

CEDES

Nuevos Documentos CEDES

es una serie monográfica periódica del Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Su objetivo es contribuir al avance del conocimiento científico por medio de la difusión de investigaciones de las diferentes áreas que conforman la institución.

Esta publicación se edita en formato electrónico y es de libre acceso.

Disponible en:
http://www.cedes.org/informacion/ci/publicaciones/nue_doc_c.html

ISSN 1851-2429

Numero 50, Año 2008

**Centro de Estudios
de Estado y Sociedad
Coordinación Técnica**

Sandra Raiher

Centro de Información - CEDES
cicedes@cedes.org

CEDES

Sanchez de Bustamante 27
(C1173AAA) Ciudad Autónoma de
Buenos Aires

Argentina

E-mail: cedes@cedes.org

<http://www.cedes.org>

Nº 50/2008

Nuevos Documentos Cedes

Focalización y Aprendizaje en un Programa Argentino de Distribución de Medicamentos

Daniel Maceira**

** Investigador Titular del Centro de Estudios
de Estado y Sociedad (CEDES).

Cedes, Buenos Aires, 2008

Focalización y Aprendizaje en un Programa Argentino de Distribución de Medicamentos

Daniel Maceira **

CEDES, Argentina

Junio, 2005

Resumen:

A partir de diciembre de 2001, y a raíz de la crisis macroeconómica e institucional que experimentó la Argentina, la brecha entre demanda de medicamentos potencial y efectiva se incrementó, especialmente sobre la población perteneciente a los primeros quintiles de ingreso. Frente a esta situación, el Ministerio de Salud diseñó el Programa Remediar, una iniciativa destinada a proveer medicamentos gratuitamente a la población bajo la línea de pobreza y sin cobertura formal en salud, a través de los Centros de Atención Primaria (CAPS). En este contexto, el objetivo del presente trabajo es analizar la presencia de un proceso de aprendizaje en los mecanismos utilizados por el Programa para focalizar y distribuir los medicamentos sobre la población objetivo. Para ello, se desarrolla un juego dinámico con información incompleta destinado a analizar el accionar del Programa. Asimismo, y sobre la base de información sobre cantidad de botiquines distribuidos mensualmente provista por el Programa, indicadores de necesidad de la población en base al INDEC y una encuesta a usuarios desarrollada por Siempre, se analiza descriptivamente y mediante un modelo probit, el grado de focalización en la población objetivo. Los resultados avalan la hipótesis de aprendizaje en el tiempo, tanto en términos provinciales como municipales. Asimismo, se sugiere que la antigüedad del CAP en el programa mejora las condiciones de acceso gratuito a medicamentos, especialmente de la población bajo la línea de pobreza.

** Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

1- Introducción

Desde 1991 y hasta mediados de 1998, la economía argentina ha experimentado un crecimiento promedio anual del 8 por ciento, llegando en 1999 a tener un PBI per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo de US\$ 11 mil. Sin embargo, a partir de 1998 comenzó una fase descendente del ciclo económico, con una profunda recesión de su actividad. Las consecuencias inmediatas fueron una crisis del empleo, con incrementos sostenidos de la tasa de desempleo y subocupación. De acuerdo con 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.

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

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

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

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

El Programa Remediar es un plan centralizado de acción conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS) con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Dicha iniciativa está orientada a asegurar el acceso de las familias pobres a medicamentos genéricos esenciales en la atención primaria de la salud, los cuales son críticos en el tratamiento de cerca del 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 (SIEMPRO y SISFAM, 2003)¹.

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

La implementación del Programa contempló dos etapas. La primera corresponde a la puesta en marcha del mismo, entre octubre de 2002 y abril de 2003. De acuerdo a la oficina de SIEMPRO durante dicho período se incluyeron 2215 CAPS². La segunda etapa se inició en abril de 2003, incorporando progresivamente a todos los Centros de Salud.

Las compras de medicamentos han sido centralizadas por el Programa a través de licitaciones en forma periódica, constituyéndose en una central de abastecimiento.

Dado este contexto, el objetivo del presente trabajo es analizar el grado de focalización del programa en la población de menores recursos. A partir de ello, se estudia la existencia de una relación entre cantidad de botiquines distribuidos e indicadores de necesidades tanto a nivel provincial como municipal. Asimismo, se analiza la presencia de un proceso de aprendizaje en la focalización de los botiquines por parte del Programa a través del tiempo.

Para ello, en la siguiente sección se desarrolla un juego dinámico con información incompleta destinado a analizar las reglas que dirigen el accionar del Programa. En la tercera sección se describen las principales fuentes de información y las perspectivas de análisis implementadas. En la cuarta sección, se estudian los principales resultados estadísticos y econométricos alcanzados, en tanto el último capítulo discute las principales conclusiones.

2- El modelo

El análisis Walrasiano supone que la asignación de recursos puede ser modelada bajo los supuestos de coordinación instantánea y ausencia de costos de monitoreo e información. Sin embargo, desarrollos posteriores³ analizan la asignación de recursos con tecnologías imperfectas en la información de los agentes sobre sus oportunidades de intercambio y utilidad.

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

¹ “Programas de la Emergencia. Evaluación de Medio Término del Programa Remediar”, agosto 2003, mimeo.

² SIEMPRO, 2003, “Línea de Base del Programa Remediar”.

³ Diamont, P., 1989, “Search Theory”, en Allocation, Information and Markets, editado por Eatwell, J., Milgate, M. y Newman, P., The New Palgrave.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3- Fuentes de información

Para el desarrollo del presente trabajo se recurrió al análisis de diferentes fuentes de información.

La Oficina de Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) diseñó y desarrolló tres encuesta a usuarios de CAPS durante los años 2003 y 2004. 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. En cada subgrupo, se seleccionó una muestra estratificada de 50 CAPS. 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. Posteriormente, se seleccionaron aleatoriamente diez pacientes en cada uno de los CAPS de la muestra y se los visitó en sus respectivos hogares.

Complementariamente se recurrió a información a nivel provincial y municipal referente al porcentaje de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) provista por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y la Organización Panamericana de la Salud. Finalmente, se utilizó información sobre cantidad de botiquines enviados mensualmente a

cada CAP, durante octubre de 2002 y diciembre de 2003, provista por el Programa Remediar.

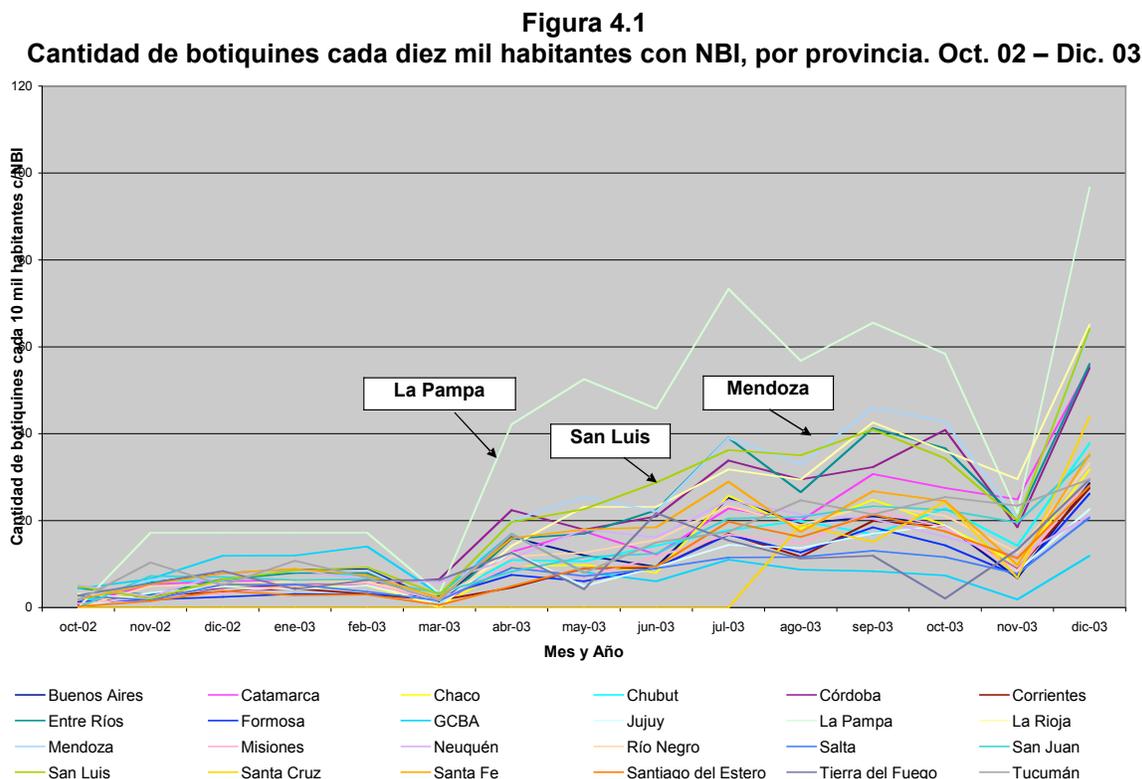
El desarrollo de la presente investigación implementa dos perspectivas de estudio. La primera asociada sobre la conducta del Programa, a través del análisis de estadísticas descriptivas sobre cantidad de botiquines distribuidos entre provincias y quintiles de CAPS, identificando su asociación con las necesidades de la población. La segunda perspectiva de estudio, se encuentra focalizada sobre los resultados alcanzados por el Remediar, examinando si la fecha de inclusión de cada CAP al programa (su antigüedad) resulta relevante para mejorar las condiciones de acceso gratuito a medicamentos.

4- Resultados estadísticos

El objetivo de la presente sección es analizar el grado de focalización de la entrega de botiquines en la población con mayores necesidades. Para ello, se utiliza información sobre cantidad de botiquines distribuidos mensualmente entre octubre de 2002 y diciembre de 2003, tanto a nivel provincial como municipal. Seguidamente, se estudia el efecto que tiene la antigüedad del CAP en el programa sobre su desempeño, medido en términos de acceso gratuito a medicamentos por parte de la población demandante.

4.1- Análisis descriptivo

La Figura 4.1, presenta la cantidad de botiquines totales entregados a cada provincia durante el período bajo estudio:



Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por Remediar.

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

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

Paralelamente, se revelan dos caídas significativas en la distribución durante los meses de marzo y noviembre de 2003. La primera de ellas se encuentra asociada con la finalización de la primera Etapa del programa y el comienzo de la segunda fase, que involucró un masivo escalamiento de la entrega hasta ese momento, con grandes cambios relativos entre provincias. En nueve de ellas la reducción en el número de botiquines descendió más del 80 por ciento mientras que en otras se vio incrementada, como en el caso de la provincia de Córdoba. La variación de noviembre, si bien 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. Sin embargo, éste último cambio de tendencia es producto de un retraso en la entrega correspondiente a dicho mes, la cual fue efectivizada en el mes siguiente.

La Tabla 4.1 presenta por mes los valores mínimos y máximos de botiquines distribuidos por provincia cada diez mil habitantes con NBI. Considerando los máximos entre extremos temporales se percibe un crecimiento de 18,55 veces en la distribución de medicamentos, en tanto que la diferencia entre valores mínimos entre octubre 2002 y diciembre 2003 es de 42,5. Ello evidencia una reducción significativa en la dispersión entre cifras extremas.

Tabla 4.1
Cantidad Máxima y Mínima de Botiquines cada 10.000 habitantes NBI por provincia

Max - Min / Provincia	Oct-02	Nov-02	Dec-02	Jan-03	Feb-03	Mar-03	Apr-03	May-03	Jun-03	Jul-03	Aug-03	Sep-03	Oct-03	Nov-03	Dec-03	Total
Máximo	5.21	17.19	17.19	17.19	17.19	6.52	42.17	52.55	45.74	73.31	56.77	65.53	58.39	29.58	96.67	584.87
Provincia	Neuquén	La Pampa		Córdoba			La Pampa				La Rioja		La Pampa			
Mínimo	0.28	1.47	2.45	2.82	2.98	0.31	4.56	4.21	6.05	11.04	8.73	8.36	2.10	1.85	11.92	109.36
Provincia	Sgo del Estero	Formosa	Sgo del Estero	Chaco	Corrientes	Tierra del Fuego	Capital Federal				Tierra del Fuego	Capital Federal	Santa Cruz			
Diferencia	4.93	15.72	14.75	14.37	14.21	6.21	37.61	48.34	39.69	62.27	48.04	57.16	56.28	27.73	84.75	475.52

Provincias Pobres
Provincias Ricas

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

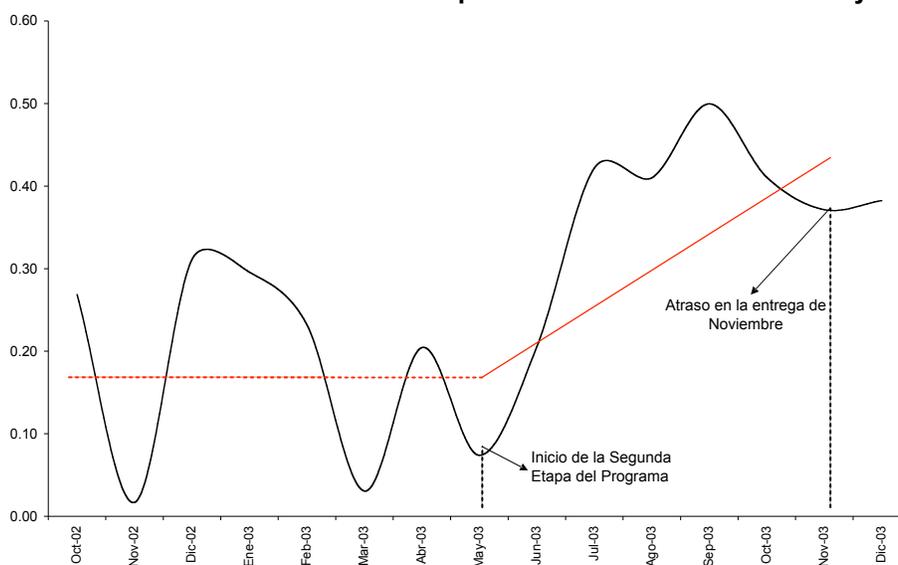
La variación mínimo-máximo a principios del programa fue de 18,60 veces, valor que se redujo hacia diciembre de 2003 en 8,10 veces, implicando una mejora de 2,29 veces en un período de quince meses de desarrollo de Remediar.

Asimismo, tomando en consideración las jurisdicciones donde se identificaron los valores mínimos y máximos por mes, se presentan dos hallazgos. El primero de ellos se refiere a La Pampa como la provincia más beneficiada por el Programa durante casi el 87 por ciento del tiempo de aplicación del mismo. El segundo se asocia con un cambio sustancial

en el aprendizaje del Remediar a partir de la finalización de la primera fase (abril 2003). Hasta dicho momento, las provincias con menor número de botiquines cada diez mil habitantes con NBI fueron Santiago del Estero -principalmente-, Formosa, Chaco y Corrientes, reflejando limitaciones en el proceso de focalización. Posteriormente, y a partir de mayo del 2003, los mecanismos de convergencia comienzan a hacerse evidentes: Capital Federal, Tierra del Fuego y Santa Cruz –tres jurisdicciones tradicionalmente con bajos porcentajes de NBI- pasan a ocupar los últimos lugares en la distribución ponderada de botiquines.

A partir de estos resultados, la Figura 4.2 presenta la estimación del índice de correlación simple entre la cantidad de botiquines per cápita (no per cápita con NBI) distribuida mensualmente por provincia y el porcentaje de la población con NBI.

Figura 4.2
Correlación entre cantidad de botiquines cada diez mil habitantes y NBI



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

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

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

Complementariamente, se agruparon a los Centros de Atención por quintiles (972 Centros de Atención Primaria en cada grupo) en función del NBI del municipio en el que se

encuentran localizados. La Tabla 4.2 establece para cada quintil la cantidad de botiquines distribuidos cada 10 mil habitantes con necesidades básicas insatisfechas durante el período octubre 2002 y diciembre 2003.

Tabla 4.2
Botiquines per capita cada 10 mil habitantes con NBI distribuidos. Oct. 02 – Dic. 03
Por quintil de CAP

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

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

1 Cada quintil de CAP cuenta con 972 CAPS.

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

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

4.2- Resultados econométricos

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

Bajo esta hipótesis, y sobre la base de la información suministrada por la encuesta a consultantes 2004, se estimó, mediante un modelo probit, la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos en función de dos tipos de variables. El primero asociado

con las características del consultante: nivel de ingreso y una variable dummy que toma valor uno si el individuo tiene cobertura formal de salud. Por otra parte, se incorpora una segunda variable dummy que califica el momento de incorporación del CAP al programa, tomando valor uno si el centro de atención participa de la iniciativa desde la primera etapa.

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

Tabla 4.3
Modelo Probit

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

Nota: * significativa al 1% de confiabilidad

** al 5% de confiabilidad

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

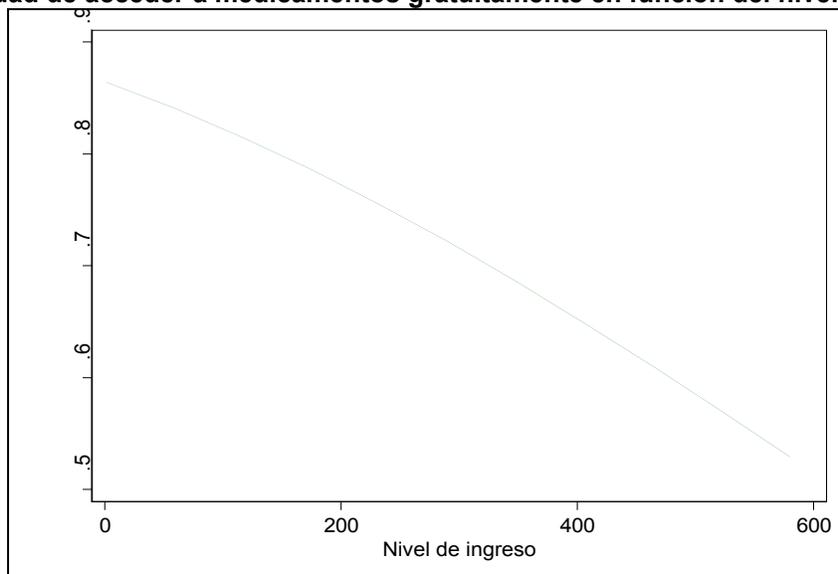
Por otra parte, el nivel de ingreso de los consultantes resultó significativo al 5% de confiabilidad y con signo negativo. Este resultado implica que individuos con menor nivel de ingreso tienen mayor probabilidad de acceder gratuitamente a los medicamentos prescritos y entregados por el Remediar. A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

Alternativamente la Figura 4.3, expone específicamente el efecto parcial del ingreso sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, manteniendo el resto de las variables constantes en sus medias. En la misma se observa claramente que a medida

que aumenta el nivel de ingreso de los individuos disminuye la probabilidad de adquirir medicamentos gratuitos.

Figura 4.3

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



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

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

5- Conclusiones

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

Frente a esta situación, a partir del año 2002, el Ministerio de Salud formuló una Política Nacional de Medicamentos, cuya estrategia se basó en tres ejes principales: (i) una ley de prescripción por nombre genérico, (ii) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y, (iii) la provisión pública para aquellos que no cuenten con cobertura de seguro de salud ni recursos con que adquirirlos (el Programa Remediar).

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

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

El programa tiene como principal objetivo la entrega gratuita de medicamentos con el fin de reducir la brecha entre demanda potencial y efectiva, especialmente de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza y sin cobertura formal en salud. A partir de ello, el objetivo del trabajo es analizar el grado de focalización del programa sobre dicha población objetivo, mediante la utilización de indicadores de necesidad tanto a nivel provincial como municipal. Asimismo, se analiza la existencia de un proceso de aprendizaje en la focalización a través del tiempo.

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

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

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

6- Referencias Bibliográficas

Balance, R., Pogany, J. y Forstner, H., 1992, *The World's Pharmaceutical Industries. An Internacional Perspective on Innovation, competition and Policy*. Edward Elgar Eds.

Banco Mundial, 2002, Encuesta de Consumo e Impacto de la Crisis.

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

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

Falbo, R., 2003, "Impacto Redistributivos del Programa Remediar", en *El Futuro del Acceso a los Medicamentos en la Argentina*, Ministerio de Salud - Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria.

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

INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001.

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

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

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 Servicios de Salud.

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

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.

Siempre, 2003-2004, Planilla de reclutamiento.

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

Siempre, 2003, "Programas de la Emergencia. Evaluación de Medio Término del Programa Remediar", *mimeo*.

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

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

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

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