado por SIEMPRO – SISFAM - Presidencia de la Nación<sup>4</sup>, “...El programa Remediar está orientado 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 90% 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*.”

El diseño del programa fijó que la composición y cantidad de los botiquines de medicamentos distribuidos aumente de forma progresiva, así como la cantidad de CAPS beneficiarios hasta cubrir el cien por ciento de los centros existentes sin considerar la ampliación de la red nacional de CAPS. Para ello, se contemplaron dos etapas de implementación.

La primera corresponde a la puesta en marcha del programa, durante octubre de 2002 y abril de 2003. De acuerdo a la oficina de SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) durante este período se incluyeron 2215 CAPS<sup>5</sup>. En dicha etapa, se privilegió el inicio inmediato de la distribución, adquiriendo por licitación los insumos para un primer botiquín de medicamentos distribuidos por Remediar, cuyo contenido fue de 21 presentaciones que involucraban 1447 diagnósticos y 154 tratamientos. (SIEMPRO, 2003).

En noviembre de 2002, se incorporaron 13 productos adicionales completando un botiquín de 34 prestaciones. Este segundo modelo incluye 1943 diagnósticos y 231 tratamientos, comenzando a ser distribuido en diciembre del 2002.

La segunda etapa se inició en abril de 2003, esperando lograr la inclusión de 5389 Centros de Salud, Tobar (2004). Esta fase involucró la distribución de un botiquín con 46 prestaciones equivalentes a 2188 diagnósticos y 274 tratamientos.

La definición de los CAPS que participaban en la primera y segunda etapa siguió una secuencia asociada con necesidades de la población. Sin embargo, el Programa logró la cobertura del cien por ciento de los CAPS en un muy breve lapso de tiempo<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> “Programas de la Emergencia. Evaluación de Medio Término del Programa Remediar”, agosto 2003, mimeo.

<sup>5</sup> SIEMPRO, 2003, “Línea de Base del Programa Remediar”.

<sup>6</sup> No es posible establecer el porcentaje de la población con NBI cubierta durante la primera etapa del Programa dado que la información sobre este indicador es por departamento, y es posible que una misma jurisdicción cuente con varios CAPS con diferentes fechas de incorporación al Remediar.

De acuerdo con SIEMPRO (2003), y en términos de los principios activos adquiridos, de las casi 14 mil presentaciones comerciales de medicamentos registrados y habilitados por el ANMAT<sup>7</sup> para ser comercializados en el mercado argentino, con menos de cien es posible dar respuesta a todos los motivos de consulta en el primer nivel de atención de la salud.

Las compras del Programa han sido centralizadas, constituyéndose en una central de abastecimiento mediante un mecanismo de compras a través de licitaciones en forma periódica.

Dado este contexto, el objetivo del presente trabajo es evaluar el desempeño del Programa frente a sus objetivos generales y particulares, durante el período comprendido entre octubre de 2002 y diciembre de 2003. De este modo, en la siguiente sección se presenta la motivación, desde la perspectiva de salud pública, para la implementación de un programa de estas características, seguida por un marco teórico que analiza los potenciales argumentos a favor y en contra de una intervención de estas características. En la cuarta, se plantean las preguntas de investigación que guiarán el desarrollo de este informe. A partir de ello, la quinta sección estudia la evolución de la cantidad de consultas en Centros de Atención Primaria, para luego analizar el grado de focalización y aprendizaje de los actores participantes en el tiempo. En el séptimo capítulo se describe la evolución de las erogaciones realizadas por el programa, su capacidad de alcanzar economías de escala y de redistribución de recursos hacia la población beneficiaria. Por último, en la octava sección se estudia la focalización de los medicamentos prescritos en función de las patologías objetivo, en tanto que en la última sección se presentan las principales conclusiones.

## **2. Acceso a Medicamentos en Argentina.**

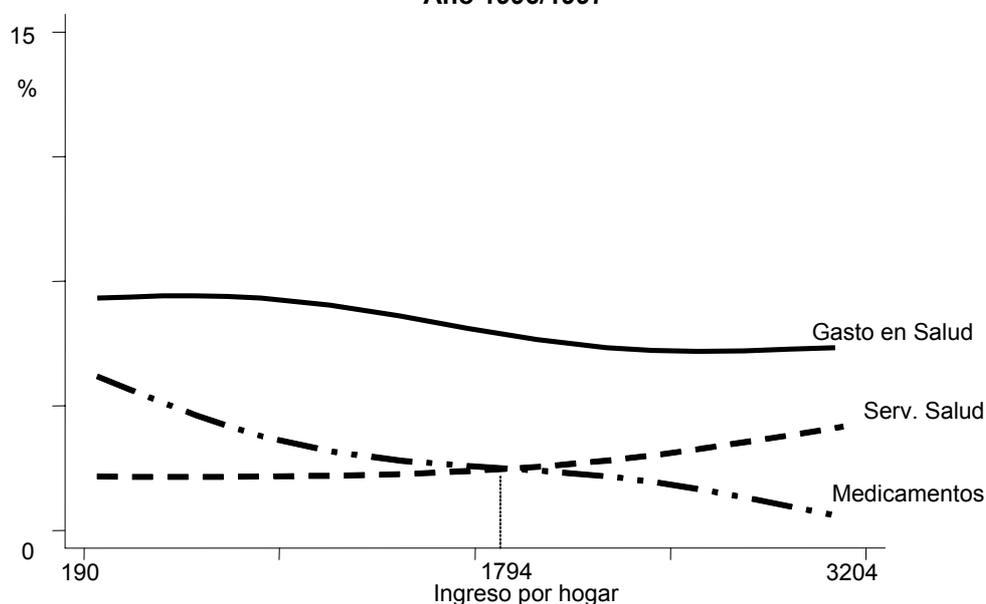
La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997 brinda información por quintil de ingreso y por región sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de la misma se desprende la relación entre el nivel de ingreso de los hogares y gasto en salud, desagregado en erogaciones de bolsillo por servicios y medicamentos.<sup>8</sup> La Figura 2.1 presenta la asociación mencionada.

---

<sup>7</sup> El ANMAT (Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología) es la institución federal de contralor en la materia.

<sup>8</sup> Para un mayor detalle ver Maceria (2002),

**Figura 2.1**  
**Gasto en salud, medicamentos y servicios como porcentaje del ingreso de los hogares.**  
**Año 1996/1997**



La misma 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. Esta asociación no sólo es negativa sino que su pendiente es relativamente cóncava, lo que profundiza el efecto regresivo de dicho gasto. Como puede observarse, esta pendiente está asociada fuertemente al gasto en medicamentos, en tanto que las erogaciones en servicios de salud acompañan positivamente el aumento del ingreso.<sup>9</sup>

Por otra parte, la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, realizada por el Ministerio de Salud en el 2003, permite actualizar el patrón de gasto de los individuos para dicho período. La Tabla 2.1 muestra la participación del egreso en medicamentos sobre el ingreso de los individuos por quintil de ingreso:

<sup>9</sup> Los aportes salariales asociados con la contribución al sistema de aseguramiento social no son incluidos por la encuesta, en tanto constituyen descuentos obligatorios, sin disponibilidad directa.

**Tabla 2.1**  
**Gasto medio en salud de los individuos, por tipo de gasto y quintil de ingreso, como porcentaje del ingreso medio. Año 2003**

Rubro \ Quintil	I	II	III	IV	V
Gasto en medicamentos	11.3%	8.7%	9.0%	6.2%	3.3%
Gasto en servicios de salud	4.5%	5.7%	6.0%	4.6%	4.3%
Gasto Total en Salud	15.7%	14.4%	14.9%	10.8%	7.6%

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

Se observa la importante participación del gasto en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes al quintil más pobre<sup>10</sup> (11.3 por ciento), en comparación con el quinto quintil que destina sólo el 3.3 por ciento. Asimismo, este mayor esfuerzo financiero realizado por los más pobres en la compra de productos farmacéuticos, implica la existencia de una brecha entre la demanda potencial y la efectiva. En este sentido, la Tabla 2.2 presenta el porcentaje de la población que, habiéndole sido recetado algún medicamento, puede acceder a su consumo.

**Tabla 2.2**  
**Acceso de los hogares a medicamentos recetados. Año 2001**  
*-en % -*

Acceso a medicamentos \ Quintiles de ingreso	I	II	III	IV	V	Total
Si	51,41	70,44	79,82	87,39	93,71	76,71
No	48,59	29,56	20,18	12,61	6,29	23,29

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta de Condiciones de Vida - Siempre (2001)

Considerando la Encuesta de Consumo e Impacto de la Crisis en Argentina, realizada por el Banco Mundial entre junio y noviembre de 2002, la brecha en el acceso a medicamentos se incrementa para todos los quintiles de ingreso. En este sentido, la Tabla 2.3 presenta los mismos datos que la anterior, pero para el período junio-noviembre 2002.

**Tabla 2.3**  
**Acceso de los hogares a medicamentos entre junio y noviembre de 2002**  
*-en % -*

Acceso a medicamentos \ Quintil de ingreso	I	II	III	IV	V	Total
Si	47.32	48.48	64.63	76.75	84.69	64.66
No	52.34	49.90	34.45	21.38	14.21	34.17
Ns/Nc	0.33	1.62	0.92	1.87	1.09	1.17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Consumo e Impacto de la Crisis en Argentina, Banco Mundial.

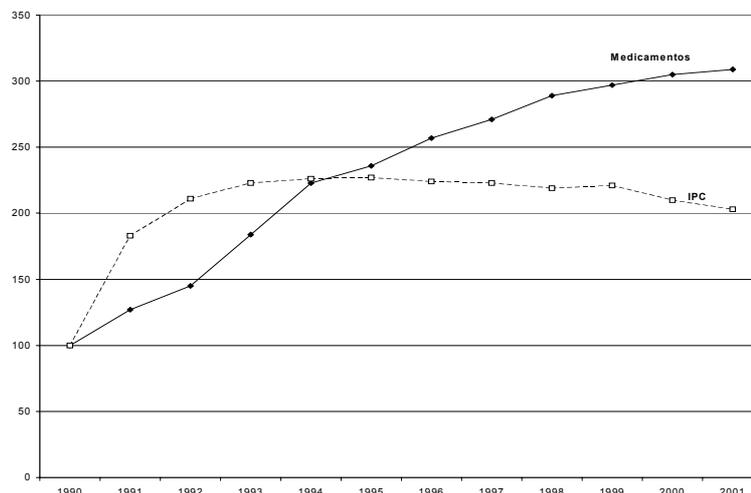
<sup>10</sup> La Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares y la de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, no son comparables. La primera de ellas tiene representatividad nacional y regional, en base a un relevamiento conformado de 114 ciudades que representan el 96% de la población urbana. Por el contrario, la segunda tiene representación a nivel nacional con una muestra de 2.317 personas. En el anexo A-9 se describen con detalles ambas fuentes de información.

En términos globales, en el año 2002 el 34.17 por ciento de los hogares no hizo efectiva su demanda potencial verificándose una brecha de 3.68 a 1 entre los hogares del primer quintil y los del quinto.

El acceso a los medicamentos por parte de la población potencialmente demandante se encuentra explicado por la presencia de dos factores básicos: (i) los precios de los medicamentos, y (ii) el sistema de cobertura médica que facilita el acceso.

En términos del primer factor explicativo, la Figura 2.2 muestra la evolución del precio medio de los medicamentos junto al índice de precios al consumidor para el período comprendido entre los años 1990 y 2001:

**Figura 2.2**  
**Evolución del precio medio de los medicamentos\* e índice de precios al consumidor. Años 1990 –2001 (1990=100)**



Fuente: RemediAR - Ministerio de Salud de la Nación

Nota: \* facturación total a precios de droguería sobre el número de unidades vendidas

Durante el último decenio los precios de los medicamentos en Argentina crecieron muy por encima del precio de la canasta básica de productos elaborada por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). Considerando los años 1990 y 2001, se verifica que el incremento en el precio medio de los mismos es de un 309 por ciento mientras que la inflación total fue del orden del 203 por ciento.

Una de las reformas llevada a cabo a principio de los '90 fue la desregulación de los valores de mercado de los medicamentos, que años anteriores contaba con controles de precios máximos. El objetivo central de esta iniciativa se basó en dos argumentos: (a) la falla de los mecanismos de control, que permitieron la sustitución de productos con precio máximo por otros nuevos de mayor precio [Katz y Groissman (1988), Katz y Burachik (1992), Maceira (2000), entre otros], y (b) la apertura comercial y la minimización de las barreras a la entrada de nuevos

competidores, que generarían mayor competencia. Sin embargo, los resultados no alcanzaron las expectativas, debido fundamentalmente a los mecanismos de diferenciación de producto promovido por un esquema de mercado sin patentes.<sup>11</sup>

**Recuadro 1:**  
**Estructura y conducta en el mercado de medicamentos argentino**

La industria farmacéutica argentina tiene nacimiento en la década del '50, momento en que prevalecía una política de *Industrialización por Sustitución de Importaciones* (ISI), que orientada a la protección a la industria naciente. Desde dicho momento y hasta avanzados los años '90 no existió una Ley de Patentes en diseño que proteja los derechos de propiedad de los innovadores. Frente a esto, el crecimiento de la industria farmacéutica local se basó en la copia temprana de productos desarrollados en el exterior, los esfuerzos de comercialización y el secreto de fábrica. A inicios los noventa, el sector farmacéutico argentino se encontraba rankeado internacionalmente entre los puestos 12 y 15, en términos de ventas (Ballance, Pogany y Forstner, 1992).

Durante los años '90 se introdujeron una serie de cambios en el marco regulatorio, entre los que se destacan la eliminación del control de precios, la apertura comercial, la simplificación del registro de productos, y el reconocimiento de patentes de productos farmacéuticos. Este último entró en vigencia a partir del año 2000.

La oferta del mercado está constituida principalmente por los laboratorios con participación relativamente igualitaria entre aquellos de capitales nacionales y extranjeros. La participación del capital extranjero en la industria aumentó a partir del proceso de internacionalización de la industria en general iniciada a fines de los '80 como tendencia mundial y especialmente en el mercado de insumos (drogas básicas).

Si bien la concentración de la industria en su conjunto resulta relativamente baja con respecto a otros sectores, la competencia entre laboratorios se produce dentro de cada clase / banda terapéutica, de forma tal que cada uno de esos sub-mercados resulta relativamente más concentrado que el promedio sectorial.

Las estrategias utilizadas por los laboratorios mantienen como principal herramienta competitiva a la diferenciación de producto, tratando de establecer reputación y diferenciación por marca predominando la denominación técnica de los principios activos contenidos en el fármaco.

A partir del año 2002 se sancionó la Ley de prescripción por nombre genérico a fin de lograr una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico.

El Programa Remediar busca insertarse en el mercado farmacéutico mediante la compra masiva de productos y su distribución entre grupos de menores recursos. Ello permitiría potencialmente aprovechar la característica dual del mercado, sin participar en el tramo de altos ingresos consumidores de marcas líderes a precios relativamente mayores, pero influyendo en el consumo de los grupos de ingresos bajos, con demandas potenciales insatisfechas.

---

<sup>11</sup> Hasta recientemente, el mercado farmacéutico argentino operó sin patentes de diseño. De este modo, la competencia marca-genérico, luego de un período de monopolio del innovador, no tuvo su correlato local, generando un mercado de similares con diferenciación en base a calidad percibida y esfuerzos de comercialización (Katz, 1974; Maceira, 2000).

Desde la perspectiva del sistema de cobertura formal de salud, social y privada, la población asegurada cuenta con mayor acceso a los medicamentos debido a que dispone de una co-financiación por parte de la entidad financiadora, que teóricamente permite reducir la restricción presupuestaria familiar, mediante descuentos en compras en farmacias. Sin embargo, durante los últimos años de la década del '90, la proporción de población con algún tipo de cobertura de seguros de salud se contrajo desde el 57.6 por ciento, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, al 51.9 por ciento, de acuerdo a la misma fuente para el 2001.

**Tabla 2.4**  
**Porcentaje de Población con Cobertura Formal en Salud.**  
**Años 1991-2001**

Provincias	% Población con Cobertura		Variación %
	1991	2001	
Buenos Aires	63.28	51.21	-19.08
Catamarca	63.21	54.95	-13.06
Chaco	47.84	34.49	-27.91
Chubut	67.39	60.45	-10.30
Córdoba	62.22	54.24	-12.84
Corrientes	51.58	37.89	-26.54
Entre Ríos	61.48	51.34	-16.49
Formosa	42.74	34.19	-20.01
G.C.B.A	80.31	73.82	-8.08
Jujuy	55.99	45.84	-18.13
La Pampa	64.79	54.52	-15.84
La Rioja	66.01	59.17	-10.37
Mendoza	57.83	49.42	-14.55
Misiones	50.18	42.17	-15.98
Neuquén	59.74	51.26	-14.21
Río Negro	61.17	50.05	-18.17
Salta	51.31	39.58	-22.86
San Juan	59.14	47.03	-20.48
San Luis	62.39	48.38	-22.45
Santa Cruz	76.95	70.77	-8.04
Santa Fé	70.97	58.03	-18.23
Santiago del Estero	44.64	36.34	-18.61
Tierra del Fuego	69.20	69.93	1.05
Tucumán	64.66	51.78	-19.92
<b>Total general</b>	<b>63.10</b>	<b>51.95</b>	<b>-17.67</b>

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 y 2001

Como puede observarse, con excepción de la provincia de Tierra del Fuego, donde la cobertura formal se incrementó en 1.05 por ciento, el resto de las jurisdicciones muestran caídas significativas en su población bajo algún tipo de seguro.

A fines del 2001, luego de tres años de desaceleración económica, Argentina entró en una severa crisis institucional, económica y social. A lo largo del año 2002 se agudizó la recesión, registrándose una caída del PBI del 10.9 por ciento. El desempleo se incrementó hasta llegar al 22 por ciento y el 53 por ciento de la población se ubicó por debajo de la línea de pobreza (Uribe y Schwab, 2002).

Esta drástica reducción del ingreso real per cápita repercutió sobre los niveles de acceso a medicamentos, al mismo tiempo que repercutió sobre el co-financiamiento de los mismos. En este sentido, y de acuerdo a una encuesta desarrollada por el Banco Mundial, con representatividad nacional, un 12 por ciento de los hogares experimentaron algún cambio en su cobertura de salud. De ellos, aproximadamente el 60 por ciento perdió totalmente su aseguramiento, en tanto el 23 por ciento informó que al menos uno de sus miembros había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud.

A partir de la utilización de la Encuestas Nacional de Gasto de los Hogares, 1996/1997, 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 realizar este ejercicio, el primer paso fue 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 -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.

A continuación, se realiza una estimación sobre 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 paso fue hallar el ingreso per cápita familiar neto de las erogaciones de bolsillo realizadas en salud. Para ello, se restó al ingreso per cápita familiar del individuo el gasto de bolsillo mensual en salud y se lo comparó con el valor de la línea de pobreza del Gran Buenos Aires neto del gasto en este rubro (\$216).

El primer grupo de variables explicativas incluye el ingreso per cápita familiar, la edad y el género, tomando esta dummy el valor uno si es hombre. El segundo conjunto de variables esta constituido por tres grandes categorías de gastos en salud: gasto mensual en medicamentos, internación y consultas ambulatorias.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Este último rubro incluye gastos por consultas, análisis y tratamiento, consultas odontológicas y de salud mental.

Los resultados 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. De este modo, 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 el tipo 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 tipo 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 2.5: Nuevos Pobres por Shocks en Salud.  
Año 1996/97**

Modelo Probit		
	Nuevo Pobre	Nuevo Indigente
Coeficientes	Coeficiente	Coeficiente
Ingreso per cápita familiar.	-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: Elaboración propia en base a ENGH, 96/97

La comparación entre la segunda y tercer columna del Cuadro 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.

Frente a este contexto se 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 Teórico.

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, meritorios o preferentes 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<sup>13</sup>.

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 de lo anterior 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

---

<sup>13</sup> Otra justificación para la implementación de políticas direccionadas a restaurar la salud se encuentra en el argumento de *Savedoff y Schultz*, el cual postula que individuos más sanos son más productivos y obtienen mayores ingresos por hora trabajada. En un estudio basado en Encuestas de Hogares de siete países latinoamericanos encontraron que la elasticidad de los ingresos respecto a la salud rondaba un promedio de entre 0.09 y 0.8, indicando que los ingresos pueden ser bastante sensibles a pequeñas mejoras en el estado de salud de las personas.

importar otras características del individuo, inclusive el nivel de ingreso<sup>14</sup>. 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 para - 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. La Figura 3.1 resulta útil para entender como afecta esta clase de subsidios, en particular el programa Remediar, el bienestar del consumidor. El eje de abscisas mide la cantidad de dinero gastado en medicamentos y el de ordenadas la cantidad gastada en los demás bienes de la canasta de consumo.

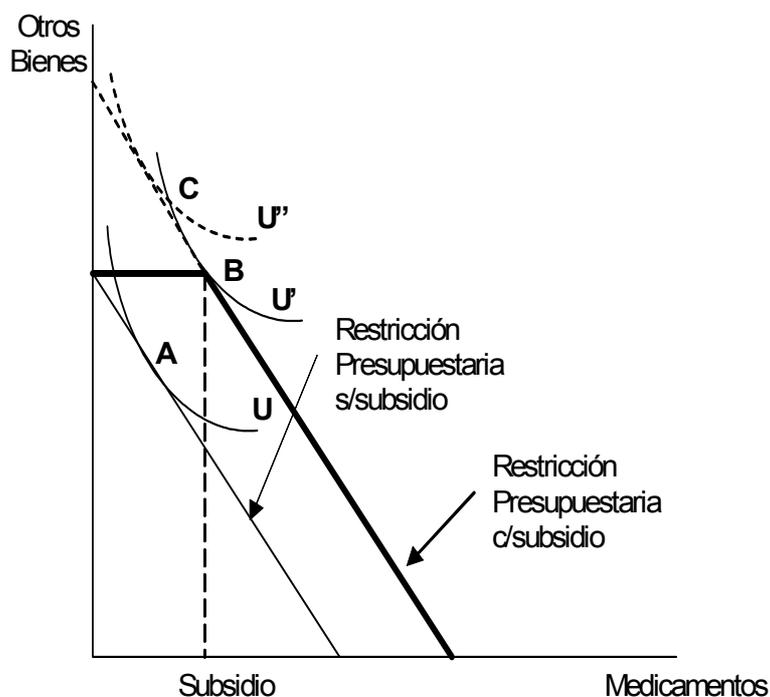
La situación inicial se encuentra dada en el punto de equilibrio *A*, donde la curva de utilidad *U'* es tangente a la restricción presupuestaria. Al plantear que la familia recibe una ayuda económica a través de la entrega de medicamentos, significa que puede redirigir su consumo o aumentar el gasto en medicamentos. Esto implica que la restricción presupuestaria se traslada hacia la derecha en el mismo monto del subsidio. Sin embargo, sólo será posible consumir sobre el tramo grueso de la recta presupuestaria, en tanto no puede redirigir el monto del subsidio

---

<sup>14</sup> 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.

entregado en especies. A partir de esto, el individuo se trasladará a la nueva recta presupuestaria alcanzando un nivel de utilidad mayor  $U''$  (punto B).

**Figura 3.1**  
Impacto de un Subsidio en Especies sobre la Utilidad del Consumidor



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, 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. Un subsidio en dinero implicaría el traslado de la restricción presupuestaria incluyendo su tramo punteado sin necesariamente incrementar el consumo de medicamentos (punto C).

Si bien la entrega de remedios gratuitos a la demanda objetivo (población con necesidades en medicamentos esenciales) actúa como un subsidio a la demanda, del tipo descrito en la Figura 2.1, 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 de una empresa con objetivos tan trascendentes, favoreciendo el aprendizaje al interior del emprendimiento y el de la sociedad.

#### **4. Preguntas de Investigación.**

Considerando estos antecedentes, el objetivo del presente trabajo es evaluar el desempeño del Programa Remediar, mediante la construcción y análisis de una serie de indicadores diseñados para tal fin.

En particular, el trabajo pretende dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación que surgen de las metas planteadas por el mismo Programa:

1. ¿Remediar, incrementó el acceso a servicios de salud en los CAPS de todo el país?
2. ¿El Programa Remediar, incrementa las posibilidades de acceso de medicamentos de la población sin acceso a los mismos? ¿El Programa se encuentra focalizado en la población con mayores necesidades?

3. ¿Las compras centralizadas implicaron un ahorro significativo respecto a la compra en el mercado? ¿Cuál es el impacto redistributivo sobre la población objetivo que genera?
4. ¿Cuáles son los principales motivos de consulta en CAPS? ¿Existió focalización de los medicamentos según los perfiles de consulta?

### **5. Cobertura del Programa Remediar.**

En la presente sección se intenta establecer si se verifican cambios en el número de consultas totales realizadas en los centros de atención primaria (CAPS) como base para determinar si la presencia del Programa ha provocado un incremento en la atención de la salud.

La hipótesis de trabajo es que la posibilidad de recibir medicamentos en forma gratuita genera, por una parte, un incentivo del paciente a concurrir a los Centros de Atención Primaria (CAPS), aumentando la demanda de los mismos y revelando necesidades de atención previamente no cubiertas. En segundo lugar, se intenta verificar si, dentro del sistema de salud, se generó un drenaje de la demanda desde los hospitales hacia los CAPS, o un aumento en el número de consultas en todo el sistema, pero con énfasis en el uso de instalaciones de cuidado primario, generando como efecto secundario del plan, la utilización más efectiva de la capacidad instalada.

Para ello se recurre inicialmente a la información provista por el Programa Remediar sobre el número de consultas por CAP para el período octubre 2002–diciembre 2003, con periodicidad mensual. Considerando las limitaciones en la calidad del dato disponible, se consideraron promedios de consultas trimestrales por cada uno de los Centros de Atención. En este sentido, la Tabla 5.1 presenta por provincia, la cantidad de consultas promedio para el cuarto trimestre de 2002 y 2003 y el número de Centros que reportaron información en cada uno de los dos períodos, revelando las fallas de reporte de los CAPS al Programa. La última columna muestra la variación porcentual entre ambos trimestres, reflejando un aumento en el número de consultas asociado probablemente con el requerimiento del Programa a reportar información.

**Tabla 5.1:  
Cantidad de consultas promedio cuarto Trimestre 2002-2003, por provincia**

Provincia	4Tm 2002		4Tm 2003		Variación %
	Cantidad de CAPS	consultas	Cantidad de CAPS	consultas	
Buenos Aires	669	411,215	1,059	515,649	25.40
Capital Federal	28	29,482	26	22,620	-23.27
Catamarca	12	4,322	56	23,376	440.86
Chaco	59	48,911	98	65,836	34.60
Chubut	37	10,827	60	22,361	106.54
Córdoba	46	39,919	340	164,556	312.22
Corrientes	54	19,147	110	36,239	89.27
Entre Ríos	67	22,354	164	41,879	87.35
Formosa	37	10,912	60	28,663	162.68
Jujuy	41	11,116	85	19,569	76.05
La Pampa	13	9,353	51	27,757	196.76
La Rioja	12	8,230	52	18,465	124.35
Mendoza	36	45,934	205	90,428	96.87
Misiones	19	8,197	76	46,346	465.43
Neuquén	30	10,646	43	17,131	60.91
Río Negro	29	6,247	81	17,667	182.79
Salta	26	33,023	124	56,027	69.66
San Juan	23	8,057	56	17,576	118.14
San Luis	18	11,411	44	23,825	108.80
Santa Cruz		0	16	2,945	
Santa Fe	180	57,532	292	82,564	43.51
Santiago del Estero	42	8,312	111	26,513	218.97
Tierra del Fuego	9	4,119	10	5,476	32.94
Tucumán	104	61,561	179	92,938	50.97
<b>Total general</b>	<b>1,591</b>	<b>880,827</b>	<b>3,398</b>	<b>1,466,407</b>	<b>66.48</b>

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

Nota:

1. Este cuadro se armó considerando la totalidad de CAPS independientemente de si tenían o no observaciones para los meses considerados.
2. Se efectuaron los promedios trimestrales para evitar problemas de calidad del dato.

A fin de identificar tendencias en el uso de servicios, se procede, en primer lugar, a expandir la data existente de CAPS, asimilando los centros de salud con información faltante. Para esto se recurre a dos criterios alternativos: por provincia y por quintiles de CAPS. De acuerdo al primero de ellos, se expande al total de centros de cada Jurisdicción el número de consultas por trimestre de aquellos con datos disponibles. En el segundo caso, se repite el esquema anterior, alterando la unidad de referencia, diferenciando entre centros según el indicador de NBI del área de localización. Para ello, se ordenan los CAPS de acuerdo al NBI del área, separándolos luego en quintos, de mayor a menor<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> La razón por la que se utiliza el indicador de consultas cada 10.000 habitantes con NBI tiene por objetivo establecer un mecanismo que concuerde con las características de focalización del programa. Un análisis alternativo es el de considerar el total de población. En el anexo se muestran los resultados por provincia alcanzados bajo esta perspectiva.

Seguidamente, y debido a la natural fluctuación en el ritmo de consultas a lo largo del año, se propone desestacionalizar la serie de consultas<sup>16</sup>, utilizando el desvío y la media de cada provincia y quintil.<sup>17</sup> Estos resultados corregidos se expresan en términos de “consultas cada 10.000 habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas”, a fin de establecer un indicador consistente, que considere no sólo la estructura de la oferta, sino su desempeño en términos de las necesidades de la demanda. Los resultados se presentan en la Tabla 5.2.

**Tabla 5.2:**  
**Cantidad de Consultas Promedio Trimestral por Provincia cada 10000 Habitantes con NBI.**

Provincia	4 Trimestre 2002	1 Trimestre 2003	2 Trimestre 2003	3 Trimestre 2003
Buenos Aires	4.605	4.594	5.386	4.741
Capital Federal	2.830	2.961	2.724	2.766
Catamarca	4.942	4.926	4.687	5.144
Chaco	4.078	3.364	4.921	4.465
Chubut	4.434	5.048	4.377	4.332
Cordoba	8.558	9.351	9.082	9.003
Corrientes	3.182	3.054	3.867	3.370
Entre Rios	5.423	4.632	4.953	5.146
Formosa	2.769	4.087	1.846	3.360
Jujuy	2.522	2.920	2.498	2.602
La Pampa	19.394	14.720	15.756	14.381
La Rioja	7.379	7.034	6.752	6.265
Mendoza	10.433	13.030	12.796	13.440
Misiones	2.901	2.750	2.969	2.957
Neuquen	5.042	5.201	6.814	5.197
Río Negro	3.835	4.909	3.112	4.313
Salta	4.694	4.082	4.631	4.784
San Juan	3.680	3.190	3.714	3.888
San Luis	10.290	9.588	7.089	10.159
Santa Cruz	s/d	s/d	s/d	s/d
Santa Fe	4.942	4.639	4.311	5.408
Santiago Del Estero	2.694	2.843	2.363	2.695
Tierra Del Fuego	5.500	7.265	5.300	5.884
Tucuman	5.877	5.567	5.192	6.291
<b>Total General</b>	<b>4.915</b>	<b>4.889</b>	<b>5.744</b>	<b>5.076</b>

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

<sup>16</sup> La desestacionalización de las series considera la existencia de un componente estacional en la utilización de los servicios de salud. Así, en los meses de invierno se registran mayores niveles de consulta que en los meses templados, debido a brotes de gripe, anginas y otros focos infecciosos producto de las bajas temperaturas.

<sup>17</sup> Tradicionalmente, el cálculo de desestacionalización incorpora el desarrollo de “medias móviles” para cada una de las observaciones de la muestra temporal, mediante el cálculo del promedio (en este caso, de consultas anuales) para el período bajo observación, considerando los seis meses anteriores y posteriores a tal período. Tal promedio anual correspondiente a un mes, es utilizado como denominador del indicador que tiene como numerador al número de consultas del mes bajo análisis. La falta de una serie de tiempo extendida a más de un año calendario impide el cálculo tradicional de estacionalización. En su lugar, se obtuvo el promedio de consultas de cada jurisdicción y de cada quintil de NBI, y el desvío de cada jurisdicción/quintil fue utilizado como factor de corrección de la serie. En los casos en que el número de consultas trimestral de una provincia se encontrara por sobre el promedio de la serie, fue corregido mediante la sustracción del desvío calculado. Contrariamente, un trimestre con consultas inferiores al promedio trimestral es corregido mediante la adición del desvío. Igual mecanismo se utilizó para el cálculo de estacionalización por quintil de NBI. La realización de evaluaciones subsecuentes permitirá desarrollar una historia de consultas CAPS en el tiempo, permitiendo un ajuste cercano al tradicionalmente realizado en estos ejercicios de evaluación.

De acuerdo al indicador construido, existe un crecimiento de consultas en el 75% de las Jurisdicciones, pero en ninguna de ellas ese aumento fue constante a lo largo del período analizado. Claramente, la limitación de información impide conocer el impacto del Programa en términos de incremento de cobertura.

Complementariamente, se agruparon a los CAPS en quintiles según el NBI del departamento al que pertenecen. En otras palabras, se ordenaron a los centros de atención de manera descendente por el NBI de sus departamentos y se formaron cinco grupos de CAPS con participación del 20% cada uno: el primero denominado quintil 1 agrupa a todos los CAPS pertenecientes a los departamentos más pobres, mientras que el quinto quintil concentra a todos los CAPS cuyos departamentos mantienen los menores índices de NBI.

En la Tabla 5.3 se expresan los mismos resultados presentados en quintiles de CAP, en función de los niveles de Necesidades Básicas Insatisfechas de los municipios donde los centros se encuentran emplazados.

A lo largo del período estudiado se observa sistemáticamente un mayor número de consultas cada 10 mil individuos con NBI en municipios relativamente menos pobres, pudiendo atribuirse tanto a una mejor capacidad de captura de necesidades de la demanda, como a un más eficaz mecanismo de registro y reporte de información.

**Tabla 5.3:**  
**Cantidad de consultas promedio trimestral cada 10000 habitantes con NBI por quintil de CAP expandido a la totalidad de CAPS y desestacionalizado.**

Quintil de CAP	4 Trimestre 2002	1 Trimestre 2003	2 Trimestre 2003	3 Trimestre 2003
1	4,219	3,994	4,575	4,373
2	3,650	3,525	4,336	3,842
3	4,588	4,583	5,635	4,767
4	6,299	6,005	5,910	6,689
5	8,595	8,546	8,437	7,703
<b>Total General</b>	<b>4,915</b>	<b>4,889</b>	<b>5,744</b>	<b>5,076</b>

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

En segundo término, se busca identificar si existen cambios en el patrón de demanda por parte de los usuarios, incentivados por el Programa para acudir a los CAPS y limitando su visita a los hospitales. Para ello se consulta en primer lugar la evolución para el período 1999-2003 de las consultas públicas totales por provincia, incluyendo visitas a hospitales y CAPS, para luego recurrir a la información específica para cuatro jurisdicciones, que separa la utilización de unos y otros servicios.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> La Dirección de Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Salud no reúne periódicamente el número de consultas por Jurisdicción separando las realizadas en hospitales de aquellas llevadas a cabo en los CAPS

La Figura 5.1 establece algunos paralelismos entre la evolución de consultas externas hospitalarias y a nivel de CAPS en los períodos octubre-noviembre de los años 2002 y 2003, presentando las variaciones porcentuales entre períodos para cada caso. De acuerdo con los objetivos enunciados en las metas del Programa Remediar, el abastecimiento de medicamentos en el primer nivel de atención promovería un traslado de consultas desde los hospitales hacia los Centros de Atención, inducidos por la oferta gratuita de medicamentos. La información presentada fue suministrada por cinco Departamentos de Estadística de los Ministerios de Salud Provinciales (ver Tabla A.5.1).

De las cinco provincias analizadas, cuatro verifican un incremento de las consultas a nivel de centro de atención (Chaco, Formosa, Neuquén y Buenos Aires), aunque sólo en dos de ellas, Neuquén y Chaco, el aumento es más que proporcional al nivel hospitalario. La provincia del Chaco, verifica un aumento de consultas hospitalarias menor al promedio provincial (-3,31 puntos), en tanto que los CAPS reciben demandas en 6,36 puntos por encima de la variación porcentual provincial. La situación opuesta se encuentra en Formosa y Santa Fe donde el incremento de las consultas a hospitales supera al de los CAPS. El caso extremo lo constituye la Provincia de Buenos Aires donde, a pesar de un aumento de la atención en los Centros de Salud, la asistencia a hospitales se incrementó en aproximadamente un 10 por ciento. Neuquén es la única Jurisdicción cuyo desempeño se ajusta al patrón esperado: caída en atención hospitalaria y aumento más que proporcional en las consultas de CAPS.

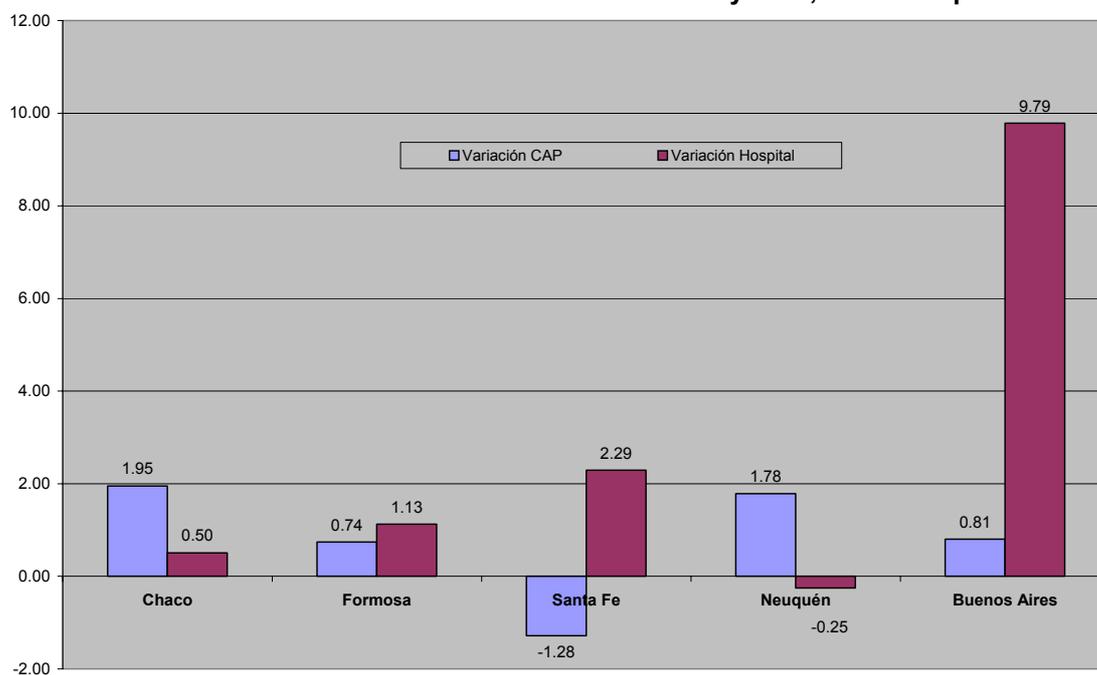
En consecuencia, los resultados parciales encontrados no son concluyentes: del mismo modo que no puede atribuirse una caída de consultas en CAPS a la existencia del Programa, tampoco es necesariamente cierto que los incrementos dependan de la entrega de medicamentos, o de otros factores sanitarios o epidemiológicos exógenos a la iniciativa. Nuevamente, la limitación de la información reduce las posibilidades de análisis.

Un seguimiento desagregado por mes y por CAP permitiría brindar mayor información en cuanto al nivel de significatividad del fenómeno Remediar en estas variaciones identificadas.

---

dependientes de ellos. Gracias a la colaboración de la Dirección fue posible obtener tal desagregación para las provincias presentadas en este informe.

**Figura 5.1:**  
**Variación de Consultas Octubre-Noviembre 2002 y 2003, CAPS/Hospitales**



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Departamentos de Estadísticas Sanitarias Provinciales

Considerando tales limitaciones, la oficina de Evaluación del BID y el Programa SIEMPRO elaboraron y llevaron a la práctica una encuesta a cien CAPS durante dos años consecutivos (febrero 2003 y abril 2004). Durante el primer período, este instrumento entrevistó a diez personas<sup>19</sup> por CAP para dos grupos de centros, mitad de ellos bajo Programa y el resto no incorporado en la Primera Etapa del Remediar y que fueron usados como grupo de control. Durante el segundo año se realizó la reentrevista a los mismos individuos, sumando una muestra adicional de mil pacientes. La selección de CAPS original respondió a criterios de representatividad nacional por subgrupos. Basado en esa fuente, y a fin de complementar el análisis, la Tabla 5.3 presenta los motivos por los cuales los pacientes en el 2004 decidieron recurrir al CAP por atención médica considerando que el total de CAPS se encontraba bajo Programa:

<sup>19</sup> Las diez personas de cada grupo de CAPS (con y sin programa) fueron seleccionadas aleatoriamente. En el anexo A-9 se describe con detalle las características de la muestra tomada por el SIEMPRO para elaborar la encuesta.

**Tabla 5.4:**  
**Motivos por los que se eligió la Salita o Centro de Atención Primaria.**  
*- en % -*

Razón de elección por atención en salita	Condición de pobreza			Total
	Indigente	Pobre no Indigente	No Pobre	
No hay hospital cerca de la casa	21.5	16.5	21.6	20.0
Derivado del hospital	1.6	2.3	2.7	1.9
Concurrió otras veces y recibió buena atención	11.4	17.3	10.8	12.9
Dan medicamentos gratuitos	8.1	9.0	0.0	7.7
Es lo más cercano a la casa	19.9	14.3	21.6	18.3
Otros	7.8	7.5	5.4	7.7
NS/NR	0.3			0.2
Sin dato	29.0	33.1	37.8	31.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Participación por grupo	46.8	38.0	15.2	

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR. Reencuesta a los usuarios de 2004

Se verifica que los motivos de esta elección están asociados, en primer lugar, a la falta de un hospital público cerca del lugar de residencia (20 por ciento), seguido por la cercanía al hogar (18.33 por ciento), buena atención (12.92 por ciento) y entrega de medicamentos gratuitos (7.71 por ciento). Estos resultados refuerzan la importancia de los factores geográficos en la elección del lugar de atención (38.33 por ciento del total, que es la suma de 20% más 18.33%, de las respuestas primera y quinta, respectivamente-), seguido por la calidad de atención y la entrega de medicamentos gratuitos.

La elección de los CAPS como lugar de entrega se revela como un mecanismo idóneo de autofocalización siendo indigentes aproximadamente el cincuenta por ciento de los pacientes atendidos, aunque los motivos de consulta no difieren entre grupos.

En resumen, de lo estudiado en el presente capítulo se desprende que entre el cuarto trimestre de 2003 y tercer trimestre de 2004 en 18 provincias se experimentó un incremento de las consultas en los Centros de Atención Primaria. Asimismo, se verificó un crecimiento en el número de consultas a nivel de quintiles de CAP. De todos modos, la baja calidad del dato no permite inferir acerca de los factores explicativos endógenos y exógenos al Programa. En este sentido, no existe información relacionada con las características de los CAPS a fin de identificar efectos específicos de cada uno en los cambios de consultas.

Paralelamente, se carece de información disponible a nivel provincial respecto a niveles de consultas discriminadas entre Hospitalarias y CAPS. En este sentido, sobre la base de la información disponible para cinco provincias, los resultados muestran un crecimiento en el número de consultas en CAPS en tres de ellas. Este resultado no encuentra relación con el perfil epidemiológico provincial ni con la pertenencia de los CAPS al Programa.

Por último, se observa que la provisión gratuita de medicamentos constituye el tercer motivo de consulta en CAPS bajo Programa en febrero de 2004, con un 7.7 por ciento de las respuestas, luego de los factores de acceso geográfico (38.3 por ciento) y la calidad del servicio (13 por ciento).

## **6. Focalización y Aprendizaje en la Distribución.**

Esta sección del trabajo busca identificar la existencia de un proceso de focalización en el desarrollo del programa, desde la perspectiva del gerenciamiento y la distribución de botiquines. En este sentido, se tratará de identificar la existencia de asociación entre botiquines entregados por el Programa e indicadores tradicionales de necesidades de la demanda a nivel provincial. En segundo lugar, se analiza la capacidad de esta estrategia para mejorar las condiciones de acceso a medicamentos a través de los CAPS, para luego reconocer patrones de aprendizaje del Programa, considerando que el desarrollo de una iniciativa de este tipo requiere naturalmente de un tiempo de operación hasta alcanzar los niveles de eficacia esperados.

Para ello, se utiliza información a nivel provincial provista por el INDEC y la Organización Panamericana de la Salud, referente al porcentaje de la población con NBI y el indicador de años de vida potencialmente perdidos por causas infecciosas (AVPP). Complementariamente, se analiza la encuesta a pacientes desarrollada por la oficina del SIEMPRO, en conjunto con los datos sobre cantidad de botiquines, provisto por el Remediar. Cabe mencionar, que el Programa no proveyó para su análisis información asociada con stocks y flujos de medicamentos por CAPS desde el inicio del mismo.

En primer lugar, la Tabla 6.1 presenta la evolución entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 de la cantidad de botiquines distribuidos entre jurisdicciones sin distinguir por modelo. En líneas generales, se observa una tendencia creciente en el número de unidades de remedios remitidos a los CAPS, con un mínimo en el mes de octubre 2002 de 1.041 unidades y un máximo de 21.382 en el último período con información disponible. Estos valores por sí mismos establecen el cambio de magnitud del Programa desde su inicio hasta el fin del ciclo 2003.

Se revela asimismo dos caídas significativas en la distribución en los meses de Marzo y Noviembre de 2003. La primera de ellas probablemente se encuentre 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 en términos 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.

La metodología considerada para analizar focalización consiste en agrupar a los CAPS por quintiles (972 Centros de Atención Primaria en cada grupo) en función del NBI de la jurisdicción en la que se encuentran localizados. De esta manera la Tablas 6.2 determina para cada Quintil la cantidad de botiquines distribuidos cada 10.000 habitantes con necesidades básicas insatisfechas durante el período Octubre 2002-Diciembre 2003.

Se observa que, la relación entre la cantidad de botiquines per cápita cada diez mil habitantes con NBI recibida por el primero y quinto quintil experimentó una caída constante en el tiempo sinónimo de convergencia en la focalización, desde un 76 por ciento en octubre de 2002 hasta un 35 por ciento en diciembre de 2003, 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 este sentido, la relación entre botiquines entregados al primer y quinto quintil de CAP resultó volátil entre octubre de 2002 y abril de 2003, pasando de 4.1 a 3.1. A partir del comienzo de la segunda etapa del Programa (abril 2003), ésta relación muestra una tendencia decreciente, pasando de 2.3 en mayo de 2003 a 1.5 en diciembre 2003. Sin embargo, y a pesar de la disminución en la brecha entre quintiles, aquellos centros de atención ubicados en zonas con mayor riqueza relativa recibieron una cantidad superior de botiquines a lo largo del período bajo estudio. La relación inversa entre CAPS ubicados en poblaciones con mayor porcentaje de NBI y distribución de botiquines se verifica a lo largo de todo el análisis: el cuarto quintil de CAPS se constituye en el segundo mayor recipiente de botiquines, con 269.5 unidades cada 10.000 habitantes con NBI, seguido por el tercer quintil con 194.6. El primero y el segundo grupo, por su parte, cuentan con 169.81 y 147.45 botiquines, respectivamente para el mismo período. Este ordenamiento se mantiene sobre todo a partir de mayo de 2003, donde se observa un comportamiento bastante similar entre el primer y tercer quintil en términos de recepción de medicamentos.

Por otro lado, el número de botiquines cada 10.000 habitantes con NBI fue creciendo a lo largo de todo el período pasando de 1.62 a 33.32, con un promedio final de 201.56, reflejando un incremento de veinte a uno en un período de quince meses. Este patrón se evidencia en todos los quintiles, siendo el quinto el que mayores progresos, seguido por el cuarto, primero, tercero y segundo con 46.14, 40.36, 31.26, 30.22 y 22.95 botiquines más en diciembre de 2003 respecto a octubre 2002, respectivamente. Finalmente, en el Anexo A-6.1 presenta un análisis similar con apertura provincial.

**Tabla 6.1: Cantidad de Botiquines entregados entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 por provincia**

Provincia	Cantidad de Botiquines entregados en															Total general
	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	
Buenos Aires	284	1,256	1,731	1,914	1,920	307	3,535	2,627	2,046	5,515	4,195	4,581	4,161	1,483	6,251	<b>41,806</b>
Córdoba	27	101	181	208	215	260	894	715	837	1,349	1,176	1,289	1,629	737	2,198	<b>11,816</b>
Santa Fe	83	238	350	395	330	98	709	798	819	1,285	773	1,189	1,087	435	1,567	<b>10,156</b>
Mendoza	43	155	200	200	209	20	487	618	538	949	801	1,119	1,042	495	1,539	<b>8,415</b>
Tucumán	53	332	165	344	219	53	544	256	479	558	789	686	814	750	944	<b>6,986</b>
Entre Ríos	91	59	132	162	161	13	323	346	457	796	541	841	747	414	1,143	<b>6,226</b>
Chaco	86	66	164	159	164	10	306	318	262	836	589	806	615	325	1,033	<b>5,739</b>
Salta	92	59	181	181	124	55	313	247	308	393	396	445	396	265	706	<b>4,161</b>
Misiones	25	60	85	129	146	44	257	183	306	440	385	586	483	226	780	<b>4,135</b>
Corrientes	29	69	98	116	83	44	121	240	242	451	310	529	493	234	730	<b>3,789</b>
Santiago del Estero	7	37	96	71	75	15	123	230	239	497	409	540	441	285	706	<b>3,771</b>
GCBA	94	142	258	259	304	66	367	176	131	239	189	181	160	40	258	<b>2,864</b>
Jujuy	0	60	84	74	90	16	225	87	164	254	241	300	334	149	399	<b>2,477</b>
San Juan	0	78	76	68	70	36	89	125	134	221	225	252	242	211	377	<b>2,204</b>
Formosa	21	30	40	51	49	42	123	99	149	274	207	302	234	120	429	<b>2,170</b>
Río Negro	0	49	52	62	58	23	116	125	154	231	188	233	209	125	328	<b>1,953</b>
San Luis	28	12	37	49	53	17	113	130	165	208	201	235	197	115	368	<b>1,928</b>
La Rioja	19	11	30	36	36	0	84	137	137	188	174	252	213	175	385	<b>1,877</b>
La Pampa	0	53	53	53	53	10	130	162	141	226	175	202	180	67	298	<b>1,803</b>
Catamarca	6	38	44	44	44	0	92	126	88	164	144	221	198	179	399	<b>1,787</b>
Neuquén	42	20	63	71	51	47	91	145	130	199	173	164	131	95	170	<b>1,592</b>
Chubut	7	39	40	55	46	14	70	68	91	114	128	108	146	91	242	<b>1,259</b>
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	39	31	50	14	90	<b>224</b>
Tierra del Fuego	4	8	12	6	9	9	18	6	31	22	16	17	3	19	42	<b>222</b>
<b>Total general</b>	<b>1,041</b>	<b>2,972</b>	<b>4,172</b>	<b>4,707</b>	<b>4,509</b>	<b>1,199</b>	<b>9,130</b>	<b>7,964</b>	<b>8,048</b>	<b>15,409</b>	<b>12,464</b>	<b>15,109</b>	<b>14,205</b>	<b>7,049</b>	<b>21,382</b>	<b>129,360</b>

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

Nota:

1. El cuadro está ordenado de manera descendente por la cantidad de botiquines totales recibidos.
2. No se distingue por botiquín entregado

**Tabla 6.2:**  
**Botiquines per capita cada 10000 habitantes NBI entregados entre Octubre 2002 y Diciembre 2003**  
**por Quintil de CAP**

Quintil de CAP	Cantidad de botiquines recibidos en															
	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
Quintil de 1	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 de 2	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 de 3	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 de 4	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 de 5	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
<b>Total</b>	<b>1.62</b>	<b>4.63</b>	<b>6.50</b>	<b>7.33</b>	<b>7.03</b>	<b>1.87</b>	<b>14.23</b>	<b>12.41</b>	<b>12.54</b>	<b>24.01</b>	<b>19.42</b>	<b>23.54</b>	<b>22.13</b>	<b>10.98</b>	<b>33.32</b>	<b>201.56</b>

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

Nota:

1No se distingue por tipo de botiquín entregado.

2Cada quintil de CAP cuenta con 972 CAPS (el 20%).

**Tabla 6.3: Cantidad Máxima y Mínima de Botiquines cada 10.000 habitantes NBI por provincia**

Mínimo-Máximo-Provincia	Botiquines entregados cada 10000 habitantes NBI															
	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 general
<b>Máximo</b>	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
<b>Provincia Máximo</b>	Neuquén	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Pampa	Córdoba	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Pampa	La Rioja	La Pampa	La Pampa
<b>Mínimo</b>	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
<b>Provincia Mínimo</b>	Santiago del Estero	Santiago del Estero	Formosa	Santiago del Estero	Santiago del Estero	Chaco	Corrientes	Tierra del Fuego	Capital Federal	Tierra del Fuego	Capital Federal	Capital Federal				
<b>Diferencia</b>	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

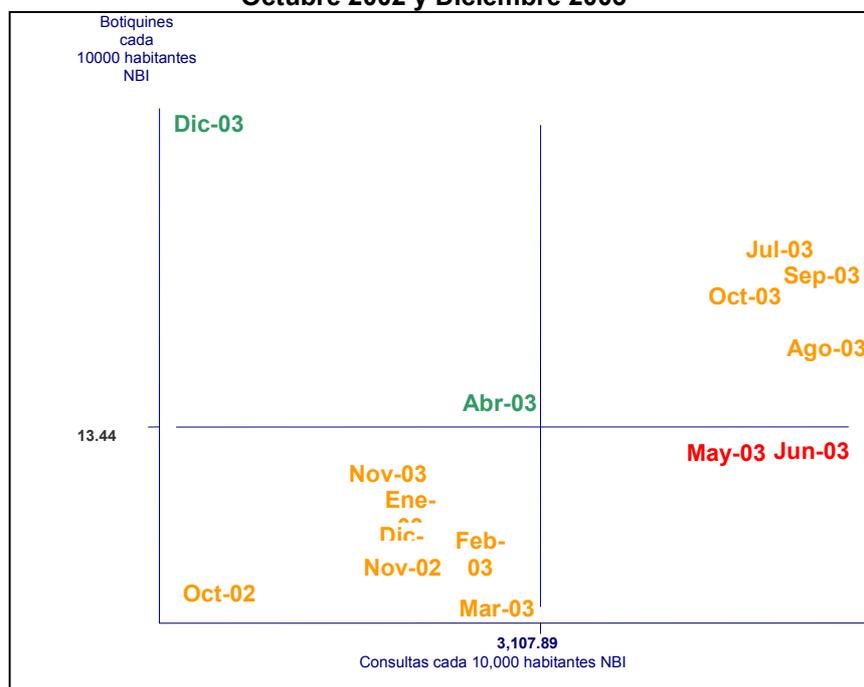
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR

Aumentando el nivel de desagregación, la Tabla 6.3 presenta por mes los valores mínimos y máximos de botiquines distribuidos por provincia cada diez mil personas con NBI. Considerando los máximos entre extremos temporales percibimos 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.

Expresado de otro modo, la variación mínimo-máximo a principios del programa fue de 18,60 veces, valor que se redujo hacia diciembre 2003 en 8,10 veces, implicando una mejora de 2,29 veces en un período de quince meses de desarrollo de Remediar. A partir de los cálculos de desvíos en el indicador de botiquines cada diez mil necesitados para diciembre 2003, la brecha a cubrir para llegar a una perfecta convergencia es de 17,19 veces la relación entre extremos.

Asimismo, tomando en consideración las jurisdicciones donde se identificaron los valores mínimos y máximos por mes, se presentan dos hallazgos. El primero de ellos refiere a La Pampa como la provincia más beneficiada por el Programa durante casi el 87% del tiempo de aplicación del mismo. En segundo lugar, se observa un cambio sustancial en el aprendizaje de Remediar a partir de la finalización de la primera fase (Abril 2003). Hasta ese 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.

**Figura 6.1: Cantidad de Botiquines entregados y consultas cada 10000 habitantes entre Octubre 2002 y Diciembre 2003<sup>20</sup>**



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

La Figura 6.1 completa este análisis comparando la asignación de botiquines en el tiempo con relación al nivel de consultas de CAPS. Ambos indicadores se encuentran expresados en términos de diez mil habitantes con necesidades básicas insatisfechas. Del mismo se desprenden cuatro cuadrantes: uno con un nivel de consultas y botiquines por debajo del promedio, y otro con niveles por encima de la media en ambos indicadores. Estas dos áreas reflejan una relativa eficacia en la distribución de recursos por parte del programa. Un tercer cuadrante muestra cierta ineficiencia en la asignación de recursos (sobre-provisión de medicamentos para el nivel de consultas del mes), mientras que una cuarta zona evidencia limitaciones de abastecimiento - área sudoeste-.

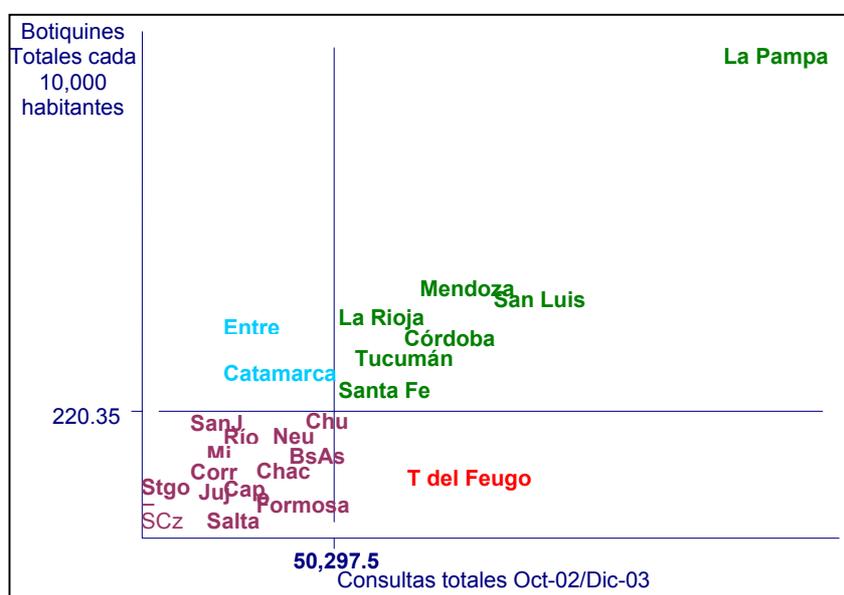
La sobre-oferta relativa tiene lugar en los meses de diciembre y abril del 2003, en tanto que las limitaciones de abastecimiento ocurrieron en mayo y junio del mismo año. Estos dos casos se encuentran asociados claramente con la expansión del programa (finalización Etapa 1 y comienzo de la segunda). En todo caso, existen dos modos alternativos de considerar estos fenómenos: (a) como un aumento abrupto en el número de consultas, que limita la capacidad de ajuste del

<sup>20</sup> El supuesto vigente en el análisis de las Figuras 6.1 y 6.2 es que las consultas en los CAPS son producto de un problema de salud que implica la entrega de un medicamento dentro del Programa RemediAR. Podría suceder, alternativamente, que la asistencia al CAP esté relacionada con atención preventiva de rutina, que no genere la entrega de remedios. No obstante, el porcentaje de estos motivos de consulta representan aproximadamente el 0,69% según lo expuesto en la Tabla 8.2 de este trabajo.

programa, como el ocurrido al momento de expansión, o (b) debido a una caída en el número de botiquines entregados.

La Figura 6.2 presenta un estudio similar al anterior, pero identificando la relación provincial entre consultas y botiquines para cada cuadrante. Esta sugiere que con excepción de La Pampa, existe un nivel bajo de dispersión relativo entre jurisdicciones. Asimismo, la provincia de Tierra del Fuego cuenta con mayores limitaciones de abastecimiento que el resto de las jurisdicciones, en tanto que Entre Ríos y Catamarca constituyen las dos áreas con mayor debilidad relativa en términos de asignación eficiente de medicamentos de acuerdo a su escala de consulta en CAPS.

**Figura 6.2: Cantidad de Botiquines entregados y consultas cada 10000 habitantes entre Octubre 2002 y Diciembre 2003 por Provincia**



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

Con el objeto de complementar el análisis se evaluará el grado de focalización en la población de menores recursos del programa Remediare y su capacidad para mejorar el acceso a medicamentos. Para ello, y adicionalmente a la encuesta desarrollada por Siempre (2003-2004) se utiliza la información proveniente de las siguientes fuentes<sup>21</sup>:

- I. Planilla de reclutamiento (2003 y 2004): constituye el instrumento diseñado para definir la muestra de consultantes que recibieron prescripción para

<sup>21</sup> El Siempre diseñó una muestra de cien CAPS con representatividad nacional. Se tomó en consideración que a febrero de 2003 no todos los centros de atención primaria estaban bajo programa, diseñando una muestra donde la mitad de los CAPS tenía programa, y el resto no. Este último grupo se constituye en *el grupo de control* del ejercicio. En cada uno de los CAPS considerados se seleccionaron aleatoriamente diez consultantes que respondieron a la planilla de reclutamiento, conformando la base Siempre 2003.

aplicar la Encuesta de Hogares y el Módulo de Salud. Dicho instrumento, permite caracterizar a los consultantes de los CAPS según necesidad de acceder a medicación y obtención de remedio.

- II. Cuestionario a Hogares (2003-2004): este instrumento es una adaptación de la Ficha de Beneficiarios Actuales y Potenciales de Programas Sociales (FIBAPS) que se utiliza en el sistema de identificación y registro de familias beneficiarias de programas y servicios sociales (SISFAM). El cuestionario a hogares contiene información sobre la conformación sociodemográfica de los hogares, educación, salud, y características de ingreso de cada integrante.

Con el fin conocer el grado de focalización del programa, la Tabla 6.4 presenta el porcentaje de la población consultante en CAPS (con programa y sin programa), según su condición de pobre, no pobre e indigente.

**Tabla 6.4:**  
**Concurrentes a CAPS con y sin Programa, según condición de Pobreza. Año 2003**  
- en % -

Focalización	CAPS		Total
	con Programa	sin Programa	
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

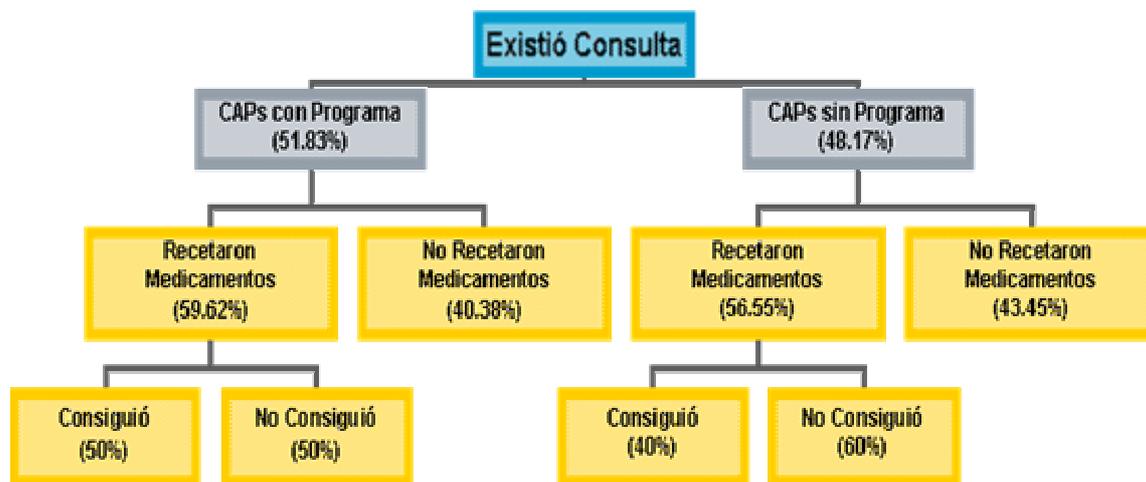
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Siempro.

La Tabla muestra un alto grado de focalización del programa en los indigentes y pobres, gracias 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.

Revalidando la información anterior y con la misma fuente informativa se identifica que carece de algún tipo de aseguramiento formal en salud. Esta relación se mantiene en la Encuesta Siempro de 2004 donde el 79.7 por ciento no contaba con sistema formal de aseguramiento.

De acuerdo a la información surgida de las encuestas y resumida en la Tabla 6.5, el programa Remediar logra mejorar las condiciones de acceso a los medicamentos ambulatorios de la población de acuerdo a la comparación Programa-Control del mes de febrero de 2003. En este sentido, el 50 por ciento de los consultantes a CAPS recibieron todos los remedios recetados contra el 40 por ciento de los pacientes fuera del Programa, del 50 por ciento restante, el 12 por ciento logró conseguir al menos uno de los medicamentos faltantes.

Tabla 6.5: Diagrama de Acceso a Medicamentos. Año 2003



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR – base reclutamiento, salida del CAP - .

Del total de individuos que no accedió a todos los medicamentos en el CAPS y que logró hacerlo posteriormente, los mecanismos de obtención de los mismos resultan diversos. En este sentido, la Tabla 6.6 presenta la distribución porcentual de los diferentes mecanismos de adquisición de los medicamentos faltantes para el año 2003, bajo programa o formando parte del grupo control, así como un año después.

Tabla 6.6:  
Mecanismos de adquisición de medicamentos faltantes, por tipo de CAP.  
Año 2003 - 2004  
- en % - <sup>22</sup>

Como consiguió los medicamentos que le faltaban?	2003		2004
	con Programa	sin Programa	
Los compró Ud mismo o un familiar	54.21	53.33	32.14
Los compró por Obra Social	1.87	10.37	3.13
Los tenía de antes	3.74	0.74	4.02
Se lo entregaron en el CAP firmando una receta violeta	15.89	2.96	39.73
Se lo entregaron en el CAP con otra receta	7.48	21.48	13.39
Otra forma	16.82	11.11	7.59
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta SIEMPRO

El 53.72 por ciento de los individuos encuestados adquirió los medicamentos faltantes por sus propios medios, mientras que el porcentaje que recibió

<sup>22</sup> Los pacientes con receta pudieron haber recibido la medicación a través de la entrega gratuita tradicional de los CAPs (sujeta a limitaciones presupuestarias) o mediante la cobertura directa del Programa Remediador presentando una receta color violeta firmada por el médico.

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. La Tabla expone el importante incremento del porcentaje de la población que consiguió los medicamentos faltantes a través de los CAPS (53.1 por ciento) y especialmente bajo el 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), lo que constituye un 40 por ciento de los usuarios.

A continuación, se presentan los principales motivos por los cuales los consultantes no lograron acceder a los medicamentos faltantes. La Tabla 6.7 presenta por tipo de CAP para el 2003 y para el total de la muestra del 2004 las principales causas:

**Tabla 6.7:**  
**Motivos por los cuales no consiguieron los medicamentos faltantes, según CAP.**  
**Año 2003 – 2004**  
*- en % -*

	2003		2004
	con Programa	sin Programa	
Lo tiene que comprar y no tiene dinero	53.47	71.3	32.66
En el CAP le dijeron que se había terminado	16.83	12.17	40.7
En el CAP le dijeron que se lo iban a conseguir para otro día	1.98	4.35	18.59
Fue a comprarlo y no había en la farmacia	2.97	0.87	1.51
No los quiere tomar	2.97	0	1.01
Otra razón	16.83	10.43	5.53
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta SIEMPRO

Los resultados obtenidos, evidencian la presencia de una fuerte restricción presupuestaria en el acceso a los medicamentos, inclusive para aquellos consultantes de CAPS con programa. En efecto, el 62,9 por ciento en promedio manifestó la falta de dinero, como causa de la falta de acceso, factor que se reduce sustancialmente en el 2004. En segundo lugar se coloca la ausencia de remedios en el CAP (14.3 por ciento). Esta última razón tiene mayor peso relativo entre los consultantes a Centros con Programa (16.8 por ciento) que entre los consultantes a Centros control (12.2 por ciento), sugiriendo un problema de cobertura originado potencialmente por dos vías: (i) limitaciones de distribución y abastecimiento directo o, (ii) problemas de congestión y exceso de demanda no prevista.

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 con el fin de dar respuesta a este interrogante.

De acuerdo a lo estudiado en el presente capítulo, 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).

$$\text{Prob}(y = 1) = F(\beta'x)$$

$$\text{Prob}(y = 0) = 1 - F(\beta'x)$$

El conjunto de parámetros  $\beta$  refleja el impacto que los cambios en las variables incluidas en  $x$  tiene sobre la probabilidad de acceder gratuitamente o no a los medicamentos, en caso de ser recetado

Con el fin de especificar una función de distribución de la probabilidad de acceso a medicamentos, se estableció la utilización de la distribución normal, de donde se obtiene un modelo probit a estimar por máxima verosimilitud:

$$\text{Prob}(y = 1) = \int_{-\infty}^{\beta'x} \phi(t)dt = \Phi(\beta'x)$$

Sobre la base de la información suministrada por la encuesta a consultantes 2003 y su re-encuesta del 2004, se estimó la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos 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 etapa de incorporación del CAP al programa<sup>23</sup>, tomando valor uno si el CAP fue parte de la primera etapa.<sup>24</sup>

Sin embargo, ambas estimaciones muestran una interpretación diferente de sus resultados. En el año 2003 no se encontraba el cien por ciento de los CAPS bajo programa, permitiendo construir un grupo control conformado por los centros de atención no incorporados. De este modo, la variable Etapa utilizada en la estimación para el año 2003 intenta capturar el efecto del Remediar sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos.

Por otra parte, en el año 2004 todos los centros de atención se encuentran incorporados al programa. De este modo la variable Etapa, permite capturar si

---

<sup>23</sup> No se cuenta con información sobre fecha de entrada de cada centro al Remediar. Por ello se considera únicamente la pertenencia de cada uno a la primera o segunda etapa.

<sup>24</sup> Paralelamente a la especificación de un modelo probit para conocer el impacto de un programa social, es posible aplicar un análisis de diferencias en diferencias. Sin embargo, y tal como se discute en el anexo a este documento, la información disponible limita la utilidad de sus resultados.

existe algún proceso de aprendizaje en el tiempo que mejore el desempeño de los CAPS a través del incremento en la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos por parte de los consultantes.

**Tabla 6.8: Modelo Probit**

Variables	Modelo Probit - Año 2003	Modelo Probit - Año 2004
	Consiguió Medicamento	
Etapa del Cap	<b>0.3685*</b> (0.1249502)	<b>0.4297*</b> (0.1558784)
Ingreso	-0.0004 (0.0005225)	<b>-0.0017**</b> (0.0007494)
Cobertura	0.1249 (0.1700094)	0.0354 (0.2007624)
Constante	<b>0.6873*</b> (0.093079)	<b>0.8852*</b> (0.1143681)
Nº de Observaciones	548	396
Pseudo R <sup>2</sup>	0.019	0.037
Lr Chi2	10.020	13.010
Probabilidad > Chi2	0.018	0.005

Nota: \* significativa al 1% de confiabilidad, \*\* al 5% de confiabilidad,

Fuente: Elaboración propia en base a la Encuesta de Siempro 2003 y 2004

La primera columna de la Tabla 6.8 presenta la estimación de la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos en el año 2003. Los resultados obtenidos avalan la hipótesis de que el Programa Remediar tiene un impacto positivo sobre el acceso gratuito a medicamentos, dado que la variable Etapa resulta con el signo positivo esperado y estadísticamente significativo al uno por ciento 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. Tal como se describe en la primera sección de esta investigación, cualquier persona, independientemente de su nivel de ingreso y cobertura, que consulte en el CAP y requiera de medicamentos resulta elegible. Ello supone que los consultantes a los centros de atención primaria pertenecen a los quintiles de ingreso mas bajo.

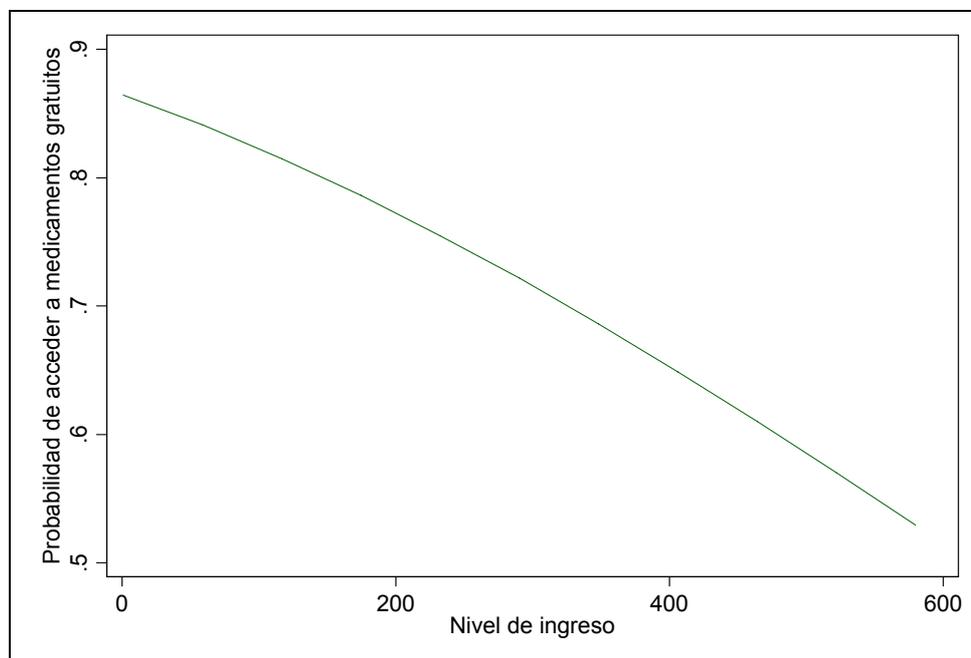
La segunda columna de la Tabla 6.8 presenta los resultados obtenidos para el año 2004. La Etapa de los CAPS resultó significativa al uno por ciento de confiabilidad y con el signo positivo esperado, sugiriendo que aquellos CAPS con mayor antigüedad en el Remediar evidencian un aprendizaje que les permitió mejorar las condiciones de oferta.

Paralelamente, y al contrario de lo observado en 2003, el nivel de ingreso de los consultantes resultó significativo al 5% de confiabilidad y con signo negativo. Este resultado sugiere que individuos con menor nivel de ingreso tienen mayor

probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos. Así, un incremento en el nivel de ingreso del individuo de un peso (manteniendo todas las variables en sus respectivas medias) reduce la probabilidad de acceso en 0.000042.<sup>25</sup>

Alternativamente la siguiente Figura muestra 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 6.3: Probabilidad de acceder a medicamentos gratuitamente en función del nivel de ingreso**



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

Adicionalmente se propone un segundo ejercicio econométrico para corroborar la hipótesis de aprendizaje en la focalización del Programa. En este sentido, sobre la base a usuarios del 2003 y 2004, se estima, mediante un modelo probit, la probabilidad de que el consultante sea indigente y pobre, en función de dos grupos de variables. El primero asociado con las características del individuo: nivel de ingreso y una variable dummy que toma valor uno si tiene cobertura formal en salud. El segundo grupo de variables, están asociadas con las características del

<sup>25</sup> Este resultado surge a partir de la derivada de la función de distribución acumulada respecto al nivel de ingreso, valuada en los valores medios de las variables bajo estudiado. Por le contrario, la figura 6.3 permite analizar específicamente el efecto que tienen los distintos niveles de ingreso sobre la probabilidad de acceder a medicamentos, manteniendo constante el resto de las variables explicativas en sus medias.

CAP: una variable dummy que toma valor uno identificando al año 2004, una segunda variable dummy que establece la pertenencia del CAP al programa en la primera etapa, y una tercer variable que surge del producto de éstas dos últimas. Los resultados se presentan en la Tabla 6.9:

**Tabla 6.9**  
**Modelo Probit. Probabilidad de ser consultante indigente / pobre**

Variable dependiente:	Condición de Indigencia	Condición de Pobreza
Variables	Coefficientes	Coefficientes
Ingreso	<b>-0.0027321*</b> (0.0003162)	-0.0001629 (0.0002323)
Cobertura	<b>-0.3884311*</b> (0.0770559)	<b>0.176419**</b> (0.0783342)
Año 2004	-0.001257 (0.00884489)	0.0026064 (0.0901323)
Etapa del CAP	0.1151594 (0.0880144)	-0.0699002 (0.0893207)
Año 2004*Etapa del CAP	-0.0057509 (0.1239951)	0.0021064 (0.126176)
Constante	<b>0.5107014*</b> (0.0672762)	<b>-0.5709858*</b> (0.067528)
Nº de Observaciones	1790	1790
Pseudo R <sup>2</sup>	0.061	0.031
Lr Chi2	144.220	6.550
Probabilidad > Chi2	0.000	0.256

Nota: \* significativa al 1% de confiabilidad

\*\* al 5% de confiabilidad

La segunda columna de la Tabla presenta los resultados hallados a partir de la estimación de la probabilidad de que el consultante sea indigente. En este sentido, el nivel de ingreso y la cobertura resultaron significativos y negativos, acorde a la condición del consultante. Sin embargo las variables asociadas con el tiempo y la etapa del CAP no son significativas, implicando que la cantidad de consultantes indigentes no se incrementó en el tiempo y que el efecto Remediar fue nulo. La tercera columna expone la estimación de la probabilidad de que el consultante sea pobre. Bajo la misma especificación que la anterior, el año y la etapa del CAP no resultan significativas, con iguales implicancias que en el caso de los indigentes.

Estos resultados cuentan con dos posibles explicaciones. La primera se encuentra asociada con el concepto de focalización utilizada por el programa. En este sentido, el Remediar es un programa que se auto-focalizó, a partir de la elección de los CAPS como centros proveedores de medicamentos. En general, estos centros de salud son concurridos por la población que se encuentra bajo la línea de pobreza, independientemente de los beneficios (subsidios) que se otorguen en él. Ello explica los resultados presentados en la Tabla 6.9.

La hipótesis alternativa, rechazada por el modelo, sugería que a un año de la iniciativa la población en condición de “no pobre”, normalmente con un mayor nivel educativo formal y acceso a medios de comunicación, hubiese accedido a mejor información acerca de la existencia del Programa, y a partir de ello hubiese concurrido a los CAPS en busca de atención médica con medicamentos gratuitos.

Complementariamente, la Tabla 6.4 presentada anteriormente, mostraba el porcentaje de la población que consultó en CAPS durante el año 2003, según condición de pobre, indigente y no pobre, por tipo de CAP. Los resultados confirman la hipótesis de auto-focalización del Programa a través de la distribución de medicamentos en CAPS: el porcentaje de la población bajo la línea de pobreza (indigentes + pobres no indigente) que consulta en CAPS con y sin programa es de 91.7 y 88.5 por ciento respectivamente, no habiendo una diferencia significativa entre ellos.

En resumen, el Programa mantuvo un crecimiento constante en el número de botiquines distribuidos en CAPS, aunque limitada focalización entre grupos, en función de los quintiles de CAPS cada diez mil habitantes con NBI. En términos provinciales se observa una mejora en el grado de focalización en el tiempo, verificándose una caída en la dispersión en distribuciones mínimas y máximas entre provincias, pasando del 18.6 por ciento en octubre de 2002 al 8.10 por ciento en diciembre de 2003.

Por otra parte, el Programa tuvo un buen impacto en el acceso a los medicamentos por parte de la población de menores recurso, con un 10 por ciento de diferencia entre CAPS con y sin Programa en el 2003 e incrementándose en el tiempo. Sin embargo, se observan limitaciones en el acceso a medicamentos requeridos, superando este caso el 40 por ciento de los motivos de falta de consumo para período 2004.

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.

## **7. Financiamiento e Impacto Distributivo.**

La presente sección tiene como propósito analizar los criterios de distribución de botiquines entre provincias en términos monetarios y estudiar el alcance de las economías de escala mediante el proceso de compra centralizada, calculando el ahorro generado para el bolsillo de los usuarios en base a su alternativa: la compra en farmacia a los precios de mercado. Por último, la sección utiliza información de Siempre y del Ministerio de Salud para establecer algunos

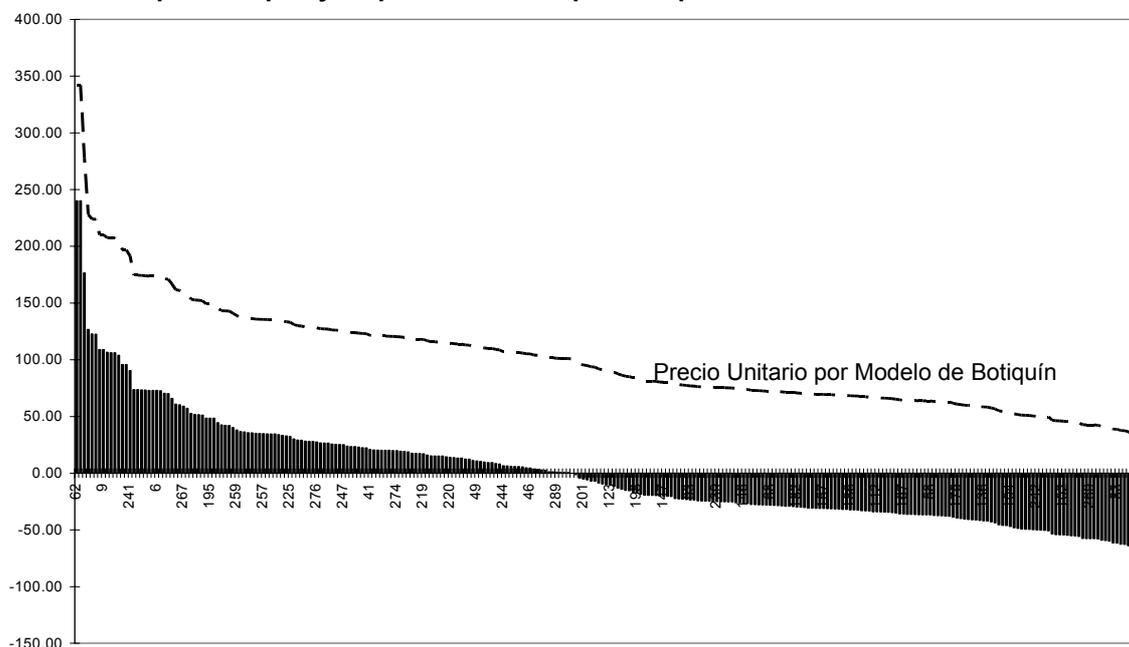
mecanismos tendientes a identificar el impacto redistributivo del Programa a distintos quintiles de ingreso.

Las fuentes de información en este caso son: (a) la composición de los botiquines y (b) los precios de licitación del programa y de mercado, provista por Remediar y la industria privada. A partir de ello se calcula por CAP y por provincia los costos de cada botiquín en el tiempo, mensualmente.

El primer paso consiste en determinar el precio de los distintos modelos de botiquines que otorga Remediar para luego analizar la distribución a nivel provincial, por Quintil de CAP y por Quintil Departamental, en términos absolutos y cada 10.000 habitantes en función de la población con NBI.

La Figura 7.1 muestra el valor de los 305 modelos de botiquines, de acuerdo a los precios a los cuales el Programa Remediar adquirió los medicamentos que los componen. De los mismos, el más caro es el número 62 con un costo de US\$ 342, mientras que el más barato es el modelo 217 con un valor de US\$ 16.8. El precio promedio del botiquín Remediar es entonces de US\$ 100.6, existiendo una dispersión del 48.13 por ciento entre los diferentes tipos explicando en parte la diferencia entre los montos asignados a cada jurisdicción. Del total, 131 botiquines tienen un costo por encima de la media, y 149 por debajo de la misma.

**Figura 7.1:**  
**Precio por Botiquín y dispersión con respecto al promedio. Por modelo. Año 2003**



Fuente: Remediar

Para analizar el grado de focalización de los fondos en la población con mayores necesidades, la Tabla 7.1 presenta por provincia los montos asignados en términos absolutos y cada 10.000 habitantes en función de la población con NBI.

Se observa que las jurisdicciones de La Pampa, Mendoza y San Luis son las que más recibieron en términos anuales, con montos de 62.951, 36.656 y 36.442 cada 10 mil habitantes con NBI, respectivamente. Sin embargo, las provincias más pobres del país en términos de NBI no se encuentran entre las más beneficiadas con el Programa: Formosa con un NBI del 33.6% está ubicada en el puesto 22 y Salta, la segunda jurisdicción con mayor indicador de necesidades básicas insatisfechas se encuentra en la posición 23, es por ello que el índice de correlación entre montos asignados y NBI es negativo (-0.41), mostrando que la distribución de fondos no se encuentra asociada a indicadores de pobreza. A fin de obtener conclusiones, sin embargo es preciso analizar si la razón por la cual las jurisdicciones más pobres reciben menos recursos puede atribuirse a que las necesidades sanitarias de las mismas involucran la entrega de botiquines con medicamentos menos onerosos.

**Tabla 7.1:  
Valor monetario en dólares de los Botiquines entregados per capita NBI cada 1000 habitantes durante 2003 por provincia**

Provincia	Valor monetario de los botiquines recibidos per capita NBI cada 1000 hab en												Total 2003
	Ene-03	Feb-03	Mar-03	Abr-03	May-03	Jun-03	Jul-03	Ago-03	Sep-03	Oct-03	Nov-03	Dic-03	
La Pampa	2.986.52	2.986.52	563.49	6.833.78	5.627.09	5.817.92	11.159.58	7.416.74	6.966.44	5.207.66	1.303.82	6.081.49	62.951.05
Mendoza	1.428.15	1.492.41	142.81	3.360.11	2.728.61	2.816.92	5.987.81	4.299.39	4.940.85	3.803.55	1.361.67	4.293.83	36.656.11
San Luis	1.482.95	1.604.01	514.49	3.192.12	2.382.49	3.679.54	5.576.49	4.465.91	4.418.93	3.335.53	1.333.00	4.456.67	36.442.14
La Rioja	1.057.12	1.057.12	0.00	2.406.26	2.453.39	2.923.31	4.771.39	4.367.65	4.495.03	4.047.68	2.196.09	4.901.50	34.676.54
Entre Ríos	1.380.59	1.372.06	107.25	2.576.23	1.933.65	2.885.91	5.982.26	3.385.09	4.419.10	3.440.12	1.540.11	3.961.35	32.983.72
Córdoba	906.27	936.77	1.132.84	3.226.36	2.106.84	2.690.60	5.175.04	3.955.02	3.431.40	3.745.03	1.379.48	4.045.38	32.731.04
Catamarca	1.062.56	1.062.56	0.00	2.317.92	1.902.63	1.547.06	3.473.47	2.989.23	3.203.52	2.998.43	1.915.08	4.068.32	26.540.79
Santa Fe	1.545.03	1.290.79	383.32	2.596.60	2.082.11	2.392.31	4.434.09	2.277.05	2.849.64	2.263.30	621.30	2.336.57	25.072.12
Tucumán	1.867.93	1.189.17	287.79	2.674.40	838.48	1.905.17	2.615.38	3.610.22	2.265.99	2.405.80	1.717.96	2.129.62	23.507.92
Neuquén	1.530.08	1.099.07	1.012.87	1.887.55	1.996.04	2.047.01	3.677.47	3.078.61	2.144.41	1.355.16	736.83	1.317.04	21.882.15
San Juan	1.094.91	1.127.11	579.66	1.594.07	1.186.59	1.569.14	3.083.30	3.046.02	2.439.12	1.951.77	1.433.57	2.529.61	21.634.85
Río Negro	1.088.37	1.018.16	403.75	2.032.94	1.316.33	1.967.28	3.558.98	2.654.22	2.512.60	1.788.96	783.56	2.174.63	21.299.76
Buenos Aires	1.520.53	1.526.63	244.10	2.625.50	1.435.76	1.239.16	3.914.48	2.295.80	2.259.34	1.647.24	480.51	1.998.37	21.187.43
Chubut	1.491.61	1.247.53	379.68	1.938.96	1.089.04	1.802.64	2.713.28	2.821.38	1.761.55	2.076.73	912.49	2.620.14	20.855.03
Chaco	850.19	876.93	53.47	1.449.00	1.164.57	1.031.35	3.968.28	2.281.70	2.686.03	1.706.84	724.87	2.298.83	19.092.04
Misiones	856.41	969.27	292.11	1.496.40	749.00	1.489.65	2.580.83	2.080.59	2.419.45	1.867.98	744.38	2.221.71	17.767.79
Tierra del Fuego	731.30	1.096.95	1.096.95	2.191.80	427.94	2.772.91	2.283.32	1.722.35	1.239.20	158.54	927.38	2.126.96	16.775.61
Santiago del Estero	489.82	517.41	103.48	804.13	995.47	1.203.01	2.972.71	2.295.94	2.324.36	1.713.72	793.78	2.097.09	16.310.94
Jujuy	729.44	887.16	157.72	2.052.38	524.32	1.180.59	2.188.05	2.045.44	1.802.21	1.877.89	569.24	1.599.89	15.614.34
Corrientes	756.70	543.39	288.06	890.64	1.023.15	1.170.29	2.590.08	1.656.10	2.128.61	1.791.42	639.45	2.074.59	15.552.49
GCBA	2.078.70	2.439.86	529.71	2.700.10	998.38	860.10	1.722.99	964.92	908.78	448.05	127.41	1.470.69	15.249.68
Formosa	541.90	520.65	446.27	1.272.33	644.55	1.158.66	2.537.03	1.792.21	1.977.94	1.389.02	530.18	1.939.06	14.749.80
Salta	922.09	631.71	280.19	1.480.47	773.68	1.161.21	1.749.05	1.701.92	1.383.84	1.134.51	530.60	1.452.92	13.202.19
Santa Cruz	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.968.50	1.662.91	2.615.59	528.49	3.312.94	10.088.44
<b>Total general</b>	<b>1,273.43</b>	<b>1,220.40</b>	<b>324.41</b>	<b>2,293.09</b>	<b>1,416.14</b>	<b>1,620.72</b>	<b>3,685.04</b>	<b>2,537.17</b>	<b>2,520.45</b>	<b>2,022.08</b>	<b>782.82</b>	<b>2,376.90</b>	<b>22,072.63</b>
Ind. Corr. Valor/NBI	-0.415394211												

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

Nota:

1. Cada botiquín fue valuado en base a su respectivo precio de licitación
2. La tabla está ordenada de manera descendente por el total recibido en términos monetarios durante el 2003
3. El valor monetario recibido por provincia se dividió por la cantidad de población con NBI.

La Tabla 7.2 presenta el ahorro del Programa por provincia, comparando los valores de compra del Remediador con los precios de farmacias. Para este último caso se optó por dos aproximaciones: (a) el precio promedio simple de mercado para cada producto y (b) el producto más económicos en plaza a la presentación relevante. El monto total erogado por Remediador llega a los 14.166.306 dólares, valor que asciende a 112.196.200 dólares si es medido a precios promedio de mercado (69.5 millones de dólares al precio más bajo de plaza). Esto implica un ahorro del 87.3% (79.3 por ciento), sugiriendo que los valores de mercado son 7.92 (4.91) veces más altos que los gestionados por el Programa.

**Tabla 7.2: Monto entregado en concepto de botiquines por provincia, según precio Remediador y precio de mercado. Año 2003. -en US\$-**

Provincia	Precio Remediador	Precio Medio de Mercado	Precio Mínimo de Mercado
Buenos Aires	4,628,813	36,206,988	22,436,560
GCBA	330,061	2,401,033	1,487,982
Catamarca	190,914	1,541,935	952,114
Chaco	620,238	5,008,682	3,107,932
Chubut	133,580	1,055,085	651,322
Córdoba	1,304,934	10,486,123	6,490,612
Corrientes	412,658	3,315,081	2,050,196
Entre Ríos	672,320	5,415,696	3,354,323
Formosa	241,135	1,934,725	1,200,977
Jujuy	275,162	2,177,207	1,348,847
La Pampa	194,061	1,550,804	967,049
La Rioja	205,134	1,668,436	1,037,263
Mendoza	891,719	7,176,388	4,448,744
Misiones	464,906	3,703,229	2,297,306
Neuquén	176,384	1,375,093	855,746
Río Negro	210,772	1,673,888	1,037,808
Salta	450,169	3,549,297	2,202,360
San Juan	233,405	1,853,977	1,150,786
San Luis	209,169	1,683,479	1,044,949
Santa Cruz	20,665	175,221	104,818
Santa Fe	1,113,462	8,776,809	5,448,994
Santiago del Estero	410,701	3,346,971	2,068,868
Tierra del Fuego	23,909	186,206	115,494
Tucumán	752,035	5,933,846	3,682,558
<b>Total general</b>	<b>14,166,306</b>	<b>112,196,200</b>	<b>69,543,608</b>

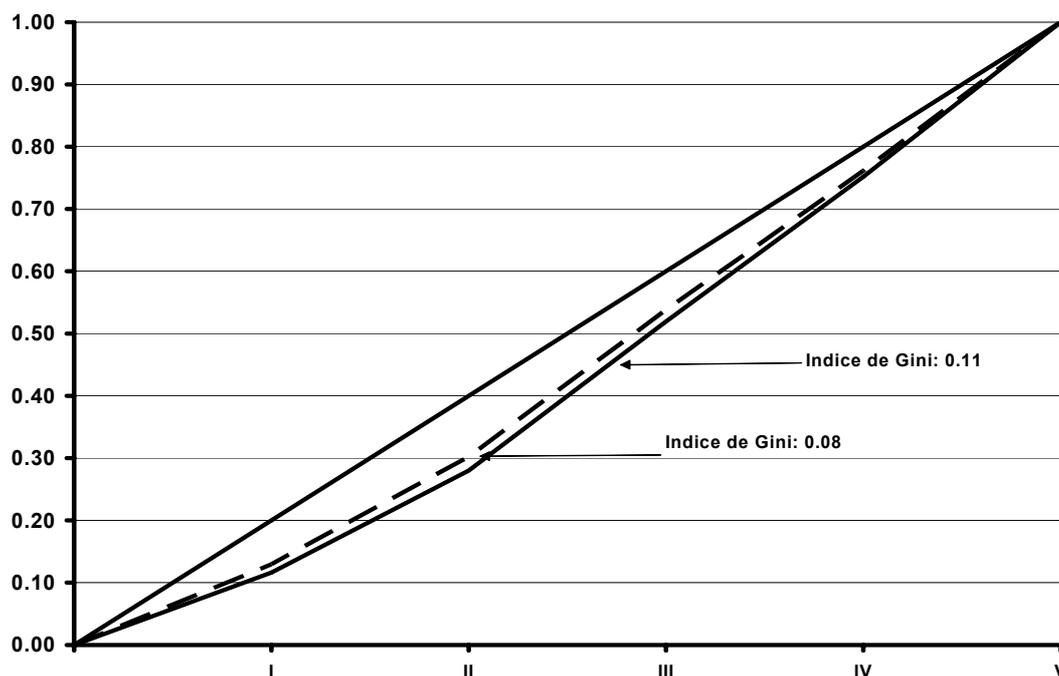
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa Remediador

Sobre la información suministrada por la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUGSS03), desarrollada por el Ministerio de Salud durante el año 2003, es posible identificar el patrón de consumo de gasto en salud de los individuos, según quintil de ingreso. A partir de los valores obtenidos (Ver Tabla 2.1), es posible ubicar a la población consultante de CAPS y beneficiarios del programa Remediador, dentro de cada quintil de ingreso. En este sentido, de

acuerdo con la Encuesta a Hogares desarrollada por Siempre, el ingreso medio de los consultantes a CAPS con programa es de \$ 127, estando incorporados entre el primer y tercer quintil de ingreso. Sin embargo, la participación de cada uno de los quintiles en el programa no es homogénea. Por tal motivo, y considerando a la población beneficiaria del programa por su condición de Indigente, Pobre y No Pobre, es posible obtener su participación dentro del primero, segundo y tercer quintil de ingresos, respectivamente. En este sentido, 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 evaluará el impacto redistributivo del programa Remediar considerado a precios promedio de mercado. En este sentido, el gasto mensual del año 2003 realizado por Remediar ascendió a \$28.049.050. Dicho egreso se asume que fue distribuido entre los tres primeros quintiles según los porcentajes obtenidos de la Encuesta (EGUSS2003). La Figura 7.2 presenta la curva de Lorenz con la concentración del gasto de los individuos con y sin Remediar, en el año 2003.

**Figura 7.2:**  
**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.

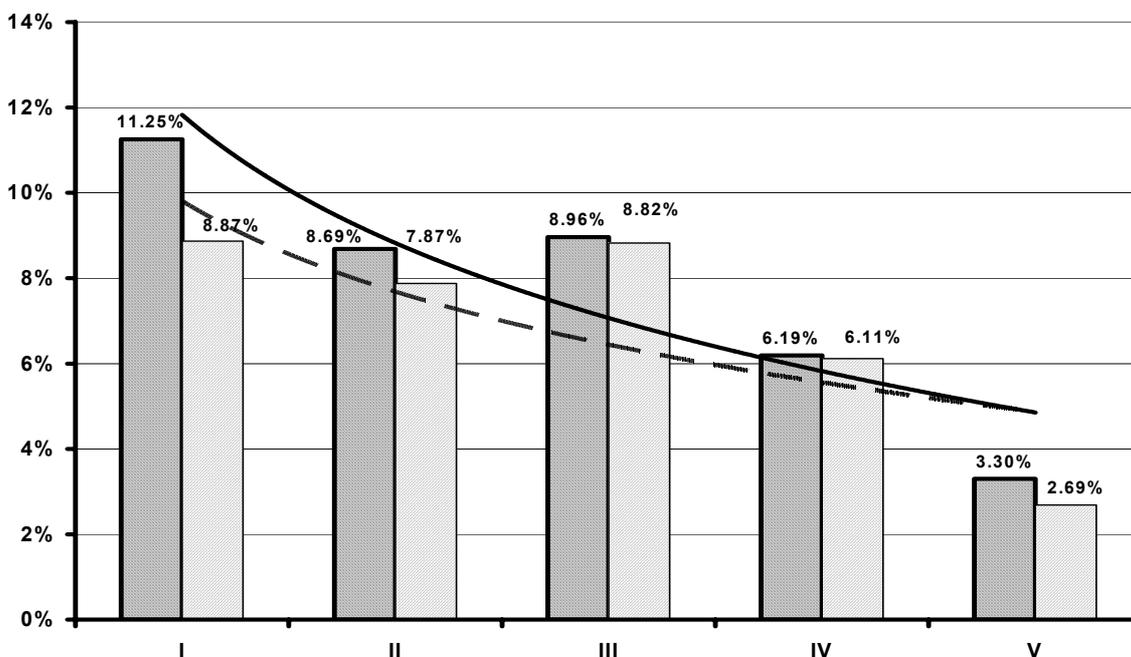
La recta de 45° representa una distribución hipotética que resultaría igualitaria en caso en que cada quintil realizara el mismo nivel de desembolso en medicamentos. La curva inferior (llena) implica la concentración del gasto de los individuos en medicamentos registrada a través de EGUSS03. En la curva

superior (punteada) se muestra una estimación de la distribución del gasto de los hogares en medicamentos considerando el efecto del subsidio que genera Remediar, en base a la Encuesta Siempre de CAPS 2003. Ello asume que el total del valor monetario de los medicamentos provistos por el Programa sustituye por exactamente ese monto los gastos de bolsillo del individuo, que los destina a un uso alternativo.

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 variaría de 0.11 a 0.08.

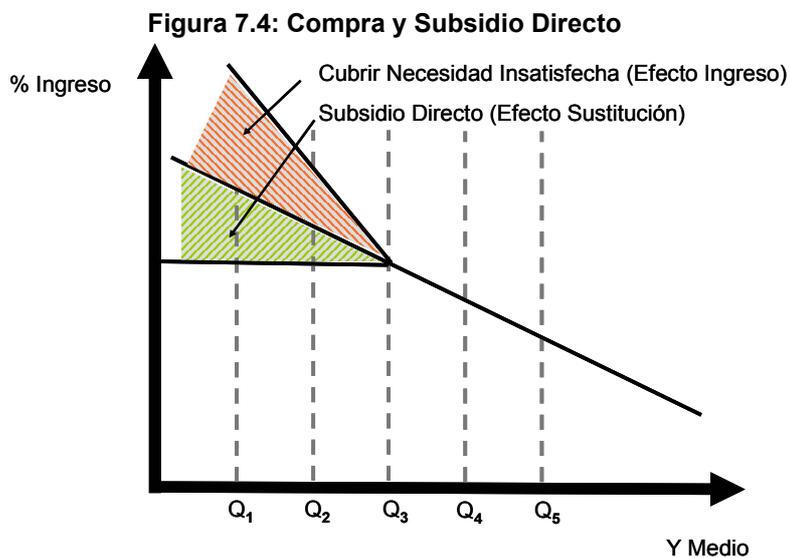
Desde otra perspectiva, la Figura 7.3 presenta el gasto medio en medicamentos como porcentaje del ingreso medio, según quintil, para el año 2003 (curva llena). La misma refleja la ya discutida regresividad en el gasto. Bajo la misma metodología de estimación, la curva punteada representa la nueva situación, deduciéndole a los hogares de los tres primeros quintiles (según porcentajes antes detallados) el subsidio que recibirían por el programa. En este sentido, 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 7.3:**  
**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.

Los cálculos presentados presumen que el Programa produce un efecto sustitutivo neto de los recursos desembolsados por las familias. En la Figura 7.4 ello define la zona sombreada bajo la recta, que es la relación inversa entre porcentaje del ingreso que se gasta en medicamentos e ingreso familiar cumpliendo el Programa el papel de un subsidio, sustituyendo el origen del dinero, pero manteniendo el mismo consumo. Alternativamente, el Programa podría cubrir una demanda insatisfecha. Ello llevaría a los individuos a mantener sus niveles de gasto (efecto sustitución nulo) y aumentar sus consumos (efecto ingreso neto). Si este fuera el caso, la Figura 7.3 tendría un tramo más inelástico entre los quintiles focalizados del programa.



Lamentablemente, la información disponible permite sólo hipotetizar sobre la existencia de un efecto sustitución, aunque no la cuantía del efecto ingreso.

En resumen, de acuerdo a lo estudiado en la presente sección, la distribución del gasto del programa resulta dispar entre provincias, la cual no necesariamente se encuentra relacionado con diferencias en perfiles de salud y atención. Asimismo, el Programa genera un ahorro de entre el 79.3 y un 87.37 por ciento para toda la sociedad, dada la brecha entre precios de mercado (al que actualmente lo compran los pacientes) y los valores de licitación (disponibles para el programa).

De acuerdo a la información disponible, el Programa podría representar una eficaz herramienta de redistribución presente, 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.

## 8. Diagnósticos y medicamentos prescritos.

Finalmente, el objetivo de esta última sección es identificar los motivos de consultas más usuales en CAPS, estableciendo las potenciales diferencias entre jurisdicciones, iniciando el análisis de la relación diagnóstico–tratamiento–medicamento recetado.

La evaluación de los diagnósticos y medicamentos prescritos se efectuó con una base de 5.077 recetas proporcionada por Remediar. Sin embargo, dadas las limitaciones de registro encontradas, se procedió a una depuración de la data, que dio como resultado una base consistente de diagnóstico, medicamento prescripto y entregado, de 2.764 entradas. La Tabla 8.1 presenta la cantidad de recetas adjudicadas a cada provincia del país, siendo la mayoría de las mismas provenientes de Buenos Aires con 1.157, seguida por Córdoba y Mendoza con 294 y 197, respectivamente. La escasa información disponible plantea la necesidad de ampliar la muestra y mejorar la metodología de recolección y recopilación de las prescripciones, contando con el asesoramiento y colaboración de profesionales de la salud con experiencia en el trabajo desarrollado en los CAPS.

**Tabla 8.1: Cantidad de recetas por Provincia**

Provincia	Cantidad de recetas
Buenos Aires	1,157
Cordoba	294
Mendoza	197
Santa Fe	186
Tucuman	149
Chaco	82
Entre Rios	80
Misiones	76
Santiago Del Estero	67
Salta	64
Corrientes	44
San Luis	40
Jujuy	40
San Juan	38
La Pampa	37
Neuquen	35
La Rioja	34
Rio Negro	31
Capital Federal	28
Catamarca	25
Tierra Del Fuego	24
Chubut	19
Formosa	17
<b>Total General</b>	<b>2,764</b>

Fuente: Elaboración Propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR  
Nota: La Provincia de Santa Cruz no tiene información disponible.

La Tabla 8.2 muestra la representatividad de los distintos diagnósticos, que fueron clasificados a partir de dos categorías: por etiología y por sistema. Estos datos se presentan para la totalidad del país y para 9 provincias, que identifican distintos contextos socioeconómicos y regiones de la nación, destacando aquellas enfermedades que representan el 75% de los motivos de consulta a CAPS<sup>26</sup>.

En la Tabla se observa que no existen diferencias significativas entre distintas jurisdicciones. En general, los motivos de consulta están concentrados en diez tipos de patologías, donde priman los problemas de tipo infeccioso. De esta manera, y dentro de las diez principales causas de asistencia a CAPS, el 41.68% se asocia con enfermedades de tipo infecciosas, donde el 19.18% refieren a las vías aéreas superiores.

A pesar de esta homogeneidad, existen algunas características particulares. En el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se presenta un 14.29% de enfermedades respiratorias no infecciosas en la vías aéreas inferiores (en su mayoría casos de Asma), duplicando a otras jurisdicciones y al país en su conjunto. Este fenómeno encuentra su explicación en el hecho de que estos tipos de diagnósticos son característicos de áreas urbanas y con alta polución ambiental.

Otras características que requieren de un análisis más profundo son: la alta incidencia de las infecciones genitourinarias en Río Negro y Chaco -12.9% y 10.98%, respectivamente-; el 8.96% de problemas inmunológicos en Santiago del Estero y el gran porcentaje de control en Río Negro, 6.45%.

---

<sup>26</sup> Todos los diagnósticos presentes en las recetas elaboradas para obtener los medicamentos gratuitos, pertenecen al listado de patologías cubiertas por el Programa Remediar.

**Tabla 8.2: Porcentaje de Diagnósticos por Provincia**

Clasificación por Etiología-Sistema	Total	Buenos Aires	GCBA	Chaco	Córdoba	Corrientes	Mendoza	Río Negro	Santiago del Estero	Tucumán
Infecciosas-Vías aéreas superiores	19.18	17.20	25.00	13.41	15.65	11.36	30.46	9.68	22.39	27.52
Fiebre-Sistémicas	9.95	12.19	3.57	10.98	12.24	13.64	3.55	6.45	5.97	10.07
Cardiovasculares	9.52	9.77	10.71	9.76	12.93	4.55	7.61	12.90	4.48	8.72
Respiratorias no infecciosas-Vías aéreas inferiores	7.20	6.74	14.29	7.32	7.14	6.82	9.14	6.45	5.97	7.38
Nutricional	5.86	5.88	0	6.10	4.08	9.09	4.57	9.68	2.99	4.03
Infecciosas-Genitourinaria	5.82	5.62	7.14	10.98	4.08	4.55	7.61	12.90	4.48	4.03
Infecciosas-Odontológicas	5.72	6.57	3.57	6.10	3.40	2.27	7.61	9.68	4.48	5.37
Infecciosas-Vías aéreas inferiores	5.61	5.70	3.57	4.88	5.44	0	6.09	3.23	5.97	6.71
Infecciosas-Piel	5.35	5.96	7.14	3.66	4.42	15.91	2.54	3.23	7.46	6.71
Enfermedades Digestivas-Digestivas	4.23	3.28	10.71	2.44	6.46	4.55	3.05	3.23	4.48	5.37
Dolor-Sistémicas	3.58	3.80	0	2.44	2.72	6.82	3.05	0	11.94	1.34
Infecciosas-Digestivas	2.46	1.99	0	7.32	2.38	9.09	3.05	0	2.99	2.01
Osteoarticulares	2.35	1.99	0	1.22	4.08	0	3.05	0	0	0.67
Infecciosas-Sistémicas	2.13	2.07	3.57	0	3.06	2.27	1.02	3.23	0	2.01
Inmunológica-Inmunológica	1.99	2.33	3.57	2.44	1.36	2.27	0.51	0	8.96	2.01
Endócrinas/metabólicas	1.92	2.25	7.14	3.66	0.68	2.27	2.03	3.23	1.49	2.01
Infecciosas-Oftalmológicas	1.01	1.04	0	2.44	1.02	0	0.51	3.23	0	2.01
Inmunológica-Vías aéreas superiores	0.94	0.95	0	0	0.68	2.27	1.52	0	0	0.67
Neurológicas	0.90	0.86	0	0	1.70	0	1.52	3.23	1.49	0
Endocrinológicas	0.83	0.86	0	0	0.68	0	0	3.23	1.49	0
Control	0.69	0.52	0	1.22	1.70	0	0	6.45	0	0.67
Accidentes/ambientales	0.58	0.61	0	0	1.36	0	0	0	1.49	0
Inmunológica-Piel	0.43	0.43	0	0	0.68	0	0.51	0	0	0
Otros	0.40	0.35	0	2.44	0	0	0	0	1.49	0
Respiratorias no infecciosas-Vías aéreas superiores	0.25	0	0	0	1.36	0	0	0	0	0
Otros-Neurológicas	0.22	0.26	0	0	0	0	0.51	0	0	0
Otros-Genitourinaria	0.14	0.09	0	0	0.34	2.27	0	0	0	0
Otros-Sistémicas	0.11	0	0	0	0	0	0	0	0	0.67
Otros-Digestivas	0.11	0	0	0	0	0	0.51	0	0	0
Tos-Vías aéreas inferiores	0.11	0.17	0	0	0.34	0	0	0	0	0
Otros-Piel	0.07	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
Nutricional-Hematológico	0.04	0	0	1.22	0	0	0	0	0	0
Endocrinológicas-Sistémicas	0.04	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
Gineco-obstétrico	0.04	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
Hematológico	0.04	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
metabólica-Genitourinaria	0.04	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros-Gineco-obstétricas	0.04	0.09	0	0	0	0	0	0	0	0
Infecciosas-Ginecobstétricas	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inflamación	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros-Oftalmológicas	0.04	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

Con el fin de estudiar la relación entre los diagnósticos realizados y las intenciones de tratamiento, la Tabla 8.3 establece los principios activos prescritos para los diez diagnósticos que conforman el 75% de los motivos de consulta en CAPS, para el total del país. La muestra bajo análisis consiste en aproximadamente 2.100 observaciones.

A pesar de los esfuerzos efectuados para compatibilizar los diagnósticos con los tratamientos prescritos, siguen persistiendo algunas inconsistencias. Por ejemplo, para el caso de las cardiovasculares un 2.34% de los medicamentos recetados no se corresponden con la patología (Ibuprofeno 0.78%, Fenitona 0.39%, Levadopa 0.9%, Metformina 0.39% y Penicilina 0.39%). Del mismo modo, del estudio de los tratamientos por las infecciones en vías aéreas superiores, el 10.34% de los tratamientos no resultan los adecuados (Cotrimoxazol 6.13%, Difenhidramina 3.64%, Salbutamol 0.38% y Polivitamínico 0.19%).

**Tabla 8.3: Principales Diagnósticos y Componentes Activos Prescritos a Nivel Nacional.**

Clasificación por Etiología-Sistema	Principio Activo prescrito	Porcentaje
<b>Cardiovasculares</b>	Enalapril	72.37
	Atenolol	10.51
	Hidroclorotiazida	6.23
	Amiodarona	4.28
	Furosemida	2.33
	Digoxina	1.17
	Ibuprofeno	0.78
	Isosorbide Dinitrato	0.78
	Fenitoina	0.39
	Levodopa+Carbidopa	0.39
	Metformina	0.39
	Penicilina G Benzatinica	0.39
<b>Enfermedades Digestivas-Digestivas</b>	Ranitidina	75.44
	Hioscina	22.81
	Ibuprofeno	1.75
<b>Fiebre-Sistémicas</b>	Paracetamol	72.99
	Ibuprofeno	25.18
	Salbutamol	0.73
	Amoxicilina	0.36
	Hierro (S. Ferroso)	0.36
	Nistatina	0.36
<b>Infeciosas-Genitourinaria</b>	Metronidazol	26.88
	Nistatina	18.75
	Norfloxacina	18.75
	Cefalexina	14.38
	Cotrimoxazol (Tnp - Smx)	10.63
	Ibuprofeno	4.38
	Amoxicilina	3.13
	Clotrimazol (Y/O Miconazol)	0.63
	Difenhidramina	0.63
	Eritromicina	0.63
	Hioscina	0.63
	Penicilina G Benzatinica	0.63
<b>Infeciosas-Odontológicas</b>	Amoxicilina	57.96
	Ibuprofeno	15.29
	Cefalexina	9.55
	Eritromicina	5.10
	Metronidazol	3.18
	Paracetamol	3.18
	Mebendazol	1.91
	Cotrimoxazol (Tnp - Smx)	1.27
	Dexametasona	1.27
Penicilina G Benzatinica	1.27	

Clasificación por Etiología-Sistema	Principio Activo prescripto	Porcentaje	
Infecciosas-Piel	Cefalexina	71.23	
	Clotrimazol (Y/O Miconazol)	5.48	
	Eritromicina	5.48	
	Difenhidramina	4.11	
	Amoxicilina	3.42	
	Penicilina G Benzatinica	2.74	
	Ibuprofeno	2.05	
	Paracetamol	2.05	
	Cotrimoxazol (Tmp - Smx)	1.37	
	Betametasona	0.68	
	Nistatina	0.68	
	Salbutamol	0.68	
	Infecciosas-Vías aéreas inferiores	Amoxicilina	44.74
Salbutamol		17.76	
Eritromicina		8.55	
Dexametasona		7.24	
Cefalexina		6.58	
Cotrimoxazol (Tmp - Smx)		6.58	
Budesonide		3.29	
Paracetamol		1.97	
Ibuprofeno		1.32	
Betametasona		0.66	
Difenhidramina		0.66	
Polivitaminico		0.66	
Infecciosas-Vías aéreas superiores		Amoxicilina	53.83
	Cefalexina	8.81	
	Paracetamol	8.81	
	Ibuprofeno	8.05	
	Eritromicina	7.47	
	Cotrimoxazol (Tmp - Smx)	6.13	
	Difenhidramina	3.64	
	Penicilina G Benzatinica	1.72	
	Dexametasona	0.96	
	Salbutamol	0.38	
	Polivitaminico	0.19	
	Nutricional	Polivitaminico	41.77
		Hierro (S. Ferroso)	28.48
Hierro (S. Ferroso) + A. Fólico		27.22	
Ibuprofeno		0.63	
Mebendazol		0.63	
Metronidazol		0.63	
Ranitidina		0.63	
Respiratorias no infecciosas-Vías aéreas inferiores		Amoxicilina	33.50
	Salbutamol	28.43	
	Budesonide	7.11	
	Dexametasona	7.11	
	Cefalexina	5.08	
	Eritromicina	3.55	
	Paracetamol	3.55	
	Difenhidramina	3.05	
	Cotrimoxazol (Tmp - Smx)	2.54	
	Ibuprofeno	2.54	
	Betametasona	1.52	
	Penicilina G Benzatinica	1.02	
	Atenolol	0.51	
	Digoxina	0.51	

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

Por último, se observa que al diagnosticar problemas respiratorios no infecciosos en las vías aéreas inferiores –en su mayoría casos de Asma- se verifica la prescripción de antibióticos, tratamiento que no corresponde con esta patología específica. Estos ejemplos requieren de mayor análisis a fin de determinar si ello es producto de las imperfecciones de la información recibida o de los mecanismos de prescripción. Finalmente, la Tabla 8.4 muestra los diagnósticos que componen el 75% de los motivos de consulta al CAP, y los tratamientos prescritos para la provincia de Buenos Aires. Se verifica que los patrones de enfermedad y tratamiento responden a los mismos patrones de enfermedad que los identificados a nivel nacional, con algunas incompatibilidades entre medicamento recomendado y enfermedad, concluyendo en la relativa uniformidad observada entre Jurisdicciones, independientemente de los perfiles epidemiológicos provinciales.

**Tabla 8.4: Principales Diagnósticos y sus Componentes Activos Prescritos. Buenos Aires**

Clasificación por Etiología-Sistema	Principio Activo prescripto	Porcentaje
Cardiovasculares	Enalapril	74.34
	Atenolol	7.96
	Hidroclorotiazida	4.42
	Amiodarona	3.54
	Furosemida	2.65
	Digoxina	1.77
	Isosorbide Dinitrato	1.77
	Fenitoina	0.88
	Ibuprofeno	0.88
	Levodopa+Carbidopa	0.88
Fiebre-Sistémicas	Penicilina G Benzatinica	0.88
	Paracetamol	70.21
	Ibuprofeno	26.95
	Salbutamol	1.42
	Hierro (S. Ferroso)	0.71
Infecciosas-Genitourinaria	Nistatina	0.71
	Metronidazol	26.15
	Nistatina	20.00
	Norfloxacina	20.00
	Cefalexina	12.31
	Cotrimoxazol (Tnp - Smx)	9.23
	Ibuprofeno	6.15
	Amoxicilina	1.54
	Difenhidramina	1.54
	Eritromicina	1.54
Infecciosas-Odontológicas	Hioscina	1.54
	Amoxicilina	65.33
	Cefalexina	9.33
	Eritromicina	8.00
	Ibuprofeno	5.33
	Paracetamol	4.00
	Dexametasona	2.67
	Metronidazol	2.67
	Cotrimoxazol (Tnp - Smx)	1.33
	Mebendazol	1.33
Infecciosas-Piel	Cefalexina	77.94
	Clotrimazol (Y/O Miconazol)	8.82
	Difenhidramina	5.88
	Ibuprofeno	2.94
	Penicilina G Benzatinica	2.94
	Eritromicina	1.47

Clasificación por Etiología-Sistema	Principio Activo prescripto	Porcentaje
Infecciosas-Vías aéreas inferiores	Amoxicilina	40.00
	Salbutamol	24.62
	Eritromicina	12.31
	Cotrimoxazol (Tmp - Smx)	6.15
	Cefalexina	4.62
	Dexametasona	4.62
	Betametasona	1.54
	Budesonide	1.54
	Ibuprofeno	1.54
	Paracetamol	1.54
	Polivitaminico	1.54
Infecciosas-Vías aéreas superiores	Amoxicilina	67.01
	Eritromicina	7.61
	Cefalexina	7.11
	Ibuprofeno	4.57
	Paracetamol	4.57
	Difenhidramina	3.55
	Cotrimoxazol (Tmp - Smx)	3.05
	Penicilina G Benzatinica	2.54
Nutricional	Polivitaminico	38.24
	Hierro (S. Ferroso)	33.82
	Hierro (S. Ferroso) + A. Fólico	25.00
	Ibuprofeno	1.47
	Metronidazol	1.47
Respiratorias no infecciosas-Vías aéreas inferiores	Salbutamol	34.62
	Amoxicilina	29.49
	Budesonide	7.69
	Dexametasona	6.41
	Cefalexina	5.13
	Eritromicina	5.13
	Difenhidramina	3.85
	Ibuprofeno	3.85
	Betametasona	2.56
	Penicilina G Benzatinica	1.28

Fuente: Elaboración Propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, programa REMEDIAR

## 9. 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).

El programa Remediar 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 fue creado con el fin de enfrentar la emergencia sanitaria de 2002, teniendo como objetivo 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.

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. La segunda etapa comenzó entonces, incorporando a la totalidad de los Centros de Salud, y hasta la actualidad.

El trabajo presenta como objetivo establecer la capacidad del Programa para alcanzar metas de cobertura, focalización y aprendizaje, ahorro financiero, y alcance de las principales patologías prevalentes en los CAPS. Para ello contó con la colaboración de la Oficina de Evaluación del BID, la estructura del SIEMPRO y una limitada colaboración por parte de las autoridades del Programa.

Las principales fuentes de información fueron: (i) la Encuesta SIEMPRO a cien CAPS (aproximadamente mil pacientes) en los períodos febrero 2003 y marzo 2004, (ii) las entregas de botiquines por CAP por mes entre octubre 2002 y diciembre 2003, (iii) una limitada base de consultas en CAPS para el mismo período (iv) información sobre precios y cantidades de medicamentos adquiridas por el programa bajo licitación, y (v) la información proveniente de dos encuestas de hogares (Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1997 y Encuesta de Gasto y Utilización de Servicios de Salud, 2003).

El esquema del Programa resulta eficaz en tanto permite aprovechar la condición dual del mercado farmacéutico argentino, a la vez que genera una situación de ventaja relativa en la negociación frente a la oferta de productos farmacéuticos. Asimismo, y si bien la entrega de medicamentos gratis a la demanda objetivo actúa como un subsidio a la demanda, el programa Remediar opera como un subsidio en especies a través de la oferta pública (CAPS). Ello es debido a la presencia de información asimétrica por parte del paciente, quien no puede constituirse en el agente idóneo de asignación de recursos.

Sin embargo, Remediar opera como un ente centralizado que incurre en gastos corrientes mediante endeudamiento. Ello implica una fuerte presión sobre las finanzas públicas, generando dudas sobre su sustentabilidad. 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. Asimismo, 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.

Se identifica que los CAPS localizados en áreas con mayor porcentaje de NBI no necesariamente ofrecen el mayor número de consultas, aunque para todo nivel de NBI el número de consultas aumenta en el tiempo. Sin embargo, la falta de información mensual completa y fiable no permite diferenciar entre el efecto del Programa Remediar en particular, y la acción de otros factores exógenos, de gran importancia durante este período, tales como shock macroeconómico post devaluación, factores epidemiológicos, caída de la cobertura formal de salud debido al desempleo, que vuelca mayores contingentes de población hacia los efectores públicos, etc.

Desde la perspectiva de entrega de botiquines a los Centros de Salud, existe un incremento en la distribución de éstos a lo largo del período considerado, pero con débil y escasa focalización en poblaciones con NBI, lo que se desprende de un análisis tanto a nivel de quintiles de CAPS como de población. Sin embargo, la posibilidad de centrar la entrega de remedios a nivel de CAP permitió un alto grado de focalización en la población de menores recursos. En este sentido, durante el año 2003 el 91.7 por ciento de los consultantes a los Centros de Salud beneficiados por el programa se encontraban por debajo de la línea de pobreza, con un ingreso medio de \$67. Del mismo modo, el 80 por ciento de las consultas fueron realizadas por personas sin cobertura en salud.

Complementariamente, 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 recibieron los medicamentos prescritos en la consulta gratis, 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 recibieron todos los remedios recetados.

A partir de la estimación de un modelo probit los resultados obtenidos sugieren la eficacia del programa Remediar en dos aspectos: (i) la pertenencia del CAP al programa incrementa la probabilidad de acceso a los medicamentos de los consultantes que concurren a ellos, y (ii) la variable asociada con el ingreso de los individuos avala la hipótesis de focalización del programa en la población de menores recursos.

Las compras del programa han sido centralizadas, constituyéndose en una poderosa central de abastecimiento que logra obtener importantes economías de escala. En este sentido, el programa logró un ahorro del 87.3% en términos del

monto gastado, comparando precios de compra de Remediar con valores promedio de mercado.

Del análisis de la distribución mensual de botiquines por provincia cada diez mil personas con NBI se percibe un crecimiento de 18,55 veces en la distribución de medicamentos desde el inicio del Programa, en Octubre 2002 y Diciembre 2003. En términos provinciales se observa una mejora en el grado de focalización en el tiempo, verificándose una caída en la dispersión en distribuciones mínimas y máximas entre provincias, pasando del 18.6 por ciento en octubre de 2002 al 8.10 por ciento en diciembre de 2003.

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.

Por último, el trabajo encuentra que los motivos de consultas se concentran en diez tipos de patologías, con preponderancias de problemas de tipo infeccioso (41.68 por ciento) donde el 19.18 por ciento corresponden a problemas de vías aéreas superiores. Con excepción de la Ciudad de Buenos Aires (donde se incorpora problemas de asma como fuente de consulta relevante, 14.29 por ciento), los patrones resultan homogéneos, relacionados con las características de la atención de los CAPS.

Con el fin de mejorar los resultados de esta investigación, en evaluaciones futuras se recomienda el desarrollo de los siguientes temas:

- Mejorar la recopilación y procesamiento de la información sobre consultas en CAPS realizada por el ente central del programa.
- Desarrollar una encuesta particular sobre condiciones de infraestructura a los CAPS y directores médicos.
- En esta misma dirección, desarrollar un análisis en profundidad sobre la demanda de servicios de salud en CAPS con programa.

- Contar con información sobre stock y flujos de medicamentos con el objeto de establecer patrones de consumo de medicamentos en el tiempo y grupos poblacionales.
- Desarrollo de una más amplia y mejorada base de datos acerca de recetas (diagnósticos y medicamentos prescritos) con el fin de estudiar la focalización en la demanda según necesidades.

## **10. Referencias Bibliográficas.**

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., 1991, "Derechos de Propiedad Intelectual y la Industria Farmacéutica", *Revista Cauces*, Buenos Aires.

Bisang, R. y Maceira, D., 1999, "Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral", *LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento*.

Bogo, J., 1994, "Industria Farmacéutica Argentina: Cambios Estructurales, Estabilidad e Inversión", *mimeo*.

Challú, P., 1991, "Patentes en la Industria Farmacéutica", *mimeo*.

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.

Frank, R. y Salkever, D., 1997, "Generics Entry and the Price of Pharmaceuticals", *Journal of Economics and Management Strategy*, Vol. 6.

Gonzalez Garcia, G., 1994, *Remedios Políticos para los Medicamentos*, Edición Isalud.

Gonzalez Garcia, G. y Tobar, F., 1997, *Más Salud por el Mismo Dinero*, Gel-Isalud.

INDEC, 1991, Censo Nacional de Población y Vivienda.

INDEC, 2001, Censo Nacional de Población y Vivienda.

INDEC, 1997/98, Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares.

INDEC, Indices de Precios al Consumidor, varios años.

Israel, S. y Teeling Smith, S., 1967, "The Submerged Iceberg of Sickness in Society", *Social and Economic Administration*, vol. 1.

Katz, J. y Burachik, G., 1992, "The Pharmaceutical and Pharmochemical Industry in Argentina during the '90s", *mimeo*.

Katz, J., 1974, *Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Transnacionales: La Industria Farmacéutica Argentina*, Ediciones Siglo XXI, Argentina.

Katz, J. y Groissman, S., 1988, "La Industria Farmacéutica Argentina. Período 1983-1988", *Cuadernos Médicos Sociales*, N° 46, Rosario, Argentina.

Le Grand, J., 1982, *The Strategy of Equality*, London, Allen & Unwin.

Maceira, D., 2000, *Brand Royalty, Price Response and Entry in Pharmaceutical Markets without Patent Protection: The Argentinean Case*. Boston University.

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

Maceira, D., 2004, "Mecanismos de Protección Social en Salud e Impacto de Shocks Financieros: El Caso de Argentina", *mimeo*

Maceira, D. y Leighton, C., 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.

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

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2002, "Política para la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico", [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

Panadeiros, M. y Urbiztondo, S., 1999, "El Mercado de Medicamentos: Enfoques Económicos, Evidencia Internacional y el Caso Argentino", *mimeo*.

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, 2003-2004, Planilla de reclutamiento.

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

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

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

Siempro, 2003, Encuesta de CAPS para el Programa Remediar.

Sosa, M., 2002, "Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica", *Centro de Estudios para la Producción*, Ministerio de Economía.

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,

Tobar, F., Garraza, L., Monsalvo, M. y Falbo, R., 2003, "Impacto de la Política Nacional de Medicamentos en el Año 2002", *mimeo*.

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.

Williamson, O., 1985, *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press.

## Anexos

### Anexo A-5

**Tabla A-5.1: Cantidad de Consultas Promedio Trimestral por Provincia cada 10.000 Habitantes.**

Provincia	Cantidad de consultas expandidas a la totalidad de CAPS desestacionarizadas cada 10.000 hab			
	4 Trimestre 2002	1 Trimestre 2003	2 Trimestre 2003	3 Trimestre 2003
Buenos Aires	728	726	851	749
Capital Federal	221	231	212	216
Catamarca	1,063	1,059	1,008	1,106
Chaco	1,346	1,110	1,624	1,473
Chubut	687	782	678	671
Cordoba	1,113	1,216	1,181	1,170
Corrientes	907	871	1,102	961
Entre Rios	954	815	872	906
Formosa	930	1,373	620	1,129
Jujuy	726	841	719	749
La Pampa	1,998	1,516	1,623	1,481
La Rioja	1,505	1,435	1,377	1,278
Mendoza	1,607	2,007	1,971	2,070
Misiones	786	745	805	801
Neuquen	857	884	1,158	884
Rio Negro	687	879	557	772
Salta	1,483	1,290	1,464	1,512
San Juan	640	555	646	676
San Luis	1,605	1,496	1,106	1,585
Santa Cruz	s/d	s/d	s/d	s/d
Santa Fe	731	687	638	800
Santiago Del Est	843	890	740	844
Tierra Del Fuego	776	1,024	747	830
Tucuman	1,405	1,331	1,241	1,504
<b>Total General</b>	<b>870</b>	<b>865</b>	<b>1,017</b>	<b>898</b>

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

**Tabla A-5.2: Cantidad de consultas discriminadas por CAPS y Hospitales para Octubre y Noviembre de 2002 y 2003, para 5 Provincias Argentinas.**

Provincia	Prestador	Cantidad de Consultas				Variación %			Diferencia de la Variación % Consultas sobre el total		
		2002		2003		Octubre	Noviembre	Bimestral	Octubre	Noviembre	Bimestral
		Octubre	Noviembre	Octubre	Noviembre						
Chaco	CAP	78.545	79.296	93.035	85.388	18,45	7,68	13,04	9,10	3,70	6,36
	Hospitales	153.639	149.252	160.850	152.256	4,69	2,01	3,37	-4,65	-1,97	-3,31
	Otros										
	<b>Total</b>	<b>232.184</b>	<b>228.548</b>	<b>253.885</b>	<b>237.644</b>	<b>9,35</b>	<b>3,98</b>	<b>6,68</b>			
Formosa	CAP	29.269	37.046	29.320	34.345	0,17	-7,29	-4,00	-0,64	2,95	1,40
	Hospitales	59.656	76.881	60.330	67.919	1,13	-11,66	-6,07	0,31	-1,42	-0,68
	Otros										
	<b>Total</b>	<b>88.925</b>	<b>113.927</b>	<b>89.650</b>	<b>102.264</b>	<b>0,82</b>	<b>-10,24</b>	<b>-5,39</b>			
Santa Fe	CAP	199.887	191.004	210.836	184.808	5,48	-3,24	1,22	1,00	3,34	2,16
	Hospitales	350.756	339.772	364.480	311.036	3,91	-8,46	-2,17	-0,57	-1,88	-1,23
	Otros										
	<b>Total</b>	<b>550.643</b>	<b>530.776</b>	<b>575.316</b>	<b>495.844</b>	<b>4,48</b>	<b>-6,58</b>	<b>-0,95</b>			
Neuquén	CAP	38.282	34.258	37.013	33.304	-3,31	-2,78	-3,06	-0,33	-2,44	-1,35
	Hospitales	23.142	22.378	22.579	23.137	-2,43	3,39	0,43	0,55	3,74	2,15
	Otros										
	<b>Total</b>	<b>61.424</b>	<b>56.636</b>	<b>59.592</b>	<b>56.441</b>	<b>-2,98</b>	<b>-0,34</b>	<b>-1,72</b>			
Buenos Aires	CAP	979.976	941.673	1.084.518	942.867	10,67	0,13	5,50	-0,24	-2,47	-1,33
	Hospitales	15.196	16.329	22.631	29.975	48,93	83,57	66,87	38,02	80,97	60,04
	Otros	25.343	23.557	24.657	34.241	-2,71	45,35	20,45	-13,61	42,75	13,61
	<b>Total</b>	<b>1.020.515</b>	<b>981.559</b>	<b>1.131.806</b>	<b>1.007.083</b>	<b>10,91</b>	<b>2,60</b>	<b>6,83</b>			

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por Departamentos de Estadísticas Sanitarias Provinciales.

## Anexo A – 6.1

**Tabla A-6.1.1: Cantidad de Botiquines entregados per capita cada 10000 habitantes NBI entre Octubre 2002 y Diciembre de 2003 por provincia**

Provincia	Cantidad de Botiquines entregados per capita NBI cada 10000 habitantes en															
	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 general
<b>La Pampa</b>	0.00	17.19	17.19	17.19	17.19	3.24	42.17	52.55	45.74	73.31	56.77	65.53	58.39	21.73	96.67	<b>584.87</b>
<b>Mendoza</b>	1.77	6.37	8.22	8.22	8.59	0.82	20.02	25.40	22.12	39.01	32.93	46.00	42.83	20.35	63.26	<b>345.92</b>
<b>San Luis</b>	4.88	2.09	6.45	8.54	9.23	2.96	19.69	22.65	28.75	36.24	35.02	40.94	34.32	20.04	64.11	<b>335.90</b>
<b>La Rioja</b>	3.21	1.86	5.07	6.09	6.09	0.00	14.20	23.16	23.16	31.78	29.41	42.60	36.01	29.58	65.08	<b>317.29</b>
<b>Entre Ríos</b>	4.46	2.89	6.48	7.95	7.90	0.64	15.85	16.97	22.42	39.05	26.54	41.26	36.65	20.31	56.08	<b>305.44</b>
<b>Córdoba</b>	0.68	2.53	4.54	5.22	5.39	6.52	22.42	17.93	20.99	33.84	29.50	32.33	40.86	18.49	55.13	<b>296.37</b>
<b>Catamarca</b>	0.83	5.28	6.12	6.12	6.12	0.00	12.79	17.52	12.23	22.80	20.02	30.72	27.53	24.88	55.47	<b>248.43</b>
<b>Santa Fe</b>	1.87	5.36	7.88	8.89	7.43	2.21	15.96	17.97	18.44	28.93	17.41	26.77	24.48	9.80	35.28	<b>228.69</b>
<b>Tucumán</b>	1.66	10.38	5.16	10.75	6.85	1.66	17.00	8.00	14.97	17.44	24.66	21.44	25.44	23.44	29.51	<b>218.38</b>
<b>San Juan</b>	0.00	7.23	7.04	6.30	6.49	3.34	8.25	11.59	12.42	20.48	20.86	23.36	22.43	19.56	34.94	<b>204.29</b>
<b>Neuquén</b>	5.21	2.48	7.82	8.81	6.33	5.83	11.29	17.99	16.13	24.69	21.46	20.35	16.25	11.79	21.09	<b>197.50</b>
<b>Río Negro</b>	0.00	4.95	5.25	6.27	5.86	2.32	11.72	12.63	15.56	23.34	19.00	23.55	21.12	12.63	33.15	<b>197.36</b>
<b>Chubut</b>	1.09	6.09	6.24	8.59	7.18	2.19	10.93	10.62	14.21	17.80	19.98	16.86	22.79	14.21	37.78	<b>196.56</b>
<b>Buenos Aires</b>	1.30	5.75	7.92	8.76	8.79	1.41	16.18	12.02	9.37	25.24	19.20	20.97	19.05	6.79	28.61	<b>191.36</b>
<b>Chaco</b>	2.65	2.03	5.05	4.89	5.05	0.31	9.42	9.79	8.06	25.73	18.13	24.81	18.93	10.00	31.80	<b>176.66</b>
<b>Misiones</b>	0.96	2.29	3.25	4.93	5.58	1.68	9.82	6.99	11.69	16.82	14.71	22.40	18.46	8.64	29.81	<b>158.03</b>
<b>Tierra del Fuego</b>	2.81	5.61	8.42	4.21	6.31	6.31	12.63	4.21	21.75	15.44	11.23	11.93	2.10	13.33	29.47	<b>155.77</b>
<b>Santiago del Estero</b>	0.28	1.47	3.81	2.82	2.98	0.60	4.88	9.13	9.49	19.74	16.24	21.45	17.51	11.32	28.04	<b>149.76</b>
<b>Corrientes</b>	1.09	2.60	3.69	4.37	3.13	1.66	4.56	9.05	9.12	17.00	11.68	19.94	18.58	8.82	27.51	<b>142.80</b>
<b>Jujuy</b>	0.00	3.40	4.77	4.20	5.11	0.91	12.77	4.94	9.31	14.41	13.68	17.02	18.95	8.46	22.64	<b>140.56</b>
<b>Formosa</b>	1.28	1.84	2.45	3.12	3.00	2.57	7.52	6.06	9.11	16.76	12.66	18.47	14.31	7.34	26.24	<b>132.73</b>
<b>GCBA</b>	4.34	6.56	11.92	11.97	14.05	3.05	16.96	8.13	6.05	11.04	8.73	8.36	7.39	1.85	11.92	<b>132.32</b>
<b>Salta</b>	2.70	1.73	5.31	5.31	3.64	1.61	9.18	7.24	9.03	11.53	11.61	13.05	11.61	7.77	20.71	<b>122.03</b>
<b>Santa Cruz</b>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19.04	15.13	24.41	6.83	43.94	<b>109.36</b>
<b>Total general</b>	<b>1.62</b>	<b>4.63</b>	<b>6.50</b>	<b>7.33</b>	<b>7.03</b>	<b>1.87</b>	<b>14.23</b>	<b>12.41</b>	<b>12.54</b>	<b>24.01</b>	<b>19.42</b>	<b>23.54</b>	<b>22.13</b>	<b>10.98</b>	<b>33.32</b>	<b>201.56</b>

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

Nota:

1. El cuadro se encuentra ordenado de manera descendente por la cantidad de botiquines per capita NBI recibidos.
2. La cantidad de botiquines recibidos por cada provincia se dividieron por la población con NBI de cada Jurisdicción.
3. No se distingue por modelo de botiquín entregado

**Tabla A-6.1.2: Variación en el acceso a medicamentos por parte de los usuarios de CAPS con REMEDIAR. Años 2003 - 2004**  
- en % -

¿Consiguió todos los medicamentos que le recetaron?	Porcentaje		Variación porcentual
	2003	2004	
Si, consiguió todos	50.00	46.90	-6.19
No consiguió todos	49.79	52.84	6.14
Total	100.00	100.00	0.00

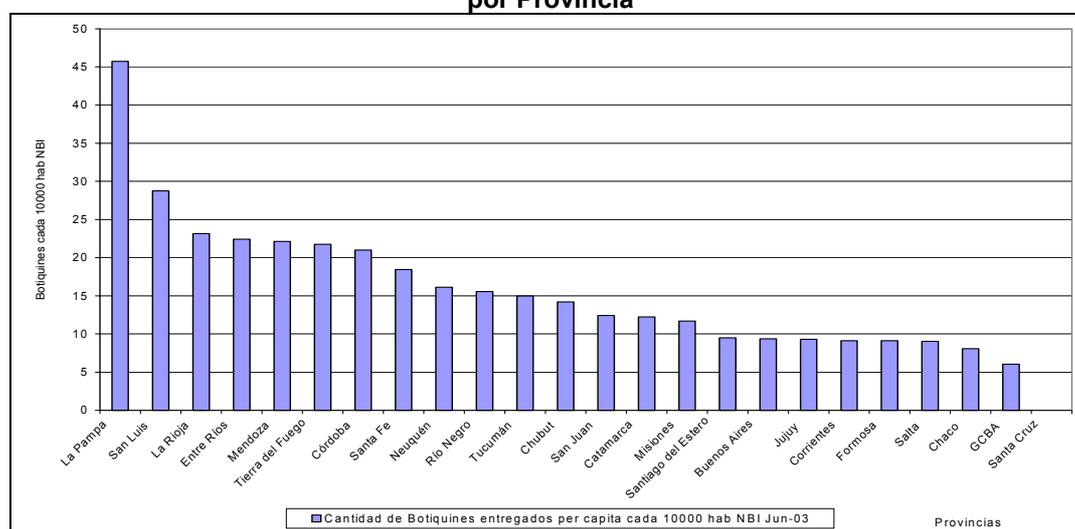
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR.

**Tabla A-6.1.3: Acceso a los medicamentos faltantes. Años 2003-2004.**  
- en % -

¿Consiguió los remedios que le faltaban?	Porcentaje		Variación porcentual
	2003	2004	
Si, todos	34.33	35.68	3.93
Si, algunos	12.02	18.69	55.49
No, ninguno	41.20	44.66	8.40
Ns/hc	12.45	0.97	-92.20
Total	100	100	

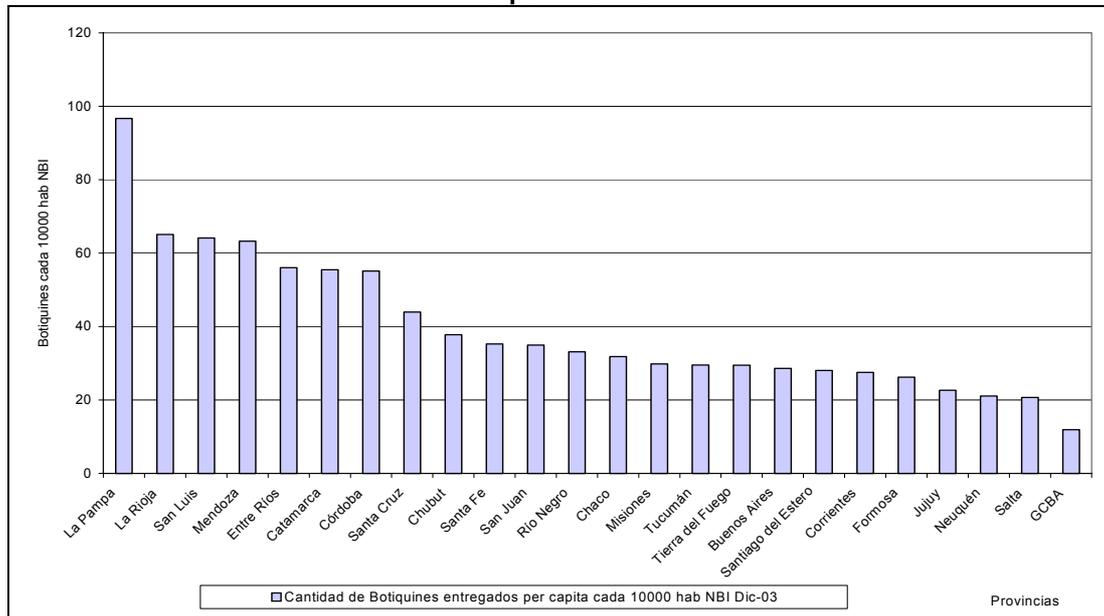
Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud, Programa REMEDIAR.

**Figura A-6.1.1: Cantidad de Botiquines entregados cada 10000 habitantes en Junio de 2003 por Provincia**



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

**Figura A-6.1.2: Cantidad de Botiquines entregados cada 10000 habitantes en Diciembre de 2003 por Provincia**



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

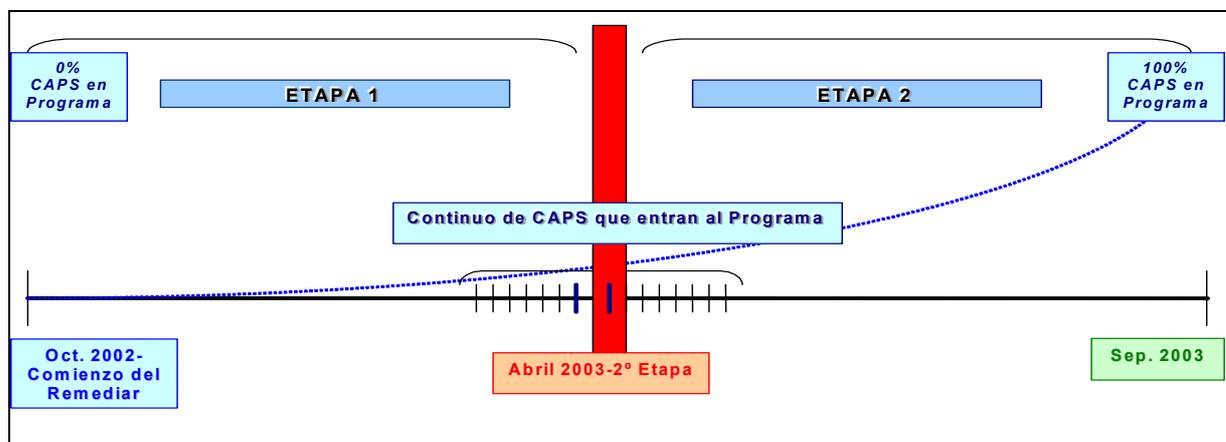
## Anexo A-6.2

### **Modelo Probit versus Diferencias en Diferencias**

La metodología de Diferencias en Diferencias permite analizar el impacto de un programa social sobre determinado resultado. En este estudio en particular, permitiría conocer el efecto del programa Remediar sobre las condiciones de acceso gratuito a medicamentos. Para ello resulta necesario definir dos grupos, denominados 0 y 1. El primero de ellos no participa de la iniciativa, conocido como grupo control, en tanto el segundo si. Asimismo, estos grupos son observados en dos momentos del tiempo, antes (0) y después de la puesta en práctica del programa (1). Específicamente, se requiere considerar un conjunto de CAPS que participen del programa (grupo 1) y otro que no (grupo 0), al cual denominaremos control, unido a la evaluación de los mismos en un período anterior a la puesta en práctica del Remediar (tiempo 0) y otro posterior (tiempo 1).

No obstante, la aplicación de esta técnica para evaluar el impacto del Programa Remediar presenta dos problemas. Por un lado, la determinación del grupo control es poco precisa ya que todos los CAPS se encuentran bajo programa a partir de septiembre de 2003, por tanto no es posible considerar un grupo que no participe de la iniciativa. La forma de resolverlo consistió en tomar como grupo de control a aquellos centros de atención primaria que entraron en la estrategia después de abril de 2003 (comienzo de la segunda etapa). Sin embargo, la diferenciación es muy débil ya que existe un continuo de incorporaciones. Tal como muestra la Figura siguiente, un CAP que comienza a participar del programa en abril de 2003 participa del grupo control, a pesar de que no exista una clara diferenciación respecto a un centro que se incorpora en marzo de ese mismo año (y que forma parte del grupo programa). Asimismo, la falta de información previa a octubre 2002 (momento a partir del cual comienza Remediar) impide establecer un corte temporal antes y después del Programa, considerando como alternativa el 2003 como período pre aplicación del programa y 2004 post implementación.

**Figura A.6.2.1: Diagrama de la entrada de CAPS al Programa Remediar**



La tabla siguiente presenta los resultados obtenidos mediante la utilización de la metodología de diferencias en diferencias. En la misma observamos que el efecto neto del programa sobre el acceso gratuitos a medicamentos es negativo y del orden de -0.1148% (diferencia entre 10.11098 y 10.225813 o alternativamente la resta entre 3.1015 y 3.2163).

**Tabla A.6.2.1: Porcentaje de los consultantes que consiguieron remedios gratuitamente**

Etapa del CAP \ Año	Año 2003	Año 2004	Variación intragrupos
Etapa 1	85.61644	88.71795	3.1015
Etapa 2	75.39063	78.60697	3.2163
Variación entre grupos	10.225813	10.11098	<b>-0.1148</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Siempro (2003-2004)

Este resultado también puede obtenerse utilizando una regresión, con la ventaja de poder controlar por otras variables que afectan el acceso a medicamentos como ser el nivel de ingreso y la cobertura de salud. De esta forma, la ecuación a estimar es la siguiente:

$$AG = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 ti + \rho T * ti + \beta_3 ingreso + \beta_4 cobertura + \varepsilon$$

Donde *AG* es una variable dummy que toma valor 1 si el individuo accedió gratuitamente a medicamentos. Asimismo, *T* y *ti* también son variables dummy, tomando la primera valor 1 si el CAP entra en el programa durante la Etapa 1 y la segunda si el tiempo de análisis es el año 2004. Por otro lado, El coeficiente  $\rho$  identifica el efecto total del Remediar sobre la posibilidad de adquirir medicamentos gratuitos.

La Tabla A.6.2.2 presenta las estimaciones efectuadas utilizando la metodología de diferencias en diferencias. La primera de ellas, que se estima sin las variables de control, da un efecto del programa ( $T*ti$ ) exactamente igual al presentado en la tabla anterior (-0.1148%). No obstante, esta variable no es significativa para explicar el aumento de probabilidad de acceder a medicamentos gratuitos, llevando a la conclusión de que el Remediar no tuvo efectos reales sobre la adquisición de medicamentos. Estos resultados se vuelven a repetir controlando por las variables de ingreso y cobertura, la primera de las cuales es significativa al 10% de confianza.

Los resultados anteriores llevarían a la conclusión de que el Programa no ha cumplido con su objetivo primordial de facilitar el acceso a medicamentos a grupos poblacionales de menores ingresos. Sin embargo, y como se mencionara anteriormente, la imposibilidad de establecer fehacientemente un grupo de control (ya que todos los CAPS se encuentran bajo programa a partir de Septiembre de 2003) y la inexistencia de un límite temporal claro que describa la situación antes y después del Remediar (ya que no existe información disponible anterior a Octubre de 2002, momento en que se inicia el Programa) impiden dar confiabilidad a las conclusiones obtenidas.

**Tabla A.6.2.2: Estimación Diferencias en Diferencias**

Variable dependiente: accedió gratis a medicamentos		
Variables	Coeficientes	
T*ti (efecto total del programa)	-0.0011483 (0.0503662)	0.0030375 (0.0503517)
T	0.1022581** (0.03266)	0.098873** (0.0326659)
ti	0.0321634 (0.0359483)	0.0300519 (0.0359229)
Ingreso		-0.000223*** (0.0001162)
Cobertura		0.0303688 (0.0324133)
Constante	0.7539063* (0.0238406)	0.7615099* (0.0251732)
Nº de observaciones	944	944
R2	0.019	0.023
R2 ajustado	0.156	0.018
Prob > F	0.001	0.001

Fuente: Elaboración propia en base a Siempre (2003-2004)

Nota: Significativa al (\*) 1% de confiabilidad, (\*\*) 5 % y (\*\*\*) 10%

Dadas estas limitaciones, se optó por estimar un modelo Probit para dos momentos separados, años 2003 y 2004, los cuales se presentan en la sexta sección del trabajo.

En el año 2003 se intenta capturar el efecto del Remediar sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos considerando a dos grupos de centros de atención: los incorporados al programa en una primera instancia, y aquellos que no lo fueron. Los resultados obtenidos avalan la hipótesis de que el Remediar incrementó la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, reflejando la primera parte de la Figura anterior.

Por otra parte, en el año 2004 todos los centros de atención se encuentran incorporados al programa y por tal motivo, la encuesta no permite establecer un grupo control (CAPS con y sin programa). Por lo tanto, el objetivo ya no es identificar el efecto que el Programa tiene sobre el acceso gratuito a medicamentos, sino el de conocer si la antigüedad de los CAPS en el Programa es relevante para mejorar las condiciones de acceso. En otras palabras, 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.

Este último ejercicio, explica en términos cuantitativos la totalidad de la Figura precedente. Los resultados hallados evidencian la existencia de un mayor aprendizaje por parte de los centros de atención primaria que participan de la iniciativa desde su comienzo, planteando la hipótesis de que la historia de los CAPS importa en términos de acceso gratuito a la medicación recetada por el profesional responsable.

## **Anexo A-8: Análisis de los modelos de Botiquines y su distribución**

El Programa Remediar distribuye 305 modelos de Botiquines con distintas combinaciones de componentes activos con el objetivo de dar cobertura al 80% de los motivos de consultas registrados en los Centros de Atención Primaria. En una primera etapa del Programa –desde octubre de 2002 hasta marzo de 2003- los botiquines contenían solamente 34 medicamentos. Estos fueron aumentando hasta llegar a 46 remedios en la segunda fase, cubriendo 274 tratamientos distintos. Esta sección del trabajo analiza para el total del país y por provincia los principales botiquines distribuidos durante el año 2003, describiendo sus drogas básicas, precios y cantidades asignadas.

La Tabla A-8.1 muestra la información de siete provincias, que representan distintos perfiles socioeconómicos y epidemiológicos del país, resaltando con color aquellos que componen el 75% de los tipos asignados a cada área.<sup>27</sup> A nivel nacional el modelo 26 es el más distribuido, seguido por el 34 y el 28, con 8.39%, 5.87% y 5.06%, respectivamente. El valor monetario de cada uno de ellos está por encima del precio medio de los botiquines, que es de 100 dólares aproximadamente, siendo los mismos de 151 dólares para el 26, 103 para el 34 y 153 para el 28. Adicionalmente, 31 tipos de botiquines conforman el 75% de la distribución del Programa.

Comparando el reparto nacional con aquellas jurisdicciones presentadas en la tabla, percibimos que en general el patrón nacional se repliega en cada provincia, con algunas excepciones en Capital Federal y Río Negro, donde se reciben algunos modelos particulares. De hecho, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, tiene alta representatividad de los tipos 63 y 163, que no se ven asignados de manera significativa a otras Jurisdicciones. Asimismo, Capital Federal concentra el 75% de sus botiquines en solamente 11 modelos, seguida por Río Negro con 21, y Corrientes y Chaco con 23 tipos distintos. Por el contrario, Córdoba, Mendoza y Santiago del Estero distribuyen el 75% de sus botiquines entre 30, 29 y 27 modelos diferentes.

---

<sup>27</sup> La Tabla 8.2 en el texto principal del documento presenta este análisis tomando como unidad de estudio la patología diagnosticada.

**Tabla A-8.1:  
Botiquines distribuidos por Modelo y Provincia**

Modelo Botiquin	Porcentaje de los Botiquines recibidos por modelo en									
	Total	Buenos Aires	GCBA	Córdoba	Mendoza	Río Negro	Corrientes	Santiago del Estero	Chaco	
26	8.39	8.54	7.34	8.18	7.26	9.27	8.02	9.20	9.38	
34	5.87	3.95	0.72	6.30	6.32	6.11	7.94	7.38	5.56	
28	5.06	3.35	2.40	5.09	5.41	9.49	6.71	10.13	3.51	
18	4.57	2.52	0.25	4.14	5.81	7.09	5.40	5.82	4.65	
24	4.45	2.69	0.00	4.57	5.05	8.07	5.21	5.65	4.66	
3	4.29	5.36	13.07	2.25	2.73	3.82	3.59	2.17	2.92	
5	4.16	5.12	12.53	2.79	3.14	4.31	3.12	2.33	3.10	
29	3.86	5.77	4.77	3.47	3.42	1.15	2.62	1.87	5.51	
27	3.52	5.39	4.47	3.19	2.89	1.09	2.53	1.54	5.27	
23	3.48	5.63	7.17	3.85	2.69	0.76	0.78	1.21	2.19	
17	3.13	4.43	9.24	4.00	2.92	0.65	0.75	1.21	1.73	
8	2.63	4.57	7.47	0.02	1.78	0.00	2.73	0.00	2.72	
156	1.85	1.75	0.00	2.21	1.31	1.09	4.87	2.55	2.22	
48	1.60	1.69	0.34	1.84	2.09	2.56	0.81	1.29	0.70	
40	1.54	2.82	4.18	1.56	1.62	0.60	0.14	0.14	0.55	
35	1.48	1.12	1.90	1.09	2.23	4.42	1.23	3.65	0.70	
171	1.28	0.94	0.00	2.05	1.04	0.55	1.59	0.99	0.73	
175	1.21	1.44	0.00	0.96	2.58	2.07	0.78	0.82	0.11	
165	1.16	1.21	0.00	1.27	1.84	2.89	0.70	1.04	0.88	
37	1.16	0.80	0.00	0.94	0.85	0.22	2.01	1.32	4.52	
46	1.13	0.86	0.00	1.26	0.84	0.38	1.78	0.99	0.86	
45	1.11	0.36	0.00	0.95	0.38	0.60	1.53	2.53	4.04	
44	1.10	0.97	1.94	1.73	2.74	1.64	0.61	1.21	0.17	
155	1.03	1.06	0.00	0.74	1.23	1.64	0.47	0.22	1.25	
6	0.93	0.41	2.11	3.74	0.26	1.47	0.56	0.99	0.18	
43	0.92	0.39	0.00	0.87	0.68	0.71	3.04	1.21	0.42	
183	0.92	0.57	0.00	0.72	0.59	0.76	3.37	1.37	2.09	
31	0.86	0.80	0.00	0.38	0.26	0.00	1.39	0.00	0.73	
172	0.84	0.78	0.00	1.48	0.40	0.49	0.75	2.25	1.45	
25	0.83	0.36	0.00	0.96	0.93	0.27	1.59	1.37	0.44	
58	0.74	1.72	0.00	0.84	0.84	0.00	0.14	0.00	0.00	
47	0.71	1.17	0.00	0.87	0.66	0.00	0.72	0.55	0.29	
169	0.71	0.45	0.00	0.53	1.21	0.65	0.45	1.15	1.40	
41	0.69	0.46	0.00	0.29	0.53	1.36	1.62	1.51	0.66	
51	0.69	0.80	0.00	0.45	0.75	0.76	0.06	0.91	2.72	
178	0.69	0.48	0.00	0.24	0.36	0.16	0.78	0.14	2.77	
177	0.66	1.02	0.00	1.09	0.95	0.27	0.17	0.58	0.00	
152	0.64	0.47	0.00	1.33	0.75	0.05	0.56	0.27	0.33	
71	0.62	0.35	0.00	0.29	0.46	1.15	1.45	1.40	0.86	
38	0.61	1.24	0.13	0.31	0.31	0.11	0.06	0.00	0.00	
82	0.61	0.17	0.00	0.78	0.05	0.05	2.84	0.47	0.84	
64	0.57	0.53	0.00	0.50	0.80	1.58	0.08	0.88	0.06	
120	0.55	0.15	0.00	0.76	0.30	0.16	0.86	1.95	1.05	
160	0.53	0.35	0.00	0.35	1.13	0.27	0.47	0.22	0.72	
32	0.53	0.35	0.21	0.31	1.72	0.00	0.00	0.03	0.86	
161	0.51	0.40	0.00	0.50	0.61	0.05	1.09	0.55	1.14	
179	0.47	0.76	0.13	0.10	0.28	0.00	0.81	0.14	0.40	
10	0.43	0.54	0.00	0.28	1.29	0.33	0.17	0.19	0.00	
75	0.43	0.27	0.00	0.57	0.49	0.65	0.17	0.44	0.07	
53	0.42	0.99	0.00	0.10	0.14	0.00	0.06	0.00	0.11	
193	0.40	0.19	0.00	0.90	0.13	0.76	0.61	1.13	0.86	
181	0.40	0.28	0.00	0.95	0.56	0.22	0.56	0.77	0.04	
12	0.38	0.01	0.04	0.98	0.00	0.00	0.00	1.15	0.00	
159	0.38	0.53	0.00	0.20	0.36	0.55	0.06	0.08	0.24	
39	0.38	0.52	0.25	0.80	0.58	0.11	0.36	0.36	0.20	
182	0.37	0.17	0.00	0.12	0.25	0.38	0.31	0.30	0.31	
81	0.35	0.12	0.00	0.67	0.60	0.00	1.28	0.22	0.94	
186	0.33	0.38	0.00	0.48	0.70	0.49	0.08	0.27	0.02	
167	0.32	0.56	0.00	0.23	0.33	0.11	0.00	0.11	0.07	
11	0.31	0.00	0.00	0.00	0.33	2.78	0.00	0.00	0.00	
42	0.31	0.27	0.25	0.17	0.54	0.38	0.06	0.14	0.07	
70	0.30	0.17	0.00	0.36	0.44	0.38	0.36	1.15	0.24	
157	0.29	0.49	0.00	0.26	0.19	0.00	0.06	0.00	0.11	
49	0.29	0.13	0.00	0.34	0.45	1.20	0.14	0.58	0.04	
76	0.29	0.23	0.00	0.36	0.35	0.82	0.19	0.11	0.13	

**Tabla A-8.1 (continuación I)**

Modelo Botiquin	Porcentaje de los Botiquines recibidos por modelo en								
	Total	Buenos Aires	GCBA	Córdoba	Mendoza	Río Negro	Corrientes	Santiago del Estero	Chaco
180	0.28	0.21	0.00	0.41	0.44	0.22	0.33	0.47	0.04
57	0.25	0.31	0.00	0.13	0.46	0.16	0.03	0.00	0.59
80	0.24	0.31	0.00	0.14	0.04	0.00	0.36	0.03	0.06
78	0.24	0.38	0.00	0.44	0.15	0.11	0.22	0.03	0.00
66	0.23	0.10	0.00	0.17	0.36	0.87	0.11	0.74	0.00
170	0.23	0.20	0.00	0.30	0.06	0.00	0.25	0.36	0.44
187	0.23	0.41	0.00	0.25	0.28	0.27	0.19	0.41	0.04
162	0.22	0.17	0.00	0.24	0.49	0.22	0.11	0.14	0.06
52	0.22	0.37	0.00	0.22	0.41	0.11	0.53	0.11	0.22
79	0.22	0.08	0.00	0.39	0.53	0.16	0.17	0.30	0.07
191	0.20	0.15	0.00	0.54	0.23	0.11	0.08	0.99	0.06
67	0.20	0.34	0.00	0.15	0.40	0.38	0.08	0.11	0.00
77	0.19	0.03	0.00	0.58	0.09	0.05	0.17	0.25	0.28
188	0.18	0.21	0.00	0.07	0.09	0.33	0.25	0.08	0.24
128	0.17	0.27	0.00	0.08	0.06	0.55	0.11	0.14	0.07
189	0.17	0.17	0.00	0.23	0.04	0.00	0.00	0.11	0.70
33	0.17	0.00	0.00	0.75	0.00	0.00	0.00	0.00	0.97
158	0.16	0.16	0.00	0.13	0.19	0.22	0.00	0.05	0.04
59	0.15	0.13	0.00	0.36	0.03	0.05	0.14	0.03	0.04
20	0.14	0.03	0.04	0.37	0.04	0.05	0.39	0.22	0.11
65	0.14	0.13	0.00	0.07	0.14	0.55	0.00	0.11	0.00
21	0.14	0.16	0.00	0.02	0.00	0.00	0.08	0.16	0.33
96	0.13	0.15	0.00	0.05	0.09	0.33	0.11	0.14	0.07
143	0.13	0.08	0.00	0.11	0.39	0.00	0.00	0.36	0.04
134	0.12	0.17	0.00	0.15	0.11	0.71	0.11	0.11	0.15
192	0.12	0.07	0.00	0.09	0.11	0.11	0.11	0.08	0.26
131	0.12	0.17	0.00	0.03	0.41	0.05	0.00	0.05	0.31
145	0.12	0.14	0.00	0.17	0.05	0.16	0.00	0.03	0.18
140	0.12	0.12	0.00	0.17	0.08	0.05	0.00	0.00	0.22
190	0.12	0.07	0.00	0.08	0.25	0.27	0.03	0.52	0.09
69	0.12	0.18	0.00	0.02	0.08	0.16	0.08	0.00	0.00
151	0.11	0.05	0.00	0.07	0.00	0.22	0.67	0.03	0.00
132	0.11	0.09	0.00	0.09	0.28	0.05	0.28	0.11	0.28
135	0.11	0.11	0.00	0.17	0.20	0.16	0.00	0.22	0.13
168	0.11	0.18	0.00	0.15	0.03	0.33	0.11	0.00	0.04
54	0.11	0.01	0.00	0.13	0.18	0.00	0.03	0.19	0.61
166	0.11	0.13	0.00	0.06	0.09	0.27	0.03	0.00	0.09
139	0.10	0.08	0.00	0.00	0.05	0.16	0.11	0.11	0.22
119	0.10	0.02	0.00	0.09	0.01	0.16	0.28	0.41	0.28
102	0.10	0.13	0.00	0.11	0.13	0.22	0.00	0.11	0.00
133	0.10	0.09	0.00	0.17	0.13	0.00	0.03	0.14	0.00
107	0.10	0.04	0.00	0.08	0.16	0.22	0.00	0.19	0.07
68	0.09	0.02	0.00	0.01	0.08	0.33	0.19	0.16	0.07
127	0.09	0.11	0.00	0.13	0.09	0.00	0.00	0.00	0.11
146	0.09	0.03	0.00	0.19	0.15	0.00	0.00	0.16	0.13
113	0.07	0.01	0.00	0.10	0.10	0.00	0.00	0.11	0.40
63	0.07	0.00	3.46	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
108	0.07	0.02	0.00	0.07	0.09	0.00	0.00	0.14	0.00
129	0.07	0.09	0.00	0.01	0.05	0.16	0.00	0.08	0.00
100	0.06	0.05	0.00	0.02	0.15	0.11	0.00	0.00	0.07
101	0.06	0.03	0.00	0.04	0.16	0.11	0.00	0.03	0.02
142	0.06	0.02	0.00	0.05	0.00	0.16	0.08	0.03	0.18
103	0.06	0.04	0.00	0.10	0.06	0.22	0.00	0.00	0.00
111	0.06	0.01	0.00	0.11	0.31	0.00	0.00	0.08	0.00
137	0.06	0.08	0.00	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.18
150	0.06	0.05	0.00	0.14	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00
130	0.06	0.07	0.00	0.08	0.00	0.05	0.06	0.11	0.00
99	0.05	0.06	0.00	0.01	0.09	0.05	0.03	0.11	0.09
136	0.05	0.12	0.00	0.00	0.00	0.00	0.08	0.00	0.15
163	0.05	0.00	2.45	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
138	0.05	0.08	0.00	0.08	0.04	0.00	0.00	0.00	0.00
141	0.05	0.02	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00	0.27	0.06
98	0.04	0.03	0.00	0.07	0.09	0.44	0.00	0.08	0.00
144	0.04	0.03	0.00	0.00	0.05	0.00	0.17	0.03	0.02
184	0.04	0.00	2.15	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
110	0.04	0.00	0.00	0.03	0.03	0.16	0.00	0.00	0.00
112	0.04	0.02	0.00	0.01	0.11	0.00	0.06	0.08	0.06
148	0.04	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	0.31	0.00	0.00
114	0.03	0.00	0.00	0.05	0.09	0.00	0.00	0.08	0.00
116	0.03	0.02	0.00	0.04	0.05	0.00	0.06	0.03	0.00
50	0.03	0.00	0.04	0.11	0.08	0.00	0.03	0.00	0.00
19	0.03	0.05	0.04	0.00	0.01	0.00	0.00	0.03	0.06

**Tabla A-8.1 (continuación II)**

Modelo Botiquín	Porcentaje de los Botiquines recibidos por modelo en								
	Total	Buenos Aires	GCBA	Córdoba	Mendoza	Río Negro	Corrientes	Santiago del Estero	Chaco
173	0.03	0.00	1.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
97	0.03	0.04	0.00	0.04	0.06	0.00	0.00	0.03	0.00
126	0.03	0.04	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.02
104	0.03	0.00	0.00	0.03	0.01	0.00	0.00	0.00	0.13
74	0.03	0.00	1.31	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
19	0.03	0.05	0.04	0.00	0.01	0.00	0.00	0.03	0.06
173	0.03	0.00	1.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
97	0.03	0.04	0.00	0.04	0.06	0.00	0.00	0.03	0.00
126	0.03	0.04	0.00	0.03	0.03	0.00	0.00	0.00	0.02
104	0.03	0.00	0.00	0.03	0.01	0.00	0.00	0.00	0.13
74	0.03	0.00	1.31	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
164	0.02	0.00	1.27	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
106	0.02	0.02	0.00	0.10	0.06	0.00	0.00	0.00	0.00
194	0.02	0.00	1.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
115	0.02	0.01	0.00	0.02	0.00	0.00	0.03	0.19	0.02
118	0.02	0.01	0.00	0.09	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00
1	0.02	0.03	0.00	0.02	0.05	0.00	0.06	0.00	0.00
60	0.02	0.00	0.97	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
105	0.02	0.01	0.00	0.03	0.08	0.00	0.00	0.03	0.00
109	0.02	0.00	0.00	0.00	0.09	0.00	0.00	0.03	0.00
185	0.02	0.00	0.93	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
149	0.02	0.01	0.00	0.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
153	0.02	0.00	0.84	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
117	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.05	0.02
147	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.03	0.00	0.06
72	0.01	0.00	0.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
195	0.01	0.00	0.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
174	0.01	0.00	0.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
13	0.01	0.00	0.00	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
92	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
62	0.01	0.00	0.30	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
93	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
73	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
84	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
83	0.00	0.00	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
154	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

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

La Tabla A-8.2 muestra la cantidad de veces que los componentes activos de los medicamentos, con sus distintas concentraciones, figuran dentro de los 31 botiquines que conforman el 75% de los más distribuidos. Se observa que las drogas hidroclorotiazida, difenhidramina y cafalexina se encuentran presentes en los 31 modelos, mientras que el isosorbide dinitrato, levodopa+carbiodopa y digoxina, figuran en 10% de los botiquines. Para completar esta información, la Tabla A-8.3 establece la cantidad de envases de los medicamentos en los botiquines más distribuidos, concluyendo que las sales de rehidratación oral, el enalapril y la difenhidramina son los remedios que más se distribuyen.

**Tabla A-8.2: Representatividad de los Componentes Activos en el 75% de los Botiquines más distribuidos**

Componente activo	concentracion	Cantidad de Veces que figuran en los 31 botiquines más ditribuidos
HIDROCLOROTIAZIDA	50 MG	31
DIFENHIDRAMINA	12,5 MG/ 5 ML	31
CEFALEXINA	250 MG/ 5 ML	31
PENICILINA G BENZATINICA	1.2MILL UI	30
HIERRO (S. FERROSO)	12.5GR/100ML	30
ENALAPRIL	10 MG	30
DIFENHIDRAMINA	50 MG	29
SALBUTAMOL	5 MG / ML	28
AMOXICILINA	500 MG/ 5 ML	27
ATENOLOL	50 MG	26
AMOXICILINA	500 MG	26
RANITIDINA	150 MG	25
CEFALEXINA	500 MG	25
PARACETAMOL	500 MG	25
METRONIDAZOL	125 MG/5 ML	25
BETAMETASONA	05 MG/ ML	25
COTRIMOXAZOL (TMP - SMX)	400 MG SMX 80 MG TMP	24
NORFLOXACINA	400 MG	24
METRONIDAZOL	500 MG	24
MEBENDAZOL	100 MG/ 5 ML	24
ERITROMICINA	500 MG	24
ERITROMICINA	200 MG/ 5ML	24
MEBENDAZOL	200 MG	24
GLIBENCLAMIDA	5 MG	24
DEXAMETASONA	8 MG/ 2 ML	23
NISTATINA	100.000 U	23
METRONIDAZOL	500 MG	23
METFORMINA	500 MG	23
IBUPROFENO	100 MG/ 5 ML	23
HIERRO (S. FERROSO) + A. FÓLICO	-	22
POLIVITAMINICO	VIT A , C , D	21
GENTAMICINA	0,3%	21
HIOSCINA	10 MG	21
IBUPROFENO	400 MG	20
COTRIMOXAZOL (TMP - SMX)	200MG SMX 40MG TMP/5ML	20
PARACETAMOL	100 MG/ ML	20
NISTATINA	100.000 U/ ML	20
BUDESONIDE	200MICROGRAMOS / DOSIS	20
CLOTRIMAZOL (Y/O MICONAZOL)	1% (Y/O 2%)	20
LEVOTIROXINA	50 MICROGRAMOS	19
AMIODARONA	200 MG	19
ACIDO VALPROICO	250 MG / 5 ML	19
CARBAMACEPINA	200 MG	18
FENITOINA	100 MG	18
SALES DE REHIDRATACION ORAL	27.9 G	14
FUROSEMIDA	40 MG	9
ERGONOVINA	0.2 MG	8
FURAZOLIDONA	16,5 MG/ 5 ML	5
ISOSORBIDE DINITRATO	5 MG	4
LEVODOPA+CARBIDOPA	250/ 25 MG	4
DIGOXINA	0.25 MG	3

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

**Tabla A-8.3: Representatividad de los Componentes Activos en el 75% de los Botiquines más distribuidos**

Componente activo	concentracion	Cantidad de envases en los 31 botiquines más distribuidos
SALES DE REHIDRATACION ORAL	27.9 G	63
ENALAPRIL	10 MG	44
DIFENHIDRAMINA	12,5 MG/ 5 ML	36
IBUPROFENO	100 MG/ 5 ML	35
HIDROCLOROTIAZIDA	50 MG	34
DIFENHIDRAMINA	50 MG	34
SALBUTAMOL	5 MG / ML	33
HIERRO (S. FERROSO)	12.5GR/100ML	31
ATENOLOL	50 MG	31
CEFALEXINA	250 MG/ 5 ML	31
PENICILINA G BENZATINICA	1.2MILL UI	30
PARACETAMOL	500 MG	30
CEFALEXINA	500 MG	30
BETAMETASONA	05 MG/ ML	30
BUDESONIDE	200MICROGRAMOS / DOSIS	29
METRONIDAZOL	125 MG/5 ML	28
AMOXICILINA	500 MG	28
AMOXICILINA	500 MG/ 5 ML	27
RANITIDINA	150 MG	25
PARACETAMOL	100 MG/ ML	25
ERITROMICINA	500 MG	25
ERITROMICINA	200 MG/ 5ML	25
COTRIMOXAZOL (TMP - SMX)	400 MG SMX 80 MG TMP	25
MEBENDAZOL	200 MG	25
NORFLOXACINA	400 MG	24
METRONIDAZOL	500 MG	24
GLIBENCLAMIDA	5 MG	24
COTRIMOXAZOL (TMP - SMX)	200MG SMX 40MG TMP/5ML	24
METRONIDAZOL	500 MG	24
HIERRO (S. FERROSO) + A. FÓLICO	-	24
MEBENDAZOL	100 MG/ 5 ML	24
DEXAMETASONA	8 MG/ 2 ML	23
NISTATINA	100.000 U	23
METFORMINA	500 MG	23
POLIVITAMINICO	VIT A , C , D	22
GENTAMICINA	0,3%	21
NISTATINA	100.000 U/ ML	21
HIOSCINA	10 MG	21
CLOTRIMAZOL (Y/O MICONAZOL)	1% (Y/O 2%)	20
IBUPROFENO	400 MG	20
ACIDO VALPROICO	250 MG / 5 ML	19
AMIODARONA	200 MG	19
LEVOTIROXINA	50 MICROGRAMOS	19
CARBAMACEPINA	200 MG	18
FENITOINA	100 MG	18
FUROSEMIDA	40 MG	10
ERGONOVINA	0.2 MG	9
FURAZOLIDONA	16,5 MG/ 5 ML	5
ISOSORBIDE DINTRATO	5 MG	4
LEVODOPA+CARBIDOPA	250/ 25 MG	4
DIGOXINA	0.25 MG	3

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

## **Anexo A-9: Descripción de la información utilizada para el estudio**

El desarrollo de la presente investigación requirió el análisis de diferentes fuentes de información.

En primer lugar, se trabajó con una base de datos desarrollada por las autoridades del **Programa Remediar** a través de una encuesta mensual a los representantes de cada CAP. Este instrumento provee información, para el período comprendido entre octubre de 2002 y diciembre de 2003, asociada con cantidad de consultas en cada CAP, cantidad y tipo de botiquines entregados, cantidad de medicamentos entregados según principio activo y cantidad de recetas prescriptas en cada CAP.

La desagregación a nivel de CAP de tal información, permite agrupar a los centros de atención por provincia y quintil de ingreso de los departamentos a los que pertenece. Sin embargo, se observó un bajo grado de adhesión a la encuesta por parte de los representantes de los CAPS, no lográndose contar con información precisa acerca de los indicadores mencionados (especialmente aquella relacionada con el número de consultas).

Paralelamente, el Programa Remediar proveyó información sobre los precios finales abonados por cada medicamento en el proceso de licitación. Dicha información resulta de utilidad para conocer el costo total del Remediar tal como se analiza en la sección 7. Complementariamente, se utilizó información sobre precios de mercado de cada uno de los medicamentos incorporados en el botiquín Remediar, proveniente del **Sector Farmacéutico Argentino**, con el objeto de establecer el ahorro financiero generado a partir de la compra centralizada.

Por último, se contó con información sobre diagnósticos identificados en las consultas y medicamentos prescriptos, provista por Remediar a partir de la selección aleatoria de cinco mil recetas entre todos los CAPS del programa. A partir de ello es posible identificar el diagnóstico del consultante seleccionado en la muestra y el medicamento prescripto por el médico para afrontar dicho diagnóstico, en tanto establecer diferentes perfiles epidemiológicos entre regiones del país (Provincia, Departamentos o Regiones).

En segundo términos, se utilizó información proveniente de la **Oficina de Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (Siempre)**, quien diseñó y desarrolló tres encuestas a usuarios de CAPS durante el año 2003 y 2004.

En este sentido, a partir del número total de CAPS del país provisto por el Programa se diseñaron dos muestras, una integrada por CAPS bajo programa en la primera etapa y otra por CAPS sin programa. Un segundo paso, consistió en separar de ambas muestras a aquellos centros de atención con un número de consultas mensuales menor a 600.

En cada subgrupo, con y sin programa en la primera etapa, se seleccionó una muestra estratificada de 50 CAPS. Considerando que a febrero de 2003 no todos los centros de atención primaria estaban bajo programa, la muestra contemplaba 50 CAPS con programa y 50 sin programa. Este último grupo se constituye en el grupo de control.

En cada uno de los cien CAPS considerados se seleccionaron aleatoriamente diez consultantes. En una primera etapa, los encuestadores concurren a los cien CAPS donde efectuaron un relevamiento de toda la población que concurrió en búsqueda de atención, utilizando para tal fin una planilla denominada **Reclutamiento**.

Dicho instrumento, permite caracterizar a los consultantes de los CAPS según necesidad de acceder a medicación y obtención de remedio. En este sentido, permite obtener información sobre: consultantes totales y susceptibles de ser recetados; consultantes que recibieron prescripción de medicamentos, consultantes que consiguieron medicamentos gratuitos por Remediar u otra manera, etc.

Posteriormente, se seleccionaron aleatoriamente diez pacientes en cada uno de los CAPS de la muestra y se los visitó en sus respectivos hogares.

Las entrevistas en los hogares se realizaron mediante la aplicación de dos instrumentos:

- I. **Modulo de salud:** es respondido exclusivamente por el consultante que asistió al CAP en demanda de atención médica o por el adulto responsable. El objetivo de este modulo es obtener información sobre el acceso gratuito a medicamentos, los modos de obtención de los mismos, y en caso de no haberlos conseguido releva las causas de tal situación.
- II. **Cuestionario a Hogares:** está destinado a recoger información de todos los integrantes del hogar del consultante. Este instrumento es una adaptación de la Ficha de Beneficiarios Actuales y Potenciales de Programas Sociales (FIBAPS) que se utiliza en el sistema de identificación y registro de familias beneficiarias de programas y servicios sociales (SISFAM). El mismo releva, en forma sistemática, la información correspondiente a los grupos poblacionales en situación de pobreza y vulnerabilidad social y se utiliza para focalizar intervenciones sociales del Estado.

El cuestionario a hogares contiene información sobre la conformación sociodemográfica de los hogares, educación, salud, situación y características ocupacionales e ingreso de cada uno de los integrantes. También otorga información vinculada a las características estructurales de la vivienda. A partir de ello, permite evaluar la focalización del programa en términos de la situación de pobreza por ingreso y la cobertura de seguro de salud.

En el año 2004, se realizaron dos encuestas a usuarios adicionales. La primera corresponde al desarrollo de una re-entrevista a los mismos consultantes encuestados en el 2003. Para ello, se diseñó un cuestionario de menor tamaño que permite contar con información respecto del acceso gratuito en CAPS de medicamentos y motivos de selección del CAP.

La segunda encuesta mantiene igual diseño y se desarrolla bajo la misma modalidad de la encuesta a usuarios del 2003 con una muestra de consultantes diferentes. En este caso, no es posible identificar un grupo control dado que a partir de septiembre de 2003 el cien por ciento de los CAPS del país se encuentran incorporados al programa.

Complementariamente, se recurrió a la **Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares** realizada por el **INDEC** entre los años 1996 y 1997. Dicho instrumento, con representatividad nacional y regional, se dirigió a hogares particulares residentes en el área urbana de las localidades de 5 mil y más habitantes de todo el país, conformando una muestra de 114 ciudades que representaron el 96 por ciento de la población urbana. Las principales variables investigadas son el gasto y el ingreso de los hogares, con el objetivo de conocer la estructura presupuestaria de los hogares, el origen de los ingresos y asignación a los distintos tipos de gastos.

Asimismo, se analizó la **Encuesta Nacional de Utilización y Gasto en Servicios de Salud**, elaborada por la **Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación** entre los meses de julio y agosto de 2003. Dicha encuesta, con representatividad nacional, es un relevamiento a una muestra de 2317 personas de todas las edades, destinado a evaluar aspectos de utilización y gastos en servicios de salud, complementando dicha información con características sociodemográficas de la población. A partir de ello, es posible conocer la existencia de consulta y los motivos de la misma, características socioeconómicas de los individuos, el valor del pago de bolsillo según rubro, etc.

Conjuntamente con todas las fuentes de información mencionadas, se utilizó la **Encuesta de Crisis** desarrollada a hogares por el **Banco Mundial** en 2002, con representatividad nacional y dirigida a conocer la existencia de modificaciones en los hábitos de consumo de los hogares y sus motivos.

Por último, se recurrió a información proveniente del **Ministerio de Salud de la Nación** (cantidad de consultas totales realizadas en hospitales públicos y la guía de establecimientos asistenciales 2000), de las **Direcciones de Estadísticas Sanitarias de las Provincias del Chaco, Buenos Aires, Formosa, Santa Fe y Neuquén** (cantidad de consultas en hospitales provinciales y centros de atención primaria), de la Organización Panamericana de la Salud (años de vida potencialmente perdidos según causas) e INDEC (Censo Nacional de Población y Vivienda 1991/2001).