



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 51, 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 51/2008

Nuevos Documentos Cedes

Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina

Daniel Maceira**

Ignacio Apella***

Eugenia Barbieri***

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

*** Investigador/a Asistente del CEDES.

Cedes, Buenos Aires, 2005

Necesidades de la Demanda y Subsidios de Medicamentos: La Experiencia del Programa Remediar en Argentina

Daniel Maceira^{}**

Ignacio Apella^{*}**

Eugenia Barbieri^{*}**

CEDES, Argentina

Junio, 2005

Resumen:

Entre los años 2001 y 2002 se evidenció un incremento en la brecha entre la demanda potencial y efectiva de medicamentos, especialmente en 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. Considerando que el Programa actúa como un subsidio indirecto a la demanda, a través de los Centros de Atención Primaria (CAPS), el objetivo del presente trabajo es conocer la habilidad del mismo para reducir la brecha entre la demanda potencial y efectiva de medicamentos, y establecer el potencial efecto redistributivo sobre la población objetivo en términos de gasto en medicamentos e ingreso. A partir de la Encuesta a Consultantes, 2003 y 2004, se desarrolla un modelo probit, estimando la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, en función del nivel de ingreso y el tipo de cobertura de los individuos, junto a una variable dummy que toma valor uno si el CAP consultado se encuentra bajo la órbita del Remediar. Asimismo, se analiza el monto total gastado por el Programa, a precios promedio de mercado, la participación de cada quintil de ingreso en las consultas totales y los niveles de gastos en salud por quintil de ingreso, provenientes de la Encuesta Nacional de Gasto y Utilización de Servicios de Salud, 2003. Los resultados hallados sugieren la eficacia del Remediar en el aumento de la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos por parte de la población bajo la línea de pobreza. Asimismo, se identifica un potencial efecto Redistributivo mejorando la equidad en el gasto de medicamentos, lo cual implica una reducción del índice de Gini desde 0.11 a 0.08. Finalmente, el programa podría alcanzar importantes niveles de ahorros en gasto en medicamentos del 21.2 por ciento en primer quintil de ingresos y del 9.3 por ciento para el segundo.

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

^{***} Investigador/a Asistente del 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 estimaciones del INDEC a través de la Encuesta permanente de Hogares, el ingreso medio de los hogares pertenecientes al primer quintil de ingreso sufrió una depreciación promedio del 30.5 por ciento entre 1997 y 2002, en tanto que aquellos pertenecientes al quintil más alto experimentaron una caída del 15 por ciento.

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

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

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

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

El Programa Remediar es un plan centralizado de acción conjunta entre el Ministerio de Salud de la Nación y el Programa de Reforma de Atención de la Salud (PROAPS) con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo. Dicha iniciativa está orientada a asegurar el acceso de las familias pobres a medicamentos genéricos esenciales en la atención primaria de la salud, los cuales son críticos en el tratamiento de cerca del 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 de su zona de residencia, puede acceder gratuitamente a la medicación recetada a partir del retiro de la misma en la farmacia del CAP, firmando una receta específica del programa.

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

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

Dado este contexto, el objetivo del presente trabajo es conocer la habilidad del programa para mejorar el acceso a medicamentos de la población bajo la línea de pobreza en el periodo comprendido entre octubre de 2002 y diciembre de 2003, y reducir la brecha entre demanda potencial y efectiva. Asimismo, se establecerá el potencial impacto redistributivo sobre dicha población, en términos de ingreso y gasto en medicamentos.

Para ello, en la siguiente sección se describen las principales fuentes de información y la metodología utilizada. En la tercera sección, se analiza la participación del gasto en medicamento sobre el gasto total en salud y su efecto regresivo sobre la población más pobre. En la cuarta sección se estudia el desempeño del programa Remediar en términos de acceso a medicamentos, en tanto el siguiente capítulo analiza el potencial impacto redistributivo sobre la población objetivo. Finalmente, la quinta sección discute las principales conclusiones.

2- 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

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

² SIEMPRO, 2003, "Línea de Base del Programa Remediar".

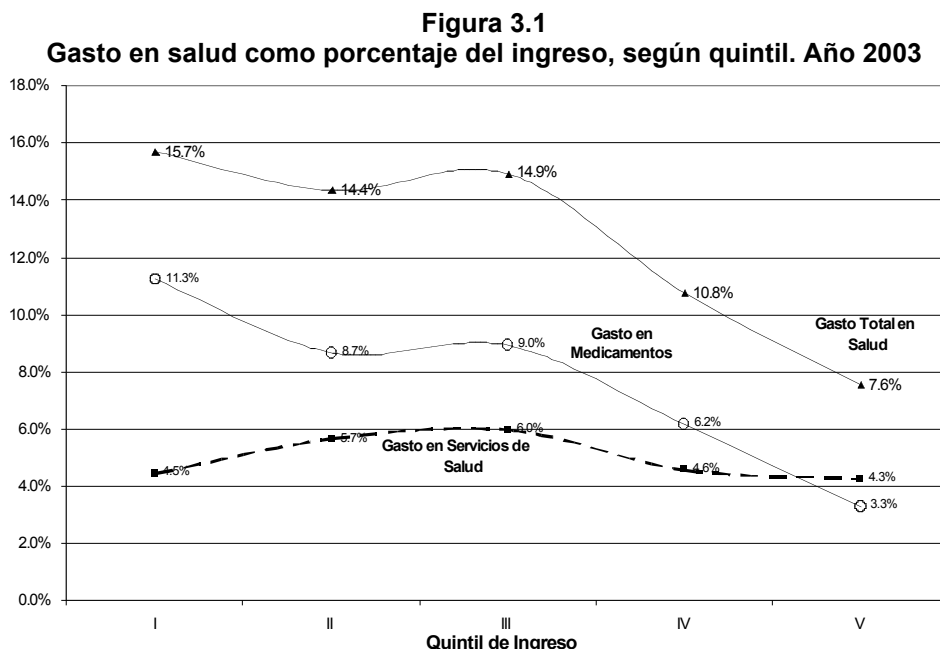
donde efectuaron un relevamiento de toda la población que concurrió en búsqueda de atención, utilizando para tal fin una planilla denominada Reclutamiento.

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 la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, 1996/97 desarrollada por INDEC, y a la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2003, diseñada por el Ministerio de Salud de la Nación. Ambos instrumentos permiten conocer la estructura de gasto en salud de los hogares e individuos. Finalmente, se contó con información asociada con la composición de los botiquines y los precios de licitación del programa y de mercado, provista por Remediar y la Industria Farmacéutica.

3- Regresividad del Gasto de Bolsillo en Medicamentos.

La Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2003) desarrollada por el Ministerio de Salud brinda información por quintil de ingreso sobre patrones de consumo e ingreso. A partir del análisis de la misma se desprende la relación entre el nivel de ingreso de los hogares y su gasto en salud, desagregado en erogaciones por servicios y medicamentos (Figura 3.1).



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

La Figura 3.1 establece la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud. Asimismo, se observa una mayor participación de las erogaciones en medicamentos sobre el ingreso de

los individuos pertenecientes a los primeros quintiles: el primer quintil destina el 11.3 por ciento, en comparación con el quinto quintil que destina sólo el 3.3 por ciento.

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

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

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

Seguidamente, se estimó un modelo probit a partir del cual la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza se explica en función de dos conjuntos de variables: socioeconómicas y tipo de gasto. El primer grupo de variables explicativas incluye el ingreso per cápita familiar, la edad y el género, tomando esta última el valor uno si el individuo es hombre. El segundo conjunto de variables esta constituido por tres grandes categorías de gastos en salud: gasto mensual en medicamentos, en internación y en consultas ambulatorias³.

La Tabla 3.1 presenta los resultados hallados. Estos confirman la existencia de una relación negativa entre el nivel de ingreso per cápita familiar, previa al *shock* en salud, y la probabilidad de ser “nuevo pobre” a partir de éste. Así cuanto mayor es el nivel de ingreso, menores son las chances de caer por debajo de la línea de pobreza después de la ocurrencia de algún tipo de *shock financiero en salud*. Del mismo modo, tanto la edad del individuo como el sexo femenino se encuentran asociados negativamente con la probabilidad de sufrir tal shock.

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

³ Este último rubro incluye gastos por consultas, análisis y tratamiento, consultas odontológicas y de salud mental.

Tabla 3.1
Nuevos Pobres por Shocks en Salud. Año 1996/97

Modelo Probit		
	Nuevo Pobre	Nuevo Indigente
Variables	Coefficientes	Coefficientes
Ingreso per cápita fiar.	-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

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

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

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

4- Desempeño del Programa Remediar: Acceso a Medicamentos

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

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

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

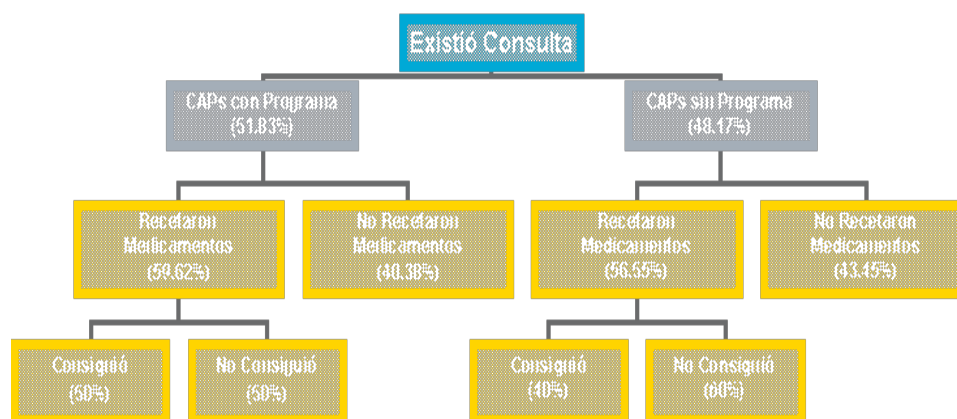
Condición del Consultante	CAPS con Programa	CAPS sin Programa	Total
No Pobre	7.69	10.57	9.08
Pobre no Indigente	26.71	29.2	27.91
Indigente	64.96	59.31	62.24
s/d	0.64	0.92	0.78
Total	100	100	100

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

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

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

Tabla 4.2
Diagrama de Acceso a Medicamentos. Año 2003



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

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

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

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

¿Cómo consiguió los medicamentos que le faltaban?	2003		2004
	con Programa	sin Programa	
Se lo entregaron en el CAP firmando una receta violeta	15.89	2.96	39.73
Los compró usted mismo o algún familiar	54.21	53.33	32.14
Se lo entregaron en el CAP con otra receta	7.48	21.48	13.39
Otra forma	16.82	11.11	7.59
Los tenía de antes	3.74	0.74	4.02
Los compró por Obra Social	1.87	10.37	3.13
Total	100	100	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta a Consultantes, SIEMPRO, 2003 y 2004

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

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

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

$$Prob(y = 1) = F(\beta'x) \quad \wedge \quad Prob(y = 0) = 1 - F(\beta'x)$$

El conjunto de parámetros β refleja el impacto que los cambios en las variables incluidas en x tiene sobre la probabilidad de acceder gratuitamente o no a los medicamentos recetados.

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

Tabla 4.4
Modelo Probit. Año 2003

Variable dependiente: Accedió Gratuitamente
a Medicamentos

Variables	Coeficientes
Remediar	0.3685* (0.1249502)
Ingreso	-0.0004 (0.0005225)
Cobertura	0.1249 (0.1700094)
Constante	0.6873* (0.093079)
Nº de Observaciones	548
Pseudo R ²	0.019
Lr Chi2	10.020
Probabilidad > Chi2	0.018

Nota: * significativa al 1% de confiabilidad

Los resultados obtenidos avalan la hipótesis de que el Programa Remediar tiene un impacto positivo sobre la probabilidad de acceder gratuitamente a medicamentos, dado que la variable Remediar resulta significativa al uno por ciento de confiabilidad y con el signo positivo esperado. Tal resultado sugiere una probabilidad de acceder gratuitamente a medicamento un 10 por ciento mayor si la consulta es realizada en los CAPS bajo programa.⁴

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

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

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

⁴ Este resultado estimado surge a partir de la derivada parcial de la función de distribución acumulada normal respecto a la variable Etapa, considerando al resto de las variables explicativas en sus respectivos valores medios.

5- Impacto Redistributivo

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

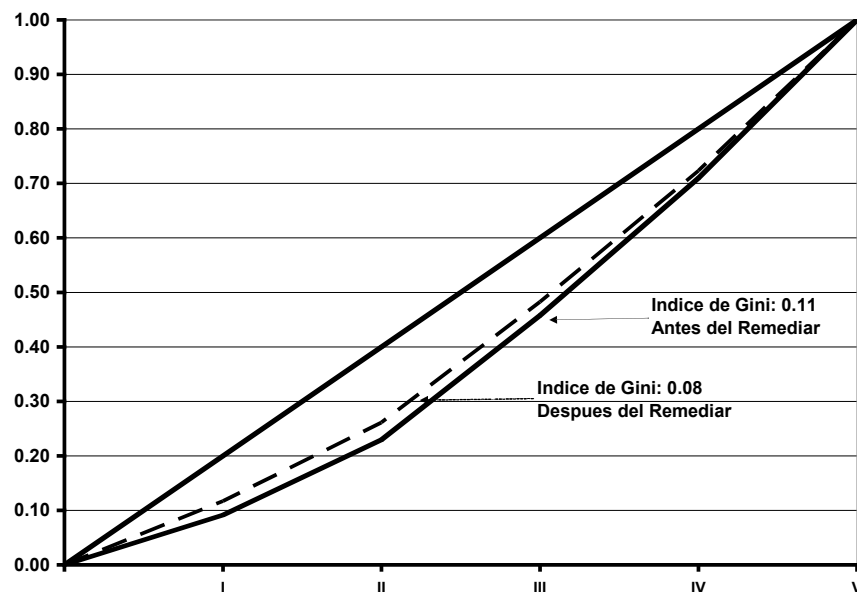
Dado este contexto, la presente sección analiza algunos mecanismos tendientes a identificar el impacto redistributivo del Programa sobre los distintos quintiles de ingreso, considerando su carácter de subsidio indirecto -vía CAPS- a la demanda.

La Figura 3.1 presenta el patrón de consumo de gasto en salud de los individuos, según quintil de ingreso, para el año 2003. Paralelamente, y de acuerdo con la Encuesta a Consultantes desarrollada por Siempre (2003), el ingreso medio de los individuos demandantes de consultas en CAPS con programa es de \$ 127, estando incorporados entre el primer y tercer quintil de ingreso a nivel nacional.

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

Bajo esta especificación, se evalúa el potencial impacto redistributivo del programa Remediar considerando el valor total de los medicamentos entregados a precios promedio de mercado. En este sentido, el gasto mensual del año 2003 realizado por Remediar ascendió a \$28.049.050. Dicho egreso se asume que fue distribuido entre los tres primeros quintiles según los porcentajes de participación en el total de consultantes a CAPS con programa. La Figura 5.1 presenta la curva de Lorenz de concentración del gasto en medicamentos de los individuos según la EGUSS (2003), vis a vis, deducido el subsidio otorgado por el Programa a los tres primeros quintiles.

Figura 5.1
Curva de Lorenz de concentración del gasto en medicamentos. Año 2003



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

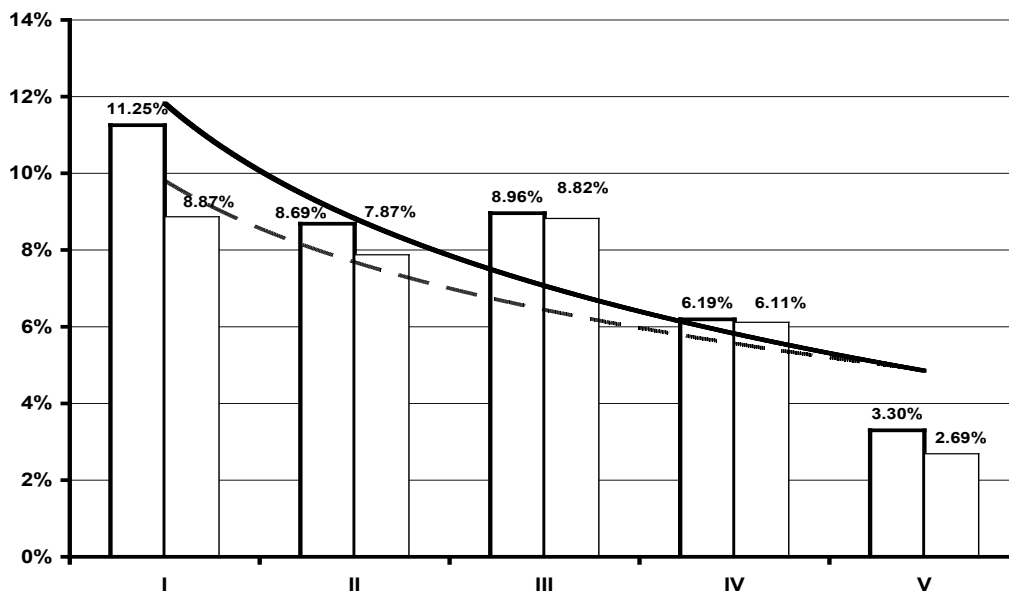
La recta de 45° representa una distribución hipotética que resultaría igualitaria en caso en que cada quintil realizara el mismo nivel de desembolso en medicamentos. La curva inferior (llena) implica la concentración del gasto de los individuos en medicamentos registrada a través de EGUSS03. En la curva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

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

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

Desde otra perspectiva, a continuación se presenta el gasto medio en medicamentos como porcentaje del ingreso medio, según quintil, para el año 2003 (curva llena). Bajo la misma metodología de estimación, la curva punteada representa la nueva situación, deduciéndole a los hogares de los tres primeros quintiles (según los porcentajes antes detallados) el subsidio que recibirían por el programa. El primer quintil de ingreso contaría con una disminución de la carga financiera del 21.2 por ciento, en tanto que para el segundo y tercero dicha disminución sería del orden del 9.3 y 1.5 por ciento, respectivamente.

Figura 5.2
Gasto medio en medicamentos como porcentaje del ingreso medio, por quintil de ingreso.
Año 2003



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

De acuerdo a los resultados estimados en la presente sección, el Programa podría representar una eficaz herramienta de redistribución 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.

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

6- 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. En este sentido, y durante el año 2003, el 50 por ciento de los consultantes a CAPs bajo programa accedieron a los medicamentos prescritos en la consulta, en tanto ese mismo porcentaje para los CAPs sin programa es del 40 por ciento. Este hecho sugiere un mejor desempeño de los Centros con Programa. Para el año 2004 y con todos los Centros de Atención incorporados al programa, estas diferencias se mantienen: el 46.9 por ciento de los consultantes a CAPS accedieron a todos los medicamentos recetados.

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

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.

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

expectativas sobre provisión futura, que serán difíciles de satisfacer sin una estrategia financiera de mediano plazo.

7- Referencias Bibliográficas

Apella, I., 2005, "El Mercado Farmacéutico Argentino y la Producción Pública de Medicamentos", *mimeo*.

Balance, R., Pogany, J. y Forstner, H., 1992, *The World's Pharmaceutical Industries. An 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*.

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

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

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

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", *miemo*.

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

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

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

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.